

1e²

8B



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA
PREVENTIVA

T E S I S :
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
- CIRUJANO DENTISTA -
P R E S E N T A N :
MA. DEL SOCORRO AYALA PEREZ

MEXICO, D. F.

14473

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

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

Pág.

CAPITULO I

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

Conceptos Generales	1-2
Importancia	2-3

CAPITULO II

FLUOR 4-6

VIA ENDOGENA

Fluoración del Agua	6
Tabletas de Flúor como complemento dietético	6-7
Flúor para Tomar	7
Flúor de Sal	7-8
Durante el Embarazo	8

VIA EXOGENA

Aplicaciones Tópicas de Flúor	9
Fluoruro de Sodio (Técnica)	9-10
Fluoruro de Estaño (Técnica)	10-14
Fluoruro de Sodio Acidulado (Técnica)	14-16
Fluoruro Sódico en Gel	16-17
Flúor en Enjuagatorios	17-18

	Pág.
<u>CAPITULO III</u>	
CONTROL PERSONAL DE PLACA BACTERIANA	19-20
Soluciones ó Tabletas Reveladoras	21-22
Hilo Dental	22-23
Palillos Fístológicos	23-24
Puntas Interdentales	24
Cepillo Automático	24-25
Agua Pick	25-25

<u>CAPITULO IV</u>	
ODONTOZESIS Y PROFILAXIS	
Odontozesis Definición	27
Instrumental	27-30
Técnica	30-34
Profilaxis Definición y Técnica	34-35

<u>CAPITULO V</u>	
TECNICAS DE CEPILLADO	
Método de Stillman	36-37
Método de Stillman Modificado	37
Método de Fones	37
Método de Bass	37-40
Método de Charters	40-41

CAPITULO VI

Pág.

MANTENEDORES DE ESPACIO

<i>Clasificación</i>	42
<i>Indicaciones</i>	42-46
<i>Funciones de un Mantenedor de Espacio</i>	46-47
<i>Ventajas de un Mantenedor de Espacio Removible</i>	47-48
<i>Desventajas de un Mantenedor de Espacio Removible</i>	48
<i>Mantenedor de Banda y Ansa</i>	48-49
<i>Protesis Parcial Removible</i>	49
<i>Mantenimiento de Espacio en Zonas de Pérdidas de varios Dientes</i>	50
<i>Prótesis Parcial de Acrílico</i>	50-51
<i>Arco Lingual Pasivo</i>	51
<i>Prótesis Completa en Niños</i>	51

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

La gingivitis, la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes pueden ser prevenidas, pues tienen su origen en factores locales que son accesibles, corregibles y controlables.

La mala higiene bucal permite la acumulación de placa, cálculos y materia alba que desencadenan la enfermedad gingival.

La caries dental y la enfermedad periodontal figuran entre las enfermedades crónicas más comunes del ser humano.

Por consiguiente se comprenderá la importancia del control de placa dentobacteriana, aplicaciones de flúor, odontosis y profilaxis, también los métodos de cepillado que el paciente con ayuda y orientación del Cirujano Dentista puede llevar a cabo sin problema alguno.

A través de éstas páginas se explica la utilidad y el uso de los auxiliares de la salud dental.

CAPITULO I

CONCEPTOS GENERALES SOBRE ODONTOLOGIA PREVENTIVA

La Odontología Preventiva se refiere a todas las actividades y métodos que tienen el efecto de prevenir las enfermedades dentarias y de la cavidad bucal en general. Un método para mejorar el estado dentario general de cualquier comunidad es tener un programa amplio para niños, éste consiste en que el paciente niño comience a visitar el consultorio dental a edad temprana (2 a 3 años), a esta edad no se necesita hacer nada serio, el odontólogo y el niño pueden relacionarse en condiciones favorables, porque si el niño no entra al consultorio hasta que tiene 6 ó 7 años puede haber experimentado un dolor de dientes y es probable que su primera experiencia sea desagradable.

Muchos investigadores han usado una variedad de enfoques al problema de prevención de caries por la aplicación tópica de soluciones concentradas de fluoruros.

Bibley aplicó una solución de fluoruro de sodio al 0.1% a los dientes de 89 niños de 10 a 13 años de edad, a intervalos de 4 meses durante 1 año, notó que durante el año si--

guiente a la serie de tratamientos se produjeron 95 superficies cariadas de los dientes tratados y 135 en los dientes no tratados, esto significa una reducción aproximada del 30%. Dr. Couley y Dale aplicaron una solución de fluoruro de sodio al 0.1% 3 a 11 veces durante 1 año humedeciendo los dientes con una torunda de algodón absorbente manteniendo la superficie húmeda cuando menos 1 min.

Comunicaron un aumento de caries dentro del año consecutivo al cese del año de aplicaciones.

IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA

El cuidado apropiado de la salud bucal de un paciente requiere de una serie de acciones a veces complejas y a veces sencillas, pero siempre encaminadas a preservar el bienestar de ese paciente. El saber seleccionar y poner en practica el tratamiento adecuado para evitar la aparición de la enfermedad es la filosofía de la Odontología Preventiva. Si uno considera que lograr una obturación, reemplazar una pieza dentaria ó extraer un diente es lo más importante de la odontología, indudablemente que el ejercicio profesional ó practica profesional no corresponderá a la é

-poca actual ni se atenderá eficazmente la salud de la comunidad, ésto lo debemos considerar como una etapa curativa ó restaurativa necesaria para devolver al paciente su estado de salud normal y que lo más importante es evitar que ése estado de salud vuelva a perderse, entonces realmente estaremos haciendo Odontología.

CAPITULO II

FLUOR

El flúor, elemento de la familia de los halógenos se encuentra en la naturaleza acompañado siempre de otros elementos formando sales. El ión Flúor tiene un número atómico 9, peso atómico 19 y valencia 1.

La más abundante de las sales es la espato Flúor siguiendo la criolita y la apatita. El Flúor ocupa el décimo tercer lugar entre los alimentos clasificados, según su abundancia en la naturaleza.

A principios del siglo pasado se descubrió que el Flúor hace más resistente el esmalte dentario al ataque de la caries dental, de ahí que múltiples investigaciones han estudiado y demostrado en forma científica el mecanismo de acción del Flúor para prevención de la caries dental.

Existen dos mecanismos para hacer llegar el Flúor al organismo y prevenir la caries dental, siendo éstos por vía exógena y por vía endógena.

a) Una es que los Fluoruros se combinan con la porción

-inorgánica del esmalte dentario haciendo éste tejido menos soluble a los ácidos orgánicos producidos por la desintegración bacteriana de los hidratos de carbono en la boca, es - decir, el flúor actúa sobre el diente por un intercambio de iones en el armazón de los cristales de apatita del diente.

La fijación del flúor por parte del fosfato cálcico - del diente se efectúa porque entra en combinación con la - hidroxapatita formando una fluorapatita más resistente.

Lo más frecuente es que sustituya el ión O H de la hidroxiapatita por un ion Flúor formando flúorapatita, com- - puesto poco soluble en los ácidos. La molécula será mayor y dificultará la solución y, por lo tanto, el ataque.

b) El otro mecanismo consiste en que los fluoruros in- hiben los sistemas enzimáticos bacterianos, permitiendo así la existencia de una flora bacteriana que no elabora ácidos suficientes para descalcificar la estructura dentaria.

El flúor beneficia a los dientes que están en desarro- llo y no a los ya formados, a través del metabolismo la a- plicación tópica de soluciones acuosas de fluoruros benefi- cian en cierto grado a los dientes ya formados.

Los experimentos indican que el esmalte absorbe Flúor-

-en su superficie formando fluoruro de calcio ó fluorapatita cálcica, porque la apatita del esmalte posee una gran afinidad para el ión Flúor. Es importante hacer notar que la protección que se puede tener con el uso de Fluoruros-esté dada por el intercambio iónico, más no produciendo inmunidad, ya que su acción no es la que ejerce una vacuna.

V I A E N D O G E N A

Fluoración del Agua: El uso de aguas fluoradas en la comunidad es una de las medidas más importantes de fluoración, ya que al ser incorporado el flúor al agua de los acueductos de las ciudades, podemos hacer llegar a ésta medida de protección indiscriminadamente a toda la población.

Composición: Silicofluoruro de sodio.

Concentración: 1,0 parte de ión flúor por un millón de agua.

Prevención: 60 % de inmunidad.

TABLETAS DE FLUOR COMO COMPLEMENTO DIETETICO.

Pastillas de 2.21 mgr. de fluoruro de sodio.

Dosis: Una pastilla diaria hasta la erupción completa-

de los dientes permanentes, partiendo de tres años ó en menores de tres años, media pastilla diaria. Para que tenga máxima eficacia los comprimidos de fluoruro se han de administrar desde poco después del nacimiento hasta la edad de 18 a 20 años.

Inconveniente: Exige la colaboración del paciente en forma continuada por largo tiempo.

FLUOR PARA TOMAR.

Composición: Fluoruro de Sodio y agua destilada.

Fórmula: 0.902 gr. en dos litros de agua.

Concentración: Una parte por millón en 5 cm. 3 de la solución.

Dosis: Tomar una cucharadita diaria.

Uso: En todas las edades.

Prevención: 60% de inmunidad.

FLUOR DE SAL.

Parece ser el mejor método para hacer llegar a toda la comunidad el Fluor. Su efecto preventivo puede ser simi--

-lar al obtenido con flúor de agua.

Es además una de las formas más económicas en que se puede pensar para el suplemento de flúor en la dieta. Se debe tener en cuenta sobre el consumo medio de sal de mesa en la preparación doméstica de los alimentos y durante las comidas. En México, ese consumo es general de 9 gr. diarios.

También será necesarias encuestas extensas sobre la distribución del flúor en las aguas de cada región para la delimitación de aquellas en que no deba ser vendida la sal-fluorada.

Durante el Embarazo: Algunos autores sugieren la conveniencia de administrar fluoruros durante el embarazo para prever la máxima protección factible contra la caries dental.

Se cree que una parte del flúor que se ingiere pasa a través de la placenta y se incorpora a los tejidos fetales en calcificación. Esto no es que pase libremente, sino que la placenta lo regula para proteger al feto de efectos tóxicos. Se le puede mandar a la futura madre el tomar una pastilla diaria de fluoruro de sodio.

V I A E X O G E N A

Aplicaciones Tópicas de Fluór: Tenemos en el mercado - varios tipos de fluór y que el profesional deberá de escoger el que sea más indicado, ya que poseen diferentes formas de composición y de aplicación.

F L U O R U R O D E S O D I O

Composición: Fluoruro de Sodio y Agua Destilada.

Concentración: Al 2%

Acción: Aumentar la resistencia del diente al ataque de la caries.

Prevención: 40% de inmunidad confirmada.

Aplicación: Tópica.

Edad: Pre-escolares, escolares, adolescentes, en otras edades se emplea menos.

T E C N I C A S D E A P L I C A C I O N

- I) Realizar una buena profilaxis (solo en la primera aplicación).
- II) Aislar los dientes con rollos de algodón, tener la pre-

-caución de que el algodón no toque los dientes, pues absorbe la solución.

III) Secar con aire y topicar con algodón empapado de solución todas las superficies aisladas (espacios y caras oclusales).

IV) Dejar actuar el fluoruro de sodio por espacio de 4 min sin permitir la contaminación de la saliva.

V) Transcurrido éste tiempo, realizar una retirada de los algodones e indicarle al paciente no hacer enjuagatorios, ni comer e ingerir alimentos hasta pasada una hora de la intervención.

VI) Hacer luego otras aplicaciones, pero sin profilaxis. Las 4 aplicaciones se pueden realizar una cada 24 hrs lo ideal sería una cada 7 días, hasta efectuar la serie completa.

Las topicaciones se pueden realizar cada año ó cada que erupcione un diente.

FLUORURO DE ESTAÑO

Composición: Fluoruro de Estaño y Agua Destilada.

Concentración: Al 8%

Acción: Aumentar la resistencia del diente al ataque de la caries.

aplicación: En pasta dentrífica ó profiláctica. Tópica.

La pasta profiláctica es piedra pomez, lava sílicium-glicerina y esencia aromática. La lava es: fluoruro de estaño al 10%. La técnica es una profilaxis con ésta pasta.

Edad: Cada año ó cada vez que erupcione un diente, solo en pre-escolares.

T E C H N I C A D E A P L I C A C I O N

- I) Realizar una buena profilaxis
- II) Aislar los dientes con rollos de algodón.
- III) Secar con aire y topicar con algodón empapado de la solución todas las superficies aisladas (espacios y caras oclusales).
- IV) Dejar actuar el fluoruro de Estaño por espacio de 4 minutos, conservando el buen aislamiento.
- V) Transcurrido éste tiempo, retirar los algodones e indicar al paciente no hacer enjuagatorios, ni ingerir alimentos, especialmente leche hasta pasada una hora de la intervención.

Ventajas: Detiene la lesión de caries incipiente, al 10% el tiempo de aplicación es de 30 seg. Compatible con piedra pómez.

Desventajas: Pigmenta de color oscuro los dientes en sitios descalcificados, mal sabor (puede causar vómitos en los niños)

Irritante a la mucosa oral.

Es inestable la solución y se debe preparar en el momento de usarla.

TECNICA DE KUHLEK PARA APLICACION TOPICA DE FLUORURO DE ESTADNO.

La tecnica de Kuhlcr, consiste en la aplicación cada 6 meses ó un año (de acuerdo a la sensibilidad del paciente a la caries) de una solución de fluoruro estañoso al 10% conforme a los siguientes pasos:

Limpeza de los Dientes: Se hace una limpieza completa de las superficies coronarias de los dientes, con un cono de hule ó un cepillo de profilaxis dentaria y pasta de piedra pómez.

Aislamiento de los Dientes: Los dientes se aíslan con rollos de algodón, se cortan las extremidades en un ángulo de 30 a 45 grados para facilitar su colocación y posición. Los rollos pueden ser sostenidos por una grapa de Garmer u otra similar, aislandose con comitantemente los dientes superiores e inferiores en uno de los lados de la boca. Se deben colocar de manera que queden separados de los dientes, así las superficies dentarias quedarán perfectamente visibles y los rollos no absorberán la solución aplicada.

Secado de los Dientes: Después de aislar los dientes con rollos de algodón, se secan con aire comprimido a una presión de 15 a 20 libras, lo que facilita el secado de las superficies interproximales.

Aplicación de la Solución: Se diluyen 0.4 grs. de Flúor (contenido de una capsula) en 4 ml. de agua videstilada, para preparar una solución de fluoruro al 10%, que se aplica en las superficies de los dientes con una torundita de algodón de la siguiente manera: Se inicia la operación por la cara lingual del incisivo central, siguiendo distalmente hasta el último diente, se vuelve en sentido mesial por las superficies vestibulares. Cuando la solución es aplicada adecuadamente, humedece todas las superficies incluyendo las

proximales. Se deben conservar los dientes húmedos por un periodo de 30 seg.

Recomendación al Paciente: Se le indica no comer ni beber - durante un periodo mínimo de media hora.

Observaciones: La solución de fluoruro de estaño debe prepararse antes de cada aplicación y usarse inmediatamente, pues si no se procede así, el fluoruro estañoso se oxida pasando a fluoruro estánico, con lo que pierde su acción.

El fluoruro de Estaño tiene acción astringente en la - mucosa y presenta un sabor desagradable, por lo que es necesario decirlo al paciente para lograr una mayor cooperación

No se le debe adicionar ninguna sustancia para hacer - más agradable su sabor, pues todas las tentativas al respecto disminuyen el número de iones de estaño y consecuentemente, la acción anticariogénica de la solución. Actualmente su uso es mínimo, ya que no ofrece las facilidades de manipulación que se tienen con el fluoruro de sodio al 2%.

FLUORURO DE SODIO ACIDULADO

Composición: 2.78% de Fluoruro de Sodio en solución 0.1 molar de ácido Fosfórico.

Concentración: 1.23% de Ión Fluor y PH_3

Acción: Debido al ácido fosfórico hay más acidéz de la solución y por lo tanto, se aumenta la absorción de la sustancia por el esmalte.

Acción Específica: El flúor protege al diente contra la caries aumentando la resistencia del esmalte a la acción de los ácidos (formación de fluorapatita).

Prevención: 50 a 70% de inmunidad.

Aplicación: Tópica.

Edad: Pre-escolar, escolar y adolescente. En otras edades se emplea menos.

T E C N I C A

- I) Realizar una buena profilaxis.
- II) Aislar los dientes con rollos de algodón.
- III) Secar con aire y topicar con algodón empapado con la solución todas las superficies aisladas.
- IV) Dejar actuar el fluoruro acidulado por espacio de 4 min. conservando el buen aislamiento (después de 1 min ya hay de 20 a 30% de prevención).
- V) Transcurrido éste tiempo, retirar los algodones e indicar al paciente no hacer enjuagatorios, ni inge--

rir ó comer alimentos hasta pasada una hora de la intervención. Especialmente leche (ni cepillarse).

La aplicación debe realizarse una vez por año y preferible cada vez que un diente erupcione, y así se logra una mayor protección. La solución se puede preparar hasta por 6 meses, guardandola en un envase de plástico.

FLUORURO SÓDICO EN GEL

Agentes esenciales:

Fluoruro Sódico 10 gr.

Fluoruro sódico (Dibásico) 10 gr.

Carboximetilcelulosa Sódica

Tipo 7 L P de poca viscosidad 35 gr.

ó

Tipo H C F de gran viscosidad 8 gr.

Agentes aromatizantes (a discfesión)

Acete de limón sin Terpeno 0.05 ml.

Acete de naranja sin terpeno 0.05 ml.

Twee 20 0.10 ml.

Alcohol etílico (95%) 1.00 ml.

Sacarina 0.02 ml.

Acido

Añadir ácido fosforico para llevar el Ph a 5 aproximadamente

T E C N I C A D E A P L I C A C I O N

- I) Después de la profilaxis se llenan los moldes de aplicación $1/3$ ó $1/2$.
- II) Se secan los dientes con aire a presión y se colocan los moldes en la boca.
- III) Se le indica al paciente que muerda suave y uniformemente por espacio de 4 min.
- IV) Se sacan los moldes de la boca y se pide al paciente que escupa el exceso de gelatina que quedó en la boca.
- V) Se indica al paciente no ingerir alimentos, no hacer enjuagatorios ni cepillarse hasta que transcurra una hora de terminada la aplicación.

Se ha comprobado que si se aplica fluoruro con regularidad en los dientes de las personas no se reduce prevalencia en la placa de los estreptococos que constituyen en la formación de caries.

F L U O R E N E N J U A G A T O R I O S

Composición: Fluoruro de Sodio y Agua Destilada.

Concentración: 0.05%

Dosis: Un enjuagatorio cada semana con 20 ó 30 centímetros,
3 de solución durante 2 ó 3 min.

Edad: Escolares y adultos

Prevención: 20 a 30%.

CAPITULO III

CONTROL PERSONAL DE PLACA BACTERIANA

Placa Bacteriana: Es una masa de residuos blandos blanquecinos que contienen elementos quísticos muertos de leucocitos principalmente células epiteliales escamadas retentadas en los dientes y en la encía. Existen 2 clases de Placa Bacteriana.

Placa Inmadura: Se empieza a formar en el instante mismo en que los micro-organismos se acomodan en la superficie del diente y donde ya instalados aprovechan las condiciones ambientales de la boca, las cuales son perfectas para el desarrollo y multiplicación de diversos gérmenes. Estos utilizan los alimentos intrínsecos de la saliva, sales, glucosa, urea y glucoproteínas las cuales están formadas por proteínas combinadas como carbohidratos, como galactosa, glucosa, manosa, ácido asfático, ácido glutámico y ácido sílico éste ácido es separado de las glucoproteínas salivales por las enzimas. El ácido sílico por lo consiguiente se encuentra casi ausente en la placa y reduce la viscosidad de-

la saliva y la formación de un precipitado considerado como factor principal de la placa.

El aporte estrinseco son los alimentos cuyos remanentes empaquetados sobre los dientes representan una fuente de energía y nutrición para los gérmenes. La placa inmadura se caracteriza por lo siguiente:

- 1) Posee pocos microorganismos y escasa variedad.
- 2) No se llega a mineralizar.
- 3) Se puede barrer con un buen cepillado.
- 4) En pocas horas se puede volver a formar.

Placa Madura: Si la falta de higiene bucal persiste a medida que pasa el tiempo la placa aumenta en número de capas y en número y variedades de bacterias. Desde los 4 días en adelante puede dar lugar a una gingivitis, posteriormente de acuerdo con la edad del paciente, así como la flora microbiana podrá ó no iniciarse la formación de sarro.

La placa madura está principalmente formada por bacterias, células epiteliales escamadas, leucocitos y macrófagos agrupados en una matriz intercelular adherente.

SOLUCIONES O TABLETAS REVELADORAS

La placa bacteriana puede ponerse de manifiesto mediante soluciones ó pastillas reveladoras a base de colorantes vegetales que la tiñen, haciéndola resaltar sobre las superficies de los dientes y márgenes gingivales.

La solución reveladora se prepara fácilmente, poniendo en un vaso que contenga aproximadamente una cuarta parte de agua, de 10 a 15 gotas de un colorante vegetal como los que se usan en repostería ó color vegetal en polvo (5 gr. por cada 55 cc. de agua).

Uso de la solución ó tableta reveladora:

Lo conveniente es usarlas preferentemente en la noche-después de haber tomado la cena.

- 1) Enjuagar la boca con agua para remover las partículas grandes de comida.
- 2) Cepillar los dientes con ó sin pasta dental.
- 3) Enjuagar la boca, para remover las partículas pequeñas de comida y placa dentobacteriana desalojada.
- 4) Aplicar vaselina a los labios, para evitar la coloración de los mismos.

- 5) Hacer enjuagatorios ó colutorios con la solución ó masticar la pastilla reveladora durante un minuto pasando la solución entre los dientes.
- 6) Enjuagar varias veces para remover los excesos.
- 7) Iluminar la cavidad bucal para examinarla cuidadosamente. Todas las superficies que queden coloreadas, señalan la presencia de placa dentobacteriana.
- 8) Cepillar los dientes por segunda vez, para remover la placa que no fué eliminada en el primer cepillado, con lo que se observará que todavía en algunas zonas no fué removida dicha placa por ser inaccesible parte de la superficie del diente al paso de las cerdas del cepillo.
- 9) La placa que no ha sido removida en el segundo cepillado debe ser eliminada mediante el uso del hilo ó seda dental, procedimiento efectivo para limpiar los dientes y eliminar la placa de sus superficies.

H I L O D E N T A L

El Hilo Dental ó Seda Dental, actúa efectivamente en la eliminación de la placa bacteriana de las superficies interproximales. Se usa en tramos de 40 a 55cm. A conti--

-nuación veremos un procedimiento para usar el Hilo Dental:

- 1) Extrágase 45 ó 60 cm. de Hilo Dental del tubo que lo contiene y corte la longitud dicha.
- 2) Envuelva el Hilo 3 veces en el dedo medio de la mano derecha y 3 veces en el de la izquierda, dejando un espacio de 2.5 a 10 cm.
- 3) Pase con suavidad el Hilo por las caras proximales para evitar que se lesione la encía.
- 4) Tenga el Hilo estirándolo, presione el hilo contra el diente y llevelo por debajo del margen gingival libre.
- 5) Una vez que está el Hilo por debajo del surco, sujete con firmeza en la cara mesial ejerciendo presión con las dos manos hacia distal. Después llevelo hacia oclusal en ese momento repita el procedimiento en la pieza continúa.

PALILLOS FISIOLÓGICOS

En el mercado se encuentran gran variedad de éstos palillos desde material de madera y de plástico, y en sus más diversas formas. Para nuestra necesidad debemos escoger un palillo de dientes de madera y en la forma triangular,

que es la menos dañina para el tejido parodontal, ya que también termina en punta pero su forma nos ayuda a dar masaje a la encía y cumple con su función de quitar los residuos de comida en los espacios interdenciales.

Es muy común que las personas que tengan apilamiento de las piezas, se les indique el procedimiento y la ventaja de usar estos adminículos.

PUNTA S I N T E R D E N T A L E S

Otro de los elementos con los que contamos, es el de las puntas interdenciales. Estas son las más indicadas en su forma, porque además cumplen con la fase de dar masaje a la papila y la comprime, con ésto libera cualquier resto alimenticio que quedara atrapado.

Estas puntas se encuentran en el extremo opuesto de los cepillos dentales, su fabricación ó material es de hule que viene en un solo tamaño, pero que éste se puede adaptar a las diferentes necesidades de los espacios interdentarios.

C E P I L L O A U T O M A T I C O

En el mercado existen gran variedad de éstos cepillos en su distinta forma de funcionamiento, ya que los hay en -

diferentes movimientos de cerdas, de adelante hacia atrás - y en forma de arco. Es recomendable que los usara toda la gente, ya que éste movimiento mecánico les ayudaría a la re mo st ión de alimentos y buena higiene de la boca, Además - ayudaría a la buena consistencia de la encía ya que el masa je sería el ideal y eliminaría los restos alimenticios.

En pacientes que tuvieran algún tratamiento, ó todavía no dominaran las diferentes técnicas de cepillado, se les - indicaría que sería conveniente que se ayudaran posterior-me nte con el cepillo manual, para dar mejor higiene de la - cavidad oral.

A G U A P I C K

Este elemento lo podríamos llamar el complemento de - una buena sesión de cepillado, un buen enjuague, es neces- ario ind icar al paciente que cuando haga los colutorios, és- tos los haga con energía y vigor, para desalojar las parti- culas de alimentos que se adosan a las papilas interdenta- rias y en las caras de masticación, ya que solo con el cepi- llado no es suficiente. Tenemos en el mercado un aparato que es el agua pick, éste consiste en hacer llegar el agua-

con fuerza a manera de irrigar.

Cuenta con varias boquillas de diferente tamaño, para seleccionar la que se desea y colocarlas en áreas de difícil acceso y así podremos remover varios restos alimenticios que con el cepillado no los desalojaríamos. También a la vez el chorro de agua produce un pequeño masaje en el área donde se coloque, es de vital importancia que cuando este Agua Pick se use, se haga uso de agua tibia, y no se debe usar cuando exista enfermedad parodontal.

CAPITULO IV

ODONTOLIXIS Y PROFILAXIS

Odontolixis: Es la remoción de tártaro, supragingival - como sub-gingival. Este depósito en muchas bocas aseadas - se llega a formar, principalmente en el área de los incisi- - vos anteriores y con mucha frecuencia se ha visto que a ni- - vel del primer molar superior de ambas arcadas.

El profesional una vez que le haya indicado al paciente su método de cepillado adecuado, y la utilización de los di- - ferentes auxiliares de la autoterapia oral el paciente rein- - cidirá en la acumulación del tártaro dentario.

Para ésto cuando haya la presencia de ello se hará la - odontolixis, que consiste en la limpieza de todas las piezas - que lo tengan, ayudandonos con los diferentes instrumentos - que hay en el mercado, ya sea mecánicamente ó con aparatos - electricos.

INSTRUMENTAL

Cinzel: Es de forma plana y con un extremo ligeramente - más largo que nos indica derecho e izquierdo, tiene un borde

-fino que es el que pondremos sobre la cara vestibular ó lingual del diente a tratar, haciendo un ligero movimiento hacia abajo, hacia incisal y se secciona gran capa de sarro lateral, se retira entonces el cincel y se invierte para aplicarlo en la cara proximal del diente adyacente en el mismo espacio interproximal. En estos dos movimientos se usará el apoyo digital y el deslice por una superficie resbalosa - evitada con una gasa.

Azada: Es basicamente un instrumento de tracción con el cuello ingulado en diversas direcciones. Se utiliza principalmente en las caras bucales y linguales del diente. Después de la localización de un saliente de tártaro se le aplica y con un movimiento de tracción vigoroso se elimina el depósito; también aquí se hace necesario el apoyo digital firme cuyo fin más que impedir la lesión en los tejidos, hace más eficiente la eliminación del sarro.

La azada es un instrumento excelente para romper la continuidad de la circunferencia de tártaro que rodea al diente facilitando la remoción de los islotes remanentes, aparte de ser un instrumento habitual en la tartrectomía coronaria, es extremadamente útil en la eliminación de sarro tendido en la -

profundidad de una bolsa paradental. La azada no es un instrumento que favorezca la sensibilidad al localizar los depósitos, lo cual es importante para evitar acanalar ó dejar un surco en la raíz.

Hoz: Instrumento básico en la tartrectomía coronaria, complemento de la azada, pues esencialmente es un eliminador de sarro interproximal. Presenta cuatro bordes cortantes: dos superiores (en la concavidad de la Hoz), y dos inferiores. Los primeros eliminan el sarro con movimientos de tracción en tanto los segundos servirán para impulsión.

Algunas Hoces son de forma triangular y solo pueden ser utilizadas en tracción. La Hoz está limitada a la eliminación supragingival y nunca se le inserta en la profundidad de una bolsa. Con esto al igual que con todos los instrumentos, se tomarán las mismas precauciones para no dañar los tejidos adyacentes dentarios.

Cureta: Es un instrumento en forma de cucharilla, se presenta en diferentes tamaños y es considerada en general un instrumento paradental básico. Las Curetas utilizadas en la remoción supragingival son un poco más voluminosas que las usadas en zonas infragingivales, debido al mayor volumen

del zorro coronario. Pueden ser utilizadas tanto en movimiento de tracción como de empuje, según el ángulo del borde de la hoja. La forma correcta de tomar las curetas, es en forma de lápiz un poco modificada empleándose en la eliminación un movimiento activo, corto y firme. Puede utilizarse complementariamente alizando la raíz pero su principal acción es la tartrectomía.

En forma general se tendrá en cuenta verificar la labor de la tartrectomía tratando siempre de eliminar la adherencia de la cápa de zorro y no el exclusivo aislamiento de la superficie de depósito.

T E C N I C A

Se debe sostener el instrumento entre el pulgar, índice y medio con firmeza necesaria en una modificación de la toma de un lápiz. Esto permite la entrada y salida del instrumento en línea recta sin causar grandes destrosos gingivales además de que permite una mayor sensibilidad. Se buscará siempre un apoyo adicional a la mano y se colocará el borde activo de la hoja contra la superficie del diente, buscando una saliente en la cápa de tartaro removiéndolo con un movi-

-miento corto y enérgico dejando una superficie lisa.

Una asociación importante a la tartrectomía subgingival será la inevitable extravasación sanguínea de los tejidos gingivales hiperémicos ulcerados y con estasis sanguínea localizada.

Parte de la hipertrofia gingival es debida además del edema a la sangre contenida. La sangría mínima durante la instrumentación será beneficiosa al eliminar rápidamente la estasis circulatoria.

Que la remoción del zarro y la limpieza de la bolsa resulte ó no completamente eficaz, depende de dos factores:

I.- En la inflamación crónica moderada presente frecuentemente en las bolsas paradontales, hay una tendencia a la fibrosis, si el proceso ha actuado por mucho tiempo, éste corresponde a una respuesta ó reacción fisiológica a la lesión como intento de curación de la parte afectada. Esta fibrosis no desaparece al remover los irritantes locales, pero puede ser eliminada quirúrgicamente.

II.- Otro factor es la degeneración del recubrimiento epitelial de la bolsa, de modo que se produce una extensa -

proliferación de las prolongaciones intradérmicas del epitelio de la bolsa, ulceración e hiperemia de la pared del tejido blando de la misma. La simple eliminación del tártaro - permaneciendo la ulceración del epitelio con dinámica propia como padecimiento, pueden no aliviar el cuadro presente en los tejidos blandos, con lo cual estará indicado el curetaje de todo el epitelio ulcerado para ser repuesto por un tejido epitelial intacto y sano.

El movimiento de tracción hay que insertar el instrumento hasta el fondo de la bolsa por deslizamiento a lo largo de la pared del tejido blando, hasta enganchar el borde inferior del borde del depósito, todo esto es posible efectuarlo sin ocasionar molestias al paciente, teniendo cuidado al insertar el instrumento y empleando movimientos cortos para no desgarrar los tejidos blandos.

Se tendrá en cuenta la magnitud del depósito de zarro para emplear curetas más ó menos voluminosas, así mismo se buscará siempre la adaptación más exacta del instrumento, a la superficie del diente cambiándolo de acuerdo a la zona en que se trabaje, posición del operador y del paciente se tratará de desarrollar el sentido del tacto al aplicar el ins--

-trumento a la superficie dental, a si mismo evitar sujetar con demasiada fuerza la cureta para no permitir el cansancio muscular y pérdida de la sensibilidad al localizar los depósitos, lo cual es conveniente hacer con curetas pequeñas y finas y bien afiladas, una vez establecida su existencia cambiar otro instrumento de acuerdo con el tamaño del depósito.

Si bien la tartrectomía es una operación que debe ser lo más eficaz posible, es frecuente dejar algunas remanentes de sarro que deben ser eliminados en las sesiones siguientes pudiendose valorar la salud gingival por el color, tono de los tejidos y estado de la zona de inserción, así como presencia ó no de saturación.

Hay varias sugerencias pertinentes en cuanto a instrumentación.

- a).- Instrumentos bien afilados
- b).- Trabajar con visión directa siempre que sea posible.
- c).- Dominar el instrumento con apoyo y tomas adecuadas.
- d).- Emplear movimientos apropiados y una relación correcta del instrumento con el diente.
- e).- No traumatizar innecesariamente los tejidos blandos.
- f).- Asegurarse de remover todo el tártaro y que la superficie dental quede lisa

- g).- El movimiento debe ser corto, solo suficiente para que incluya el depósito existente, cualquier movimiento más largo no tiene valor, puesto que la parte eficaz del movimiento corresponde a aquella en que la hoja está en contacto con el diente y el tártaro.
- h).- Usar anestesia tópica en algunas ocasiones, bloqueo local para mantener al paciente cómodo durante el proceso operatorio.
- i).- Aprender la importancia del procedimiento en la terapéutica global de las parodontopatías.

P R O F I L A X I S

La profilaxis bucal se refiere a la limpieza de los dientes en el consultorio dental, y consiste en la remoción de la placa, materia alba, edículos y pigmentaciones y pulido de los dientes. Para proporcionar el máximo beneficio al paciente, la profilaxis debe ser más amplia e incluir lo siguiente:

- 1).- Uso de solución reveladora ó tabletas para detectar la placa.
- 2).- Eliminación de placa y calculos supragingivales y subgingivales, y otras sustancias acumuladas en la super-

-ficie.

- 3).- Limpieza y pulido de los dientes. Los dientes se limpian y pulen mediante ruedas de cerda y tazas de caucho con una pasta pulidora (silicato de circonio mejorado). La placa se deposita menos en las superficies pulidas lisas. Límpiense y pulanse las superficies dentarias proximales con hilo dental y pasta pulidora. Irriguese la boca con agua tibia para eliminar residuos y vuelvase a pintar con solución reveladora para detectar la placa que no fué eliminada.
- 4).- Aplíquense agentes tópicos preventivos de caries, salvo que estuvieran incluidos en la pasta pulidora.
- 5).- Examinense las restauraciones y prótesis y corríjense márgenes desbordantes y contornos proximales de restauraciones. Límpiense las prótesis removibles y controlese la adaptación adecuada, manifestaciones de encajamiento e irritación gingival en relación con retenadores ó zonas mucosoportadas.
- 6).- Busquense signos de impactación de alimentos. Cúspides, émbolos, contactos proximales anormales ó rebordes marginales desgastados serán corregidos para prevenir ó corregir el apiñamiento de alimentos.

CAPITULO V

TECNICAS DE CEPILLADO

METODO DE STILLMAN: Se coloca el cepillo de modo que las puntas de las cerdas queden en parte sobre la encía, y en parte sobre la porción cervical de los dientes, las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical, se ejerce presión lateralmente contra el margen gingival hasta producir un emplazamiento perceptible, se separa el cepillo para permitir que la sangre vuelva a la encía. Se aplica presión varias veces y se imprime al cepillo un movimiento rotativo suave, con los extremos de las cerdas en posición. Se repite el proceso en todas las superficies dentarias, comenzando en la zona molar superior procediendo sistemáticamente en toda la boca, para alcanzar las superficies linguales de las zonas anteriores superior e inferior, el mango del cepillo estará paralelo al plano oclusal y 2 ó tres penachos de cerdas trabajarán sobre los dientes y la encía, las superficies oclusales de los molares y

premolares se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando en profundidades en los surcos y espacios interproximales.

METODO DE STILLEAN MODIFICADO: Este se hace mediante una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento de cepillado en el sentido del eje mayor con el diente el cepillo se coloca en la línea mucogingival, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y se activa con movimientos de frotamiento en la encía insertada en el margen gingival y la superficie dentaria, se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

METODO DE FONES: En el método de Fones el cepillo se presiona firmemente contra los dientes y la encía; el mango del cepillo queda paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a las superficies dentarias vestibulares después se mueve el cepillo en sentido rotatorio, con los maxilares ocluidos y la trayectoria esférica del cepillo confinada dentro de los límites del pliegue mucovestibular.

METODO DE BASS: (Limpieza del intersticio y con cepillo

blando).

Superficies vestibulares superiores y vestibuloproximales.

Comenzando por las superficies vestibuloproximales en la zona molar derecha, colóquese la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal con las cerdas hacia arriba, por detrás de la superficie distal del último molar. Colóquense las cerdas a 45° respecto del eje mayor de los dientes y presionese los extremos de las cerdas dentro del intersticio gingival y sobre el margen gingival, asegurándose de que las cerdas penetren todo lo posible en el espacio interproximal. Ejercese una presión suave en el sentido del eje mayor de las cerdas y actívese el cepillo con un movimiento vibratorio hacia adelante y atrás, contando hasta diez, sin descolocar las puntas de las cerdas. Esto limpia detrás del último molar, la encía marginal, dentro de los intersticios gingivales y a lo largo de las superficies dentarias proximales hasta donde lleguen las cerdas.

SUPERFICIES PALATINAS SUPERIORES Y PROXIMOPALATINAS.

Comenzando por las superficies palatina y proximal en la zona molar superior izquierda, continúese a lo largo del arco hasta la zona molar derecha. Colóquese el cepillo horizontal-

-mente en las áreas molar y premolar. Para alcanzar la superficie palatina de los dientes anteriores, colóquese el cepillo verticalmente. Presionense las cerdas del extremo dentro del intersticio gingival e interproximalmente al rededor de 45° respecto al eje mayor del diente y actívese el cepillo con golpes cortos repetidos. Si la forma del arco lo permite, el cepillo se coloca horizontalmente entre los caninos, con las cerdas anguladas dentro del intersticio de los dientes anteriores.

SUPERFICIES VESTIBULARES INFERIORES; VESTIBULOPROXIMALES, LINGUALES Y LINGUOPROXIMALES.

Una vez completado el maxilar superior y las superficies proximales, continúese en las superficies vestibulares y proximales de la mandíbula, sector por sector, desde distal del segundo molar hasta distal del molar izquierdo. Después límpiese las superficies linguales y linguoproximales sector por sector, desde la zona molar izquierda hasta la zona molar derecha. En la región anterior inferior, el cepillo se coloca verticalmente, con las cerdas de la punta anguladas hacia el intersticio gingival. Si el espacio lo permite, el cepi-

-llo puede ser colocado horizontalmente entre los caninos, con las cerdas anguladas hacia los intersticios de los dientes anteriores.

SUPERFICIES OCLUSALES

Presionense firmemente las cerdas sobre las superficies oclusales, introduciendo los extremos en surcos y fisuras.

Actívese el cepillo con movimientos cortos hacia atrás y adelante, contando hasta diez y avanzando sector por sector - hasta limpiar todos los dientes posteriores.

M E T O D O D E C H A R T E R S

El cepillo se coloca sobre el diente, con una angulación de 45° con las cerdas orientadas hacia la corona. Después se mueve el cepillo a lo largo de la superficie dentaria hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival conservando el ángulo de 45° .

Gírese levemente el cepillo, flexionando las cerdas de modo que los costados presionen el margen gingival, los extremos toquen los dientes y algunas cerdas penetren interproximalmente. Sin descolocar las cerdas, gírese la cabeza del

cepillo, manteniendo la posición doblada de las cerdas. La acción rotatoria se continúa mientras se cuenta hasta diez.

Llévese el cepillo hasta la zona adyacente y repítase el procedimiento, continuando área por área sobre toda la superficie vestibular y después pásese a la lingual. Téngase cuidado de penetrar en cada espacio interdentario.

Para limpiar las superficies oclusales, presionense suavemente las puntas de las cerdas dentro de los surcos y fisuras y actúese el cepillo con un movimiento de rotación (no de barrido ó de deslizamiento), sin cambiar la posición de las cerdas.

Repítase con mucho cuidado zona por zona hasta que estén perfectamente limpias todas las superficies masticatorias.

CAPITULO VI

MANTENEDORES DE ESPACIO

a).- CLASIFICACION: Los mantenedores de espacio pueden clasificarse de diferentes maneras:

- 1.- Fijos, Semifijos y Removibles.
- 2.- Con Bandas y sin ellas.
- 3.- Funcionales ó no Funcionales (puede masticar el paciente, sobre parte del instrumento).
- 4.- Activos ó Pasivos (que el mantenedor mueve ó no las piezas).
- 5.- Combinaciones de las clasificaciones arriba mencionadas.

b).- INDICACIONES: Se aconseja el uso de un mantenedor de espacio, cuando la falta de este puede llevar a Maloclusion, hábitos nocivos ó traumatismos físicos. Colocar mantenedores de espacio hara menos daño que no hacerlo.

- 1.- Cuando se pierde un segundo molar primario antes de que el segundo premolar este preparado para ocupar su lugar, se aconseja el uso del mantenedor de espacio. No hara

falta usar este instrumento si el segundo premolar ya esta haciendo erupción ó se tiene evidencia radiográfica de que pronto lo va a hacer. La cantidad de espacio entre el primer molar y el primer premolar puede ser mayor que la dimension radiográfica del segundo premolar. Esto -- permitirá una desviación mesial mayor de lo normal del -- primer molar permanente y aún quedaría lugar para la erupción del segundo premolar. En este caso deberá medirse -- el espacio por medio de divisiones, luego preferentemente cada mes deberá medirse el espacio y compararse con la medida original. Si el espacio se sierra a un ritmo mayor que el de erupción del segundo premolar es aconsejable la inserción de un mantenedor de espacio.

- 2.- El metodo precedente de medición y espera puede ser suficiente para atender perdidas tempranas de los molares primarios . Las estadisticas indican que se producen cierrres de espacio despues de perdidas prematur s de primeros molares larios., en menor grado y frecuencia que la perdida siguiente prematura del segundo molar primario.
- 3.- En casos de ausencias congénitas de segundos premolares, es probablemente mejor dejar emigrar el molar permanente hacia adelante por sí solo y ocupar el espacio. Es mejor

tomar esta decisión tardíamente que que temprano puesto que a veces los segundos premolares no son bilateralmente simétricos al desarrollo. Algunos no aparecen en las radiografías hasta los 6 ó 7 años de edad.

4.- Los incisivos laterales superiores muy a menudo faltan por causas congénitas. Los caninos desviados medialmente, casi siempre pueden tratarse para resultar en substituciones laterales de mejor aspecto estético que los puentes fijos en espacios mantenidos abiertos. Lo mejor es dejar que el espacio se cierre.

5.- La pérdida temprana de piezas dentarias primarias debe remediarse con el reemplazamiento de un mantenedor de espacio. Muchas fuentes indican que la localización de las piezas permanentes en desarrollo evita el cierre en la parte anterior del arco. Esto no se verifica en todos los casos. No solo se pueden cerrar los espacios, sino que otros factores entran en juego. La lengua empezará a buscar espacios con la consiguiente pérdida de continuidad del arco, sino que otros factores entran en juego. La lengua empezará a buscar espacios y con esto se pueden favorecer los hábitos. Pueden acentuarse y pro--

longarse los defectos del lenguaje. La ausencia de piezas en la sección anterior de la boca antes de que esto ocurra en otros niños de su edad hace que el niño si es vulnerable emocionalmente se sienta diferente y mutilado psicológicamente.

6.- Si el segundo molar primario se pierde poco tiempo antes de la erupción del primer molar permanente, una protuberancia en la cresta del borde alveolar indicará el lugar de erupción del primer molar permanente. Las radiografías ayudaran a determinar la distancia de la superficie distal del primer molar primario a la superficie mesial del primer molar permanente no brotado. En un caso bilateral de este tipo, es de gran ayuda un mantenedor de espacio funcional, inactivo y removible construido para incidir en el tejido gingival inmediatamente anterior a la superficie mesial del primer molar permanente no brotado ó incluso cuando el primer molar primario se pierde en el otro lado.

7.- En la mayoría de las situaciones anteriores se debe de usar mantenedor de espacio pasivo.

Existen situaciones en que se pueden usar mantenedores de espacio activos. Por ejemplo si se encuentra que no -

hay lugar suficiente para el segundo premolar inferior, - pero si existe espacio entre el primer premolar y el canino, y el primer premolar está inclinado distalmente y esta en relación de extremidad a extremidad con el primer molar superior. Un mantenedor de espacio abrirá un espacio para el segundo premolar y restaurará el primer el primer premolar a oclusión normal.

Puede usarse un mantenedor de espacio activo por presionar distalmente ó hacia arriba un primer molar permanentemente que haya erigido ó se haya inclinado mesialmente, evitando la erupción del segundo premolar.

c).-FUNCIONES DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO

- 1.- Mantener el diámetro mesio-distal normal.
- 2.- Mantener el contacto normal de la arcada.
- 3.- Mantener las relaciones interdentarias.
- 4.- Estimular los tejidos que cubre el diente acelerando su erupción.
- 5.- Estimular el crecimiento del tejido óseo y el desarrollo de la mandíbula.
- 6.- Permitir el crecimiento vertical de los dientes y el proceso alveolar.

7.- Permitir la erupción del diente de la segunda dentición que se encuentra debajo del mantenedor de espacio.

8.- Restituir la función masticatoria.

Indicación de los diferentes tipos de mantenedores de espacio tomando en consideración las piezas faltantes.

Conservación del espacio en la zona del primer molar de la primera dentición.

Si se pierde durante la erupción activa de primer molar de la segunda dentición, se ejercerá una intensa fuerza activa sobre el segundo molar de la primera dentición, lo cual lo volcará hacia el espacio requerido para la erupción del primer premolar.

d).- VENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE.

1.- Es fácil de limpiar

2.- Permite la limpieza de las placas

3.- Mantiene ó restaura la dimensión vertical

4.- Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.

5.- Puede ser llevado parte del tiempo permitiendo la circulación de la sangre a los tejidos blandos.

6.- Puede construirse de forma estética

- 7.- Facilita la masticación y el habla
- 8.- Ayuda a mantener la lengua en sus límites
- 9.- Estimula la erupción de piezas permanentes
- 10.- No es necesaria la construcción de bandas.
- 11.- Se efectúan fácilmente las revisiones dentales en busca de caries.
- 12.- Puede hacerse lugar para la erupción de piezas sin necesidad de hacerse un aparato nuevo.

e).- DESVENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE

- 1.- Puede perderse.
- 2.- El paciente puede decidir no llevarlo puesto.
- 3.- Puede romperse.
- 4.- Puede restringir el crecimiento lateral de la mandíbula, si se incorporan grapas.
- 5.- Puede irritar los tejidos blandos.

MANTENEDOR DE BANDA Y ANSA

Este tipo de mantenedor nos ofrece gran número de ventajas y pocas desventajas. Con este aparato no se restaura la función masticatoria de la zona y no se impedirá la erupción-

continuada de los dientes antagonistas. Cualquier aparato -- que incluya bandas debe ser quitada todos los años; se pulirá e inspeccionará el diente, se aplicará fluoruro estañoso y se recomendará la banda para prevenir la posibilidad de que falle el sellado y el diente padezca caries.

Se elige una banda que calce ajustadamente sobre el diente y se solda. Ya soldada está será colocada sobre el pilar y se adaptará al margen oclusal en las zonas de los surcos vestibulares y linguales.

Se le dá forma a un alambre de oro de 0.9 mm de manera que contacte con los tejidos blandos vestibulares y linguales y con la cara distal de canino temporal y primario en la zona gingival. El ansa debe ser lo bastante ancha para permitir la erupción del premolar; Sobre el modelo de yeso se soldará el ansa a la banda y se pule.

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Aún cuando exista espaciamento es conveniente construir una dentadura parcial para devolver el aspecto estético, para restablecer la función y para impedir la aparición de a nomalias ó hábitos linguales.

MANTENIMIENTO DEL ESPACIO EN ZONAS DE PERDIDAS DE VARI

OS DIENTES:- La pérdida múltiple de los molares temporales en la etapa preescolar ó la dentición mixta conducirá a una severa mutilación de la dentición en desarrollo a menos que se construya un aparato que mantenga la relación de los dientes remanentes y guíe la erupción de los dientes de la segunda dentición.

PROTESIS PARCIAL DE ACRILICO

Está indicada cuando ha habido pérdida bilateral y es posible modificarla fácilmente para dar lugar a la erupción de los dientes. Restaura en grado adecuado la función.

Está contraindicada la construcción de aparatos removibles en niños mientras no haya sido resuelto el problema de caries dental, también cuando el paciente no practique un grado aceptable de higiene bucal.

Un mantenedor de espacio del tipo de protesis parcial con ganchos forjados es aceptable, desde el punto de vista de la sencillez de la construcción, exigencias funcionales y costo para el paciente.

Si los incisivos de la segunda dentición están en etapa -

activa de erupción, es conveniente eliminar los ganchos una vez que el niño se acostumbre a usar la prótesis.

ARCO LINGUAL PASIVO

Está indicado en la pérdida múltiple de dientes de la primera dentición en el arco superior e inferior. Aunque no satisface el requisito de restaurar la función, tiene muchas ventajas de superar este defecto. Elimina esencialmente el problema de cooperación del paciente. Reduce el peligro de la actividad cariosa.

PROTESIS COMPLETAS EN NIÑOS

A veces es necesario recomendar la extracción de toda la dentición primaria de un escolar, a causa de la extensión de la infección bucal y porque sus dientes no son restaurables.- La construcción de las dentaduras dará por resultado una mejor estética y la restauración de la función puede ser eficaz en cierto grado para guiar los primeros molares de la segunda dentición a su posición correcta.

" C O N C L U S I O N E S "

Se deben fomentar las medidas higiénicas destinadas a desorganizar la placa bacteriana y extraer los residuos alivencios.

El flúor no produce inmunidad contra la caries dental, pero beneficia a los dientes que están en desarrollo, tanto por vía endógena como por vía exógena.

La forma en que podemos prevenir la caries dental es aplicando tópicamente flúor en las superficies dentarias, una ó dos veces al año.

Ingiriendo agua que contenga flúor en proporción adecuada durante toda la vida. Usando técnicas de cepillado correctas después de cada alimento, y el uso complementario de los auxiliares de la autoterapia oral.

Así el control de placa personal reduce la presencia de enfermedad parodontal y caries.

La educación dental es muy importante para mantener el organismo sano.

BIBLIOGRAFIA

KATZ, Mc Donald
Stookey

Odontología Preventiva
en Acción. Editorial
médica Panamericana 1975.

Glickman Irving

Periodontología Clínica
Editorial Interamericana
Cuarta Edición.

Enc. Donald E.
Ralph.

Odontología Infantil.

Jesús Cruz Ch.

Apuntes de Odontología -
Preventiva. 1º y 2º sems.
1975-76.