



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

LA ODONTOLOGIA EN EL NIÑO

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Arturo Eloy Perales Cuadros

México, D. F.

1983



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.

TEMARIO

1. INTRODUCCION

- II. LA ODONTOPEDIATRIA,- DEFINICION E HISTORIA
 - A) DENTICIÓN PRIMARIA Y PERMANENTE
 - B) MORFOLOGÍA

- III HISTOLOGIA DEL DIENTE
 - A) ESMALTE
 - B) DENTINA
 - C) PULPA
 - D) CEMENTO

- IV CARIES
 - A) DEFINICIÓN
 - B) MECANISMO
 - C) ETIOLOGÍA
 - D) SINTOMATOLOGÍA

- V ASEPSIA Y ANTISEPSIA
 - A) CUIDADO DEL EQUIPO Y DE LOS APARATOS
 - B) LIMPIEZA DEL OPERADOR
 - C) ANTISEPSIA DEL CAMPO OPERATORIO
 - D) ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL

- VI EL DENTISTA, EL NIÑO, LOS PADRES Y EL CONSULTORIO.
 - A) LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA
 - B) CONSEJOS A LOS PADRES
 - C) MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO
 - D) EL CONSULTORIO

VII TRATAMIENTOS DENTALES

- A) PREPARACIÓN DE CAVIDADES PARA AMALGAMA Y RESINA
- B) TRATAMIENTOS PULPARES
- C) CORONA DE ACERO INOXIDABLE Y POLICARBONATO
- D) CONSTRUCCIÓN DE MANTENEDORES DE ESPACIO

VIII HABITOS BUCALES

- A) REFLEJO DE SUCCIÓN
- B) HÁBITO BUCAL COMPULSIVO
- C) SUCCIÓN LABIAL
- D) EMPUJE LINGUAL
- E) MORDEDURA DE UÑAS
- F) BRUXISMO

IX TECNICAS PROFILACTICAS PARA LA PREVENCION DE CARIES

- A) TÉCNICAS DE CEPILLADO
- B) TÉCNICAS EN EL USO DE LA SEDA DENTAL
- C) TÉCNICA DE APLICACIÓN DE FLUORURO

T E M A I

INTRODUCCION:

EL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA DEL NIÑO ES LA EXTERIORIZACIÓN VARIABLE EN CUANTO A SU PERFECCIÓN, DEL CONJUNTO DE FACTORES QUE DESDE EL MOMENTO DE SER CONCEBIDO, HEREDA DE SUS PADRES Y QUE SE ACTUALIZAN DE ACUERDO AL MEDIO AMBIENTE,

ESTOS FACTORES DEL NIÑO, EN EL TRANSCURSO DE SU VIDA, PUEDEN MANIFESTARSE TOTAL O PARCIALMENTE, PUDIENDO PERDERSE O PERFECCIONARSE LAS MÚLTIPLES MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS SE PRESENTAN DE ACUERDO CON EL DESARROLLO PROGRESIVO DEL SISTEMA NERVIOSO Y ES PRECISAMENTE EN TALES MOMENTOS, CUANDO SE DEBE EFECTUAR LA EDUCACIÓN DEL NIÑO.

EL MIEDO Y EL DOLOR SON DOS DE LAS INFLUENCIAS MÁS PODEROSAS QUE AFECTAN AL NIÑO AL ACUDIR CON EL ODONTÓLOGO PARA CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL,

ES OBLIGACIÓN TOTAL DE LOS PADRES COMO DEL ODONTÓLOGO ELIMINAR ESTAS DOS INFLUENCIAS, TOMAR EN CUENTA QUE EL NIÑO ESTÁ PENETRANDO A UN MUNDO DIFERENTE EN EL QUE NO TIENE NI EL MENOR SIGNIFICADO DE LO QUE ES EL ODONTÓLOGO, PONIÉNDOSE DE ACUERDO AMBOS RESPECTO A LAS REGLAS A SEGUIR PARA ELIMINAR ESTAS DOS INFLUENCIAS, DE ESTA RELACIÓN DEPENDERÁ EL ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO.

SIEMPRE SE HARÁ HINCAPIÉ QUE LAS CARIES DENTAL ES UNO DE LOS TANTOS PROBLEMAS QUE TIENE LA POBLACIÓN Y QUE AFECTA EN LOS NIÑOS EN SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR LA IRRESPONSABILIDAD DE LOS PADRES.

POR LO QUE HAY QUE ORIENTAR A PADRES E HIJOS RESPECTO A SU CONSERVACIÓN BUCAL. SE PODRÍA APROVECHAR DEL NIÑO EL GUSTO DE IMITAR A LOS MAYORES, ES EL MEJOR MEDIO DE APRENDER Y ASÍ

FOMENTAR AL NIÑO EL HÁBITO DE SU LIMPIEZA BUCAL Y DE SUS VISITAS CON EL ODONTÓLOGO.

ES BONITA LA PRECAUCIÓN DE LOS PADRES POR EL BIENESTAR DE SUS HIJOS, POR LO QUE LOS PADRES RESPONSABLES BUSCAN CUIDADOS TEMPRANOS Y PREVENTIVOS PARA LA BUENA CONSERVACIÓN BUCAL DEL NIÑO.

ESPERO QUE AL PRESENTAR ESTA TESIS, LOGRE QUE EL ODONTÓLOGO - PONGA MAYOR ATENCIÓN EN EL NIÑO, PUES ES LA FUENTE PRINCIPAL DE NUESTRA CARRERA.

T E M A II

LA ODONTOPEDIATRÍA.- DEFINICIÓN E HISTORIA.

LA ODONTOPEDIATRÍA ES LA RAMA ESPECIALIZADA DE LA ODONTOLOGÍA QUE ESTUDIA AL NIÑO EN SU TOTALIDAD, TANTO FÍSICA COMO PSICOLÓGICAMENTE, ENFOCANDO SUS PROBLEMAS PRESENTES Y DANDO MEDIDAS -- PREVENTIVAS PARA EVITAR PROBLEMAS FUTUROS.

LOS POSTULADOS DE LA ODONTOPEDIATRÍA, QUE COMPRENDEN LA PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS CONTRA DAÑOS EVITABLES, RECONOCIMIENTO TEMPRANO Y ÓPTIMO TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS MASTICATORIOS, ENSEÑANZA DE LA IMPORTANCIA Y UTILIDAD DE UNA HIGIENE BUCAL SISTEMÁTICA PARA GOZAR EN LA ADULTÉZ DE UNA DENTADURA SANA, NO SOLO REQUIEREN EL EMPEÑO TOTAL DE LOS ODONTÓLOGOS Y CENTROS DENTALES, SINO TAMBIÉN EL APOYO DE LOS PADRES Y TODOS LOS QUE SE OCUPAN DE LA EDUCACIÓN.

A MEDIADOS DEL SIGLO XVIII, BUNOM, SEÑALABA LA NECESIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DIENTES TEMPORARIOS, LOS PRIMEROS INDICIOS DE UNA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA SOCIAL DE NIÑOS DATAN DE 1810, -- POR EL PROFESOR DE ENFERMEDADES BUCALES EN LA UNIVERSIDAD DE PARIS "DELABARRE"

LINDERER PROFESOR DE BERLÍN POR EL AÑO DE 1848, INDICABA DISTINTAS POSIBILIDADES DE CREAR ESPACIO PARA LOS DIENTES PERMANENTES EN ERUPCIÓN, SEA POR DESGASTE O POR EXTRACCIÓN DE DIENTES TEMPORARIOS.

LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE NIÑOS ESCOLARES FUÉ RECOMENDADA -- EN EL AÑO 1815 POR DE VERGANI, EN ITALIA EN 1852 POR TOLMA, EN BRUSELAS, EN 1890 POR ROESE, EN FRIBURGO.

EN EL AÑO DE 1894, EN COPENHAGUE, LOS ODONTÓLOGOS PUBLICARON -- UNA RESOLUCIÓN QUE SEÑALABA EL CARÁCTER EPIDÉMICO DE LA CARIES Y EXIGÍA, COMO LAS MEDIDAS MÁS EFICACES PARA COMBATIRLA, EL ESCLARECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ACERCA DE LA HIGIENE BUCAL Y EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO GRATUITO PARA LOS NIÑOS INDIGENTES.

EN ALEMANIA SE CONSIDERA A JESSEN COMO INICIADOR DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO ESCOLAR Y POR EL AÑO DE 1902, ABRIÓ LA PRIMERA - CLÍNICA DENTAL ESCOLAR.

A) DENTICION PRIMARIA Y PERMANENTE

DENTICION PRIMARIA:

M A X I L A R

INCISIVO CENTRAL

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 4 MESES EN EL ÚTERO.

ESMALTE FORMADO.- 5 SEXTOS

ESMALTE COMPLETADO.- 1 1/2 MESES

ERUPCIÓN.- 7 1/2 MESES

RAÍZ COMPLETA.- 1 1/2 AÑOS

INCISIVO LATERAL:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 4 1/2 MESES EN EL ÚTERO

ESMALTE FORMADO.- 2 TERCIOS

ESMALTE COMPLETADO.- 2 1/2 MESES.

ERUPCIÓN.- 9 MESES

RAÍZ COMPLETA.- 2 AÑOS

CANINO:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 5 MESES EN EL ÚTERO

ESMALTE FORMADO.- 1 TERCIO

ESMALTE COMPLETADO.- 9 MESES

ERUPCIÓN.- 18 MESES

RAÍZ COMPLETA.- 3 1/4 AÑOS.

PRIMER MOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 5 MESES EN EL ÚTERO.

ESMALTE FORMADO.- CÚSPIDE UNIDAS.

ESMALTE COMPLETADO.- 6 MESES

ERUPCIÓN.- 14 MESES

RAÍZ COMPLETADA.- 2 1/2 AÑOS.

SEGUNDO MOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 6 MESES EN EL ÚTERO

ESMALTE FORMADO.- PUNTAS DE CÚSPIDES AÚN AISLADAS

ESMALTE COMPLETADO.- 11 MESES.

ERUPCIÓN.- 24 MESES

RAÍZ COMPLETADA.- 3 AÑOS

M A N D I B U L A

INCISIVO CENTRAL:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 4 1/2 MESES EN EL ÚTERO

ESMALTE FORMADO.- 3 QUINTOS.

ESMALTE COMPLETADO.- 2 1/2 MESES.

ERUPCIÓN.- 6 MESES

RAÍZ COMPLETADA.- 1 1/2 AÑOS.

INCISIVO LATERAL:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 4 1/2 MESES EN EL ÚTERO

ESMALTE FORMADO.- 3 QUINTOS.

ESMALTE COMPLETADO.- 3 MESES.

ERUPCIÓN.- 7 MESES.

RAÍZ COMPLETADA.- 1 1/2 AÑOS.

CANINO:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 5 MESES EN EL ÚTERO.
 ESMALTE FORMADO.- 1 TERCIO.
 ESMALTE COMPLETADO.- 9 MESES.
 ERUPCIÓN.- 16 MESES.
 RAÍZ COMPLETADA.- 3 1/4 AÑOS.

PRIMER MOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 5 MESES EN EL ÚTERO.
 ESMALTE FORMADO.- CÚSPIDE UNIDAS,
 ESMALTE COMPLETADO.- 5 1/2 MESES.
 ERUPCIÓN.- 12 MESES.
 RAÍZ COMPLETADA.- 2 1/4 AÑOS.

SEGUNDO MOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 6 MESES EN EL ÚTERO,
 ESMALTE FORMADO.- PUNTAS DE CÚSPIDES AÚN AISLADAS.
 ESMALTE COMPLETADO.- 10 MESES.
 ERUPCIÓN.- 20 MESES.
 RAÍZ COMPLETADA.- 3 AÑOS.

DENTICION PERMANENTE:

M A X I L A R

INCISIVO CENTRAL:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 3 A 4 MESES.
 ESMALTE FORMADO.
 ESMALTE COMPLETADO.- 4 A 5 AÑOS.
 ERUPCIÓN.- 7 A 8 AÑOS.
 RAÍZ COMPLETADA.- 10 AÑOS.

INCISIVO LATERAL:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 10 A 12 MESES.

ESMALTE FORMADO.

ESMALTE COMPLETADO.- 4 A 5 AÑOS.

ERUPCIÓN.- 8 A 9 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 11 AÑOS.

CANINO:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 4 A 5 MESES.

ESMALTE FORMADO

ESMALTE COMPLETADO.- 6 A 7 AÑOS.

ERUPCIÓN.- 10 A 11 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 13 A 15 AÑOS.

PRIMER PREMOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 1 1/2 A 1 3/4 AÑOS.

ESMALTE FORMADO

ESMALTE COMPLETADO.- 5 A 6 AÑOS.

ERUPCIÓN.- 10 A 11 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 12 A 13 AÑOS.

SEGUNDO PREMOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 2 1/4 A 2 1/2 AÑOS.

ESMALTE FORMADO.

ESMALTE COMPLETADO.- 6 A 7 AÑOS

ERUPCIÓN.- 10 A 12 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 12 A 14 AÑOS.

PRIMER MOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- AL NACER.

ESMALTE FORMADO.- A VECES HUELLAS.

ESMALTE COMPLETADO.- 2 1/2 A 3 AÑOS.

ERUPCIÓN.- 6 A 7 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 9 A 10 AÑOS.

SEGUNDO PREMOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 2 1/2 A 3 AÑOS.

ESMALTE FORMADO

ESMALTE COMPLETADO.- 7 A 8 AÑOS.

ERUPCIÓN.- 12 A 13 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 14 A 16 AÑOS.

M A N D I B U L A

INCISIVO CENTRAL:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 3 A 4 MESES.

ESMALTE FORMADO

ESMALTE COMPLETADO.- 4 A 5 AÑOS

ERUPCIÓN.- 6 A 7 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 9 AÑOS.

INCISIVO LATERAL:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 3 A 4 MESES

ESMALTE FORMADO.

ESMALTE COMPLETADO.- 4 A 5 AÑOS.

ERUPCIÓN.- 7 A 8 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 10 AÑOS.

CANINO:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 4 A 5 MESES.

ESMALTE FORMADO.

ESMALTE COMPLETADO.- 6 A 7 AÑOS.

ERUPCIÓN.- 9 A 10 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 12 A 14 AÑOS.

PRIMER MOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 1 3/4 A 2 AÑOS.

ESMALTE FORMADO.

ESMALTE COMPLETADO.- 5 A 6 AÑOS.

ERUPCIÓN.- 10 A 12 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 12 Y 13 AÑOS.

SEGUNDO PREMOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 2 1/4 A 2 1/2 AÑOS.

ESMALTE COMPLETADO.- 6 A 7 AÑOS.

ERUPCIÓN.- 11 A 12 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 13 A 14 AÑOS.

PRIMER MOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- AL NACER.

ESMALTE FORMADO.- A VECES HUELLAS.

ESMALTE COMPLETADO.- 2 1/2 A 3 AÑOS.

ERUPCIÓN 6 A 7 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 9 A 10 AÑOS.

SEGUNDO MOLAR:

FORMACIÓN DE TEJIDO DURO.- 2 1/2 A 3 AÑOS.

ESMALTE FORMADO.-

ESMALTE COMPLETADO.- 7 A 8 AÑOS

ERUPCIÓN.- 11 A 13 AÑOS.

RAÍZ COMPLETADA.- 14 A 15 AÑOS.

B): MORFOLOGIA DENTAL.

M A X I L A R

PRIMER MOLAR:

CORONA.- LA SUPERFICIE BUCAL ES CONVEXA, CON LA MAYOR CONVEXIDAD EN POSICIÓN OCLUSOGINGIVAL EN EL BORDE CERVICAL, LA SUPERFICIE BUCAL ESTÁ DIVIDIDA POR EL SURCO BUCAL, HACIENDO QUE LA CÚSPIDE MESIOBUCAL SEA MÁS GRANDE QUE LA DISTOBUICAL.

LA SUPERFICIE LINGUAL ES LIGERAMENTE CONVEXA EN DIRECCIÓN OCLUSOCERVICAL Y CONVEXA EN DIRECCIÓN MESIODISTAL, FORMADA DE UNA CÚSPIDE MESIOLINGUAL MÁS REDONDEADA Y MENOS AGUDA QUE LAS CÚSPIDES BUCALES EN SU UNIÓN CON LA SUPERFICIE MESIAL Y LA DISTAL.

LA SUPERFICIE MESIAL TIENE MAYOR DIÁMETRO EN EL BORDE CERVICAL QUE EN EL OCLUSAL Y SE INCLINA DISTALMENTE DEL ÁNGULO DE LÍNEA MESIOBUCAL HACIA LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL, SIENDO EL ÁNGULO MESIOBUCAL MÁS AGUDO Y EL ÁNGULO DE LÍNEA MESIOLINGUAL ES OBTUSO.

LA SUPERFICIE DISTAL ES LIGERAMENTE CONVEXA EN AMBAS DIRECCIONES, UNIENDO A LAS CÚSPIDES BUCAL Y LINGUAL EN ÁNGULO RECTO, - ES MÁS ESTRECHA QUE LA SUPERFICIE MESIAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL PRESENTA TRES CÚSPIDES, LA MESIOBUCAL, - LA DISTOBUCAL Y LA MESIOLINGUAL, LA CÚSPIDE MESIOBUCAL ES MÁS LARGA Y OCUPA LA MAYOR PORCIÓN DE LA SUPERFICIE BUCOOCLUSAL, - EL ASPECTO BUCAL COMPRENDE LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL Y DISTOBUCAL, EN ALGUNOS DIENTES, LA CÚSPIDE DISTOBUCAL PUEDE ESTAR MAL DESARROLLADA O PUEDE FALTAR.

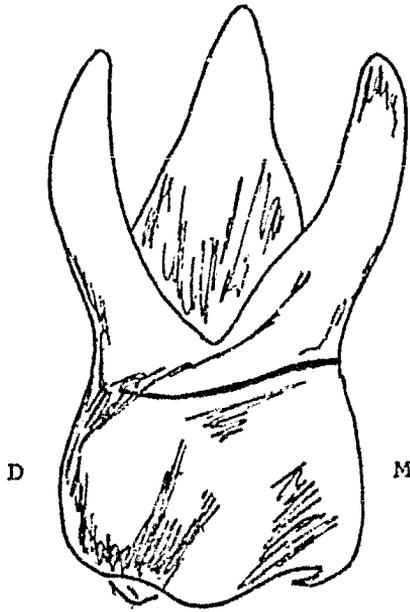
LA SUPERFICIE OCLUSAL TIENE TRES CAVIDADES, CENTRAL, MESIAL Y DISTAL.

RAICES.- LAS RAÍCES SON TRES, MESIOBUCAL, DISTOBUCAL Y LINGUAL LA RAÍZ LINGUAL ES LA MÁS LARGA Y LA RAÍZ DISTOBUCAL ES LA MÁS CORTA.

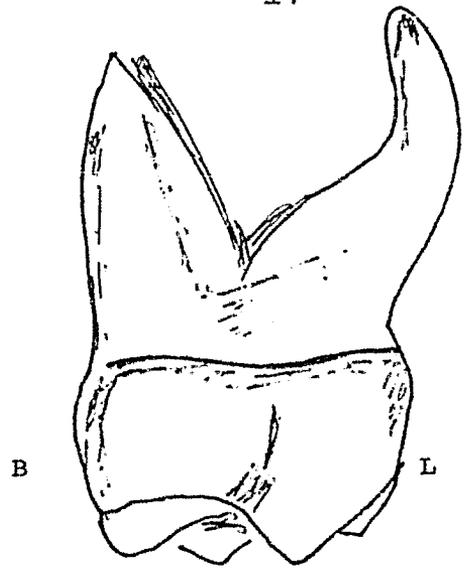
CAVIDAD PULPAR: CONSTA DE TRES CANALES PULPARES CORRESPONDIENTES A TRES RAÍCES: LA CÁMARA PULPAR CONSTA DE TRES O CUATRO CUERNOS PULPARES, EL MESIOBUCAL ES EL MAYOR DE LOS CUERNOS.

EL ÁPICE DEL CUERNO ESTÁ EN POSICIÓN LIGERAMENTE MESIAL AL CUERPO DE LA CÁMARA PULPAR, EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL LE SIGUE EN TAMAÑO Y ES ANGULAR Y AFILADO, EL CUERNO DISTOBUCAL ES EL MÁS PEQUEÑO.

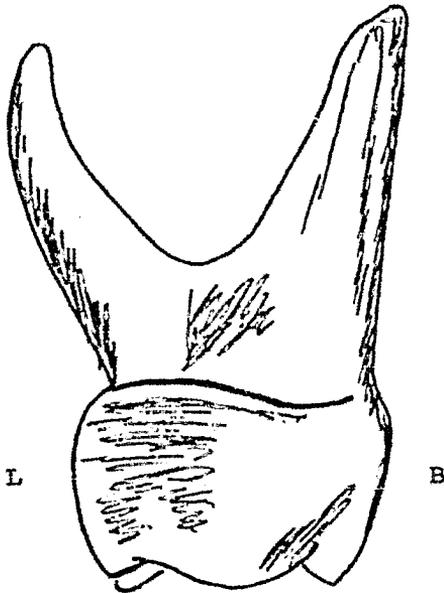
LOS CANALES PULPARES SE EXTIENDEN DEL SUELO DE LA CÁMARA CERCA DE LOS ÁNGULOS DISTOBUCAL Y MESTOLINGUAL.



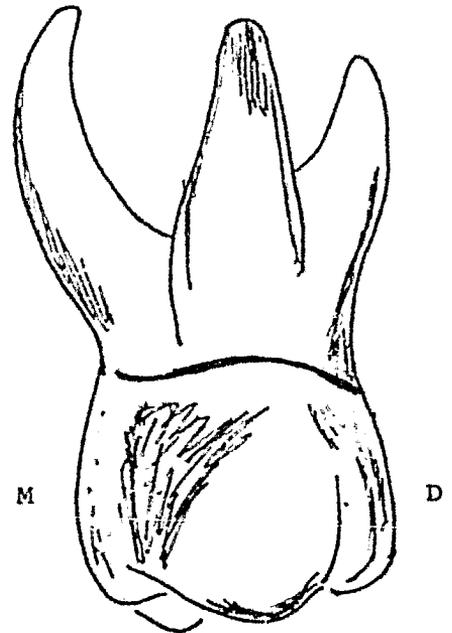
VISTA BUCAL



VISTA MESIAL



VISTA DISTAL



VISTA LINGUAL

Primer molar derecho maxilar primario

SEGUNDO MOLAR:

CORONA.- LA SUPERFICIE BUCAL PRESENTA UN BORDE CERVICAL, EL CUAL LLEGA A SU MAYOR MAGNITUD EN EL LUGAR DONDE SE UNE A LA CÚSPIDE MESIOBUCAL, LA SUPERFICIE BUCAL ESTÁ DIVIDIDA EN UNA CÚSPIDE MESIOBUCAL Y UNA DISTOBUCAL,

LA SUPERFICIE LINGUAL ES CONVEXA, SE INCLINA LIGERAMENTE AL BORDE OCLUSAL, LA SUPERFICIE LINGUAL ESTÁ DIVIDIDA POR EL SURCO LINGUAL, ESTE SURCO DIVIDE LA SUPERFICIE EN UNA CÚSPIDE MESIOLINGUAL Y UNA DISTOLINGUAL.

LA SUPERFICIE MESIAL PRESENTA UN BORDE MARGINAL BASTANTE ELEVADO Y SU SUPERFICIE ES CONVEXA OCLUSOCERVICALMENTE Y MENOS BUCOLINGUALMENTE, EL ÁNGULO MESIOBUCAL DEL DIENTE ES AGUDO Y EN ÁNGULO MESIOLINGUAL ALGO OBTUSO.

LA SUPERFICIE DISTAL ES CONVEXA OCLUSOCERVICALMENTE Y ESTÁ APLANADA EN SU PORCIÓN CENTRAL.

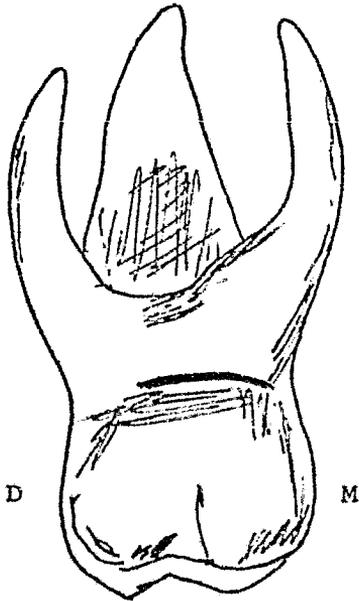
LA SUPERFICIE OCLUSAL DE ESTE MOLAR EXISTEN CUATRO CÚSPIDES O ALGUNAS VECES QUINTA CÚSPIDE, LA CÚSPIDE MESIOBUCAL TIENE UNA INCLINACIÓN PROFUNDA HACIA SU BORDE LINGUAL, CUANDO SE ACERCA AL SURCO CENTRAL DE DESARROLLO, LA CÚSPIDE DISTOBUCAL TIENE UN BORDE LINGUAL MUY PROMINENTE CON LIGERA INCLINACIÓN MESIAL, LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL ES LA MAYOR Y OCUPA LA PORCIÓN MÁS EXTENSA DEL ÁREA OCLUSOLINGUAL, HACE UNIÓN EN LA FORMACIÓN DEL BORDE OBLICUO, LA CÚSPIDE DISTOLINGUAL ES LA MENOR Y ESTÁ SEPARADA DE CÚSPIDE MESIOLINGUAL POR UN SURCO DISTOLINGUAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL PRESENTA TRES CAVIDADES, LA CENTRAL ES GRANDE Y PROFUNDA, LA CAVIDAD DISTAL ES PROFUNDA Y RODEADA DE SURCOS TRIANGULARES Y LA MESIAL ES PROFUNDA.

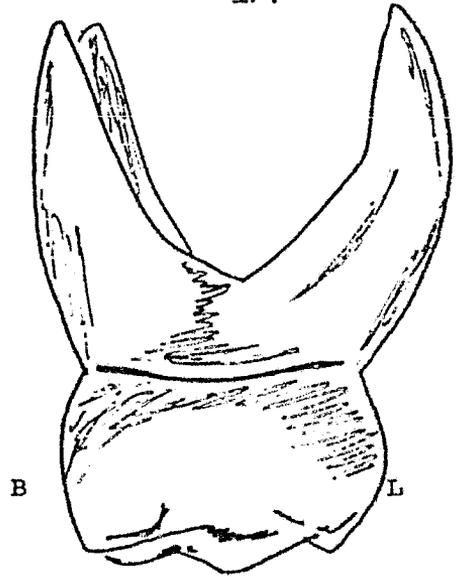
RAICES:- PRESENTA UNA MESIOBUCAL, UNA DISTOBUCAL Y UNA LINGUAL, SON DELGADAS Y SE ENSANCHAN A MEDIDA QUE SE ACERCAN AL ÁPICE, LA RAÍZ DISTOBUCAL ES LA MÁS ESTRECHA DE LAS TRES.

CAVIDAD PULPAR. - CONSISTENTE EN UNA CÁMARA PULPAR Y TRES CANALES PULPARES. LA CÁMARA PULPAR TIENE CUATRO CUERNOS PULPARES -- PUEDE EXISTIR UN QUINTO CUERNO, EL CUERNO PULPAR MESIOBUCAL ES EL MAYOR, EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL ES SEGUNDO EN TAMAÑO, - PUEDE COMBINARSE CON EL QUINTO CUERNO PULPAR PRESENTANDO UN ASPECTO VOLUMINOSO, EL CUERNO PULPAR DISTOBUCAL ES TERCERO EN TAMAÑO, EL CUERNO DISTOLINGUAL ES EL MENOR Y MÁS CORTO.

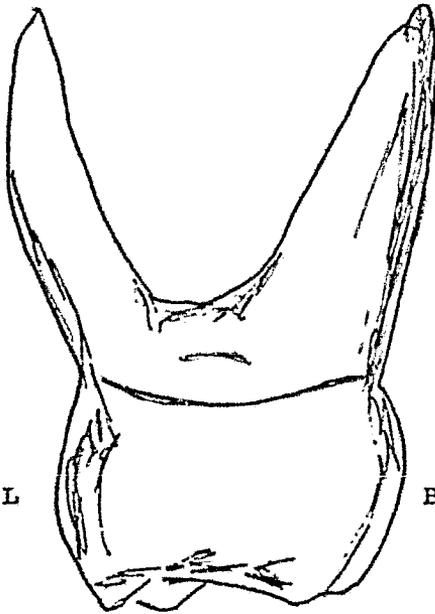
EXISTEN TRES CANALES PULPARES QUE DEJAN EL SUELO DE LA CÁMARA - EN LAS ESQUINAS MESIOBUCAL Y DISTOBUCAL DESDE EL ÁREA LINGUAL.



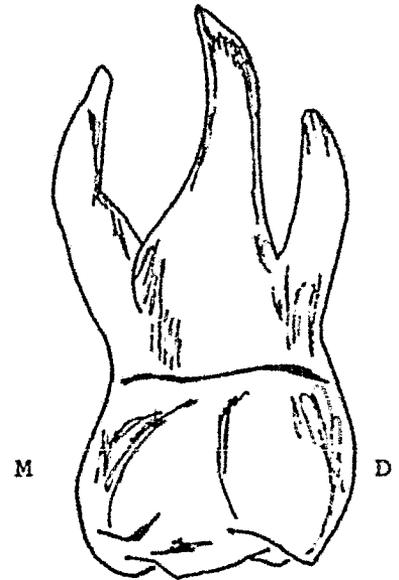
VISTA BUCAL



VISTA MESIAL



VISTA DISTAL



VISTA LINGUAL

Segundo molar derecho maxilar primario.

CANINO:

CORONA.- LA SUPERFICIE LABIAL ES CONVEXA, DOBLÁNDOSE LINGUALMENTE DESDE UN LÓBULO CENTRAL DE DESARROLLO, ÉSTE SE EXTIENDE OCLUSALMENTE PARA FORMAR LA CÚSPIDE, EL BORDE MESIOINCISAL ES MÁS LARGO QUE EL DISTOINCISAL, PARA QUE EXISTA INTERCUSPIDACIÓN CON EL BORDE DISTOINCISAL DEL CANINO INFERIOR.

LA SUPERFICIE MESIAL Y DISTAL SON CONVEXAS, SE INCLINAN LINGUALMENTE, LA SUPERFICIE MESIAL NO ESTÁ TAN ELEVADA EN POSICIÓN CERVICOINCISAL COMO LA SUPERFICIE DISTAL, AMBAS SUPERFICIES CONVERGEN AL APROXIMARSE EL ÁREA CERVICAL.

LA SUPERFICIE LINGUAL ES CONVEXA, EXISTE UN BORDE LINGUAL QUE SE EXTIENDE DEL CENTRO DE LA PUNTA DE LA CÚSPIDE LINGUALMENTE, ATRAVEZANDO LA SUPERFICIE LINGUAL Y SEPARANDO LOS SURCOS O DEPRESIONES DE DESARROLLO MESIOLINGUAL Y DISTOLINGUAL.

EL CÍNCULO ES DE CONTORNO AFILADO Y SE PROYECTA INCISALMENTE, EL BORDE MARGINAL MESIAL ES PROMINENTE, PERO MÁS CORTO QUE EL BORDE DISTAL MARGINAL.

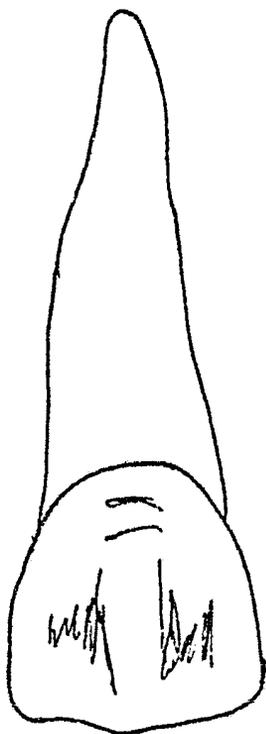
RAIZ:

LA RAÍZ ES LARGA, ANCHA Y LIGERAMENTE APLANADA EN SUS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL, EXISTE UN LIGERO AUMENTO DE DIÁMETRO A MEDIDA QUE PROGRESA DESDE EL MÁRGEN CERVICAL Y SU ÁPICE ES REDONDEADO.

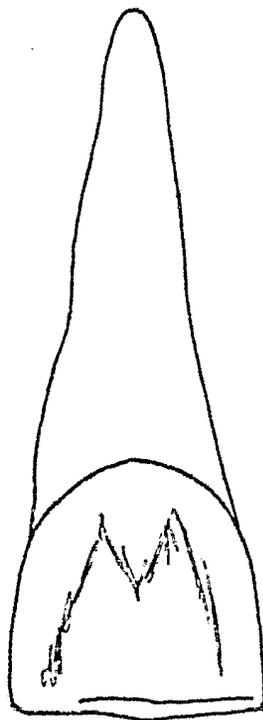
CAVIDAD PULPAR:

LA CAVIDAD PULPAR SE CONFORMA CON LA SUPERFICIE GENERAL AL CONTORNO DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE, LA CÁMARA PULPAR DE CERCA EL CONTORNO EXTERNO DE EL DIENTE, EL CUERNO CENTRAL PULPAR SE PROYECTA INCISALMENTE MÁS LEJOS QUE EL RESTO DE LA CÁMARA PULPAR.

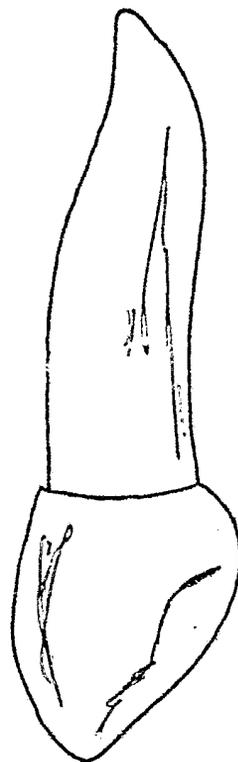
EL CANAL SE ADELGAZA A MEDIDA QUE SE ACERCA AL ÁPICE.



VISTA LABIAL



VISTA LINGUAL



VISTA MESIAL

Canino maxilar primario

INCISIVOS:

CORONA.- EL BORDE INCISAL SE UNE A LA SUPERFICIE MESIAL EN --
 ÁNGULO AGUDO Y A LA SUPERFICIE DISTAL EN UN ÁNGULO MÁS REDON--
 DEADO Y OBTUSO, EL BORDE INCISAL SE FORMA DE UN LÓBULO DE --
 DESARROLLO,

SU BORDE CERVICAL ES CÓNCAVO EN DIRECCIÓN A LA RAÍZ, LA SU--
 PERFICIE LABIAL ES CONVEXA INCISOCERVICAL,

LA SUPERFICIE LINGUAL PRESENTA UN CÍNGULO BIEN DEFINIDO Y --
 BORDES MARGINALES QUE ESTÁN ELEVADOS SOBRE LA SUPERFICIE DE
 EL DIENTE QUE RODEA,

LA DEPRESIÓN ENTRE LOS BORDES MARGINALES Y EL CÍNGULO SE FOR--
 MA LA FOSA LINGUAL, EL CÍNGULO ES CONVEXO Y OCUPA DE LA MI--
 TAD A LA TERCERA PARTE CERVICAL DE LA SUPERFICIE,

RAIZ.- ES ÚNICA Y DE FORMA CÓNICA Y TERMINA EN ÁPICE BIEN --
 REDONDEADO,

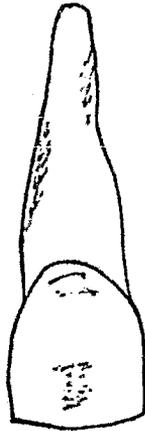
CAVIDAD PULPAR.- TIENE TRES PROYECCIONES EN SU BORDE INCISAL,
 LA CÁMARA SE ADELGAZA CERVICALMENTE EN SU DIÁMETRO MESIODIS--
 TAL, PERO ES MÁS ANCHA EN SU BORDE CERVICAL,

LOS INCISIVOS LATERALES SON MUY SIMILARES EN CONTORNO A LOS
 INCISIVOS CENTRALES, EXCEPTO QUE NO SON TAN ANCHOS EN EL AS--
 PECTO MESIODISTAL, SUS SUPERFICIES LABIALES ESTÁN ALGO MÁS --
 APLANADAS,

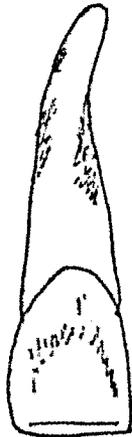
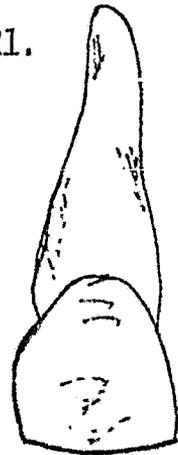
LA CÁMARA PULPAR SIGUE EL CONTORNO DE EL DIENTE AL IGUAL QUE
 EL CANAL, EN EL INCISIVO LATERAL EXISTE UNA PEQUEÑA DEMARCA--
 CIÓN ENTRE CÁMARA PULPAR Y CANAL, ESPECIALMENTE EN SUS ASPEC--
 TOS LINGUAL Y LABIAL,

Incisivos maxilares primarios.

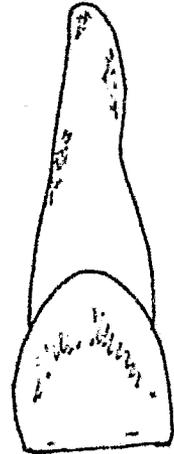
21.



VISTA LABIAL



VISTA LINGUAL



LATERAL

VISTA MESIAL



CENTRAL

MANDIBULA:PRIMER MOLAR.

CORONA. - LA SUPERFICIE BUCAL PRESENTA UN BORDE CERVICAL - PROMINENTE Y DESARROLLADO, QUE SE EXTIENDE A TRAVÉS DE TODA LA SUPERFICIE BUCAL EN POSICIÓN SUPERIOR AL CUELLO DE EL DIENTE, PERO ES MÁS PRONUNCIADO EN EL MESIO BUCAL.

LA SUPERFICIE BUCAL ES CONVEXA EN DIRECCIÓN MESIO DISTAL, PERO SE INCLINA ABRUPTAMENTE HACIA LA SUPERFICIE OCLUSAL, BUCOLINGUALMENTE, EL DIÁMETRO GINGIVAL DE EL DIENTE ES MUCHO MAYOR QUE EL DIÁMETRO OCLUSAL.

LA SUPERFICIE BUCAL SE COMPONE DE DOS CÚSPIDES; LA MAYOR Y LA MÁS LARGA ES LA MEDIODISTAL Y LA DISTOBUCAL ES MÁS PEQUEÑA.

LA SUPERFICIE LINGUAL ES CONVEXA Y SE INCLINA DESDE EL MÁRGEN CERVICAL PROMINENTE HACIA LA LINEA MEDIA DE EL DIENTE A MEDIDA QUE ESTA SE ACERCA A LA SUPERFICIE OCLUSAL; LA SUPERFICIE LINGUAL SE VE ATRAVEZADA POR UN SURCO LINGUAL, ESTE SURCO DIVIDE LA SUPERFICIE LINGUAL EN UNA CÚSPIDE MESIOLINGUAL Y OTRA DISTOLINGUAL, LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL ES LA MAYOR.

LA SUPERFICIE MESIAL ES MUY PLANA, SE CREA UNA CONVEXIDAD EN EL BORDE MARGINAL MESIAL, Y ES MUY PROMINENTE EN LA UNIÓN DE LA CÚSPIDE MESIOBUCAL INCLINÁNDOSE MÁS HACIA LINGUAL A MEDIDA QUE SE ACERCA A LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL.

LA SUPERFICIE DISTAL ES CONVEXA Y EL BORDE MARGINAL DISTAL ESTÁ ATRAVEZADO POR UN SURCO DISTAL QUE TERMINA EN LA SUPERFICIE DISTAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL SE PARECE A UNA FIGURA DEL NÚMERO 8 INCLINANDO A UN LADO, DIVIDIDO POR LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL

Y MESIOLINGUAL, LA SUPERFICIE OCLUSAL ES MÁS LARGA MEDIODISTALMENTE QUE BUCOLINGUALMENTE.

LAS CÚSPIDES MESIOLINGUAL Y MESIOBUCAL SON LAS MAYORES; LAS CÚSPIDES DISTALES SON MÁS PEQUEÑAS.

SE LOCALIZAN TRES CAVIDADES, UNA MESIAL QUE ESTÁ SITUADA MESIAL A LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL Y MESIOLINGUAL, UNA CENTRAL QUE ESTÁ EN EL CENTRO DE LA CORONA Y UNA DISTAL QUE ESTÁ EN EL CENTRO DE LA CORONA Y UNA DISTAL QUE ESTÁ EN POSESIÓN DISTAL A LAS CÚSPIDES DISTOBUCAL Y DISTOLINGUAL. ÉSTAS CAVIDADES ESTÁN CONECTADAS POR EL SURCO CENTRAL DE DESARROLLO.

RAICES:

ESTÁ DIVIDIDA EN RAÍZ MESIAL Y UNA DISTAL, SON DELGADAS Y SE ENSANCHAN CUANDO SE ACERCAN AL ÁPICE.

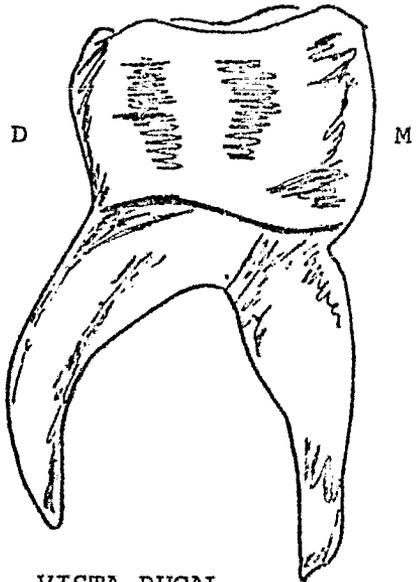
CAVIDAD PULPAR.

CONTIENE UNA CÁMARA PULPAR Y SIGUE DE CERCA EL TONTORNO DE LA SUPERFICIE DE LA CORONA. LA CÁMARA PULPAR TIENE CUATRO CUERNOS PULPARES. EL CUERNO MESIOBUCAL QUE ES EL MAYOR, ES REDONDEADO Y SE CONECTA CON EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL.

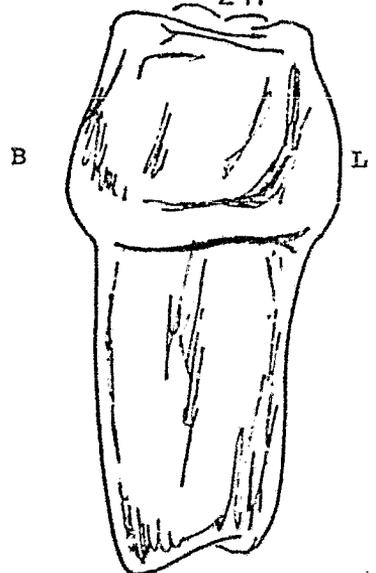
EL CUERNO PULPAR DISTOBUCAL CARECE DE LA ALTURA DE LOS CUERNOS MESALES.

EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL ES LARGO Y PUNTIAGUDO, EL CUERNO PULPAR DISTOLINGUAL ES MÁS PUNTIAGUDO QUE LOS CUERNOS BUCALES.

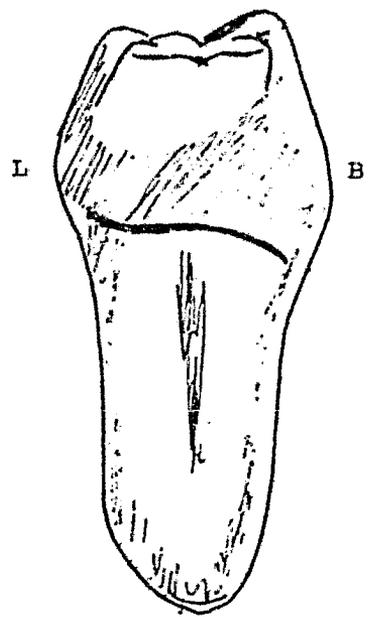
EXISTEN TRES CANALES PULPARES, UNO MESIOBUCAL Y UNO MESIOLINGUAL. LOS DOS CANALES SE SEPARAN PARA FORMAR UN CANAL BUCAL Y UNO LINGUAL, QUE SE VAN ADELGAZANDO EN EL AGUJERO APICAL.



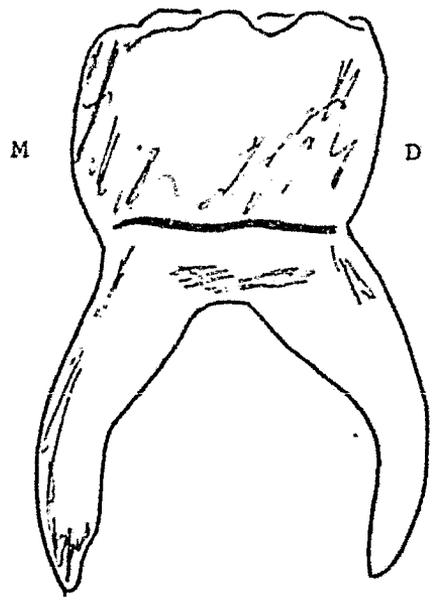
VISTA BUCAL



VISTA MESIAL



VISTA DISTAL



VISTA LINGUAL

Primer molar derecho mandibular primario.

SEGUNDO MOLAR.CORONA:

LA SUPERFICIE BUCAL PRESENTA TRES CÚSPIDES, UNA CÚSPIDE MESIOBUCAL, UNA DISTOBUCAL Y UNA DISTAL.

LA CÚSPIDE DISTAL SE EXTIENDE LINGUALMENTE EN EL BORDE OCLUSAL.

LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL Y DISTOBUCAL ESTÁN DIVIDIDAS POR EL -- SURCO MESIOBUCAL. LAS CÚSPIDES MESIAL Y DISTAL ESTÁN SEPARADAS POR EL SURCO DISTOBUCAL, QUE ATRAVIEZA LA CRESTA Y SE UNE AL - SURCO DISTAL EN LA SUPERFICIE OCLUSAL.

LA SUPERFICIE LINGUAL ES CONVEXA Y ESTÁ ATRAVEZADA EN EL BORDE OCLUSAL POR EL SURCO LINGUAL QUE SEPARA LAS CÚSPIDES MESIOLINGUAL Y DISTOLINGUAL.

LA SUPERFICIE MESIAL ES CONVEXA, ESTÁ ATRAVEZADA POR EL SURCO MESIAL QUE ATRAVIEZA EL BORDE OCLUSAL PARA EXTENDERSE A UN TERCIO DE LA DISTANCIA DE LA SUPERFICIE MESIAL EN DIRECCIÓN DESCENDENTE.

LA SUPERFICIE DISTAL ES CONVEXA PERO APLANADA BUCOLINGUALMENTE - CUANDO SE ACERCA AL BORDE CERVICAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL TIENE MAYOR DIÁMETRO EN SU BORDE BUCAL - QUE EN SU BORDE LINGUAL.

EL ASPECTO BUCAL CONSTA DE TRES CÚSPIDES, UNA MESIOBUCAL, UNA DISTOBUCAL Y UNA CÚSPIDE BUCAL LA MENOR DE LAS TRES.

EL ASPECTO DE LINGUAL CONSTA DE DOS CÚSPIDES, LA MESIOLINGUAL Y DISTOLINGUAL QUE ESTÁN DIVIDIDAS POR EL SURCO DISTOLINGUAL.

EXISTEN TRES CAVIDADES EN ESTA SUPERFICIE, LA CUAL LA CENTRAL ES MÁS PROFUNDA, LA MESIAL Y LA DISTAL QUE ES LA PEOR DEFINIDA.

RAICES:

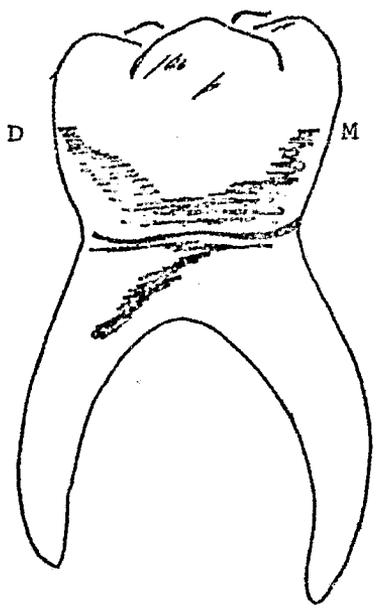
SE COMPONE DE UNA RAMA MESIAL Y UNA DISTAL, AMBAS RAMAS DIVERGEN A MEDIDA QUE SE ACERCAN A LOS ÁPICES.

CAVIDAD PULPAR:

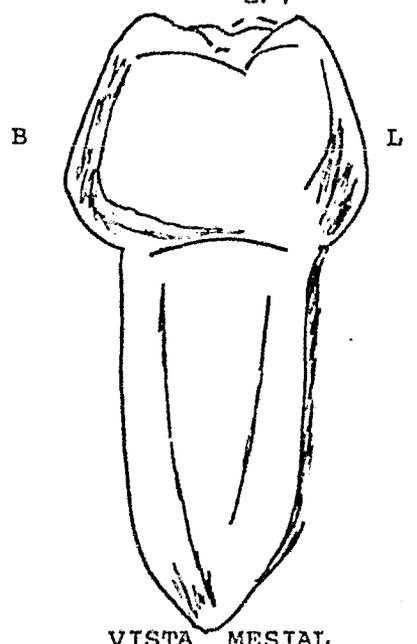
ESTÁ FORMADA POR UNA CÁMARA Y TRES CANALES PULPARES, LA CÁMARA - PULPAR TIENE CINCO CUERNOS PULPARES, LOS CUERNOS PULPARES MESIO- BUCAL Y MESIOLINGUAL, EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL ES LIGERA- - MENTE PUNTIAGUDO,

EL CUERNO DISTOLINGUAL NO ES TAN GRANDE COMO EL CUERNO PULPAR -- MESIOBUCAL, PERO ES ALGO MAYOR QUE EL CUERNO DISTOLINGUAL O QUE EL DISTAL, EL CUERNO PULPAR DISTAL ES EL MÁS CORTO Y PEQUEÑO.

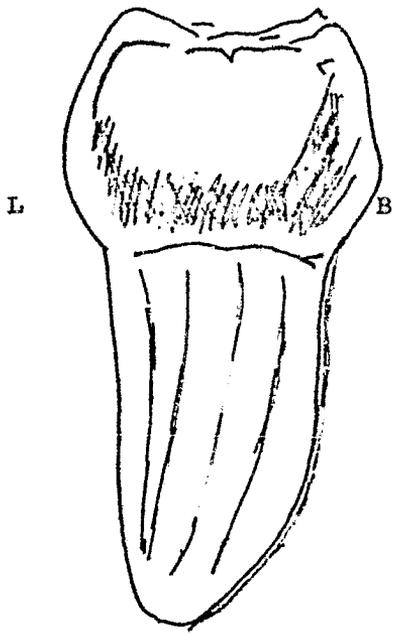
LOS TRES CANALES SE ADELGAZAN A MEDIDA QUE SE ACERCAN AL AGUJERO .APICAL Y SIGUEN LA FORMA DE LAS RAÍCES.



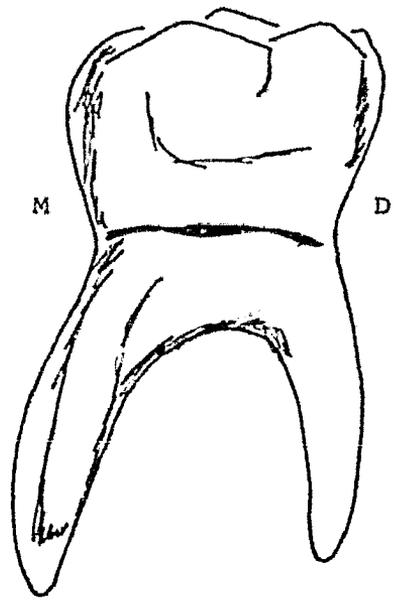
VISTA BUCAL



VISTA MESIAL



VISTA DISTAL



VISTA LINGUAL

Segundo molar derecho mandibular primario.

CANINO:CORONA:

LA SUPERFICIE LABIAL ES CONVEXA, TIENE UN LÓBULO CENTRAL QUE -- TERMINA INCISALMENTE EN LA PORCIÓN LABIAL DE LA CÚSPIDE Y SE -- EXTIENDE CERVICALMENTE HASTA EL BORDE CERVICAL.

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.

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, FUNDIÉNDOSE CON EL CÍNGULO EN - EL TERCIO CERVICAL.

LOS BORDES MARGINALES SON EXIDENTES CUANDO PARECE QUE SE EXTIENDEN DEL BORDE INCISAL AL BORDE CERVICAL, DONDE SE UNEN CON EL - CÍNGULO.

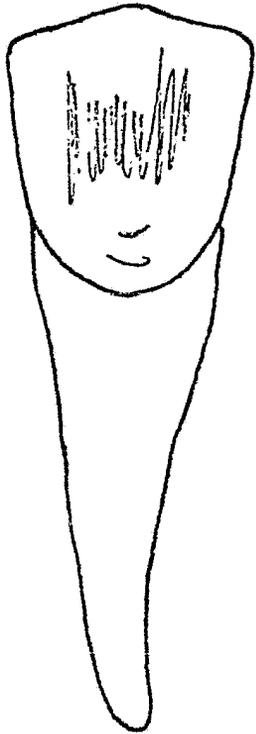
EL BORDE MARGINAL DISTAL ES LIGERAMENTE MÁS LARGO QUE EL INCISAL.

EL CÍNGULO ES ESTRECHO Y CONVEXO. ENTRE EL BORDE MARGINAL Y EL BORDE LINGUAL SE LOCALIZAN CON CAVIDADES, SON LOS SURCOS DE DESARROLLO MESIOLINGUAL Y DISTOLINGUAL.

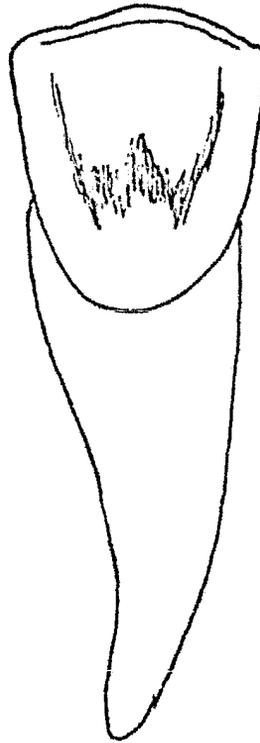
CAVIDAD PULPAR:

LA CAVIDAD PULPAR SE CONFORMA AL CONTORNO GENERAL DE LA SUPERFICIE DE EL DIENTE.

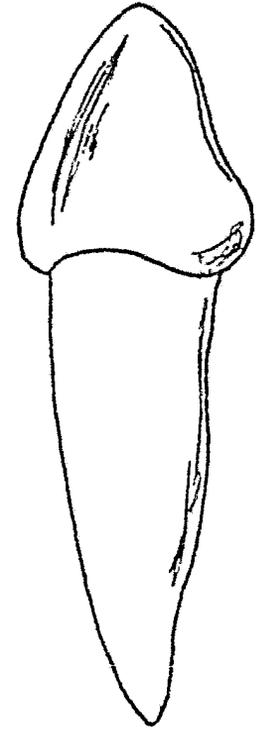
LA CÁMARA PULPAR SIGUE EL CONTORNO, EXTERNO DE EL DIENTE, ES -- TAN ANCHA EN SU ASPECTO MEDIODISTAL COMO EN SU ASPECTO LABIOLINGUAL. EL CANAL SIGUE LA FORMA DE LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ Y TERMINA EN UNA CONSTRUCCIÓN DEFINIDA EN EL BORDE APICAL.



VISTA LABIAL



VISTA LINGUAL



VISTA MESIAL

Canino mandibular primario

ENCISIVOS:CORONA:

LA SUPERFICIE LABIAL ES CONVEXA, CON LA MAYOR CONVEXIDAD EN EL BORDE CERVICAL Y SE APLANA A MEDIDA QUE SE ACERCA AL 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 Y EL BORDE INCISAL SE UNE A LA SUPERFICIE MESIAL EN ÁNGULO AGUDO Y CON LA SUPERFICIE DISTAL EN ÁNGULO OBTUSO.

EL BORDE INCISAL SE INCLINA LIGERAMENTE EN POSICIÓN CERVICAL A MEDIDA QUE SE ACERCA AL BORDE DISTAL.

LAS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL SON CONVEXAS LABIOLINGUALMENTE Y LO SON MENOS DESDE SU ASPECTO INCISOCERVICAL, ESTAS SUPERFICIES SON CONVEXAS.

LAS SUPERFICIES LINGUALES SON MÁS ESTRECHAS EN DIÁMETROS, QUE LAS LABIALES 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. EL CÍNGULO OCUPA EL TERCIO CERVICAL DE LA SUPERFICIE LINGUAL.

RAÍZ:

LA RAÍZ DEL INCISIVO CENTRAL ESTÁ 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.

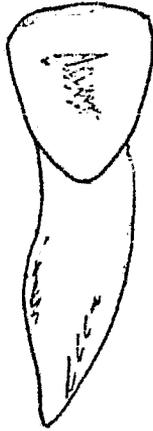
CAVIDAD PULPAR:

LA CAVIDAD PULPAR SIGUE LA SUPERFICIE DEL CONTORNO DE EL DIENTE

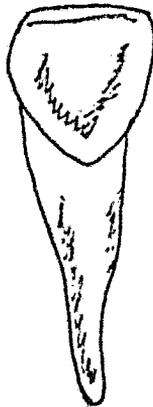
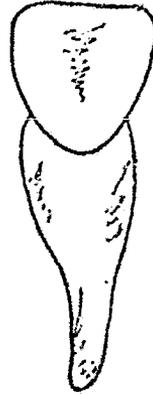
LA CÁMARA PULPAR ES MÁS ANCHA EN ASPECTO MESIODISTAL EN EL TE--
CHO. LABIOLINGUALMENTE, LA CÁMARA ES MÁS ANCHA EN EL CÍNGULO --
O LÍNEA CERVICAL.

EL CANAL ES DE ASPECTO OVALADO Y SE ADELGAZA A MEDIDA QUE SE -
ACERCA AL ÁPICE.

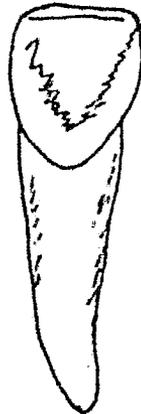
EN EL INCISIVO CENTRAL, EXISTE UNA DEMARCACIÓN DEFINIDA DE LA -
CÁMARA PULPAR.



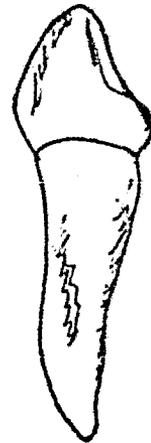
VISTA LABIAL



VISTA LINGUAL



VISTA MESIAL



LATERAL

CENTRAL

T E M A I I I

HISTOLOGIA DEL DIENTE:

IMPORTANTE CONOCER LA HISTOLOGÍA DEL DIENTE, PUES SOBRE LOS TEJIDOS DE ÉSTE VAMOS A EFECTUAR CORTES Y SIN SU CONOCIMIENTO PODEMOS OCASIONAR DAÑO EN EL TRANSCURSO DE NUESTRO TRATAMIENTO.

A).- ESMALTE.- Es TEJIDO EXTERIOR DEL DIENTE QUE A MANERA DE CASQUETE CUBRE LA CORONA EN TODA SU EXTENSIÓN HASTA EL CUELLO EN UNIÓN AL CEMENTO DE LA RAÍZ. EL ESMALTE SE RELACIONA TAMBIÉN, POR SU PARTE EXTERNA CON LA MUCOSA GINGIVAL, LA CUAL TOMA SU INSERCIÓN TANTO EN EL ESMALTE COMO EN EL CEMENTO.

POR SU PARTE INTERNA SE RELACIONA EN TODA SU EXTENSIÓN CON LA DENTINA.

SU ESPESOR ES DE 2 MM AL NIVEL DEL BORDE CORTANTE DE INCISIVOS Y CANINOS DE 2,6 MM AL NIVEL DE LAS CÚSPIDES DE LOS PREMOLARES - 2,6 MM AL NIVEL DE LAS CÚSPIDES DE LAS MOLARES, Y DE 0,5 MM AL NIVEL DEL CUELLO DE TODOS LOS DIENTES. ES EL TEJIDO MÁS DURO, CONTIENE EL 97% DE SALES CÁLCAREAS.

LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES EXISTENTES EN EL ESMALTE SON:

1). CUTÍCULA DE NASHMYTH.- CUBRE EL ESMALTE EN TODA SU SUPERFICIE, ES UNA FORMACIÓN CUTICULAR QUERATINIZADA MIENTRAS ESTÁ COMPLETA NO HAY PENETRACIÓN DE CARIES.

2). PRISMAS.- ESTOS FACILITAN LA PENETRACIÓN DE LA CARIES DURANTE LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES LOS PRISMAS RECTOS FACILITAN MÁS EL CORTE POR MEDIO DE INSTRUMENTOS DE MANO Y LOS ONDULADOS LO IMPIDEN.

3). LAMELAS Y PENACHOS.- FAVORECEN A LA PENETRACIÓN DEL PROCESO CARIOSO POR SER ESTRUCTURAS HIPOCALCIFICADAS.

4) LOS HUSOS Y AGUJAS.- ESTRUCTURAS HIPOCALCIFICADOS, SON ALTAMENTE SENCIBLES.

5) SUBSTANCIA INTERPRISMÁTICA.- SE ENCUENTRA UNIENDO LAS PRISMAS, LO CUAL NOS EXPLICA CLARAMENTE LA PENETRACIÓN DE CARIES.

6) ESTRIAS DE RETZIUS.- SON ESTRÍAS RELACIONADAS CON LAS LÍNEAS DE INCREMENTO PROVOCADAS POR SALES ORGÁNICAS DEPOSITADAS DURANTE EL PROCESO DE CALCIFICACIÓN.

LA PENETRACIÓN DE CARIES ES DE LA SIGUIENTE MANERA:

A) EN CARAS LISAS: EN FORMA DE CONO PERO EL VÉRTICE HACIA LA DENTINA Y LA BASE HACIA LA PARTE EXTERIOR DEL ESMALTE.

B) EN SURCOS Y FOSETAS: EN FORMA DE CONO PERO EL VÉRTICE HACIA EL EXTERIOR Y LA BASE HACIA LA DENTINA.

B).- DENTINA.- CONSTITUYE SU MASA PRINCIPAL EN LA CORONA, SU PARTE EXTERNA ESTÁ LIMITADA POR EL ESMALTE Y EN LA RAÍZ POR EL CEMENTO, POR SU PARTE INTERNA ESTÁ LIMITADA POR LA CÁMARA PULPAR Y LOS CONDUCTOS PULPARES.

EN SU ESPESOR NO PRESENTA GRANDES CAMBIOS COMO EL DE ESMALTE, SINO QUE ES BASTANTE PAREJO, ES MENOS DURO QUE EL ESMALTE, PUES CONTIENE EL 72% DE SALES CÁLCÁREAS.

ELEMENTOS ESTRUCTURALES EN LA DENTINA:

1) MATRIZ CALCIFICADA.- ES LA SUSTANCIA FUNDAMENTAL CALCIFICADA.

2) TUBULOS Y CANALÍCULOS.- SON UNOS AGUJERITOS EN EL CUAL ENCONTRAMOS LA SUSTANCIA FUNDAMENTAL, EN LA UNIÓN AMELODENTINARIA, SE UNEN Y CRUZAN PARA FORMAR LA ZONA GRÁNULOS DE THOMES.

3) LINEAS DE VON EBNER Y OWEN.- ESTAS ESTÁN MUY MARCADAS CUANDO LA PULPA SE HA RETRAÍDO DEJANDO UNA ESPECIE DE CICATRÍZ, SE CONOCE TAMBIÉN COMO LÍNEAS DE RECESIÓN DE LOS CUERNOS PULPARES.

4) ESPACIOS INTERGLOBULARES DE CZERMAC.- SON CAVIDADES QUE SE OBSERVAN EN CUALQUIER PARTE DE LA DENTINA, SE CONSIDERAN COMO DEFECTOS ESTRUCTURALES DE CALCIFICACIÓN, FAVORECEN LA PENETRACIÓN DE CARIES.

5) LINEAS DE SCHERGER.- SON CAMBIOS DE DIRECCIÓN DE LOS CÁLÍCULOS DENTINARIOS Y SE CONSIDERAN COMO PUNTOS DE MAYOR RESISTENCIA A LA CARIES.

6) CAPA GRANULAR DE THOMES.- ES LA UNIÓN DE LOS TÚBULOS Y ESTRUCTURA HIPOCALCIFICADA QUE FAVORECE AL PROCESO CARIOSO.

LA PENETRACIÓN DE LA CARIES ES DE LA SIGUIENTE MANERA:

ES IGUAL QUE EN EL ESMALTE, EN FORMA DE CONO PERO EL VÉRTICE SIEMPRE ESTÁ COLOCADO HACIA LA PULPA Y LA BASE HACIA EL ESMALTE.

C). PULPA: SE LLAMA ASÍ AL CONJUNTO DE ELEMENTOS HISTOLÓGICOS ENCERRADOS DENTRO DE LA CÁMARA PULPAR, ES LA PARTE VITAL DEL DIENTE FORMADO POR TEJIDO CONJUNTIVO LAXO, SE RELACIONA CON LA DENTINA Y FORÁMEN APICAL DE LA RAÍZ.

ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA PULPA:

1.- FIBROBLASTOS.- FORMAN ELEMENTOS FIBROSOS INTERCELULARES.

2.- HISTIOCITOS.- DURANTE EL PROCESO INFLAMATORIO DE LA PULPA SE TRANSFORMAN EN MACROFÁGOS ERRANTES QUE TIENEN ACTIVIDAD FAGOCÍTICA ANTE LOS AGENTES EXTRAÑOS QUE PENETRAN AL TEJIDO PULPAR.

3.- CELULAS MESENQUIMATOSAS INDIFERENCIADAS.- SE ENCUENTRAN LOCALIZADAS SOBRE LAS PAREDES DE LOS CAPILARES SANGUÍNEOS.

4. CELULAS LINFOIDEAS ERRANTES.- SON LINFOCITOS QUE SE HAN ESCAPADO DE LA CORRIENTE SANGUÍNEA. EN LAS REACCIONES INFLAMATORIAS CRÓNICAS EMIGRAN HACIA LA REGIÓN LESIONADA.

5. CELULAS PLASMATICAS.- SE OBSERVAN TAMBIÉN EN PROCESOS INFLAMATORIOS CRÓNICOS.

6. ODONTOBLASTOS.- LOCALIZADOS EN LA PERIFERIA DE LA PULPA, SOBRE LA PARED PULPAR Y CERCA DE LA PREDENTINA, TIENEN FORMA CILÍNDRICO PRISMÁTICA CON DIÁMETRO QUE HA VECES ALCANZA 20 MICRAS Y ANCHO DE 4 A 5 MICRAS A NIVEL DE LA REGIÓN CERVICAL DEL DIENTE. POSEEN UN CITOPLASMA PUEDE PRESENTAR MITOCONDRIAS Y GOTITAS LIPOIDICAS, ASÍ COMO UNA RED DE GOLGI.

7. SE OBSERVAN TAMBIÉN VASOS SANGUÍNEOS, VASOS LINFÁTICOS, NERVIOS Y CÁLCULOS PULPARES.

D).- CEMENTO: ES UN TEJIDO DURO, CALCIFICADO, QUE RECUBRE LA DENTINA EN SU PORCIÓN RADICULAR, RECUBRE ÍNTEGRAMENTE LA RAÍZ DEL DIENTE, DESDE EL CUELLO EN DONDE SE UNE AL ESMALTE HASTA EL ÁPICE EN DONDE PRESENTA UN ORIFICIO QUE ES EL FORAMEN APICAL EL CUAL ATRAVIEZA EL PAQUETE VÁSULO NERVIOSO.

SU ESPESOR VARÍA DESDE EL CUELLO EN DONDE ES MÍNIMO HASTA EL ÁPICE EN DONDE ADQUIERE EL MÁXIMO; SU COLOR ES AMARILLENTO Y SU SUPERFICIE RUGOSA; SU COMPOSICIÓN ES DE 68-70% DE SALES MINERALES Y DE 30-32% DE SUSTANCIA ORGÁNICA.

ES EL ÚLTIMO DE LOS TEJIDOS CALCIFICADOS DEL DIENTE EN INICIAR SU FORMACIÓN. SE ORIGINA EN LA CAPA INTERNA DEL SACO DENTARIO, TIENE DOS FUNCIONES, PROTEGER A LA DENTINA Y DAR FIJACIÓN AL DIENTE.

EL CEMENTO SE FORMA DURANTE TODO EL TIEMPO QUE PERMANECE EL

DIENTE EN SU ALVÉOLO AÚN CUANDO EL DIENTE ESTÉ DESPULPADO.

MÉMBRANA PERIDENTARIA: TIENE UN ESPESOR DE 2 DÉCIMAS DE MM, RODEA A TODA LA RAÍZ DEL DIENTE, SE LE CONSIDERA DOS CARAS, UNA EXTERNA Y UNA INTERNA; UN FONDO Y UN BORDE CERVICAL.

LA CARA INTERNA ESTÁ EN RELACIÓN ÍNTIMA CON LA RAÍZ, ÉSTA ES LA INSERCIÓN MÓVIL.

LA CARA EXTERNA ESTÁ EN RELACIÓN ÍNTIMA CON EL PERIOSTIO ALVEOLAR Y EL HUESO, ESTA ES LA INSERCIÓN FIJA.

EL FONDO ESTÁ CON EL FORÁMEN APICAL.

EL BORDE CERVICAL EN RELACIÓN CON LA INSERCIÓN EPITELIAL QUE EXISTE NORMALMENTE ENTRE LA ENCÍA Y LA REGIÓN CERVICAL DEL DIENTE.

EN LA MEMBRANA PERIDENTARIA SE ENCUENTRAN CUATRO ELEMENTOS: FIBRAS, CÉLULAS, VASOS Y NERVIOS.

FUNCIONES DE LA MEMBRANA PERIDENTARIA:

- A) MANTENER EL DIENTE EN SU SITIO
- B) ABSORBER DIVERSAS SUBSTANCIAS.
- C) FORMA CEMENTO EN LA RAÍZ Y HUESO EN EL ALVÉOLO
- D) ES SENSORIAL.

TEMA IV

CARIES.-

A) DEFINICIÓN.- ES UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA CARACTERIZADA POR UNA SERIE DE REACCIONES QUÍMICAS COMPLEJAS QUE RESULTAN, EN PRIMER LUGAR CON LA DESTRUCCIÓN DEL ESMALTE Y POSTERIORMENTE, SI NO SE LE DETIENE CONTINUA CON LOS DEMÁS TEJIDOS DENTARIOS, O TAMBIÉN SE LE PUEDE DEFINIR COMO EL PROCESO QUÍMICO-BIOLÓGICO, CARACTERIZADO POR LA DESTRUCCIÓN MÁS O MENOS COMPLETA DE LOS ELE-

MENTOS CONSTITUTIVOS DEL DIENTE.

LA CARIES ES INDOLORA, PRESENTA VARIOS ASPECTOS, UNAS VECES SE PRESENTA COMO UN PUNTO DE COLOR PARDO OSCURO O NEGRO, OTRAS VECES TIENE LA FORMA DE UNA FINA LÍNEA.

B) MECANISMO.- UNA VEZ ROTA LA CUTÍCULA DE NASMYTH YA SEA POR DESGASTE MECÁNICO, FALTA DE HIGIENE O DISMINERALIZACIÓN POR ÁCIDOS ES FÁCIL COMENZAR EL PROCESO CARIOSO.

LA MATRÍZ DEL ESMALTE ES COLÁGENA Y LOS PRISMAS QUÍMICAMENTE ESTÁN FORMADOS POR CRISTALES DE EPÁTITA, LOS CUALES A SU VEZ ESTÁN CONSTITUIDOS POR FOSFATO TRICÁLCICO Y LOS IONES LA QUE LOS FORMAN SE ENCUENTRAN EN ESTADO LÁBIL, ES DECIR QUE PUEDEN SER SUBSTITUIDOS POR OTROS IONES.

A ESTE CAMBIO DE IONES LE CONOCEMOS CON EL NOMBRE DE DIADOQUISMO Y ES LO QUE HACE PERMEABLE AL ESMALTE, ESTO EXPLICA EL RESULTADO SATISFACTORIO QUE SE OBTIENE EN LA PREVENCIÓN DE CARIES POR MEDIO DE LA APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORUROS, PERO TAMBIEN EXPLICA EL POR QUÉ DEL AVANCE DE LA CARIES, DADO QUE EL FOSFATO TRICÁLCICO EN SÍ ES INSOLUBLE A LOS ÁCIDOS, PERO COMO SE EFECTUA ESTE CAMBIO DE IONES, SE CONVIERTE EN FOSFATO DICÁLCICO Y ÉSTE A SU VEZ PUEDE FORMAR OTROS DOS FOSFATOS MONOCÁLCICOS, QUE SÍ SON SOLUBLES A LOS ÁCIDOS.

ESTOS ÁCIDOS PRODUCIDOS, PENETRAN JUNTO CON BACTERIAS PRODUCIENDO LA DESCALCIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA INORGÁNICA DEL ESMALTE, SEGUIDA DE LA DESINTEGRACIÓN DE LA SUSTANCIA ORGÁNICA.

LA DENTINA ESTÁ COMPUESTA DE UNA MATRÍZ COLÁGENA IMPREGNADA POR CRISTALES DE EPÁTITA Y EN CONSECUENCIA, EL PROCESO ES PARECIDO AL DEL ESMALTE.

UNA VEZ QUE LA DENTINA HA SIDO ATACADA POR LA CARIES, ENCONTRAMOS TRES CAPAS: LA PRIMERA ESTÁ FORMADA POR FOSFATO MONOCÁLCICO, LA SEGUNDA POR FOSFATO DICÁLCICO, LA TERCERA POR FOSFATO TRICÁLCICO DE AHÍ, LA IMPORTANCIA DE REMOVER LA DENTINA DE LAS

DOS PRIMERAS CAPAS Y DE QUE SI LA TERCERA SE ENCUENTRA EN DES--
COMPOSICIÓN, COLOCAR CEMENTOS MEDICADOS.

LA PULPA TRATA DE DEFENDERSE DEL PROCESO CARIOSO FORMANDO NEODEN--
TINA Y AÚN REDUCIENDO EL TAMAÑO DE LA CÁMARA PULPAR, CUANDO EL -
PROCESO CARIOSO AVANZA Y LLEGA A LA CAPA QUE NO ESTÁ CALCIFICA--
DA CONTINÚA CON MAYOR RAPIDÉZ, PRODUCIENDO PULPITIS O BIEN DES--
TRUYE TOTALMENTE LA PARANQUETINA PULPAR, PRODUCIENDO LA NECRO--
SIS DE LA PULPA Y EL ÚLTIMO GRADO DE LA CARIES Y TODOS SUS COM--
PLICACIONES.

c) ETIOLOGÍA.- ALREDEDOR DEL 40 A 45% DEL TOTAL DE EXTRACCIONES
DENTARIAS SE DEBE A LA CARIES, SIENDO LA ENFERMEDAD PARODONTAL -
LA CAUSANTE DE OTRO 40 O 45%.

EL ATAQUE CARIOSO COMIENZA MUY TEMPRANO EN LA VIDA Y NO PERDONA
PRÁCTICAMENTE A NADIE,.

LOS ÁCIDOS QUE ORIGINAN LA CARIES SON PRODUCIDOS POR CIERTOS MI--
CROORGANISMOS BUCALES QUE METABOLIZAN HIDRATOS DE CARBONO FERME--
NTABLES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES DE ENERGÍA. LOS ÁCIDOS -
QUE SE FORMAN ASÍ SON ESPECIAL ÁCIDO LÁCTICO Y EN MENOR ESCALA
LOS ÁCIDOS ACÉTICOS, PROPIONICO Y PIRÚXICO.

ES NECESARIO LA FORMACIÓN DE COLONIAS BACTERIANAS, PARA QUE ÉS--
TAS PUEDAN ALCANZAR UN ESTADO METABÓLICO QUE LES PERMITA FORMAR
ÁCIDOS, MÁS AÚN PARA QUE LOS ÁCIDOS FORMEN CARIES ES NECESARIO -
ESTAR EN CONTACTO CON EL ESMALTE.

ES POSIBLE QUE EL PRIMER PASO EN EL PROCESO CARIOSO ES LA FORMA--
CIÓN PDB, ESTO SE ADHIERE FIRMEMENTE A LA SUPERFICIE DEL DIENTE
Y MUCOSA GINGIVAL Y QUE ESTÁ FORMADA PRINCIPALMENTE POR COLO--
NIAS BACTERIANAS, SU ADHERENCIA SE DEBEN A DOS PRINCIPALES POLI--
SACÁRIDOS, LOS CUALES SON DEXTRENO Y LEVANOS, FORMADOS POR EL --
ESTREPTOCOCUS MUTANS, POR SÍNTESIS DE HIDRATOS DE CARBONO EN PAR--
TICULAR SACAROSA.

PROCESO DE LA CARIES DENTAL EN RESUMEN.

SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE

MICROORGANISMOS / SUBSTRATO ----- SÍNTESIS DE POLISACÁRIDOS
EXTRACEL.

(PREF. SACAROSA)

POLISACARIDOS EXTRACEL / MICROORGANISMOS / SALIVA MÁS CÉLULAS -
EPITELIALES Y SANGUINARIAS MÁS RESTOS ALIMENTICIOS.

PLACA

CENTRO DE
LA PLACA

SUBSTRATO (HIDRATOS DE CARBONO FERMENTALES,
GÉRMENES ACIDÓGENOS
ACIDOS

INTERFASE
PLACA
ESMALTE

DIENTES SUSCEPTIBLES
CARIES

D) SINTOMATOLOGÍA.- EN LA CARIES DEL ESMALTE NO EXISTE DOLOR -
AL ESTAR ÍNTEGRA LA CUTÍCULA DE NASMYTH O LOS PRISMAS, AL NO --
CONSERVAR SU INTEGRIDAD EXISTIRÍA QUE NO SERÍA DE CARIES DEL ES-
MALTE.

EN LA DENTINA EL PROCESO CARIOSO EVOLUCIONA CON MAYOR RAPIDÉZ -
PUES LOS CANALÍCULOS DENTINARIOS SE ENCUENTRAN EN MAYOR NÚMERO,
POR LO CUAL LOS GÉRMENES Y TOXINAS TIENEN FÁCIL ACCESO.

EL SÍNTOMA PATOGNEUMÓNICO DE LA INVASIÓN DE LA DENTINA ES EL DO-
LOR PROVOCADO.

LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA, LAS BEBIDAS FRÍAS, LOS ALIMENTOS --

CALIENTES, LA INGESTIÓN DE AZÚCARES O DE FRUTAS QUE LIBERAN ÁCIDO, ETC., PRODUCEN DOLOR, EL CUAL CESA EN CUANTO CESA EL EXCITANTE.

LA CARIES PENETRA EN LA PULPA, PRODUCIENDO INFLAMACIONES E INFECCIONES, PERO CONSERVANDO SU VITALIDAD.

EL SÍNTOMA PATOGNEUMÓNICO DE LA CARIES ES EL DOLOR ESPONTÁNEO Y DOLOR PROVOCADO.

EL DOLOR ESPONTÁNEO POR LA CONGESTIÓN DEL ÓRGANO PULPAR QUE HACE PRESIÓN SOBRE LOS NERVIOS PULPARES, LOS CUALES QUEDAN COMPRIMIDOS CONTRA LAS PAREDES DE LA CÁMARA PULPAR.

EL DOLOR PROVOCADO ES DEBIDO A AGENTES FÍSICO, QUÍMICOS O MECÁNICOS.

CUANDO LA PULPA HA SIDO DESINTEGRADA EN SU TOTALIDAD, NO HAY DOLOR NI PROVOCADO NI ESPONTÁNEO.

TEMA V.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

A) CUIDADO DEL EQUIPO Y LOS APARATOS.- ES INDISPENSABLE LA MÁS METICULOSA LIMPIEZA Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO, ADEMÁS ES NECESARIO CAUSAR BUENA IMPRESIÓN AL PACIENTE.

EL CUIDADO DEL SILLÓN DENTAL, EL BRACKET, EL APARATO DE RX, JABÓN, CEPILLO, SECÁNDOLOS CON LIENZO LIMPIO Y SI ES POSIBLE LIMPIARLOS CON CERA PARA UNA MEJOR ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y SI ES POSIBLE PONER UNAS TOALLAS LIMPIAS EN LO QUE SON EL APOYO DE LA CABEZA Y LAS MANOS. EN EL SILLÓN ESTO PARA TRASMITIR ALGUNA INFECCIÓN.

OTRO DE LOS PUNTOS DE CONSERVACIÓN ES EL CHEQUEO PERIÓDICO DEL EQUIPO YA SEA EL ENGRASADO Y LUZ DE LA LÁMPARA DEL SILLÓN DENTAL PARA SU MEJOR FUNCIONAMIENTO.

B) LIMPIEZA DEL OPERADOR Y CUIDADO DE SUS MANOS.- DEBE SER EJEMPLO DE LIMPIEZA, POR EL BAÑO DIARIO Y EL FRECUENTE CAMBIO DE ROPA, DEBERÁ USAR SIEMPRE UNA BATA LIMPIA, EVITAR EL PELO LARGO, RASURARSE DIARIO, SU BOCA Y DIENTES DEBERÁN ESTAR LIMPIOS Y SANOS, SU ALIENTO INOLORO,

SUS MANOS DEBERÁN ESTAR SIEMPRE LIMPIAS, CON UÑAS CORTADAS, EN CASO QUE EL OPERADOR PERTENECIERA AL SEXO FEMENINO DEBERÁ DE TENER SU CABELLO RECOGIDO Y SUS UÑAS LIMPIAS,

SE LAVAN LAS MANOS CON CEPILLO Y JABÓN CON AGUA CALIENTE Y CORRIENTE, SIENDO ENJUAGADAS CON ALCOHOL ANTES DE OPERAR,

C) ANTISEPSIA DEL CAMPO OPERATORIO.- EL PACIENTE DEBERÁ LIBERARSE DE TODOS LOS DEPÓSITOS CALCÁREOS Y DE LAS RAÍCES QUE SE ENCUENTRE, SE PULEN LOS DIENTES Y SE TRATAN TODOS LOS TEJIDOS -- BLANDOS ENFERMOS,

AL PRINCIPIO DE CADA SESIÓN ES BUENO QUE EL PACIENTE SE ENJUAGUE CON UN COLUTORIO ANTISÉPTICO, SI SE VA A PRODUCIR HERIDA, SE PINCELA CON FRACTURA DE YODO DILUÍDA, ES MUY CONVENIENTE EN MUCHOS CASOS LA COLOCACIÓN DE DIQUE DE GOMA Y SUCCIONAR QUE NOS MANTENDRÁ NUESTRO CAMPO ESTÉRIL,

D) ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL.- ESTE PUEDE SER POR MEDIO -- DE JABÓN, AGUA Y ALGUNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA, TAMBIÉN LO HAY -- FÍSICA Y QUÍMICA; ENTRE LO FÍSICO TENEMOS EL CALOR QUE PUEDE SER SECO O HÚMEDO, EL SECO PUEDE SER POR FLAMEO DIRECTO A LA -- LÁMPARA DE ALCOHOL O BIEN DENTRO DEL ESTERILIZADOR DE AIRE CALIENTE DURANTE UNA HORA Y A LA TEMPERATURA DE 175 A 705 GRADOS CENTÍGRADOS,

EL CALOR HÚMEDO CONSISTE EN LA COLOCACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS -- DURANTE UN MÍNIMO DE 15 MINUTOS EN AGUA HIRBIENDO,

EXISTE OTRO TIPO DE ESTERILIZACIÓN QUE ES EL AUTOCLAVE, QUE TRA

BAJA CON VAPOR O PRESIÓN, PERO SOLO ES NECESARIO EN LAS GRANDES - OPERACIONES.

TEMA VI

EL DENTISTA, EL NIÑO, LOS PADRES Y EL CONSULTORIO.

A) LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA, EL DENTISTA DEBERÁ TENER LA -- SUFICIENTE HUMILDAD PARA DARSE CUENTA DE QUE EL AUMENTO DE CAPACIDAD TRAE CONSIGO AUMENTO DE RESPONSABILIDAD.

LA ODONTOLOGÍA ES UNA CARRERA PROFESIONAL EN CONSTANTE CRECIMIENTO Y CUYOS CONOCIMIENTOS Y TÉCNICAS ESTÁN EN EXPANSIÓN, POR LO CUAL - EL PROFESIONAL TIENE QUE ACTUALIZAR SU CARRERA PARA SU SUPERACIÓN DE ÉL Y UN MEJOR TRATAMIENTO A SUS PACIENTES.

DEBERÁ DE ASISTIR A REUNIONES PROFESIONALES, TOMAR CURSOS DE RENOVACIÓN, IR A CONFERENCIAS, SEMINARIOS Y CONGRESOS Y ESTAR ADSCRITO A UNA ASOCIACIÓN DENTAL PARA ESTAR ENTERADO DE LO NUEVO EN ODONTOLOGÍA.

PUEDE ENTABLAR BUENAS RELACIONES CON ESCUELAS PÚBLICAS Y PRIVADAS CON EL FÍN DE HABLAR DE HIGIENE BUCAL EN LOS NIÑOS, MAESTROS Y SUS PADRES, ASÍ FOMENTA SUS CONOCIMIENTOS Y ABSORBER CLIENTELA.

EL DENTISTA DEBE SER INVESTIGADOR Y TRABAJADOR EN PROGRAMAS DE SALUD DENTAL DEL NIÑO EN SU COMUNIDAD, AL PROMOVER ESTOS PROGRAMAS, HACE QUE LA GENTE APRECIE EN SU JUSTO VALOR LA ODONTOLOGÍA Y EL -- TRABAJO DEL DENTISTA, PARA QUE LOS PROGRAMAS DENTALES SEAN COMPLETOS DEBERÁN COMPRENDER DOS TIPOS DE SERVICIO: PREVENCIÓN Y CORRECCIÓN; LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN CONSTA DE UNA ENSEÑANZA QUE CONSISTE DE HIGIENE BUCAL, FACTORES DIETÉTICOS Y PROFILAXIA CON FLUORURO Y EL PROGRAMA DE CORRECCIÓN ES EL QUE SE BASA DIRECTAMENTE -- AL TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL.

DEBE DE TENER UN AMBIENTE AMISTOSO Y FAMILIAR DENTRO DE SU CONSUL-

TORIO, PARA QUE ASÍ EL PACIENTE NO LO VEA COMO UNA PERSONA EXTRAÑA, EL PACIENTE SE SENTIRÁ COMPLACIDO SI ENCUENTRAN REVISTAS, POSTERS, MÚSICA, TELEVISIÓN O ALGO QUE LO DISTRAIGA MIENTRAS ESPERA SU TRATAMIENTO O SE LO ESTAN EFECTUANDO.

OTROS DE LOS FACTORES MUY IMPORTANTES LOS CUALES LOS VAN ENCAMINAR AL CUMPLIMIENTO DE SU RESPONSABILIDAD SON:

DEBERÁ DE TENER LA INTELIGENCIA NECESARIA PARA PODER CONTESTAR LAS PREGUNTAS QUE SU PACIENTE LE EFECTUE, CONTESTANDO DE UNA FORMA CORRECTA Y CONVENCER A LAS PERSONAS ADULTAS QUE LOS CUIDADOS DENTALES ADECUADOS CON LA NIÑEZ SON UNA INVERSIÓN FUTURA PARA LA SALUD.

B) CONSEJOS A LOS PADRES:

LOS PADRES DEBEN DE COMPRENDER, QUE EL DENTISTA SABE PREPARAR EMOCIONALMENTE AL NIÑO PARA CUALQUIER TRATAMIENTO, SI SE INVITA AL PADRE DE UN NIÑO PARA QUE PASE A LA SALA DE TRATAMIENTO, DEBERÁ DESEMPEÑAR EL PAPEL DE UN HUESPED PASIVO, HABLARÁ SIEMPRE Y CUANDO EL DENTISTA LO PIDA.

SE LES PEDIRÁ A LOS PADRES NO EXPRESAR MIEDOS PERSONALES ENFRENTE AL NIÑO, DEBEN OCULTAR TAMBIÉN SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD, ESPECIALMENTE CON EXPRESIONES FACILES.

INDICAR TAMBIÉN A LOS PADRES QUE NUNCA UTILICEN LA ODONTOLOGÍA COMO AMENAZA DE CASTIGO, PUES EN LA MENTE DEL NIÑO SE ASOCIA CASTIGO CON DOLOR Y COSAS DESAGRADABLES.

LOS PADRES PODRÍAN LLEVAR DURANTE SU TRATAMIENTO DENTAL A SUS HIJOS, ÉSTO CON EL FÍN DE ACOSTUMBRARLOS AL CONSULTORIO Y A TENER CONTACTO CON EL DENTISTA Y ASÍ CUANDO LOGREN LOS NIÑOS NECESITAR LOS SERVICIOS DE ÉL, YA ESTARÁ FAMILIARIZADO CUANDO NECESITEN DE SU SERVICIO DENTAL.

ES NECESARIO INDICAR A LOS PADRES QUE NO SOBORNEN AL NIÑO PARA QUE ASISTA AL DENTISTA, PUES ESTO INDICA AL NIÑO QUE PUEDE ENFRENTARSE A UN PELIGRO, POR LO CUAL ES SIEMPRE RECOMENDABLE EL PUNTO MENCIONADO ARRIBA Y LLEVAR AL NIÑO PERIÓDICAMENTE PARA REVISIÓN DENTAL Y NO LLEVARLO HASTA QUE EXISTA PRESENCIA DE DOLOR DE DIENTES,

LOS PADRES NUNCA DEBEN DE VENCER EL MIEDO AL TRATAMIENTO DE SUS HIJOS, POR MEDIO DE BURLAS, O RIDICULIZANDO LOS SERVICIOS DENTALES.

TAMPOCO LOS PADRES DEBEN DE PROMETER AL NIÑO QUE EL DENTISTA NO LES VA A HACER DAÑO, DEBIDO A QUE LAS MENTIRAS SOLO LLEVAN A DECEPCIÓN Y DESCONFIANZA.

C) MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

EL DENTISTA DEBE POSEER ALGUNOS CONOCIMIENTOS SOBRE SICOLOGÍA INFANTIL, LOS CUALES LE VAN A SERVIR PARA FORMAR UN VÍNCULO AMISTOSO CON EL NIÑO, NO DEBE DE DEMOSTRAR ENOJO NI IMPACIENCIA, PUES DEBE DE TOMAR EN CUENTA QUE EL NIÑO VIENE PREPARADO POR SU COMUNIDAD POR MEDIO DE RELATOS FANTASIOSOS DE LOS COMPAÑEROS O COMENTARIOS PROPIOS DE SUS FAMILIARES EN CONTRA DEL DENTISTA.

A) DESARROLLO INTELECTUAL Y SICOLÓGICO DEL NIÑO.

1.- EL NIÑO DE DOS AÑOS: SU VOCABULARIO ES POBRE, LE GUSTAN LOS JUEGOS SOLITARIOS Y RESPONDE SOLO INSUFICIENTEMENTE A EXHORTACIONES VERBALES, NECESITA PALPAR Y SENTIR LAS COSAS, SE SIENTE EXTRAÑO ENTRE DESCONOCIDOS, POR LO QUE NO DEBE SER SEPARADO DE SUS PADRES DURANTE UN TRATAMIENTO DENTAL.

2).- EL NIÑO DE TRES AÑOS: POSEE UN VOCABULARIO MÁS RICO Y LA NECESIDAD DE UTILIZARLO, ESTO LE PERMITE ENTABLAR UNA COMUNICACIÓN VERBAL CON QUIEN LO RODEA, AÚN SE SIENTE MÁS SEGURO EN LA PROXIMIDAD DE SU MADRE, POR LO QUE UNA SEPARACIÓN TENDRÍA CONSE

CUENCIAS NEGATIVAS PARA EL TRATAMIENTO.

3.- EL NIÑO DE CUATRO AÑOS.- ESTÁ PREPARADO PARA RECIBIR EXPLICACIONES VERBALES, CON LA AYUDA DE PADRES BIEN DISPUESTOS, SE LOGRA CONVERTIRLO EN UN PACIENTE COLABORADOR.

4.- EL NIÑO DE CINCO AÑOS.- PRESENTA UN CONTACTO MÁS ABIERTO CON LA SOCIEDAD Y LO PREDISPONE A PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN GRUPOS, YA ES SUSCEPTIBLE AL ELOGIO Y AL RECONOCIMIENTO, POR LO CUAL UN HALAGO PUEDE ESTABLECER UN VÍNCULO Y GANARSE SU CONFIANZA.

5.- EL NIÑO DE SEIS AÑOS.- SE HALLA EN UNA ETAPA DE TRANSICIÓN DESDE EL VÍNCULO FAMILIAR HASTA LA SOCIEDAD ABIERTA POR LO QUE ÉSTA ES PUESTO A UNA TENSIÓN ANGUSTIOSA Y REACCIONA EN FORMA MUY SENSIBLE FRENTE A CUALQUIER AGRESIÓN, A SU INTEGRIDAD FÍSICA, PUEDE LLEGAR A SER BUEN PACIENTE SI SE PREPARA ADECUADAMENTE.

6.- EL NIÑO DE SIETE AÑOS.-HA MEJORADO SU CAPACIDAD PARA RESOLVER TEMORES, ESTÁ EN EDAD DE PREOCUPACIONES, EL APOYO FAMILIAR ES DE ENORME IMPORTANCIA PARA COMPRENDER Y SUPERAR SUS TEMORES, POR LO QUE EL NIÑO PUEDE RESOLVER SUS TEMORES Y TENER UNA PERFECTA RELACIÓN CON EL DENTISTA.

7.- EL NIÑO DE OCHO AÑOS A CATORCE AÑOS.- MANEJA BIEN SUS FRUSTACIONES, NO TIENE GRANDES PROBLEMAS, NO LE GUSTAN QUE LO FUERCEN, QUE LO MIMEN, YA SEA SUS PADRES, AMIGOS O EL DENTISTA, POR LO QUE EL DENTISTA PUEDE HABLAR ABIERTAMENTE CON ÉL.

B) REGLAS PARA EL ENCUENTRO NIÑO-DENTISTA.

1.- PREGUNTAR A LOS PADRES CUANTO SABE EL NIÑO SOBRE DENTISTAS Y PROCEDIMIENTOS DENTALES.

2.- EL DENTISTA RECIBIRÁ AL NIÑO EN LA SALA DE ESPERA EL DÍA DE LA PRIMERA VISITA.

- 3.- EL DENTISTA DEBERÁ ASEGURARSE DEL PERSONAL QUE COOPERA CON ÉL, Y TRATEN BIEN AL NIÑO.
- 4.- AHORRARLE AL NIÑO UNA ESPERA INNECESARIA.
- 5.- SALUDAR AL NIÑO AMISTOSAMENTE PARA INSPIRARLE CONFIANZA.
- 6.- EVITAR LOS MOVIMIENTOS BRUSCOS Y HABLAR CON VOZ FUERTE.
- 7.- NO UTILIZAR UN LENGUAJE DE BEBÉ, SINO EXPRESIONES CLARAMENTE COMPENSIBLES Y ADECUADAS A LA EDAD.
- 8.- EVITAR PALABRAS TALES COMO: DOLOR, INYECCIÓN, TORNO, PINZA, FRESA, PINCHAR Y EXTRAER.
- 9.- MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO LIBRE DE INSTRUMENTAL IMPRESIONANTE, TODO OTRO INSTRUMENTO DEBE SER PRESENTADO CON UN NOMBRE COMPENSIBLE, MOSTRÁNDOLE AL NIÑO COMO SE EMPLEA.
- 10.- RESTRINGUIR EL TIEMPO LO MENOS POSIBLE.

PESE A LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA, A VECES RESULTA NECESARIA CIERTA SEVERIDAD, PARA PODER REALIZAR UN TRATAMIENTO, NIÑOS QUE CARECEN DE DISCIPLINA EN SU PROPIA CASA, RESULTAN MUCHAS VECES PROBLEMÁTICOS EN OTRO LUGAR. ÉSTA EN LA INTUICIÓN DEL DENTISTA ELEGIR EL MOMENTO PROPICIO PARA PROCEDER CON ENERGÍA AUNQUE JAMÁS CON COACCIÓN FÍSICA.

D) EL CONSULTORIO.

EL CONSULTORIO DEL NIÑO DEBE DE CONTAR CON ESTRICTO ASEO, UNA DECORACIÓN CON TEMAS DE CIRCO, OESTE, ESPACIO O UN AMBIENTE MUSICAL INFANTIL, DANDO UN TOQUE CÁLIDO Y DE FANTASÍA. LO CUAL FAVORECE PARA DESAPARECER EL MIEDO O TAMBIÉN PODRÍA COLOCARSE EN LA SALA DE ESPERA PARA DISTRAER AL NIÑO DURANTE LA ESPE-

RA DEL DENTISTA, UNA PECERA CON UNA CANTIDAD DE PECES DE DIFERENTES COLORES Y TAMAÑOS, FIGUERAS CÓMICAS QUE ESTÉN DE MODA O REVISTAS DE DIBUJOS DE ANIMALES, LO CUAL ES ENTRETENIMIENTO PARA ÉL.

ES IMPORTANTE SELECCIONAR LAS PERSONAS QUE VAN A COLABORAR -- DENTRO DEL CONSULTORIO LAS CUALES PUEDE SER UNA SECRETARIA Y AYUDANTE DENTRO DE LA SALA DE OPERACIÓN.

ESTE PERSONAL AYUDAN A OBTENER EL MÁXIMO RENDIMIENTO EN LA -- CANTIDAD DE TRABAJO QUE EL DENTISTA TIENE REDUCIENDO EL CAN-- SANCIO DE ÉSTE.

ES IMPORTANTE CONTAR CON UN EQUIPO MODERNO, EL CUAL TIENE -- ADAPTADO PARA UNA MAYOR COMODIDAD DE PACIENTE-DENTISTA Y UN -- MEJOR TRABAJO.

TEMA VII

TRATAMIENTOS DENTALES.-

A) PREPARACION DE CAVIDADES PARA AMALGAMA Y RESINA.-

CAVIDAD DE CLASE. I

DEBE HACERSE LA EXTENSIÓN PREVENTIVA DE LA CAVIDAD, ES DECIR INCLUIR TODAS LAS FOSAS PROFUNDAS Y FIGURAS, LA EXTENSIÓN DE LA FISURA ESTÁ DETERMINADA POR LA ANATOMÍA DE LA MISMA, LA -- PRESENCIA DE CARIES Y DECOLORACIÓN. CUANDO SE TRATAN LESIONES INCIPIENTES NO ES NECESARIA UNA GRAN REDUCCIÓN DE LA ANATOMÍA OCLUSAL, LA DIMENSIÓN MÁXIMA DE UNA CAVIDAD SERÁ DE UN CUARTO A UN TERCIO DEL ESPACIO INTERCUSPIDEO.

PARA PREPARAR LA CAVIDAD SE PUEDE EMPLEAR UNA FRESA DE FISURA No. 21, SE EXTIENDE POR LO MENOS 0,5 MM EN SENTIDO PULPAR EN RELACIÓN CON LA UNIÓN AMELODENTINARIA. TODO RESTO DE CARIES -- SE QUITARÁ CON FRESA REDONDA O BAJA VELOCIDAD. EL PISO PULPAR

DEBE QUEDAR APLANADO. LAS PORCIONES MÁS PROFUNDAS DE LA CAVIDAD, SERÁN RECUBIERTAS CON UNA BASE PROTECTORA DE LA PULPA, AUNQUE NO ES NECESARIO REEMPLAZAR TODO EL TEJIDO CARIADO CON LA BASE. LOS ÁNGULOS DE LA LÍNEA INTERNA DEBEN SER REDONDEADOS; ÉSTO DARÁ NORMALMENTE UN RECORTE DE RETENCIÓN EN LA DENTINA. EL BORDE CAVOSUPERFICIAL DEBE SER DE 90° PORQUE EL MATERIAL DE ELECCIÓN PARA LA RESTAURACIÓN ES AMALGAMA.

LA EXTENSIÓN Y PROFUNDIDAD DE LA CAVIDAD ESTARÁN DETERMINADAS POR EL VOLUMEN Y LOCALIZACIÓN DE LA CARIES Y LA ANATOMÍA OCLUSAL PREOPERATORIA. SE HARÁ LO POSIBLE POR MANTENER LA MAYOR CANTIDAD QUE SE PUEDE DE ESMALTE CON BUEN SOSTEN.

CAVIDAD DE CLASE II

ESTA SE DIVIDIRÁ EN DOS SECCIONES:

1.- LESION INCIPIENTE.- EN LA CUAL LAS DIMENSIONES DE LA CAVIDAD NO ESTÁN DETERMINADAS POR LA CARIES; LA PROFUNDIDAD MÍNIMA DE LA CAVIDAD ES DE 0,5 MM PULPAR HACIA LA UNIÓN AMELODENTINARIA; EL PISO PULPAR DEBE DE QUEDAR PLANO. SI QUEDA ALGO DE CARIES SE PUEDE EXTRAER CON FRESAS REDONDAS A BAJA VELOCIDAD O EXCAVADORES. LAS PARTES PROFUNDAS DE LA CAVIDAD SE RECUBRIRÁN CON UNA BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO. LOS ÁNGULOS DE LA LÍNEA INTERNA SERÁN REDONDEADOS PARA ALIVIAR LAS TENSIONES DE LA MAS TICACIÓN Y PROPORCIONAR UN ELEMENTO MECÁNICO DE RETENCIÓN.

LOS BORDES DE LA CAJA PROXIMAL DEBEN ESTENDERSE HASTA LAS SUPERFICIES AUTOLIMPIANTES. DEBE SER POSIBLE PASAR LA PUNTA DE UN EXPLORADOR ENTRE LAS PAREDES BUCAL, LINGUAL Y GINGIVAL DE LA CAJA PROXIMAL Y EL DIENTE ADYACENTE.

LAS ÁREAS DE CONTACTO ANCHAS, APLANADAS, ELÍPTICAS DE LOCALIZACIÓN GINGIVAL DE LOS MOLARES TEMPORARIOS, DETERMINAN QUE EL PISO GINGIVAL DE LA CAJA INTERPROXIMAL SEAN TAN AMPLIO COMO PARA QUE LOS BORDES GINGIBUCAL Y GINGIVOLINGUAL RESULTEN AUTOLIM-

PIANTES. SIN EMBARGO, LA CONVERGENCIA OCLUSAL DE LAS PAREDES -- BUCAL Y LINGUAL DETERMINA QUE EL ANCHO OCLUSAL DE LA CAJA PROXIMAL SEA MENOR QUE EL ANCHO GINGIVAL; ÉSTO IMPIDE TAMBIÉN LA EXCESIVA EXTENSIÓN Y EL POSTERIOR DEBILITAMIENTO DEL ESMALTE OCLUSAL. DE ESTA MANERA LAS PAREDES DE LA CAJA PROXIMAL DIVERGEN DE OCLUSAL A GINGIVAL. ÉSTO TAMBIÉN DA POR RESULTADO UNA FORMA RETENTIVA DE LA CAJA PROXIMAL. SE OBTIENE MAYOR RETENCIÓN POR MEDIO DE MUESCAS DE RETENCIÓN HECHAS EN LA DENTINA, LO MÁS CERCA DE LA UNIÓN AMELODENTINARIA DE LAS PAREDES BUCAL Y LINGUAL DE LA CAJA PROXIMAL. LA FRESA DE FISURA No. 2L, SE LLEVA EN SENTIDO GINGIVAL A LO LARGO DE LA LESIÓN INTERPROXIMAL; CUANDO MÁS HACIA GINGIVAL SE LLEVE LA FRESA MÁS ANCHO, SERÁ EL ARCO DEL -- PÉNDULO LO QUE ASEGURA QUE LOS BORDES RESULTEN AUTOLIMPIANTES -- GINGIVALMENTE. SE DEJA UNA DELGADA PARED DE ESMALTE INTERPROXIMAL QUE SE ROMPERA CON HACHITAS. LA PARED AXIAL QUEDARÁ APROXIMADAMENTE A 90' EN RELACIÓN CON EL PISO DE LA CAJA OCLUSAL. SE USA UNA PEQUEÑA FRESA DE CONO INVERTIDO No. 2 A BAJA VELOCIDAD, PARA APLANAR EL PISO PULPAR Y MANTENER LA INCLINACIÓN CORRECTA GINGIVAL DE LA CAJA PROXIMAL.

PARA LA TERMINACIÓN REDONDEADA DE LOS ÁNGULOS DE LA LÍNEA EXTERNA UTILIZAREMOS UNA FRESA DE CONO INVERTIDO No. 2 O UNA FRESA -- LARGA EN FORMA DE PERA, ESTA TERMINACIÓN SE HARÁ CON EL FÍN DE QUE PUEDA CONDENSARSE LA AMALGAMA CON MAYOR FACILIDAD.

ES IMPORTANTE QUE LA RETENCIÓN DE LA CAJA INTERPROXIMAL Y DEL -- ANCLAJE OCLUSAL SEAN INDEPENDIENTES LA UNA DE LA OTRA, PORQUE -- CADA UNA DE ELLAS PUEDE ESTAR SUJETA A DIFERENTES FUERZAS DE -- DESPLAZAMIENTO. SE PUEDE OBTENER UNA RETENCIÓN ADICIONAL HACIENDO UN SURCO EN FORMA DE U A LO LARGO DE LA UNIÓN AMELODENTINARIA DE LA CAJA PROXIMAL. SE USA UNA FRESA DE FIGURA PLANA No. 21 Y LAS ACANALADURAS ESTÁN LIMITADAS A LA DENTINA.

LA LIMPIEZA FINAL DE LAS PAREDES SE HACE CON HACHITAS Y CON LA FRESA DE FISURA PLANA No. 2L.

2.- LESION GRANDE. -- EN LA CUAL LAS DIMENSIONES DE LA CAVIDAD ES-

TARÁN DETERMINADAS POR LA CARIES.

POR CAUSA DE LAS AMPLIAS AREAS DE CONTACTO, DE LA LOCALIZACIÓN GINGIVAL DE LOS MOLARES TEMPORARIOS, LAS LESIONES DE LA CLASE 2 NO TRATADAS, DESTRUIRÁN LAS CÚSPIDES PROXIMOBUCAL Y PRÓXIMO-LINGUAL ANTES DE QUE SE DETERIORE FINALMENTE EL EL BORDE MARGI-
NAL.

SE REDUCIRÁ LA CÚSPIDE DEBILITADA HASTA EL NIVEL DEL PISO PUL--
PAR DEL ANCLAJE OCLUSAL. LA CANTIDAD MÍNIMA DE AMALGAMA DE RE-
CUBRIMIENTO SERÁ UN TERCIO DE LA ALTURA DE LA CORONA CLÍNICA, -
DEBERÁ REDUCIRSE LA CÚSPIDE DEBILITADA EN SENTIDO MESIODISTAL,
NO MÁS DE UN TERCIO DE LA LONGITUD MESIODISTAL DE LA CORONA, --
LOS ÁNGULOS DE LA LÍNEA EXTERNA SERÁN AGUDOS Y PREFERENTEMENTE
DE 90' SE TENDRÁ ESPECIAL CUIDADO CUANDO SE CONTROLA LA OCLU-
SIÓN DE LA RESTAURACIÓN TERMINADA: SE RECOMIENDA LA ADAPTACIÓN
DEL DIENTE ANTEGONISTA, YA QUE LAS CÚSPIDES BUCALES DE LOS DIEN-
TES INTERIORES ESTÁN SUJETAS A FUERZA MASTICATORIAS, SOBRE TODO
EN SU EXCURSIÓN LATERAL. SE RECOMIENDAN SURCOS DE RETENCIÓN EN
LA UNIÓN AMELODENTINARIA. SE PUEDE OBTENER MAYOR GRADO DE RETEN-
CIÓN EXTENDIENDO EL ANCLAJE OCLUSAL HASTA EL BORDE OBLÍCUO EN
SEGUNDO MOLAR TEMPORARIO SUPERIOR Y A TRAVÉS DEL BORDE CENTRAL
EN PRIMER MOLAR TEMPORARIO INTERIOR, NO SE TRATARÁ DE RECUBRIR
MÁS DE UNA CÚSPIDE DEBILITADA.

COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE LESIONES GRANDES EN MOLARES, SE
TIENE INCRUSTACIÓN, CORONA DE ORO FUNDIDO Y CORONA DE ACERO INQ-
XIDABLE.

CAVIDAD DE CLASE III

PARA PREPARAR LA CAVIDAD, CONVIENE UNA FRESA DE CONO INVERTIDO
No. 2, O UNA FRESA DE FIGURA DENTADA No. 2L. LA PARED GINGIVAL
DE LA CAVIDAD SE INCLINARÁ LIGERAMENTE HACIA OCLUSAL ADOPTANDO
UNA POSICIÓN PARALELA A LA ESTRUCTURA DE LOS PRISMAS DEL ESMAL-
TE. ÉSTO PERMITE EL ESCALÓN DE RETENCIÓN MECÁNICA. LA CARA IN-

CISAL DE LA CAVIDAD NO DEBE DE SER RECORTADA PORQUE ÉSTO PERJUDICARÍA AL ESMALTE INCISAL. LOS CANINOS TEMPORARIOS MUESTRAN CON FRECUENCIA UN GRAN DESGASTE.

LA PROFUNDIDAD DE LA CAVIDAD SERÁ DE 0.5 MM PULPAR HACIA LA UNIÓN AMELODENTINARIA CON UNA FRESA DE FISURA PIRAMIDAL No. 2L, A BAJA VELOCIDAD, ALTERNATIVAMENTE, PUEDEN HACERSE FOSITAS DE RETENCIÓN EN EL PUNTO INTERNO DE LOS ÁNGULOS BUCOGINGIVAL Y LINGUOGINGIVAL, CON LA FRESA DE FISURA PIRAMIDAL No. 2L.

POR LO COMÚN SE NECESITA DE UN ANCLAJE, EL ANCLAJE SE HARÁ EN EL TERCIO MEDIO DEL DIENTE A UNA PROFUNDIDAD DE 0.5 MM EN LA DENTINA. SE EVITA EL TERCIO INCISAL DEL DIENTE POR EL DESGASTE QUE EL MISMO SUFRE Y EL TERCIO GINGIVAL PORQUE LA OBTURACIÓN PUEDE FACILITAR LA RETENCIÓN DE PDB.

EL AREA INTERPROXIMAL DE LA CAVIDAD DEBE ADOPTAR LA FORMA DE LA LETRA "C" EL EXTREMO ABIERTO DE LA "C" SE ENCUENTRA CON EL ANCLAJE RETENTIVO EL ANCHO Y LOCALIZACIÓN DEL ANCLAJE ESTÁN DETERMINADOS, POR LA EXTENSIÓN Y POSICIÓN DE LA CARIES.

LA INCLINACIÓN DE LAS PAREDES DE ESMALTE INCISAL Y GINGIVAL DEBE SER HACIA INCISAL, EN DIRECCIÓN PARALELA CON RESPECTO A LOS PRISMAS DE ESMALTE. PUEDE HACERSE UN SURCO DE RETENCIÓN A LO LARGO DE LA UNIÓN AMELODENTINARIA DE LA PARED GINGIVAL CON UNA FRESA DE FISURA 700 O No. 2L.

EN ANCLAJE SOLO DEBE EXTENDERSE HASTA LA PARTE MEDIA DEL DIENTE Y DEBE SER HECHO EN FORMA DE COLA DE PALOMA PARA QUE OFREZCA RESISTENCIA AL DESPLAZAMIENTO LATERAL DE LA OBTURACIÓN. POR LA FACILIDAD DE ACCESO Y LOS MÍNIMOS REQUERIMIENTOS ESTÉTICOS DE LA RESTAURACIÓN, EL ANCLAJE SE COLOCA EN LA SUPERFICIE LABIAL DE LOS DIENTES ANTERIORES TEMPORARIOS INTERIORES. POR RAZONES ESTÉTICAS SE LO COLOCA, POR LO COMÚN, EN LA SUPERFICIE LINGUAL EN DIENTES ANTERIORES SUPERIORES.

LA CAVIDAD CLASE 3 PUEDE SER OBTURADA CON AMALGAMA Y RESINA --

CAVIDAD DE CLASE 4

LA LESIÓN DE LA CLASE 4 ESTÁ ACOMPAÑADA A MENUDO DE LA CLASE - 5 EN EL MISMO DIENTE, ADVIRTIÉNDOSE LA UNIÓN DE AMBAS.

LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD INCLUYE UN REBAJADO INTERPROXIMAL Y ANCLAJES DE RETENCIÓN LABIAL Y LINGUAL, IGUAL QUE EN LA CLASE 3 EN DIENTES TEMPORARIOS ANTERIORES. LOS ANCLAJES RETENTIVOS SE UBICAN EN EL TERCIO MEDIO DEL DIENTE, EXTENDIÉNDOSE HACIA ARRIBA PERO NO A TRAVÉS DE LA LÍNEA MEDIA.

ESTOS DEBEN DE SER COLOCADOS HASTA LA PROFUNDIDAD DE 0,5 MM PULPAR EN RELACIÓN CON LA UNIÓN AMELODENTARIA, CON UNA FRESA DE CONO INVERTIDO N.º 2, EVIDENTEMENTE DEBEN INCLUIR TODA LESIÓN DE LA CLASE 5 QUE EXISTA, EN CUYO CASO LA POSICIÓN DEL ANCLAJE ESTARÁ DETERMINADA POR LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN DE LA CLASE 5.

CUANDO AMBAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES ESTÁN CARIADAS, LOS ANCLAJES RETENTIVOS DEBEN EXTENDERSE A TRAVÉS DE LA LÍNEA MEDIA - Y ABARCAR AMBAS LESIONES.

SE ELIMINA PARCIALMENTE EL TEJIDO CARIADO POR MEDIO DE UN REBAJADO INTERPROXIMAL. ESTO DEJA UN BORDE LABIAL Y LINGUAL DEFINIDO EN LA CARA GINGIVAL DEL REAJADO DEBE HABER UN DEFINIDO HOMBRO - INTERPROXIMAL, ESTO FACILITARÁ EL TERMINADO DE LA RESTAURACIÓN. PUEDE EXTRAERSE TODO RESPETO DE CARIES CON UNA FRESA REDONDA - N.º 2 A BAJA VELOCIDAD. SE COLOCARÁ UNA BASE PROTECTORA PULPAR DE HIDRÓXIDO DE CALCIO. NO SE COLOCAN BASES QUE CONTENGAN EUGENOL PORQUE LA RESINA RESULTA MANCHADA POR ÉSTE. LA OBTURACIÓN SE HACE CON RESINA Y CINTAS DE CELULOIDE.

CAVIDADES DE CLASE 5

LA FORMA DE LA CAVIDAD ESTARÁ LIMITADA A LA CARIES Y A LAS ZONAS DESCALIFICADAS ADYACENTES. LA CAVIDAD DE LA CLASE 5 PUEDE TENER FORMA ARRIÑONADA, UNA FORMA LIGERAMENTE CURVA, PUEDE UTI-

LIZARSE LA FRESA DE CONO INVERTIDO No. 2 PARA PROFUNDIZAR LA CAVIDAD 0.5 MM EN LA DENTINA.

SE EXTRAERÁ TODO RESTO DE CARIES CON UNA FRESA REDONDA No. 2, A BAJA VELOCIDAD Y SE USARÁ UNA BASE PROTECTORA PULPAR EN LAS SUPERFICIES PROFUNDAS DE LA CAVIDAD. SE PUEDE OBTENER RETENCIÓN REALIZANDO PEQUEÑAS FOSITAS DE RETENCIÓN CON LA FRESA DE FIGURA PLANA No. 2L. EN LA PUNTA DE LOS ÁNGULOS MESIAL GINGIVAL SEGUIRÁ UNA CURVA PARALELA A LA INSERCIÓN GINGIVAL, A MENOS QUE LA LESIÓN SE EXTIENDA HACIA SUBGINGIVAL O LOS BORDES SERÁN PULIDOS CON HACHITAS PARA ASEGURARSE QUE NO QUEDEN PORCIONES DE ESMALTE SIN APOYO DENTINARIO.

LA AMALGAMA ES EL MATERIAL DE ELECCIÓN PARA LA OBTURACIÓN DE ESTA CLASE DE CAVIDAD, SIEMPRE Y CUANDO MEJOREN LA HIGIENE BUCAL Y LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS.

B) TRATAMIENTOS PULPARES.

1.- AMPUTACION VITAL.- ESTA INDICADA EN EXPOSICIÓN DE LA PULPA SIENDO POR CARIES, INSTRUMENTOS O TRAUMA Y CONTRAINDICADA EN MOVILIDAD DENTARIA, ZONAS TRANSLÚCIDAS APICALES O BIFURCALES, REABSORCIÓN DE MÁS DE UN TERCIO DE LA RAÍZ.

PROCEDIMIENTO:

- A) ANESTESIA LOCAL Y COLOCACIÓN DEL DIQUE DE GOMA.
- B) ELIMINACIÓN DE LA DENTINA CON UNA FRESA REDONDA.
- C) SE REMUEVE EL TECHO PULPAR CON UNA FRESA FISURA.
- D) AMPUTACIÓN DE LA PARTE CORONARIA DE LA PULPA MEDIANTE EXCAVADORES FILÓSOS O UNA FRESA REDONDA.
- E) LAVADO DE LA CAVIDAD PULPAR CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA Y DETENIENDO LA HEMORRAGIA CON TORUNDAS DE ALGODÓN MOJADAS CON EPINEFRINA.
- F) SE INTRODUCE UNA TORUNDA DE ALGODÓN CON FERMOCRESOL DURANTE

5 MTS. SOBRE LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS,

G) SECADO Y APLICACIÓN DE UNA MEZCLA DE 1 GOTTA DE FORMOCRESOL DE MÁS DE 1 GOTTA DE EUGENOL Y POLVO DE ÓXIDO DE CINC CON CRISTALES DE ACETATO DE CINC DE 2 MM DE ESPESOR APROX. COLOCANDO CEMENTO ENCIMA.

H) RECONSTRUCCIÓN DE LA PIEZA DENTARIA TRATADA CON AMALGAMA - O CORONA DE ACERO.

2.- PULPECTOMIA PARCIAL.- ESTA UBICADA EN PULPITIS INCIPIENTE, HIPEREMIA PULPAR Y HEMORRAGIA NO DETENIBLE EN LA AMPUTACIÓN VITAS Y CONTRAINDICADA EN NECROSIS PULPAR PARCIAL.

PROCEDIMIENTO:

A) ANESTESIA LOCAL Y COLOCACIÓN DEL DIQUE DE GOMA.

B) REMOCIÓN DE LA PULPA RADICULAR CON TIRANERVIOS, INTRODUCIENDOLOS HASTA DONDE SEA POSIBLE SIN MUCHA PRESIÓN.

C) LA PROFUNDIDAD PUEDE SER DE 2 A 7 MM SEGÚN EL CASO.

D) ENSANCHAR CON LIMAS SIN LLEGAR AL ÁPICE.

E) LAVADO DEL CONDUCTO CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA.

F) INTRODUCIR UNA PUNTA DE PAPEL CON FORMOCRESOL DEJÁNDOLO UN TIEMPO DE 5 MTS.

G) SECADO DEL CONDUCTO LLENÁNDOLO CON ÓXIDO DE CINC REASORBIBLE, CUIDANDO QUE NO LLEGUE MÁS ALLÁ DEL ÁPICE.

LA ENTRADA DEL CONDUCTO Y CAVIDAD PULPAR SE LLENAN CON ÓXIDO DE CINC MÁS DURA.

H) CONTROLAR CON UNA RADIOGRAFÍA ANTES DE LA OBTURACIÓN FINAL.

3.- PULPECTOMIA TOTAL.- INDICADO EN DIENTES CON PULPA NECRÓTI

CA O GANGRENOSA Y CONTRAINDICADO EN DIENTES CON FISTULAS, MOVILIDAD, RADIOLUCIDEZ VISIBLE EN LA REGIÓN DEL ÁPICE

ESTE TRATAMIENTO SE REALIZA EN DOS SESIONES.

PRIMERA SESION.

- A) ANESTESIA LOCAL Y COLOCACIÓN DEL DIQUE DE GOMA.
- B) ELIMINACIÓN DE LA DENTINA Y PULPA NECRÓTICA CON FRESA REDONDA DE FISURA O EXCAVADORES FILOSOS.
- C) LAVADO DE LA CAVIDAD PULPAR CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA.
- D) SECADO DE LA CAVIDAD PULPAR, COLOCANDO UNA TORUNDA DE ALGODON CON FERMOCRESOL Y ÓXIDO DE CINC DURANTE TRES DÍAS.

SEGUNDA SESION.

- A) SE RETIRA LA CURACIÓN DE FERMOCRESOL CON ÓXIDO DE CINC.
 - B) REMOCIÓN DEL MATERIAL NECRÓTICO DEL CONDUCTO CON TIRANERVIOS ENSANCHANDO CON LIMAS SIN LLEGAR AL ÁPICE.
 - C) LAVADO DEL CONDUCTO CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA.
 - D) INTRODUCIR UNA PUNTA DE PAPEL CON FERMOCRESOL DEJÁNDOLO 5 MTS.
- 5) SU SECADO DEL CONDUCTO LLENÁNDOLO CON ÓXIDO DE CINC SIN LLEGAR MÁS ALLÁ DEL ÁPICE.
- 6) LA ENTRADA DEL CONDUCTO Y CAVIDAD PULPAR SE LLENAN CON ÓXIDO DE CINC MÁS DURO QUE EL ANTERIOR.
- 7) SE DEJA LA CURACIÓN DURANTE 15 O 30 DÍAS, BAJO CONTROL RADIOGRÁFICO.
- 8.- SI NO RESPONDE A LA CURACIÓN SE PUEDE REPETIR EL TRATAMIENTO.

9.- SI SE OBTIENE ÉXITO EN EL TRATAMIENTO SE PROCEDE A LA OB--
TURACIÓN FINAL, EN CASO DE NO OBTENERLO ESTÁ INDICADA LA EX--
TRACCIÓN, COLOCANDO UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

C) CORONA DE ACERO INOXIDABLE Y POLICARBONATO:

I.- CORONA DE ACERO INOXIDABLE.

ESTA SE USARÁ EN CARIES EXTENSAS DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO PUL--
PAR, COMO OBTURACIÓN PREVENTIVA EN DIENTES CON DEFECTOS DE DE--
SARROLLO Y COMO SOPORTE DE UN CONSERVADOR DE ESPACIO O DENTADU--
RA.

1.- PREPARACION DE DIENTES ANTERIORES:

ES NECESARIO REBAJAR EN DISTAL Y MESIAL PARA ABRIR LOS CONTAC--
TOS INTERPROXIMALES, NO DEBERÁ QUEDAR HOMBRO EN EL BORDE GINGI--
VAL, EL BISEL SE IRÁ DILUYENDO EN LA ESTRUCTURA DEL DIENTE EN
APICAL EN EL BORDE GINGIVAL LIBRE.

SE REQUIERE LA REDUCCIÓN INCISAL PARA EVITAR INNECESARIO ALAR--
GAMIENTO DEL DIENTE, LA REDUCCIÓN DEL DIENTE NO DEBE DESTRUIR
LOS ESCALONES PREPARADOS PARA LA RETENCIÓN MECÁNICA DE TAL MO--
DO, SE DEJAN LOS ESCALONES LABIAL Y LINGUAL. LA REDUCCIÓN LIN--
GUAL ES NECESARIA CUANDO LA MORDIDA SUPERIOR ES COMPLETA, DE --
MANERA QUE LOS INCISIVOS INTERIORES, ESTÁN EN CONTACTO CON LAS
SUPERFICIES LINGUALES DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. CON UNA --
PIEDRA DE DIAMANTE SE DESGASTARÁN DE MANERA UNIFORME DE 1 A 2
MM.

CUANDO LA MORDIDA SUPERIOR ES COMPLETA O ABIERTA, NO DEBE REDU--
CIRSE LA SUPERFICIE LINGUAL. EL ESCALÓN HACIA EL BORDE GINGI--
VAL SE USA PARA RETENCIÓN, CONTIENE UNA FRESA TRONCOCÓNICA DE
FISURA PLANA No. 2L, PARA LA MÍNIMA PREPARACIÓN.

2) PREPARACION DE DIENTES POSTERIORES.

LA REDUCCIÓN MESIAL Y DISTAL TOMAN LA FORMA DE UN CORTE VERTI--
CAL SIN BORDE SALIENTE, QUE ABRE LA SUPERFICIE DE CONTACTO HA--
CIA BUCAL, LINGUAL Y GINGIVAL.

SE REQUIERE LA REDUCCIÓN DISTAL AÚN CUANDO NO EXISTA DIENTE --
ERUPCIONADO EN DISTAL.

SE PREFIERE LA FRESA TRONCOCÓNICA DE FISURA No. 2L AL DISCO DE
DIAMANTE PARA LA REDUCCIÓN, UNA CUÑA INTERPROXIMAL AYUDA A LA -
REDUCCIÓN INTERPROXIMAL SEPARANDO LIGERAMENTE LOS DIENTES.

SE ACCIONA LA FRESA TROCOCÓNICA DE FISURA EN DIRECCIÓN BUCOLIN--
GUAL, COMENZANDO LA SUPERFICIE OCLUSAL A 1 O 2 MM DE DISTANCIA
DEL DIENTE ADYACENTE.

À MEDIDA QUE SE LLEVA LA FRESA HACIA GINGIVAL SE FORMA UN BORDE
EL CUAL DESAPARECE CUANDO LA REDUCCIÓN DEJA ABIERTA EL ÁREA DE
CONTACTO GINGIVAL, LA FRESA TOCARÁ LA CUÑA Y SE RETIRARÁ LA CU--
ÑA DEJANDO UN CORTE CASI PERFECTO.

LA REDUCCIÓN OCLUSAL DEBE SEGUIR LA ANATOMÍA DEL DIENTE HASTA -
UNA PROFUNDIDAD DE 1.5 A 2 MM, LA ALTURA DE LA CÚSPIDE DEL DIEN--
TE ADYACENTE OFRECE UNA BUENA BASE PARA LA REDUCCIÓN OCLUSAL, -
TAMBIÉN FOSAS, SURCOS LINGUAL Y BUCAL DE MOLARES SUPERIORES E -
INFERIORES.

EL RESTO DE LA CARIES SE ELIMINARÁ CON UNA FRESA REDONDA Y COM--
PLETANDO LA PREPARACIÓN REDONDEANDO LOS ÁNGULOS AGUDOS NO SE RE--
QUIERE LA REDUCCIÓN BUCAL Y LINGUAL PARA REDUCIR LOS ESCALONES
INFERIORES.

3.- SELECCION DE LA CORONA.

LAS CORONAS DEBEN DE CUBRIR TODO EL DIENTE Y RESISTENCIA CUANDO

SE TRATA DE RETIRARLA, SE PUEDEN ADQUIRIR YA RECORTADAS O NO, -- ALGUNOS DIFIEREN EN SU RESISTENCIA, LAS PUEDEN HABER RÍGIDAS -- MIENTRAS QUE OTRAS SE DEFORMAN AL SER RECORTADAS.

SE DEBE DE MEDIR EL ANCHO MESIODISTAL PREOPERATARIO DEL DIENTE QUE SE VA A RECUBRIR CON LA CORONA, PARA ASÍ SELECCIONAR LA CORONA AL TAMAÑO ADECUADO.

SE USARÁN LAS CORONAS QUE SIGAN LA MORFOLOGÍA DENTARIA Y SE -- ADAPTE A LA MAYORÍA DE LOS DIENTES CON EL FÍN DE EVITAR UN RE--CORTE EXCESIVO.

4) ADAPTACION Y RECORTE.

ESTA ES CON EL FÍN DE HACER QUE LOS BORDES DE LA CORONA QUEDEN EN EL SURCO GINGIVAL Y REPRODUCIR LA MORFOLOGÍA DENTARIA.

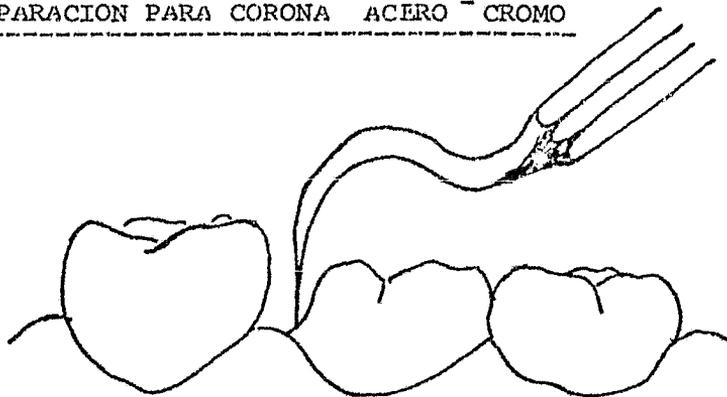
PARA CALCULAR CON CERTEZA LA REDUCCIÓN GINGIVAL SE HARÁ UNA MARCA EN LA CORONA A NIVEL DEL BORDE LIBRE DE LA ENCÍA Y SE REDUCIRÁ LA CORONA CON TIJERAS CURVAS.

EL RECORTE SE REALIZÁ CON UN ALICATES 114 EN EL TERCIO MEDIO PARA PRODUCIR UN EFECTO ACAMPANADO. LA ADAPTACIÓN DEL TERCIO GINGIVAL DE LA CORONA SE EFECTUA CON UN ALICATES 137, SI HAY QUE -- HACER UN ALICATES UNITEK 800-412.

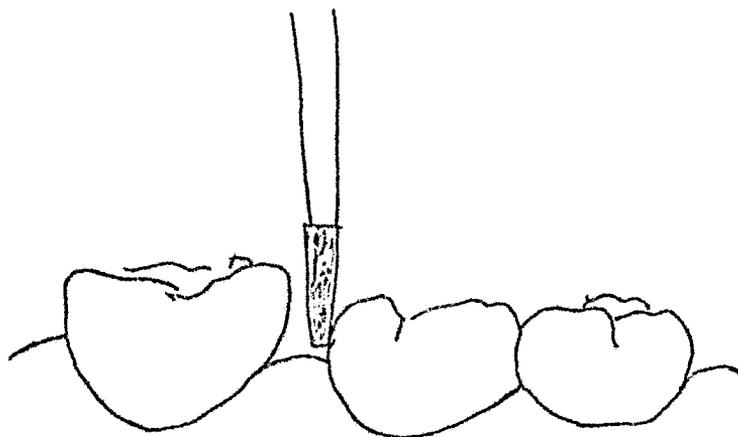
EL BRUÑIDO DE LOS BORDES SE EFECTUARÁN CON PIEDRAS O DISCOS DE GOMA, DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE CORTE Y ADAPTACIÓN DE PRUEBA LA CORONA Y SE CONTROLAN LOS BORDES Y LA ADAPTACIÓN CON UN EX--PLORADOR.

5) PULIDO Y CEMENTADO.

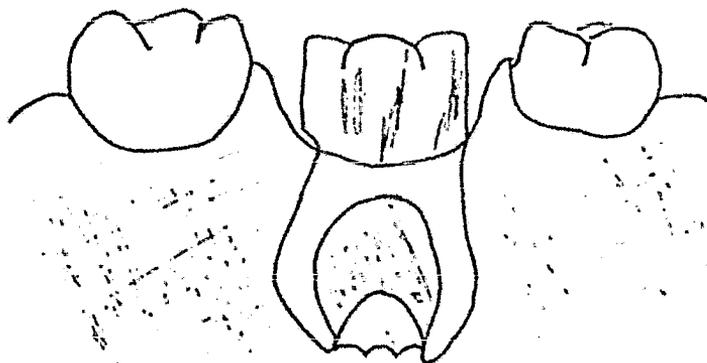
SE PULIRÁ CON UN DISCO DE GOMA, OBTENIENDO EL LUSTRE FINAL CON PIEDRA PÓMEZ, EL CEMENTADO SE EFECTUARÁ SI LLEGARA A TENER VITA



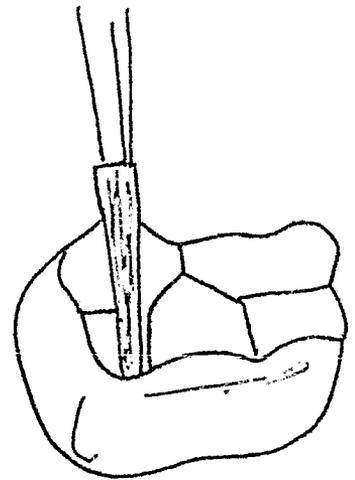
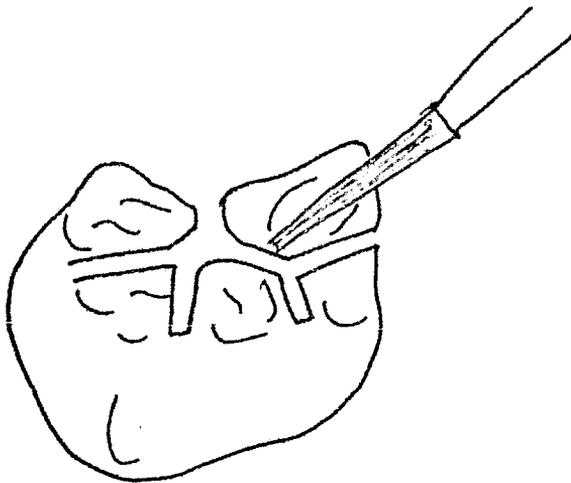
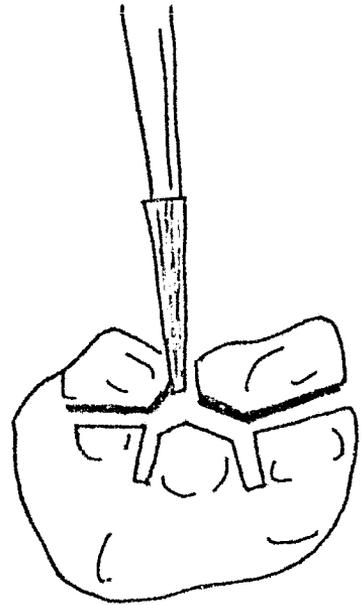
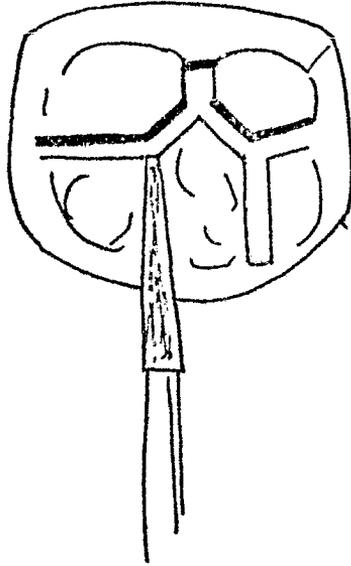
ELIMINACIÓN DE CUALQUIER ESCALDÓN EVENTUAL



DESGASTE PROXIMAL



DESGASTE PROXIMAL Y OCLUSAL

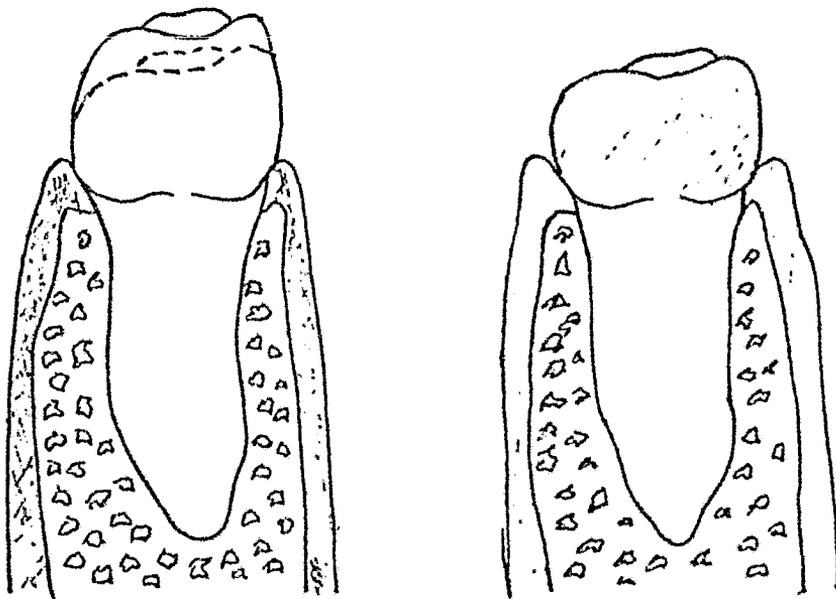


DESGASTE oclusal

y

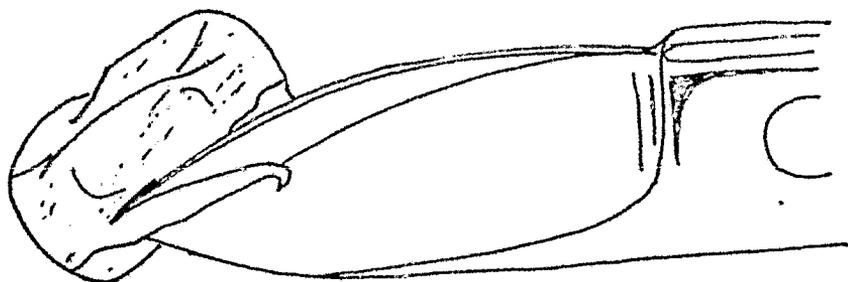
DE CÚSPIDES

LANINA 2



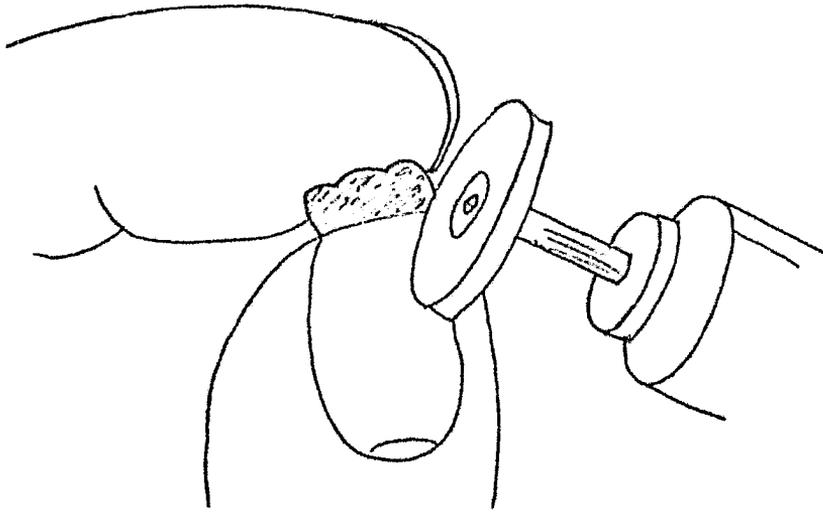
ANTES DE LA PREPARACIÓN

DESPUÉS DE LA PREPARACIÓN

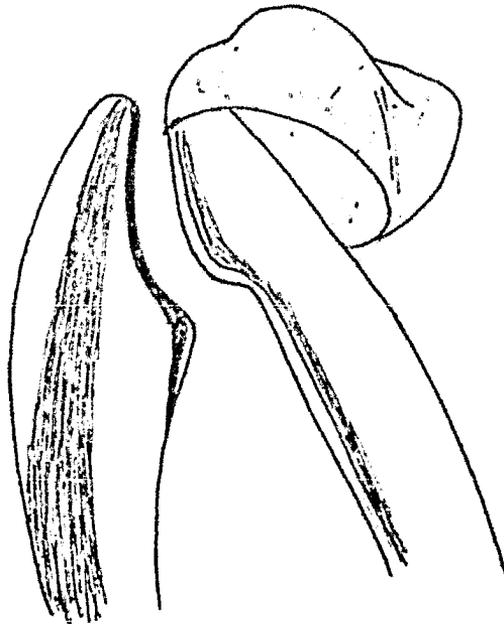


REBAYADO DE LA ALTURA

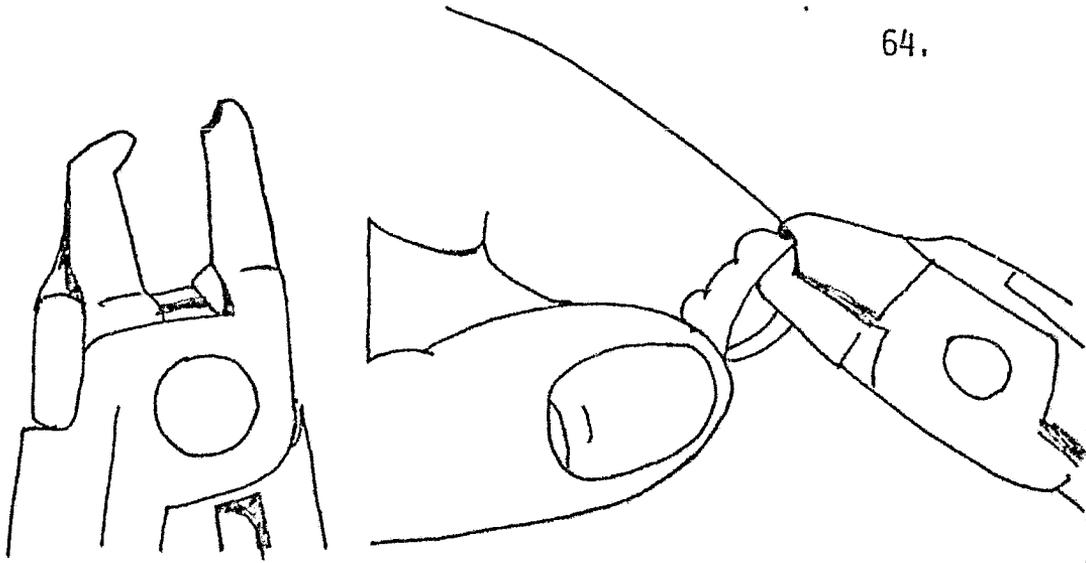
DE LA CORONA



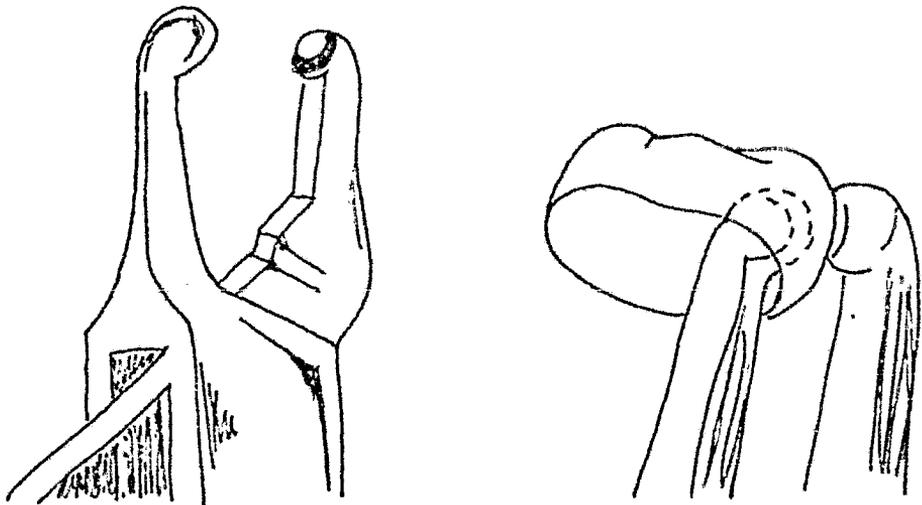
Biselado de los dientes de la corona



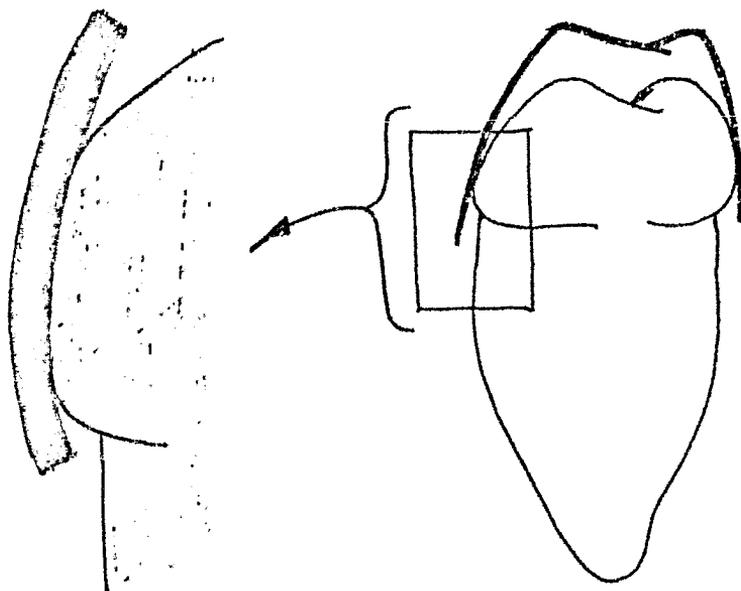
Contorneado en forma de gancho



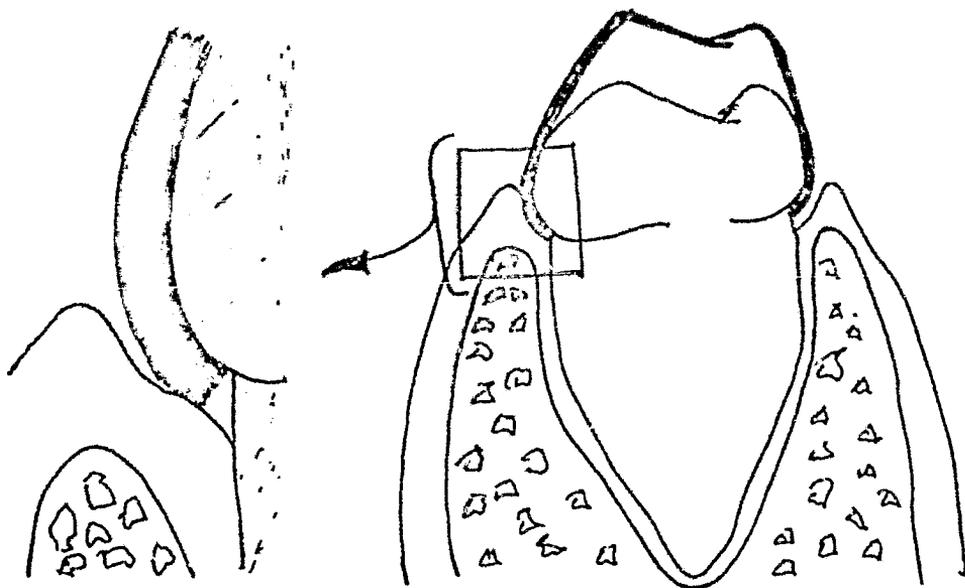
LOS BORDES DE LA CORONA SE DOBLAN HACIA ATRÁS



RECONSTRUCCIÓN DE PUNTO DE CONTACTO SI LOS
HUBO ANTES DE LA PREPARACIÓN



Prueba de la corona en el incisivo



LIDAD EL DIENTE, CON BARNÍZ DE COPALITE ANTES Y LUEGO CEMENTO DE OXIFOSFATO DE CINCO, SE RECOMIENDA AMPLIAMENTE EL AISLAMIENTO DEL DIENTE DURANTE LA PREPARACIÓN DE ESTE Y CEMENTADO DE LA CORONA.

II.- CORONA DE POLICARBONATO.

ESTA SE USARÁ EN DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS CON CARIES AVANZADA, DIENTES MALFORMADOS, DIENTES FRACTURADOS, DIENTES MANCHADOS, O DESPUÉS DE UNA PULPOTOMÍA O PULPECTOMÍA.

PREPARACION SIN HOMBRO:

- 1.- ELIMINACIÓN DE CARIES Y PROTECCIÓN PULPAR.
- 2.- REDUCCIÓN DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES MESIAL Y DISTAL. ABAJO DE LA ENCÍA CON LA FRESA 69L.
- 3.- REDUCCIÓN DE LA SUPERFICIE LABIAL, APROX. 0.5 MM O MENOS CON LA FRESA 69L O RUEDA DE DIAMANTE.
- 4.- REDUCCIÓN DEL BORDE INCISAL APROX. 1 MM CON UNA FRESA 69L O RUEDA DE DIAMANTE.
- 5.- REDUCCIÓN DE LA SUPERFICIE LINGUAL APROX. 0.5 MM O MENOS - CON RUEDA DE DIAMANTE.
- 6.- CREACIÓN DE UNA ZONA RETENTIVA ALREDEDOR DE TODO EL DIENTE CON FRESA No. 34.

PREPARACION CON HOMBRO:

SI LA CARIES HA AFECTADO AL DIENTE POR ABAJO DE LA ENCÍA EXISTE UN ESCALÓN, SE DEBERÁ MODIFICAR EL PROCEDIMIENTO 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 EN LA ZONA CERVICAL, SIMILAR A LA PREPARACIÓN NECESARIA PARA UNA CORONA FUNDA.

SELECCION Y ADAPTACION.

- 1) LA CORONA DEBERÁ IGUALAR LA DIMENSIÓN MESIODISTAL DEL DIENTE ORIGINAL, PARA ESTO NOS PODEMOS BASAR CON UN COMPÁS COMO -- GUÍA.
- 2) SERÁ TAL VEZ NECESARIO RECORTAR LA CORONA EN LA ZONA CERVICAL, ESPECIALMENTE EN MESIAL Y DISTAL, PARA QUE LA CORONA SE AJUSTE AL CUELLO DEL DIENTE, ESTE RECORTE SE PUEDE HACER CON FRESA, PIEDRA O TIJERA.
- 3) TAL VEZ SEA NECESARIO CORREGIR LA ADAPTACIÓN CON RESINA -- ACRÍLICA.

CEMENTADO:

POR MEDIO DE FOSFATO DE CINC SI LA CORONA AJUSTA CORRECTAMENTE A LOS MÁRGENES CERVICALES DE UNA PREPARACIÓN SIN HOMBRO.

- 1.- RASPAR EL INTERIOR DE LA CORONA PARA AUMENTAR LA RETENCIÓN.
- 2.- ASEGURARSE DE QUE LA PULPA ESTÉ PROTEGIDA Y EL DIENTE SECO.
- 3.- MEZCLAR EL CEMENTO CON CONSISTENCIA SUAVE, QUE FORME HILO AL LEVANTAR LA ESPÁTULA.
- 4.- ELIMINAR EXCESO DE CEMENTO.
- 5.- REVISAR Y PULIR EL MÁRGEN CERVICAL, ES DECIR QUE NO EXISTAN DESAJUSTES Y HACER EL TERMINADO CON FRESA Y DISCO DE --

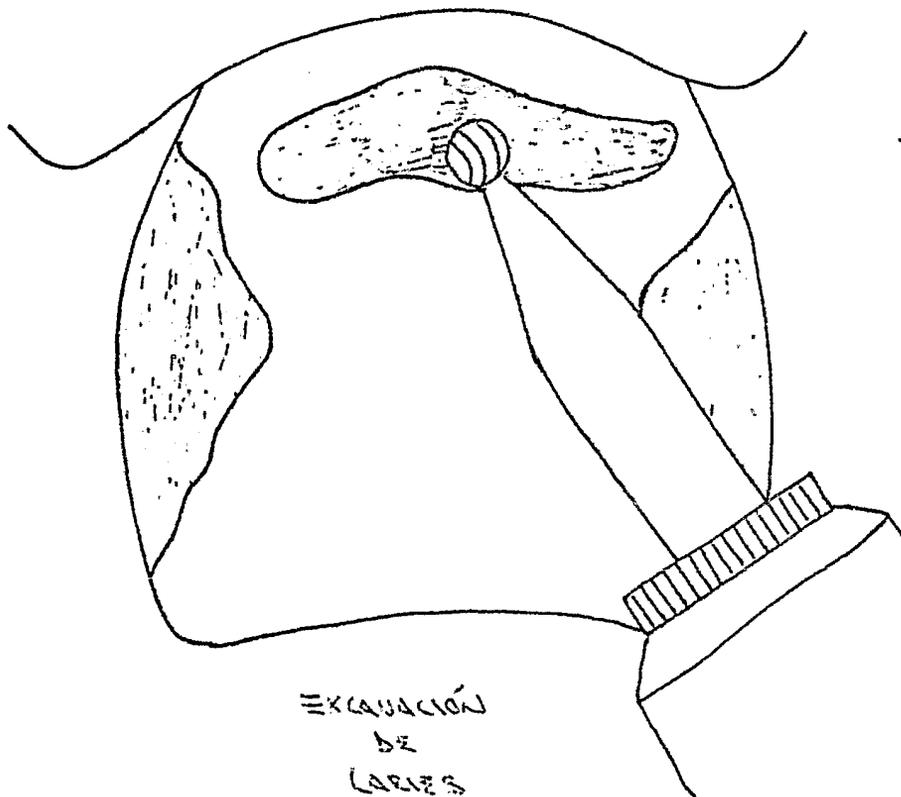
LIJA.

POR MEDIO DE LA RESINA ACRÍLICA Y CEMENTO DE FOSFATO DE CINC, - CUANDO EXISTA UN MÁRGEN ABIERTO CAUSADO POR UNA ZONA DE CAPIES QUE SE EXTIENDA MÁS ALLÁ DE LOS MÁRGENES.

- 1.- ADAPTAR LA CORONA.
- 2.- LUBRICAR EL DIENTE PREPARADO.
- 3.- LLENAR LA CORONA CON RESINA ACRÍLICA.
- 4.- RECORTAR EL EXCESO DE RESINA ACRÍLICA EN EL MÁRGEN CERVICAL Y ADAPTARLA AL DIENTE.
- 5.- PULIR Y RECORTAR LOS MÁRGENES CERVICALES.
- 6.- CEMENTARLA CON FOSFATO DE CINC.

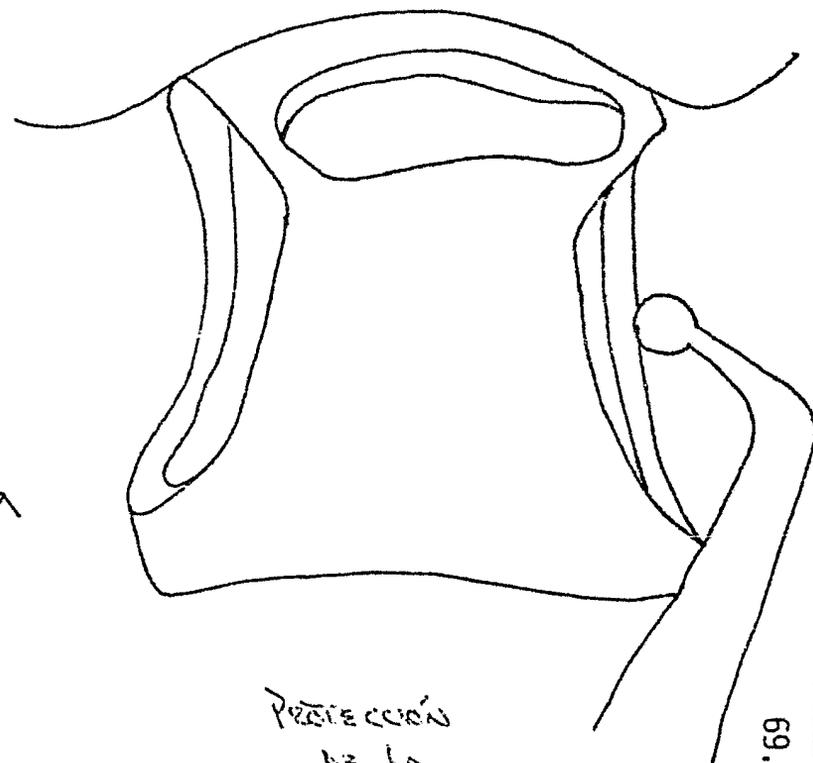
POR MEDIO DE RESINA ACRÍLICA. ES IMPORTANTE HACER UN SURCO EN - EL MARGEN CERVICAL PARA CREAR RETENCIÓN, PARA LA RESINA ACRÍLICA Y MANTENER LA CORONA EN SU LUGAR.

- 1) HACER EL SURCO EN EL CUELLO DEL DIENTE CON UNA FRESA REDONDA No. 34.
- 2) PROTEGER LA PULPA Y SECAR EL DIENTE.
- 3) LIJAR EL INTERIOR DE LA CORONA Y LLENARLA CON RESINA ACRÍLICA Y COLOCAR SOBRE EL MUÑÓN.
- 4) DEJAR POLIMERIZAR LA RESINA ACRÍLICA SOBRE EL DIENTE Y RECORTAR EL EXCESO CON FRESA 69L O DISCOS DE LIJA.
- 5) PULIR LOS MÁRGENES CERVICALES DE LA CORONA TENIENDO CUIDADO DE NO LESIONAR LOS TEJIDOS BLANDOS.,



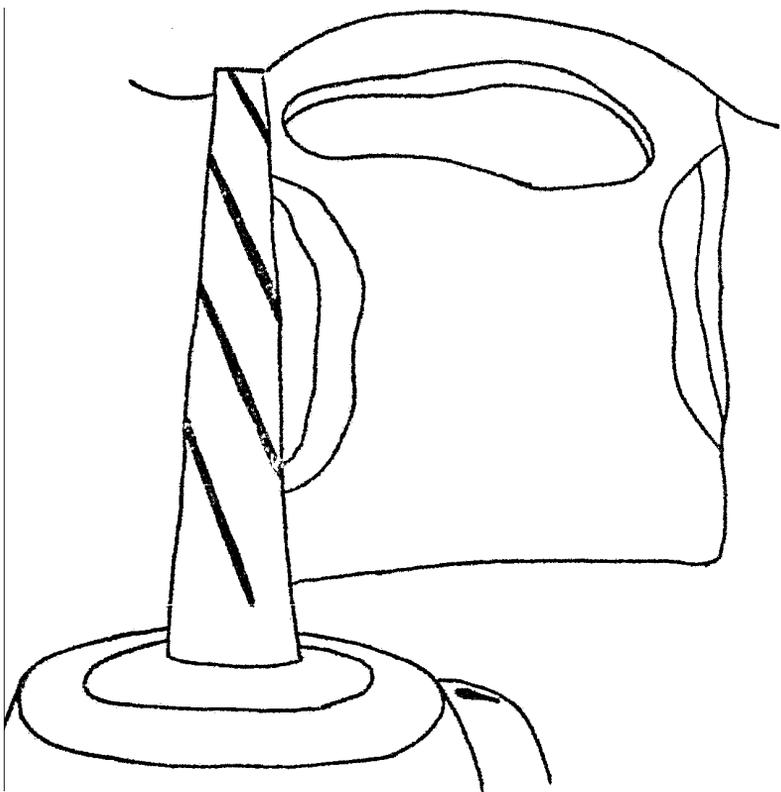
EXCAVACIÓN
DE
CARIES

LAMINA 1

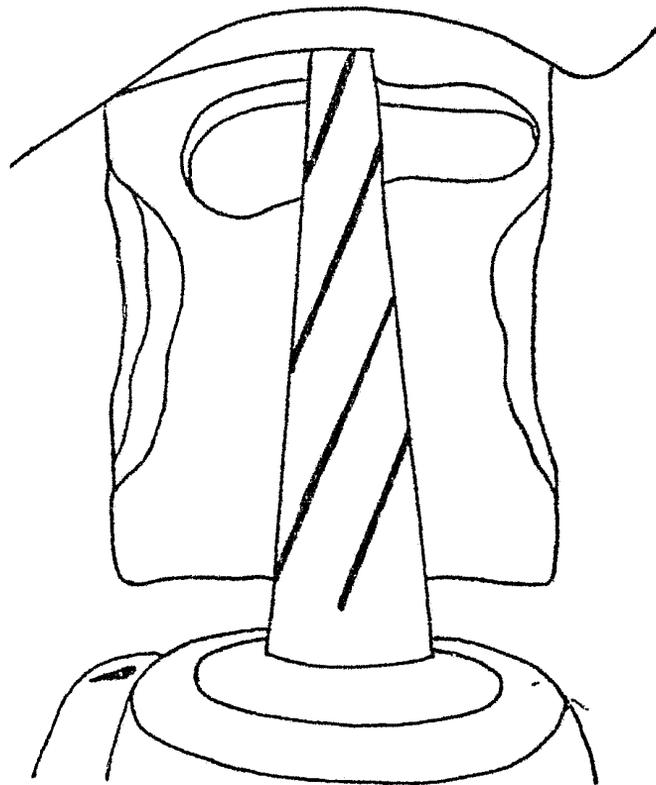


PROTECCIÓN
DE LA
PULPA

LAMINA 2

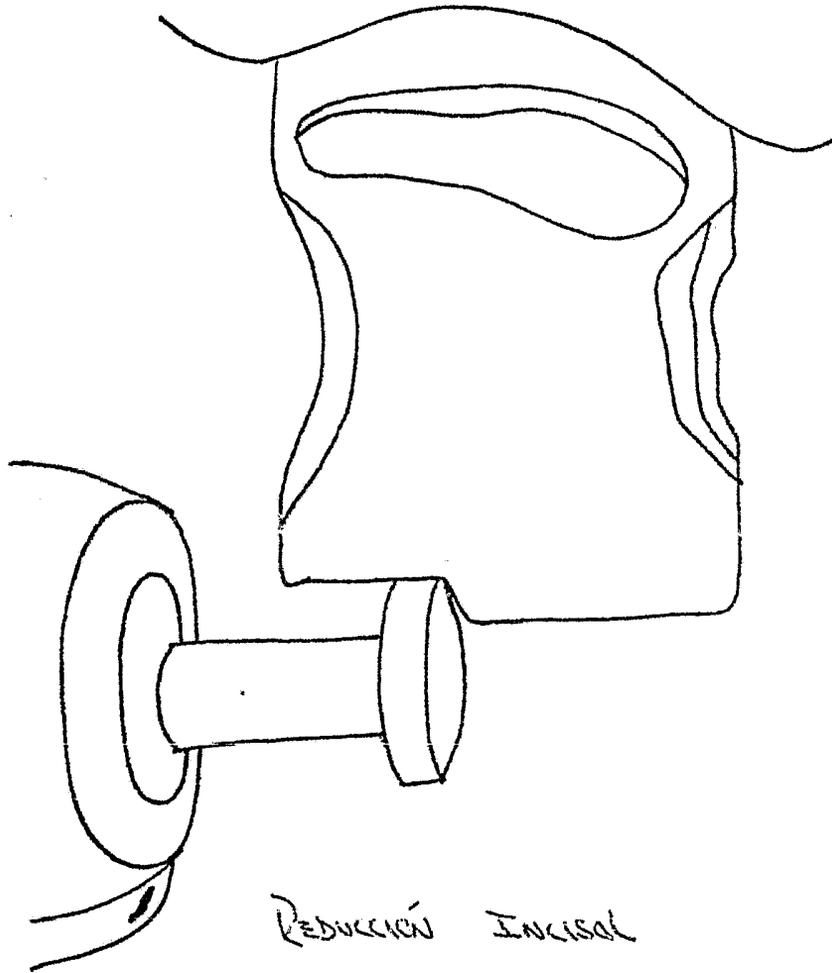


Reducción Proximal

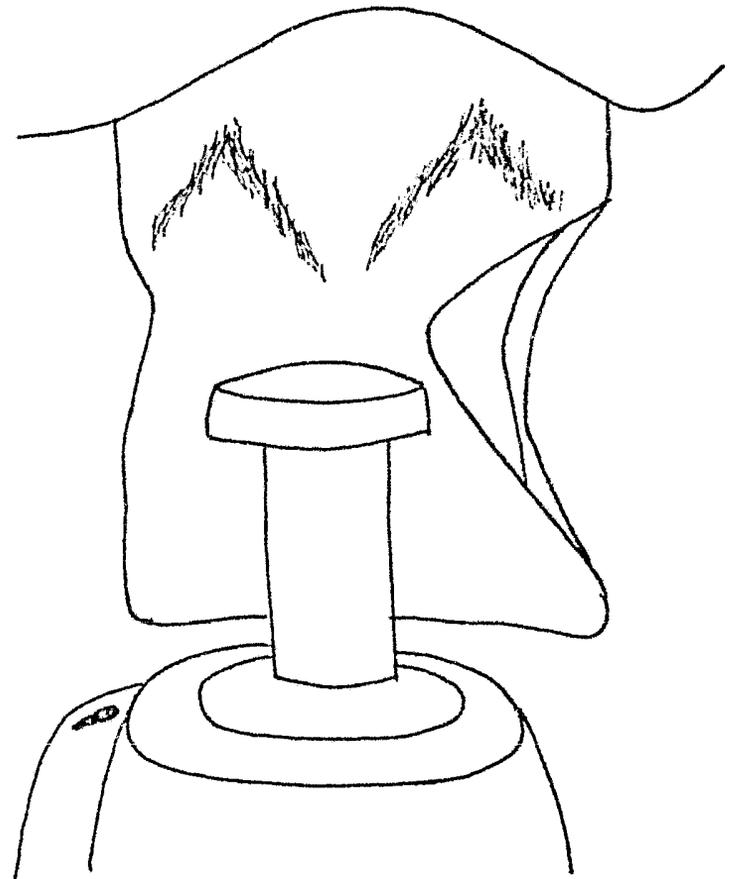


Reducción Bucal

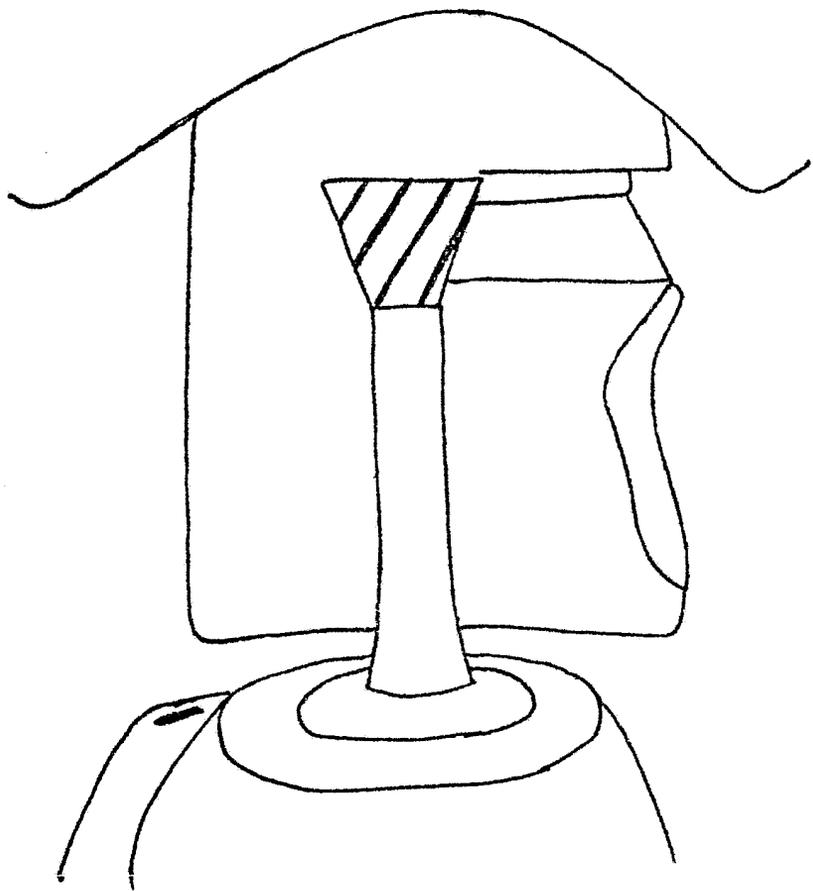
LAMINA 3



Reducción Incisal

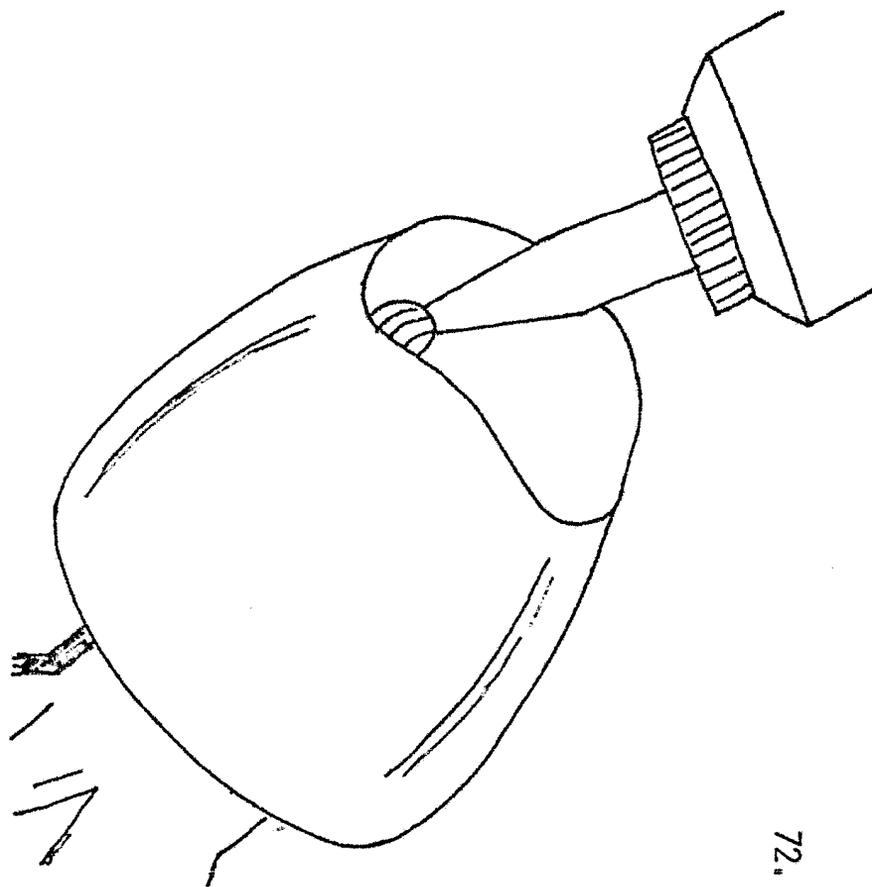


Reducción Lingual

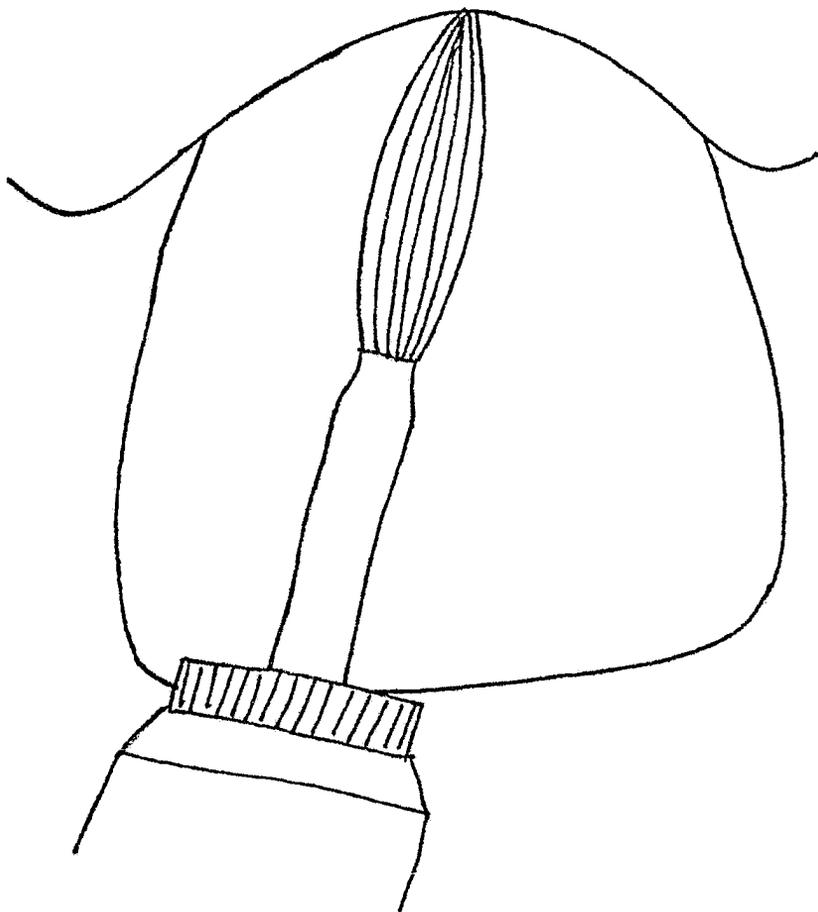


Suoco Para la Retención

LAMINA 4

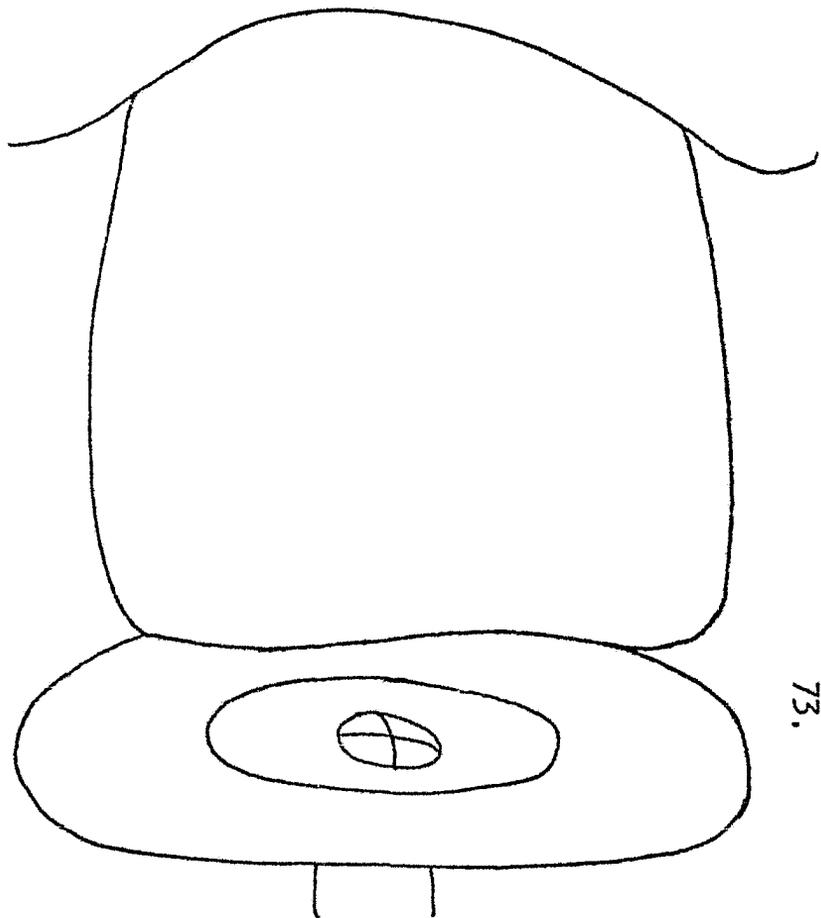


Raspado del interior de la corona
para aumentar la Retención



TERMINADO DEL MARGEN

LAMINA 5



TERMINADO CON DISCOS DE LIA

D) CONSTRUCCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

EL MANTENEDOR DE ESPACIO ES UN APARATO DESTINADO A CONSERVAR EN POSICIÓN A LOS DIENTES QUE HAN PERDIDO SU CONTACTO ENTRE SÍ POR LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN. - AYUDA A QUE MAXILAR Y MANDIBULA SE DESARROLLEN DE MANERA ADECUADA.

LOS PUEDEN HACER FIJOS, SEMIFIJOS, REMOVIBLES, CON BANDAS O SIN ELLAS, FUNCIONALES O NO FUNCIONALES, ACTIVOS O PASIVOS Y CIERTAS COMBINACIONES DE ÉSTOS.

PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO, ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA LOS SIGUIENTES FACTORES: TIEMPO TRANSCURRIDO - DESDE LA PÉRDIDA DEL DIENTE, EDAD DENTAL DEL PACIENTE, CANTIDAD DE HUESO QUE RECUBRE EL DIENTE NO ERUPCIONADO, SECUENCIA DE - - ERUPCIÓN DE LOS DIENTES, ERUPCIÓN RETRASADA DEL DIENTE PERMANENTE Y RELACIÓN DE ESPACIO.

A CONTINUACIÓN CONSTRUCCIÓN DE MANTENEDORES DE ESPACIO MÁS USUALES EN ODONTOPEDIATRÍA.

1) PÉRDIDAS TEMPRANAS DE SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS, ANTES DE - LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

DEBERÁ FABRICARSE LA BANDA EN EL PRIMER MOLAR PRIMARIO Y DEBERÁ TOMARSE UNA IMPRESIÓN DEL CUADRANTE, CON LA BANDA EN SU LUGAR - ANTES DE EXTRAER EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO. ENTONCES EL MODELO INVERTIDO, SE PUEDE SOLDAR UN HILO METÁLICO AL LADO DISTAL DE - LA BANDA O DOBLARLO EN EL ASPECTO DISTAL DEL ALVÉOLO DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO.

SE EXTRAE EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO CON EL MANTENEDOR DE ESPACIO PREPARADO PARA CEMENTARSE EN EL PRIMER MOLAR PRIMARIO, SE - LIMPIA CON UNA ESPONJA EL ALVÉOLO PARA OBTENER VISIBILIDAD Y SE AJUSTA EL HILO PARA QUE TOQUE LA SUPERFICIE MESIAL DEL PRIMER - MOLAR PERMANENTE.

SI SE EXAMINA AL PACIENTE CUANDO EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO ESTÁ

YA AUSENTE, PUEDE ESTIMARSE EXAMINANDO LA RADIOGRAFÍA, LA LONGITUD Y GRADO DE DOBLADO ADECUADO DEL HILO METÁLICO. SE COLOCA LA BANDA EN LA BOCA Y SE COMPRUEBA RADIOGRÁFICAMENTE LA POSICIÓN DEL HILO EN EL TEJIDO PERFORADO.

2) PÉRDIDA TEMPRANA DE CANINOS PRIMARIOS PARA DEJAR LOS INCISIVOS LATERAL Y CENTRAL ROTAR Y MOVERSE HACIA ADELANTE.

AQUÍ SE PUEDE CONSTRUIR UN MANTENEDOR FIJO, BANDEADO, NO FUNCIONAL Y PASIVO. EL ESPACIO SE MANTENDRÁ ABIERTO POR EL USO DE BANDAS DE MOLARES EN LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS, JUNTO CON UN ARCO LINGUAL SOLDADO ADAPTADO A LA UNIÓN DEL CÍNGULO Y LA ENCÍA DE LOS INCISIVOS. EL USO DE TUBOS LINGUALES VERTICALES Y POSTES SOLDADOS AL ARCO LINGUAL LO CONVERTIRÁN EN UN MANTENEDOR SEMIFIJO. GENERALMENTE, ESTO NO ES NECESARIO SI LA ÚNICA META AMBICIONADA ES EL MANTENIMIENTO DE ESPACIO.

LA PRESIÓN LINGUAL, JUNTO CON EL DESARROLLO NATURAL PERMITIRÁN GENERALMENTE QUE LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES SE ENDERECEN POR SÍ MISMOS ANTES DE LA ERUPCIÓN DE CANINOS PERMANENTES Y PREMOLARES.

3) PÉRDIDA TEMPRANA DE LOS INCISIVOS CENTRALES MAXILARES PRIMARIOS :

ESTE MANTENEDOR NO DEBERÁ SER DE TIPO RÍGIDO YA QUE ESTO EXITARÁ CUALQUIER TIPO DE EXPANSIÓN FISIOLÓGICA DEL ARCO EN ESTA REGIÓN. EN ESTE CASO SE RECOMIENDA EL MANTENEDOR DE CLAVO Y TUBO SOLDADO, SE PERMITE AL CLAVO DESLIZARSE PARCIALMENTE FUERA DEL TUBO, COMO REACCIÓN AL CRECIMIENTO LATERAL DEL ARCO.

LA ERUPCIÓN RETRAZADA DE UN INCISIVO CENTRAL PUEDE REQUERIR EL USO DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO. PUEDE USARSE EN ESTE CASO UN TUBO Y CLAVO Y PUEDE PROCESARSE UNA PIEZA DE ACRÍLICO EN EL TUBO PARA LOGRAR UN EFECTO ESTÉTICO. PERO SERÍA RECOMENDABLE DEJARLO SIN LA PIEZA ACRÍLICA PARA ASÍ PERMITIR UNA ACELERACIÓN

EN LA ERUPCIÓN.

4).- SE TOMARÁ COMO EJEMPLO EN DONDE NO HAY LUGAR SUFICIENTE PARA UN SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR, PERO EXISTE ESPACIO ENTRE EL PRIMER PREMOLAR EN INCLINACIÓN DISTAL Y EL CANINO, Y EL PRIMER MOLAR ESTÁ INCLINÁNDOSE MESIALMENTE.

SE CONSTRUYE UNA BANDA EN EL PRIMER MOLAR PERMANENTE, LO CUAL SE CONSTRUIRÁ CON UN PUNTEADOR, SE USARÁ TAMBIÉN EL PUNTEADOR PARA FIJAR TUBOS BUCALES Y LINGUALES A LA BANDA LAS CUALES BIEN CON ORILLAS PARA PUNTEAR EN CASO DE NO POSEER UN PUNTEADOR SE PODRÁN SOLDAR.

LOS TUBOS DEBERÁN SER PARALELOS ENTRE SÍ EN TODOS LOS PLANOS Y SUS LUCES DEBERÁN DIRIGIRSE A LA UNIÓN DE LA CORONA Y LA ENCÍA EN EL PRIMER PREMOLAR.

SE TOMA UNA IMPRESIÓN DE LA BANDA Y TUBOS CON LA BANDA ASENTADA EN LA PIEZA Y DESPUÉS SE RETIRA LA BANDA. SE OBTURAN LOS ORIFICIOS DE LOS TUBOS CON CERA, PARA EVITAR QUE EL YESO PENETRE EN ELLOS. SE ASIENTAN LAS BANDAS EN LA IMPRESIÓN Y SE VIERTE UN MODELO EN PIEDRA. SE DOBLA UN ALAMBRE METÁLICO EN FORMA DE U Y SE AJUSTA PASIVAMENTE EN LOS TUBOS BUCAL Y LINGUAL. LA PARTE CURVA ANTERIOR DE LA U DEBERÁ MOSTRAR UN DOBLES RETRÓGRADO, DONDE HAGA CONTACTO CON EL CONTORNO DISTAL DE PRIMER PREMOLAR. EL TAMAÑO DEL HILO DEBERÁ SER LIGERAMENTE MENOR QUE EL TAMAÑO DEL TUBO; POR EJEMPLO, PUEDE USARSE UN TUBO DE 0.034 PULGADA.

EN LA UNIÓN DE LA PARTE RECTA Y PARTE CURVA DEL ALAMBRE, EN BUCAL Y EN LINGUAL HABRÁ QUE HACER FLUIR SUFICIENTE FUNDICIÓN PARA FORMAR UN PUNTO DE DETENCIÓN. SE CORTA ENTONCES LA SUFICIENTE CANTIDAD DE RESORTE DE RIZO PARA EXTENDER DESDE EL PUNTO DE RETENCIÓN.

HASTA UN PUNTO SITUADO A $\frac{3}{32}$ DE PULGADA DISTAL AL LÍMITE ANTERIOR DEL TUBO SOBRE MOLAR. SE RETIRAN LAS BANDAS DEL MODELO CA-

LENTANDO EL DIENTE DE MATERIAL DENTRO DE LA BANDA, SUMERGIENDO EL MODELO EN AGUA Y RECORTANDO CUIDADOSAMENTE EL RESIDUO REBLANDECIDO RESULTANTE. SE DESLIZA SOBRE EL ALAMBRE EL RESORTE RIZO, SE EMPLAZA EL ALAMBRE EN LOS TUBOS Y LA BANDA CON EL HILO Y LOS RESORTES COMPRIMIDOS SE CEMENTAN EN EL MOLAR. LOS RESORTES COMPRIMIDOS TIENDEN A VOLVERSE PASIVOS Y A EJERCER PRESIÓN RECÍPROCA EN MESIAL SOBRE EL PREMOLAR Y EN DISTAL SOBRE EL MOLAR.

EL PROCEDIMIENTO PARA LA CEMENTACIÓN ES LA SIGUIENTE: LA PIEZA DEBERÁ ESTAR LIMPIA Y SECA. LA PIEZA SE PROTEJERÁ CONTRA DESCALCIFICACIONES DEL ÁCIDO FOSFÓRICO LIBRE EN EL CEMENTO ANTES DE QUE ESTE ENDUREZCA CON BARNÍZ DE COPALITE SE MEZCLA EL CEMENTO HASTA OBTENER UNA CONSISTENCIA SUAVE EN LA QUE SE FORME UN HILO DE CEMENTO AL LEVANTAR LA ESPÁTULA. SE RECUBRE UNIFORMEMENTE LA PARTE INTERIOR DE LA BANDA CON EL CEMENTO Y SE APLICA AL PULGAR SOBRE LA SECCIÓN OCLUSAL DE LA BANDA AL EMPUJAR ESTA EN SU LUGAR. ÉSTO FUERZA AL CEMENTO HACIA ABAJO, ALREDEDOR DE LA PIEZA Y LA EXPRIME GINGIVALMENTE.

LAS BANDAS SE ASENTARÁN CON UN ADAPTADOR MERSHON U OTRO INSTRUMENTO ESPECIAL PARA ESTO, LA EXTREMIDAD ASERRADA DEL ADAPTADOR SE APLICA AL BORDE OCLUSAL BUCAL DE LA BANDA,

SE COLOCA UNA ESPÁTULA LINGUAL SOBRE EL ADAPTADOR DE LA BANDA, Y SE PIDE AL PACIENTE QUE CIERRE. LAS PIEZAS SUPERIORES CIERRAN SOBRE LA ESPÁTULA LINGUAL, LO QUE TRASMITE LA PRESIÓN AL ADAPTADOR DE LA BANDA Y DE AHÍ A LA BANDA Y ESTA SE MUEVE HACIA ABAJO, A SU POSICIÓN PREDETERMINADA.

UNA BANDA SUPERIOR, LA PRESIÓN DE ASENTADO SE APLICA BUCAL Y LINGUALMENTE, PERO EN BANDAS INFERIORES SE APLICA SOLO DESDE EL ASPECTO BUCAL.

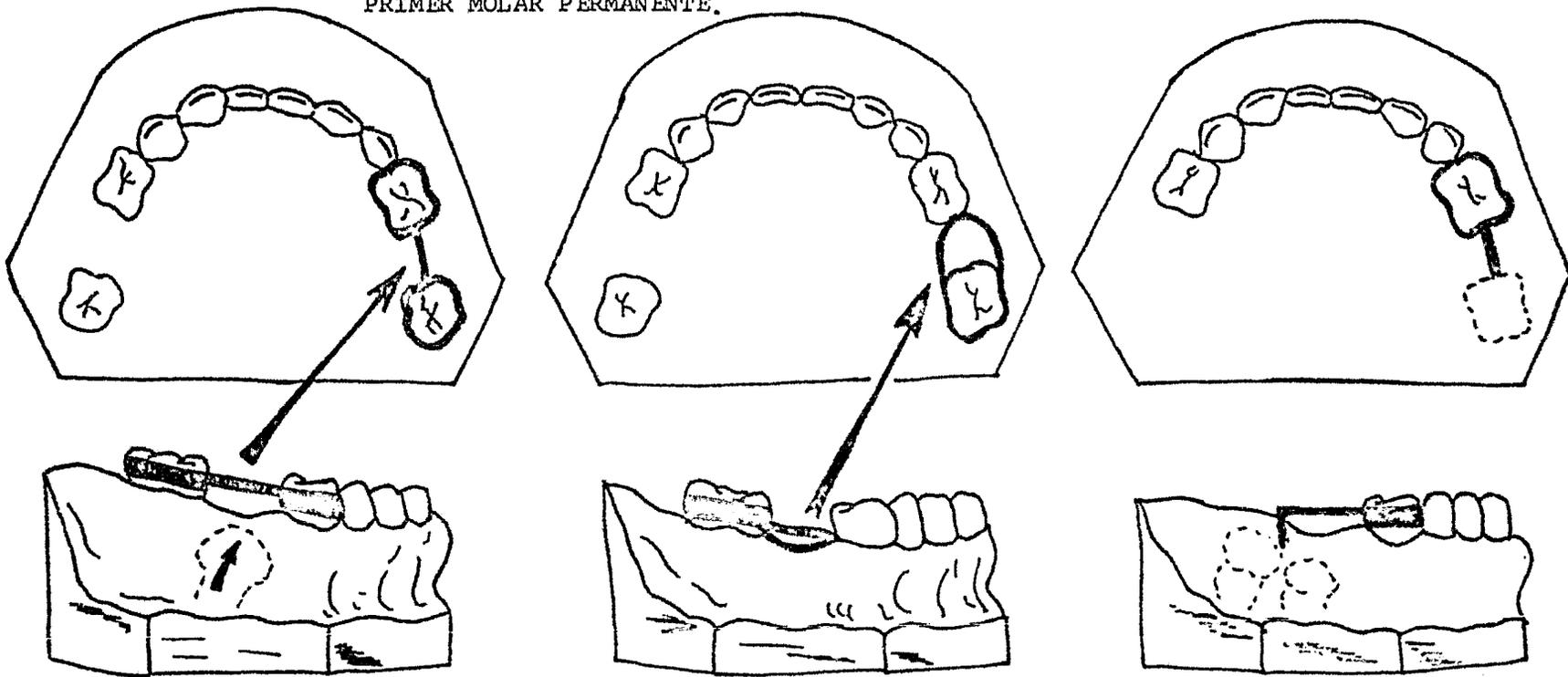
5).- PARA MOVIMIENTOS ACTIVOS DE REPOSICIÓN DE LOS MOLARES PARA PERMITIR LA ERUPCIÓN DE LOS SEGUNDOS PREMOLARES.

SE CONSTRUYE UN ARCO LINGUAL EN EL MODELO, PARA LAS PIEZAS ANTERIORES. EN EL LADO AFECTADO, SE DOBLA UN ALAMBRE EN FORMA DE U PARA CONFORMARSE AL BORDE ALVEOLAR ENTRE EL PRIMER PREMOLAR Y EL MOLAR. LA EXTREMIDAD MESIAL DEL ALAMBRE EN FORMA DE U DEBERÁ TENER UN PEQUEÑO RIZO QUE ENTRE EN EL ACRÍLICO LINGUAL. LA EXTREMIDAD DISTAL ESTÁ LIBRE Y DESCANSA EN LA SUPERFICIE MESIAL DEL MOLAR. LA PARTE CURVA DEL ALAMBRE SE ADAPTA APROXIMADAMENTE A LA SECCIÓN BUCAL DEL BORDE ALVEOLAR. AL APLANAR EL ALAMBRE SE LOGRA PRESIÓN DISTAL ACTIVA EN EL PRODUCTO FINAL.

EN EL MOLAR OPUESTO, SE CONSTRUYE UNA GRAPA MODIFICADA DE TIPO CROZAT, SE MODIFICA HASTA EL GRADO DE QUE LA GRAPA DE ALAMBRE DE NÍQUEL Y CROMO, NO ESTÉ CONTINUAMENTE ADAPTADA A LA PIEZA EN LINGUAL, SINO QUE PRESENTE DOS EXTREMIDADES LIBRES, RIZADAS Y ENGASTADAS EN EL ACRÍLICO, BUCALMENTE, LA SECCIÓN GINGIVAL DEL MODELO SE RECORTA HACIA ABAJO INTERPROXIMALMENTE, EN MESIAL Y DISTAL AL MOLAR, PARA QUE UN BORDE PLANO Y HORIZONTAL SE EXTIENDA ALREDEDOR DEL MOLAR DESDE MESIAL HASTA EL DISTAL. SE ADAPTA UNA PIEZA DE ALAMBRE DE NÍQUEL Y CROMO DE 0.028 PULGADA PARA AJUSTARSE CONTRA LA SUPERFICIE BUCAL DE LA PIEZA, YACE UNIFORMEMENTE SOBRE EL BORDE Y SE EXTIENDA EN PARTE INTERPROXIMALMENTE. ÉSTA RED EN FORMA DE MEDIA LUNA SE SELLA MESIAL Y DISTALMENTE CON UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE YESO DE IMPRESIÓN, APLICADO CON UN PINCEL MOJADO. LA PARTE PRINCIPAL DE ALAMBRE DE GANCHO SE ADAPTA PARA PASAR DE LINGUAL A BUCAL EN LOS INTERSTICIOS MESIAL Y DISTAL OCLUSAL. SE ADAPTA ENTONCES A LA SUPERFICIE BUCAL DE LA PIEZA, DE MANERA QUE LA SECCIÓN HORIZONTAL ROCE LA MEDIA LUNA.

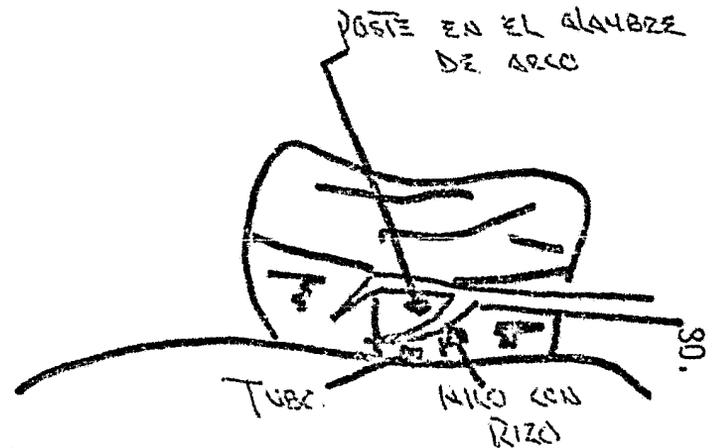
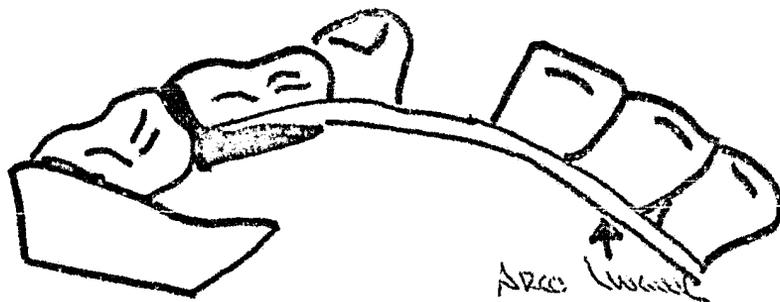
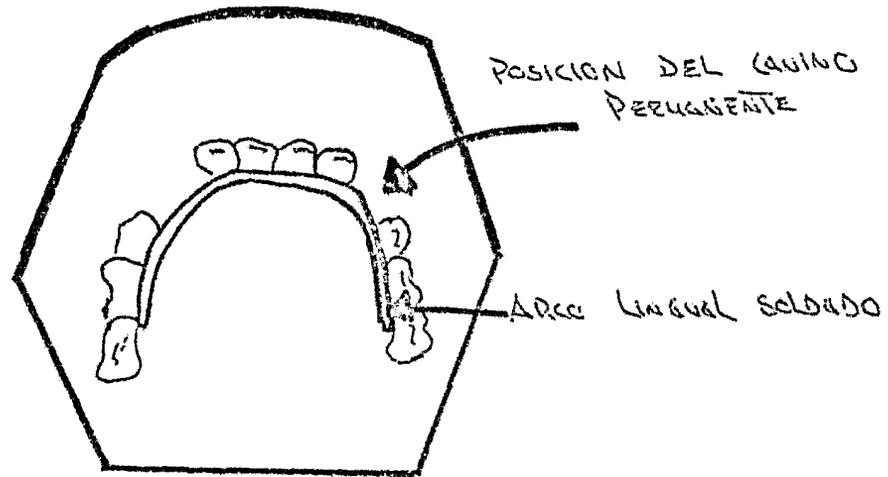
AL MODELO AGREGAREMOS ANTES UN SEPARADOR EN LAS SUPERFICIES LINGUAL, PALATINO Y LAS SUPERFICIES LABIALES DE LAS PIEZAS ANTERIORES. SE APLICA UNA CAPA DELGADA DE ACRÍLICO DE CURACIÓN, ROCIANDO LIGERAMENTE EL POLVO E IMPREGNÁNDOLO DE MONÓMERO. LA EVAPORACIÓN PREMATURA DEL MONÓMERO DEJA UN ACABADO POROSO Y GRANULAR. CUANDO SE ASIENTA LA PRIMERA CAPA DE ACRÍLICO, SE APLICAN LAS SECCIONES DE ALAMBRE DEL INSTRUMENTO SOBRE EL MO-

1) PERDIDAS TEMPRANAS DE SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS, ANTES DE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

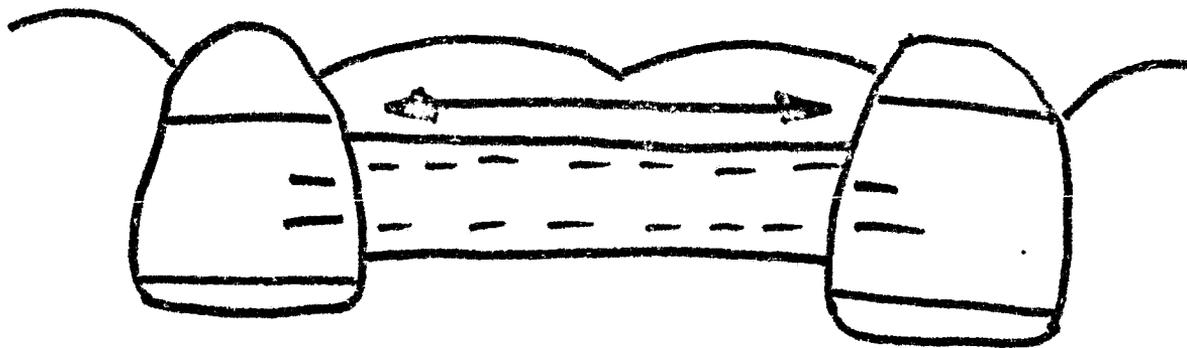
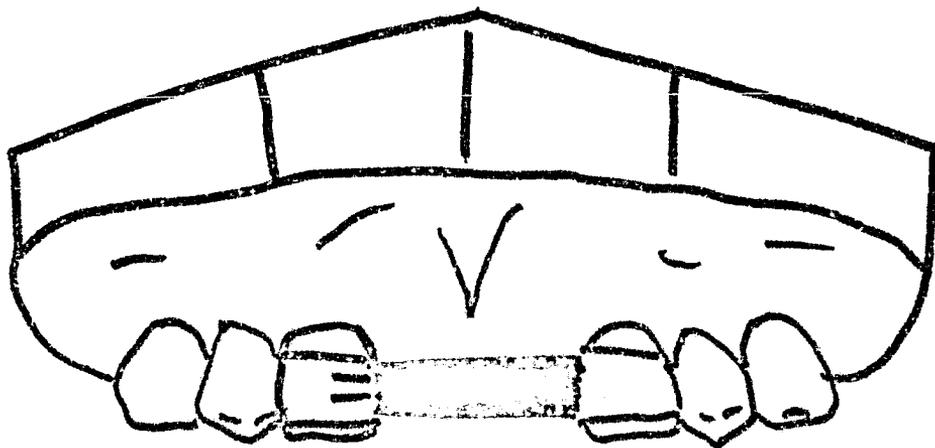


MANTENEDORES DE ESPACIOS QUE
QUE EMPLEAN BANDAS

MANTENEDOR DE ESPACIO PARA
GUAR LA ERUPCION DE
UN PRIMER MOLAR
PERMANENTE.

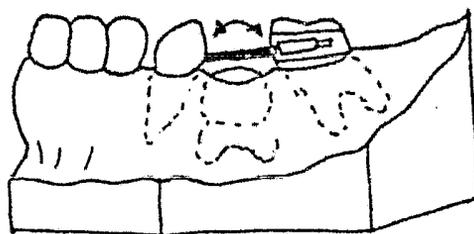
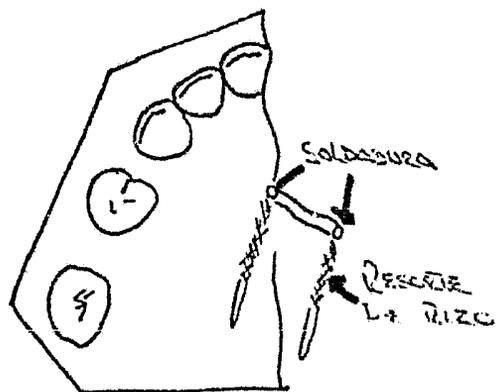
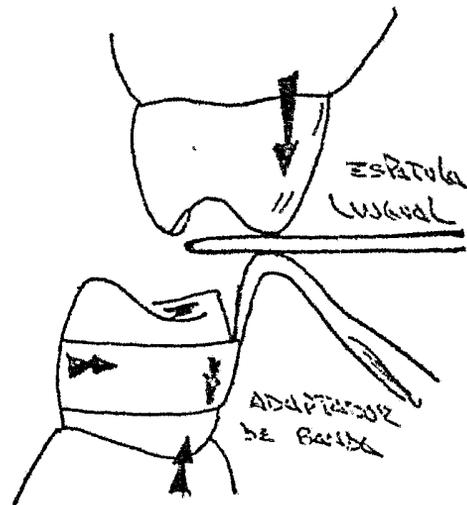
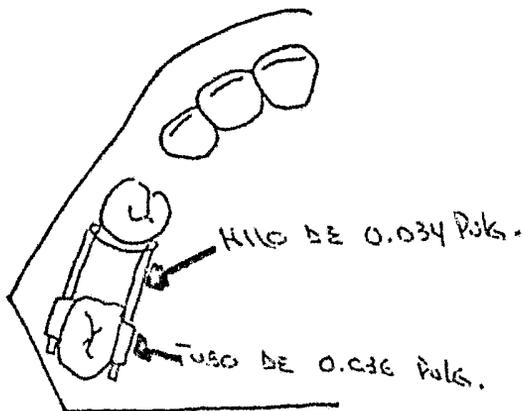
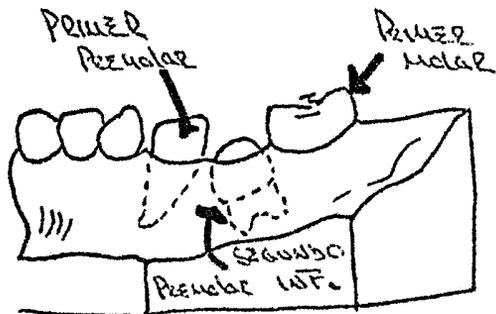


2) PERDIDA TEMPRANA DE CANINOS PRIMARIOS PARA DEJAR LOS INCISIVOS LATERAL Y CENTRAL ROTAR Y MOVERSE HACIA ADELANTE.



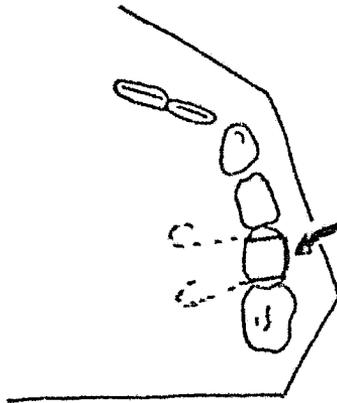
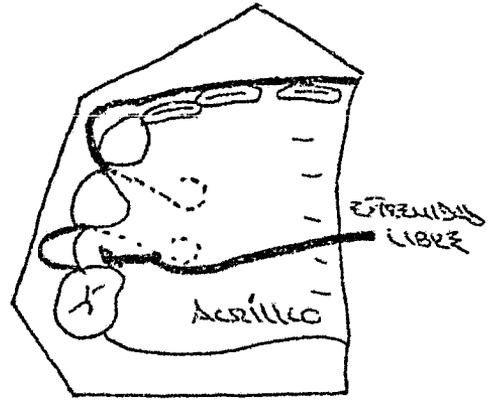
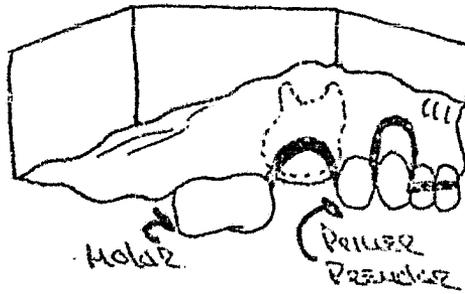
MANTENEDOR DE ESPACIO ANTERIOR
 PARA PREVENIR EL CRECIMIENTO
 LATERAL

3) PERDIDA TEMPRANA DE LOS INCISIVOS CENTRALES MAXILARES PRIMARIOS.

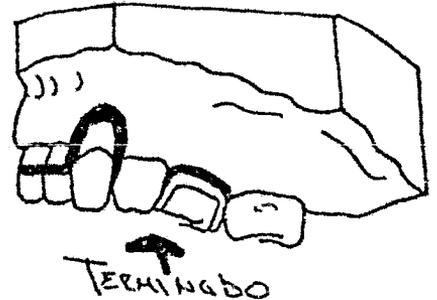
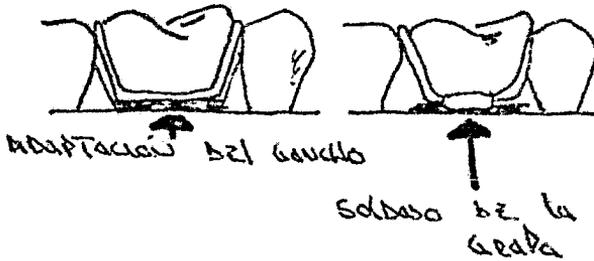
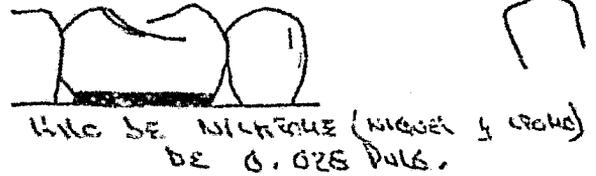
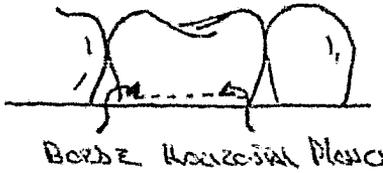
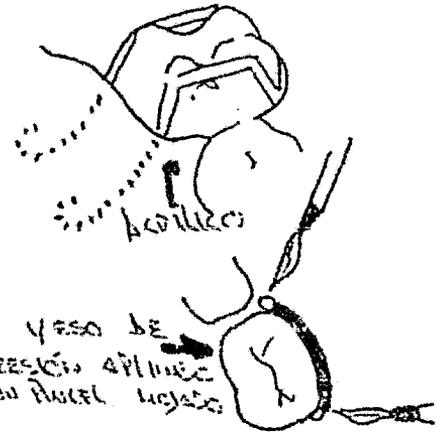


Barras, Higos y Canchales
en su lugar

- 4) SE TOMARA COMO EJEMPLO EN DONDE NO HAY LUGAR SUFICIENTE PARA UN SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR, PERO EXISTE ESPACIO ENTRE EL PRIMER PREMOLAR EN INCLINACION DISTAL Y EL CANINO Y EL PRIMER MOLAR ESTA INCLINANDOSE MESIALMENTE.



Graba Cruzat
habitual



5) PARA MOVIMIENTOS ACTIVOS DE REPOSICION DE LOS MOLARES,
 PARA PERMITIR LA ERUPCION DE LOS SEGUNDOS PREMOLARES.

DELO. SE SELLAN BUCAL Y OCLUSALMENTE CON YESO DE IMPRESIÓN DE -
 ASENTADO RÁPIDO, APLICADO CON UN PINCEL MOJADO. LA SECCIÓN PRIN-
 CIPAL DE LA GRAPA MODIFICADA CROZAT DEBERÁ SELLARSE OCLUSALMEN-
 TE Y EN PARTE BUCALMENTE, INCLUSO MÁS ALLÁ DE DONDE SE UNE A -
 LA MEDIA LUNA O RED. DEBE DE EXISTIR UN ESPACIO DE 4.68 MM, DE
 ESPESOR EN EL LUGAR EN DONDE LOS DOS ALAMBRES SON PARALELOS Y
 ESTAN EN CONTACTO.

SE SUELDAN ENTONCES LA SECCIÓN PRINCIPAL DE LA GRAPA Y LA RED -
 EN ESTE ESPACIO DE 3/16 PULGADAS. SE USA UN SOLDADOR DE FUSIÓN
 BAJA CON FLUJO DE FLUORURO Y BÓRAX.

SE PULVERIZA EL RESTO DEL INSTRUMENTO CON POLVO DE ACRÍLICO DE
 CURACIÓN PROPIA Y SE IMPREGNA DE MONÓMERO, SE AÑADEN CAPAS ADI-
 CIONALES HASTA QUE EL COLOR GRISÁCEO DEL ALAMBRE NO SE PERCIBA
 A TRAVÉS DEL ACRÍLICO DEL COLOR DE LA PIEZA.

CUANDO SE HA CONSTRUÍDO EL ESPESOR DESEADO DEL INSTRUMENTO ES -
 CONVENIENTE SUMERGIRLO EN AGUA CALIENTE Y ELEVAR LA TEMPERATU--
 RA. DESPUÉS DE COMPLETAR EL PROCESO, SE IGUALA EL INSTRUMENTO -
 CON UNA PIEDRA ACRÍLICA O FRESA Y SE PULE CON PIEDRA PÓMEZ.

T E M A VIII

HABITOS BUCALES.

SE CONSIDERAN POSIBLES CAUSAS DE PRESIONES Desequilibradas y -
 DAÑINAS QUE PUEDEN SER EJERCIDAS SOBRE LOS BORDES INMADUROS Y
 SUMAMENTE MALEABLES Y TAMBIÉN DE CAMBIOS POTENCIALES EN EL EM-
 PLAZAMIENTO DE LAS PIEZAS Y EN OCLUSIONES.

A) REFLEJO DE SUCCION.

ESTE ES EL PATRÓN REFLEJO DE FUNCIONES NEUROMUSCULARES QUE - -

PRESENTA EL NIÑO AL NACER, ESTA ORGANIZACIÓN NERVIOSA LE PERMITE AL NIÑO ALIMENTARSE DE SU MADRE Y AGARRARSE A ELLA, EL PATRÓN DE SUCCIÓN DEL NIÑO RESPONDE A UNA NECESIDAD.

EL CALOR DE LA LECHE QUE LLEGA A SU CUERPO Y LA SENSACIÓN DE ALIVIO DEL HAMBRE QUE SIGUE A LA SUCCIÓN, HACEN QUE ESTE REFLEJO SEA MARCADAMENTE PREDOMINANTE.

EL NIÑO A MEDIDA QUE SE DESARROLLA SU VISTA Y OÍDO, TRATA DE ALCANZAR Y LLEVAR A LA BOCA TODOS LOS OBJETOS POSIBLES PARA SER GUSTADOS Y EXAMINADOS Y ASÍ SABER QUE ES BUENO O MALO.

EL NIÑO TIENDE A INTRODUCIR SU DEDO PULGAR EN LA BOCA QUE VA A TRAER COMO CONSECUENCIA SEGÚN ESTUDIOS HECHOS DE MALOCLUSIÓN, ESTA SUCCIÓN DE DEDO POR PARTE DEL NIÑO PODRÍA SER DEBIDO A LA NECESIDAD DE TENER ALGO EN LA BOCA O DE AGARRARSE A ALGO.

B) HABITO BUCAL COMPULSIVO.

SE DICE QUE UN HÁBITO BUCAL COMPULSIVO ES CUANDO SE HA ADQUIRIDO UNA FIJACIÓN EN EL NIÑO, AL GRADO DE QUE ESTE ACUDE A LA PRÁCTICA DE ESE HÁBITO CUANDO SIENTE, QUE SU SEGURIDAD SE VE AMENAZADA POR LOS EVENTOS OCURRIDOS EN SU MUNDO, EL NIÑO TIENDE A SUFRIR MAYOR ANSIEDAD CUANDO SE TRATA DE CORREGIR ESTE HÁBITO.

REALIZAR EL HÁBITO LE SIRVE DE ESCUDO CONTRA LA ANSIEDAD QUE LE RODEA, SE RETRAE HACIA SÍ MISMA, Y POR MEDIO DE LA EXTREMIDAD CORPORAL APLICADA A SU BOCA, PUEDE LOGRAR LA SATISFACCIÓN QUE ANSÍA.

ALGUNOS DE LAS ETIOLOGÍAS DE LOS HÁBITOS BUCALES COMPULSIVOS PODRÍAN SER QUE LOS PATRONES INICIALES DE ALIMENTACIÓN PUEDEN HABER SIDO DEMASIADO RÁPIDOS, O QUE EL NIÑO RECIBÍA POCO ALIMENTO, TAMBIÉN PUEDE HABERSE PRODUCIDO DEMASIADA TENSIÓN EN LA ALIMENTACIÓN O EL SISTEMA DE ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN Y LA INSEGURIDAD DEL NIÑO, PRODUCIDA POR FALTA DE AMOR MATERNAL.

C) SUCCION LABIAL.

ESTA SUCCION LABIAL PUEDE TRAER COMO CONSECUENCIA, DESPLAZAMIENTOS ANTERIORES, ESTE PUEDE PRESENTARSE EN LA EDAD ESCOLAR CUANDO APELAN EL BUEN JUICIO Y LA COOPERACION DEL NIÑO PUEDE LOGRAR EL ABANDONO DE ÉSTE, ÉSTE SE PUEDE ELIMINAR HACIENDO EJERCICIOS LABIALES, COMO LA EXTENSION DEL LABIO SUPERIOR SOBRE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y APLICAR CON FUERZA EL LABIO INTERIOR SOBRE EL SUPERIOR, TOCAR INSTRUMENTOS MUSICALES, EL CUAL VA AYUDAR A ENDEREZAR LOS MÚSCULOS LABIALES Y A EJERCER PRESIÓN SOBRE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES.

D) EMPUJE LINGUAL.

EL EMPUJE LINGUAL PRODUCE PROTRUSIÓN E INCLINACIÓN LABIAL DE LOS INCISIVOS MAXILARES SUPERIORES O DEPRESIÓN DE LOS INCISIVOS INTERIORES CON MORDIDA ABIERTA PRONUNCIADA Y CECEO.

EL EMPUJE LINGUAL O LENGUA AGRANDADA, PUEDE TENER IMPORTANCIA -- EN LA FORMACIÓN DE LA MORDIDA ABIERTA; SU TRATAMIENTO PUEDE CONSISTIR EN INDICARLE AL NIÑO QUE MANTENGA LA LENGUA EN POSICIÓN ADECUADA A COLOCAR LA PUNTA DE LA LENGUA EN LA PAPILA INCISIVA DEL TECHO DE LA BOCA Y TRAGAR CON LA LENGUA EN ESTA POSICIÓN, -- TAMBIÉN SE PUEDE AYUDAR AL NIÑO COLOCÁNDOLE UNA TRAMPA DE PÚAS VERTICALES.

E) MORDEDURA DE UÑAS.

ESTE HÁBITO NO AYUDA A PRODUCIR MALOCLUSIONES, PUESTO QUE LAS -- FUERZAS O TENSIONES APLICADAS AL MORDER LAS UÑAS SON SIMILARES, A LAS DEL PROCESO DE MASTICACIÓN, PERO SIN EMBARGO, SE OBSERVA UNA ATRICCIÓN DE LAS PIEZAS ANTERIORES INTERIORES. CUANDO EL NIÑO CRECE Y SE CONVIERTE EN ADOLECENTE OTROS OBJETOS SUSTITUYEN -- A LOS DEDOS COMO PUEDE SER LA GOMA DE MASCAR, CIGARRO, LÁPICES, ETC., INCLUSO LAS MEJILLAS O LA LENGUA PARA PODER CALMAR SU TENSION Y TRANQUILIZARSE.

F) BRUXISMO.

ESTE ES UN HÁBITO NOCTURNO PRODUCIDO DURANTE EL SUEÑO, O CUANDO ESTÁ DESPIERTO, GENERALMENTE ES DURANTE EL SUEÑO, EL NIÑO PUEDE PRODUCIR ATRICCIÓN CONSIDERABLE DE LAS PIEZAS, PUDIENDOSE PRESENTAR MOLESTIAS MATUTINAS EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANIBULAR.

LAS CAUSAS PUEDEN SER NERVIOSAS E IRRITABLES Y QUE PUEDEN PRESENTAR OTROS HÁBITOS COMO SUCCIÓN PULGAR O MORDERSE LAS UÑAS - ESTOS NIÑOS GENERALMENTE DUERMEN INTRANQUILOS Y SUFREN ANSIEDADES.

SU TRATAMIENTO PUEDE SER POR MEDIO DE UNA FÉRULA DE CAUCHO - - BLANDO, PARA SER LLEVADO SOBRE LOS DIENTES DURANTE LA NOCHE.

UN HÁBITO NO DEBERÁ SER CONSIDERADO MALO O MENOS QUE PERJUDIQUE REALMENTE, YA SEA DE FORMA FÍSICA O MORAL, AL NIÑO MISMO - O A QUIENES LO RODEAN.

T E M A IXTECNICAS PROFILACTICAS PARA LA PREVENCION DE CARIES.A) TECNICA DE CEPILLADO:

1) TÉCNICA CIRCULAR.- EL CEPILLO SE COLOCA SOBRE EL PRIMERO DE LOS DOCE SECTORES EN QUE ESTÁ DIVIDIDO EL MAXILAR, CON LAS CERDAS SOBRE LA MUCOSA ALVEOLAR, SEÑALANDO FUERA DE LA SUPERFICIE OCLUSAL. EL LADO DE LAS CERDAS APRETADAS CONTRA LA ENCÍA CONTIGUA Y ZONA DE SURCO.

LAS CERDAS SON ENTONCES ROTADAS A TRAVÉS DE LA ENCÍA HACIA LA SUPERFICIE OCLUSAL, MANTENIENDO LOS LADOS DEL CEPILLO FORMEMENTE PRESIONADOS CONTRA LOS TEJIDOS Y CON MUCHAS DE LAS CERDAS BARRIENDO A TRAVÉS DE ESPACIOS INTERPROXIMALES. ESTE CEPILLADO SE REPITE OCHO VECES, EN CADA REGIÓN CON UN MOVIMIENTO DE VAIVÉN.

2) TÉCNICA DE BASS.- ESTA DEPENDE DEL USO DE CEPILLOS DE PENACHOS MÚLTIPLES DE PLÁSTICO FINO.

EL CEPILLO SE COLOCA EN EL PRIMERO DE LOS 12 SECTORES, PERO CON LAS CERDAS EN ÁNGULO DE 45 GRADOS CON RESPECTO AL EJE LONGITUDINAL DE LOS DIENTES Y SEÑALANDO HACIA EL SURCO GINGIVAL. LAS CERDAS ESTÁN HECHAS EN REALIDAD PARA ENTRAR EN EL SURCO Y EL CEPILLO GIRA FIRMEMENTE EN UN CÍRCULO PEQUEÑO, SIN MOVER LAS PUNTAS DE LAS CERDAS DEL SURCO. LA ACCIÓN ES REPETIDA EN LOS SECTORES SIGUIENTES.

3) TÉCNICA DE CHARTERS.- ESTA TÉCNICA ES PARECIDA A LA DE BASS, PERO CON LA EXCEPCIÓN DE QUE EL CEPILLO ES USADO CON LAS CERDAS APUNTANDO OCLUSALMENTE EN UN ÁNGULO DE 45 GRADOS. NO HAY ACCIÓN DE LAS CERDAS EN EL SURCO GINGIVAL. PERO EL MOVIMIENTO VIBRATORIO SE

CONCENTRA EN LIMPIAR LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES.

4) PROCEDIMIENTO EN LA PRACTICA.

CARAS OCLUSALES: SE EMPIEZA SIEMPRE EN EL DIENTE MÁS DISTAL QUE DEBE SER CEPILLADO DETENIDAMENTE, Y SE DESPLAZA HACIA ADELANTE CON PEQUEÑOS MOVIMIENTOS.

ARRIBA A LA DERECHA
ARRIBA A LA IZQUIERDA
ABAJO A LA DERECHA
ABAJO A LA IZQUIERDA

10-15 SEGUNDOS POR CADA ZONA

CARAS EXTERNAS: SE EMPIEZA EN EL DIENTE MÁS POSTERIOR, YENDO HACIA ADELANTE, CON PEQUEÑOS MOVIMIENTOS HASTA EL CANINO, NO HACER MOVIMIENTOS HORIZONTALES.

DIENTES POSTERIORES SUPERIORES E INFERIORES: CON LOS ARCOS DENTARIOS CERRADOS.

CANINOS E INCISIVOS SUPERIORES: INCISIVOS BORDE SOBRE BORDE.

CANINOS E INCISIVOS INFERIORES: INCISIVOS BORDE SOBRE BORDE.

10 SEGUNDOS CADA ZONA

CARAS INTERNAS: PUNTAS DE LAS CERDAS HACIA AFUERA; SE EMPIEZA EN EL DIENTE MÁS POSTERIOR CON PEQUEÑOS MOVIMIENTOS; EMPEZAR ARRIBA A LA DERECHA, LA MANO POR DELANTE Y DEBAJO DEL MENTÓN, PROGRESAR DE MODO PAULATINO HACIA ADELANTE Y DOBLAR DESPUÉS HACIA LA IZQUIERDA; EMPEZAR ABAJO A LA DERECHA, LA MANO ARRIBA Y DELANTE DE LA NARÍZ Y PROCEDER COMO EN EL CASO ANTERIOR.

15 A 20 SEGUNDOS CADA ZONA.

B) TECNICAS EN EL USO DE LA SEDA DENTAL

1) SE HA CONFIRMADO QUE LA MEJOR SEDA DENTAL ES LA QUE CONSTA - DE GRAN NÚMERO DE FIBRAS, DE NILÓN MICROSCÓPICAS Y NO ENCERADAS CON UN MÍNIMO DE ROTACIÓN,

PARA QUE TENGA VALOR ESTE MATERIAL, DEBERÁ EMPLEARSE SISTEMÁTI-- CAMENTE PASANDO LA SEDA A TRAVÉS DEL PUNTO DE CONTACTO Y ESTI-- RÁNDOLA HACIA A LA SUPERFICIE MESIAL Y DISTAL DEL ÁREA INTERPRO-- XIMAL. INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEBERÁN ELIMINARSE LOS DESECHOS - CON VIGOROSO ENJUAGUES BUCALES, LA CANTIDAD DE SEDA DENTAL A -- OCUPAR SERÁ APROX. 45 MM SOSTENIÉNDOLA CON LOS ÍNDICES Y PULGA RES SECCIONES DE UNA 2.5 CM Y 37 MM EL EXCESO SE ENROLLA ALRE-- DEDOR DEL DEDO ÍNDICE DE UNA MANO, DESPUÉS DE LIMPIAR CADA SU-- PERFICIE INTERPROXIMAL DE MOLAR, LA SEDA YA USADA PUEDE ENRO-- LLARSE ALREDEDOR DEL DEDO ÍNDICE OPUESTO Y SE DESENROLLA SEDA LIMPIA PARA EMPLEAR EN EL NUEVO SITIO QUE SE VA A LIMPIAR.

2) SE CORTAN 15 CM Y SE AMARRAN LOS EXTREMOS PARA FORMAR UN - - ASA, ENTRE EL PULGAR IZQUIERDO Y EL DEDO ÍNDICE DERECHO PARA -- LIMPIAR EL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO. PARA EL CUADRANTE DE-- RECHO SE INVIERTEN LOS DEDOS. EL ASA ES TOMADA Y SE SOSTIENE -- TENSAMENTE ENTRE LOS DEDOS Y SE MANIPULA SUAVEMENTE DESDE LA SUPER-- FICIE OCLUSAL A TRAVÉS DEL PUNTO DE CONTACTO HACIA ABAJO, AL -- SURCO GINGIVAL, DONDE SI ES POSIBLE SE DESLIZA A LO LARGO DE LA SUPERFICIE DENTAL, JUSTAMENTE BAJO EL SURCO Y LAS DOS MANOS -- SE LLEVAN A LO MÁS CERCA POSIBLE ENROLLANDO ASÍ LA SEDA ALREDE-- DOR DE LA MITAD DE LA CIRCUNFERENCIA DEL DIENTE. EN ESTA POSI-- CIÓN SE MUEVE SUAVEMENTE LA SEDA OCLUSANTE, MIENTRAS SE SOSTIE-- NE CON FIRMEZA CONTRA LA SUPERFICIE DEL DIENTE. LA ACCIÓN SE - REPITE Y LA SUPERFICIE DEL DIENTE VECINO A TRAVÉS DEL NICHOS SE TRATA EN FORMA SEMEJANTE, SE INSTRUYE AL PACIENTE PARA QUE LIM-- PIE TODAS LAS SUPERFICIES PROXIMALES. EN DONDE NO SEA POSIBLE - INTRODUCIR EL HILO A TRAVÉS DE UN PUNTO DE CONTACTO SE PASARÁ POR ABAJO DEL PUNTO DE CONTACTO, USANDO UN HILADOR DE SEDA.

C) TECNICA DE APLICACION DE FLUORURO

- 1) AISLAMIENTO ABSOLUTO DEL CUADRANTE A TRATAR.
- 1) SE INICIA CON UNA PROFILAXIS A CONCIENCIA CON INSTRUMENTOS Y FRESAS.
- 3) DEBEMOS LIMPIAR Y PULIR CON POLVO DE PIEDRA PÓMEZ LAS SUPERFICIES EXPUESTAS DE LOS DIENTES, AYUDANDO CON CEPILLOS GIRA TORIOS Y LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES CON TIRAS DE LINO Y LIJAS FINAS.
- 4) APLICACIÓN DEL FLUORURO POR CUADRANTE CON EXCLUSIÓN DE LA SALIVA Y CARIES.
- 5) LAS PIEZAS A TRATAR DESPUÉS DE AISLADAS Y SECAS, SE IMPREGNAN CON UN ALGODÓN EMPAPADO EN FLUORURO, POR UN LAPSO DE 4 MINUTOS, LO CUAL IMPLICA QUE CADA 15 A 30 SEGUNDOS, SE PASE NUEVAMENTE EL ALGODÓN.
- 6) UNA VEZ TRATADO TODOS LOS DIENTES, SE RECOMIENDA QUE NO COMA, BEBA O SE ENJUAGUE DURANTE LOS PRIMEROS 30 MINUTOS.
- 7) DEPENDE DE LA SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES QUE TENGA EL PACIENTE TRATADO, SI SE VUELVE A HACER UNA APLICACIÓN A LOS SEIS MESES.

C O N C L U S I O N

ES IMPORTANTE PARA EL ODONTÓLOGO CONOCER EL TIEMPO DE ERUPCIÓN DE LA DENTICIÓN PRIMARIA COMO PERMANENTE, ASÍ COMO SU FORMA E HISTOLOGÍA YA QUE CON ESTOS CONOCIMIENTOS SE PODRÁ REALIZAR - EL TRATAMIENTO ELEGIDO.

EL ODONTÓLOGO IDENTIFICARÁ BIEN EL GRADO DE CARIES Y SU SINTOMATOLOGÍA PARA NO PROCEDER A UN TRATAMIENTO ERRÓNEO, EL CUAL - NOS TRAIGA EL FRACASO DEL TRATAMIENTO ELEGIDO POR EL ODONTÓLOGO.

EL CONSULTORIO MANTENDRÁ UNA IMAGEN IMPECABLE DESDE LO FUNCIONAL, LO HIGIÉNICO Y EL PROFESIONALISMO DEL ODONTÓLOGO HACIA EL NIÑO, AL CUAL SE DARÁ GRAN CONFIANZA DESDE QUE ENTRA POR -- PRIMERA VEZ AL CONSULTORIO, ASÍ LOGRANDO SU AMISTAD PARA PROCEDER CON SU TRATAMIENTO

ES NECESARIO LA COOPERACIÓN DE LOS PADRES ASÍ COMO DEL NIÑO -- Y LA PREPARACIÓN PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO, DE NO EXISTIR ÉSTA COOPERACIÓN SE SEGUIRÁ DEJANDO PROBLEMAS DENTALES EN EL NIÑO - QUE AFECTAN A LA COMUNIDAD.

B I B L I O G R A F I A

1. OPERATORIA DENTAL EN PEDIATRIA
KENNEDY, DAVID BERNARDA
BUENOS AIRES, EDIT. MÉDICA.
2. ODONTOLOGIA PEDIATRICA
FINN, SIDNEY BERNARD.
NYA, EDIT. INTERAMERICANA.
3. ODONTOLOGIA PEDIATRICA
MINK, JOHN R
4. ODONTOLOGIA PREVENTIVA
FORREST, JOHN O.
5. ODONTOLOGIA PREVENTIVA
KATZ, SIMÓN
BUENOS AIRES, MÉDICA PANAMERICANA
6. ODONTOLOGIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES
RUDOLF P. HOTZ.
BUENOS AIRES, EDIT. MÉDICA PANAMERICANA
7. CLINICA DE OPERATORIA DENTAL
SIMÓN W. J.