



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ENEP / ZARAGOZA

**ODONTOPIEDIATRIA PARA EL CIRUJANO DENTISTA
DE PRACTICA GENERAL**

Tesis Profesional

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

p r e s e n t a n

**JACQUELINE PEREZ HERRERA
MA. DE LOURDES VILLEGAS LEZAMA**

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

**INTRODUCCION
PROTOCOLO**

**CAPITULO I
CARIES DENTAL
HISTOLOGIA DENTAL
ETIOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA
DIAGNOSTICO
PREVENCION**

**CAPITULO II
MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO
NUCLEO FAMILIAR
VIDA SOCIAL
AMBIENTE FISICO
TECNICAS DE MANEJO DEL NIÑO
IDENTIFICACION DEL DOLOR**

**CAPITULO III
ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO
HISTORIA CLINICA
EVALUACION CLINICA
ESTUDIO RADIOGRAFICO
MODELOS DE ESTUDIO
EXAMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFIAS ESPECIALES
INTEGRACION DE DATOS DEL DIAGNOSTICO**

CAPITULO IV

**TRATAMIENTO
CAMPO OPERATORIO
PREPARACION DE CAVIDADES
MATERIALES DE RESTAURACION
CORONAS USADAS EN ODONTOPEDIATRIA Y
PREPARACION DE MUSONES
TERAPIA PULPAR**

**CAPITULO V
ORTODONCIA PREVENTIVA
INTRODUCCION
CRONOLOGIA Y ANALISIS DE LA DENTICION
PROTESIS Y APARATOLOGIA ACTIVA.**

CAPITULO VI
AGENTES ANTIMICROBIANOS
INTRODUCCION
SELECCION Y CLASIFICACION DE ANTIMICROBIANOS
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
PRESENTACION FARMACOLOGICA
DOSIFICACION PEDIATRICA CON INDICACIONES Y
CONTRAINDICACIONES

BIBLIOGRAFIA POR CAPITULOS
RESULTADOS POR CAPITULOS
CONCLUSIONES
PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES
BIBLIOGRAFIA GENERAL.

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

PARA EL CIRUJANO DENTISTA EL NIÑO DEBE SER LO MAS IMPORTANTE PUES EN SUS MANOS ESTA EL FUTURO, Y CON EL PROPOSITO DE SERVIRLES HEMOS PRESENTADO ESTE TRABAJO. PARA PODER DAR ATENCION ODONTOLOGICA A NIÑOS Y ASI EVITAR EL RECHAZO A LA ATENCION DE ESTOS POR SU POCA COLABORACION. --

ENTRE LOS TEMAS INCLUIDOS TENEMOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO, ORIENTACION A LOS PADRES PARA MODIFICAR PATRONES DE CONDUCTA TANTO AL NIÑO COMO AL MEDIO QUE LO RODEA, TECNICAS DE TRATAMIENTO QUE ALIVIARAN AL DOLOR Y CONSERVARAN AL DIENTE, PROCEDIMIENTOS DE ORTODONCIA PREVENTIVA Y EL USO DE AGENTES ANTIMICROBIANOS EN NIÑOS. --

TOMANDO EN CUENTA ESTO, AL NIÑO SE LE PROPORCIONARA UNA COMPLETA ATENCION DENTAL CONTRIBUYENDO A LA SALUD TOTAL Y BIENESTAR DEL PACIENTE. -

P R O T O C O L O

ODONTOPEDIATRIA PARA EL CIRUJANO DENTISTA DE PRACTICA GENERAL

FUNDAMENTACION DEL TEMA

DEBIDO AL GRAN PORCENTAJE DE POBLACION QUE OCUPA LA NINEZ Y LA FALTA DE ATENCION ODONTOLOGICA PREVENTIVA EN ALGUNAS OCA SIONES DEBIDO AL LLANTO, ANSIEDAD, AGRESION Y POCA COOPERA- CION DEL NIÑO SE TIENE COMO CONSECUENCIA QUE EL C.D. RECHA- CE LA ATENCION DE ESTOS ENFERMOS Y EN LA MAYORIA DE LOS CA- SOS SON TRATADOS COMO URGENCIAS LLEGANDO INCLUSIVE A LA - EXODONCIA SIN TOMAR EN CUENTA EL DERECHO QUE TIENE EL NIÑO PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO INTEGRAL ADECUADO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿DE QUE MANERA EL C.D. DEBE TRATAR AL PACIENTE ODONTOPEDIA TRICO EN EL CONSULTORIO DENTAL PARA DIAGNOSTICAR Y DAR ATÉN CION DESDE UN PUNTO DE VISTA CLINICO, PSICOLOGICO Y PREVEN- TIVO. REUNIENDO LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES NECESARIAS PARA LA REHABILITACION ORAL LOGRANDO MODIFICAR PATRONES DE CONDUCTA EN RELACION A LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN LOS NIÑOS?

MARCO DE REFERENCIA

CAPITULO I

CARIES DENTAL

- HISTOLOGIA DENTAL
- ETIOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA
- DIAGNOSTICO
- PREVENCIÓN

CAPITULO II

MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO

- NUCLEO FAMILIAR
- VIDA SOCIAL
- AMBIENTE FISICO
- TECNICAS DE MANEJO DEL NIÑO
- IDENTIFICACION DEL DOLOR

CAPITULO III

ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO

- HISTORIA CLINICA: PACIENTE DE URGENCIA Y CONVENCIONAL
- EVALUACION CLINICA
- ESTUDIO RADIOGRAFICO
- MODELOS DE ESTUDIO
- EXAMENES DE LABORATORIO
- INTEGRACION DE DATOS DEL DIAGNOSTICO

CAPITULO IV

TRATAMIENTO

- CAMPO OPERATORIO
- PREPARACION DE CAVIDADES
- CORONAS USADAS EN ODONTOPEDIATRIA Y PREPARACION DE MUÑONES
- MATERIALES DE RESTAURACION
- TERAPIA PULPAR

CAPITULO V

ORTODONCIA PREVENTIVA

- CRONOLOGIA Y ANALISIS DE LA DENTICION
- PROTESIS Y APARATOLOGIA ACTIVA.

CAPITULO VI

AGENTES ANTIMICROBIANOS

- INTRODUCCION
- SELECCION Y CLASIFICACION DE ANTIMICROBIANOS
- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- PRESENTACION Y DOSIFICACION PEDIATRICA.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

PROPORCIONAR UNA COMPLETA ATENCION DENTAL EVITANDO EL RECHAZO DEL PACIENTE ODONTOPEDIATRICO YA QUE EN LA MAYORIA DE LOS CASOS SON TRATADOS COMO URGENCIA ALIVIANDO MOMENTANEAMENTE EL DOLOR O LLEGANDO A LA EXODONCIA CAUSANDO TRAUMAS FUTUROS DEBIDO AL ESTADO EMOCIONAL Y ANSIEDAD DEL NIÑO.

AL LOGRAR MODIFICAR LAS ACTITUDES ADVERSAS OBTENDREMOS TRATAR AL NIÑO CON MAYOR EFICACIA, MENOR TRAUMATISMO, MAS EFICIENCIA EN NUESTRAS TECNICAS Y MENOR ANSIEDAD PARA LOS PADRES.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

CON RESPECTO A LA CARIES ES IMPORTANTE: DIAGNOSTICAR OPORTUNAMENTE Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE CARIES A TRAVES DEL TRATAMIENTO Y LA PREVENCION PARA EVITAR EXODONCIAS FUTURAS Y MALOCLUSIONES.

EL OBJETIVO EN EL MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO SERA MODIFICAR PATRONES DE CONDUCTA TANTO EN EL NIÑO COMO EN LOS PADRES Y EL MEDIO QUE LOS RODEA.

POR MEDIO DE LA ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO SE LOGRA HACER UN DIAGNOSTICO PRECISO Y EVITAR FRACASOS EN EL TRATAMIENTO.

EN EL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO COMO META PRINCIPAL DEL C.D. ES MANTENER A CADA UNO DE LOS DIENTES EN SU FUNCION DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL.

AL REALIZAR LA ELECCION CORRECTA DE LOS ANTIMICROBIANOS TOMANDO EN CUENTA LA EDAD Y PESO DEL PACIENTE PEDIATRICO SE TIENE COMO RESULTADO LA EDAD Y PESO DEL PACIENTE PEDIATRICO SE TIENE COMO RESULTADO LA ELIMINACION DEL AGENTE AGRESOR Y A LA VEZ EVITAMOS EFECTOS INDESEABLES.

A TRAVES DE LA ORTODONCIA PREVENTIVA SE LOGRA MANTENER AL DIENTE EN SU SITIO, EVITAR Y CORREGIR MALOCLUSIONES.

H I P O T E S I S

PARA LOGRAR LA META DESEADA SE REQUIERE QUE EL C.D. CUENTE CON UNA SERIE DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES COMO SON: ANATOMIA HUMANA, ANATOMIA DENTAL, FISIOLOGIA, FARMACOLOGIA, PSICOLOGIA INFANTIL (MODIFICADORES DE CONDUCTA) HISTOLOGIA RADIOLOGIA, ORTODONCIA, MATERIALES DENTALES, OPERATORIA DENTAL, BIOQUIMICA. PARA PODER ASI SATISFACER LAS NECESIDADES DEL NINO A TRAVES DE UN BUEN PLAN DE TRATAMIENTO Y LLEVARLO HASTA EL FINAL CON EXITO Y PARA ELLO NOS TRASAREMOS OBJETIVOS ESPECIFICOS QUE SON:

- 1.- MENOR TRAUMATISMO PARA EL PEQUEÑO
- 2.- MENOR ANSIEDAD PARA EL NIÑO Y SUS PADRES
- 3.- MAS EFICIENCIA EN NUESTRAS TECNICAS
- 4.- MANOR ESFUERZO PARA EL C.D.
- 5.- MAYOR EXITO EN EL TRATAMIENTO.

Y COMO RESULTADO TENDREMOS UNA COMPLETA ATENCION DENTAL CON TRIBUYENDO A LA SALUD EN EL ASPECTO BIOPICOSOCIAL DE NUESTRO PACIENTE.

MATERIAL Y METODOS:

PARA REALIZAR ESTE TRABAJO CONTAMOS CON RECURSOS HUMANOS Y FISICOS.

RECURSOS HUMANOS:

JACQUELINE PEREZ HERRERA
MA. DE LOURDES VILLEGAS LEZAMA
C.D. DAVID ORDAZ JIMENEZ

RECURSOS FISICOS:

SE OBTUVO A TRAVES DE INFORMACION COMPUTARIZADA PROPORCIONADA POR EL CENIDS (CENTRO NACIONAL DE INFORMACION Y DOCUMENTACION EN SALUD) EN INGLES.)
INFORMACION PROPORCIONADA EN ESPAÑOL POR LA ADM. REVISION BIBLIOGRAFICA DE DIFERENTES AUTORES DE 1979 A LA FECHA.
CLINICAS DE NORTEAMERICA DE 1976 A 1981
CONSULTA DE LIBROS PARA LAS DIFERENTES MATERIAS NECESARIAS PARA ELABORAR ESTE TRABAJO.
LOS METODOS Y CRITERIOS DE SELECCION SE OBTUVIERON AL DISTRIBUIRSE EL MATERIAL DANDO INDICACIONES DE ACUERDO A CADA CAPITULO.

CAPITULO I

CARIES DENTAL

LA FALTA DE ORIENTACION A LOS PACIENTES SOBRE EL PROCESO CARIOSO HACE QUE SE DE POCA IMPORTANCIA DURANTE SU INICIO, SIENDO LA CARIES DENTAL LA PRINCIPAL CAUSANTE DE LA PERDIDA DE DIENTES A TEMPRANA EDAD.

LA CARIES DENTAL ES LA ENFERMEDAD MAS COMUN DEL SER HUMANO, AFECTA A PERSONAS DE TODAS RAZAS, PAISES Y NIVELES ECONOMICOS Y PUEDE APARECER A CUALQUIER EDAD DESPUES DE LA ERUPCIÓN DENTAL Y EN AMBOS SEXOS. AFECTANDO POR LO MENOS AL 95% DE LAS PERSONAS.

EL PAPEL DEL CIRUJANO DENTISTA ES EXPLICAR AL PACIENTE LA IMPORTANCIA QUE TIENE ESTA ENFERMEDAD Y SOBRE TODO ENSEÑAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CON LAS QUE SE CUENTA EN LA ACTUALIDAD.

HISTOLOGIA DENTAL

TEJIDOS DEL DIENTE

EL DIENTE ESTA FORMADO POR TRES TEJIDOS CALCIFICADOS Y UN TEJIDO CENTRAL NO CALCIFICADO.

TEJIDOS CALCIFICADOS

- 1.- ESMALTE
- 2.- DENTINA
- 3.- CEMENTO

TEJIDO NO CALCIFICADO

- 1.- PULPA

ESMALTE

ES EL TEJIDO CALCIFICADO EXTERIOR DEL DIENTE QUE A MANERA DE CASQUETE CUBRE LA CORONA EN TODA SU EXTENSION HASTA EL CUELLO EN DONDE SE RELACIONA CON EL CEMENTO QUE CUBRE LA RAIZ. EL ESMALTE SE RELACIONA EN SU PARTE EXTERNA CON LA MUCOSA GINGIVAL LA CUAL TOMA SU INSERCIÓN TANTO EN EL ESMALTE COMO EN EL CEMENTO POR SU PARTE INTERNA EL ESMALTE SE RELACIONA EN TODA SU EXTENSION CON LA DENTINA.

TIENE UN ESPESOR VARIABLE DE 2 a 2.5 mm. EN EL BORDE INCISAL DE LOS DIENTES ANTERIORES; PERO ALCANZA HASTA 3 mm. DE LAS CUSPIDES DE PREMOLARES Y MOLARES, EN LAS CARAS DE LA CORONA SE ADELGAZA EN CUCHILLA HACIA LA LINEA CERVICAL, QUE ES DONDE TERMINA EL LIMITE AMELODENTINARIO.

EL ESMALTE DENTAL ES EL TEJIDO MAS DURO DEL ORGANISMO, DEBIDO A QUE CONTIENE MAYOR PROPORCIÓN DE SALES CALCAREAS, APROXIMADAMENTE EL 97% PERO AL MISMO TIEMPO ES BASTANTE FRAGIL, A ESTA PROPIEDAD DEL ESMALTE SE LLAMA FRIABILIDAD Y NO SE ENCUENTRA EN NINGUN OTRO TEJIDO.

EN CONDICIONES NORMALES LA COBERTURA DEL ESMALTE ES UNA SUPERFICIE LISA BRILLANTE QUE POR SU NATURALEZA ES TRASLUCIDA, TANTO LA DENTINA COMO PEQUEÑAS ENTIDADES Fe, Cu, Zn, LE PROPORCIONAN VARIEDAD DE TONOS DESDE EL BLANCO AZULADO, AMARILLENTO, HASTA EL BLANCO GRISACEO.

EL ESMALTE ESTA FORMADO POR CASI UN 96% DE MATERIA ORGANICA DE APATITA CRISTALIZADA QUE SE LOCALISA EN LOS PRISMAS; 35% DE FOSFATO TRICALCICO ALFA; 1% DE CARBONATO DE CALCIO Y LA PARTE RESTANTE ESTA REPRESENTADA CON PEQUEÑAS CANTIDADES DE MATERIA ORGANICA INTERPRISMATICA INTEGRADA POR UN MUCOPOLISACARIDO ACIDO HIDRATOS DE CARBONO Y PROTEINAS.

ESTRUCTURA DEL ESMALTE

LA MICROSCOPIA OPTICA, LA ESPECTROMETRIA INFRAROJA Y LA MICROSCOPIA ELECTRONICA PERMITE LLEGAR A CONOCER LA ESTRUCTURA SUBMICROSCOPICA EN QUE SE ENCUENTRAN LOS PRISMAS Y ADENAS ELEMENTOS QUE PARTICIPAN PARA FORMAR EL ESMALTE COMO TEJIDO DEL DIENTE

COMPONENTES DEL ESMALTE

- 1.- VAINAS DE LOS PRISMAS
- 2.- SUBSTANCIA INTERPRISMATICA
- 3.- ESTRIAS DE RETZIUS
- 4.- CUTICULA DE NASMYT
- 5.- LAMELAS DEL ESMALTE
- 6.- PENACHOS

PRISMAS

PUEDEN SER RECTOS O BIEN ONDULADOS, SE LLAMAN TAMBIEN BASTONES SU LONGITUD ES MAYOR QUE EL GROSOR DE LA CUBIERTA DE ESMALTE EN QUE PARTICIPAN. SE HA COMPROBADO QUE ES MAS FACIL LA PENETRACION CARIOSA EN LOS PRISMAS RECTOS QUE EN LOS ONDULADOS.

LOS PRISMAS SE DISTRIBUYEN EN TRES DIRECCIONES DIFERENTES

- 1.- EN LAS AREAS PLANAS DE LOS DIENTES, SIGUEN UNA DISPOSICION PERPENDICULAR RESPECTO A LA UNION AMELOCEMNTARIA
- 2.- EN LAS SUPERFICIES CURVAS DE FOSAS SURCOS Y FISURAS CONVERGEN HACIA LOS LIMITES AMELOCEMNTARIA
- 3.- EN LAS SUPERFICIES CONVEXAS DE LAS CUSPIDES DIVERGEN HACIA EL EXTERIOR

VAINAS DE LOS PRISMAS

ES UNA ENVOLTURA DELGADA E INCOMPLETA CON UN MAYOR CONTENIDO DE MATERIA ORGANICA PERO MENOR CALCIFICACION RESPECTO AL PRISMA; ES RESISTENTE A LOS ACIDOS.

SUBSTANCIA INTERPRISMATICA

ES EL ELEMENTO DE UNION DE LOS PRISMAS, FACILITA LA PENETRACION CARIOSA ESTO SE DEBE A SU CARACTERISTICA DE SER SOLUBLE AUN EN SOLUCIONES POCO ACIDAS.

ESTRIAS DE RETZIUS

SON LINEAS QUE SIGUEN MAS O MENOS UNA DIRECCION PARALELA A LA FORMA DE LA CORONA, SE DEFINEN COMO UNA ACUMULACION DE CAPAS O CASQUETES DE INCREMENTOS DE LA MATRIZ DEL ESMALTE, CON ESTRUCTURA Y MINERALIZACION VARIABLE AL FORMARSE LA CORONA Y POR LO TANTO HIPOCALCIFICADAS LA CUAL FAVORECE LA PENETRACION DEL PROCESO CARIOSO.

CUTICULA DE NASMYTH

ES UNA MEMBRANA FINA QUE TAPIZA TODO EL ESMALTE DE LA CORONA, ES MAS RESISTENTE A LOS ACIDOS QUE EL PROPIO ESMALTE, LA MASTICACION Y EL CEPILLADO PROVOCAN DESGASTE DE LA CUTICULA, SOLAMENTE SE CONSERVA DE MANERA INDEFINIDA EN AREAS PROTEGIDAS AL DESGASTE .

LAMELAS DEL ESMALTE

SON LAMINAS DELGADAS QUE SIGUEN UNA DISPOSICION RADICAL DESDE LA SUPERFICIE DEL ESMALTE HASTA LA UNION ESMALTE DENTINA. A CAUSA DE SU DEBIL ESTRUCTURA SE LE CONSIDERA BASTANTE VULNERABLES A LA ACCION BACTERIANA Y POR LO TANTO SON PROPICIAS AL INICIO DE LA CRIES.

PERACHOS

PARTEN DESDE LA DENTINA Y SIGUEN LA LINEA LONGITUDINAL DEL DIENTE, PARA LLEGAR CASI A LOS NIVELES DEL ESMALTE INTERIOR, QUE LES CATALOGA COMO ESTRUCTURAS DEL ESMALTE HIPOCALCIFICADO.

DENTINA

ES EL TEJIDO BASICO DE LA ESTRUCTURA DEL DIENTE, CONSTITUYE LA MASA PRINCIPAL Y ACTUA COMO ESQUELETO DEL DIENTE SU COMPOSICION SE DEBE A UN MATERIAL SEMEJANTE A LA SUBSTANCIA INTERSTICIAL DEL HUESO, FORMADO POR FIBRAS DE COLAGENA IMPREGNADAS CON CRISTALES DE SALES DE CALCIO, QUE PENETRAN DESDE LA PULPA A TRAVES DE LOS TUBULOS DENTINARIOS.

COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LA DENTINA

- 1.- MATRIZ DE LA DENTINA
- 2.- ODONTOBLASTOS
- 3.- TUBULOS DENTINARIOS
- 4.- FIBRAS DE TOMES
- 5.- LINEAS DE VON EBNER Y OWEN
- 6.- ESPACIOS INTERGLOBULARES DE CZERNAC
- 7.- LINEAS DE SCHERGER

MATRIZ DE LA DENTINA

ES LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL QUE CONSTITUYE LA MASA PRINCIPAL DE LA DENTINA.

ODONTOBLASTOS

SON CELULAS ESPECIALIZADAS QUE TIENEN FORMA CILINDRICA, TIENEN NUCLEO Y EN OCASIONES NUCLEOLO, SE ENCUENTRAN SOBRE LA SUPERFICIE PULPAR DE LA DENTINA Y SE LES CONSIDERA LA PARTE FORMATIVA .

TUBULOS DENTINARIOS

SE DISTRIBUYEN DESDE LA PROXIMIDAD CORONAL DE LA PULPA POR TODO EL ESPESOR DE LA DENTINA HASTA LE UNION EMELODENTINARIA DE LA RAIZ - DEL DIENTE.

EN TODO EL ESPESOR DEL TUBULO ENCONTRAMOS LINF A RECORRIENDOLO Y EN EL CENTRO LA FIBRA DE TOMES QUE PROVIENE DEL ODONTOBLASTO Y QUE A SU VEZ TRASMITE LA SENSIBILIDAD DE LA PULPA.

FIBRAS DE TOMES

SON PROLONGACIONES CITOPLASMATICAS BIFURCADAS DE LA EXTREMIDAD PERIFERICA DE LOS ODONTOBLASTOS QUE SE ALOJAN EN LOS CONDUCTOS DENTINARIOS; EN LA PROXIMIDAD DE LOS LIMITES DENTINA, ESMALTE, CEMENTO. SU FUNCION DE ESTAS FIBRAS ES SENSITIVA.

LINEAS DE VON EBNER Y OWEN

SE ENCUENTRAN MUY MARCADAS CUANDO LA PULPA SE HA RETRAIDO, DEJANDO UNA ESPECIE DE CICATRIZ Y ASI FACILITANDO LA PENETRACION DE LA - CARIES; SE LE CONOCE TAMBIEN COMO LINEAS DE RECESION DE LOS CUERNOS PULPARES.

ESPACIOS INTERGLOBULARES DE CZERMAC

SON CAVIDADES QUE SE ENCUENTRAN EN CUALQUIER PARTE DE LA DENTINA PRINCIPALMENTE EN LA PROXIMIDAD DEL ESMALTE SON CONSIDERADAS COMO DEFECTOS ESTRUCTURALES DE CALCIFICACION Y POR LO TANTO FAVORECEN A LA PENETRACION DE CARIES.

LINEAS DE SCHEGER

SON LOS CAMBIOS DE DIRECCION DE LOS TUBULOS DENTINARIOS Y SON CONSIDERADOS COMO PUNTOS DE MAYOR RESISTENCIA A PENETRACION DE CARIES.

CEMENTO

ES EL TEJIDO DURO QUE CUBRE LA RAIZ ANATOMICA DESDE LA UNION ANELO-CEMENTARIA HASTA EL APICE RADICULAR. SU ESPESOR ES VARIABLE Y ALCANZA SU MAYOR GROSOR EN ZONAS APICALES, ES MAS OSCURO QUE EL ESMALTE PERO MAS CLARO QUE LA DENTINA, ESTA FORMADO POR SUBSTANCIAS ORGANICAS COMO LA COLAGENA Y MUCOPOLISACARIDOS, Y ADEMAS POR MATERIA

COMO LA HIDROXIAPATITA.

LAS FIBRAS COLAGENAS DE SHARPEY QUE PROCEDEN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SE INCERTAN EN EL CEMENTO Y HUESO ALVEOLAR PARA FIJAR AL DIENTE.

PULPA

ES UN CONJUNTO DE ELEMENTOS HISTOLOGICOS ENCERRADOS DENTRO DE LA CAMARA PULPAR, CONSTITUYE LA PARTE VITAL DE LOS DIENTES, ESTA FORMADA POR TEJIDO CONJUNTIVO ESPECIALIZADO DE ORIGEN MESENQUIMATOSO, SE RELACIONA CON LA DENTINA EN TODA SU SUPERFICIE, ES LIGERAMENTE FIBROSA YA QUE SUS ELEMENTOS ESTRUCTURALES SON: VASOS SANGUINEOS, VASOS LINFATICOS, NERVIOS, SUBSTANCIA INTERSTICIAL, CELULAS DE KORFF E HISTIOCITOS.

VASOS SANGUINEOS.- TIENEN DOS TUNICAS FORMADAS POR FIBRAS MUSCULARES Y UN SOLO ENDOTELIO, LO CUAL EXPLICA SU DEBILIDAD ENTRE LOS PROCESOS PATOLOGICOS.

VASOS LINFATICOS.- SE DISTRIBUYEN ENTRE LOS ODONTOBLASTOS ACOMPAÑANDO A LAS FIBRAS DE TOMES

NERVIOS.- ESTAN INCLUIDOS EN UNA VAINA DE FIBRAS PARALELAS QUE SE DISTRIBUYEN EN TODA LA PULPA.

SUBSTANCIA INTERSTICIAL.- ES UNA ESPECIE DE LINFIA MUY ESPESA REGULA LAS PRESIONES QUE SE EFECTUAN DENTRO DE LA CAMARA PULPAR.

CELULAS DE KORFF.- PRODUCEN FIBRINA AYUDANDO A FIJAR LAS SALES MINERALES Y A LA FORMACION DE LA MATRIZ DE LA DENTINA.

HISTIOCITOS.- SE LOCALIZAN A LO LARGO DE LOS CAPILARES EN LOS PROCESOS INFLAMATORIOS Y PRODUCEN ANTICUERPOS.

FUNCIONES DE LA PULPA

FORMATIVA: ELABORACION DE DENTINA Y FIBRAS DE COLAGENA (ODONTOBLASTOS)

NUTRITIVA: A LAS FIBRAS NERVIOSAS Y DENTINA, INTERVINIENDO LAS ARTERIAS Y VENAS QUE PENETRAN A LA PULPA A TRAVES DEL FORAMEN APICAL.

SENSITIVA: CON FUENTES RECEPTORAS DEL DOLOR A TRAVES DE LAS FIBRAS DE TOMES

PROTECTORA: POR INFLAMACION Y POR FORMACION DE DENTINA SECUNDARIA CON LA INTERVENCION DE LINFOCITOS E HISTIOCITOS; TRANSFORMANDOSE EN MACROFAGOS Y CELULAS PLASMATICAS.

CARIES DENTAL

ES LA ENFERMEDAD MAS COMUN DEL SER HUMANO, SE CARACTERIZA POR DESCALCIFICACION Y DESINTEGRACION DE LOS TEJIDOS DUROS DEL DIENTE.

DEFINICION

ES UN PROCESO PATOLOGICO DE ORIGEN QUIMICO BIOLOGICO PORQUE INTERVIENEN ACIDOS Y MICROORGANISMOS, DE AVANCE LENTO CONTINUO E IRREVERSIBLE QUE CAUSA DESTRUCCION EN LOS TEJIDOS DUROS DEL DIENTE, DEBIDO A LA ACCION PROVENIENTE DE CARBOHIDRATOS FERMENTADOS POR GERMENES ACIDOGENICOS O -- POR LA SUBSTRACCION DE SALES DE CALCIO TANTO EN EL ESMALTE POR LA ACCION ENZIMATICA PROTEOLITICA DE LA FLORA BACTERIANA BUCAL QUE DESTRUYE LA -- MATRIZ ORGANICA DEL ESMALTE.

MECANISMOS DE SU DESARROLLO

LA CARIES DENTAL COMIENZA CON LA DESMINERALIZACION DEL ESMALTE, QUE RESULTA DE LA ACCION DE ACIDOS ORGANICOS PRODUCIDOS POR LAS BACTERIAS -- TAMBIEN DESTRUYE EL CONTENIDO PROTEICO DEL DIENTE. EN SU DESARROLLO LAS BACTERIAS DE LA CAVIDAD BUCAL SE ESTABLECEN EN COLONIAS EN LAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES ADOPTANDO LA FORMA DE PELICULAS GELATINOSAS QUE RECIBE EL NOMBRE DE PLACA BACTERIANA.

PLACA BACTERIANA

SE DEFINE COMO UNA MASA AMORFA BLANDA NO VISIBLE FORMADA POR BACTERIAS Y RESTOS ALIMENTICIOS Y POR PRODUCTOS DE LA SALIVA QUE SE ACUMULA EN LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES.

LOS GERMENES SE FIJAN A LA SUPERFICIE DEL DIENTE POR UNA MATRIZ INTERBACTERIANA ADHESIVA DE GLUCOPROTEINAS, LA GLUCOSA ES EL CARBOHIDRATO -- PRINCIPAL DENTRO DE LAS GLUCOPROTEINAS.

LA PLACA BACTERIANA CRECE POR:

- 1.- PROLIFERACION DE BACTERIAS
- 2.- POR ADHESION DE NUEVAS BACTERIAS DE LA PLACA YA EXISTENTE
- 3.- POR ACUMULACION DE PRODUCTOS BACTERIANOS.

EL PODER PATOGENO DE LA PLACA DEPENDE DE SU CONCENTRACION DE BACTERIAS Y SUS PRODUCTOS: EXOTOXINAS, ENDOTOXINAS Y ENZIMAS.

LA PLACA SE DESARROLLA MUY RAPIDO; DE HECHO PUEDE APARECER A LAS SEIS HORAS SI NO SE HAN LIMPIADO LOS DIENTES PERFECTAMENTE.

LA VISCOSIDAD DE LA PLACA SE DEBE AL DEXTRAN QUE SE PRODUCE POR LA ACCION DEL ESTREPTOCOCCO MUTANS SOBRE LA SACAROSA DE LOS ALIMENTOS PRODUCIENDO ACIDO LACTICO QUE OCASIONA LA DESCALCIFICACION DEL ESMALTE. SE RESUME LA PLACA BACTERIANA Y LOS CARBOHIDRATOS DE LOS ALIMENTOS SON LOS PRINCIPALES CAUSANTES EN LA INICIACION DE LA CARIES DEL ESMALTE TAMBIEEN LA DESTRUCCION PROTEOLITICA PERMITE QUE LA CARIES PROGRESE A TRAVES DE LAS LAMINILLAS DEL ESMALTE.

SALIVA

TIENE GRAN IMPORTANCIA EN LA INICIACION DE LA CARIES YA QUE ESTA DOTADA DE UNA CAPACIDAD QUIMICA PARA NEUTRALIZAR LOS ACIDOS QUE PRODUCEN LOS MICROORGANISMOS ALOJADOS EN LA LESION CARIOSA, ESTA CUALIDAD AMORTIGUADORA PUEDE SER TOTAL O PARCIAL DEPENDIENDO DE LA DIETA DEL INDIVIDUO, INFLUYEN LA MASTICACION DE LOS ALIMENTOS QUE BARRAN LA SUBSTRATOS QUE SE ENCUENTRAN DEPOSITADOS EN LAS SUPERFICIES DENTALES; ASI COMO LA RESTRICCION DEL AZUCAR QUE PARTICIPA EN LA ALIMENTACION DIARIA.

INSALIVACION

TAMBIEN ES MUY IMPORTANTE PORQUE CUANDO ES ADECUADA REDUCE LA POSIBILIDAD DE CARIES; PERO SI SUCEDE LO CONTRARIO CUANDO POR MOTIVOS DE STRESS EMOCIONAL O APLASIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES SE VE DISMINUIDA LA PRODUCCION SALIVAL.

ASPECTOS MICROSCOPICOS DE LA CARIES DENTAL

EN LA CARIES DEL ESMALTE SE DESCALCIFICA LA SUBSTANCIA INTERPRISMATICA Y EL MATERIAL INTERGLOBULAR LA DESCALCIFICACION ES SEGUIDA DE LA RUPTURA Y PERDIDA DE LOS PRISMAS DEL ESMALTE. DE AHI QUE EN LOS CORTES HISTOLOGICOS SE OBSERVAN BASTONES ROTOS Y LAGUNAS. CUANDO EL PROCESO DE DESCALCIFICACION PROGRESA HASTA EL LIMITE AMELODENTINARIO SE EXTIENDE LATERALMENTE O A LO LARGO, ENTONCES SE INICIA LA CARIES DE LA DENTINA.

ASPECTOS CLINICOS

EL INICIO DE LA CARIES SE OBSERVA UNA ZONA BLANCA EN EL ESMALTE HASTA LA LESION AVANZADA Y PROFUNDA DIVIDIENDOSE EN:

CARIES AGUDA:

SE LLAMA ASI CUANDO EL PROCESO CARIOSO EVOLUCIONA RAPIDAMENTE COMO SE VE FRECUENTEMENTE EN NIÑOS, AQUI LA PULPA ES AFECTADA MUY PRONTO.

CARIES CRONICA

ES CUANDO LA LESION CARIOSA EVOLUCIONA LENTAMENTE COMO SE OBSERVA EN PERSONAS DE MAYOR EDAD, LA PULPA REACCIONA FORMANDO DENTINA SECUNDARIA.

CARIES DETENIDA

CUANDO UNA LESION DEJA DE AVANZAR, SE OBSERVA EN SUPERFICIES DE OCLUSION COMO RESULTADO DE LA RUPTURA DE LAS PAREDES DEL ESMALTE.

CARIES RECURRENTE

ES EL TERMINO QUE SE APLICA A LAS LESIONES CARIOSAS QUE COMIENZAN ALREDEDOR DE LOS BORDES DE RESTAURACIONES DEFECTUOSAS.

ETIOLOGIA DE LA CARIES

LA ETIOLOGIA EXACTA DE LA CARIES NO ES CONOCIDA; PERO TIENEN QUE INTERVENIR DOS FACTORES ESENCIALES EN SU PRODUCCION QUE SERAN LA PRESENCIA DE BACTERIAS Y CARBOHIDRATOS FERMENTADOS, LOS MICROORGANISMOS MAS SOSPECHOSOS SE SEÑALAN CON EL NOMBRE DE: ESTREPTOCOCO MUTANS Y ESTREPTOCOCO SANGUIS.

EL CARBOHIDRATO MAS IMPORTANTE EN LA CARIogenesis ES LA SACA ROSA QUE ES MUCHO MAS CARIOGENICO QUE LOS DEMAS AZUCARES, LA COLONICACION DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE POR GERMESES CARIOGENICOS ES UN PRECURSOR PRINCIPAL DE LA DESMINERALIZACION DEL ESMALTE SUBYACENTE.

LA CARIES NO SE HEREDA, SOLO SE HEREDARA LA PREDISPOSICION DEL ORGANO A SER MAS FACILMENTE ATACADO POR LOS AGENTES EXTERNOS Y POR LA FORMA ANATOMICA LA CUAL PUEDE FAVORECER EL PROCESO CARIOOSO.

HAY FAMILIAS COMPLETAS EN QUE LA CARIES ES COMUN Y FRECUENTE ES DEBIDO POR LO REGULAR A SU ALIMENTACION Y COMO YA SE MENCIONA A LA FORMA Y ESTRUCTURA DE LOS DIENTES.

CIERTAS ESPECIES ESTAN MAS PREDISPUESAS A LA CARIES QUE -- OTRAS POR SUS COSTUMBRES, EL MEDIO EN QUE VIVEN EL REGIMEN ALIMENTICIO QUE INDUDABLEMENTE TIENE SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES.

ASI LA RAZA BLANCA Y AMARILLA PRESENTA MENOR RESISTENCIA A LA CARIES QUE LA RAZA NEGRA.

LA CARIES SIEMPRE VA A SER MAS FRECUENTE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE EN ADULTOS TAMBIEN EN SEXO INFLUYE YA QUE APARECE MAS EN MUJER QUE EN EL HOMBRE.

COMO YA SE MENCIONO LA ETIOLOGIA DE LA CARIES EXACTAMENTE NO ES CONOCIDA Y ES UN PROBLEMA MUY DISCUTIDO Y MENOS ACLARADO EN LA ODONTOLOGIA AUNQUE LA PROFESION DENTAL ACEPTA TRES TEORIAS COMO VERDADERAS

TEORIAS ETIOLOGICAS DE LA CARIES

TEORIA ACIDOGENA O DE MILLER

ES LA MAS CONOCIDA Y ACEPTADA, SOSTIENE QUE LA RELACION DE BACTERIAS FORMADORAS DE ACIDO, ES PARTICULARMENTE GRANDE EN LA PLACA BACTERIANA Y ESTA ES LA CAUSA DE LA DESCALCIFICACION INICIAL DEL ESMALTE PARA LA CARIES.

TEORIA DE LA PROTEOLISIS Y QUELACION

ESTA TEORIA EXPLICA EL PROCESO CARIOOSO COMO UN FENOMENO - ESCENCIALMENTE QUIMICO EN QUE LA PERDIDA DE CALCIO ES PROVOCADA POR LA QUELACION POR LA CUAL UNA MOLECULA ES CAPAZ DE CAPTAR EL CALCIO Y OTRA MOLECULA, LA MOLECULA QUE ATRAPA EL CALCIO SE DENOMINA QUELATO Y PUEDE FUNCIONAR COMO TAL: LAS AMINAS, LOS PEPTIDOS Y LOS POLIFOSFATOS SALIVALES; Y EL QUELANTE ES LA MOLECULA QUE CEDE EL CALCIO QUE PUEDE SER LA APATITA DEL ESMALTE.

TEORIA ENDOGENA

DICE QUE LA CARIES PUEDE SER EL RESULTADO DE CAMBIOS BIOQUIMICOS QUE SE INICIAN EN LA PULPA Y SE TRADUCEN CLINICAMENTE EN EL ESMALTE Y EN LA DENTINA.

EN ESTA TEORIA EL PROCEDIMIENTO DE CARIES ES DE ORIGEN PULPOGENO SE ORIGINA UN DESEQUILIBRIO FISIOLÓGICO ENTRE LOS ACTIVADORES DE LA FOSFATASA PRINCIPALMENTE EL MAGNESIO Y SUS INHIBIDORES, REPRESENTADO POR EL FLUOR DE LA PULPA.

CUANDO SE PIERDE ESTE EQUILIBRIO LA FOSFATASA ESTIMULA LA FORMACION DE ACIDO FOSFORICO EL CUAL DISUELVE LOS TEJIDOS CALCIFICADOS DESDE LA PULPA HASTA EL ESMALTE.

GRADOS DE LA CARIES

BLACK CLASIFICO LA CARIES DENTAL SEGUN LA INTENSIDAD DE SU AVANCE EN LOS TEJIDOS DUROS:

- 1.- PRIMER GRADO ABARCA EL ESMALTE
- 2.- SEGUNDO GRADO ABARCA EL ESMALTE Y DENTINA
- 3.- TERCER GRADO ABARCA ESMALTE, DENTINA Y PULPA CONSERVANDO ESTA SU VITALIDAD.
- 4.- CUARTO GRADO ABARCA ESMALTE, DENTINA, PULPA, PERO LA PULPA SIN VITALIDAD.

CARIES DE PRIMER GRADO: NO HAY DOLOR, EL ESMALTE SE VE DE BRILLO Y COLOR UNIFORME. PERO EN LA PARTE AFECTADA, DA EL ASPECTO DE MANCHAS BLANQUESINAS GRANULOSAS; TIEMPO DESPUES HAY PERDIDA DE RESISTENCIA DEL ESMALTE AFECTADO QUE TERMINA POR EROSIONARSE FORMANDO UNA CAVIDAD CON PAREDES PIGMENTADAS DE COLOR CAFE OSCURO.

CARIES DE SEGUNDO GRADO: EN LA DENTINA EL AVANCE ES MAS RAPIDO, YA QUE NO ES UN TEJIDO TAN MINERALIZADO COMO EL ESMALTE. EL SINTOMA CARACTERISTICO DE LA CARIES DE SEGUNDO GRADO, ES EL DOLOR PROVOCADO POR AGENTES EXTERNOS COMO SON: BEBIDAS FRIAS O CALIENTES, AZUCARES, FRUTAS QUE LIBERAN ACIDOS O AGENTES MECANICOS. LA DENTINA YA QUE HA SIDO ATACADA POR LA CARIES PRESENTA TRES CAPAS ESTRUCTURALES BIEN DEFINIDAS:

- 1.-ZONA DE REBLANDECIMIENTO: SE ENCUENTRA FORMADA QUIMICAMENTE POR FOSFATO MONOCALCICO. ESTA CONSTITUIDA POR DETRITUS ALIMENTICIOS Y DENTINA REBLANDECIDA QUE SE ENCUENTRA TAPIZANDO LAS PAREDES DE LA CAVIDAD Y SE DESPRENDE FACILMENTE CON UN EXCAVADOR.
- 2.-ZONA DE INVASION: FORMADA QUIMICAMENTE POR FOSFATO DICALCICO TIENE LA CONSISTENCIA DE LA DENTINA SANA, AUNQUE MICROSCOPICAMENTE LOS TUBULOS DENTINARIOS SE ENCUENTRAN LIGERAMENTE ENSANCHADOS E INVADIDOS POR MICROORGANISMOS.
- 3.-ZONA DE DEFENSA: FORMADA POR FOSFATO TRICALCICO, AQUI LA COLORACION DESAPARECE, LOS ODONTOBLASTOS OBTURAN LA LUZ DE LOS TUBULOS TRATANDO DE DETENER EL PROCESO CARIOSO.

CARIES DE TERCER GRADO: EN ESTE GRADO LA CARIES INVADIR LA PULPA QUE CONSERVA SU VITALIDAD, PRODUCIENDO INFLAMACIONES E INFECCIO-

NES CONOCIDAS CON EL NOMBRE DE PULPITIS.

EL SINTOMA DE CARIES DE TERCER GRADO ES EL DOLOR PROVOCADO POR AGENTES FISICOS, QUIMICOS O MECANICOS; TAMBIEN PRESENTA DOLOR ESPONTANEO QUE ES PROVOCADO POR LA CONGESTION DE LA PULPA, QUE AL INFLAMARSE HACE PRESION SOBRE LOS NERVIOS SENSITIVOS PULPARES, QUEDANDO COMPRIMIDOS CONTRA LAS PAREDES DE LA CAMARA PULPAR. EL DOLOR SE HACE INTENSIVO POR LAS NOCHES, ESTO SE DEBE A LA POSICION HORIZONTAL DE LA CABEZA, AL CONCESTIONARSE POR LA AFLUENCIA DE LA SANGRE.

CARIES DE CUARTO GRADO: NO HAY DOLOR PROVOCADO O EXPONTANEO, AQUI LA PULPA YA HA SUFRIDO DESTRUCCION, NO HAY VITALIDAD NI CIRCULACION SANGUINEA. DE HECHO PUEDEN VENIR COMPLICACIONES Molestas y dolorosas como: MONOARTRITIS APICAL, CELULITIS, MIOCITIS, OSTEITIS, PERIOSTEITIS Y OSTEOMIELITIS.

SINTOMATOLOGIA

MONOARTRITIS APICAL: DOLOR A LA PRECUSION DEL DIENTE, PRESENTA MOVILIDAD ANORMAL Y SENSACION DE ALARGAMIENTO.

CELULITIS: INFLAMACION DE LA CARA Y CUELLO COMO RESPUESTA A LA INFECCION ESTREPTOCOCICA DEL TEJIDO SUBCUTANEO.

MIOCITIS: ES UN EDEMA MUSCULAR A NIVEL DE LOS MASETEROS, MUSCULOS MASTICADORES QUE A CAUSA DEL TRISMUS IMPIDEN LA APERTURA DE LA BOCA.

OSTEITIS Y PERIOSTEITIS: SE DENOMINA ASI A LA INFECCION LOCALIZADA EN EL HUESO O PERIOSTIO.

OSTEOMIELITIS: CUANDO LA INFECCION LLEGA A MEDULA OSEA.

FACTORES QUE PERMITEN LA FORMACION DE CARIES DENTAL

- 1.- LAS CARACTERISTICAS ANATOMICAS PARTICULARES DE LOS DIENTES
- 2.-EL COEFICIENTE DE RESISTENCIA DEL DIENTE EN RELACION A LA PROPORCION DE SALES DE CALCIO QUE CONTIENEN
- 3.- EL CONSUMO DE DIETAS RICAS EN CARBOHIDRATOS DE MANERA MUY FRECUENTE.
- 4.- LA INTENSIDAD CON QUE ACTUAN LOS AGENTES BIOQUIMICOS
- 5.- FALTA DE HIGIENE ORAL.

CARACTERIZANDO INDIVIDUALMENTE LOS DIENTES, LA CARIES SE INICIA FRECUENTEMENTE EN EL SIGUIENTE ORDEN:

- 1.- PRIMEROS MOLARES
- 2.- SEGUNDOS MOLARES
- 3.- SEGUNDOS PREMOLARES
- 4.- PRIMEROS PREMOLARES
- 5.- DIENTES ANTERIORES DEL MAXILAR
- 6.- DIENTES INFERIORES DE LA MANDIBULA

EL COEFICIENTE DE LA RESISTENCIA DE LOS DIENTES DEL LADO DERECHO ES MAYOR QUE EL DEL LADO IZQUIERDO, Y EL DE LOS SUPERIORES MAYOR QUE EL DE LOS INFERIORES.

LAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES PARTICIPAN EN EL SIGUIENTE ORDEN DE FRECUENCIA:

- 1.- OCLUSAL
- 2.- MESIAL
- 3.- DISTAL
- 4.- BUCAL
- 5.- LINGUAL

EL OFICIO U OCUPACION ES OTRO FACTOR QUE DEBE DE TOMARSE EN CUENTA PORQUE LA CARIES ES MAS FRECUENTE EN LOS IMPRESORES Y ZAPATEROS - QUE EN LOS MECANICOS Y ALBAÑILES; Y MUCHO MAS NOTABLE EN LOS DULCEROS Y PANADEROS.

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO Y PRECOZ

EN TODOS LOS PADECIMIENTOS A FIN DE INSTITUIR UN BUEN DIAGNOSTICO Y POR LO CONSIGUIENTE UN BUEN TRATAMIENTO SERIA PRECISO CONOCER LA ETIOLOGIA DE LA CARIES PERO COMO SE ACABA DE VER ES IMPOSIBLE FIJAR CON EXACTITUD SUS CAUSAS.

PERO SI PODRIAMOS DIAGNOSTICAR LA PRESENCIA DE CARIES SU LOCALIZACION Y GRADO DE PROFUNDIDAD, CON EL FIN DE EFECTUAR UN BUEN TRATAMIENTO - RESTAURADOR O UN TRATAMIENTO QUE PREVenga LA REPARACION DEL MISMO PADECIMIENTO.

EL DIAGNOSTICO DE DICHO PADECIMIENTO SE EFECTUA BUSCANDO:

- 1.- PRESENCIA DE CARIES
- 2.- LOCALIZACION DE CARIES
- 3.- GRADO DE PROFUNDIDAD DE CARIES

PARA LA BUSQUEDA DE ESOS TRES ELEMENTOS SERA NECESARIO HACER USO DE LOS METODOS QUE NOS BRINDA LA PROPEDEUTICA QUE SON:

- 1.- INTERROGATORIO SE EFECTUA DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE O CON SUS FAMILIARES CONSISTE EN HACERLE LAS PREGUNTAS CORRESPONDIENTES QUE NOS CONDUZCAN A OBTENER DATOS QUE NO SE PUEDEN RECABAR POR OTROS MEDIOS.

DE ESTOS DATOS O SINTOMAS SUBJETIVOS EL MAS IMPORTANTE SERA EL DOLOR EL CUAL OBLIGA AL PACIENTE A ACUDIR CON EL DENTISTA.

DE ESTE SINTOMA VAMOS A INVESTIGAR TIEMPO DE APARICION, LUGAR FORMA DE PRESENTACION: ES DECIR SI EL PROVOCADO O ESPONTANEO DURACION, SI EL SORDO, LEVE, INTENSO Y CALIDAD O SEA SI ES PULSATIL LASINANTE. ASI PODREMOS DIAGNOSTICAR LA PRESENCIA DE UNA O VARIAS CARIES Y ALTERACIONES DE LA PULPA.

- 2.- INSPECCION.- ES LA EXPLORACION QUE SE REALIZA POR MEDIO DE LA VISTA Y PUEDE SER SIMPLE O ARMADA. LA PRIMERA COMO YA SE MENCIONO SE EFECTUA EMPLEANDO SOLAMENTE LA VISTA Y LA ARMADA UTILIZANDO DIFERENTES INSTRUMENTOS COMO SON: ESPEJOS SIMPLES O DE AUMENTOS, PINZAS DE CURACION, ESPLO-RADORES, ABATELENGUAS, ETC. ESTA INSPECCION DEBERA EFECTUARSE DIENTE POR DIENTE DE UN LADO A OTRO DE LA ARCADE Y DE SU ANTAGO-NISTA Y QUE VA A TENER POR OBJETO DESCUBRIR CAVIDADES CARIOSAS, ZONAS BLANQUESINAS, IRREGULARIDADES EN EL ESMALTE, PIGMENTACIONES OSCURAS Y EN TERMINO GENERAL TODOS LOS DATOS QUE NOS HAGAN SABER LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD TANTO DE LOS DIENTES COMO DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE Y DE TODOS LOS TEJIDOS DE LA CAVIDAD ORAL.
- 3.- PALPACION.- ES LA EXPLORACION QUE SE REALIZA POR MEDIO DEL SEN-TIDO DEL TACTO Y QUE NOS VA A PROPORCIONAR DATOS, COMO ESTADOS DE LA SUPERFICIE, FORMA, VOLUMEN Y CONSISTENCIA, TEMPERATURA Y DOLOR. TAMBIEN POR ESTE MEDIO DE LA PALPACION DEBEN EXPLORARSE TANTO LOS TEJIDOS BLANDOS COMO LOS DUROS.
- 4.- PERCUSION.- ESTE METODO TIENE POR OBJETO PRODUCIR RUIDOS, PRO-VOCAR DOLOR, Y EFECTUAR MOVIMIENTOS DEL DIENTE POR EXPLORAR A BASE DE PEQUEÑOS GOLPES EN LOS MISMOS COMO EN SUS ANTAGONISTAS. OBTENDREMOS COMO RESULTADOS LA PRESENCIA DE DIENTES DESVITALI-ZADOS O LA EXISTENCIA DE COMPLICACIONES PERIODONTALES.
- 5.- RAYOS X.- ES DE GRAN IMPORTANCIA PORQUE SIN DISPONER PREVIA-MENTE DE LAS RADIOGRAFIAS NO PODRIAMOS REALIZAR UN BUEN DIAG-NOSTICO. EN ELLAS PODEMOS OBSERVAR INTENSIDAD Y CONTINUIDAD DE LA CARIES, ASI COMO UNA UNIFORMIDAD Y ESTADO DE LA DENTINA, CA-MARA PULPAR Y LOS CONDUCTOS, LA CONFORMACION Y EL GRADO EVOLUTI-VO DE LAS RAICES, EL ESTADO DE SALUD DE LOS TEJIDOS OSEOS Y LA PRESENCIA DE LESIONES PERIAPICALES, ADEMAS TAMBIEN NOS PROPORCIO-NARA LA PRESENCIA DE CARIES DEBAJO O ATRAS DE OBTURACIONES META-LICAS O EN INTERPROXIMALES.
- 6.- TRANSLUMINACION.- VA A CONSISTIR EN APLICACION EN UN CUARTO OBS-CURO UN FOCO DE LUZ EN LA PARTE INTERIOR DE LA CAVIDAD ORAL CON EL OBJETO DE DESCUBRIR CARIES INTERPROXIMALES QUE SE MANIFIESTAN COMO ZONAS OPACAS EN CONTRASTE CON LOS DIENTES SANOS.
- 7.- CALOR Y FRIO.- ESTAS PRUEBAS SE LLEVAN A CABO APLICANDO A LOS - DIENTES AGUA FRIA, AGUA CALIENTE, TORUNDAS DE ALGODON ENBEBIAS EN CLORURO DE ETILO, PEQUEÑOS TROSOS DE HIELO, AIRE CALIENTE, - GUTAPERCHA CALIENTE, ETC. QUE ESCENCIALMENTE SE EFECTUAN CON LA FINALIDAD DE BUSCAR PROCESOS CARIOSOS Y DIAGNOSTICAR GRADO DE VI-TALIDAD DENTARIA.

- 8.- ELECTRICIDAD.- SE APLICA POR MEDIO DE APARATOS ELECTRICOS QUE SON PULPOMETRO O VITALOMETRO; GENERADORES DE CORRIENTES GALVANICAS QUE TIENEN POR OBJETO PROVOCAR UN ESTIMULO DOLOROSO PARA INVESTIGAR LA VITALIDAD PULPAR.
TODO ESTO CON LA FINALIDAD DE INSTITUIR MEDIDAS PROFILACTICAS Y EVITAR RESIDIVAS EN EL PROCESO CARIOSO.

TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES GRADOS DE CARIES Y PRONOSTICO

CARIES DE PRIMER GRADO.- SE EFECTUA UN DESGASTE DEL ESMALTE HASTA LOGRAR QUE DESAPAREZCA EL DEFECTO ESTRUCTURAL.
CONTINUAMOS CON TODAS LAS NORMAS PARA LA PREPARACION Y OBTURACION DE UNA CAVIDAD QUE MARCA LA OPERATORIA DENTAL .
EL PRONOSTICO ES BUENO CIEN POR CIENTO PARA LA CONSERVACION DEL DIENTE Y PARA LA INTEGRIDAD ANATOMICA Y FISIOLOGICA DE LA PULPA.

CARIES DE SEGUNDO GRADO.- EL TRATAMIENTO DE ESTE GRADO DE CARIES REQUIERE EN LO ABSOLUTO DE LA PREPARACION Y OBTURACION DE UNA CAVIDAD YA SEA INCIPIENTE O PROFUNDA.

CARIES DE SEGUNDO GRADO INCIPIENTE.- SE HARA UNA PREPARACION DE LA CAVIDAD CON TODAS SUS CARACTERISTICAS: DISEÑO DE LA CAVIDAD, FORMA DE RESISTENCIA, RETENCION Y CONVENIENCIA, EFECTUANDO LA REMOCION DE LA DENTINA CARIOSA VIGILAREMOS QUE NO SE ALTERE LA INTEGRIDAD ANATOMICA Y FISIOLOGICA DE LA PULPA DENTARIA, UTILIZANDO TODOS LOS PRODUCTOS QUE NOS PROPORCIONA LA FARMACOLOGIA ACTUAL UTILIZANDO LAS NORMAS QUE MARCA LA OPERATORIA DENTAL.

CARIES DE SEGUNDO GRADO PROFUNDA. SE TRABAJARA EN CONDICIONES SIMILARES A LA ANTERIOR PERO CON TRES DIFERENCIAS BASICAS.

- 1.- REMOCION DE LA DENTINA CARIOSA
- 2.- TRABAJAR CON CUIDADO PARA EVITAR UNA HERIDA PULPAR, REALIZAR TERAPIA PULPAR.
- 3.- LA OBTURACION FINAL NO SE EFECTUARA INMEDIATAMENTE HASTA VERIFICAR LA PRESENCIA DE DENTINA SECUNDARIA.

EL PRONOSTICO EN UNO U OTRO CASO ES BUENO CASI UN CIEN POR CIENTO.

CARIES DE TERCER GRADO.- EN ESTE TIPO DE CARIES DIFERENCIAR SI ES A CAUSA DE IATROGENIA O POR PROCESO CARIOSO YA QUE EN EL PRIMER CASO SE PUEDE REALIZAR RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO Y EN EL SEGUNDO CASO PULPOTOMIA O PULPECTOMIA.
EL PRONOSTICO ES FAVORABLE EN UN NOVENTA POR CIENTO.

CARIES DE CUARTO GRADO.- EL TRATAMIENTO ES POR MEDIO DE PULPECTOMIA Y EL PRONOSTICO DEPENDERA DEL RESULTADO DE LA MISMA.

PREVENCION DE CARIES

PARA LOGRAR LA PREVENCION DE CARIES PODEMOS PONER EN PRACTICA LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS

- 1.- UTILIZAR FACTORES QUE TIENDEN A ELIMINAR EL ATAQUE BACTERIAL
- 2.- MODIFICAR EL MEDIO AMBIENTE EN EL QUE LA BACTERIA SE DESARROLLA MAS LIBREMENTE.
- 3.- CAMBIANDO LA ESTRUCTURA DEL ESMALTE HACIENDOLO MAS RESISTENTE AL ATAQUE

FACTORES QUE TIENDEN A DISMINUIR EL ATAQUE BACTERIAL.- PODEMOS RESUMIRLOS EN: SECRESION Y GRADO DE VISCOSIDAD DE LA SALIVA, RECORDANDO QUE SI LA SECRESION SALIVAL ES ABUNDANTE Y SU CAPACIDAD AMORTIGUADORA ES BUENA Y QUE EN PERSONAS EN LAS CUALES LA VISCOSIDAD DE LA SALIVA ES BAJA Y SU SECRESION ES ABUNDANTE, SE PRESENTA MENOS EL ATAQUE DE CARIES.

PERO EN PERSONAS CUYA SECRESION ES ESCASA Y LA SALIVA ES ALTAMENTE VISCOSA SE FACILITARA LA FORMACION DE PLACA BACTERIANA. ALGUNOS COMPONENTES DE LA SALIVA TIENEN UN EFECTO ANTIBACTERIAL O POR LO MENOS AYUDAN A INHIBIR EL DESARROLLO DE LAS COLONIAS BACTERIANAS. PODEMOS PREVENIR EL ATAQUE BACTERIANO, MEDIANTE LA INGESTION DE DIETAS DENOMINADAS DETERGENTES QUE CONSISTE EN QUE LA ALIMENTACION SEA PRINCIPALMENTE DE NUTRIENTES DE CARACTER FIBROSO QUE ADEMAS DE AUMENTAR LA SALIVA TIENEN UNA ACCION MECANICA DIRECTA Y PREVIENEN DE RESTOS ALIMENTICIOS Y POR LO TANTO LA PLACA.

SE HA OBSERVADO QUE LA ALIMENTACION ALTAMENTE BLANDA QUE CONSUMIMOS EN LA ACTUALIDAD ES UN FACTOR PREDISPONENTE DE LA CARIES. DE HECHO SE HA ESTUDIADO QUE EL HOMBRE PRIMITIVO QUE CONSUMIA DIETA DURA, TENIA ALTO DESGASTE DE SUS DIENTES PERO CASI NUNCA PRESENCIA DE LESIONES CARIOSAS.

SE HA ESTABLECIDO UNA RELACION DE MEDIDAS HIGIENICAS Y DE LA PREVALENCIA DE LA CARIES DENTAL O SEA QUE TODAS LAS MEDIDAS DE HIGIENE ORAL VAN ENCAMINADAS HACIA UN CONTROL DE PLACA BACTERIANA O SU ELIMINACION, DISMINUYENDO ASI LA DESTRUCCION POR CARIES.

SE HA TRATADO DE ELIMINAR EL AGENTE BIOLOGICO, UTILIZANDO SOLUCIONES O DENTIFRICOS QUE CONTENGAN SUBSTANCIAS ANTIBACTERIANAS CON RESULTADOS NO SATISFATORIOS, YA QUE PARA QUE LA SUBSTANCIA ANTIBACTERIANA SEA EFECTIVA DEBE LOGRAR SU ACCION DENTRO Y FUERA DE LA PLACA, A LA VEZ SE HA OBSERVADO QUE AL CONTACTO DEL DENTIFRICO CON LAS BACTERIAS ES MUY LIMITADO.

MODIFICACION DEL MEDIO AMBIENTE.- SE PUEDE LOGRAR MEDIANTE UNA RACIONALIZACION DE CARBOHIDRATOS EN LA DIETA, REDUCIENDO SU CONSUMO.

LA TERCERA POSIBILIDAD DE PREVENCION ES AUMENTAR LA RESISTENCIA DEL DIANTE AL ATAQUE DE LAS BACTERIAS, EN ESTE CASO SE VEN DOS ASPECTOS:

- 1.- LA MODIFICACION EN LA MORFOLOGIA DEL DIENTE
- 2.- LA MODIFICACION EN LAS ESTRUCTURAS INTERNAS

CON RESPECTO AL PRIMER PUNTO, ESTA DEMOSTRADO QUE CUANDO EL DIENTE TIENE FISURAS Y FOSAS DEMASIADO PROFUNDAS ES MAS SUSCEPTIBLE A DESARROLLAR EL PROCESO DE CRIES. ESTO SUCEDE POR EL ESTANCAMIENTO QUE AHI SE PRESENTA DE ALIMENTOS Y BACTERIAS.

EN LOS EXPERIMENTOS QUE SE HAN LLEVADO ACABO SUGIEREN QUE ALGUNOS DE LOS NUTRIENTES PUEDEN TENER LA INFLUENCIA EN LA MORFOLOGIA DEL DIENTE.

EN LOS CASOS EN QUE ENCONTRAMOS DIENTES DONDE LA MORFOLOGIA ES DEFECTUOSA PODEMOS UTILIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE LA ODONTOLOGIA - PROFILACTICA O BIEN LOS SELLADORES QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE DESARROLLO.

CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA.- POR MEDIO DEL CONTROL DE LA PLACA SE PRODUCE LA DESORGANIZACION Y RUPTURA DE LAS COLONIAS QUE FAVORECEN SU DESARROLLO. PARA ESTO CONTAMOS CON DIFERENTES METODOS:

- 1.- CEPILLO DENTAL
- 2.- AGENTES REVELADORES DE PLACA
- 3.- DENTIFRICOS Y ENJUAGUES
- 4.- SEDA DENTAL
- 5.- COADYUVANTES DE LA LIMPIEZA

CEPILLO DENTAL

- 1.- MANGO RECTO
- 2.- ALCANZAR TODAS LAS SUPERFICIES DENTARIAS
- 3.- TENER DE TRES A CUATRO HILERAS DE CERDAS A LA MISMA ALTURA
- 4.- EL MATERIAL DE LAS CERDAS PUEDEN SER DE NYLON O NATURALES CADA UNO CON EXTREMOS LIBRES REDONDEADOS, LA ALTURA DE LAS CERDAS DEBE SER 12 mm. APROXIMADAMENTE.
- 5.- ADAPTAR EL CEPILLO A LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE.

AGENTES REVELADORES DE LA PLACA

- 1.- PASTILLAS
- 2.- SOLUCIONES

DENTIFRICOS Y ENJUAGUES

CONTIENEN ABRASIVOS Y DETERGENTES MEZCLADOS CON ENDULCOLORANTE.

EL DETERGENTE ELIMINA O DISMINUYE LA TENSION SUPERFICIAL EL ABRASIVO AYUDA A PULIR LOS DIENTES Y MOVILIZA LOS RESIDUOS ALIMENTICIOS, ENDULCOLORANTE HACE MAS PLACENTERO EL CEPILLADO DEJANDO UNA SENSACION FRESCA EN LA BOCA.

SEDA DENTAL.- NOS AYUDA A UNA MEJOR HIGIENE INTERDENTAL, EXISTEN DOS TIPOS EL REDONDO Y EL APLANADO, CON CERA O SIN ELLA.

TECNICA PARA EL USO DE LA SEDA DENTAL: SE CORTA UN TRAMO DE SEDA DENTAL DE 30 A 40 cm. DE LONGITUD, CADA EXTREMO SE ENROLLA ALREDEDOR DEL DEDO INDICE O MEDIO DE CADA MANO DE MANERA QUE LA MAYOR PARTE DE LA SEDA QUEDE SOBRE LOS DEDOS Y SOLO UN POCO SOBRE EL DIENTE.

PARA CONTROLAR LOS MOVIMIENTOS DE LA SEDA DENTAL Y NO LESIONAR LOS TEJIDOS GINGIVALES LA LONGITUD DE SEDA DENTAL LIBRE NO DEBE DE SER MAYOR DE 9 A 11 cm PARA LIMPIAR LOS DIENTES INFERIORES LA SEDA DENTAL SE -- GUIA CON LOS DEDOS INDICES.

LA INTRODUCCION DE LA SEDA ENTRE LOS DOS INCISIVOS SERA APLICANDOLA - FIRMEMENTE SIN LLEGAR A LA ADHERENCIA EPITELIAL SIN LASTIMAR LA PAPI- LA GINGIVAL.

EXISTEN APLICADORES DE SEDA EN "Y".

COAYUVANTES DE LA LIMPIEZA.- ESTOS MATERIALES AYUDAN A LA LIMPIEZA - BUCAL ADEMAS DE LOS MENCIONADOS TENEMOS:

TIRAS DE GOMA: SON DE GRAN UTILIDAD CUANDO HAY DIASTEMAS, SE USAN TIRAS DE GASA DE UNA PULGADA, CORTADAS EN PORCIONES DE 15 cm. DE LONGI- TUD DOBLADAS EN EL CENTRO.

EL DOBLE SE COLOCA CONTRA LA ENCIA INCLUSO MAS ALLA DEL MARGEN GINGI- VAL ESTAS REGIONES SE VAN A LIMPIAR MOVIENDO LA GASA HACIA ADELANTE Y HACIA ATRAS.

ESTIMULADORES DE CAUCHO: SE VAN A UTILIZAR EN LAS REGIONES EN QUE SE SE HAN PRACTICADO GINGIVECTOMIAS, O ALGUN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, O DADO EL CASO EN LAS REGIONES QUE HAN SIDO DESTRUIDAS POR ENFERMEDAD - COMO EN EL CASO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE.

LA PUNTA DEL ESTIMULADOR SE COLOCA INTERDENTALMENTE Y CON LIGERA IN- CLINACION HACIA LA CARA OCLUSAL SE LE VA DANDO UN MOVIMIENTO DE ROTA- CION EJERCIENDO PRESION SOBRE LA ENCIA.

LIMPIAPIPAS: SE USAN EN ZONAS INTERPROXIMALES INAXESIBLES, BIFURCACIO- NES Y TRIFURCACIONES EXPUESTAS SE INTRODUCE CON CUIDADO Y SE TIRA DE ELLOS.

CEPILLO DENTAL ELECTRICO: ESTOS SON MAS EFICACES PARA PERSONAS IMPE- DIDAS Y SOBRE TODO PARA LA LIMPIEZA ALREDEDOR DE APARATOS DE ORTODON- CIA. PRODUCE MENOS ABRASION DE LA SUBSTANCIA DENTARIA Y MATERIALES DE RESTAURACION QUE EL CEPILLO DENTAL MANUAL.

WATER PICK, CONSISTE EN IRRIGAR CON UN CHORRO DE AGUA INTERMITENTE ES MUY UTIL CUANDO HAY ALAMBRES EN LA BOCA YA SEA POR ORTODONCIA O FRACTURAS QUITANDO ASI LA ACUMULACION DE COMIDA. PERO EXISTE UNA CONTRAINDICACION SE HA DEMOSTRADO QUE PUEDE SER PERJUDICIAL PARA LA ENCIA EL LAVADO DIARIO.

MONDADIENTES DE MADERA: DEBE SER TRIANGULAR, LA BASE DEL TRIANGULO ES LA QUE DEBE DE ESTAR EN CONTACTO CON LA ENCIA, SE HACE PALANCA CON LA MANO EN LA BARBA O EN LOS MISMOS -- DIENTES Y SE LIMPIA HACIENDO PALANCA AL MISMO TIEMPO, LA BASE DEL TRIANGULO SE DA MASAJE A LA ENCIA PUEDE HACERSE DE CINCO A DIEZ MOVIMIENTOS.

TECNICAS DE CEPILLADO

OBJETIVOS DEL CEPILLADO DENTAL

- 1.- ELIMINAR LOS RESTOS ALIMENTICIOS, MATERIA ALVA, MUCINA Y REDUCIR LOS MICROORGANISMOS.
- 2.- ESTIMULAR LA CIRCULACION GINGIVAL
- 3.- ESTIMULAR LA QUERATINIZACION DE LOS TEJIDOS HACIENDOLOS MAS RESISTENTES A CUALQUIER TIPO DE AGRESION.

EXISTEN DIFERENTES TECNICAS DE CEPILLADO SU FRECUENCIA DEBE SER POR LA MAÑANA AL LEVANTARSE E INMEDIATAMENTE DESPUES DE LAS COMIDAS Y ANTES DE ACOSTARSE.

METODO DE STILLMAN: EL PACIENTE DEBE COLOCARSE FRENTE AL ESPEJO Y SUS DIENTES EN POSICION DE BORDE EL CEPILLO SE COLOCA CON LAS CERDAS PARTE EN LA ENCIA Y PARTE EN LA PORCION CERVICAL DE LOS DIENTES; SE PRESIONA CON ELLAS EN EL MARGEN GINGIVAL HASTA PRODUCIR IZQUEMIA POSTERIORMENTE SE DIRIGE EL CEPILLO HACIA INCISAL U OCLUSAL, EL CEPILLO DEBE HACERSE ESTO POR LO MENOS SEIS VECES.

LAS CARAS MASTICATORIAS SE LIMPIAN EN FORMA CIRCULAR, LAS CARAS LINGUALES SE CEPILLARAN BARRIENDO LOS DIENTES, SIEMPRE HACIA INCISAL Y OCLUSAL SIN NECESIDAD DE PRODUCIR IZQUEMIA.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO: LA UNICA DIFERENCIA DE ESTE METODO CONSISTE EN QUE EL MOVIMIENTO DE BARRIDO ESPIEZA EN LA ENCIA INSERTADA Y SE CONTINUA CON LA ENCIA MARGINAL.

METODO DE CHARTESS: EL CEPILLO DEBERA COLOCARSE EN ANGULO RECTO CON RESPECTO AL EJE MAYOR DEL DIENTE CON LAS CERDAS EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES SIN TOCAR LA ENCIA AHI SE HARA UN MOVIMIENTO PARA QUE LOS LADOS DE LAS CERDAS ENTREN EN CONTACTO CON EL MARGEN GINGIVAL.

METODO DE FONES: EL CEPILLO SE COLOCA HORIZONTALMENTE AL EJE MAYOR DEL DIENTE.

METODO FISIOLÓGICO.- SE HACE SIGUIENDO EL TRAYECTO QUE SIGUE EL BOLO ALIMENTICIO, PARA ELLO SE UTILIZA EL CEPILLO CON CERDAS DE LA MISMA LONGITUD Y DE TAMAÑO MEDIANO; EL PACIENTE SOSTIENE EL MANGO DEL CEPILLO EN POSICION HORIZONTAL Y LAS CERDAS SE DIRIGEN EN ANGULO HACIA LOS DIENTES Y SE HACEN MOVIMIENTOS SUAVES DE ARRIBA HACIA ABAJO.

METODO PARA REGIONES DIFICILES.- CUANDO LAS CORONAS SEAN MAYORES QUE LA ANCHURA DEL CEPILLO, SE NECESITA COLOCARLO EN POSICION VERTICAL Y CEPILLAR SOLO UN DIENTE CADA VEZ CON MOVIMIENTO DE ARRIBA HACIA ABAJO Y EN FORMA CIRCULAR. ESTO MISMO SE RECOMIENDA CUANDO EXISTEN DIENTES FUERA DE ALINEAMIENTOS A FIN DE EVITAR EMPAQUETAMIENTO ALIMENTICIO EN LA ENCIA MARGINAL. CUANDO SE TRATA DE CEPILLAR LAS CARAS DISTALES DE LOS ULTIMOS DIENTES, TAMBIEN SE RECOMIENDA ESTA TECNICA.

TRATAMIENTO SISTEMICO CON FLUORURO

EL FLUOR TIENE UN NUMERO ATOMICO 9 PESO ATOMICO 19, SE ENCUENTRA EN LA NATURALEZA ACOMPAÑADO SIEMPRE DE OTROS ELEMENTOS FORMANDO SALES, LA MAS IMPORTANTE FUENTE DEL FLUOR ES EL FLUORURO DE CALCIO.

MECANISMOS DE ACCION ANTICARIES DEL FLUOR

- 1.- MODIFICA LA COMPOSICION QUIMICA DEL ESMALTE, AL DEPOSITARSE SOBRE LA SUPERFICIE DENTARIA, FORMA UNA CAPA DE FLUORURO DE CALCIO PROTECTOR.
- 2.- DISMINUYE EL GRADO DE SOLUBILIDAD DEL ESMALTE.
- 3.- TIENE EFECTO ANTIBACTERIANO Y PRODUCE DISMINUCION EN LA PRODUCCION ACIDOGENICA DE LAS BACTERIAS, DEBIDO A LA ACCION INHIBIDORA QUE SOBRE LAS ENZIMAS DE CIERTAS BACTERIAS TIENE EL FLUORURO.
- 4.- SE OBTIENE UNA ESTRUCTURA ADAMANTINA MAS PERFECTA, SE OBSERVA UNA REDUCCION NOTABLE DE DEFECTOS ESPECIALMENTE EN HIPOPLASIAS.

EL TRATAMIENTO CON FLUORUROS SISTEMICOS SE REFIERE AL PROCEDIMIENTO DE INGESTION DE FLUORURO, PARTICULARMENTE DURANTE EL PERIODO DE LA FORMACION DENTARIA.

EL MEDIO MAS COMUN ES A TRAVES DE LA INGESTION DE AGUAS DE CONSUMO QUE CONTIENEN FLUORURO, O HAN SIDO REFORZADAS CON LA CANTIDAD DESEADA. TAMBIEN SE HAN SUGERIDO OTROS MEDIOS PARA PROVEER FLUORUROS SISTEMICOS; COMO POR EJEMPLO EL AGREGADO DE FLUORURO A OTROS ALIMENTOS TALES COMO: LECHE, CEREALES, SAL Y EL USO DE TABLETAS.

LA INGESTION DE AGUA DE CONSUMO QUE CONTENGA UNA CANTIDAD OPTIMA DE FLUORURO, ESTA AMPLIAMENTE RECONOCIDA COMO EL MEDIO MAS EFICIENTE DE QUE SE DISPONE EN LA ACTUALIDAD PARA PROVEER PROTECCION CONTRA LA CARIES DENTAL A LA POBLACION EN GENERAL.

ESTA MEDIDA DE FLUORIZACION COMUNAL TRAE COMO RESULTADO UNA DISMINUCION A LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL DE UN 50 A UN 60 %.

EL FLUOR QUE CONTIENE EL ORGANISMO HUMANO PROVIENE DE ALIMENTOS PERO SOBRE TODO SE ENCUENTRA EN EL AGUA, YA QUE ES UNO DE LOS COMPONENTES NATURALES DE ELLA.

LA CANTIDAD OPTIMA HA SIDO FIJADA COMO UNA PARTE DE ION FLUOR POR UN MILLON DE PARTES DE AGUA, ES DECIR UN MILIGRAMO DE FLUOR POR UN LITRO DE AGUA.

VEHICULOS ADICIONALES PARA PROVEER FLUORURO SISTEMICO A LA DENTICION EN DESARROLLO.

AGREGANDO 200 mg. DE CLORURO DE SODIO POR MILIGRAMO DE SAL, SE CREE QUE ES LA CANTIDAD OPTIMA DE FLUORURO REQUERIDO PARA OBTENER BENEFICIOS EN LA SALUD DENTAL.

PERO PRESENTA LA DESVENTAJA DE VARIACION EN LA INGESTION DE LA SAL PERO A PESAR DE ESTA DESVENTAJA, SE HA LOGRADO UNA SIGNIFICATIVA REDUCCION DE CARIES.

A LA VEZ YA SE HA SUGERIDO QUE LA CANTIDAD DE FLUORURO AGREGADO A LA SAL DEBE SER AUMENTADO.

DENTRO DE ESTOS VEHICULOS ADICIONALES SUGERIDOS ENCONTRAMOS LA LECHE Y LOS CEREALES. PARA EL DESAYUNO, EN ESTE CASO LA LECHE REDUCE LA INCIDENCIA DE CARIES PERO EXISTEN CIERTAS DESVENTAJAS, COMO POR EJEMPLO POR EL CONTENIDO DE CALCIO DE ESTE ALIMENTO LAS SALES DE FLUOR SON DIFICILMENTE ABSORBIBLES EN EL TRACTO INTESTINAL.

OTROS ALIMENTOS.- COMO EL TE, QUESOS CREMAS, MARGARINAS, PESCADOS QUE CONTIENEN UN ALTO NIVEL DE FLUOR NATURAL, SIN EMBARGO TODAS LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS DAN POR HECHO QUE LA INCORPORACION DE FLUORURO EN EL AGUA DE CONSUMO QUE CONTENGA LA CANTIDAD OPTIMA DE FLUORURO CONSTITUYE EL PROCESO MAS EFICAZ SEGURO Y ECONOMICO DE OBTENER UN EFECTO ANTICARIES.

FLUOR EL TABLETAS.- PARA OBTENER MAYOR EFICACIA SE DEBE ADMINISTRAR ANTES Y DESPUES DEL NACIMIENTO Y PREFERENTEMENTE HASTA LOS DIECINUEVE O VEINTE AÑOS EL FLUORURO RECOMENDABLE ES EL FLUORURO DE SODIO EN TABLETAS DE 2.21 mg. UNA PASTILLA DIARIA EN EL ADULTO.

EN EDAD TEMPRANA DEBEN PRESCRIBIRSE COMPLEMENTOS FLUORADOS LIQUIDOS Y DAR INSTRUCCIONES A LOS PADRES PARA QUE LOS ADMINISTREN.

POR LO GENERAL EL NIÑO ES CAPAZ DE MASTICAR Y DEGLUTIR LAS TABLETAS DE FLUOR A LOS 30 o 36 MESES EN ESTE CASO DEBEN PRESCRIBIRSE TABLETAS MAS TICALBES BAJO LA VIGILANCIA DE SUS PADRES. DE HECHO ESTE ENFOQUE COMPRENDE LA DISTRIBUCION DIARIA DE TABLETAS DE FLUOR EN LAS AULAS DURANTE TODO EL AÑO ESCOLAR BAJO SUPERVISION EL NIÑO MASTICA LA TABLETA, HACE BUCHES PARA HACERLO PASAR ENTRE LOS DIENTES Y LUEGO LO TRAGA LA DOSIS ES DE UN mg. POR DIA.

TRATAMIENTO TOPICO CON FLUOR.- SE REFIERE AL USO DE SISTEMAS QUE CONTENGAN CONCENTRACIONES RELATIVAMENTE GRANDES DE FLUORURO QUE SE APLICAN EN FORMA LOCAL O TOPICAMENTE A LAS CARAS ERUPCIONADAS DE LOS DIENTES PARA PREVENIR LA FORMACION DE CARIES DENTAL. COMPRENDE EL USO DE ENJUAGATORIOS, DENTIFRICOS, PASTAS, GELES Y SOLUCIONES CON FLUORURO QUE SE APLICAN DE DISTINTA MANERA.

APLICACION TOPICA DE FLUOR.- POR MEDIO DE SU APLICACION TOPICA EL FLUOR SE COMBINA CON LA PORCION INORGANICA DEL ESMALTE HACIENDOLO MENOS SOLUBLES A LOS ACIDOS ORGANICOS PRODUCIDOS POR LA DESINTEGRACION BACTERIANA DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN LA BOCA ' O SEA QUE ACTUAN POR UN INTERCAMBIO DE IONES EN EL ARMAZON DE LOS CRISTALES DE APATITA DEL DIENTE, SUSTITUYENDO EL ION DE FLUOR FORMANDO FLUORURO APATITA QUE ES POCO SOLUBLE A LOS ACIDOS.

TECNICA DE APLICACION.- BASICAMENTE HAY DOS PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS TOPICOS DE FLUORURO.

METODO TRADICIONAL

- 1.- PROFILAXIS.- ES FUNDAMENTAL PARA ELIMINAR TODOS LOS DEPOSITOS SUPERFICIALES.
- 2.- AISLADO CON ROLLOS DE ALGODON.
- 3.- SECADO
- 4.- TOPICACION
- 5.- RECOMENDACIONES AL PACIENTE.

DESPUES DE LA PROFILAXIS SE INDICA AL PACIENTE QUE SE ENJUAGUE PERFECTAMENTE; SE COLOCAN LOS ROLLOS DE ALGODON Y LOS PORTARROLLOS DE MANERA DE AISLAR LA ZONA QUE SE VA A TRATAR.

SE SECAN LOS DIENTES AISLADOS CON AIRE COMPRIMIDO Y SE APLICA LA SOLUCION DE FLUORURO CON APLICADORES DE ALGODON DEBE DE TENERSE CUIDADO DE ASEGURARSE QUE TODAS LAS CARAS DENTARIAS SEAN TRATADAS.

LA APLICACION SE REALIZA PASANDO EL APLICADOR POR LAS DISTINTAS SUPERFICIES DENTARIAS CON EL ALGODON BIEN MOJADO CON LA SOLUCION DEL FLUORURO. ESTE PROCEDIMIENTO SE REPITE EN FORMA CONTINUA EN TODAS LAS SUPERFICIES DENTALES. UNA VEZ CONCLUIDA LA APLICACION TOPICA, SE DAN INSTRUCCIONES AL PACIENTE PARA QUE NO SE ENJUAGUE NO BEBA NI COMA EN UN PERIODO DE 30 MIN.

PARA LOGRAR RESULTADOS OPTIMOS LOS DIENTES SE EXPONDRAN AL FLUORURO POR 4 MIN.

TECNICA DE APLICACION CON CUBETA.- EN EL COMERCIO SE ENCUENTRAN MUCHOS TIPOS DE CUBETAS O PORTAIMPRESIONES; LA SELECCION ADECUADA PARA CADA PACIENTE ES UNA PARTE IMPORTANTE DE LA TECNICA.

UN PORTAIMPRESIONES ADECUADO DEBE CUBRIR TODA LA DENTADURA DEL PACIENTE DEBE TENER SUFICIENTE PROFUNDIDAD COMO PARA LLEGAR MAS ALLA DEL CUELLO DEL DIENTE CONTACTAR CON LA MUCOSA ALVEOLAR A MANERA QUE LA SALIVA DILUYA EL GEL DE FLUORURO.

PROCEDIMIENTO.- UNA VEZ REALIZADA LA LIMPIEZA INICIAL SE LE PERMITE AL PACIENTE SE ENJUAGUE Y SE SECAN LOS DIENTES CON AIRE COMPRIMIDO Y SE COLOCA EL GEL EN LA PORCION PROFUNDA DE LA CUBETA, SE PROCEDE A COLOCAR LA CUBETA SOBRE TODO EL ARCO DE MODO QUE EL GEL ALCANCE TODAS LAS SUPERFICIES Y FLUYA SOBRE LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES, SE PRESIONA O SE MOLDEA SOBRE LA SUPERFICIE DENTAL SE PUEDE INDICAR AL PACIENTE QUE MUERDA SUAVEMENTE O QUE SIMULE MOVIMIENTOS MASTICATORIOS POR UN PERIODO DE 4 MIN. LA FRECUENCIA DE APLICACION DEBE SER DICTADA POR LAS CONDICIONES Y LAS NECESIDADES PRESENTADAS POR CADA PACIENTE A INTERVALOS DE 3, 6, 12 MESES SEGUN SU ACTIVIDAD DE CARIES.

PASTAS PARA PROFILAXIS QUE CONTIENEN FLUOR.- NO DEBEN CONSIDERARSE COMO MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA CARIES PERO SI DEBEN USARSE EN LUGAR DE LAS QUE NO CONTIENEN FLUOR YA QUE ESTAS PASTAS PUEDEN DEVOLVER AL ESMALTE EL FLUOR PERDIDO DURANTE LA LIMPIEZA EN EL PULIDO DE LOS DIENTES.

FLUOR EN LOS DENTIFRICOS.- ES EL UNICO ADITIVO QUE LOS DENTIFRICOS QUE CONTIENEN UN VALOR SIGNIFICATIVO AL 0.1% COMO PREVENTIVO DE LA CARIES. DE HECHO EL DENTIFRICO FLUORADO SE USA EN NIÑOS CON FRECUENCIA DE CEPILLADO NORMAL, EL GRADO DE PROTECCION CONTRA LA CARIES ES APROXIMADAMENTE DE 30%, CUANDO LA FRECUENCIA DE CEPILLADO SE AUMENTA LA PROTECCION AUMENTA AL 46%.

C A P I T U L O I I

MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO

EL ASPECTO PSICOLOGICO EN EL TRATAMIENTO DENTAL DE LOS NIÑOS ES DE VITAL IMPORTANCIA, DEBIDO A QUE SERA LA BASE PARA REALIZAR EXITOSAMENTE NUESTRO TRATAMIENTO.

ES ESENCIAL QUE EL C.D. TENGA LOS CONOCIMIENTOS BASICOS DE PSICOLOGIA LOS CUALES DEBERA RECONOCER Y APLICAR EN LA PRACTICA COTIDIANA, ASIMISMO TENDRA LA RESPONSABILIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO EN EL TRATAMIENTO O LOS SERVICIOS QUE SE PRESTEN AL NIÑO, PARA EVITAR TRAUMAS POSTERIORES. TENDREMOS QUE APRENDER POR MEDIO DE LA COORDINACION, LA EXTENSION DE LOS ESTUDIOS CLINICOS BIEN CONTROLADOS, A LOS CUALES PODEMOS DIRIGIR EL USO DE PRACTICAS TALES COMO EL DOMINIO DE LA VOZ, LA RESTRICCIÓN FISICA PARA AYUDARLOS A RESOLVER LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO.

EL BUEN EXITO DEL ODONTOLOGO DEPENDE DE SU CAPACIDAD PARA ENSEÑAR AL NIÑO A ACEPTAR EL TRATAMIENTO NECESARIO, CREANDO EN EL SENTIDO DE COOPERACION Y RESPONSABILIDAD CON RESPECTO AL CUIDADO DE SU BOCA; ALENTAR TODOS LOS BUENOS HABITOS CON ELOGIOS Y ESPERAR EL MOMENTO APROPIADO PARA FELICITARLO. POR CONSIGUIENTE EL ODONTOLOGO DEBE ESTAR PREPARADO EN RELACIONES HUMANAS Y EN TECNICAS DENTALES PARA PODER CUMPLIR SUS OBLIGACIONES HACIA EL NIÑO. ASIMISMO ES NECESARIO CONOCER LA INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL PENSAMIENTO Y CONDUCTA DEL NIÑO Y OBSERVAR EL AMBIENTE DEL HOGAR PARA CLASIFICAR AL PACIENTE Y PLANEAR EL TRATAMIENTO ADECUADO.

1.- NUCLEO FAMILIAR

SE ENTIENDE POR NUCLEO FAMILIAR LA COEXISTENCIA ENTRE PADRES E HIJOS Y EN OCASIONES SE PUEDE AÑADIR ABUELOS Y OTROS FAMILIARES VIVIENDO BAJO UN MISMO TECHO.

LA COEXISTENCIA BAJO UN TECHO Y LOS VINCULOS DE SANGRE QUE DEFINEN A LA FAMILIA NO BASTAN PARA UNIR A SUS MIEMBROS, EL AUTENTICO CIMIENTO DE TODA FAMILIA ES EL AMOR RECIPROCO ENTRE LOS QUE ESTAN VIVIENDO JUNTOS, PORQUE LA ACTITUD DEL NIÑO - HASTA LA EDAD ADULTA FRENTE A LA SOCIEDAD DEPENDE EN GRAN PARTE A SU EXPERIENCIA FAMILIAR: ES POR ESO QUE EL NIÑO ADOPTA UNA ACTITUD CON RESPECTO AL CIRCULO FAMILIAR DETERMINANDO TAMBIEN SUS RELACIONES CON LOS SERES HUMANOS. EL ENFOQUE DE UN INDIVIDUO Y SU MANERA DE CONSIDERAR LA MAYORIA DE LAS COSAS, LAS POSICIONES QUE ADQUIERE FRENTE A LOS PROBLEMAS NACEN EN EL INTERIOR DEL MUNDO RELATIVAMENTE PEQUEÑO DE LA FAMILIA.

EL DENTISTA DEBE TENER EN CUENTA QUE LA FAMILIA FACILITA AL NIÑO EL APRENDIZAJE Y QUE NO EXISTE SOCIEDAD VIABLE SIN UN EQUILIBRIO PERMANENTE ENTRE AMOR Y AUTORIDAD, ENTRE SOLIDARIDAD Y RIVALIDAD

QUE EL NIÑO EVOLUCIONA EN TRES PLANOS PARALELOS Y PROFUNDAMENTE ENTRELAZADOS: FISICO, INTELLECTUAL Y AFECTIVO; EL PROFESIONAL DEBE INVESTIGAR SI EL NIÑO TIENE LIBRE JUEGO QUE ES DE LAS GRANDES FUNCIONES Y LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES ORGANICAS QUE PERMITEN SU DESARROLLO INTELLECTUAL, DE SUS RELACIONES CON EL AMBIENTE Y CASI EXCLUSIVAMENTE CON LA FAMILIA DEPENDE EL EQUILIBRIO Y LA EVOLUCION NORMAL Y SU AFECTIVIDAD. EL NIÑO POSEE O TIENE DOS EDADES: LA EDAD PSICOLOGICA Y LA CRONOLOGICA.

PERIODO PRENATAL, NACIMIENTO Y PERIODO NEONATAL:

EN EL MOMENTO EN QUE EL NIÑO NACE, TRAE UN PASADO QUE PUEDE DIVIDIRSE EN TRES PARTES:

- 1.- UN PASADO DISTANTE DE LAS GENERACIONES, LLEVADO EN SUS GENES, LOS CUALES DETERMINAN DIFERENCIAS INDIVIDUALES, ALGUNOS EXPRESADOS A SU VEZ EN LO QUE TENDEMOS A LLAMAR TEMPERAMENTO; OTROS QUE PERMANECEN LATENTES O QUE ADQUIEREN LA EXPRESION EN LO QUE SE DENOMINA INFLUENCIA DE SU MUNDO EXTERIOR O MEDIO AMBIENTE.
- 2.- UN PASADO RECIENTE DE NUEVE MESES DENTRO DEL CUERPO DE LA MADRE DEL QUE INFLUYE EN SU VIDA EMOCIONAL FUTURA.
- 3.- LA ENTREGA QUE LO PONE LIBRE, DE TAL MODO QUE LO DEJA DEBIL EN SUS RESPUESTAS A DETERMINADOS ESTIMULOS PARTICULARMENTE PENOSOS DEL DOLOR DEL PRIMER DIA EN TANTO QUE REACCIONA CON EL CUERPO ENTERO.

EL REFLEJO INICIAL A MUCHAS OTRAS FUNCIONES PSIQUICAS DEL NIÑO AL PRINCIPIO SE MANTIENE EN UN ESTADO DE TRASTORNO: LA RESPIRACION ES DEBIL E IRREGULAR, EL RITMO INTESTINAL ESTA DESORGANIZADO CON FRECUENTES MOVIMIENTOS ANTIPERISTALTICOS Y EL SISTEMA CARDIOVASCULAR TAMBIEN ES AUN INESTABLE.

EL AMAMANTAR, GUARNECER Y DARLE ALIMENTOS SE ATRIBUYE A NUESTRO RECONOCIMIENTO CRECIENTE DE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO PROTECTOR QUE EL NIÑO REQUIERE DE SU MADRE DURANTE ESTE PERIODO DIFICIL DE TRANSICION. LA PRIMERA Y SEGUNDA SEMANA EL NIÑO MANTENDRA SU EXISTENCIA VEGETATIVA, EL SUEÑO SIN PROFUNDIDAD, DESPERTANDO UNICAMENTE CUANDO SE SIENTE INCOMODO. SE FAMILIARIZA CON EL OLOR Y CALOR DE LA MADRE. EL HAMBRE, FRIO Y DOLOR LE CONDUCIRAN A PROTESTAR MEDIANTE LAMENTOS O LLANTO Y AUNQUE EL NACIMIENTO ES UNA EXPERIENCIA DE CHOQUE PARA EL NIÑO EL PROCESO MISMO Y LOS MUCHOS ESTIMULOS NUEVOS SENSORIALES RECIBIDOS INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO HACE VIABLE LA MADUREZ DEL SISTEMA NERVIOSO POR UNA GRAN ACELERACION DE LA MIELINIZACION

EL DESARROLLO DE LOS PRIMEROS MESES ES MAS RAPIDO QUE DURANTE CUALQUIER OTRO PERIODO DE LA VIDA.

LA INDULGENCIA DE LA MADRE EN ESTA EDAD, CONSTITUYE UN ALICIENTE CONTRA LAS MUCHAS IMPRESIONES NUEVAS Y EXTRAÑAS Y LE AYUDA EN SU ASIMILACION O ADAPTACION. UNA MUJER CON ESPIRITU DE MADRE QUE RECIBE EL APOYO NECESARIO DE SU MEDIO AMBIENTE INTUITIVAMENTE ACELELARA EL EQUILIBRIO, ESTIMULO Y LA NO INTERFERENCIA REQUERIDA POR SU NIÑO

DOS AÑOS.- A VECES EL ODONTOLOGO DEBERA EXAMINAR O TRATAR A UN NIÑO DE ESTA EDAD. POR LO TANTO ES CONVENIENTE PRESTAR ATENCION AL ESQUEMA DE CONDUCTA Y GRADO DE DESARROLLO QUE PUEDA ESPERAR A ESA EDAD Y PROCURAR DETERMINAR SI EL NIÑO SE ESTA DESARROLLANDO SEGUN LA NORMA DE CONDUCTA Y GRADO DE DESARROLLO. A LOS DOS AÑOS LOS NIÑOS DIFIEREN MUCHO EN SU CAPACIDAD DE COMUNICACION SOBRE TODO PORQUE EXISTE UNA DIFERENCIA CONSIDERABLE EN EL DESARROLLO DEL VOCABULARIO. A LOS DOS AÑOS CONOCEN ENTRE DOCE Y MIL PALABRAS, SI EL NIÑO TIENE UN VOCABULARIO LIMITADO LA COMUNICACION SERA DIFICIL. A MENUDO SE DICE QUE EL NIÑO A ESTA EDAD SE ENCUENTRA EN UNA ETAPA PRECOOPERATIVA. ES DEMASIADO PEQUEÑO PARA LLEGAR A EL CON PALABRAS SOLAMENTE SE DEBE DEJAR TOCAR Y MANEJAR LOS OBJETOS CON EL FIN DE USAR PLENAMENTE SU SENTIDOS. SE DEBE PERMITIR QUE EL NIÑO SOSTENGA EL ESPEJO, SIENTA LA TACITA DE HULE ETC. AL REALIZARLO TENDRA UNA MEJOR IDENTIFICACION DE LO QUE EL DENTISTA INTENTA HACERLE. LE INTRIGA EL AGUA Y EL LAVABO, SE LLEVA BIEN CON LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA. SIN EMBARGO EL PADRE PARECE SER EN MUCHOS CASOS EL FAVORITO PUESTO QUE EL NIÑO ES TIMIDO CON GENTE EXTRAÑA Y LE RESULTA DIFICIL SEPARARSE DE SUS PADRES, CASI SIN EXCEPCION DEBE PASAR ACOMPAÑADO AL CONSULTORIO.

TRES AÑOS.- CON EL NIÑO DE ESTA EDAD EL ODONTOLOGO SUELE COMUNICARSE Y RAZONA CON MAS FACILIDAD DURANTE LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA. TIENE UN GRAN DESEO DE CONVERSAR Y A MENUDO DISFRUTARA CONTANDO HISTORIAS AL DENTISTA Y A SUS ASISTENTES. EN ESTA ETAPA EL PERSONAL ODONTOLOGICO PUEDE COMENZAR A SERVIRSE DE UN ABORDAJE POSITIVO. DE TODOS MODOS A CUALQUIER EDAD ES CONVENIENTE SEÑALAR LOS FACTORES POSITIVOS ANTES QUE LOS NEGATIVOS.

EL NIÑO DE TRES AÑOS EN SITUACIONES DE STRESS O CUANDO SE LE LASTIMA ESTA FATIGADO O ASUSTADO, AUTOMATICAMENTE VUELVE A SU MADRE O SUSTITUTO PARA OBTENER CONSUELO, APOYO Y SEGURIDAD. TIENE DIFICULTADES PARA ACEPTAR LA PALABRA DEL DENTISTA Y SE SIENTE MAS SEGURO SI SE PERMITE A SUS PADRES PERMANECER CON EL HASTA QUE SE FAMILIARICE CON EL PERSONAL Y PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN EL CONSULTORIO.

CUATRO AÑOS.- ES LA EDAD DE LA CURIOSIDAD INATA DEL COMO Y EL PORQUE DE LAS COSAS, EL NIÑO ESCUCHARA CON ATENCION LAS ESPLICACIONES Y NORMALMENTE RESPONDERA BIEN A LAS EXPLICACIONES VERBALES, SON VIVACES Y GRANDES CONVERSADORES, TIENDEN A EXAGERAR SU CONVERSACION EN ALGUNAS OCASIONES, PUEDE SER DESAFIANTE Y RECURRIR AL EMPLEO DE MUCHAS Y MALAS PALABRAS; PERO EN GENERAL EL NIÑO QUE HAYA VIVIDO EN ARMONIA FAMILIAR CON AGRADO Y EDUCACION Y DISCIPLINA NORMAL SERA EL PACIENTE ODONTOLOGICO COOPERADOR.

CINCO AÑOS.- EL NIÑO A ESTA EDAD ACEPTA LAS ACTIVIDADES EN GRUPO Y LA EXPERIENCIA COMUNITARIA, NO SUELE SENTIR TEMOR DE DEJAR AL PADRE EN LA SALA DE RECEPCION, CUANDO EL NIÑO HA RECIBIDO UNA BUENA PREPARACION POR PARTE DE SUS PADRES Y EL ODONTOLOGO NO EXPERIMENTARA TEMOR A EXPERIENCIAS NUEVAS COMO ES IR AL DENTISTA.

SEIS AÑOS.- A ESTA EDAD APARECE UNA EPOCA DE TRANSICION IMPORTANTE QUE VA APAREJADA CON LA ANSIEDAD Y LA SEPARACION DE LOS LAZOS FAMILIARES HABIENDO UN INCREMENTO A LOS TEMORES COMO SON TRAUMATISMOS EN SU CUERPO, UN LIGERO RASGUÑO O LA APARICION DE SANGRE PUEDEN CAUSAR UNA RESPUESTA DESPROPORCIONADA CON LA CAUSA. ES POR ESO QUE EL NIÑO DEBE RECIBIR UNA PREPARACION ODONTOLÓGICA SATISFACTORIA.

SIETE AÑOS.- A ESTA EDAD A LOS NIÑOS LES AGRADA QUE SE LES RECONOZCA SU BUEN COMPORTAMIENTO Y SE LES PREMIE CON UNA PALABRA, UNA SONRISA O UNA ACTITUD (REFORZAMIENTO POSITIVO) POR SU ESFUERZO DE COLABORACION

OCHO Y NUEVE AÑOS.- YA RAZONA Y COLABORA MEJOR, HAY UN CAMPO MAS AMPLIO DE INTERES Y SE PUEDE PLATICAR CON EL

Diez años.- A ESTA EDAD EMPIEZA A IMITAR ACTITUDES DE LOS ADULTOS Y ACEPTA EL TRATAMIENTO DENTAL.

2.- VIDA SOCIAL

A PARTIR DEL NACIMIENTO EL INDIVIDUO NECESITA UNA INTERRELACION MUY ESTRECHA CON LOS ADULTOS PROTECTORES Y RESPONSABLES A FIN DE PODER LLEGAR A ALCANZAR LA MADUREZ DE LA PERSONALIDAD. TODA PERSONALIDAD ES INFLUIDA TANTO GENETICA COMO AMBIENTALMENTE; SI BIEN LA HERENCIA PREDISPONE NO CONDICIONA A UNA MANERA OBLIGATORIA LA CONDUCTA DE LOS INDIVIDUOS. LAS POSIBILIDADES DEL EXITO Y FRACASO ESTAN EN PARTE - CONTENIDAS CON LOS GENES DE LAS CELULAS REPRODUCTORAS QUE EL NIÑO POSEE POR PATRIMONIO HEREDITARIO VERDADERO Y BIOLÓGICO QUE LE ES PROPIO.

EL PORVENIR DEL NIÑO DEPENDE DE LA CALIDAD DE ESTE PATRIMONIO HEREDADO Y SU CONSERVACION. UNA PARTE IMPORTANTE DEL COMPORTAMIENTO Y CONDICIONAMIENTO DEL NIÑO ES LA SECUENCIA DE LOS FENOMENOS BIOLÓGICOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE HAN INFLUIDO EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE SU EXISTENCIA, DESDE LA CONCEPCION HASTA EL FIN DE LA PUBERTAD. LA MADRE SE CONSIDERA COMO UNA FUERZA AMBIENTAL PREDOMINANTE SIN EMBARGO CONFORME EL NIÑO VA CRECIENDO SE PRODUCE UN CAMBIO EN SU COMPORTAMIENTO QUE AFECTA EN SU INTERIOR, ESTO PUDO HABER SIDO OBSERVADO AL PONER DE MANIFIESTO SU INDIVIDUALIDAD A TEMPRANA EDAD, TENDIENDO A CONSERVAR DURANTE LA NINEZ LAS CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD QUE MOSTRABA CUANDO ERA INFANTE, O BIEN LOS RASGOS DE ESTA PUEDEN ATRIBUIRSE A LA HERENCIA A LOS FACTORES DETERMINANTES DEL MEDIO AMBIENTE EN QUE SE DESENVUELVE.

DIREMOS QUE EN CUALQUIER SITUACION EL MODELO DE COMPORTAMIENTO DE UN NIÑO ESTA REGIDO POR LA HERENCIA FISICA Y MENTAL Y A MEDIDA QUE SE DESARROLLA POR EL ACONDICIONAMIENTO QUE RECIBE AL ENTRAR EN CONTACTO CON EL MEDIO AMBIENTE QUE DA UN DETERMINADO TIPO DE COMPORTAMIENTO EL CUAL PODRA CAMBIARSE, CONTROLARSE Y DESARROLLARSE SEGUN LOS REQUERIMIENTOS QUE LA SOCIEDAD EXIJA. MIENTRAS QUE LA HERENCIA SOLO PUEDE ALTERARSE EN LIMITES MUY ESTRECHOS.

EL DEBER DE CONDICIONAR A LOS NIÑOS HACIA EL DENTISTA ES DE LOS PADRES "SI QUEREMOS TENER BUENOS PACIENTES INFANTILES, PRIMERO TENDREMOS QUE EDUCAR A LOS PADRES PARA EL BUEN MANEJO DEL NIÑO". EL C.D. TIENE QUE RECONOCER QUE ESTA VINCULADO EMOCIONALMENTE A SUS PACIENTES, PARA MANEJARLOS CON EXITO DEBE ESTAR CONCIENTE DE LOS FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIOLOGICOS QUE HAN FORMADO SUS ACTIVIDADES Y MODELOS DE COMPORTAMIENTO HACIA EL ODONTOLOGO DEBE SER COMPETENTE AL OFRECER CONSEJOS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO PARA QUE LOS PADRES APLIQUEN ESTOS CONSEJOS.

REACCIONES QUE PRESENTA EL NIÑO CON RELACION A SU ESPERIENCIA CON EL CIRUJANO DENTISTA.

- 1.- TEMOR O MIEDO
- 2.- ANSIEDAD
- 3.- RESISTENCIA
- 4.- TIMIDEZ

TEMOR O MIEDO.- EL VALOR DEL MIEDO EN EL NIÑO ES UN MECANISMO PROTECTOR DE PRESERVACION, LA NATURALEZA MISMA DE ESTA EMOCION PUEDE UTILIZARSE PARA MANTENER AL NIÑO ALEJADO DE SITUACIONES PELIGROSAS, YA SEA DE TIPO SOCIAL O FISICO. EL ENFOQUE DEL ENTRENAMIENTO POR LOS PADRES NO DEBE TENDER A ELIMINAR EL MIEDO SINO A CANALIZARLO HACIA LOS PELIGROS QUE REALMENTE EXISTEN Y A EVITARLO EN SITUACIONES DONDE NO EXISTA. POR LO TANTO LLEVAR AL NIÑO AL DENTISTA NO DEBERA NUNCA IMPLICAR CASTIGO YA QUE EMPLEARLO ASI CREA INDUDABLEMENTE MIEDO AL C.D. LOS TEMORES O MIEDO PUEDEN SER: OBJETIVOS O SUBJETIVOS.

TEMORES OBJETIVOS.- SON LOS PRODUCIDOS POR ESTIMULACION FISICA DIRECTA DE LOS ORGANOS SENSORIALES, SON REACCIONES A ESTIMULOS QUE SE SIEN SE VEN SE OYEN Y SE PERSIVEN, SON DE NATURALEZA DESAGRADABLE EJM. SI LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO FUE TRAUMATICA PARA LA SUBSECUENTE EL NO QUERRA REGRESAR, ES CUANDO EL ODONTOLOGO DEBE COMPRENDER SU ESTADO EMOCIONAL Y AYUDARLO A ESTABLECER SU CONFIANZA.

TEMORES SUBJETIVOS.- SON SENTIMIENTOS Y ACTITUDES QUE HAN SIDO SUGERIDAS AL NIÑO POR PERSONAS QUE LE RODEAN SIN QUE EL LAS HAYA EXPERIMENTADO PERSONALMENTE.

UN NIÑO DE CORTA EDAD SIN EXPERIENCIA ES MUY SUCEPTIBLE A LA SUGESTION AL OIR ALGUNA SITUACION DESAGRADABLE QUE PRODUJO DOLOR, EL SUFRIRA POR SUS PADRES O POR OTRAS PERSONAS QUE PRONTO LO LLEVARAN A DESARROLLAR MIEDO A ESAS EXPERIENCIAS.

DESPUES DE HABER DESCRITO LOS TIPOS DE TEMORES DIREMOS LO SIGUIENTE: EL TEMOR ES UNA DE LAS EMOCIONES QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE EXPERIMENTA EN LA INFANCIA COMO LO DETALLAMOS ANTERIORMENTE. PARA EL CONTROL DEL NIÑO TEMEROSO AL CONSULTORIO DENTAL EL ODONTOLOGO DEBE DETERMINAR EL GRADO DE TEMOR Y LOS FACTORES QUE PUEDEN SER RESPONSABLE.

SIN EMBARGO LA MAYORIA DE LOS NIÑOS LLEGAN AL CONSULTORIO DENTAL NECESITADOS DE TRATAMIENTO INMEDIATO, Y POR LO TANTO NO ES PRACTICO POSTERGAR EL TRATAMIENTO DE UN NIÑO MIEDOSO CON LA ESPERANZA DE QUE FINALMENTE SUPERARA SU TEMOR Y SE TORNARA MAS COOPERATIVO. POR LO TANTO EL ABORDAJE MAS LOGICO PUEDE SER POR MEDIO DEL REACIONAMIENTO, O BIEN EL CONTROL POR MEDIO DE LA VOZ SUELE SER SUFICIENTE PARA SUPERAR LOS TEMORES EN CASO DE EMERGENCIA.

ANSIEDAD.- ES UNA APRENSION INDEFINIDA QUE SIRVE POR LO GENERAL PARA PONER AL ORGANISMO EN ALERTA CONTRA POSIBLES PELIGROS QUE AUN NO ESTAN CLARAMENTE DEFINIDOS.

LOS TIPOS MAS COMUNES DE LA ANSIEDAD SON:

- 1.- ANSIEDAD Y MIEDO
- 2.- ANSIEDAD Y DOLOR
- 3.- ANSIEDAD Y MUTILACION CORPORAL
- 4.- ANSIEDAD Y PERSONIFICACION DE AUTORIDAD
- 5.- ANSIEDAD Y SENTIDO DE DESAMPARO.

ANSIEDAD Y MIEDO.- LA ANSIEDAD ES IRRACIONAL EN GRADO VARIABLE - MIENTRAS QUE EL MIEDO ES UNA RESPUESTA EMOCIONAL REALISTA A UNA SITUACION QUE CONSTITUYE UN PELIGRO O UNA AMENAZA REAL Y POR LO TANTO ES TANGIBLE.

ANSIEDAD Y DOLOR.- EL DOLOR TIENE LA FINALIDAD DE ADVERTIR AL ORGANISMO DEL PELIGRO QUE PUEDE EL ENFERMO EMPRENDER UNA ACCION PROTECTORA. ASI LA ANSIEDAD SE VUELVE SUBSTITUTO PSICOLOGICO DEL DOLOR PROTEGIENDO AL ORGANISMO ANTICIPADAMENTE DEL DOLOR.

ANSIEDAD Y MUTILACION CORPORAL.- UNA DE LAS CAUSAS BASICAS DE ANGUSTIA ES SU PREOCUPACION ACERCA DEL DAÑO O MUTILACION INFRINGIDOS A SU CUERPO. LA FALTA DE EXPERIENCIA Y DE PERSPECTIVA TRANSFORMAN UN CORTE SIN IMPORTANCIA O UNA GOTA DE SANGRE EN UNA VERDADERA CATASTROFE. ES POR ESO QUE EL NIÑO ESTA PREOCUPADO POR SU CUERPO SU ASPECTO, SU FUERZA Y SU INTEGRIDAD.

ANSIEDAD Y PERSONIFICACION DE AUTORIDAD. EL SENTIMIENTO DE ANGUSTIA MAS PRECOZ Y MAS ARRAIGADO DEL HOMBRE ESTA ASOCIADO CON LA IMAGEN DE LOS PADRES QUE EDUCAN Y CASTIGAN. EL NIÑO RELATIVAMENTE PEQUEÑO Y DESAMPARADO TEME AL PADRE QUE ES RELATIVAMENTE GRANDE Y PODEROSO, EL NIÑO SIENTE QUE SU DESTINO ESTA EN LAS MANOS DE ESA FIGURA PODEROSA A MERCED DE LOS CAPRICHOS Y AUTORIDAD. ES IMPORTANTE QUE EL DENTISTA SEPA QUE CUANDO EL ESTA EN SU CONSULTORIO, VESTIDO DE BLANCO CON UN INSTRUMENTO EN LA MANO CASI SIEMPRE DESPERTARA EN EL PACIENTE UN SENTIDO DE AUTORIDAD.

ANSIEDAD Y SENTIDO DE DESAMPARO.- EL HECHO INCONTROVERTIBLE DE LA PEQUEÑEZ Y DEBILIDAD DEL NIÑO EN UN MUNDO DE ADULTOS PODEROSOS ES LA CAUSA MAS FRECUENTE DE ANGUSTIA EN LA INFANCIA. ESTE SENTIMIENTO PUEDE DOMINARSE MEDIANTE MECANISMOS DE COMPENSACION COMO EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA Y DEL DOMINIO.

LA INDEPENDENCIA, EL DOMINIO Y EL CONTROL SON UNA DEFENSA PSICOLOGICA CONTRA LA ANGUSTIA DE DESAMPARO Y DEBILIDAD.

LAS SITUACIONES QUE TIENDEN A PRIVAR A UNA PERSONA A ESTA DEFENSA PUEDEN CREAR UN ESTADO DE ANSIEDAD.

AL SOMETERSE AL TRATAMIENTO DENTAL EL INDIVIDUO ABANDONA ALGO DE SU INDEPENDENCIA Y DOMINIO. ESTA DEGRADACION ES PARTICULARMENTE SENSIBLE CUANDO EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN EL SILLON DENTAL, CON EL DIQUE DE HULE, EL EYECTOR DE SALIVA, SIN PODER HABLAR O MOVERSE Y SOLO VIENDO AL DENTISTA CON SUS INSTRUMENTOS.

ANSIEDAD MATERNAL

ES UNA ACTITUD CARACTERIZADA POR LA PREOCUPACION EXCESIVA DE LA MADRE DEBIDO A ALGUNA EXPERIENCIA ANTERIOR YA SEA DE ELLA O DE ALGUN FAMILIAR OCASIONANDO UNA CONDUCTA NO DESEADA EN EL CONSULTORIO DENTAL. ESTUDIOS REALIZADOS EN CONSULTORIOS DENTALES DIERON LOS SIGUIENTES RESULTADOS.

EXISTE UNA RELACION SIGNIFICATIVA ENTRE LA ALTA ANSIEDAD MATERNAL Y LA INCOOPERATIVIDAD DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

CUANDO SE LES INFORMA A LAS MADRES QUE EN SU PRIMERA VISITA DENTAL SE INCLUYE EXODONCIA HAY UNA GRAN MANIFESTACION DE ANSIEDAD MATERNAL Y POR CONSIGUIENTE UN COMPORTAMIENTO DEFICIENTE POR PARTE DEL NIÑO, ESTO OCURRE ENTRE LOS TRES Y CUATRO AÑOS DE EDAD EN QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA MUY LIGADO A LA MADRE.

SEGUN INVESTIGACIONES REALIZADAS POR WRIGHT, ALPER Y LEAKS UNA PRECONSULTA PUEDE REDUCIR LA ANSIEDAD MATERNA Y MEJORAR LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA SESION DENTAL.

LA PRECONSULTA CONSISTE EN MOSTRAR UNA BREVE EXPLICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS APLICADOS PARA LA ATENCION DENTAL DEL NIÑO.

ODONTOPIEDIATRAS DE LA UNIVERSIDAD DE IOWA LLEVARON A CABO UN ESTUDIO CON NIÑOS DE TRES Y CUATRO AÑOS Y LOS DIVIDIERON EN TRES GRUPOS

- 1.- GRUPO CONTROL: SIN EXPERIENCIA DE PRECONSULTA
- 2.- GRUPO EXPERIMENTAL: EXPERIENCIA EN UN CUARTO DE RECEPCION ACOMPAÑADOS POR MADRE UNA SEMANA ANTES DEL EXAMEN
- 3.- GRUPO EXPERIMENTAL: EXPERIENCIA EN CUARTO DE RECEPCION ACOMPAÑADOS POR SU MADRE, SEPARACION DE LA MADRE PARA VER UN VIDEOTAPE DE PRECONSULTA UNA SEMANA ANTES DEL EXAMEN.

COMO RESULTADO SE OBTUVO QUE CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA TENDRA EFECTOS BENEFICOS SOBRE LOS RESULTADOS DE ANSIEDAD MATERNA ANTES DEL EXAMEN DENTAL.

RESISTENCIA.- LA RESISTENCIA ES UNA MANIFESTACION DE ANSIEDAD O INSEGURIDAD Y DE HECHO EL NIÑO SE REVELA CONTRA EL MIEDO. PUEDE HACER DESPLIEGUES DE RABIETAS, DARSE EN LA CABEZA CONTRA LA PARED LA REGRESION PUEDE SER OTRA MANIFESTACION , EN CUYO CASO EL NIÑO SE REHUSA A DESARROLLARSE, PUEDE SEGUIR MOJANDO LA CAMA, PUEDE NO INTENTAR HABLAR BIEN.

LA RETRACCION ES OTRA MANIFESTACION DE ANSIEDAD EN CUYO CASO EL NIÑO REHUSA PARTICIPAR EN EL JUEGO Y NO HABLARA CON EXTRAÑOS NI CONOCIDOS.

EL C.D. TIENE DIFICULTADES PARA COMUNICARSE CON ESTE TIPO DE PACIENTES. EL NIÑO SE SIENTE LASTIMADO CON FACILIDAD Y LLORA EN CUALQUIER OCASION.

TIMIDEZ.- ES OTRA REACCION QUE SE OBSERVA OCASIONALMENTE EN PACIENTES DE PRIMERA VEZ. SUELE ESTAR RELACIONADA CON UNA EXPERIENCIA SOCIAL MUY LIMITADA POR PARTE DEL NIÑO. EL NIÑO TIMIDO NECESITA PASAR POR UN PERIODO DE PRECONSULTA ESTA ES UNA INSTANCIA QUE LE PERMITE AL NIÑO TIMIDO SER ACOMPAÑADO AL CONSULTORIO POR OTRO NIÑO BIEN ADAPTADO COMO PACIENTE.

EL TIMIDO NECESITA GANAR CONFIANZA EN SI MISMO Y EN EL C.D. POR OTRA PARTE LA TIMIDEZ PUEDE REFLEJAR UNA TENSION RESULTANTE PORQUE LOS PADRES ESPERAN DEMASIADO DEL NIÑO O QUE LO PROTEGEN EN EXCESO.

3.- AMBIENTE FISICO

ASPECTOS DEL CONSULTORIO DENTAL: EL CONSULTORIO DENTAL DEBE SER COMODO Y ACOGEDOR, DANDO UNA SENSACION DE QUE EL NIÑO HA ESTADO EN ESE LUGAR CON ANTERIORIDAD.

ES ACONSEJABLE QUE EN LA SALA DE ESPERA SE TENGA MUSICA APENAS AUDIBLE Y RELAJANTE Y SI EN EL CONSULTORIO SE ATIENDE TAMBIEN A PACIENTES ADULTOS DEBE DE TENERSE DOS TIPOS DE LECTURA, UNA DE TIPO INFANTIL Y OTRA PARA ADULTOS.

SI NO SE CUENTA CON UN CONSULTORIO CON DECORACION INFANTIL SE PUEDE TENER UNA PECERA CON PECES DE COLORES YA QUE SIEMPRE LLAMARAN LA ATENCION DEL NIÑO.

PERSONALIDAD DEL C.D. Y SUS AYUDANTES.- EL C.D. DEBERA CONTAR CON HABILIDAD Y PERSONALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE SUS PACIENTES. SU ASPECTO DEBERA SER EL DE UNA PERSONA ALINEADA, CUIDANDO DE QUE SUS AYUDANTES TAMBIEN LO SEAN (ELLOS SE ENCARGARAN DE LA LIMPIEZA DEL CONSULTORIO)

ES MUY IMPORTANTE QUE EL C.D. CUENTE CON EL CONOCIMIENTO DE PSICOLOGIA INFANTIL IGUALMENTE EL AYUDANTE Y SI CUENTA CON MAS PERSONAL TAMBIEN DEBERAN SABER MANEJAR A LOS NIÑOS. CON ESTO OBTENDRA EXITO EN EL BUEN TRATAMIENTO DENTAL.

EQUIPO E INSTRUMENTAL.- ES IMPORTANTE QUE SE TOMA EN CUENTA EL EQUIPO E INSTRUMENTAL CON EL QUE CUENTA PARA PODER PLANIFICAR SU TRABAJO:

- 1.- AREA OPERATORIA
- 2.- LABORATORIO
- 3.- SALA DE Rx.

EN EL AREA OPERATORIA EL SILLON DENTAL ES CONVENIENTE QUE SEA DE MATERIAL AUTENTICAMENTE LAVABLE, SUS POSICIONES ANATOMICAS DEBEN SER COMODAS Y SUFICIENTEMENTE VARIADAS PARA DARLE SOSTEN AL PACIENTE EN LA POSTURA OPERATORIA QUE PERMITA REALIZAR EL TRABAJO A 4 MANOS.

UNIDAD DENTAL: TIENDE A LA SIMPLIFICACION PARA FACILITAR LA LABOR DEL ODONTOLOGO Y EVITAR EL NERVIOSISMO DEL PACIENTE.

ILUMINACION: SE DEBE CONTAR CON UNA ILUMINACION DE PRECISION, CUANDO SE REQUIERA, DE UNA LUZ INTENSA Y CONCENTRADA SOBRE LOS DETALLES DE LA BOCA, DEBE SER FRIA, DE FRANJA HORIZONTAL PARA NO AFECTAR LOS OJOS DEL PACIENTE, MOVIL O DE MULTIPLES RAYOS PARALELOS PARA EVITAR LAS SOMBRAS.

MUEBLES PARA LOS INSTRUMENTOS.- DEBE CONTAR CON UN MUEBLE DE CAJONES MULTIPLES QUE PERMITAN UBICAR EL INSTRUMENTAL AL ALCANCE DE LA MANO DEL ODONTOLOGO, PUEDE SER FIJO O RODANTE.

ESTERILIZADOR.- DE PREFERENCIA DE CALOR SECO

AMALGAMADOR.- DE PREFERENCIA CON CRONOMETRO Y DISPENSADOR PARA UNA BUENA MANIPULACION DE LA AMALGAMA.

DISPOSITIVOS PARA RECIDUOS.- LOS NECESARIOS.

SI SE CUENTA CON SUFICIENTE ESPACIO PARA EL LABORATORIO ESTE DEBE DE CONTAR CON LO INDISPENSABLE PARA SU BUEN FUNCIONAMIENTO, ESTO SERIA LO IDEAL QUE CADA CONSULTORIO CONTARA CON SU PROPIO LABORATORIO.

SALA DE Rx.- ES IMPORTANTE QUE SE CUENTE CON UN APARATO DE Rx CON CUARTO DE REVELADO O EN SU DEFECTO CON CAJA DE REVELADO QUE VAN A AUXILIAR AL C.D. A ELABORAR UN DIAGNOSTICO ACERTADO.

TECNICAS DE MANEJO DEL NIÑO

CON ANTERIORIDAD SE DESCRIBIO LA FORMA EN QUE EL C.D. DEBE RECONOCER LOS PROBLEMAS DE SU PACIENTE Y APLICAR SUS CONOCIMIENTOS DE -- PSICOLOGIA INFANTIL PARA OBTENER EXITOSOS RESULTADOS. TENIENDO TODOS ESTOS CONOCIMIENTOS LO QUE SE ESPERA ES UN TRATAMIENTO EXITOSO. EN PRIMER LUGAR EL ODONTOLOGO DEBERA ORGANIZARSE POR MEDIO DE CITAS PREVIAS PARA QUE EL NIÑO PERMANEZCA EL MENOR TIEMPO EN ESPERA DE CONSULTA, O EN CASO DE QUE SEAN APRENSIVOS SE DARA UNA PRECONSULTA. EN LA PRIMERA ENTREVISTA SE RECOMIENDA LLAMAR AL NIÑO CON SU NOMBRE PARA QUE ESTE SE FAMILIARICE CON EL CONSULTORIO, TRATELO CON FAMILIARIDAD PERO NO SEA EN EXESO ENTUSIASTA E INSISTENTE, CUANDO EL NIÑO SE MUESTRE INDIFFERENTE.

EN CASOS EN DONDE EL NIÑO ES DE MUY CORTA EDAD Y SE NIEGA ACUDIR AL LUGAR DEL TRATAMIENTO, RODEELO CON EL BRAZO COMO SI FUERA A ABRAZARLO Y DE ESTE MODO LLEVELO AL LUGAR DEL TRATAMIENTO. ASI MOSTRARA QUE EL DENTISTA ES SUFICIENTEMENTE FUERTE PARA LLEVARLO Y PROTEGERLO PERO SIN LLEGAR HA HACERLE DAÑO, CUANDO EL NIÑO SE ENCUENTRE EN EL SILLON DENTAL EL TRATAMIENTO SE EMPIEZA CON LA AYUDA DE LA PSICOLOGIA INFANTIL.

POSTERIORMENTE LA DESTREZA, RAPIDEZ Y DOLOR MINIMO SERAN DEBERES DEL ODONTOLOGO HACIA EL PACIENTE. ACTUALMENTE SE RECOMIENDA TRABAJAR CON TECNICA A CUATRO MANOS CON LA CUAL SE CONTARA CON UN AYUDANTE QUE SERA DE GRAN AYUDA PUES HACE LAS VECES DE SECRETARIA SE DISMINUYE LA CANTIDAD DE TRABAJO Y ESTO COMPENSA EL SUELDO DEL AYUDANTE.

LAS VENTAJAS DE LA TECNICA DE CUATRO MANOS SON:

- 1.- REDUCCION DEL TIEMPO EN EL CONSULTORIO
- 2.- EL AYUDANTE HACE DISMINUIR EL NUMERO DE PASOS Y MOVIMIENTOS DEL DENTISTA, REDUCIENDO ASI SU CANSANCIO
- 3.- EL DENTISTA TRABAJA CON MAS EFICACIA Y RAPIDEZ, VOLVIENDOSE MAS PRODUCTIVO Y POR CONSIGUIENTE AUMENTANDO SUS INGRESOS.

CON LA AYUDA DE ESTA TECNICA LAS VISITAS NO EXCEDEN DE 30 A 45 MINUTOS OBTENIENDO MAYOR COOPERACION DEL NIÑO, DENTRO DEL TIEMPO DE LA CONSULTA DEBEMOS EVITAR PALABRAS QUE INSPIREN MIEDO COMO SON LAS AGUJAS, TALADRO, JERINGA PERO SIEMPRE SE LE HABLARA CON LA VERDAD UTILIZANDO PALABRAS QUE NO LE SUGIERAN DOLOR Y PROVOQUEN ANGUSTIA.

AL CONCLUIR CON NUESTRO TRATAMIENTO DEBEMOS USAR PALABRAS DE ALAGO Y RECOMPENSAS SIEMPRE Y CUANDO EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO HAYA SIDO SATISFACTORIO. ALGUNOS ODONTOLOGOS OBSEQUIAN UN REGALO CUANDO SE HA PORTADO BIEN PERO ESTO NO QUIERE DECIR QUE SEA UNA OBLIGACION.

ALGO MUY IMPORTANTE DENTRO DE LA ODONTOPIEDIATRIA ES DEJAR DE DAR ORDENES, ESTAS SE DEBEN CAMBIAR POR SUCERENCIAS EN EL ULTIMO DE LOS CASOS SON ORDENES PERO DE MANERA MAS AGRADABLE.

UNO DE LOS ULTIMOS PUNTOS ES EL CONTROL DEL C.D. YA QUE SI UNO PIERDE EL DOMINIO PUEDE ENFADARSE Y GRITAR, ESTO ES MUESTRA DE DERROTA Y CON TAL SITUACION EL NIÑO SE ASUSTARA MAS Y SE VOLVERA MAS INCOOPERATIVO. EN ESTOS CASOS ES RECOMENDABLE DAR UNA CITA POSTERIOR O CAVALIZARLO CON OTRO C.D. PARA EVITAR TRAUMAS FUTUROS AL NIÑO.

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ

CON ESTE PROCEDIMIENTO EL DENTISTA PONE LA MANO SOBRE LA BOCA DEL NIÑO PARA MANTENERLO QUIETO. DESPUES DE EVALUAR LA CONDUCTA DEL NIÑO Y DETERMINANDO QUE ESTA ES LA TECNICA INDICADA, EL DENTISTA PONDRÁ SU MANO SUAVEMENTE PERO FIRME SOBRE LA BOCA DEL NIÑO PARA QUE DEJE DE GRITAR, AL NIÑO SE LE DICE QUE CUANDO SE OBTENGA COOPERACION DE SU PARTE LA MANO SERÁ QUITADA. LA MANO ES QUITADA Y EL PACIENTE EVALUADO, SI EL PROBLEMA PERSISTE LA MANO SE PONDRÁ NUEVAMENTE SOBRE LA BOCA EN COMPANIA DE LA NARIZ APRETANDOLA POR UNOS CUANTOS SEGUNDOS.

EL DENTISTA NUEVAMENTE PEDIRÁ COOPERACION. EN ALGUNOS CASOS ESTA RUTINA PUEDE SER NECESARIO REPETIRLA VARIAS VECES HASTA QUE LA COOPERACION QUE SE OBTENGA SEA SUFICIENTE PARA LOGRAR UN TRATAMIENTO SIN RIESGO, ESTA ES LA FORMA CON LA CUAL EL NIÑO ES CONTROLADO.

CUANDO EL NIÑO COOPERA DEBERA DE SER HALAGADO Y LAS RAZONES DEL PROCEDIMIENTO DE LA MANO SOBRE LA BOCA Y NARIZ DEBERA SER EXPLICADO. HAY ODONTOLOGOS QUE ESTAN DE ACUERDO CON EL USO DE ESTA TECNICA Y OTRAS QUE ESTAN EN DESACUERDO CON EL USO DE ESTA TECNICA PORQUE LA CONSIDERAN INCIENFICA OCACIONANDO TRAUMAS FISICOS RESULTANDO TEMORES NOCTURNOS Y - RESENTIMIENTOS POR PARTE DEL NIÑO.

CONCLUYENDO DIREMOS: QUE CUANDO SE ESTABLECIO ESTA TECNICA ERA NECESARIA Y EL NIÑO RESPONDIÁ FAVORABLEMENTE, MUCHOS ODONTOPEDIATRAS SIGUEN UTILIZANDO ESTA TECNICA PARA QUE EL RESPETO POR EL DENTISTA AUMENTE Y QUE EL NIÑO COMIENCE A SER MEJOR PACIENTE.

NOSOTROS PENSAMOS QUE ACTUALMENTE EL USO DE ESTA TECNICA ESTA EN DESUSO DEBIDO A LA UTILIZACION DE LA PREMEDICACION, ANALGESIA Y POR LA RENUENCIA A INSPIRAR TEMOR EN EL NIÑO.

TECNICA DE REACONDICIONAMIENTO

ES CUANDO EL NIÑO APRENDE A ACEPTAR LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS Y A GOZAR DE ELLOS PIERDE EL MIEDO.

EL PRIMER PASO ES SABER A QUE TEME EL NIÑO Y PORQUE, A TRAVES DE PREGUNTAS A LOS PADRES Y OBSERVANDO SUS ACTITUDES DE CERCA. EL SIGUIENTE PASO ES FAMILIARIZAR AL NIÑO CON EL CONSULTORIO DENTAL Y CON TODO SU EQUIPO GANANDO LA CONFIANZA Y EL MIEDO SE TRUNCA EN CURIOSIDAD Y COOPERACION. EL DENTISTA DEBERA EXPLICAR COMO FUNCIONA CADA PIEZA, COMO ESCUCHAR LOS SONIDOS Y ACCIONES DE CADA ACCESORIO. AL ESTABLECER ESTA CONFIANZA EL DENTISTA DEBE TRANSMITIR AL NIÑO QUE SIMPATIZA CON SUS PROBLEMAS Y LOS CONOCE Y ASI PODRA ELEGIR EL MOMENTO DE ESBOZAR EL TEMA DEL TRATAMIENTO DENTAL PARA QUE EL NIÑO ESTE RECEPTIVO.

EN LA PRIMERA VISITA DEBERA REALIZAR SOLO PROCEDIMIENTOS MENORES E INDOLOROS PASANDO DE OPERACIONES MAS SENCILLAS A MAS COMPLEJAS, CUANDO LLEGA CON LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO DE URGENCIA LA VERACIDAD DEL DENTISTA ES ESENCIAL SE LE DIRA QUE LO QUE VA A REALIZAR PRODUCE ALGO DE DOLOR; PERO TAMBIEN PUEDE EXPLICARSELE QUE SI LE AVISA CUANDO LE DUELA DEMASIADO EL DENTISTA PARARA O LO ARREGLARA DE MANERA QUE NO DUELA TANTO Y LO HARA CON MAS CUIDADO Y SUAVIDAD. SI SE MANEJAN NIÑOS DIFICILES DE COMPRENDER Y COOPERAS SE PUEDE UTILIZAR

LIZAR LA AMENAZA DE SACAR A LOS PADRES FUERA DE LA SALA; ESTO - PUEDE SER SUFICIENTE PERO SI EL PACIENTE NO COMPRENDE Y NO ESCUCHA LO QUE SE LE TIENE QUE DECIR SE UTILIZARA LA TECNICA DE MANO BOCA Y NARIZ.

PREMEDICACION

LA RESISTENCIA A LA TENSION NERVIOSA ES DIFERENTE EN CADA PACIENTE; CUANDO EL DENTISTA NO LOGRA DESPERTAR LA CONFIANZA DE SU PACIENTE, NI LA RESISTENCIA AL DOLOR MEDIANTE ANESTESIA LOCAL, ENTONCES ES PRECISO REFORZAR SU ACCION CON UN MEDICAMENTO QUE TENGA UN EFECTO CALMENTE SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. LA PREMEDICACION NO DEBE USARSE EN CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL SOLO EN CASOS DE CIRUGIA BUCAL GRAVE O PROLONGADA COMO SON EXTRACCIONES MULTIPLES O PARA LA ELIMINACION DE UN DIENTE INCLUIDO, ETC.

LOS PROPOSITOS MAS IMPORTANTES DE LA PREMEDICACION SON:

- 1.- MITIGAR LA APRENSION, ANSIEDAD O MIEDO
- 2.- CONTROLAR EL UMBRAL DEL DOLOR
- 3.- CONTROLAR LA SECRECION DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y MUCOSAS
- 4.- CONTROLAR LAS ARCADAS DENTARIAS
- 5.- CONTRARRESTAR EL EFECTO TOXICO DE LOS ANESTESICOS LOCALES
- 6.- CONTROLAR LOS TRASTORNOS MOTORES EN ENFERMOS CON PARALISIS CEREBRAL.
- 7.- DISMINUIR LA TENSION A FIN DE PODER OBTENER EL REGISTRO - CENTRAL DE ENFERMOS QUE RESISTEN CON ENERGIA A LOS MOVIMIENTOS PASIVOS.

PARA LA SELECCION DE LOS MEDICAMENTOS EL DENTISTA NECESITA CONOCER LA ANATOMIA Y FISIOLOGIA BASICA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

AGENTES RECOMENDADOS PARA LA PREMEDICACION:

- 1.- PENTOBARBITAL SODICO
- 2.- CLORHIDRATO DE MEPERIDINA (DEMEROL)
- 3.- ESCOPLAMINA (EN DESUSO)
- 4.- BENZODIACEPINICOS (CLORHIDRATO DE CLORODIAZEPOXIDO, DIAZEPAN LIBRIUM, VALIUM)
- 5.- FENOTIACINICOS.
- 1.- PENTOBARBITAL SODICO: ES SEDANTE CUANDO SE ADMINISTRA EN DOSIS TERAPEUTICAS PEQUEÑAS, EN DOSIS MAYORES ACTUA COMO HIPNOTICO.

INDICACIONES: LA INDUCCION ANESTESICA SUELE COMBINARSE CON EL OXIDO NITROSO.

CONTRAINDICACIONES: HIPOTENSION, DEPRESION RESPIRATORIA PENTOBARBITAL O TIOPENTAL.

- 2.- CLORHIDRATO DE MEPERIDINA (DEMEROL).- ES UN ANALGESICO POTENTE CON EFECTOS SEDANTES QUE NO PRODUCEN SINTOMAS SUGESTIVOS ELEVA EL UMBRAL DEL DOLOR Y PROCURA GENERALMENTE AL PACIENTE UNA SENSACION DE BIENESTAR SIN LLEGAR A LA EUFORIA
CONTRAINDICACIONES: ES NARCOTICO QUE PRODUCE HABITO CUANDO SE EMPLEA CON CIERTA FRECUENCIA, PUEDE PROVOCAR DEPRESION DEL CENTRO CARDIORESPIRATORIO.
- 3.- ESCOPOLAMINA ACTUALMENTE EN DESUSO.
- 4.- BENZODIACEPINICOS (CLORHIDRATO DE CLORDIAZEPOXIDO, DIAZEPAN, LIBRIUM, VALIUM)
ESTE GRUPO DISMINUYE LA ANSIEDAD Y POSEE ACCION RELAJANTE DEL MUSCULO ESQUELETICO DE TIPO CENTRAL.
CONTRAINDICACIONES: PRODUCE SOMNOLENCIA, ATAXIA, EXITACION, EXANTEMA, NAUCEAS Y MODIFICACIONES DEL LIBIDO. PUEDEN DEPRIMIR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.
EL DIAZEPAN TAMBIEN ES DE ACCION PROLONGADA.
- 5.- FENOTIACINICOS.- ES UTIL EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS DEPRIMIDOS O RETRAIDOS.
EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE FENOTIACINAS DIFIEREN POR SU TENDENCIA A CAUSAR CIERTOS DEFECTOS ADVERSOS ADEMAS DE PRODUCIR SOMNOLENCIA ALGUNOS TIENDEN A DESENCADENAR PARQUINSONISMO EN TRE ELLOS TENEMOS LA CLOROPROMACINA QUE EJERCE EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CON ACCION ADRENERGICA, ANTISTAMINICA, ANTICOLINERGICA Y ANTIESPASMODICA.

SEDACION CONCIENTE POSIBILIDAD ACTUAL PARA EL TRATAMIENTO DENTAL

OXIDO NITROSO

CUANDO NO ES POSIBLE ESTABLECER COMUNICACION ENTRE EL DENTISTA Y EL PACIENTE LA ALTERNATIVA MAS FRECUENTE SUELE SER LA ADMINISTRACION DE ANESTESIA GENERAL. EL RIESGO QUE CON ELLA SE CORRE HACE QUE SU EMPLEO DENTRO DE LA ODONTOLOGIA SEA LIMITADO.

UNO DE LOS METODOS PRACTICAMENTE INOCUO PARA SEDAR A UN PACIENTE SIN DORMIRLO ES EL EMPLEO DE OXIDO NITROSO Y OXIGENO, MEZCLA NO INFLAMABLE QUE REDITUA MAGNIFICOS RESULTADOS.

LA ACCION DEL OXIDO NITROSO ES LA DE SEDAR Y ELEVAR RAPIDAMENTE EL UMBRAL DEL DOLOR, TOMANDO EN CUENTA QUE AL REALIZAR OPERACIONES QUE PROVOCAN DOLOR DEBE EMPLEARSE UN BLOQUEADOR LOCAL.

EL OXIDO NITROSO TIENE DESDE LUEGO UN EMPLEO RESTRINGIDO CUANDO EN UNA SOLA SESION SE PRETENDE REALIZAR LA REHABILITACION COMPLETA DE LA BOCA.

ESTO POR LO GENERAL SE LLEVA A CABO EN PACIENTES MUY APRENSIVOS O QUE NO DESEAN CONCURRIR DURANTE VARIAS SEMANAS AL CONSULTORIO DENTAL, YA QUE ES UNA ALTERNATIVA VIABLE TENIENDO COMO CONTRAINDICACIONES OBSTRUCCION DE VIAS AEREAS ALTAS.

CONSIDERACIONES PARA EL USO DE ANESTESIA GENERAL.

ES CONVENIENTE REALIZAR UNA BUENA VALORACION EN NIÑOS IMPEDIDOS FISICA O PSICOLOGICAMENTE PARA QUE RECIBAN ANESTESIA GENERAL YA QUE DEPENDE DE LA HABILIDAD DEL C.D. Y DE UN CUIDADOSO APROVECHAMIENTO DE ANESTESIA LOCAL PARA REDUCIR LA NECESIDAD DE ANESTESIA GENERAL AUXILIANDONOS DE UNA BUENA SEDACION DE NUESTRO PACIENTE. DE CUALQUIER FORMA SI HEMOS DECIDIDO USAR LA ANESTESIA GENERAL DEBEMOS YA HABER INTENTADO TODAS LAS ALTERNATIVAS PREVIAS Y ESTAREMOS EN CONTACTO CON EL MEDICO FAMILIAR PARA SABER COMO PROCEDER ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA INDUCCION ANESTESICA. NUEVAS TECNICAS Y AGENTES ANESTESICOS HACEN POSIBLE MANTENER A LOS PACIENTES BAJO ANESTESIA GENERAL POR LARGOS PERIODOS CON -- EFECTOS MINIMOS TENIENDO COMO RESULTADO QUE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES NECESARIOS PUEDEN SER REALIZADOS EN UNA SOLA OPERACION PARA EVITAR APRENSIONES FUTURAS, ELIMINANDO VISITAS REPETIDAS AL CONSULTORIO DENTAL.

SELECCION DE PACIENTES PARA ADMINISTRACION DE ANESTESIA GENERAL.

ANTES DE CUALQUIER SELECCION INDIVIDUAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO CON LA AYUDA DE ANESTESIA GENERAL CONSIDERAREMOS LO SIGUIENTE:

- 1.- PACIENTE.- SE ADMINISTRARA ANESTESIA GENERAL CUANDO EXISTA IMPEDIMENTO FISICO O PSICOLOGICO QUE IMPIDAN LA COOPERACION DEL NIÑO.
- 2.- PROCEDIMIENTO.- CUANDO EL TRATAMIENTO SEA PROLONGADO Y EL NIÑO INCAPAZ DE COOPERAR DEBIDO AL TIEMPO.
- 3.- LUGAR.- CUANDO SE DISPONE DE LO NECESARIO COMO SON: SELECCION DE LA ANESTESIA, EQUIPO SATISFACTORIO, EQUIPO DE RESUCITACION SALA DE RECUPERACION, EQUIPO MEDICO Y HOSPITALIZACION DEL PACIENTE.
- 4.- PERSONAL.- EL NECESARIO. (ANESTESISTA, DENTISTA, MEDICO TRATANTE, ENFERMERA).
- 5.- PREPARACION.- PREPARACION PSICOLOGICA POR PARTE DE LOS PADRES Y EL DENTISTA, HISTORIA CLINICA COMPLETA CON EXAMEN FISICO, Y CON ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE COMPLETOS.

SELECCION DE PACIENTES.-

- 1.- EN PACIENTES PREESCOLARES CON CARIES MULTIPLES Y ABSCESOS DENTALES
- 2.- EN NIÑOS PERTURBADOS EMOCIONALMENTE, APRENSIVOS QUE PRESENTAN CARIES MULTIPLES, DESPUES QUE EL TRATAMIENTO HA SIDO INTENTADO CON SEDACION.

- 3.- EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA QUE PRESENTAN PULPITIS MULTIPLES Y ABSCESOS DENTALES.
- 4.- EN NIÑOS CON RETRASO MENTAL, DONDE EL TRATAMIENTO ES EXTENSO E IMPOSIBLE DE INTENTAR EN EL CONSULTORIO POR FALTA DE COOPERACION.
- 5.- EN NIÑOS CON IMPEDIMENTOS FISICOS COMO PARALISIS CEREBRAL - DISTROFIA MUSCULAR
- 6.- EN NIÑOS CON IMPEDIMENTOS COMO SORDERA, CEGUERA, DONDE EL PACIENTE ES APRENSIVO Y LA COMUNICACION ES DIFICIL E IMPOSIBLE.
- 7.- EN NIÑOS CON DISCRACIAS SANGUINEAS COMO LEUCEMIAS, HEMOFILIAS DONDE LAS TRANSFUCIONES Y OBSERVACION POSTOPERATORIA SON NECESARIAS.
- 8.- EN PACIENTES CON ALERGIA A LA ANESTESIA LOCAL QUE REQUIEREN TRATAMIENTO PROLONGADO.
- 9.- EN PACIENTES CON PALADAR HENDIDO DONDE EL TRATAMIENTO REQUIERE DE MUCHO TIEMPO Y VARIAS VISITAS AL CONSULTORIO.

EL DENTISTA SIEMPRE DEBERA CONSULTAR Y TRABAJAR CON EL ANESTESIOLOGO PARA COOPERAR EN CUALQUIER COMPLICACION POSIBLE DURANTE Y DESPUES DEL PROCEDIMIENTO.

ES ESCENCIAL LA HOSPITALIZACION DONDE SE USA INTUBACION ENDOTRAQUEAL PORQUE EXISTE LA POSIBILIDAD DE EDEMA LARINGEO POSTANESTESICO QUE PUEDA OCURRIR ALGUNAS HORAS DESPUES DE LA EXTUBACION. EN ESTOS CASOS EL HOSPITAL PUEDE PROVEER ATENCION ADECUADA DE ESOS PACIENTES.

PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS

EL PACIENTE SERA ADMITIDO CON TIEMPO SUFICIENTE ANTES DE LA OPERACION PARA RECIBIR UNA VALORACION FISICA Y PROPORCIONAR PREMEDICACION. LA RUTINA USUAL PARA PROGRAMAR EL TRATAMIENTO POR LA MAÑANA SIGUIENTE SERA ADMITIDO LA NOCHE PREVIA.

ESTUDIOS DE LABORATORIO.

LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO DE RUTINA INCLUYEN GENERALMENTE LO SIG.: HEMOGLOBINA, GLUCOSA, HEMATOCRITO, TIEMPO DE TROMBINA, BIOMETRIA HEMATICA Y GENERAL DE ORINA.

LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO NOS AYUDAN A DETERMINAR LA PRESENCIA DE CUALQUIER INFECCION, ALTERACION, DISCRACIA SANGUINEA, CAPACIDAD DE TRANSPORTE DE OXIGENO EN LA SANGRE ASI COMO EL TIEMPO DE SANGRADO Y COAGULACION.

LA TABLA DE VALORES SE DARA A CONOCER MAS ADELANTE.

DEBEN REALIZARSE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO PORQUE LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA GENERAL EN EL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO PUEDE CAUSAR CAMBIOS O REDISTRIBUCION DEL TORRENTE SANGUINEO, EN CIERTOS ORGANOS COMO CEREBRO Y CORAZON, SI ESTO OCURRIERA EN ORGANOS COMO EL HIGADO O RIÑON ES PROBABLE QUE LA CANTIDAD DE OXIGENO TRANSPORTADO POR LA SANGRE DISMINUYERA PORQUE LA HEMOGLOBINA NORMAL ES BAJA Y ESTO - DESENCADENA HIPOXIA; DEPENDIENDO DE LA DURACION DE LA HIPOXIA TODOS ESTOS ORGANOS PUEDEN SER AFECTADOS.

ESTUDIOS DE GABINETE

RADIOGRAFIAS ORALES.- ANTES DE CUALQUIER INTERVENCION SE REQUIERE UNA SERIE DE RADIOGRAFIAS COMPLETAS INTRAORALES, PANORAMICAS, LATERALES Y OCLUSALES.

INGESTION DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS

ES IMPORTANTE VERIFICAR QUE ANTES DE LA INTERVENCION EL NIÑO ESTE EN AYUNO POR LO MENOS DOCE HORAS ANTES. CUANDO SE LE PERMITE LA INGESTA DE LIQUIDOS NO INCLUYE LECHE O JUGOS SOLAMENTE LIQUIDOS - CLAROS 6 HORAS ANTES DE LA INTERVENCION, ESTA MEDIDA ES PARA EVITAR UNA BRONCOASPIRACION DURANTE LA INTERVENCION. ESTAS INSTRUCCIONES SERAN CLARAMENTE ESCRITAS Y SE DARAN A LOS PADRES ANTES DEL TIEMPO DE LA ADMISION.

PREMEDICACION

LA PREMEDICACION ADECUADA ES DE VITAL IMPORTANCIA YA QUE AYUDARA A OBTENER COOPERACION POR PARTE DEL NIÑO ANTES Y DURANTE LA INDUCCION ANESTESICA. PARA ELLO CONTAMOS CON VARIAS DROGRAS ENUNCIADAS CON ANTERIORIDAD.

ANESTESIA

LA ELECCION DE LA ANESTESIA GENERAL ESTA A JUICIO DEL ANESTESIOLOGO ES EL QUE DEBERA INFORMAR SOBRE EL AVANCE ANESTESICO PARA QUE EL CIRUJANO COMIENZE LA OPERACION.

EL AGENTE ANESTESICO QUE SE USA CON MAS FRECUENCIA PARA TRATAMIENTOS DENTALES EN NIÑOS ES EL OXIDO NITROSO, ETER VINILO (VINOthane) Y EL HALOTHANE (FLUOTHANE) Y HALOTHANE O METAXYLEFLUOTHANE EN COMBINACION CON OXIDO NITROSO Y OXIGENO.

SI UTILIZAMOS EPINEFRINA O NOREPINEFRINA LO HAREMOS ATIDADAMENTE - CUANDO EL HALOTHANE ES EL ANESTESICO DE ELECCION. YA QUE LA ADMINISTRACION DE CANTIDADES EXCESIVAS DE ESTAS DROGAS EN UNION CON EL HALOTHANE PUEDEN OCASIONAR ARRITMIAS CARDIACAS Y FIBRILACION. ESTAS RESTRICCIONES DEL USO DE ANESTESICOS LOCALES CONTENIENDO EPINEFRINA PARA CONTROL DE SANGRADO EN CUALQUIER EXODONCIA O INCISION EXCEPTUANDO CANTIDADES CONTROLADAS.

LAS CONCENTRACIONES CON EPINEFRINA ACEPTABLES PARA EL USO DE UN

AGENTE HEMOSTATICO EN COMBINACION CON EL HALOTHANE ES DE 1:100 MIL MILILITROS NO DEBERA EXCEDER DE 10 ml. SOBRE 10 MIN.0 MAXIMO DE 30 ml. POR HORA.

EN PACIENTES CON TIROTOXICOSIS (HIPERTIROIDISMO) TAQUICARDIA O ESTENOSIS AORTICA LA EPINEFRINA NO DEBERA SER USADA EN COMBINACION CON EL HALOTHANE.

DESPUES DE LA INDICION DE LA ANESTESIA SE CONTINUA CON UN GOTEO INTRAVENOSO AL 5% DE DEXTROSA CON 0.2% DE CLORURO DE SODIO.

LA SOLUCION DE DEXTROSA PREVIENE LA EXTRAVASION TISULAR QUE PUEDE SER CAUSADA POR EL AYUNO PREOPERATORIO REEMPLAZANDO LOS LIQUIDOS - PERDIDOS POR EL CUERPO DURANTE PERIODOS PROLONGADOS DE ANESTESIA (SE PREVIENE LA DESHIDRATAION).

LA SOLUCION DE DEXTROSA PROVEE DE PROTECCION AL HIGADO EVITANDO LOS EFECTOS TOXICOS DE LOS ANESTESICOS CONTRARRESTANDO LA HIPOTENSION.

CLORURO DE SUCCINATO

ADMINISTRADO INTRAVENOSAMENTE EN DOSIS DE ACUERDO A LA EDAD Y PESO DEL NIÑO LA DOSIS ES DE 0.5 A 0.75 mg. POR KILO FACILITANDO LA RELAJACION VOLUNTARIA DEL MUSCULO PUEDE SER ADMINISTRADA EN UNA DOSIS DE 1 mg POR KG. I.M.

ES CONVENIENTE LA INTUBACION NASAL YA QUE ESTO FACILITA MEJOR TRABAJO ELIMINANDO MOVIMIENTOS DE LA CANULA DE UN LADO A OTRO EN LA BOCA DURANTE LA INTERVENCION, LA CUAL PUEDE CAUSAR IRRITACION O EDEMA LARIGEO*POSTOPERATORIO.

LA INTUBACION NASAL AUMENTARA LA INSIDENCIA DE HEMORRAGIAS NASOLARINGEAS POR LA PRESENCIA DE MAYOR CANTIDAD DE TEJIDO ADENOIDAL EN EL NIÑO.

ALGUNOS ANESTESISTAS PREFIEREN LA INTUBACION ORAL EN NIÑOS MAYORES DE 8 AÑOS YA QUE EL TEJIDO ADENOIDAL DESPUES DE ESTA EDAD EMPIEZA A ATROFIARSE. POR RAZONES OBVIO LA INTUBACION NASAL NO DEBE USARSE EN PACIENTES HEMOFILICOS O EN PACIENTES QUE HAN SIDO INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE DE PALADAR HENDIDO.

PROCEDIMIENTOS DENTALES

DESPUES DE LA INDUCCION PUEDE EMPEZAR EL PROCEDIMIENTO DENTAL.

LA BOCA DEBE TENERSE ABIERTA CON UN ABREBOCAS ADECUADO.

EL PAQUETE OROFARIGEO SE SATURA CON ABUNDANTE AGUA BIDEUTILADA TEMPLANDO LA REGION POSTERIOR DE LA PARTE ANTERIOR DE LAS AMIGDALAS.

EL PAQUETE SERIA SUFICIENTE PARA PREVENIR LA ASPIRACION DE SANGRE Y DESECHO Y LA DILUSION DE LA MEZCLA DE ANESTESIA QUE SE INTRODUCE A LA BOCA POR EL AIRE.

DEBE TENER CUIDADO DE COLOCAR ESTE PAQUETE PARA EVITAR TRAUMATIZAR LOS ORIFICIOS DE EUSTAQUIO ASI COMO EDEMA BLOQUEANDO LA APERTURA EVITANDO INFECCION DEL OIDO MEDIO.

SI EL PAQUETE NO ESTA DISPONIBLE SE USARA GASA DE 4 x 4 PULGADAS FORMANDO UN COJINCITO POR DENTRO CON UN PEDASO DE SEDA O HILO DENTAL SE ATORARA AL CUELLO A FIN DE RECORDATORIO QUE EL PAQUETE ESTA EN ESE LUGAR .

EL TRATAMIENTO OPERATORIO SERA REALIZADO LO MAS PRONTO POSIBLE PERO NO SACRIFICANDO LA CAVIDAD.

ES PREFERIBLE TENER DOS ASISTENTES DISPONIBLES QUE DEBERAN PREPARAR MATRICES Y MEZCLAR CEMENTOS Y AMALGAMAS DARLE EL INSTRUMENTAL EN LA MANO DEL OPERADOR Y ASPIRAR DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. CUANDO ESTEN PUESTAS LAS CORONAS DE ACERO INOXIDABLE EL ASISTENTE PUEDE AJUSTARLAS Y DARLES FORMA EN EL TIEMPO EN QUE EL OPERADOR CONTINUA CON LA PREPARACION DE OTRO DIENTE. EL CUADRANTE SUPERIOR DE UN LADO DE LA BOCA ES TERMINADO POR COMPLETO ENTONCES DEBERA REBAJARSE EL CUADRANTE INFERIOR DEL MISMO LADO.

TODOS LOS DIENTES SOBRE EL MISMO CUADRANTE SE PREPARARAN Y RESTAURARAN DESPUES SE TRATARA EL OTRO LADO CUANDO ES USADA INTUBACION ENDOTRAQUEAL. ES IMPORTANTE SEGUIR MOVIMIENTOS MINIMOS DEL TUBO Y ASI LA IRRITACION LARINGEA SEA MENOR Y LA POSIBILIDAD DEL EDEMA LARINGEO POSTOPERATORIO.

EL USO DEL DIQUE PARA AISLAR PUEDE FACILITAR EL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE.

SE EVALUA ESPECIALMENTE A NIÑOS MONGOLOIDES CUYAS LENGUAS SON GRANDES Y DIFICILES DE MANIPULAR. SIEMPRE SERA CONVENIENTE AISLAR LA MITAD DE LA ARCADA AL MISMO TIEMPO.

DESPUES DE TERMINAR EL TRATAMIENTO OPERATORIO LA CAVIDAD ORAL SE LIMPIARA CON UN CHORRO DE AGUA Y SE ASPIRARA PARA LIMPIAR LA BOCA DE -- CUALQUIER RESTO DE AMALGAMA U OTRO DESECHO.

PARA REALIZAR EXTRACCIONES O CIRUGIA LOS REQUISITOS SERAN: DIENTES DE LOS MAXILARES SERAN EXTRAIDOS ANTES QUE LOS DIENTES DE LA MANDIBULA ES CONVENIENTE COMO PRECAUCION OBSERVAR EL SANGRADO POSTQUIRURGICO SI NO SE DISPONE DE EPINEFRINA SE SUGIERE QUE LOS ALVEOLOS SE EMPAQUEN CON GASA HOMEOSTATICA COMO SURGISEL O GELFOAM O SI ES NECESARIO DEBE SUTURARSE.

CUANDO SE CONCLUYE EL PROCEDIMIENTO DENTAL SE RETIRA EL PAQUETE FARINGEO Y SE RETIRA EL LAVADO GASTRICO FARINGEO.

CONTINUAR CON SOLUCIONES PARENTERALES HASTE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE EN EL CUARTO DE RECUPERACION Y ESTE REACCIONANDO. LA CANTIDAD DE FLUIDOS DEPENDERA DE LA EDAD Y TALLA DEL PACIENTE Y LO LARGO DEL PROCEDIMIENTO.

LOS SIGNOS VITALES DEBERAN REGISTRARSE CADA 15 MIN. HASTA QUE HAYA REACCIONADO POSTERIORMENTE CADA 8 HRS. HASTA QUE SE ENCUENTRAN ESTABLES.

SE PUEDEN DAR LIQUIDOS Y DIETA BLANDA SIN LECHE CUANDO EL PACIENTE HAYA DESPERTADO. AL SIGUIENTE DIA SE LE PUEDE PERMITIR AL PACIENTE UNA DIETA NORMAL. SI EL PACIENTE REFIERE DOLOR SE ADMINISTRARAN ANALGESICOS P.R.N. Y SI EL CASO LO AMERITA SE ADMINISTRARAN ANTIBIOTICOS PARA EVITAR INFECCION.

ASIMISMO DEBERAN DISPONER DE INSTRUMENTOS O DE UNA AREA DE RECUPERACION ACEPTABLE PARA RECIBIR UN CUIDADO APROPIADO POSTOPERATORIO.

4.- IDENTIFICACION DEL DOLOR

EL C.D. DEBE HACER ESFUERZOS PARA PREVENIR Y CONTROLAR EL DOLOR YA QUE ESTE SE ENCUENTRA CONTROLADO POR EL MIEDO TRANSMITIDO POR SUS PADRES O ABUELOS O ALGUNA OTRA PERSONA SERCANA A EL A LOS QUE LA ODONTOLOGIA LES HA DEJADO MALOS RECUERDOS. ES POR ESO QUE DEBE TENERSE CONOCIMIENTOS DE TECNICAS QUE PREVENGAN Y CONTROLLEN EL DOLOR YA SEA EN ENFERMEDADES BUCALES O DURANTE EL TRATAMIENTO.

LAS REACCIONES DEL PACIENTE AL DOLOR PUEDEN VARIAR DE UNO A OTRO Y ESTO SE DEBE PRINCIPALMENTE A LA RELACION: ANSIEDAD+ MIEDO=DOLOR (UMBRAL).

UN PROBLEMA QUE SE NOS PRESENTE ES CUANDO SE ATIENDE A NIÑOS MUY PEQUEÑOS Y PARA OBTENER RESULTADOS FIDEDIGNOS SOBRE SI EXISTE DOLOR:

1.- SE DEBE OBSERVAR AL PACIENTE DEJANDO QUE DESCRIBA EL TIPO DE DOLOR, RECURRIR A LOS PADRES PARA QUE OBSERVEN AL NIÑO, SI HAY LLANTO, SI EVITA CONTACTO FISICO EN LA ZONA ADOLORIDA, SI EXISTE PALIDEZ, ANOREXIA, INSOMNIO. CUANDO EL DOLOR EXISTE SE OBSERVAN PUPILAS DILATADAS, CONTORCIONES FACIALES Y AGITACION FISICA.

EL DOLOR SE PUEDE DESCRIBIR COMO SUPERFICIAL, PUNZANTE, CONTINUO Y PROFUNDO QUE ES MAS INTENSO.

EN CASO DE QUE EL NIÑO PEQUEÑO NO PUEDA HACER UNA DESCRIPCION DEMORARA MAS LOS PADRES PARA LLEVARLO AL C.D. CUANDO EL DOLOR ES YA INSOPORTABLE..

ES MAS FACIL Y CONVENIENTE LA COMPRESION DEL DOLOR QUE SU ALIVIO, POR ESO SE RECOMIENDA QUE LOS PADRES LLEVEN AL NIÑO CON EL C.D. PARA QUE SE DIAGNOSTIQUE PRECOZMENTE LAS LESIONES Y LA OPERATORIA DENTAL RESULTE MENOS TRAUMATICA Y SE REALICE CON MAYOR FACILIDA Y MENOS TIEMPO.

2.- EXAMEN CLINICO Y VALORACION.- EN EL CASO DEL PACIENTE ADOLORIDO SE DEBE TENER MUCHA CONSIDERACION PARA QUE SE TRANQUILICE Y CON ELLO NOS AYUDE A REALIZAR MEJOR DIAGNOSTICO.

EL DOLOR DENTAL QUE LOS NIÑOS EXPERIMENTAN CON MAYOR FRECUENCIA ES DEBIDO A ABCESOS PULPARES Y DENTOALVEOLARES: SE DESCRIBE COMO DOLOR INTENSO SI OCURRE EN CUALQUIER MOMENTO PERO MAS COMUN POR LAS NOCHES ES EXPONTANEO Y POR LO GENERAL SE ACOMPAÑA DE INFLAMACION E INFECCION, EL DOLOR PUEDE DURAR VARIAS HORAS Y HACER QUE EL NIÑO NO COMA, NO DUERMA Y NO REALICE SUS ACTIVIDADES QUE EL ACOSTUMBRA.

EL DOLOR DENTAL MAS COMUN ES EL DOLOR BREVE Y AGUDO DE INTENSIDAD VARIABLE QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CUANDO COMEN U BEBEN. ESTE MISMO DOLOR PUEDE SER CAUSADO POR ESTIMULACION DE LA DENTINA DEBIDO A ALGUNA FRACTURA O CARIES DENTAL. SE PRODUCE EN DIENTES PERMANENTES JOVENES EN EL CUAL EL ESMALTE ES HIPOPLASICO DEJA AREAS DE DENTINA SIN PROTECCION CONTRA EL MEDIO BUCAL LOS CUALES RAPIDAMENTE DESARROLLAN HIPERSENSIBILIDAD. ESTE DOLOR DESAPARECE CUANDO ES ELIMINADO EL ESTIMULO QUE LO PROVOCA, A MENOS QUE EL DAÑO DEL

DIENTE Y LA PULPA SEA INTENSO EN ESTE CASO SE PRODUCE DOLOR PROLONGADO QUE ES SORDO Y CONTINUO YA QUE SIGUE DEL PRIMER DOLOR Y EN ESTOS CASOS NO SE PUEDE VALORAR EL ESTADO DE LA PULPA YA QUE MIENTRAS MAS PROFUNDO SEA EL DOLOR INICIAL Y MAS LARGO EL DOLOR SECUNDARIO HABRA MAS PROBLEMAS PARA SU RESTAURACION.

OTRO DOLOR COMUN EN NIÑOS QUE MUCHAS VECES SE CONFUNDE CON PULPITIS ES CAUSADO POR LA IMPACCION DE COMIDA EN INTERSTICIOS INTERDENTALES DONDE LAS LESIONES CARIOGENICAS HAN DESTRUIDO LOS BORDES MARGINALES Y LOS CONTACTOS NORMALES.

EXISTEN OTROS TIPOS DE ALTERACIONES QUE PRODUCEN DOLOR COMO INFLAMACIONES, INFECCIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES, TUMORES, SUBLUXACIONES DE LA A.T.M. TRAUMAS OCLUSALES, BRUXISMO. ASIMISMO LOS DIENTES QUE ESTAN EN ERUPCION YA SEAN PRIMARIOS O PERMANENTES OCASIONAN DOLOR PRINCIPALMENTE SI ESTAN IMPACTADOS.

POR ULTIMO MENCIONAREMOS EL DOLOR ASOCIADO CON EL TRATAMIENTO DENTAL. ES IMPORTANTE QUE EL DENTISTA ENTABLE RELACION CON EL PACIENTE ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO PARA EVITAR COMPORTAMIENTOS NEGATIVOS QUE POSIBLEMENTE OCASIONE MAS DOLOR.

C A P I T U L O I I I

ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO

EL ODONTOLOGO TIENE LA NECESIDAD DE UTILIZAR LA HISTORIA CLINICA PARA LLEVAR A CABO EL PLAN DE TRATAMIENTO, LE AYUDAN A AFRONTAR NO SOLO PROBLEMAS DE TIPO DENTAL SINO DE CARACTER MEDICO LEGAL, QUE ES UNA RESPONSABILIDAD MORAL DEL PROFESIONISTA HACIA EL PACIENTE QUE SE PONE BAJO SU TUTELA.

EL PLAN DE TRATAMIENTO SE BASA EN DIAGNOSTICO EXACTO. DEBEN TOMARSE EN CUENTA TRES CONSIDERACIONES ANTES DE LLEVAR A CABO - CUALQUIER TRATAMIENTO DE URGENCIA, SECUENCIA Y RESULTADOS PROBABLES.

UNA SECUENCIA BIEN ORGANIZADA EVITA FALSOS COMIENZOS, REPETICION DE TRATAMIENTO, PERDIDA DE TIEMPO ENERGIAS Y DINERO. DEBE INICIARSE UN PLAN DE TRATAMIENTO PARA EL C.D.

- 1.- TRATAMIENTO MEDICO.- ES FRECUENTE QUE EL NIÑO CUENTE CON UN MEDICO PEDIATRA O EL MEDICO DE LA FAMILIA QUE ESTA FAMILIARIZADA CON EL HISTORIAL MEDICO DEL NIÑO Y PODRIA PROPORCIONAR AL C.D. INFORMACION NECESARIA EN EL CASO DE EXISTIR ALGUN PROBLEMA O EN EL CASO DE DUDA DEBERA ENVIARSE ALGUN MEDICO PARA INTERCONSULTA Y EFECTUE LA EVALUACION PARA QUE ASI EL ODONTOLOGO PUEDA SATISFACER LAS NECESIDADES DENTALES DEL NIÑO.
- 2.- TRATAMIENTO SISTEMICO.- ES RESPONSABILIDAD DEL C.D. EVALUAR LA PREMEDICACION TERAPEUTICA PARA INFECCION BUCAL, TRATAMIENTO EN CASO DE DISCRASIAS SANGUINEAS, PROBLEMAS CARDIACOS, DIABETES, ESTE TRATAMIENTO DEBERA HACERSE SOLO DESPUES DE CONSULTAR AL MEDICO DEL NIÑO.
- 3.- TRATAMIENTO PREPARATORIO.- DESPUES DE QUE SE ESTABLECE EL ESTADO MEDICO Y EL REGIMEN DE PREMEDICACION DEL NIÑO DEBERAN LIMPIARSE SUS DIENTES A FONDO:
 - a) PROFILAXIS BUCAL
 - b) CONTROL DE CARIES
 - c) CONSULTA CON EL ESPECIALISTA SI LO REQUIERE
 - d) TERAPEUTICA Y REHABILITACION
- 4.- TRATAMIENTO CORRECTIVO: SOLO DESPUES DE QUE SE HAN INICIADO LOS TRATAMIENTOS MEDICOS PREOPERATORIOS PODRA EMPEZARSE EL TRATAMIENTO CORRECTIVO FINAL.
 - a) OPERATORIA DENTAL
 - b) PROTESIS DENTAL
 - c) TERAPEUTICA ORTODONTICA

5.- EXAMENES POR RECORDATORIO PERIODICO Y TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

UNA VEZ QUE SE PRUEBA EL PLAN DE TRATAMIENTO CUALQUIER REVISION O ALTERACION QUE SEA NECESARIA DEBERA SER EXPLICADA A LOS PADRES Y ANOTADA EN EL REGISTRO DEL NIÑO. LOS PADRES ACEPTARAN EL CAMBIO DE TRATAMIENTO SI EL C.D. SE ENCARGA DE EXPLICAR LA CAUSA DEL NUEVO PROCEDIMIENTO.

LOS HORARIOS PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO SUGERIDO DEBERAN SER CLARAMENTE SUBRAYADOS PARA EVITAR CUALQUIER TIPO DE MAL ENTEN DIDO EN FECHAS POSTERIORES.

ELABORACION DE PLAN DE TRATAMIENTO

UN EXAMEN COMPLETO DE LA BOCA Y UN BUEN PLAN DE TRATAMIENTO SON INDISPENSABLES ANTES DE INICIAR LAS DISTINTAS FACES QUE CONSTITUYEN EL TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO.

ES DECIR DESPUES DE EXAMINAR A CONCIENCIA, DE DIAGNOSTICAR Y DE TRAZAR UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO SE LOGRA EL MAYOR SERVICIO DENTAL PARA EL PEQUEÑO PACIENTE.

LA MANERA EN QUE ESTO SE HA LLEVADO DURANTE LA PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO DENTAL DEPENDERA DE LA RELACION COMPLETA ENTRE NIÑO, PADRE DENTISTA.

EXISTEN TRES TIPOS DE CITAS PARA EXAMENES QUE PUEDEN CONSIDERARSE EN LA ODONTOPIEDIATRIA.

1.- EMERGENCIA

2.- CITAS PERIODICAS (PACIENTE CONVENCIONAL)

3.- CITAS PARA EXAMEN COMPLETO O REVISION

EL EXAMEN DE EMERGENCIA SE LIMITA A UN DIAGNOSTICO INMEDIATO QUE NOS LLEVA A UN TRATAMIENTO RAPIDO Y A LA ELIMINACION DE LA CAUSA PRINCIPAL (DOLOR). SIN OLVIDAR PREGUNTAR DONDE, COMO Y CUANDO SE INICIO O SUCEDIO LA MOLESTIA. POSTERIORMENTE SE SOLICITARA AL PACIENTE PARA EL EXAMEN COMPLETO.

EL EXAMEN PERIODICO O DE RECORDATORIO ES UNA SESION DE CONTINUACION POSTERIOR A LA SESION INICIAL DE EXAMEN COMPLETO. EL PROPOSITO ES EXAMINAR LOS CAMBIOS QUE PUDIERAN HABER OCURRIDO DESDE EL TRATAMIENTO ANTERIOR. EL EXAMEN PERIODICO SE REALIZARA GENERALMENTE CADA 4 A 6 MESES DEPENDIENDO DE CADA PACIENTE; SE NOTIFICARA A LOS PADRES YA SEA POR TELEFONO O POR CORREO EN EL MES CORRESPONDIENTE.

ES IMPORTANTE MENCIONAR LA EDAD DEL PACIENTE, NO SE TRATARA DE INTRODUCIRLO DE INMEDIATO AL SILLON DENTAL, SINO TRATAR DE OBTENER INFORMACION QUE PUEDE SER ADQUIRIDA ESPONTANEAMENTE PARA EL PROFESIONAL; SE OBTIENE CONFIANZA Y UN MEJOR MANEJO DEL NIÑO. ES IMPORTANTE PARA EL PROFESIONAL ADQUIRIR EL HABITO DE OBSERVAR EL ASPECTO FISICO DEL PACIENTE ANTES DE PROFUNDIZAR EN EL AREA DE PARTICULAR INTERES.

TRATAR DE OBTENER EL HISTORIAL MEDICO YA SEA CON EL PEDIATRA O CON EL MEDICO FAMILIAR PARA OBTENER LA HISTORIA CLINICA COMPLETA TOMANDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES PASOS:

1.- HISTORIA CLINICA: QUE ES LA EVALUACION COMPLETA DEL PEQUEÑO PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A UN TRATAMIENTO DENTAL. DEBE SER CONSIDERADA POR EL C.D. COMO UNA OBLIGACION MORAL YA QUE LA PREVENCION LA EMERGENCIA Y SECUENCIA DE UN TRATAMIENTO SE BASA EN EL CONOCIMIENTO DEL C.D. Y LA CAPACIDAD FISICA DE NUESTRO PACIENTE. LA HISTORIA CLINICA DEBE SER CLARA COMPLETA Y SENSILLA PARA SU FACIL MANEJO Y COMPRESION.

2.- TOMAR EN CUENTA:

- a) CONDICIONES GENERALES QUE PRESENTA EL PACIENTE
- b) CONDICION LOCAL PRESENTE
- c) EXAMEN DENTAL
- d) PROCEDIMIENTOS SUPLEMENTARIOS

3.- HISTORIA CLINICA INFANTIL

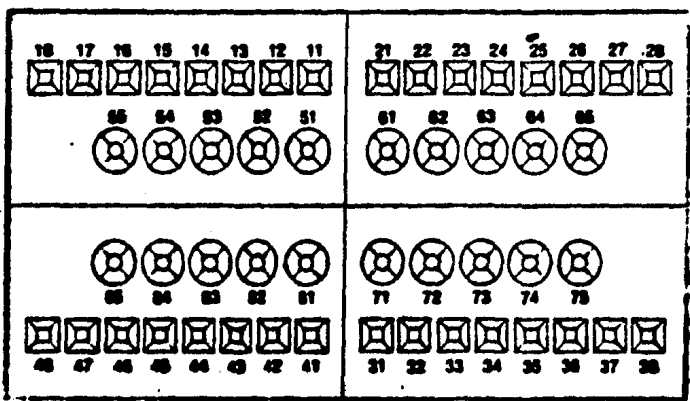
1.- INFORMACION GENERAL

NOMBRE	DIMINUTIVO	EDAD	
FECHA NAC.	LUGAR DE NAC.	DIRECCION	
TELEFONO	GRADO ESCOLAR	PADRE O ACOMP.	
FECHA DEL EXAMEN	1er. EX.	2o. EX.	3er. EX.
URGENCIA ()	TRATAMIENTO ()	REVISION ()	

	SI	NO
1.- GOZA SU HIJO DE BUENA SALUD	()	()
2.- ¿SE HA SOMETIDO A TRATAMIENTO MEDICO ALGUNA VEZ?	()	()
MOTIVO?.....		
3.- ¿ HA ESTADO HOSPITALIZADO?	()	()
MOTIVO?.....		
4.- ES ALERGICO A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS CUAL?.....	()	()
5.- ESTA TOMANDO ACTUALMENTE MEDICAMENTOS CUAL?.....	()	()
6.- HA TENIDO TRASTORNOS NERVIOSOS, MENTALES O EMOCIONALES CUAL?.....	()	()
7.- HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:		

- | | | | |
|----------------------|-----|------------------|-----|
| 1.- ASMA | () | 13.- TOSFERINA | () |
| 2.- PALADAR HENDIDO | () | 14.- ESCARLATINA | () |
| 3.- EPILEPSIA | () | 15.- VARICELA | () |
| 4.- ENFERMEDAD CARD. | () | 16.- DIFTERIA | () |
| 5.- HEPATITIS | () | 17.- TIFOIDEA | () |
| 6.- ENFERMEDAD RENAL | () | 18.- POLIO | () |
| 7.- T. AUDITIVOS | () | 19.- PAPERAS | () |
| 8.- T. DEL LENGUAJE | () | 20.- DIARREAS | () |
| 9.- F. REUMATICA | () | 21.- DIABETES | () |
| 10.- TUBERCULOSIS | () | 22.- HEMOFILIA | () |
| 11.- F. ERUPTIVAS | () | 23.- LEUCEMIAS | () |
| 12.- SARAMPION | () | 24.- OTRAS | () |

- 8.- A QUE EDAD.....
- 9.- ¿HA PRESENTADO HEMORRAGIAS EXCESIVAS O NO PATOLOGICOS
.....
- 10.- ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS O NO PATOLOGICOS
.....
- 11.- MOTIVOS DE LA CONSULTA
- 12.- RECOMENDADA POR
- 13.- EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS
- 14.- QUE ES LO QUE LE GUSTA?
- 15.- SIGNOS VITALES:
T..... F.C..... F.R..... T.A.....
- 16.- ODONTOGRAMA.



17.- ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE COMPLETOS.

18.- OBSERVACIONES.
.....

FIRMA DEL C. D.

FIRMA DEL RESPONSABLE.

EVALUACION CLINICA.

DEBE EFECTUARSE CON UNA SECUENCIA LOGICA DE OBSERVACIONES, PROCEDIMIENTOS DE EXAMEN DE MANERA SONRIENTE Y AMABLE, QUE NOS PROPORCIONA MAYOR INFORMACION SOBRE ENFERMEDADES NO DETECTABLES Y EVOLUCION DE ESTAS.

EN EL CASO DE URGENCIA EL EXAMEN DARA ENFASIS AL LUGAR DEL PROBLEMA O MOLESTIA; AUXILIANDOSE POR LOS DEMAS METODOS COMO SON: LABORATORIO RAYOS X PARA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO CERTERO.

CONDICIONES GENERALES PRESENTES

- a) ESTATURA Y PESO
- b) PORTE
- c) NIVEL DE DESARROLLO DEL LENGUAJE
- d) PIEL Y PELO
- e) MANOS

ESTATURA Y PESO.- VALORAR POR MEDIO DE UN REGISTRO A LARGO PLAZO SI LA ESTATURA Y EL PESO CONCUERDAN CON EL PATRON DE CRECIMIENTO, O SI ES UN CAMBIO DE CRECIMIENTO QUE OCURRE EN UN PUNTO DEFINIDO ES POR; HERENCIA, MEDIO NUTRICIONAL, ENFERMEDADES, ANOMALIAS DEL DESARROLLO Y SECRESIONES ENDOCRINAS.

PORTE.- CUANDO EL NIÑO ENTRA AL CONSULTORIO SE PODRA APRECIAR SU MODO DE ANDAR VER SI ESTE ES NORMAL O SE ENCUENTRA AFECTADO.

NIVEL DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE.- DEPENDE DE LA CAPACIDAD QUE TIENE EL SER HUMANO DE REPRODUCIR SONIDOS QUE HA ESCUCHADO Y TOMANDO EN CUENTA 4 TIPOS DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

- 1.- AFASIA
- 2.- LENGUAJE RETARDADO
- 3.- TARTAMUDEO
- 4.- TRASTORNOS ARTICULATORIOS DEL LENGUAJE

LA AFASIA MOTRIZ ES RARA Y GENERALMENTE DENOTA PERDIDA DEL LENGUAJE COMO RESULTADO DE ALGUN DAÑO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. LENGUAJE RETARDADO SE CONSIDERA CUANDO EL NIÑO NO HABLA A LOS 3 AÑOS. LA CAUSA PUEDE SER: PERDIDA DE LA AUDICION, RETRASO MENTAL, FALTA DE MOTIVACION Y ESTIMULACION ADECUADA, LESIONES NEUROLOGICAS Y NIÑOS - DEMASIADO DEPENDIENTES DE SUS PADRES.

TARTAMUDEO OCURRE EN CASI TODOS LOS NIÑOS EN ALGUNA EPOCA DE SU VIDA ES MAS COMUN EN NIÑAS.

LOS TRASTORNOS ARTICULATORIOS DEL LENGUAJE : PUEDEN SER POR OMISION, INSERCIÓN Y DISTORSION. AL SUSTITUIR EL SONIDO C POR S, POR PARALISIS CEREBRAL, LESION NEUROLOGICA CENTRAL, PALADAR HENDIDO Y MALOCCLUSION.

PIEL Y PELO: EN PACIENTES CON DISPLASIA HECTODERMICA CONGENITA EL PELO ES AUSENTE O MUY ESCASO, DELGADO, QUEBRADIZO DE COLOR CLARO. EL DESEQUILIBRIO HORMONAL PUEDE CAUSAR HIRUTISMO O CRECIMIENTO EXCESIVO DEL CABELLO.

LA PIEL DE LA CARA ASI COMO DE LAS MANOS SE PUEDE DETECTAR ENFERMEDADES RELACIONADAS CON PROBLEMAS DENTALES COMO LESIONES HERPETICAS. EN LAS MANOS SE PUEDEN OBSERVAR LESIONES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS COMO MACULA, PAPULAS, VESICULAS, PUSTULAS, COSTRAS Y CICATRIZ POR ENFERMEDADES EXEMATOSAS DEFICIENCIAS VITAMINICAS, HORMONALES O DEL DESARROLLO. SE DEBE CONSIDERAR FORMA Y TAMAÑO DE LOS DEDOS, LAS UÑAS PUEDEN ESTAR CORTADAS O MORDIDAS COMO RESULTADO DE UN HABITO DE ANSIEDAD, PUEDEN TENER FORMA DE ESPATULA, PUNTIAGUDAS, QUEBRADIZAS, ESCAMOSAS O DE COLOR DEFORME.

EL CIRUJANO DENTISTA QUE REALIZA UN BUEN DIAGNOSTICO EXAMINA LOS DIENTES AL ULTIMO, POR LO TANTO OBSERVAREMOS LAS ZONAS SIGUIENTES: LOS LABIOS, MUCOSA ORAL, SALIVA, TEJIDO GINGIVAL, LENGUA, PISO DE LA BOCA, FARINGE Y AMIGDALAS.

LABIOS Y MUCOSA ORAL.- LOS LABIOS NO DEBEN SER DESCUIDADOS EN SU APREMIO POR EXAMINAR LOS DIENTES, CUANDO SE HA OBSERVADO TAMAÑO, FORMA COLOR TEXTURA DE LAS SUPERFICIES, DEBEN SER PALPADOS PORQUE FRECUENTEMENTE SE OBSERVAN ULCERAS, VESICULAS, FISURAS, COSTRAS Y CICATRICES. LOS LABIOS PROTEGEN A LOS DIENTES DE LOS TRAUMAS Y POR LO TANTO SON LUGAR FRECUENTE DE CONTUSIONES EN LOS NIÑOS, TAMBIEN SE OBSERVAN - CAMBIOS DRAMATICOS POR REACCIONES NUTRICIONALES, ALERGICOS SE PUEDEN LLEGAR A OBSERVAR CICATRICES DEBIDO A INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SE HICIERON PARA CORREGIR ANOMALIAS DEL DESARROLLO O TRAUMAS ANTERIORES.

MUCOSA ORAL.- DEBERA SER EVALUADA CUIDADOSAMENTE , VALORAR LA GLANDULA PAROTIDA QUE PUEDE ESTAR INFLAMADA O AGRANDADA, EN LA ETAPA INICIAL DEL SARAMPION SE OBSERVA PEQUEÑOS PUNTOS AZULADOS Y BLANQUESINOS RODEADOS DE ROJO, PUEDEN PALPARSE INFLAMACIONES DE LA MEJILLA, LAS LESIONES MAS COMUNES QUE SE OBSERVAN EN LA MUCOSA ORAL Y LABIOS SON LOS QUE SE ASOCIAN CON VIRUS DE HERPES SIMPLE ES TOS PUEDEN SER BENIGNOS CON PEQUEÑAS ULCERAS DOLOROSAS O PUEDE SER MAS GENERALIZADAS A TEJIDOS GINGIVALES Y PALADAR HACIENDOLO MAS - SENSITIVO Y DOLOROSO, CON MULTIPLES ULCERAS PROFUNDAS.

SALIVA.- CUANDO EFECTUAMOS EL EXAMEN DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL GENERALMENTE SE ESTIMULA LA SALIVACION QUE PUEDE SER; DELGADA, - NORMAL O VISCOSA.

TIENEN QUE OBSERVARSE LAS GLANDULAS SALIVALES QUE PUEDEN ESTAR SENSIBLES, DOLOROSAS, INFLAMADAS, PUEDEN SER UNILATERALES O BILATERALES, LA SECRESION EXESIVA O PURULENTO DEL CONDUCTO DE STENON. LAS GLANDULAS PAROTIDAS, SUBLINGUALES , SUBMAXILARES PUEDEN VOLVERSE HIPERSENSIBLES Y TENER SECRESIONES ALTERADAS CUANDO EXISTEN INFECCIONES GENERALIZADAS.

TEJIDO GINGIVAL.- SE DEBE CONSIDERAR EL COLOR, TAMAÑO Y FORMA, LA CONSISTENCIA Y FRAGILIDAD CAPILAR DEL PARODONTO. LA INFLAMACION Y COLOR ROJO SON PRODUCTO DE UNA HIGIENE ORAL POBRE, SIN DEJAR DE TOMAR EN CUENTA QUE EL TEJIDO GINGIVAL REACCIONA A CAMBIOS METABOLICOS Y NUTRICIONALES, A DROGAS Y TRASTORNOS DEL DESARROLLO. CUANDO ESTAN EN ERUPCION LOS DIENTES EL TEJIDO GINGIVAL QUE LOS RODEA PUEDE INFLAMARSE Y SER DOLOROSO, POR TRAUMATISMO DE DIENTES OPUESTOS PUEDEN OBSERVARSE EN ESTUDIOS RADIOLOGICOS UN LIGERO ENSANCHAMIENTO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL, EL DIENTE ESTA SENSIBLE A LA PERCUSION Y AL MOVIMIENTO PUEDE HABER CELULITIS.

LENGUA Y PISO DE LA BOCA.- DEBE EXAMINARSE SU FORMA, TAMAÑO, COLOR Y MOVIMIENTO.

MACROGLOSIA. EN OCASIONES PUEDE SER POR ALERGIA O DE ORIGEN CONGENITO EL NIÑO NACE CON MALFORMACIONES HACIENDOSE MAS NOTORIO CON EL DESARROLLO, UNA LENGUA GRANDE PUEDE SER CARACTERISTICA DE CRETINISMO, SINDROME DE DOWN O MONGOLISMO, UNA LENGUA GRANDE PROVOCA ANORMALIDADES EN LOS MAXILARES (MALOCCLUSION), LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES LOS LLEVA A UNA CLASE III DE ANGLE .

ANQUILOGLOSIA.- PRODUCIDA POR FRENILLO CORTO Y GRUESO QUE SE EXTIENDE DESDE LA PUNTA DE LA LENGUA HASTA LOS TEJIDOS GINGIVALES Y EL PISO DE LA BOCA LIMITANDO LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA ORIGINANDO TRASTORNOS FONETICOS EN EL LACTANTE TIENE PROBLEMAS PARA SER ALIMENTADO. EL C.D. DEBE OBSERVAR SI HAY LENGUA FISURADA, GEOGRAFICA, LENGUA PILOSA NEGRA Y TRAUMATISMO LINGUAL.

PISO DE LA BOCA.- EL C.D. DEBE BUSCAR CUALQUIER TIPO DE INFLAMACION QUE PODRIA SER QUISTES, ULCERACIONES Y OBSERVAR LAS GLANDULAS.

PALADAR.- DEBE OBSERVARSE LA FORMA, COLOR O CUALQUIER LESION EN EL PALADAR BLANDO Y DURO, LA CONSISTENCIA, LAS DEFORMIDADES O INFLAMACIONES DEBE UTILIZARSE EL METODO DE PALPACION PARA PODERES DESCUBRIR CICATRICES QUE PUEDEN SER EVIDENCIAS DE TRAUMAS O INTERVENCIONES QUIRURGICAS. LOS CAMBIOS DE COLOR PUEDEN SER CAUSADOS POR NEOPLASIAS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS, AGENTES QUIMICOS, PROTUBERANCIAS POR DIENTES SUPERNUMERARIOS O TORUS PALATINOS.

FARINGE Y AMIGDALAS.- DEPRIMIENTO LA LENGUA SE PODRA OBSERVAR CAMBIOS DE COLOR, INFLAMACION O ULCERACION.

EXAMEN BUCAL

TOMANDO EN CUENTA LAS OBSERVACIONES BASICAS DE LAS ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON LA CAVIDAD ORAL, SE PODRA FORMULAR UN DIAGNOSTICO SOBRE LOS DIENTES YA SEA INDIVIDUALMENTE O EN GENERAL. ES DE GRAN VALOR LA CLASIFICACION DE LAS ANOMALIAS Y EL CONOCIMIENTO COADYUVANTE PARA EFECTUAR UN BUEN DIAGNOSTICO POR LO TANTO CLASIFICAREMOS LAS ANOMALIAS DE LA DENTICION:

- a) ANOMALIAS DE NUMERO
- b) ANOMALIAS DE FORMA
- c) ANOMALIAS DE ESTRUCTURA Y TEXTURA
- d) ANOMALIAS DE COLOR
- e) ANOMALIAS DE ERUPCION, EXFOLIACION Y POSICION.

ANOMALIAS DE NUMERO.- LA VARIACION DEL NUMERO DE DIENTES RESULTA DEL MONTO O DISMINUCION RESPECTO DE LA CANTIDAD CONSIDERADA COMO NORMAL. ES MAS FRECUENTE EN LA DENTICION PERMANENTE, PUEDE SER POR DESNUTRICION DEL DIENTE, POR TRAUMA, DISTROFIA, TRASTORNOS DEL DESARROLLO DENTARIO, FACTORES HEREDITARIOS, ES RARO ENCONTRAR ANODONCIA TOTAL, ES MAS FRECUENTE ENCONTRAR ANODONCIA PARCIAL O LA OLIGODONCIA ES MAS IMPORTANTE EN LA SEGUNDA DENTICION QUE EN LA PRIMERA, LOS DIENTES QUE CON MAYOR FRECUENCIA FALTAN SON: SEGUNDO PREMOLAR MANDIBULAR Y LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES; LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS SE OBSERVAN A MENUDO ES EL MESIODENS PERO PUEDEN APARECER EN CUALQUIER ZONA O ARCO; EN LA DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL, SINDROME HEREDITARIO DONDE SE OBSERVA LA AUSENCIA DE CLAVICULAS Y PRESENTA DIENTES SUPERNUMERARIOS.

LA ANODONCIA SE PRODUCE POR FACTORES CONGENITOS Y DE DESARROLLO Y EL RECONOCIMIENTO PRECOZ DEPENDE DE UN CUIDADOSO EXAMEN CLINICO Y DE RAYOS X, ASI COMO LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS, LA AGENESIA REPRESENTA UNA FALLA O ABERRACION EN LA PROLIFERACION DEL CICLO VITAL DEL DIENTE.

ANOMALIAS DE FORMA. -LAS ANOMALIAS DE FORMA SON MAS PRONUNCIADAS EN LA SEGUNDA DENTACION QUE EN LA PRIMERA, SE OBSERVAN ALTERACIONES EN LOS DIENTES PERMANENTES POR GOTAS ADAMANTINAS, LA FUSION Y GEMINACION INFLUYEN SOBRE EL TAMAÑO Y FORMA DE LOS DIENTES; EN LA GEMINACION PUEDE UNIRSE EN DIENTES NORMALES CON UN SUPERNUMERARIO.

LAS VARIACIONES DE LA CONFIGURACION DENTAL PUEDEN SER POR HERENCIA, POR ENFERMEDAD O POR TRAUMATISMO Y SE CLASIFICAN EN:

- a) GEMINACION
- b) FUSION
- c) DILASERACION
- d) CONCRESENCIA
- e) DIENTES DE HUTCHINSON (SIFILIS CONGENITA)
- f) LATERAL CONOIDE
- g) SINGULO EXAGERADO
- h) CUSPIDES SUPERNUMERARIAS
- i) INCISIVOS EN FORMA DE CLAVO
- j) TAURODENTISMO
- k) DESIDENTS
- l) DIENTES DE TURNER
- m) MACRODONCIA
- n) MICRODONCIA
- o) ASPECTOS HIPOPLASICOS.

ANOMALIAS DE ESTRUCTURA Y TEXTURA DE LOS DIENTES. - SE INCLUYEN LAS AMELOGENESIS, DENTINOGENESIS ASI COMO FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR LA FORMACION DEL ESMALTE Y LA DENTINA.

CLASIFICACION:

- a) SINDROME HEREDITARIO: ESMALTE AMELOGENESIS, HIPOPLASIA DEL ESMALTE
- b) DENTINA: DENTINOGENESIS IMPERFECTA Y DISPLASIA DE LA DENTINA, DIENTES EN FORMA DE COPAS.

OTRAS MANIFESTACIONES PUEDEN SER:

- a) FLUOROSIS
- b) HIPOFOSFATASA
- c) HIPOPLASIA POR FIEBRE
- d) HIPOPLASIA POR TRAUMATISMO
- e) HIPOPLASIA POR RADIACION

- d) DIENTES BLANCOS O AMARILLOS OPACOS: AMELOGENESIS IMPERFECTA
- e) DIENTES DE COLOR ROJO MARRON: PORFIRIA
- f) DIENTES DE COLOR MARRON GRISACEO: DENTINOGENESIS IMPERFECTA
- g) DIENTES CON AREAS ESPECIFICAS Y BLANCAS: FLUOROSIS Y DIENTES CON AREAS NEVADAS.

ANOMALIAS DE EXFOLIACION Y POSICION

EN LA MAYORIA DE LOS NIÑOS LA ERUPCION DE LOS DIENTES TEMPORALES ESTA PRECEDIDA POR LA SALIVACION INCREMENTADA Y EL NIÑO TIENDE A LLEVARSE LOS DEDOS A LA BOCA; DEBIDO A LA INFLAMACION DE LOS TEJIDOS GINGIVALES ANTES DE LA ERUPCION COMPLETA DE LA CORONA QUE PODRIA CAUSAR UN ESTADO DE MOLESTIA TEMPORAL QUE SEDE EN POCOS DIAS, POR OTRO LADO ES MUY VARIABLE LA EDAD EN QUE LOS DIENTES ERUPCIONAN YA QUE PUEDE SER PRECOZ O TARDIA.

EN CASO DE PERDIDA PREMATURA POR CARIES EL EFECTO EN LA ERUPCION DEL DIENTE DEPENDE DE LA EDAD EN QUE SE REALIZO LA EXTRACCION YA QUE -- PUEDE ACELERARSE O RETARDARSE.

DESPUES DE HABER ELABORADO Y ANALIZANDO LOS ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS Y PATOLOGICOS A TRAVES DE UNA BUENA HISTORIA CLINICA Y ASI PODER ELABORAR UN DIAGNOSTICO CERTERO, ANALIZAREMOS LOS FACTORES QUE INTERVIENEN PARA HACER UN BUEN EXAMEN DENTAL.

EXISTEN CIERTAS DIFERENCIAS ANATOMICAS EN DIENTES DE LA PRIMERA DENTITION CON RESPECTO A LOS PERMANENTES COMO:

CAMARAS PULPARES GRANDES, CUERNOS PULPARES PROMINENTES Y PROXIMOS A LAS SUPERFICIES EXTERNAS DEL DIENTE. LA DETECCION DE LESIONES INCIPIENTES EN LOS DIENTES PUEDEN ENFOCARSE POR VARIOS METODOS CON ESPEJO Y EXPLORADOR, SE PUEDEN DETECTAR CARIES EN FOSAS Y FISURAS ASI COMO CARIES CERVICALES PARA LESIONES INTERPROXIMALES SON NECESARIAS LAS R_x DE ALETA.

ES ACONSEJABLE REALIZAR ANTES DE CADA EXAMEN UNA PROFILAXIS.

UTILIZAR COLORES AZUL Y ROJO Y ABREVIATURAS PARA PATOSIS O CARIES RESTAURACIONES Y EXTRACCIONES.

DEBE VERIFICARSE LA OCLUSION Y ALINIAMIENTO DEL DIENTE O DIENTES HABITOS PERNICIOSOS, ERUPCION Y DENTITION, CONDICIONES GENERALES DENTALES Y LOCALES. EL TRATAMIENTO DENTAL ACERTADO EN NIÑOS SE BASA EN UN DIAGNOSTICO EXACTO Y LA PLANEACION DEL TRATAMIENTO EN FORMA CUIDADOSA SE REQUIERE DE:

- a) HISTORIA CLINICA COMPLETA
- b) ESTUDIO RADIOGRAFICO
- c) MODELOS DE ESTUDIO
- d) EXAMEN DE LABORATORIO

ESTUDIO RADIOGRAFICO.- ES UN MEDIO DE OBTENER UN DIAGNOSTICO MAS CERTERO PORQUE CADA PELICULA REPRODUCIRA EN FORMA ADECUADA LA REGION CORRECTAMENTE IDENTIFICADA Y NO ALARGADA NI CORTA, LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES NO ESTARAN SUPERPUESTAS, SE MOSTRARA LA CRESTA OSEA SIN SUPERPOSICION DEL DIENTE ADYACENTE IDENTIFICAR A TIEMPO PROBLEMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y LOS FACTORES QUE LOS ALTEREN. EL EXITO SE LOGRA SI SE BASA EN LA RADIOGRAFIA ADEMAS DE QUE UN BUEN ODONTOLOGO DEBE SABER APROVECHAR LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO A SU CONSULTORIO.

ENTRE LAS ANOMALIAS DE LOS DIENTES QUE SON ASINTOMATICAS Y NO VISIBLES EN LA BOCA TENEMOS:

- a) LESIONES CARIOSAS INCIPIENTES
- b) ALTERACIONES EN LA CALCIFICACION DEL DIENTE
- c) ALTERACIONES EN LA INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA PERIODONTAL
- d) ALTERACIONES EN EL HUESO DE SOPORTE
- e) CAMBIOS EN LA INTEGRIDAD DEL DIENTE
- f) ALTERACIONES DE LA PULPA
- g) ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CARIES INCIPIENTES.- SON LAS QUE NO PUEDEN DETECTARSE CON ESPEJO Y EXPLORADOR DEBEN SER LOCALIZADAS CON R_x, ASI PODRA EVITAR ENCONTRAR CAVIDADES TAN GRANDES QUE SEAN TAN PROFUNDAS QUE INCLUSO LLEGARAN A ARRIESGAR LA INTEGRIDAD DEL DIENTE. DEBIDO A LAS GRANDES CAMARAS PULPARES Y AL RAPIDO PROGRESO DE LA CARIES, EN LOS NIÑOS ES IMPERATIVO DETECTARLAS EN FASE TEMPRANA.

ALTERACIONES EN LA CALCIFICACION DEL DIENTE.- ES DE VITAL IMPORTANCIA TEMPRANAMENTE LAS ALTERACIONES DE LA CALCIFICACION LOS R_x NOS AYUDAN A LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO ENTRE LAS ENFERMEDADES SISTEMICAS QUE SE MANIFIESTAN EN LOS DIENTES QUE SON: OSTEOGENESIS IMPERFECTA, SIFILIS CONGENITA, FLUOROSIS CRONICA, DISPLASIA ECTODERMICA, AMELOGENESIS IMPERFECTA, DENTINOGENESIS IMPERFECTA, DISPLASIA DENTINAL Y PIEDRAS PULPARES.

ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.- LOS R_x PUEDEN INDICARNOS O PROPORCIONARNOS UN INDICIO TEMPRANO DE UN RETRASO DEL DESARROLLO Y PUEDE INDICAR LA ESTENSION DEL RETRASO O LA PRECOSIDAD DE ERUPCION PROVOCADA POR ENFERMEDADES SISTEMICAS O METABOLICAS COMO HIPOFISITISMO, DISTOSIS CLEIDOCRANEAL, SE PUEDE DETERMINAR LA EDAD OSEA FISICA DEL NIÑO.

LAS R_x CEFALOMETRICAS PROPORCIONAN UN METODO PARA EVALUAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CRANEO Y DEL MAXILAR Y MANDIBULA.

ALTERACIONES DE LA MEMBRANA PERIODONTAL.- A TRAVES DE LOS R_x SE DIAGNOSTICA PATOSIS APICAL, SE OBSERVA ENGROSAMIENTO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL ADYACENTE Y A LA VEZ ESTABLECE UN PRONOSTICO Y ESTIMAR EL EXITO DE CUALQUIER TRATAMIENTO.

ALTERACIONES EN EL HUESO DE SOPORTE.- RADIOGRAFICAMENTE SE OBSERVA EN MANDIBULA Y MAXILAR DESTRUCCION OSEA QUE PUEDEN SER INDICIOS DE QUISTES, TUMORES, OSTEOMIELITIS, ENFERMEDADES PERIODONTALES. ENTRE LAS ENFERMEDADES QUE PRODUCEN DESTRUCCION OSEA SON: RAQUITISMO, ESCORBUTO, HIPERPARATIROIDISMO, DISTOSIS CLEIDOCRANEAL, DISCRASIS - SANGUINEAS COMO AGRANULOCITOSIS ENFERMEDAD DE PAGET, ESOSTOSIS, SE OBSERVAN EN R_x LOS PRIMEROS CAMBIOS.

CAMBIOS EN LA INTEGRIDAD DEL DIENTE.- EN LAS R_x SE PUEDEN DETECTAR RAICES FRACTURADAS, REABSORVIDAS, FIJACION DE DIENTES PRIMARIOS SOBRE GERMEDES DE DIENTES PERMANENTES, DILASERACION, DESPLASAMIENTOS ANQUILOSIS FRACTURAS OSEAS Y CUERPOS EXTRAÑOS.

PULPA.- LOS R_x SON PRIMORDIALES EN LA EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LA PULPA AYUDA A EVALUAR LOS LIMITES Y PROFUNDIDAD DE LA PULPA, PERMITE EVALUAR LA OBTURACION, PERMITE EVALUAR LOS TEJIDOS PERIAPICALES, EL EXITO DEL RECUBRIMIENTO DE LA PULPA, OBSERVAR LA FORMACION DEL PUENTE DENTINARIO, DESTRUCCION DE LA LAMINA DURA, ABSCESES PERIAPICALES Y REABSORCION INTERNA DE LA RAIZ.

EN EL ESTUDIO R_x EXISTEN RADIOGRAFIAS INTRABUCALES Y EXTRABUCALES QUE REQUIEREN DETERMINADO NUMERO DE PELICULAS DE VARIOS TAMAÑOS TOMANDO EN CUENTA: SI ES UN EXAMEN GENERAL, DE AREAS ESPECIFICAS O EXAMEN ESPECIAL SIN OLVIDAR EL TIEMPO DE EXPOSICION, VELOCIDAD DE LA PELICULA, QUILOVOLTAGE MAXIMO, MILIAMPERAGE, DISTANCIA DEL TUBO A LA PELICULA:

TIPOS DE RADIOGRAFIAS

INTRABUCALES.- PARA LA SERIE COMPLETA DE LA PRIMERA DENTICION USAMOS DE 12 A 20 PELICULAS PERIAPICALES DEL # 1.0 y DE 1.1, SEIS ANTERIORES, CUATRO POSTERIORES Y DOS DE MORDIDA CON ALETA QUE DEBERAN MOSTRAR LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE, MUESTRAN LOS GERMEDES DE LOS DIENTES PERMANENTES EN DESARROLLO TOMANDO EN CUENTA: EL TAMAÑO DE LA CAVIDAD BUCAL, COOPERACION DEL PACIENTE Y EDAD DEL MISMO.

EXTRABUCALES.- EXISTEN DOS TIPOS DE PELICULAS CON PANTALLA Y SIN ELLA EXISTEN VARIOS NUMEROS QUE SE UTILIZAN DE 5 x 7, 8 x 10, 20x 25 cm LA QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE UTILIZA ES LA DE 5x7 CON SOPORTE DE CARTON PARA RADIOGRAFIAS LATERALES DE MANDIBULA. LOS RX CON PANTALLA SE USAN CUANDO EL RAYO TIENE QUE ATRAVERAZAR GRAN CANTIDAD DE TEJIDO COMO EN LAS RADIOGRAFIAS DE CRANEO Y DE LA A.T.M.

OCUSALES.- SE UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA EN NIÑOS DE 3 AÑOS A LA ADOLESCENCIA PERO PUEDE SER UTILIZADA UNA PELICULA PERIAPICAL PARA ADULTOS EN NIÑOS MUY PEQUEÑOS A LACTANTES; EN ESTE TIPO DE PELICULAS SE OBSERVAN AREAS MAYORES QUE EN LAS APICALES, SE LOCALIZAN OBJETOS O DIENTES DENTRO O ALREDEDOR DEL MAXILAR Y MANDIBULA. LAS PROYECCIONES SE PUEDEN HACER EN AREAS DE MAXILAR Y MANDIBULA LATERAL.

PANORAMICAS.- ESTAS PELICULAS SON MAS FACILES DE HACER QUE UNA SERIE DE R_x INTRABUCALES, LA RADIACION ES MENOR Y CUBRE UNA AREA INTERNA, MUESTRA UNA IMAGEN CONTINUA DE CONDILO A CONDILO SIN INTERRUPCION DE LA LINEA MEDIA DEL AREA ANTERIOR, LA A.T.M. O UNA AREA DEL SENO.

LA PRINCIPAL DESVENTAJA DE LA PELICULA PANORAMICA ES LA FALTA DE DETALLE POR LO QUE ES CONVENIENTE PELICULAS DE MORDIDA PARA DESCUBRIR LESIONES CARIOSAS INCIPIENTES

MODELOS DE ESTUDIO

LOS MODELOS EN YESO PROPORCIONAN UNA COPIA RAZONABLE DE LA OCLUSION DEL PACIENTE A PESAR DEL EXAMEN MINUCIOSO Y R_x .DEBE CONTARSE CON UN JUEGO DE MODELOS PARA CORRELACIONAR DATOS TOMADOS EN UN MOMENTO DETERMINADO DURANTE EL DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LAS ARCADAS DENTARIAS DEL NIÑO TOMANDO EN CUENTA QUE LA PRIMERA TOMA DE IMPRESION DEBE SER EFECTUADA CON MUCHO CUIDADO YA QUE EL MAL PROCEDIMIENTO PUEDE OCASIONAR UNA MALA EXPERIENCIA EN EL PACIENTE QUE REPERCUTIRA EN EL MANEJO DEL NIÑO EN LAS PROXIMAS SESIONES Y PARA ELLO DEBE:

- 1.- ESCOGER EL TAMAÑO ADECUADO DEL PORTAIMPRESION PARA ADAPTARSE APENAS CUBRIENDO EL ULTIMO DIENTE POSTERIOR
- 2.- COLOCAR O BORDEAR CON CERA LOS BORDES DE LA IMPRESION PARA OBTENER FONDO DE SACO SIN MOLESTAR AL PACIENTE
- 3.- SE RECOMIENDA TOMAR PRIMERO LA IMPRESION INFERIOR PORQUE EL REFLEJO DE NAUCEA ESTA DISMINUIDO OBTENIENDOSE NITIDEZ DEL PISO DE LA BOCA.
- 4.- DESPLAZAR O SEPARAR CARRILLOS CON EL DEDO INDICE Y PULGAR PARA QUE EL ALGINATO FLUYA HACIA LA PORCION BUCAL.
- 5.- ESPERAR A QUE GELIFIQUE EL ALGINATO Y PODER CORRER LA IMPRESION.

EXAMENES DE LABORATORIO

LOS EXAMENES DE LABORATORIO REPRESENTAN UNA CLASE ESPECIAL DE PRUEBAS QUE DEBEN REALIZARSE EN AQUELLOS PACIENTES QUE SE SOSPECHE DE ALGUNA ENFERMEDAD SISTEMICA EN LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA, PARA QUE EL C.D. SE ASEGURE DE UN TRATAMIENTO EXITOSO Y A LA VEZ EVITAR IATROGENIAS PARA ELLO ENUMERAREMOS LOS EXAMENES QUE PODRIAN ORIENTAR Y SER DE UTILIDAD EN EL CASO DE ENCONTRAR ALGUNA ALTERACION EN DICHAS PRUEBAS CANALIZARA A SU PACIENTE CON EL ESPECIALISTA CORRESPONDIENTE.

BIOMETRIA HEMATICA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE PLAQUETAS, TIEMPO DE PROTRROMBINA PARCIAL, ELECTROLITOS, EXAMEN GENERAL DE ORINA Y ESTUDIO RADIOLOGICO DE TORAX. LA INTERPRETACION DEBE EFECTUARSE CON PLENO CONOCIMIENTO DE LA EDAD, SEXO Y RAZA DEL PACIENTE.

	H	M	AL NACER	1 AÑO	10 AÑOS	U.MEDIDA.
BIOMETRIA HEMATICA			12.8-18.1	10.7 12.7	13.0- 14.6	g/100ml
HEMOGLOBINA	15-20	13.5- 17 g.	40-62			ml/100
HEMATOCRITO	45-60	40-52				%
CMGH	32-36					
VOLUMEN GLOBULAR	83-104					micras cub.
LEUCOCITOS	5,000 a 10,000		9 a 30 mil	6 a 18 mil.	4.5 a 13.5 mil	mi cub.
LINFOCITOS	24-38		30	60	38	%
MONOCITOS	4.9		5.8	4.8	4.3	"
NEUTROFILOS	50-70		61	31	53	"
EOSINOFILOS	1-4		2.2	2.6	2.4	"
BASOFILOS	0-1		0.6	0.4	0.5	"
SEGMENTADOS	45-65		52	28	51	"
BANDAS	0		9.1	3.1	3.0	"
METAMIELOCITOS	0		0	0	0	"
MIELOCITOS	0-6.5	0-15	0	0	0	"
SEDIMENTACION			0-2		3-13	mm.

RETICULOCITOS	0.5- 1.5%
CELULAS L.E	NEGATIVO
PLAQUETAS	150,000 a 400,000 mm.cub.
T.SANGRADO	1-3 MINUTOS
T. COAGULACION	8-12 MINUTOS
T. PROTROMBINA	80- 100 %
T.TROMBOPLASTINA PARCIAL	30 - 50 SEG.
RETRACCION DEL COAGULO	
SE INICIA A LOS	30 MIN.
SE COMPLETA	240 MIN.

PUEDE ENCONTRARSE ERITROCITEMIA CON MICROSITOSIS EN EL CASO DE POLISITEMIA VERA, TALASEMIA COMO RESULTADO DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO, LA ERITROCITEMIA NORMOCIFICA DEPENDE DE LA HIPOBOLEMIA (QUEDADURAS DIARREAS VOMITO) HIPOXIA (ENFERMEDADES DE LAS GRANDES ALTITUDES, METAHEMOGLOBINA CONGENITA INCREMENTO DE LA ERITROPOYETINA) GRANULOCITOPENIA: DEBE TOMARSE EN CUENTA EDAD Y RAZA, PUEDEN MOSTRAR FORMAS TEMPRANAS DE INFECCION COMO LEUCEMIA, PUEDE OCURRIR LEUCOCITOSIS NEUTROFILIA, RESPUESTA A INFECCIONES, HEMORRAGIAS, HEMOLISIS, DAÑO TISULAR ENFERMEDAD MALIGNA.

TROMBOCITOPENIA: CABE CONSIDERAR A LA ANEMIA HIPERPLASICA O INFILTRACION DE LA MEDULA OSEA, COAGULACION INTRABASCULAR DISEMINADA, PURPURA TROMBOCITOPENICA.

TROMBOCITEMIA: EN OCASIONES SE PRESENTA COMO RESULTADO DE SINDROMES MIELOPROLIFERATICO.

PARA VALORAR LA ANEMIA ES ATRAVES DE LA HEMOGLOBINA QUE INCLUYE INFORMACION SOBRE LA DURACION DE LA ANEMIA Y SINTOMAS ATRIBUIDOS A LA MISMA: PUEDE ENCONTRARSE ANEMIA FALSA O ESPURIA ES CAUSADA POR INCREMENTO DEL VOLUMEN PLASMATICO, ANEMIA NORMOSITICA NORMOCROMICA, ANEMIA MICROSIFICA HIPOCROMICA O AMBAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO, ANEMIA MACROSCIFICA HAY HALEAZGOS DE NEUTROFILOS Y ANEMIA HEMOLITICA

GENERAL DE ORINA: NOS SIRVE PARA VALORAR LA FUNCION RENAL PREVIENIENDO O TRATANDO INFECCIONES.

ELECTROLITOS: NOS SIRVE PARA VALORAR TRASTORNOS DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS DEL EQUILIBRIO ACIDO BASICO SODIO, AGUA Y POTASIO.

C A P I T U L O IV

TRATAMIENTO

- a) CAMPO OPERATORIO
- b) PREPARACION DE CAVIDADES
- c) PREPARACION DE MUÑONES
- d) MATERIALES DE RESTAURACION
- e) TERAPIA PULPAR.

CAMPO OPERATORIO : PARA QUE EL TRATAMIENTO QUE REALICEMOS SEA MAS RAPIDO Y CON MENOS COMPLICACIONES ES CONVENIENTE QUE NUESTRO CAMPO OPERATORIO SE ENCUENTRE LIBRE, PERMITIENDONOS BUENA VISIBILIDAD Y EN EL CASO DE TERAPIA PULPAR LIBRE DE SER CONTAMINADO. ESTO SE PUEDE LOGRAR POR MEDIO DE AISLAMIENTO DENTAL DEL O LOS DIENTES QUE SE VAN A TRATAR.

EXISTEN DOS TIPOS DE AISLAMIENTO:

- a) ROLLOS DE ALGODÓN
- b) DIQUE DE HULE

ROLLOS DE ALGODON: SE AISLA LA CAVIDAD ORAL CON ROLLOS DE ALGODON COLOCADOS EN LOS SURCOS BUCAL Y LINGUAL.

EXISTEN SOPORTES PARA ROLLOS DE ALGODON QUE LO MANTIENEN EN SU LUGAR PARA AISLAR EL MAXILAR SUPERIOR SOLO SE COLOCARA UN ROLLO DE ALGODON EN OPOSICION AL CONDUCTO PAROTIDEO Y SE AUXILIARA CON EL EYECTOR DE SALIVA Y ESO SERA SUFICIENTE.

PARA AISLAR EL MAXILAR INFERIOR SE COLOCARAN ROLLOS DE ALGODON EN EL SURCO BUCAL Y LINGUAL Y SE AUXILIARA CON EL EYECTOR DE SALIVA. COMO PREVENCIÓN DEBEN TENERSE VARIOS ROLLOS DE ALGODON PARA CAMBIARLOS - CUANDO SE REQUIERA CON EL FIN DE QUE NO SE HUMEDEZCAN LOS MATERIALES DE RESTAURACION.

DIQUE DE HULE: ACTUALMENTE PARA AISLAR MEJOR SE PREFERE EL DIQUE DE HULE YA QUE POR MEDIO DE ESTA TECNICA SE REALIZAN RESTAURACIONES EXCELENTES DEBIDO A:

- a) PROPORCIONA MEJOR ACCESO PARA TRABAJAR SIN INTERRUPCIONES COMO SON: MOVIMIENTOS DE LENGUA, SALIVA EN EL CAMPO OPERATORIO.-PROPORCIONA MEJOR VISIBILIDAD YA QUE CUBRE LABIOS Y CARRILLOS, - PROPORCIONANDONOS MEJOR ACCESO Y VISIBILIDAD LOGRANDOSE UNA MEJOR PREPARACION DE LA CAVIDAD O TRATAMIENTO QUE SE REQUIERA PROTEGIENDO LOS TEJIDOS BLANDOS.

- b) NOS PROVEE DE UN CAMPO OPERATORIO SECO MIENTRAS NO SE ESTA UTILIZANDO ALTA VELOCIDAD, YA QUE AQUI UTILIZAREMOS AGUA PARA EL ENFRIAMIENTO, LA CUAL ELIMINAREMOS POR MEDIO DE EYECTOR DE SALIVA COLOCADO EN LA GRAPA DEL DIQUE.
CUANDO COLOCAMOS CORRECTAMENTE EL DIQUE NOS PROPORCIONA UN CAMPO OPERATORIO SECO LIBRE DE CONTAMINACION POR SALIVA, NUESTROS MATERIALES DE RESTAURACION OBTENIENDO MUY BUENOS RESULTADOS.
- c) EL DIQUE DE HULE DEBE COLOCARSE SIEMPRE QUE SE REALICE CUALQUIER TRATAMIENTO PULPAR YA QUE NOS PROVEE DE UN MEDIO ACEPTICO
- d) SI USAMOS CON REGULARIDAD EL DIQUE DE HULE NOS EVITAREMOS PROBLEMAS DE INGESTION E INALACION DE CUERPOS EXTRAÑOS
- e) AYUDA EN EL MANEJO DEL PACIENTE ESPECIALMENTE PEDIATRICO YA QUE PROVEE AL NIÑO UN EFECTO CALMANTE.

CON LAS INDICACIONES ANTERIORMENTE EXPUESTAS ACERCA DEL DIQUE DE HULE CONCLUIMOS QUE USARLO AUMENTA LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL TRABAJO EN MENOR TIEMPO.

EQUIPO Y TECNICA

EQUIPO

- a) DIQUE DE HULE (QUE SE ENCUNTRAN PREFABRICADOS O SE DISEÑAN CON UN GLOBO)
- b) PINZAS PERFORADORAS DEL DIQUE DE HULE
- c) PINZAS PARA COLOCAR Y RETIRAR
- d) ARCO DE YOUNG
- e) SEDA DENTAL
- f) GRAPAS
- g) VASELINA Y SERVILLETAS OPANUELOS DESECHABLES
- h) PLANTILLA O PATRON DE PERFORACION.

FUNCIONES:

DIQUE DE HULE: AISLA EL CAMPO OPERATORIO

PINZA PERFORADORA: PERFORA EL DIQUE DE HULE

PINZAS PORTAGRAPAS: FACILITA LA MANIPULACION DE LAS GRAPAS PARA ANCLARLAS A LOS DIENTES.

ARCO DE YOUNG: PERMITE SOSTENER AL DIQUE EN TENSION.

SEDA DENTAL: PARA CHECAR LAS AREAS DE CONTACTO Y ATAR LA GRAPA.

VASELINA: LUBRICAR EL DIQUE Y LAS COMISURAS DE LOS LABIOS DEL PACIENTE.

GRAPAS: ANCLAR Y MANTENER AL DIQUE EN SU SITIO.

PLANTILLA O PATRON DE PERFORACION: PERMITE IDENTIFICAR Y MARCAR EL SITIO DE PERFORACION DEL DIQUE

GRAPAS: LAS GRAPAS SE USAN PARA COLOCAR Y AYUDAR A MANTENER EL DIQUE EN SU LUGAR. LA GRAPA SE COLOCA EN DIENTE MAS DISTAL DEL CAMPO OPERATORIO.

PERO SI ES UN DIENTE EL QUE REQUIERE EL TRATAMIENTO SOLAMENTE ESE LLEVARA LA GRAPA.

PARA QUE LA GRAPA QUEDE FIRME ESTA SE COLOCARA DEBAJO DEL AREA DE MAYOR CIRCUNFERENCIA DEL DIENTE, EN EL CUELLO DEL DIENTE. LAS GRAPAS VARIAN EN FORMA Y TAMAÑO, EN SU MAYORIA SU NUMERACION ES DIFERENTE DE ACUERDO A LOS DIENTES EN QUE VA A SER ANCLADA.

TIPOS DE GRAPAS PARA CADA DIENTE:

INCISIVOS Y CANINOS 210-211

PREMOLARES SUPERIORES E INFERIORES 206-W2

MOLARES INFERIORES 200-W7

MOLARES SUPERIORES 201-W8

MOLARES PARCIALMENTE ERUPCIONADOS W14A-W8A

MOLARES PEQUEÑOS W3-204

PINZAS PERFORADORAS: TIENEN UNA PLATINA GIRATORIA CON ORIFICIOS DE TAMAÑO DIFERENTE DE MANERA QUE AL GIRARLAS PUEDES SELECCIONAR LOS ORIFICIOS DE ACUERDO AL DIENTE QUE SE HA DE AISLAR.

EL TAMAÑO DE LOS ORIFICIOS SE USAN DE LA MANERA SIGUIENTE:

- a) INCISIVOS INFERIORES
- b) INCISIVOS SUPERIORES
- c) CANINOS Y PREMOLARES
- d) TODOS LOS MOLARES
- e) MOLARES IMPACTADOS.

PREPARACION DEL PACIENTE:

ANTES DE COLOCAR EL DIQUE DE HULE SE DEBE PREPARAR LA CAVIDAD BUCAL DEL PACIENTE DE LA MANERA SIGUIENTE.

- a) EXAMEN GENERAL DE CAVIDAD ORAL
- b) LUBRICAR LAS COMISURAS DE LOS LABIOS DEL PACIENTE.
- c) PROFILAXIS DE LOS DIENTES QUE SE HAN DE AISLAR
- d) DETECTAR ASPERESAS DE OBTURACIONES DESBORDANTES.

EL EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL SE REALIZA CON ESPEJO Y EXPLORADOR OBSERVANDO SI EXISTE ALGUNA LESION EN LA ENCIA QUE IMPIDA LA COLOCACION DE LA GRAPA COMO PUEDE SER: AGRANDAMIENTO GINGIVAL O ENFERMEDAD PERIODONTAL DONDE EXISTA MOVILIDAD DENTARIA.

AL LUBRICAR LAS COMISURAS DE LOS LABIOS EVITAMOS INCOMODIDAD DEL PACIENTE POR RESEQUEZADA LABIAL.

POR ULTIMO DEBEN DE CHECARSE LAS AREAS DE CONTACTO PARA PREVENIR LA POSIBLE RASGADURA DEL DIQUE Y CON ELLO EL PASO DE SALIVA.

PARA CHECAR LAS AREAS DE CONTACTO DEBEMOS PASAR SEDA DENTAL EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES DE LOS DIENTES QUE VAMOS A AISLAR EN CASO DE QUE EL HILO SE RASGUE O ROMPA TENDREMOS QUE CORREGIR EL ESPACIO PASANDO UNA TIRA DE PAPEL LIJA PARA ELIMINAR LAS ASPERESAS QUE PUEDEN SER PRODUCIDAS POR OBTURACIONES DESBORDANTES O CARIES

PREPARACION DEL DIQUE:

MARCAR LA POSICION DEL O DE LOS ORIFICIOS QUE SE VAN A AISLAR UTILIZANDO LA PLANTILLA O PATRON DE PERFORACION. LA PLANTILLA TIENE DOBLE PERFORACION, LAS PERFORACIONES DE LA PLANTILLA INFERIOR CORRESPONDEN A UNA ARCADEA INFANTIL Y LAS EXTERNAS A UNA ARCADEA ADULTA.

LOS ORIFICIOS DE LA PLANTILLA CORRESPONDEN AL ORIFICIO DE CADA DIENTE VISTOS POR OCLUSAL.

CUANDO EXISTEN DIENTES QUE SE ENCUENTRAN FUERA DEL ARCO LAS PERFORACIONES SE HARAN FUERA DE LA LINEA APROXIMANDOSE AL LUGAR EN QUE SE ENCUENTRE. CUANDO HAY AUSENCIA DENTAL NO SE HARAN ESAS PERFORACIONES UNICAMENTE SI EXISTE EL DIENTE.

PERFORAR EL DIQUE CON LAS PINZAS PERFORADORAS EN LOS LUGARES QUE SE MARCARAN CON PLUMA PARA SU MEJOR LOCALIZACION.

COLOCACION DEL DIQUE:

LA GRAPA SE ATA CON UN TROZO DE SEDA DENTAL PARA EVITAR ACCIDENTES Y OBTENER MEJOR CONTROL SOBRE LA GRAPA.

LA GRAPA SE INSERTA EN EL ORIFICIO DEL DIQUE Y QUEDARA EN EL EXTREMO DISTAL DEL CAMPO OPERATORIO, SOSTENIENDOLO CON LAS PROLONGACIONES DE LA GRAPA, EL ARCO DE LA GRAPA DEBE QUEDAR HACIA DISTAL PARA FACILITAR SU COLOCACION Y MEJOR ACCESO HACIA LA CAVIDAD.

CUANDO YA SE ENCUENTRA LA CAPA EN EL DIQUE LAS PINZAS PORTAGRAPAS SE LLAMAN BAYONETAS SE INCERTAN ESTAS EN LOS ORIFICIOS DE LA GRAPA Y TANTO LA GRAPA Y EL DIQUE SE COLOCAN EN EL DIENTE, PRIMERO LA PARTE LINGUAL O PALATINA Y POSTERIORMENTE LA VESTIBULAR, POR DEBAJO DEL AREA DE MAYOR CIRCUNFERENCIA DEL DIENTE.

YA FIJADO EL DIQUE CON LA GRAPA SE AISLAN LOS DIENTES ADYACENTES INTRODUCIENDO EL DIQUE HASTA TENER AISLADO TODO EL CAMPO SOBRE EL CUAL SE HA DE TRABAJAR. EL DIQUE DEBE QUEDAR LIBERADO DE LAS PROLONGACIONES DE LA GRAPA POR MEDIO DE UN EXCAVADOR. PARA QUE EL DIQUE SE ADHIERA AL DIENTE IMPIDIENDO EL PASO DE SALIVA POR ESCURRIMIENTO.

A LA SERVILLETA O PAÑUELO DESECHABLE SE LE HARA UN ORIFICIO EN EL CENTRO DEL TAMAÑO DEL CONTORNO DE LA BOCA ABIERTA, EL CUAL QUEDARA POR DEBAJO DEL DIQUE CON EL FIN DE EVITAR QUE ESTE SE PEGUE A LA CARA POR SUDORACION.

POR ULTIMO COLOCAMOS EL ARCO DE YOUNG ESTIRANDO EL DIQUE E INSERTANDO EN LAS SALIENTES PEQUEÑAS QUE TIENE EL ARCO PARA QUE QUEDE EN TENSION LA CURBATURA DEL ARCO QUEDE EN EL MENTON.

REMOCION DEL DIQUE

SE RETIRA LA GRAPA CON LA PINZA PORTAGRAPAS SE RETIRA EL DIQUE EN DIRECCION OCLUSAL HABIENDO DE ANTEMANO CORTADO LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES DEL DIQUE CON TIJERAS. LA REMOCION DEBE HACERSE CON CUIDADO PARA EVITAR LESIONAR LOS TEJIDOS BLANDOS. EXAMINESE EL DIQUE PARA SERCIORARSE DE NO DEJAR PEDAZOS EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES.

SI FALTA ALGUN PEDAZO DE DIQUE DEBE REMOVERSE CON SEDA DENTAL O CON ALGUN EXPLORADOR.

DAR MASAJE EN AREA GINGIVAL DONDE ESTUVO EL DIQUE PARA ESTIMULAR LA CIRCULACION.

LAVAR EL CAMPO OPERATORIO POR ULTIMO RETIRAR LA SERVILLETA Y LIMPIAR LOS LABIOS Y COMISURAS DEL PACIENTE CON ELLA.

PREPARACION DE CAVIDADES

DESPUES DE HABER REALIZADO NUESTRO DIAGNOSTICO Y HABER ELEGIDO NUESTRO TRATAMIENTO, TOMANDO EN CUENTA QUE ATENDEREMOS A UN NIÑO CONSIDERAREMOS LO SIGUIENTE: EDAD DEL NIÑO, TIPO O GRADO DE AFECION DE CARIES VER RADIOGRAFICAMENTE EL ESTADO DEL DIENTE CON RELACION AL HUESO DE SOPORTE Y ESFOLIACION, ESPACIO QUE EXISTE EN EL ARCO PARA CONSIDERAR EL EFECTO QUE NOS DA LA EXODONCIA O RETENCION DENTAL PARA EL BUEN ESTADO DE SALUD BUCAL DEL NIÑO EN EL PRESENTE Y EN EL FUTURO.

EL OBJETO DE LA PREPARACION DE LA CAVIDAD ES LA REMOCION DE LA CARIES Y SU OBTURACION EN MATERIAL ADECUADO QUE DEVUELVA AL DIENTE SU FUNCION Y ESTETICA. PARA LOGRAR UNA CAVIDAD ADECUADA DEBEMOS TOMAR EN CUENTA LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS.

- a) ELECCION DEL LUGAR DE ACCESO.- EL TAMAÑO DE LAS FRESAS SERA DE ACUERDO AL TAMAÑO DE LOS DIENTES Y LA DIMENSION DE LA CAVIDAD QUE SE REALIZARA CON PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD TENIENDO CUIDADO DE NO LLEGAR A LA PULPA. POR LO REGULAR EL CORTE SE EMPIEZA EN FOSAS Y FISURAS OCLUSALES CON FRESA DE BOLA, FISURAS PLANAS O DE CONO INVERTIDO.
- b) FORMA DE CONTORNO.- LAS FOSAS, FISURAS Y SUPERFICIES DE CONTACTO INTERPROXIMALES SON LAS MAS SUSCEPTIBLES A CARIES POR TAL MOTIVO COMO UNA FORMA PREVENTIVA DEBE HACERSE LA CAVIDAD MAS AMPLIA ESTO SIGNIFICA QUE LAS CAVIDADES NO DEBEN LIMITARSE A LA CARIES SINO QUE SU FORMA DE CONTORNO DEBE INCLUIR TODAS LAS FOSAS Y FISURAS DE LA SUPERFICIE OCLUSAL EN EL CASO DE CLASE I Y EL AREA PROXIMAL EN CLASE II.
- c) ELIMINACION DE TEJIDO CARIOSO.- LA CAVIDAD DEBE DE DEJARSE LIBRE DE CARIES PARA RESTAURAR LIBREMENTE SIN REINCIDENCIA DE LA MISMA, A MENOS QUE SE REALIZE UN TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO. CUANDO LA LESION CARIOSA ES PEQUEÑA LA FORMA Y PROFUNDIDAD SERAN LAS RECOMENDADAS PERO SI LA LESION ES MUY PROFUNDA DEBE QUITARSE CON FRESA DE BOLA A BAJA VELOCIDAD Y CON CUCHARILLAS HASTA DEJAR LA CAVIDAD LIBRE DE CARIES YA QUE SI SE DEJA AVANZARA HACIA LA PULPA TRAYENDO OTRAS COMPLICACIONES.
- d) FORMA DE RESISTENCIA Y RETENCION.- EL DISEÑO DE LA CAVIDAD DEBE CUMPLIR CON LA FORMA DE RETENCION Y RESISTENCIA, LA PRIMERA SE LOGRA POR MEDIOS MECANICOS Y LA SEGUNDA SE LOGRA POR MEDIO DE UN MATERIAL RESTAURADOR. CON UNA PROFUNDIDAD MINIMA DE 0.5 mm DE LA PULPA A LA UNION AMELODENTINARIA.
"MUCHOS INVESTIGADORES SEÑALAN QUE LA FUERZA EN EL AREA DEL ITSMO DE UNA AMALGAMA DE CLASE II ES TRES VECES MAYOR CUANDO EL VOLUMEN DE LA MISMA SE DA EN PROFUNDIDAD MAS QUE EN ANCHO".

- e) **PULIDO Y LIMPIEZA DE LA CAVIDAD.**- PARA FINALIZAR SE DEBEN DEJAR LOS BORDES BIEN TERMINADOS Y CON BUEN SOSTEN Y LA CAVIDAD LIBRE DE RESTOS Y TEJIDOS DESVITALIZADOS.

DESPUES DE HABER LLEVADO A CABO LA PREPARACION DE LA CAVIDAD SE DEBE PROTEGER LA PULPA CON CEMENTO DE HIDROXIDO DE CALCIO, YA QUE LA PULPA PUEDE LESIONARSE DEBIDO A LOS CAMBIOS TERMICOS, DESHIDRATACION Y POR VIBRACION Y POR PRESION. EN EL CASO DE CAMBIOS TERMICOS ES PORQUE -- EXISTE UN CALENTAMIENTO DE LA DENTINA QUE SE PASA A LA PULPA DEBIDO A QUE NO SE TRABAJO CON UN SISTEMA DE ENFRIAMIENTO CON AGUA O CON AGUA Y AIRE.

LA DESHIDRATACION OCURRE DEBIDO A QUE SE QUIERE MANTENER SECA LA CAVIDAD Y NO SE TRABAJO CON SISTEMA DE ENFRIAMIENTO. Y POR ULTIMO DEBE EVITARSE LA PRESION EXCESIVA DE LOS DIENTES PERMANENTES JOVENES YA QUE SUS RAICES SON CORTAS Y SUS APICES NO SE HAN FORMADO COMPLETAMENTE, NO TIENEN SUFICIENTE APOYO PERIODONTICO Y POR LO TANTO LA PRESION SE LLEVA A CABO EN LA PULPA.

CLASIFICACION DE LAS LESIONES EN DIENTES PRIMARIOS

- 1a. CLASE: FOSAS Y FISURAS DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES POSTERIORES.
- 2a. CLASE: SUPERFICIES PROXIMALES EN DIENTES POSTERIORES CON ACCESO ESTABLECIDO DESDE LA SUPERFICIE OCLUSAL
- 3a. CLASE: TODAS LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE LOS DIENTES ANTERIORES QUE AFECTEN O NO EXTENSIONAS LABIALES O LINGUALES.
- 4a. CLASE: SUPERFICIE PROXIMAL EN DIENTES ANTERIORES QUE ABARCA BORDE INCISAL
- 5a. CLASE: TERCIO CERVICAL DE TODOS LOS DIENTES.

CAVIDADES DE 1a. CLASE: ESTAS LESIONES NO PRESENTAN MUCHOS PROBLEMAS PARA EL ODONTOLOGO PERO EXISTEN REGLAS QUE DEBERAN SEGUIRSE PARA LOGRAR UNA BUENA RESTAURACION.

LA FORMA DEL DELINEADO OCLUSAL VIENE DEFINIDA POR CIERTO NUMERO DE FACTORES: PRIMERO SE ELIMINA EL ESMALTE SUPERFICIAL SIN APOYO, ESTO PROPORCIONA ACCESO PARA ELIMINAR LA CARIES Y DETERMINAR EL TAMAÑO REAL DE LA LESION. EN LA LESION DE FOSETAS Y FISURAS LA EXTENSION ESTA DICTADA PRINCIPALMENTE POR LA EXTENSION DE LA CARIES EN LA UNION DEL ESMALTE Y LA DENTINA. LAS SUPERFICIES OCLUSALES SE LIMPIAN FACILMENTE CON LA MASTICACION LO QUE LIMITA EL GRADO DE DAÑOS SUPERFICIALES RESULTANTES DE LA DESCALCIFICACION. ESTA PROTECCION PRODUCE CIERTO GRADO DE SOCAVADO EN EL ESMALTE Y NO PODRA DETERMINAR EL DISEÑO REAL HASTA HABER CORTADO EL MATERIAL AL QUEBRADIZO. EN LAS PREPARACIONES OCLUSALES CON AMALGAMA SE ACONSEJA -

EXTENDER LAS AREAS DEFECTUOSAS, ESTO SIGNIFICA ELIMINAR LAS AREAS PRE CAREOSAS EN LA SUPERFICIE OCLUSAL QUE ESTEN EN CONTACTO CON LA EXCAVACION INICIAL. LA EXTENSION AFECTA A LOS SURCOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS MAL ENLAZADOS CON LA SUPERFICIE OCLUSAL. SE DESARROLLA ENTONCES EL DISEÑO PARA LOGRAR UNA CURVA ASCENDENTE Y SUAVE QUE TERMINE EN LOS PLANOS CUSPIDEOS Y BORDES MARGINALES, EN DONDE LA ESTRUCTURA DENTAL ES LISA Y LIMPIA. EL MARGEN DE LA RESTAURACION DESCANSARA EN AREAS QUE SE LIMPIAN FACILMENTE CON LA MASTICACION O CEPILLADO, LO QUE EVITA DESARROLLO DE CARIES SECUNDARIAS. EL DISEÑO DEBE INCLUIR TODAS LAS AREAS PRECAREOSAS O CUALQUIER COSA QUE FAVOREZCA LA RETENCION DE ALIMENTOS EN LA SUPERFICIE OCLUSAL..

LAS CAVIDADES DE CLASE UNO DEBEN ESTENDERSE POR LO MENOS 0.5 mm EN SENTIDO PULPAR EN RELACION A LA UNION AMELODENTINARIA. EL PISO PULPAR DEBE QUEDAR PLANO; LOS ANGULOS DE LA LINEA INTERNA DEBEN SER REDONDEADOS, ESTO DARA NORMALMENTE UN RECORTE DE RETENCION EN LA DENTINA, EL BORDE CABO SUPERFICIAL DEBERA SER DE 90°, EL MATERIAL DE ELECCION ES LA AMALGAMA.

DIENTES Y LUGARES EN DONDE AFECTA LA CARIES CON RELACION A CLASE I

EN EL PRIMER MOLAR TEMPORAL LA FOSA CENTRAL SE CARIA ANTES QUE LA FOSA MESIAL. POR LO TANTO LA FORMA DE CONTORNO ESTARA LIMITADA A LA FOSA CENTRAL Y SUS HENDIDURAS DE DESARROLLO BUCAL Y LINGUAL ADYACENTES A LA FOSA DISTAL TRIANGULAR. EN MUY RARAS OCASIONES ES NECESARIO CRUZAR EL BORDE DE ESMALTE QUE UNE LA CUSPIDE MESIOBUCAL Y MESIO LINGUAL PARA ELIMINAR LA CARIES Y ESTO ES DESACONSEJABLE POR LA PROXIMIDAD DEL CUERNO PULPAR MESIOBUCAL.

EL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL Y EL PRIMER MOLAR PERMANENTE TIENEN ANATOMIA CASI IDENTICA. LA FORMA DE CONTORNO DEBERA INCLUIR LAS FISURAS DE LA SUPERFICIE OCLUSAL, MANTENIENDOSE AL MINIMO LAS DIMENSIONES INTERCUSPIDEAS DE LA CAVIDAD.

EN LOS MOLARES INFERIORES Y SEGUNDOS TEMPORALES Y PRIMEROS PERMANENTES LAS AREAS DE PELIGRO EN CUANTO A POCA EXTENSION Y DESARROLLO DE CARIES RECURRENTES PARECEN ESTAR EN LAS FISURAS LINGUALES Y BUCALES, SERA NECESARIO EN ALGUNOS CASOS EXTENDER LA PREPARACION INCLUYENDO UNA FISURA BUCAL O LINGUAL CUANDO TIENEN POCO APOYO O ESTA CARIADA.

LAS PAREDES DE LA CAVIDAD EN SENTIDO BUCAL Y LINGUAL DEBEN SER RECTAS Y PARALELAS O CONVERGENTES A OCLUSAL, CON ANGULOS DE LINEA EXTERNA RECTA. LAS ESTENSIONES SERAN DE 0.5 mm HACIA LA DENTINA Y EN SENTIDO GINGIVAL INCLUYENDO LA FOSETA BUCAL DE DESARROLLO. LOS SURCOS DE RETENCION SE HARAN EN LA UNION AMELODENTINARIA.

EN EL ITSMO DONDE LA EXTENSION BUCAL Y LINGUAL SE ENCUENTRA CON LA SECCION OCLUSAL DEBE SER REDONDEADA O BISELADA PARA AUMENTAR EL VOLUMEN DE AMALGAMA EN ESTA AREA QUE ESTA SUJETA A FUERZAS MASTICATORIAS EXTENSAS. EN LOS MOLARES SUPERIORES, SEGUNDOS TEMPORALES Y PRIMEROS PERMANENTES, EL ATAQUE DE CARIES QUE ENCONTRAMOS ES EN: FOSA CENTRAL, FOSA DISTAL, FOSA LINGUAL Y LA FOSA QUE SEPARA LAS CUSPIDES MESIOLINGUAL (TUBERCULO DE CARABELLI)

LA PROFUNDIDAD DEL SURCO LINGUAL DE DESARROLLO Y SU CONTINUIDAD CON LA FOSA DISTAL Y EL SURCO DISTAL NECESITAN CON FRECUENCIA LA COLOCACION DE UNA RESTAURACION OCLUSO LINGUAL A VECES HAY UN SURCO ACCESORIO QUE VA DESDE EL SURCO LINGUAL DE DESARROLLO AL SURCO QUE SEPARA AL TUBERCULO DE CARABELLI Y LA CUSPIDE MESIO LINGUAL SI SE ENCUENTRA CARIADA DEBERA INCLUIRSE EN LA PREPARACION.

EL ANCHO DE LA EXTENSION LINGUAL DEBE SER MINIMO, COMPENSANDO EL VOLUMEN DE AMALGAMA EN PROFUNDIDAD, EL MOTIVO PARA ELLO ES QUE LA EXCESIVA REMOCION DE DIENTE DEBILITARIA LAS CUSPIDES DISTOLINGUAL Y MESIO LINGUAL SI POSTERIORMENTE SE CONSIDERA UNA PREPARACION DE SEGUNDA CLASE LOS BORDES RECTOS DE LA CAVIDAD EN LA EXTENSION BUCAL Y LINGUAL CON ANGULOS EXTERNOS RECTOS FACILITAN EL TERMINADO DE LA RESTAURACION, EN EL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE DEBEN SEGUIRSE LOS MISMOS PRINCIPIOS QUE PARA EL PRIMERO COMO SU ANATOMIA OCLUSAL DIFIERE, Y EL DISEÑO DE LA CAVIDAD DEBE ESTAR EN RELACION A LA MISMA PUEDE SER NECESARIO QUE SI EXISTEN DOS FOSAS OCLUSALES SEPARADAS, LA MESIAL Y LA DISTAL DEBA REQUERIRSE CAVIDADES SEPARADAS. SIN EMBARGO LA PRESENCIA DE UN EXTENSO SURCO CENTRAL DE DESARROLLO PUEDE HACERSE NECESARIO QUE LA FOSA DE LA CAVIDAD ABARQUE LA FOSA CENTRAL.

LESION CLASE II

LAS LESIONES INCIPIENTES DE CLASE II EN MOLARES TEMPORALES SOLO PUEDEN SER DIAGNOSTICADAS CON RADIOGRAFIAS.

LA LESION SE DETECTA CLINICAMENTE YA SEA POR EXPLORACION O POR OBSERVACION DE COLOR GRISACEA DEL BORDE MARGINAL. EN LESIONES MAS GRANDES FRECUENTEMENTE LA PULPA QUEDA EXPUESTA DURANTE LA EXCAVACION DE MOLARES TEMPORALES DONDE EL BORDE MARGINAL ESTA DESINTEGRADO.

CUANDO SE DIAGNOSTICA UNA LESION DE SEGUNDA CLASE A TEMPRANA HORA SE PREPARA LA CAVIDAD DE EXTENSIONES Y DIMENSIONES CONSERVADORAS EXISTEN DO BUEN SOSTEN QUE PERMITA QUE LA RESTAURACION DURE LO QUE DURA EL DIENTE.

LA LESION DE CLASE II POR LO REGULAR SE ACOMPAÑA DE CARIES DEL DIENTE VECINO ESTE TIPO DE CAVIDADES SE PREPARA PARA UN ANCLAJE OCLUSAL (CUÑA DE ANCLAJE) Y UNA CAJA INTERPROXIMAL QUE SE UNE EN EL ITSMO, PUEDE USARSE UNA FRESA DE FISURA PLANA.

LAS LESIONES DE CLASE II SE DIVIDEN EN

- a) LESION INCIPIENTE EN LA CUAL LAS DIMENSIONES DE LA CAVIDAD NO ESTAN DETERMINADAS POR LA CARIES. MOLARES TEMPORALES
- b) LESION GRANDE EN LA CUAL LAS DIMENSIONES DE LA CAVIDAD ESTARAN DETERMINADAS POR LA CARIES. MOLARES TEMPORALES
- c) PREPARACION EN MOLARES PERMANENTES.

PARA EL ANCLAJE OCLUSAL. LOS BORDES SE ENCUENTRAN EN AREAS DE FACIL LIMPIEZA Y SE INCLUYEN EN LA PREPARACION TODAS LAS FISURAS CARIADAS, MANCHADAS O PRECARIADAS.

PARA EL DISEÑO DE LA CAVIDAD TOMAR EN CUENTA TODOS LOS PRINCIPIOS.

CAJA PROXIMAL: LOS BORDES DE LA CAJA PROXIMAL DEBEN EXTENDERSE HASTA LAS SUPERFICIES AUTOLIMPIANTES, DEBEN PASAR LA PUNTA DE UN EXPLORADOR ENTRE LAS PAREDES BUCAL LINGUAL Y GINGIVAL DE LA CAJA PROXIMAL Y EL DIENTE ADYACENTE. ESTE GRADO DE EXTENSION ES ESCENCIAL PARA QUE LOS BORDES QUEDEN EN UNA SUPERFICIE AUTOLIMPIANTE Y PERMITA LA COLOCACION DE UNA BANDA MATRIZ.

LAS AREAS DE CONTACTO ANCHAS, AFLANADAS, ELIPTICAS DE LOCALIZACION GINGIVAL DE LOS MOLARES TEMPORALES, DETERMINAN QUE EL PISO GINGIVAL DE LA CAJA INTERPROXIMAL SEA TAN AMPLIO COMO PARA QUE LOS BORDES GINGIVO BUCAL Y GINGIVO LINGUAL RESULTEN AUTOLIMPIANTES. LA CONVERGENCIA OCLUSAL DE LAS PAREDES BUCAL Y LINGUAL DETERMINAN QUE EL ANCHO OCLUSAL DE LA CAJA PROXIMAL SEA MENOR QUE EL ANCHO GINGIVAL, ESTO IMPIDE TAMBIEN LA EXCESIVA EXTENSION Y EL POSTERIOR DEBILITAMIENTO DEL ESMALTE OCLUSAL A GINGIVAL DE MODO QUE QUEDAN CASI PARALELAS A LA RESPECTIVA SUPERFICIE EXTERNA DEL DIENTE. ESTO TAMBIEN DA POR RESULTADO UNA FORMA RETENTIVA DE LA CAJA PROXIMAL.

PARA UNA MAYOR RETENCION SE HACEN UNAS MUESCAS EN LA DENTINA LO MAS CERCA DE LA UNION AMELODENTINARIA DE LAS PAREDES BUCALES Y LINGUALES DE LA CAJA PROXIMAL .

EXISTEN ALGUNOS ERRORES QUE HARAN QUE FRACASE NUESTRA RESTAURACION - COMO SON:

- a) EXTENSION EXCESIVA DEL ANCHO BUCO LINGUAL DE LA CAJA EN LA CARA OCLUSAL QUE DA POR RESULTADO SOPORTE DEFICIENTE DE LAS PAREDES PROXIMALES Y A SU VEZ UN DETERIORO DE LOS BORDES.
- b) EXISTE OTRO ERROR QUE TIENE QUE VER CON LA POSICION DEL PISO DE LA CAJA PROXIMAL, CUANDO LA PROFUNDIDAD DE LA LESION EXIGE QUE EL PISO SE LLEVE HACIA GINGIVAL HAY QUE TENER CUIDADO DE NO EXPONER LA PULPA. OTRA FORMA DE EXPONER LA PULPA ES CUANDO EL NIÑO MUEVE LA CABEZA INESPERADAMENTE Y NO SE TIENE CONTROL DE LA FRESA.

ANGULO DE LA LINEA EXTERNA: PUEDEN SER REDONDEADOS O NO, UNA VENTAJA DE LOS ANGULOS REDONDEADOS DE LA LINEA EXTERNA ES LA FACILIDAD CON LA QUE PUEDE CONDENSARSE LA AMALGAMA, AL MISMO TIEMPO PUEDE USARSE UNA FRESA DE FORMA DE PERA PARA PREPARAR SIMULTANEAMENTE LAS PAREDES DE LA CAJA PROXIMAL, LOS ANGULOS REDONDEADOS DE LA LINEA EXTERNA Y LOS ANGULOS REDONDEADOS DE LA LINEA INTERNA DEL ANCLAJE OCLUSAL. UNA CONTRAINDICACION DE LOS ANGULOS DE LA LINEA EXTERNA ES LA DIFICULTAD DE EVALUARLOS.

RETENCION: ES EL RESULTADO DEL ESCALON DE SOSTEN MECANICO OBTENIDO POR LOS ANGULOS DE LA LINEA INTERNA DEL ANCLAJE OCLUSAL Y LAS PAREDES DIVERGENTES DE LA CAJA INTERPROXIMAL. ES IMPORTANTE QUE LA RETENCION DE LA CAJA INTERPROXIMAL 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 HACER UNA RETENCION ADICIONAL CON UN SURCO EN FORMA DE U A LO LARGO DE LA UNION AMELODENTINARIA DE LA CAJA PROXIMAL.

TERMINACION DE LA CAVIDAD: LA LIMPIEZA DE LA CAVIDAD SE HACE CON FRESA DE FISURA PLANA O CON HACHITAS, LAS FRESAS SE USAN PARA REDONDEAR LOS ANGULOS DE LA LINEA DEL EJE PULPAR, TAMBIEN PERMITE UNA BUENA TERMINACION DE LAS PAREDES DE LA CAVIDAD CLASE II. EL ESMALTE DEBILITADO DEBE SER EXTRAIDO ANTES Y NO DESPUES DE LA COLOCACION DE LA RESTAURACION, POR TAL MOTIVO EL SOPORTE DEL ESMALTE OCLUSAL DEL ANCLAJE OCLUSAL Y LA CAJA INTEMPROXIMAL DEBEN SER PUESTAS A PRUEBA CON UN ESCOPIO ANTES DE COLOCAR LA RESTAURACION.

LESIONES GRANDES EN MOLARES TEMPORALES:

CUANDO UNA LESION CLASE II INCIPIENTE NO SE DIAGNOSTICA POR MEDIO DE RX, ELLA AVANZA HASTA SOCAVAR EL BORDE MARGINAL, NO SIN ANTES HABER DESTRUIDO CUSPIDES PROXIMO BUCAL Y PROXIMO LINGUAL (LA PULPA SE ENCONTRARA MUY CERCA).

CUANDO EXISTE UNA LESION CLASE II GRANDE SUELE FALLAR EL DISEÑO CONVENCIONAL DEBIDO A LA FALTA DE SOPORTE ADECUADO YA QUE LAS PAREDES SE ENSANCHAN Y EL ITSMO ES MUY ESTRECHO.

SE RECOMIENDA LA REDUCCION DE UNA CUSPIDE DEBILITADA CUBRIENDOLA CON AMALGAMA ESTA REDUCCION SE HARA HASTA EL NIVEL DEL PISO PULPAR DEL ANCLAJE OCLUSAL. LA CANTIDAD MINIMA DE AMALGAMA DE RECUBRIMIENTO SERA A UN TERCIO DE LA ALTURA DE LA CORONA CLINICA. LA REDUCCION SE HARA EN SENTIDO MESIO DISTAL QUEDANDO LOS ANGULOS DE LA LINEA EXTERNA AGUDOS O DE PREFERENCIA DE 90° AL TERMINAR LA RESTAURACION SE CONTROLARA LA OCLUSION YA QUE LAS CUSPIDES BUCALES DE LOS DIENTES INFERIORES ESTAN SUJETOS A FUERZAS MASTICATORIAS PARA OBTENER LA MAYOR RETENCION SE EXTIENDE EL ANCLAJE OCLUSAL HASTA EL BORDE OBLICUO DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL SUPERIOR Y A TRAVES DEL BORDE CENTRAL EN EL PRIMER MOLAR TEMPORAL INFERIOR.

ERRORES: CUANDO EXISTE SOPORTE INADECUADO DEL ESMALTE Y MANIPULACION DEL MATERIAL RESTAURADOR NOS ENCONTRAMOS EL DETERIORO MARGINAL EN NUESTRA RESTAURACION. LA FRACTURA DEL ITSMO PUEDE DEBERSE A CANTIDAD INSUFICIENTE DE AMALGAMA Y EN EL ANGULO DE LA LINEA AXIOPULPAR, DICHA FRACTURA PUEDE EVITARSE PONIENDO UN VOLUMEN SUFICIENTE DE AMALGAMA.

OTRO ERROR PUEDE SER OCASIONADO POR LA EXTENSION INCONVENIENTE DE LOS BORDES INTERPROXIMALES EN UNA AREA AUTOLIMPIANTE YA QUE FACILITARA EL DESARROLLO DE CARIES RECURRENTE Y POR ULTIMO LA EXPOSICION PULPAR DEBIDO A LA PROFUNDIZACION DE LAS PAREDES OCLUSAL O AXIAL MAS ALLA DE LOS LIMITES DE LA LESION.

MOLARES PERMANENTES: EL DISEÑO DE LA CAVIDAD DE SEGUNDA CLASE DE PERMANENTES DEBE SER IGUAL QUE LA QUE USAMOS PARA LA PREPARACION DE CAVIDADES PERMANENTES CON LAS SIGUIENTES VARIACIONES:

- a) ANCLAJE OCLUSAL LO MAS ESTRECHO POSIBLE PERO SIEMPRE HACIENDO EXTENSION POR PREVENCION.
- b) EL ITSMO NO DEBE EXCEDER UN CUARTO DE LAS DIMENSIONES INTERCUSPIDEAS.

- c) LA PARED AXIAL SE ENCONTRARA CON EL PISO PULPAR DEL ANCLAJE OCLUSAL A 90°
- d) EL ANGULO DE LA LINEA AXIOPULPAR SERA REDONDEADO PARA ALIVIAR LA TENSION DE LA MASTICACION
- e) LOS BORDES DE LA CAJA INTERPROXIMAL DEBEN SER AUTOLIMPIANTES.
- f) EL PISO GINGIVAL DE LA CAJA PROXIMAL DEBE SER PREPARADO CON UN CINCELADO DEL BORDE GINGIVAL PARA ASEGURAR QUE TODO EL ES MALTE DEBILITADO SE HA EXTRAIDO.

LESION CLASE III

EL SITIO MAS COMUN DE LA CLASE III EN DIENTES TEMPORALES ES EN LAS SUPERFICIE MESIAL DE LOS INCISIVOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS SU PERIORES.

EN LOS CANINOS LA LESION SE PRODUCE CUANDO TIENE SU SUPERFICIE DE CONTACTO CERRADA, PRODUCIENDOSE EN MENOR GRADO EN MESIAL QUE EN DISTAL.

POR LO REGULAR ESTE TIPO DE LESION SE DIAGNOSTICA POR MEDIOS CLINICOS CUANDO LAS AREAS DE CONTACTO ESTAN ABIERTAS O CUANDO LA LESION ES GRANDE.

EN LAS LESIONES INCIPIENTES SE DIAGNOSTICA POR RX. CUANDO LOS CON TACTOS POSTERIORES ESTAN CERRADOS.

LA LESION CLASE III PUEDE ESTAR ACOMPAÑADA POR UNA LESION DE CLASE V EN EL MISMO DIENTE ESTO SE VE COMUNMENTE EN EL SINDROME DE BIBE- RON.

CAVIDADES DE CLASE III EN DIENTES ANTERIORES TEMPORALES:

LESION INCIPIENTE: CON AREAS DE CONTACTO ABIERTAS NO HAY NECESIDAD DE UN ANCLAJE PARA MEJORAR UN ACCESO Y DAR RETENCION.

- a) LA FORMA DE CONTACTO SERA TRIANGULAR, CON LA BASE DEL TRIANGULO EN LA CARA GINGIVAL DE LA CAVIDAD.
- b) LAS PAREDES BUCAL Y LINGUAL SERAN PARALELAS A LAS RESPECTIVAS SU PERFICIES EXTERNAS DEL DIENTE PARA LLEGAR AL APICE DEL TRIANGULO
- c) LA CAVIDAD SE PREPARA CON UNA FRESA DE CONO INVERTIDO PEQUEÑA
- d) LA PARED GINGIVAL DE LA CAVIDAD SE INCLINARA LIGERAMENTE HACIA OCLUSAL ADAPTANDO UNA POSICION PARALELA A LA ESTRUCTURA DE LOS PRISMAS DEL ESMALTE. ESTO PERMITE EL ESCALON DE RETENCION MECANICA.

LESIONES GRANDES: A MENUDO ES NECESARIO UN ANCLAJE PARA FACILITAR EL ACCESO A LA LESION CARIOSA Y AYUDAR A LA RETENCION DE LA OBTURACION. EL ANCLAJE SOLO SE HACE EN DIENTES TEMPORALES NUNCA EN PERMANENTES EL ANCLAJE SE HACE EN EL TERCIO MEDIO DEL DIENTE CON UNA PROFUNDIDAD DE 0'5 mm. EN LA DENTINA, DEBE EVITARSE EN EL TERCIO INCISAL POR EL DES GASTE QUE VA SUFRIENDO Y EN EL TERCIO GINGIVAL POR LA RETENCION DE PLACA CAUSANDO IRRITACION GINGIVAL, EL AREA INTERPROXIMAL DE LA CAVIDAD DEBE DE QUEDAR EN FORMA DE C AL OBSERVARLA DIRECTAMENTE. EL EXTREMO ABIERTO DE LA C SE ENCUENTRA CON EL ANCLAJE RETENTIVO LA INCLINACION DE LAS PAREDES DE ESMALTE INCISAL Y GINGIVAL DEBE SER HACIA INCISAL EN DIRECCION PARALELA CON RESPECTO A LOS PRISMAS DEL ESMALTE. PUEDE HACERSE UN SURCO DE RETENCION A LO LARGO DE LA UNION AMELODENTARIA DE LA PARED GINGIVAL QUE RARA VEZ ES NECESARIO CUANDO SE HA HECHO UN ANCLAJE. EL ANCLAJE SE EXTIENDE HASTA LA PARED MEDIA DEL ANCLAJE Y DEBE QUEDAR EN FORMA DE COLA DE PALOMA PARA QUE OFREZCA RESISTENCIA AL DESPLAZAMIENTO NATURAL DE LA OBTURACION. POR LA FACILIDAD DE ACCESO Y LOS MINIMOS REQUERIMIENTOS ESTETICOS DE LA RESTAURACION, EL ANCLAJE SE COLOCA EN LA SUPERFICIE LABIAL DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES Y ANTERIORES SUPERIORES TEMPORALES SE COLOCA POR LINGUAL POR RAZONES ESTETICAS. ESTAS OBTURACIONES PUEDEN HACERSE CON AMALGAMAS, RESINAS O CEMENTOS SEMIPERMANENTES, PREFERENTEMENTE LA RESINA POR LA ESTETICA, PROPORCIONA UNA BUENA RETENCION CON UN MINIMO DESTRUCCION DEL DIENTE.

LESION CLASE IV.

EL SITIO MAS COMUN DE ESTA LESION ES EL BORDE MESIO INCISAL DEL INCISIVO CENTRAL TEMPORAL SUPERIOR, SEGUIDO POR EL INCISIVO LATERAL SUPERIOR TEMPORAL EN EL ANGULO MESIO INCISAL PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO DE ESTAS LESIONES EXISTE LAS POSIBILIDADES SIGUIENTES:

- a) TRATAMIENTO CON DISCO
- b) CAVIDAD DE CLASE IV
- c) BANDAS ORTODONTICAS
- d) CORONAS ANTERIORES.

ELIGIREMOS LA QUE MAS CONVENGA AL PACIENTE TOMANDO EN CUENTA LA CANTIDAD DE CARIES QUE VAMOS A EXTRAER YA QUE EL DIENTE PUEDE FALTARLE RETENCION PARA LA OBTURACION, LA EDAD DEL PACIENTE ES MUY IMPORTANTE YA QUE ESTE TRATAMIENTO SE LLEVARA A CABO EN NIÑOS PEQUEÑOS LOS CUALES VAN A CONSERVAR LA RETENCION POR VARIOS AÑOS.

TRATAMIENTO CON DISCO: ESTE TRATAMIENTO SE REALIZA CUANDO EXISTE CARIES INCIPIENTE TENIENDO COMO RESULTADO EL DIENTE CON SUS LADOS PARALELOS Y MAS ESTRECHOS EN EL BORDE INCISAL. DESPUES DEL TRATAMIENTO

CON DISCO DE LOS DIENTES SE PULEN Y POSTERIORMENTE SE LES APLICA FLUORURO ESTANOSO AL 10% PARA LOGRAR QUE EL DIENTE SE VUELVA A REMINERALIZAR. EL UNICO INCONVENIENTE DESPUES DEL TRATAMIENTO CON DISCO ES EL RESULTADO ANTIESTETICO DE LOS DIENTES YA QUE QUEDAN CON ASPECTO DE CANINOS.

CAVIDAD CLASE IV: LA PREPARACION DE LA CAVIDAD INCLUYE UN REBAJADO INTERPROXIMAL, ANCLAJES DE RETENCION LABIAL Y LINGUAL. EN LA CARA - GINGIVAL DEL REBAJADO DEBE HABER UN HOMBRO DEFINIDO INTERPROXIMAL O UN ESCALON GINGIVAL MAS QUE UN BISEL; ESTO FACILITARA EL TERMINADO DE LA RESTAURACION. UTILIZAREMOS RESINAS COMO MATERIAL RESTAURATIVO DE ELECCION.

BANDAS ORTODONTICAS: ESTAS BANDAS SE RECOMIENDAN PARA DIENTES TEMPORALES PARA CARIES AMPLIAS Y REQUIERE DE UN TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO, LA BANDA SE USARA PARA RETENER LA CURACION PROTECTORA A LA PULPA DURANTE EL TRATAMIENTO.

PARA LA COLOCACION DE BANDAS EXISTEN DOS CRITERIOS:

- a) ELIMINAR LA CARIES, APLICAR HIDROXIDO DE CALCIO Y POSTERIORMENTE AJUSTAR LA BANDA, CEMENTARLA CON FOSFATO DE CINC O RESINA DE FRAGUADO RAPIDO.
- b) SE COLOCA LA BANDA ANTES DE QUITAR LA CARIES, YA QUE ASI SE ENCUENTRA MAS ESTRUCTURA DEL DIENTE, SE QUITA LA CARIES CON FRESA DE BOLA, SE COLOCA UNA BASE Y UN BARNIZ PARA LA CAVIDAD Y CEMENTAR LA BANDA CON FOSFATO DE CINC O CON RESINA.

DESVENTAJAS DEL USO DE BANDAS ORTODONTICAS

- a) SON POCO ESTETICAS, AUNQUE LA RESTAURACION FINAL SI SE HA HECHO - TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO PUEDE MEJORAR
- b) AUNQUE SE ADAPTE MUY BIEN LOS BORDES DE LA BANDA SON SITIOS DE RETENCION LO QUE OCASIONA REINCIDENCIA DE CARIES Y ALTERACIONES GINGIVALES.

CORONAS ANTERIORES: CUANDO EXISTE LA DESTRUCCION DENTARIA SEVERA DE LOS INCISIVOS CON PERDIDA DE LOS ANGULOS INCISALES MESIAL Y DISTAL, ASI COMO LAS LESIONES CIRCUNFERENCIALES DE LA CLASE V QUE POR LO REGULAR SE PRODUCEN POR SINDROME DE BIBERON, EN DIENTES CON HIPOPLASIA QUE DEBEN PERMANECER MAS DE 6 MESES EN LA BOCA, EN ESTE CASO SE COLOCA CORONAS DE POLICARBOXILATO O DE ACERO CROMO.

CORONAS JAQUET EN DIENTES CON VITALIDAD: PARA SU COLOCACION SE MIDE EL ANCHO MESIO DISTAL Y SE ELIJE UNA CORONA CON EL MISMO ANCHO. SE REDUCE EL DIENTE EN TODAS SUS SUPERFICIES PARA DAR LUGAR A LA COLOCACION DE LA CORONA, POR LO REGULAR LA REDUCCION SE HACE CASI AUTOMATICAMENTE DURANTE LA REMOCION DE LA CARIES, SE USARA UNA FRESA DE FISURA PLANA. SE CORTA UN PEQUEÑO HOMBRO EN CIRCUNFERENCIA PARA QUE LOS BORDES DE LA CORONA SE ADAPTEN.

LAS SUPERFICIES PROFUNDAS DE LA CAVIDAD SE CUBRIRAN CON UNA BASE YA SEA DE HIDROXIDO DE CALCIO U OXIDO DE CINC COMO PROTECCION PARA LA PULPA. SE PRUEBA LA CORONA REBAJANDOLA CON PIEDRA HASTA QUE SE ALCANCE UN HOMBRO GINGIVAL. LA CORONA DE POLICARBOXILATO SE PUEDE CEMENTAR CON RESINA YA QUE LA UNION DE AMBOS FACILITA LA RETENCION, CUANDO SE HA POLIMERIZADO SE PULE EL BORDE GINGIVAL CON UNA FRESA DE DIAMENTE.

CORONAS CON PIVOTE EN DIENTES DESVITALIZADOS: EN OCASIONES LA ESTRUCTURA DENTARIA QUE SE TIENE PARA SOSTENER ES MUY POCA, ESTO AUNADO A LA CARIES QUE HAY QUE EXTRAER POR LO GENERAL ABARCA HASTA LA PULPA, ESTA INDICADA LA EXODONCIA CUANDO EL DIENTE NO VA A PERMANECER MUCHO EN LA BOCA; EN CASO CONTRARIO SE COLOCARA UNA CORONA PIVOTADA.

PASOS PARA SU COLOCACION:

- a) SE REALIZA PULPOTOMIA O PULPECTOMIA SEGUN EL GRADO DE AFECCION PULPAR
- b) SE COLOCA EL MATERIAL DE OBTURACION RADICULAR Y SE USA COMO RETENCION LA CAMARA PULPAR
- c) SE COLOCA RESINA EN LA CAMARA PULPAR CONFORMANDOLA PARA QUE ACTUE COMO PIVOTE. EL PIVOTE DE RESINA PUEDE REFORZARSE CON UN PERNO HECHO DE ALAMBRE DE ORTODONCIA.
- d) UNA VEZ QUE HA FRAGUADO SE HACE LA PREPARACION PARA LA CORONA
- e) SE ADAPTA UNA CORONA DE POLICARBONATO O DE ACERO CROMO.

LESION CLASE V (CERVICAL O GINGIVAL)

ESTA LESION SE PRODUCE EN EL TERCIO GINGIVAL DEL DIENTE Y POR LO GENERAL APARECE DEBIDO A LA MALA HIGIENE ORAL.

ESTE TIPO DE LESION PREVALECE PRINCIPALMENTE EN LOS DIENTES EN SITUACION MAS DISTAL. ES MENOS ACEPTADO EL PRIMER MOLAR TEMPORAL QUE EL SEGUNDO Y EL PRIMERO Y SEGUNDO PERMANENTE.

CAVIDAD CLASE V: LA CAVIDAD PARA LA LESION CLASE V PUEDE TENER FORMA ARRIÑO NADA LA CUAL SE PROFUNDIZA CON FRESA DE CONO INVERTIDO CON LA QUE SE HARAN ESCALONES DENTINARIOS PARA LOGRAR RETENCION, SE PUEDE OBTENER MAYOR RETENCION REALIZANDO PEQUEÑAS FOSITAS CON FRESA DE FISURA PLANA EN LA PUNTA DE LOS ANGULOS MESIAL Y DISTAL.

EL MATERIAL DE RESTAURACION SERA AMALGAMA PARA POSTERIORES Y RESINA PARA ANTERIORES.

MATERIALES DENTALES

PARA LOGRAR UNA RESTAURACION ESTETICA Y FUNCIONAL ES ESCENCIAL MANIPULAR ADECUADAMENTE LOS MATERIALES DENTALES A SI MISMO LA CUIDADOSA ELECCION DEL MATERIAL APROPIADO SEGUN EL TRATAMIENTO QUE HA DE REALIZARSE. LOS MATERIALES QUE MAS SE UTILIZAN EN ODONTOPEDIATRIA SON:

- a) FLUORUROS
- b) SELLADORES DE FISURA
- c) BASES PROTECTORAS DE LA PULPA
 - HIDROXIDO DE CALCIO
 - BARNICES
- d) MATERIALES DE BASE:
 - CEMENTO DE FOSFATO DE CINC
 - CEMENTO DE POLICARBOXILATO
 - OXIDO DE CINC EUGENOL
- e) MATERIALES DE RESTAURACION TEMPORAL
 - CEMENTOS
 - OXIDO DE CINC UNIDO A RESINA
 - OXIDO DE CIN EUGENOL
- f) MATERIALES DE RESTAURACION PERMANENTE
 - AMALGAMA
 - RESINA
 - CEMENTOS DE SILICATO

FLUORUROS: TANTO LOS FLUORUROS COMO LOS SELLADORES DE FISURA SE EXPLICAN EN EL CAPITULO I AHORA MENSIONAREMOS SOLO LO MAS IMPORTANTE. EL USO DE FLUORUROS HA OCASIONADO MUCHAS POLEMICAS DEBIDO A QUE ESTUDIOS REALIZADOS DEMUESTRAN QUE CON LA APLICACION DE ESTOS EXISTE UNA REDUCCION MINIMA DE CARIES DENTAL, SIN EMBARGO EN LA ODONTOPEDIATRIA SE RECOMIENDA HACER APLICACIONES DE FLUOR AL TERMINAR DE PREPARAR LA CAVIDAD PARA PROTEGER LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES ADYACENTES.

TIPOS DE FLUORUROS

- a) ESTANOSO
- b) ACIDULADO

USOS DE FLUORUROS.

POR VIA SISTEMICA POR VIA TOPICA

EXISTEN TRES MATERIALES CON LOS CUALES SE PUEDEN EVALUAR LOS FLUORUROS Y POLIURETANOS Y SON: EPOXYLITE 9070, ELMEX PROTECTOR, DURAPHAT. EL EPOXYLITE 9070 ES UNA CAPA DE FLUORURO TOPICO, EL MATERIAL CONSTA DE MONOFLUOROFOSFATO DE SODIO AL 10% EN UNA CAPA DE POLIURETANO QUE SE ADHIERE DESPUES DE LA PROFILAXIS. Y UNA APLICACION DE 60 SEG. DE ACIDO CITRICO AL 50%.

ELMEX PROTECTOR. ES EL SELLADOR COMBINADO CON FLUORURO TOPICO, CONSTA DE AMINOFLUORURO ES UN BARNIZ AUTOPOLIMERIZANTE, ES POCO RETENTIVO YA QUE NO SE EMPLEA UN ACONDICIONADOR ACIDO ANTES DE SU APLICACION.

DURAPHAT.FLUORURO AL 2.26% Y ES UN BARNIZ QUE SE APLICA A LA SUPERFICIE DEL DIENTE POR SU ALTA CONCENTRACION DE FLUORURO SUPUESTAMENTE ES EL MAS EFICAZ. OTRA VENTAJA ES QUE EL BURAPHAT SE ADHIRE AL DIENTE HU MEDO PROPORCIONANDO CON ELLO QUE PERMANEZCA MAYOR TIEMPO EN EL DIENTE.

SELLADORES DE FISURA: SON UNA FORMA PREVENTIVA DE CARIES, LOS CUALES ACTUAN EN LAS REGIONES DONDE LOS FLUORUROS NO SON MUY EFECTIVOS COMO LAS FOSAS Y FISURAS.

TIPO DE SELLADORES

- a) CIANOACRILATOS: ACTUALMENTE NO SE USAN POR SU DIFICIL MANIPULACION, LOS CAMBIOS DE HUMEDAD LOS AFECTAN FACILMENTE Y SE PUEDEN CONSERVAR SOLO POR TIEMPO LIMITADO SE REQUIERE DE APLICACIONES FRECUENTES PARA LOGRAR EXITO.
- b) POLIURETANOS: O LACAS PROTECTORAS DE FISURAS JUNTO CON LOS FLUORUROS SE MENCIONARON CON ANTERIORIDAD (EPOXYLITE 9070, ELMEX PROTECTOR Y DURAPHAT)
- c) PRODUCTOS DE REACCION DEL BISFENOL A Y GLICIDILMETACRILATO: ESTOS MATERIALES SON SIMILARES A LAS RESINAS COMPUESTAS PERO MENOS VISCO-SOS PERMITIENDO CON ELLO GRAN FLUIDEZ A LAS PROFUNDIDADES DE LAS FOSAS Y FISURAS.

SELLADORES CON BASE DE BISFENOL Y GLICIDILMETACRILATO SON:

a) EPOXYLITE 9070

b) NUVA- SEAL

AMBOS SELLADORES SE COLOCAN DESPUES DE UNA PROFILAXIS INICIAL Y TRATAMIENTO DEL ESMALTE MEDIANTE UNA APLICACION DE 60 SEG. DE ACIDO FOSFORICO AMORTIGUADO AL 50% .

SE APLICAN CON UN PINCEL DE PELO DE CAMELLO O UNA BOLITA DE ALGODON MAN TENIENDO LA SUPERFICIE HUMEDA POR EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO. LAVAR EL

DIENTE CON AGUA DURANTE 15 SEG Y SECAR CON AIRE DE MANERA QUE EL ESMALTE SE VEA OPACO POR LA PERDIDA DEL BRILLO NATURAL, TODO ESTO SE REALIZA CON AISLAMIENTO DE DIQUE DE HULE .

APLICACION DE NUVA SEAL. ESTE SE APLICA CON UN PINCEL DE PELO DE CABELLO ESTE SELLADOR POLIMERIZA UNICAMENTE POR MEDIO DE APLICACIONES DE LUZ ULTRAVIOLETA. LA LAMPARA SE MANTIENE A 2 MM. DE LA SUPERFICIE OCLUSAL POR 30 SEG. PARA OBTENER POLIMERIZACION.

APLICACION DE EPOXYLITE 9070. SE HACE FLUIR LA RESINA CATALIZADA EN LAS FOSAS Y FISURAS; SE AGREGA UNA SEGUNDA CAPA DE RESINA QUE CONTIENE ACELERADOR PARA QUE SE INICIE EL ENDURECIMIENTO LA POLIMERIZACION ES DE 3 MIN. PROCURAR NO USAR UN EXCESO DE RESINA PARA EVITAR INTERFERENCIA OCLUSAL.

BASES PROTECTORAS DE LA PULPA

a) HIDROXIDO DE CALCIO

b) BARNICES

DESPUES DE HABER PREPARADO LA CAVIDAD Y QUEDE EL PISO PULPAR O LA PARED AXIAL EN ESTRECHA PROXIMIDAD CON LA PULPA SE USA UNA BASE QUE VA A AYUDAR A LA FORMACION DE DENTINA SECUNDARIA ASIMISMO AYUDA A REDUCIR LA AGRESION TERMICA PULPAR.

EL HIDROXIDO DE CALCIO SE USA COMO BASE DONDE EXISTE EL PELIGRO DE EXPOSICION PULPAR. ESTE MEDICAMENTO SE APLICA SOBRE DENTINA SANA DESPUES DE LA EXTRACCION COMPLETA DE LA CARIES, TAMBIEN SE UTILIZA EN EL TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO DONDE SE APLICA EN LA CAPA RESIDUAL DE LA DENTINA CARIADA, LA FORMACION DE DENTINA SECUNDARIA DEL MEDICAMENTO.

EN EL RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO DONDE LA PULPA SE EXPUSO DEBIDO A UN TRAUMATISMO Y ES NECESARIA LA PULPOTOMIA, EL HIDROXIDO DE CALCIO SOBRE LA PULPA EXPUESTA O DESPUES DE LA AMPUTACION PULPAR CORONAL EN ESTOS CASOS EL HIDROXIDO DE CALCIO ESTIMULA LA ACTIVIDAD ODONTOBLASTICA LOGRANDO CON ELLO LA FORMACION DE UN PUENTE DE DENTINA.

LA PRESENTACION COMERCIAL DE HIDROXIDO DE CALCIO ES POR MEDIO DE DOS TUBOS PEQUEÑOS UN CATALIZADOR Y LA BASE.

BARNICES: LOS BARNICES SON RESINAS SINTETICAS O NATURALES EN UN SOLVENTE DE CLOROFORMO.

USO DE BARNICES

a) REDUCCION DE MICRODISPERCION

b) REDUCCION AL MINIMO DE DIFUSION DE IONES

c) PROTEGE LA PULPA SELLANDO LOS TUBULOS DENTINARIOS CONTRA LA PENETRACION ACIDA.

EN REALIDAD EL BARNIZ COMO BASE PROTECTORA DE LA PULPA ES MENOR EN COMPARACION CON EL HIDROXIDO DE CALCIO. EL BARNIZ ES RECOMENDADO EN. EN OBTURACIONES CON AMALGAMA ACOMPAÑADO DE UNA BUENA BASE O ANTES DEL CEMENTADO DE CORONAS EN DIENTES CON VITALIDAD. NO DEBERAN USARSE ANTES DE LA OBTURACION DE RESINA YA QUE ESTAS SE ABLANDAN.

MATERIALES DE BASE:

CEMENTOS: LAS BASES DE CEMENTOS SE USAN PARA:

- a) RECUBRIR GRANDES CAVIDADES EN DIENTES PERMANENTES JOVENES
- b) CUBRIR CURACIONES PULPARES ANTES DE LA OBTURACION CON AMALGAMA
- c) CEMENTAR CORONAS

TIPO DE CEMENTOS:

- a) CEMENTOS DE SILICATOS
- b) CEMENTO DE FOSFATO DE CINC
- c) CEMENTO DE POLICARBOXILATO
- d) CEMENTO DE OXIDO DE CINC EUGENOL

CEMENTOS DE SILICATOS: SE HACEN CON UNA COMBINACION DE POLVO Y LIQUIDO EL POLVO CONTIENE PRINCIPALMENTE OXIDO DE ALUMINIO, SILICIO, Y CALCIO Y 12% DE FLUORURO APROXIMADAMENTE.

EL LIQUIDO ES ACIDO FOSFORICO CON 35% DE AGUA APROXIMADAMENTE, AL MEZCLAR EL LIQUIDO Y EL POLVO QUEDA UN MATERIAL TRASLUCIDO CON UNA APARIENCIA AL COLOR DEL DIENTE.

SIN EMBARGO LAS RESTAURACIONES CON SILICATOS EN DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES JOVENES DEBIDOS A LOS COMPONENTES ACIDOS DEL SILICATO PENETRAN EN DENTINA EVITANDO LA PULPA POR LA ACIDEZ DEL MATERIAL EN LA EXOTERMIA DEL FRAGUADO, LLEGANDO EN OCASIONES A PROVOCAR MUERTE PULPAR SIN EMBARGO SE PUEDE HACER RESTAURACIONES CON SILICATOS EN DIENTES ANTERIORES CON GRAN ACTIVIDAD DE CARIES DEBIDO A QUE ESTOS CEMENTOS LIBERAN FLUORUROS CONTINUAMENTE.

PARA EVITAR LA IRRITACION A LA PULPA UNA BASE DE HIDROXIDO DE CALCIO Y OXIDO DE CINC EUGENOL FORMAN UNA BARRERA ADECUADA A LA PENETRACION DEL ACIDO.

DEBIDO A QUE LOS CEMENTOS DE SILICATO SON MUY SOLUBLES EN LOS LIQUIDOS BUCALES Y SU DURACION ES CORTA, LO MAXIMO QUE PUEDE DURAR SON 4 AÑOS

CEMENTOS DE FOSFATO DE CINC: SE USAN EN LAS PREPARACIONES DE CAVIDADES DONDE YA SE HA COLOCADO HIDROXIDO DE CALCIO PARA DAR RESISTENCIA A LA CONDENSACION DE LA AMALGAMA.

ESTOS CEMENTOS CONSTAN DE UN POLVO QUE ES OXIDO DE CINC Y UN LIQUIDO QUE ES UN ACIDO FOSFORICO CON UN 30 A 50% DE AGUA.

ES IRRITANTE A LA PULPA CUANDO SE COLOCA EN CAVIDADES PROFUNDAS SIN COLOCAR UN RECUBRIMIENTO PULPAR CON HIDROXIDO DE CALCIO U OXIDO DE CINC EUGENOL. EL CEMENTO DE FOSFATO DE CINC U OXIDO DE CINC CON RESINA SE RECOMIENDA PARA CEMENTAR CORONAS DE ACERO INOXIDABLE CUBRIENDO DE ANTEMANO LAS PARTES PROFUNDAS CON HIDROXIDO DE CALCIO O CON BARNIZ EN DIENTES CON VITALIDAD.

CEMENTOS DE POLICARBOXILATO: SU PRESENTACION ES POLVO Y LIQUIDO, EL POLVO ES UN OXIDO DE CINCO MODIFICADO Y EL LIQUIDO ES UNA SOLUCION ACUOSA DE ACIDO POLIACRILICO.

ESTE CEMENTO ES MENOS IRRITABLE A LA PULPA, SE USA COMO MATERIAL RECUBRIDOR EN ODONTOPEDIATRIA SE UTILIZA PARA CEMENTAR CORONAS DE ACERO INOXIDABLE Y BANDAS DE ORTODONCIA.

CEMENTOS DE OXIDO DE CINCO Y EUGENOL: DENTRO DE LA OPERATORIA DENTAL EL OXIDO DE CINCO Y EUGENOL ES UN MATERIAL AMPLIAMENTE UTILIZADO Y SE USA PARA:

- a) BASE PROTECTORA BAJO UNA RESTAURACION DE AMALGAMA
- b) OBTURACION TEMPORAL
- c) COMO CURACION CALMANTE PARA AYUDAR A LA RECUPERACION DE LA PULPA INFLAMADA.

EL OXIDO DE CINCO Y EUGENOL PUEDE UTILIZARSE COMO BASE PROTECTORA BAJO RESTAURACIONES DE AMALGAMA CUANDO SE REQUIERA AISLAMIENTO TERMICO, - CUANDO LA CAVIDAD ES MUY PROFUNDA PRIMERO SE COLOCA UNA CAPA DE HIDROXIDO DE CALCIO PARA EVITAR IRRITACION PULPAR.

EL OXIDO DE CINCO CONSTITUYE LA RESTAURACION TEMPORAL IDEAL DE CORTO TERMINO YA QUE NO IRRITA LA PULPA NO DESCUBIERTA Y TIENEN UN BUEN SELLADO MARGINAL SIN EMBARGO SU RESISTENCIA ES BAJA A LA TRITURACION - TAMBIEN TIENE TENDENCIA A DISOLVERSE EN LA BOCA, NO DEBE USARSE POR ESPACIO DE MAS DE DOS SEMANAS. ADEMAS EL OLOR Y SABOR DEL EUGENOL SON INTOLERABLES POR ALGUNOS PACIENTES.

EL OXIDO DE CINCO Y EUGENOL POSEE UN EFECTO CALMANTE DEL DOLOR POR SU CONTENIDO DE EUGENOL Y SIN EMBARGO EL EUGENOL TAMBIEN PUEDE SER IRRITANTE SI SE COLOCA MUY CERCA O EN CONTACTO CON LA PULPA.

MATERIALES DE RESTAURACION TEMPORAL

ESTOS MATERIALES SON NECESARIOS PARA MANTENER LOS MEDICAMENTOS EN LA PROXIMIDAD DE LA PULPA ENTRE UNA Y OTRA VISITA AL ODONTOLOGO, CON ELLO SE SELLA EL DIENTE Y SE EVITA LA DISPERSION PREVINIENDO LA CONTAMINACION DE LA PULPA ENTRE LOS MAS USADOS TENEMOS:

- a) **CEMENTOS:** ADEMAS DEL USO DE RUTINA COMO BASE SE LE PUEDE AGREGAR LIMADURA DE AMALGAMA PARA REFORZARLO DANDO COMO RESULTADO UN MATERIAL DE OBTURACION TEMPORAL SATISFACTORIO CUANDO SE HA REALIZADO UN TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO REQUIRIENDO PRIMERO UNA BASE PROTECTORA DE HIDROXIDO DE CALCIO SEGUIDA POR UNA DE BARNIZ.
- b) **OXIDO DE CINCO UNIDO A RESINA:** EXISTEN DIVERSOS PRODUCTOS EL MAS CONOCIDO ES EL IRM ESTE TIPO DE MATERIAL DURA APROXIMADAMENTE 18 MESES Y SE COLOCA EN DIENTES TEMPORALES CUANDO EL DIENTE NO PERMANECERA MUCHO TIEMPO EN LA CAVIDAD ORAL.
- c) **OXIDO DE CINCO:** SE HABLO AMPLIAMENTE AL MENCIONAR LOS MATERIALES DE BASE.

MATERIALES DE RESTAURACION:

- a) AMALGAMAS
- b) RESINAS SIMPLES Y COMPUESTAS
- c) CEMENTOS DE SILICATOS

AMALGAMAS: ES EL MATERIAL DE RESTAURACION MAS USADO EN DENTITION PRIMARIA Y SECUNDARIA. GENERALMENTE SE USA EN PREMOLARES Y MOLARES YA QUE GENERALMENTE SE RECOMIENDAN PARA DIENTES ANTERIORES RESTAURACIONES MAS ESTETICAS. LA AMALGAMA ES UNA ALEACION DE MERCURIO CON UNO O MAS METALES LOS QUE CON MAS FRECUENCIA SE UTILIZAN SON:

- PLATA	65%
- ESTAÑO	25%
- COBRE	6%
- CINC	2%
- MERCURIO	3%

LA FUNCION DE LOS COMPONENTES DE AMALGAMA DE PLATA SON:

PLATA: AUMENTA LA FUERZA, RESISTENCIA, ESPANSION Y DISMINUYE EL ESCURRIMIENTO.

ESTAÑO: AUMENTA LA FACILIDAD DE AMALGAMACION, DISMINUYE LA EXPANSION Y LA FUERZA

COBRE: AUMENTA LA EXPANSION, FUERZA, DISMINUYE EL ESCURRIMIENTO.

CINC: DA ALEACION Y LIMPIEZA DURANTE PROCESOD DE FABRICACION

MERCURIO: AUMENTA LA EXPANSION DE ESCURRIMIENTO Y DISMINUYE LA RESISTENCIA COMPRESIVA.

DEBE TOMARSE EN CUENTA CON RESPECTO AL USO DEL MATERIAL TIEMPO DE ENDURECIMIENTO, FACILIDAD DE TALLADO, CARACTERISTICAS DE PULIDO Y TAMAÑO DEL GRANO DE LA ALEACION.

TIPOS DE ALEACION

ALEACION DE CORTE FINO: SE RECOMIENDA LA ALEACION DE CORTE PEQUEÑO YA QUE TIENE LA VENTAJA DE UNA MAYOR FUERZA DA UNA SUPERFICIE DE TERMINACION MAS LISA Y MANIPULACION MAS FACIL SIEMPRE Y CUANDO SE CONDENCE EN UN MEDIO SECO Y SU FUERZA SE ADQUIERE DESPUES DE 24 HRS.

ALEACION ESFERICA: SON PARTICULAS ESFERICAS CON LA VENTAJA QUE EXISTE EN ESTA ES LA FUERZA QUE EXISTE DESPUES DE UNA HORA DE HABERLA COLOCADO YA QUE EXISTE UNA MEJOR ADAPTACION A LA LINEA DE LOS ANGULOS Y MENOR EXPANSION DURANTE EL FRAGUADO, ESTE TIPO DE ALEACION ES MUY RECOMENDADA EN ODONTOPEDIATRIA.

PREPARACION MERCURIO ALEACION.

LAS PROPORCIONES DE ALEACION Y MERCURIO SON UN PASO IMPORTANTE PARA LA PREPARACION DE UNA RESTAURACION EXITOSA CUANDO EXISTE MAYOR CANTIDAD DE

MERCURIO LA FUERZA DE LA AMALGAMA SE REDUCE. ASIMISMO SI LA CANTIDAD DE MERCURIO ES MENOR SERA ALTERADA LA FUERZA DE COMPRESION. POR LO GENERAL LA PROPORCION CORRECTA LA ESPECIFICA EL FABRICANTE Y DEBE SER FIELMENTE EMPLEADO PARA OBTENER LA MEZCLA MAS ADECUADA DE AMALGAMA.

LO IDEAL SEA QUE EL CONTENIDO DE MERCURIO SEA DE 50% MENOS, ESTO SE PUEDE LOGRAR HACIENDO UNA RELACION DE 1.1 O SEA DE 1 DE MERCURIO POR 1 DE AMALGAMA PERO PODRIA OCURRIR UNA AMALGAMACION INCOMPLETA DEBIDO AL BAJO CONTENIDO DE MERCURIO.

EXISTE OTRA FORMA PARA LOGRAR UNA COMPLETA AMALGAMACION 3: 1 O SEA 3 DE MERCURIO POR 1 DE AMALGAMA, REMOVIENDO EL EXCEDENTE DE MERCURIO ANTES DE LA CONDENSACION DE AMALGAMA PARA QUE LA PROPORCION FINAL SEA MAS CERCA POSIBLE DE 1 : 1

TRITURACION: LA TRITURACION ES LA MEZCLA DE MERCURIO Y ALEACION LA CUAL NO DEBERA SER EXCEDENTE O INSUFICIENTE.

SI ES INSUFICIENTE DISMINUYE LA INTEGRIDAD DE LA MEZCLA, ASIMISMO DISMINUYE SU FUERZA Y AUMENTA LA EXPANSION, DURANTE EL FRAGUADO.

ADEMAS LA RESTAURACION SE TALLA MAL Y ES MAS SUSCEPTIBLE A LA CORROSION SI LA TRITURACION ES EXCEDENTE AUMENTA LA CONTRACCION DE LA AMALGAMA.

ACTUALMENTE LA TRITURACION SE LLEVA A CABO CON AMALGAMADORES MECANICOS QUE VARIAN EN VELOCIDAD YA QUE LOS HAY QUE NECESITAN DE 17 A 30 SEG. Y OTROS MAS REVOLUCIONADOS QUE SOLO NECESITAN DE 3 A 5 SEG.

AUNQUE PARA LA TRITURACION DE AMALGAMA AUN SE USA EL PISTILO Y MORTERO. EL ODONTOLOGO TOMARA EN CUENTA LA CONSISTENCIA DE LA MEZCLA QUE LE SERA LA GUIA PARA EL GRADO DE TRITURACION.

CONDENSACION. DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE LA CONDENSACION LOGRA UNA COMPLETA ADAPTACION A LAS PAREDES DE LA CAVIDAD Y PARA LOGRARLO SE LLEVAN A CABO LOS PASOS SIGUIENTES:

a) AL AMALGAMA SE LE EXPRIME EL EXCEDENTE DE MERCURIO POR MEDIO DE UNA MANTA LIMPIA

b) LA AMALGAMA SE COLOCA EN LA CAVIDAD POR MEDIO DE UN PORTAMALGAMA

c) LA CONDENSACION SE LLEVA A CABO POR MEDIO DE CONDENSADORES DE EXTREMOS REDONDEADOS Y CONDENSADORES DE EXTREMOS PLANOS SI LOS ANGULOS SON AGUDOS.

SE RECOMIENDAN CONDENSADORES PEQUEÑOS PARA QUE LA CONDENSACION SEA MAYOR SIEMPRE Y LA PRESION DEBE SER EXTENSA PARA OBTENER MEJOR ADAPTACION Y LA ELIMINACION DEL MERCURIO EXCEDENTE.

LA CONDENSACION DEBE TERMINARSE ANTES DE QUE LA AMALGAMA EMPIECE A FRAGUAR PUES SI ESTA SE ENCUENTRA PARCIALMENTE FRAGUADA NO PODRA RETIRARSE EL MERCURIO EXCEDENTE Y COMO CONSECUENCIA TENDREMOS REDUCCION DE FUERZA, AUMENTO DE CORROSION, Y CARIES RECIDIVANTE, ASIMISMO DETERIORO MARGINAL.

TALLADO O CINCELADO.

AL REALIZAR EL CINCELADO LOGRAMOS DEVOLVER LA ANATOMIA Y FUNCION DEL DIENTE. UNA DE LAS FUNCIONES DEL TALLADO ES ELIMINAR LAS ESPIGAS DE

AMALGAMA PARA EVITAR FRACTURAS FUTURAS Y DETERIORO MARGINAL EVITANDO CON ESTO LA REINCIDENCIA DE CARIES. CUANDO EL TALLADO SE REALIZA CON MAYOR PROFUNDIDAD A LA ANATOMIA DEL DIENTE SE DEBILITAN LOS MARGENES DE LA RESTAURACION POR LA REDUCCION DE AMALGAMA Y CON LA CONSECUENTE DIFICULTAD PARA PULIRLA.

EL TALLADO O CINCELADO DEBE HACERSE POR LO MENOS DOS MINUTOS DESPUES DE HABER EMPACADO LA AMALGAMA O SEA CUANDO ESTA SE DESCASCARA Y PRODUCE UN CHIRRIDO.

PASOS PARA EL CINCELADO

- a) DEFINIR SURCOS OCLUSALES CON UN TALLADOR EN FORMA DE CUÑA
- b) EL BORDE DEBE GINCELARSE CON UNA INCLINACION MAS HORIZONTAL DEL INSTRUMENTO HASTA TERMINAR LA OBTURACION.

EL INSTRUMENTAL QUE SE UTILIZA PARA EL TALLADO PUDE SER VARIABLE PERO EL QUE UTILIZAMOS EN ODONTOPEDIATRIA POR SU TAMAÑO CONVENIENTE ES: HOLLENBACK, DISCOIDE Y UÑA Y EN ALGUNAS OCASIONES WESCOT.

PULIDO: PARA PULIR SE DEBE ESPERAR UN MINIMO DE 24 HRS. PERO SI SE DEJA PARA DESPUES RESULTA MEJOR.

UNA AMALGAMA PULIDA APARTE DE DAR MEJOR ESTETICA PROPORCIONA MAYOR VIDA A LA MISMA EVITANDO LA CORROSION Y ENEGRECIMIENTO.

PASOS PARA EL PULIDO:

- a) ALISAR CON FRESAS DE PERA DE BAJA VELOCIDAD DESDE EL ESMALTE A LA AMALGAMA, NO DEBE USARSE FRESAS DE LLEMA NI BOLA PORQUE LAS DE LLEMA PRODUCEN SURCOS PROFUNDOS Y LA DE BOLA PROVOCA DEPRESION EN EL BORDE PORQUE AMBAS DESTRUYEN SU ANATOMIA.
- b) PULIR LOS SURCOS CON UNA UÑA
- c) PULIR SUPERFICIES INTERPROXIMALES ACCESIBLES SI EXISTEN CON UN DISCO DE LIJA A BAJA VELOCIDAD
- d) ALISAR TODAS LAS IMPERFECCIONES EXISTENTES CON CEPILLOS O CONOS DE GOMA Y PIEDRA POMEX EN POLVO.
- e) EL BRILLO FINAL SE LOGRA CON UN CONO DE GOMA Y POLVO DE OXIDO DE CINC O AMALGLOS.

RESINAS

LAS RESINAS SON RESTAURACIONES RECOMENDADAS PARA DIENTES ANTERIORES POR RAZONES ESTETICAS.

TIPOS DE RESINAS: SIMPLES Y COMPUESTAS.

RESINAS SIMPLES O ACRILICAS:

VENTAJAS:

- a) ESTETICAS
- b) INSOLUBLES EN LIQUIDOS BUCALES
- c) NO PIGMENTAN
- d) NO EXISTE CONDUCTIBILIDAD TERMICA

DESVENTAJAS:

- a) MUY BAJA FUERZA DE COMPRESION
- b) ALTA EXPANSION TERMICA
- c) ALTA CONTRACCION DURANTE LA POLIMERIZACION
- d) SE REQUIERE MUCHO TIEMPO PARA SU COLOCACION

LAS RESINAS SIMPLES O ACRILICAS CONSTAN DE UN POLVO O LIQUIDO, EL POLVO ES UN POLIMERO Y EL LIQUIDO ES MONOMERO AL UNIR AMBOS SE INICIA LA POLIMERIZACION ES ASI CUANDO SE FORMA LA RESINA PROPIAMENTE.

PASOS PARA SU COLOCACION:

- a) HACER LA CAVIDAD
- b) GRAVAR EL ESMALTE CON ACIDO FOSFORICO PARA MEJORAR LA RETENCION
- c) SI ES PROFUNDA LA CAVIDAD DEBERA USARSE BASE PROTECTORA YA QUE EL LIQUIDO COMO EL ACIDO SON IRRITANTES A LA PULPA. LA BASE PROTECTORA NO DEBE SER OXIDO DE CINC Y EUGENOL NI BARNIZ DE COPALITE PORQUE REACCIONA CON LA RESINA O LA DISUELVEN. PUEDE USARSE UNA BASE DE HIDROXIDO DE CALCIO.

TECNICA DE NEALON-BEAD O DE PINCEL

- a) PREPARAR LA CAVIDAD
- b) SELLAR O GRAVAR LA CAVIDAD
- c) EL POLVO Y EL LIQUIDO SE COLOCAN POR SEPARADO EN DOS GODETES LIMPIOS PARA EVITAR CONTAMINACION
- d) POR MEDIO DE UN PINCEL DE CAMELLO PRIMERO SE SUMERGE EN EL LIQUIDO Y LUEGO EN EL POLVO Y SE VA AGREGANDO POCO A POCO A LA PREPARACION PRO CURANDO MANTENER HUMEDA LA RESINA PARA RELLENAR TODA LA CAVIDAD, LIM PIANDO EL PINCEL CONGASA EN CADA APLICACION. DESPUES DE COMPLETAR LA OBTURACION SE UTILIZA UNA MATRIZ DE CELULOIDE ANTES DE QUE POLIMERECE PARA LOGRAR UNA MEJOR ADAPTACION
- e) TERMINADO YA QUE HA POLIMERIZADO SE USA DISCO DE LIJA PARA MODELAR LA SUPERFICIE LABIAL, LINGUAL E INCISAL Y LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES SE ALISARAN CON TIRAS DE LIJA.

RESINAS COMPUESTAS SE PRESENTAN POR LO GENERAL EN DOS PASTAS DEBEN MEZCLARSE ANTES DE USARSE Y SE LLAMAN COMPUESTAS DEBIDO A QUE LAS RESINAS TIENEN DE UN 75 Y 80% DE RELLENO INORGANICO EN FORMA DE PERLAS DE CRISTAL O VARILLAS DE CRISTAL, SILICATO DE ALUMINIO Y LITIO, CUARSO O FOSFA TO TRICALCICO.

VENTAJAS

- a) MAYOR FUERZA DE COMPRESION Y TENSION
- b) MAYOR DUREZA Y RESISTENCIA A LA ABRASION
- c) MENOR CONTRACCION DE POLIMERIZACION
- d) MENOR ESPANSION TERMINA

DESVENTAJAS

- a) CAMBIOS DE COLOR POSIBLES
- b) MAYOR RUGOSIDAD DE SUPERFICIE CONDIFICULTAD DEL PULIDO

PASOS PARA SU COLOCACION

- a) PREPARACION DE LA CAVIDAD
- b) SELLADO GRAVAR LA CAVIDAD
- c) AUNQUE ESTE TIPO DE RESINAS NO SON IRRITANTES PARA LA PULPA SE RECOMIENDA UNA BASE DE HIDROXIDO DE CALCIO. AL IGUAL QUE LAS RESINAS SIMPLES. ESTA CONTRAINDICADO EL USO DE BARNIZ PARA EVITAR ALTERACIONES DE POLIMERIZACION DE LA RESINA.
- d) DESPUES DE MANIPULAR LA RESINA SEGUN EL FABRICANTE SE COLOCA TODO SU VOLUMEN EN LA CAVIDAD UTILIZANDO UNA MATRIZ DE CELULOIDE.
- e) SE CONDENSA EL MATERIAL POR MEDIO DE UN INSTRUMENTO DE PLASTICO
- f) NO TOCAR LA RESINA DURANTE LA POLIMERIZACION
- g) PARA SU TERMINACION DEBE PROCURARSE QUE SU OBTURACION QUEDE EN FORMA ESTETICA DESDE UN PRINCIPIO PARA EVITAR UN TALLADO FINAL - EXCESIVO SIN EMBARGO PUEDE PULIRSE CON TIRAS DE LIJA.

CORONAS USADAS EN ODONTOPEDIATRIA.

EN LA ODONTOLOGIA INFANTIL SE HAN HECHO GRANDES AVANCES EN EL TRATAMIENTO DENTAL UNO DE ELLOS ES EL USO DE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE Y DE POLICARBONATO SU USO HA AUMENTADO DEBIDO A LOS RESULTADOS FAVORABLES QUE SE HAN OBTENIDO.

ACTUALMENTE VARIOS FABRICANTES LAS PRODUCEN PREFABRICADAS PARA DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES.

UTILIZANDO EN ALGUNAS OCASIONES CORONAS DE POLICARBONATO EN DIENTES ANTERIORES POR SER ESTETICAS O CORONAS DE ACERO INOXIDABLE CON CARI-LLA ABIERTA.

LAS CORONAS PARA DIENTES POSTERIORES SE FABRICAN FESTONEADAS O SIN FESTON LAS CORONAS FESTONEADAS REQUIEREN DE MENOS DIFICULTAD Y TIEMPO PARA SU ADAPTACION, LAS CORONAS SIN FESTON SE USAN CUANDO EXISTE CARI-ES SUBGINGIVAL.

INDICACIONES:

- a) RESTAURAR DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES JOVENES CON CARIES EXTENSAS.
EN LOS CASOS DONDE EXISTE ESTRUCTURA SANA INSUFICIENTE QUE IMPOSIBILITA LA RETENCION DE LA OBTURACION.

CUANDO UNA O MAS CUSPIDES DE MOLARES PRIMARIOS ESTAN DEBILITADAS O DESTRUIDAS POR LAS CARIES.

CUANDO LOS INCISIVOS TEMPORALES EXISTEN LESIONES DE CLASE IV EN MESIAL Y DISTAL, ASIMISMO UNA LESION DE CLASE V.

- b) POSTERIOR A UN TRATAMIENTO PULPAR, YA QUE ESTOS DIENTES TIENDEN A VOLVERSE MAS FRAGILES Y QUEBRADIZOS.
DESPUES DEL TRATAMIENTO ENDODONTICO LOS DIENTES QUEDAN DEBILITADOS Y CON LO CONSIGUIENTE PUEDE FRACTURARSE.
- c) COMO OBTURACION PREVENTIVA
LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE ES UNA RESTAURACION PREVENTIVA PORQUE AYUDA A EVITAR EL FRACASO DE LA AMALGAMA O LA FRACTURA DENTAL Y EVITA EL DESARROLLO DE CARIES EN LOS DIENTES CONTIGUOS.
EN NIÑOS IMPEDIDOS A QUIENES LA FALTA DE HIGIENE BUCODENTAL DESFAVORECE LA PRESENCIA DE CARIES.
- d) EN DIENTES FRACTURADOS
- e) EN DIENTES CON DEFECTO DEL DESARROLLO COMO HIPOPLASIA, HIPOCALCIFICACION. EN DIENTES CON ANOMALIAS HEREDITARIAS COMO AMELOGENESIS IMPERFECTA Y DENTINOGENESIS IMPERFECTA
ESTOS DIENTES SON MAS SUSCEPTIBLES A LA CARIES PORQUE SU ANATOMIA FACILITA LA RETENCION DE PLACA BACTERIANA.
ESTE TIPO DE DIENTES NO SE PRESTARA PARA OBTURACIONES CON AMALGAMA POR LO QUE SE RECOMIENDAN LAS CORONAS.
- f) COMO SOPORTE PARA MANTENEDOR DE ESPACIO O ANCLAJE PARA APARATOS FIJOS.
PODEMOS UTILIZAR LA CORONA DE ACERO COMO UN SOPORTE PARA UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

CORONAS ANTERIORES DE ACERO INOXIDABLE : PREPARACION DEL DIENTE.

- a) ADMINSTRACION DE ANESTESIA EN CASO NECESARIO.
REMOVER CARIES DEJANDO SUFICIENTE ESTRUCTURA DENTARIA PARA RETENER LA CORONA
REBAJAR EN MESIAL Y DISTAL PARA ABRIR CONTACTOS INTERPROXIMALES. NO DEBE QUEDAR HOMBRO EN EL BORDE GINGIVAL, EL DIENTE NO DEBERA REBAJARSE SIEMPRE ESTO SE HARA DEPENDIENDO LA CANTIDAD DE ESPACIO QUE EXISTA EN DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES.
LA REDUCCION INCISAL SE HARA PARA EVITAR EL ALARGAMIENTO DEL DIENTE EN MUCHAS OCASIONES SOLO SE ELIMINARAN LOS PUNTOS DE CONTACTO.
LA REDUCCION DENTAL NO DEBERA DESTRUIR ESCALONES LABIALES Y LINGUALES YA QUE ESTOS SERVIRAN PARA LA RETENCION DE LA CORONA.
DEBE HACERSE REDUCCION LINGUAL CUANDO LOS INCISIVOS INFERIORES ESTAN EN CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

CORONAS POSTERIORES DE ACERO INOXIDABLE.

PREPARACION DEL DIENTE

- a) ADMINISTRACION DE ANESTESIA LOCAL EN CASO NECESARIO
- b) RECORTE PROXIMAL: SE HACE UN CORTE VERTICAL EN MESIAL Y DISTAL, ASIMISMO ELIMINAR CONTACTOS EN MESIAL BUCAL Y GINGIVAL, LOS CORTES SIEMPRE DEBEN LLEGAR HASTA LOS BORDES LIBRES DE LA ENCIA Y EL MARGEN GINGIVAL DEBE TERMINAR EN BISEL PARA EVITAR QUE LAS CORONAS SE ASIENTE ADECUADAMENTE.
SIEMPRE SE HARA RECORTE EN DISTAL AUNQUE NO HAYA DIENTE ERUPTIVO EN DISTAL PARA EVITAR CORONAS DE TAMAÑO EXCESIVO QUE PUEDAN MODIFICAR LA ERUPTION DEL DIENTE.
LA REDUCCION SE PUEDE HACER CON DISCO DE LIJA O CON FRESA TRONCOCONICA DE FISURA PLANA, LA REDUCCION DEL DIENTE DEBE EMPEZAR POR OCLUSAL EN DIRECCION BUCO LINGUAL ES DE 1 A 2 MM. DEL DIENTE ADYACENTE.
- c) RECORTE OCLUSAL. ESTE RECORTE DEBE SEGUIR LA ANATOMIA DEL DIENTE QUE NOS PERMITIRA UNA ADAPTACION ADECUADA DE LA CORONA SE DEBERA PROFUNDIZAR DE 1 A 2 MM, VERIFICANDO LA OCLUSION PARA EVITAR UNA MORIDA ABIERTA.
- d) SE ELIMINA LA CARIES RESTANTE CON FRESA DE BOLA POR ULTIMO REDONDEAR LOS ANGULOS AGUDOS TAMBIEN POSIBLES ESCALONES.

SELECCION DE LA CORONA

- a) LA QUE REPRODUZCA CASI EXACTAMENTE LA MORFOLOGIA DEL DIENTE CUBRIENDO LO COMPLETAMENTE
- b) SE DEBERA PRECISAR EL RECORTADO PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE LA SESION
- c) DEBERA OFRECER RESISTENCIA

EN EL CASO DE QUE EXISTAN CARIES INTERPROXIMALES PROFUNDAS SE USARAN CORONAS NO RECORTABLES.

PARA SELECCIONAR LA CORONA DEL TAMAÑO ADECUADO DEBERA MEDIRSE EL ANCHO MESIODISTAL DEL DIENTE, CUANDO LA CORONA ES DEMASIADO PEQUEÑA OFRECE RESISTENCIA CUANDO TRATAMOS DE QUITARLA Y NO PODRA RECORTARSE NI ADAPTARSE ADECUADAMENTE AL IGUAL CUANDO ES MUY GRANDE, ASIMISMO PUEDE IMPEDIR LA ERUPTION DEL DIENTE QUE VA A ERUPTIVAR EN EL CASO DE DENTICION PRIMARIA.

ADAPTACION Y RECORTADO.

AL ADAPTAR Y RECORTAR LA CORONA LOS BORDES DE ESTA DEBERAN QUEDAR EN EL SURCO GINGIVAL Y REPRODUCIR LA MORFOLOGIA DENTAL.
PARA CALCULAR CUANDO HA DE RECORTARSE LA CORONA DEBERA HACERSE UNA MARCA A NIVEL DEL BORDE LIBRE DE LA ENCIA Y SE RECORTARA CON TIJERAS CURVAS PARA CORONAS SE REALIZARA FUERA DE LA CAVIDAD ORAL Y LEJOS DE LA CARA DEL PACIENTE, PASANDO POSTERIORMENTE PIEDRA ROSA PARA RECORTAR EL EXEDENTE, CHECANDO QUE NO SE VENA LOS TEJIDOS DE LA ENCIA BLANQUESINOS INDICANDONOS PRESION EXCESIVA CUANDO EL CASO LO REQUIERE SE HACEN PREPARACIONES SUBGINGIVALES.

RECORTADO INICIAL DE LA CORONA:

- a) SE RECORTA CON ALICATES ESPECIALES EN EL TERCIO MEDIO PARA PRODUCIR UN EFECTO ACAMPAADO.
- b) PROBAR LA CORONA PARA CONTROLAR LOS BORDES Y LA ADAPTACION VISUALMENTE.
- c) LA ADAPTACION GINGIVAL SE EFECTUARA CON ALICATE 137
- d) SI HAY QUE HACER DOBLEZ GINGIVAL SE HARA CON ALICATE 800 Y 412
- e) LA CORONA TERMINADA DEBERA TENER UNA FORMA UNIFORME Y LISA SIN CAMBIOS NOTABLES EN SU CONTORNO.

TERMINACION:

SE CHECAN LOS PUNTOS BUCAL Y LINGUAL VISUALMENTE Y EL INTERPROXIMAL SE CHECA PASANDO UN TROZO DE SEDA DENTAL ENSERADA, SI ESTA SE DESHILACHA LA ADAPTACION INTERPROXIMAL NO ES SATISFACTORIA PARA EVITAR ESTO SE HARA UNA ADAPTACION DE PRUEBA ANTES DEL CEMENTADO.

ADAPTACION DE PRUEBA:

LA CORONA SE COLOCARA DESDE LINGUAL RETORNANDOSE A BUCAL CON ESTO SE PUEDE CONTROLAR LA ADAPTACION INTERPROXIMAL MIRANDO EN ANGULO RECTO LA PREPARACION Y COMPARANDO LA PROFUNDIDAD DE LA MISMA CON LA PROFUNDIDAD Y CONTORNO DE LA CORONA.
DEBE ESCUCHARSE UN CHASQUIDO PARA ASEGURAR LA RETENCION DE LA CORONA. CONTROLAR QUE LA OCLUSION SEA CORRECTA PARA QUE NO MOLESTE AL PACIENTE.

PULIDO Y CEMENTADO

ANTES DE CEMENTAR LA CORONA SE DEBERA PULIR CON UN DISCO DE GOMA PARA LIMAR LAS IMPERFECCIONES. EL BRILLO FINAL SE DARA PASANDO UN TRAPO IMPREGNADO CON ROUGE ANTES DEL CEMENTADO TOMAREMOS EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- a) COLOCAR BASES PROTECTORAS DE LA PULPA
- b) SI EL DIENTE TIENE VITALIDAD PONER UN BARNIZ ANTES DEL CEMENTADO
- c) LOS DIENTES DEBERAN ESTAR LIMPIOS Y SECOS AISLADOS DE ANTEMANO PARA EVITAR CONTAMINACION.

CEMENTADO:

SE CEMENTA CON OXIFOSFATO DE CINCO DE PREFERENCIA, PERO PUEDE CEMENTARSE CON CUALQUIER OTRO CEMENTO.
EL PACIENTE DEBERA APLICAR PRESION POR MEDIO DE UN ROLLO DE ALGODON LA CORONA NO DEBERA TOCARSE DURANTE EL FRAGUADO Y EL CEMENTO EXCEDENTE SE RETIRARA CON UN EXPLORADOR.

TERAPIA PULPAR

PARA LOGRAR UN TRATAMIENTO PULPAR CON EXITO DEBEMOS CONOCER QUE ES LA PULPA DENTAL Y QUE ES LO QUE AFECTA, ASIMISMO LO QUE UTILIZAREMOS EN CASO DE PATOLOGIA PULPAR.

PULPA:

LA PULPA ESTA COMPUESTA POR TEJIDO CONJUNTIVO LAXO MUY VASCULARIZADO, SE ENCUENTRA ALOJADO EN LA CAMARA PULPAR Y CONDUCTOS RADICULARES CON EXCEPCION DEL FORAMEN APICAL, SE ENCUENTRA RODEADO POR PAREDES DE DENTINA QUE SON INEXTENSIBLES.

EL TEJIDO PULPAR COMPRENDE: PULPA DENTARIA, ODONTOBLASTOS, PREDENTINA Y DENTINA, PULPA RADICULAR Y PERIAPICAL

- a) LA PULPA DENTARIA SE ORIGINA A TRAVES DEL MESODERMO FORMANDO LA PAPILA DENTARIA, ES AQUI DONDE EL EPITELIO INTERNO DEL ORGANITO DEL ESMALTE TRANSFORMA SUS CELULAS SUPERFICIALES EN ODONTOBLASTOS DURANTE LA FASE DE CAMPANA.
- b) LOS ODONTOBLASTOS SON CELULAS FORMADORAS DE DENTINA, DEPOSITAN LAS PRIMERAS CAPAS DE DENTINA, LAS CELULAS DEL EPITELIO INTERNO SE TRANSFORMAN EN AMELOBLASTOS, LOS CUALES INICIAN LA PRODUCCION DE MATRIZ DEL ESMALTE, EN ESTE MOMENTO LA PAPILA DENTARIA RECIBE EL NOMBRE DE PULPA DENTAL.

LA PULPA DENTARIA SE ENCUENTRA FORMADA POR:

- a) CELULAS: ODONTOBLASTOS, FIBROBLASTOS, HISTIOCITOS, LINFOCITOS, CELULAS MISENQUIMATOSAS INDIFERENCIADAS.

ODONTOBLASTOS SON CELULAS FORMADORAS DE DENTINA SON PROLONGACIONES LARGAS Y SINUOSAS Y LLEGAN HASTA EL LIMITE AMELODENTINARIO Y EN ALGUNOS LUGARES TIENEN MAYOR CONFLUENCIA COMO EN LOS CUERNOS PULPARES.

FIBROBLASTOS SON CELULAS QUE PRESENTAN LARGAS PROLONGACIONES PROTOPLASMATICAS CON LAS QUE SE UNE A OTRAS CELULAS FORMANDO UNA RED.

HISTIOCITOS SON CELULAS DE DEFENSA PULPAR, DURANTE LOS PROCESOS INFLAMATORIOS DE LA PULPA SE CONVIERTEN EN MACROFAGOS REFORZANDO A LOS POLIMORFONUCLEARES.

LINFOCITOS PROVIENEN DEL TORRENTE CIRCULATORIO SON DEFENSORES DE LA PULPA EN LOS PROCESOS INFLAMATORIOS CRONICOS TRANSFORMANDOSE EN MACROFAGOS O SE CONVIERTEN EN CELULAS PLASMATICAS SEGUN SE CREE DILUYENDO LAS TOXINAS.

- b) VASOS SANGUINEOS. LA IRRIGACION SANGUINEA DE LA PULPA ES ABUNDANTE, LAS ARTERIAS Y VENAS PENETRAN A LA PULPA A TRAVES DEL FORAMEN APICAL Y CONDUCTOS ACCESORIOS.

- c) **VASOS LINFATICOS. UNA RED COLECTORA PROFUNDA QUE DRENA POR VASOS AFERENTES A TRAVES DEL FORAMEN APICAL SIGUIENDO LA VIA LINFATICA ORAL Y FACIAL.**
- d) **NERVIOS. PENETRAN POR EL FORAMEN APICAL Y SIGUEN EL TRAYECTO DE LOS VASOS SANGUINEOS Y SON MIELINIZADOS Y NO MIELINIZADOS.**

FUNCIONES DE LA PULPA

- a) **FORMATIVA: ELABORACION DE DENTINA Y FIBRAS DE COLAGENA**
- b) **NUTRITIVA: A LAS FIBRAS NERVIOSAS Y DENTINA**
- c) **SENSITIVA: CON FUENTES RECEPTORAS DE DOLOR**
- d) **PROTECTORA: POR INFLAMACION Y POR FORMACION DE DENTINA SECUNDARIA**

PREDENTINA Y DENTINA:

PREDENTINA: ES LA CAPA DE DENTINA MAS PROFUNDA SE ENCUENTRA ENTRE LOS ODONTOBLASTOS Y LA DENTINA ES CONTINUACION DE LA MATRIZ DENTINARIA ESTA ULTIMA SE MINERALIZA.

DENTINA: LA FORMAN LOS ODONTOBLASTOS DEPOSITANDOLA POR CAPAS ESTAS CAPAS RECIBEN EL NOMBRE DE MATRIZ ORGANICA, CUANDO ESTA MATRIZ ES MINERALIZADA SU FUERZA ES SIMILAR A LA DEL HUESO.

LA DENTINA ESTA PERFORADA POR MULTIPLES MICROCONDUCTOS QUE SON LOS TUBULOS DENTINARIOS, ESTOS ATRAVIEZAN LA DENTINA EN FORMA ONDULADA DESDE LA SUPERFICIE EXTERNA DE LA PULPA HASTA EL LIMITE AMELODENTINARIO. TIENE UN DIAMETRO DE 3 MICRAS EN LA ZONA PULPAR Y 1 MICRA CERCA DEL LIMITE AMELODENTINARIO, ESTO ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA REALIZAR LA TERAPIA PULPAR ADECUADA.

LA DENTINA ES MUY SENSIBLE Y LA RESPUESTA A CUALQUIER ESTIMULO SIEMPRE SERA DOLOROSA.

TIPOS DE DENTINA:

PRIMARIA: ES LA QUE SE FORMA INICIALMENTE CUANDO EMPIEZA A CALCIFICARSE LA PAPIA DENTARIA QUE SE CONVIERTE EN PULPA DENTAL.

SECUNDARIA: SE FORMA A LO LARGO DE LA VIDA DEL DIENTE, SE ENCUENTRA ENTRE LA PREDENTINA Y LA DENTINA PRIMARIA SE DEPOSITA PRINCIPALMENTE EN EL TECHO Y PISO DE LA CAMARA PULPAR FRENTE A LA LINEA DE PROFUNDIZACION DE CARIES

TERCIARIA O REPARATIVA: SE ENCUENTRA EN DIENTES ADULTOS Y SIEMPRE FRENTE A LA ZONA DE IRRITACION SE ENCUENTRA ENTRE LA PREDENTINA Y LA DENTINA SECUNDARIA.

DENTINA PERITUBULAR: SE ENCUENTRA ALREDEDOR DEL PROCESO CITOPASMATICO DE LOS ODONTOBLASTOS, PRINCIPIA DONDE TERMINA LA PREDENTINA, POSEE ALTA MINERALIZACION Y CON EL TIEMPO Y DE ACUERDO A LOS DIFERENTES IRRITANTES DISMINUYE LA LUZ DEL TUBO OBLITERANDOLO TOTALMENTE DANDO COMO SIGNO CLINICO DENTINA TRASLUCIDA O DENTINA OPACA.

PULPA RADICULAR Y PERIAPICAL: LA PULPA RADICULAR ES UNA CONTINUACION DE LA PULPA CORONARIA, SE ENCUENTRA CONTENIDA EN EL CONDUCTO RADICULAR EL CUAL SE ESTRECHA PROGRESIVAMENTE HASTA EL FORAMEN APICAL.

IRRITANTES PULPARES:

EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE IRRITANTES PULPARES QUE PUEDEN SER: FISICOS BIOLOGICOS QUIMICOS Y MECANICOS.

FISICOS: TEMPERATURA(DESHIDRATAACION). RAYOS IONIZANTES, APLICACION DE CORRIENTE ELECTRICA A UN DIENTE SANO A TRAVES DE UN VITALOMETRO PULPAR.

BIOLOGICOS: CARIES ENFERMEDAD PARODONTAL ETC.

QUIMICOS: MEDICAMENTOS USADOS EN ODONTOLOGIA(HIDROXIDO DE CALCIO, OXIDO DE CINC EUGENOL, CEMENTO DE FOSFATO DE CINC, CEMENTO DE SILICATO)

MECANICOS: PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS, LESIONES TRAUMATICAS, TRAUMA - OCLUSAL, BRUXISMO, ATRIXION, ABRASION, FRESADO CON PRESION Y SIN REFRI GERACION Y FRESAS SIN FILO.

ALTERACIONES DE LA PULPA

HIPEREMIA PULPAR: ES EL ESTADO INICIAL DE LA PULPITIS, SE CARACTERIZA POR DILATAACION Y AUMENTO DEL CONTENIDO DE LOS VASOS SANGUINEOS, EXISTE MAYOR AFLUENCIA DE SANGRE EN LOS VASOS DILATADOS DE LA PULPA.

LA ETIOLOGIA DE ESTA ALTERACION PUEDEN SER CAUSAS FISICAS, QUIMICAS, BIOLOGICAS Y MECANICAS.

SINTOMATOLOGIA: DOLOR INSTANTANEO PROVOCADO POR LA APLICACION DE FRIO Y CALOR INTENSO, EL DOLOR DESAPARECE AL ELIMINAR EL ESTIMULO. LA HIPEREMIA PULPAR PUEDE SER POR CARIES, ABRASION, CUELLO DEL DIENTE DESCUBIERTO - FRACTURA POR TRAUMATISMO Y OBTURACION RECINTE. SU PRONOSTICO ES FAVORABLE. **TRATAMIENTO:** RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

PULPITIS: ES EL ESTADO INFLAMATORIO DE LA PULPA CAUSADO POR AGENTES AGRESIVOS SU CARACTERISTICA ES DE SER IRREVERSIBLE.

ETIOLOGIA: ES CAUSADA POR GERMENES Y SUS TOXINAS, LAS SECUNDARIAS SON DE ORIGEN QUIMICO Y FISICO LOS GERMENES Y SUS TOXINAS LLEGAN A LA PULPA POR: TUBULOS DENTINARIOS, DEBAJO DE LA CARIES CORONARIA, CERVICAL Y RADICULAR POR COMUNICACION PULPAR DIAGNOSTICADA O NO Y A CONSECUENCIA DE CARIES PROFUNDA, FRACTURA Y HERIDA PULPAR SEPTICA. INFECCIONES VECINALES COMO SENCUCITIS, OSTIOMIELITIS, ABSCESO PERIRADICULAR CRONICO O POR VIA SANGUINEA CAUSADA POR INFECCIONES GENERALES. SU PRONOSTICO ES DESFAVORABLE.

TRATAMIENTO: PULPECTOMIA.

NECROSIS PULPAR. ES LA DEGENERACION DE LOS ELEMENTOS CELULARES DE LA PULPA, UN DIENTE CON NECROSIS PULPAR NO RESPONDE A LAS PRUEBAS DE VITALIDAD.

TRATAMIENTO: PULPECTOMIA.

DIAGNOSTICO:

PARA LOGRAR CON EXITO UN TRATAMIENTO PULPAR DEBEMOS TENER UNA EVALUACION PREOPERATORIA CORRECTA DEL ESTADO DE LA MISMA, ESTO LO LOGRAMOS AYUDANOS DE UNA SERIE DE ESTUDIOS AUXILIARES INCLUYENDO HISTORIA CLINICA COMPLETA VALORANDO:

- a) **DOLOR:** TIPO DE DOLOR Y FACTORES QUE LO AGRAVAN O LO ALIVIAN, DURACION FRECUENCIA , LOCALIZACION, DIFUSION.
- b) **EDEMA:** ES PROVOCADO POR EL EXUDADO INFLAMATORIO Y PUEDE SER LOCALIZADO INTRAORAL O EXTRAORAL. CUANDO ES INTRAORAL LA HINCHAZON SE OBSERVA EN LA CARA VESTIBULAR Y EN MUY REMOTOS CASOS EN PALATINO, DEBIDO A QUE EXISTE MENOS HUESO.
LA PENETRACION DE PRODUCTOS INFLAMATORIOS DE LAS REGIONES PERIAPICALES O ITRARRADICULAR (SIGUIENDO EL CAMINO DE MENOR RESISTENCIA) CUANDO NO SE REALIZA EL TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE EL EDEMA HARA DRENAJE QUE PUEDE SER EN LA LESION ABIERTA DEL DIENTE O MAS FRECUENTEMENTE HACIA EL BORDE GINGIVAL O POR UNA FISTULA PRODUCIDA ALREDEDOR PRODUCIENDO UN NODULO BLANCO RODEADO DE UNA BASE ERITEMATOSA QUE CUANDO LA ENCONTRAMOS ABIERTA DRENA EXUDADO SEROSO.
- c) **MOVILIDAD:** SI SE TRATA DE UN DIENTE TEMPORAL DEBERA HACERSE UNA EVALUACION RADIOGRAFICA PARA DECIDIR SI LA MOVILIDAD ES PATOLOGICA O FISIOLOGICA.
CUANDO EXISTE MOVILIDAD PATOLOGICA EN DIENTES PERMANENTES EXISTE REABSORCION DE LA RAIZ O HUESO O DE AMBAS Y SE ACOMPAÑA DE PULPA DESVITALIZADA.
- d) **PERCUSION:** SI AL MORDER CON FUERZA HAY SINTOMAS DE DOLOR ESTO NOS INDICA QUE LA INFLAMACION SE HA EXTENDIDO MAS ALLA DEL DIENTE A LOS TEJIDOS DE SOSTEN PROVOCA DOLOR POR PRESION.
ESTA PRUEBA NO TIENE VALOR EN NIÑOS PEQUEÑOS PERO EN DENTICION PERMANENTE JOVEN SU RESPUESTA SERA MAS FIDEDIGNA.

- e) PRUEBAS DE VITALIDAD. ESTE TIPO DE PRUEBAS SON ELECTRICAS O TERMICAS CON POCO VALOR EN DIENTES TEMPORALES.
- f) RAYOS X: ANTES DE INICIAR NUESTRO TRATAMIENTO COMO REQUISITO PRIMORDIAL ES CONVENIENTE TOMAR UNA RADIOGRAFIA PARA TENER INFORMACION SOBRE LA LESION Y GRADO DE PATOLOGIA EXISTENTE ASIMISMO DESARROLLO DENTARIO Y REABSORCION RADICULAR Y SE PUEDA REALIZAR UN TRATAMIENTO EXITOSO.
- g) PROFUNDIDAD DE LA LESION: COMO SE DIJO ANTERIORMENTE LA PROFUNDIDAD DE LA LESION SE PUEDE APRESIAR RADIOGRAFICAMENTE.
- h) EXPOSICION PULPAR: PARA HACER UNA EVALUACION CORRECTA Y LOGRAR UN TRATAMIENTO ADECUADO SE TOMARA EN CUENTA EL TAMAÑO DE LA EXPOSICION -- PULPAR Y LA DENTINA QUE LO RODEA PARTIENDO DE ESTO SE LLEVA A CABO EL TRATAMIENTO.

TECNICAS DE TRATAMIENTO PULPAR.

a) RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO:

ESTE SE REALIZA CUANDO EXISTE VITALIDAD DENTAL Y EXISTEN GRANDES LESIONES CARIOSAS EN LA PROXIMIDAD DE LA PULPA.
LA FINALIDAD DE ESTE TRATAMIENTO ES REMOVER LA CARIES Y PROTEGER LA PULPA PARA QUE PUEDA RECONSTRUIRSE. PRODUCIENDO DENTINA SECUDARIA.

INDICACIONES:

LESIONES CARIOSAS PROFUNDAS ASINTOMATICAS QUE RADIOGRAFICAMENTE SE ENCUENTRAN CON PROXIMIDAD A LA PULPA.
EN DIENTES CON CARIES QUE AVANZA RAPIDAMENTE PARA DAR OPORTUNIDAD A LA PULPA DE REPARACION DE DENTINA Y EVITAR EXPOSICION PULPAR POR MEDIO DE TRATAMIENTO INDIRECTO.

CONTRAINDICACIONES:

DOLOR ESPONTANEO O DOLOR NOCTURNO
EDEMA
FISTULA
DOLOR A LA PERCUSION
MOVILIDAD PATOLOGICA
RABSORCION RADICULAR EXTERNA O INTERNA
RADIOTRANSAPRENCIA PERIAPICAL O INTERRADICULAR
CALCIFICACION DE LA PULPA.

TECNICA DE RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

ANESTESIA Y AISLAMIENTO

ELIMINACION DE TODA LA CARIES EXCEPTO LA QUE DEJARIA LA PULPA AL DESCUBIERTO.

DAR FORMA A LA CAVIDAD, CUIDANDO QUE LOS BORDES QUEDEN CON SOPORTE ADECUADO.

LA CAVIDAD DEBE QUEDAR LIBRE DE MANCHAS MATERIAL BLANDO HUMEDO O DE ASPECTO CORREOSO

CONOCER LA MORFOLOGIA PULPAR PARA EVITAR EXPONER LOS CUERNOS PULPARES YA QUE ESTO NOS PUEDE OCASIONAR EN LUGAR DE RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO UNA PULPOTOMIA.

COLOCAR LA BASE PROTECTORA O DE RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO, LA BASE PROTECTORA ESTIMULA LA FORMACION DE DENTINA SECUNDARIA A BASE DE OXIDO DE CINCO EUGENOL E HIDROXIDO DE CALCIO.

EL INCONVENIENTE AL USAR OXIDO DE CINCO Y EUGENOL COMO BASE ES QUE SI SE ENCUENTRA CON LA PULPA INDUCE A UNA REACCION INFLAMATORIA ESTO ES DEBIDO A QUE NO NOS PERCATAMOS DE ALGUN CUERNO PULPAR ES POR ESO QUE ES MAS RECOMENDABLE EL USO DE HIDROXIDO DE CALCIO PARA EVITAR QUE -- NUESTRO TRATAMIENTO OCASIONE EN LUGAR DE ALIVIO DOLOR.

EL PISO PULPAR DEBERA QUEDAR FINO PARA QUE SEA MAS RAPIDO EL RITMO DE FORMACION DE DENTINA SECUNDARIA. SE RECOMIENDA HACER EL RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO EN DOS SESIONES CON INTERVALOS DE 15 DIAS MINIMO A 6 SEMANAS PARA PODER EVALUAR EL EXITO DEL TRATAMIENTO Y COLOCAR NUESTRA RESTAURACION FINAL CON PLENA CONFIANZA AUNQUE PUEDE HACERSE EN UNA SOLA SESION SI SE ESTA PLENAMENTE SEGURO QUE NO HABRA MOLESTIAS POSTERIORES.

EN LA SEGUNDA SESION EL MATERIAL CARIADO DEBAJO DE LA SUBBASE APARECERA MENOS HUMEDO DE COLOR CASTAÑO GRIS ES ACEPTABLE DEJAR EL MATERIAL MANCHADO PERO FIRME SOBRE EL PISO PULPAR PERO NO ALREDEDOR DE LA UNION AMELODENTINARIA.

EL EXITO DEL TRATAMIENTO ES ATRIBUIBLE NO AL MEDICAMENTO EMPLEADO SINO A LA CAPACIDAD DE LA PULPA DE RECONSTRUIRSE FISIOLÓGICAMENTE.

EL FRACASO DEL TRATAMIENTO SE MANIFIESTA POR DOLOR O POR LA EXPOSICION PULPAR EN LA SEGUNDA SESION O POR LA INCAPACIDAD DE RECUPERACION FISIOLÓGICA PULPAR SE RECOMIENDA PULPECTOMIA O EXTRACCION.

b) RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO:

ESTE TRATAMIENTO SE REALIZA CUANDO EXISTE EXPOSICION PEQUEÑA DE LA PULPA DEBIDO A RAZONES MECANICAS O CARIES Y NO EXISTIENDO PATOLOGIA PULPAR ENCONTRANDOSE LA PULPA SANA Y EXISTE UNA RESPUESTA FAVORABLE AL MEDICAMENTO DE RECUBRIMIENTO PULPAR.

INDICACIONES

EXPOSICION PULPAR MECANICA DE MENOS DE 1 MM CUADRADO RODEADOS POR DENTINA LIMPIA EN DIENTES TEMPORALES VIVOS ASINTOMATICOS.

EXPOSICION MECANICA O POR CARIES DE MENOS DE 1 MM CUADRADO EN DIENTES PERMANENTES JOVENES CON VITALIDAD Y ASINTOMATICOS.

CONTRAINDICACIONES

DOLOR ESPONTANEO (DOLOR NOCTURNO)
EDEMA
FISTULA
SENSIBILIDAD DOLOROSA A LA PERCUSION
MOVILIDAD PATOLOGICA
REABSORCION RADICULAR EXTERNA E INTERNA
RADIOTRANSAPRENCIA PERIAPICAL O ITRARRADICULAR
CALCIFICACIONES PULPARES
EXPOSICION MECANICA POR CONTAMINACION (POR HABER LLEVADO INADVERTI-
DAMENTE UN INSTRUMENTO CONTAMINADO HASTA LA PULPA)
HEMORRAGIA PROFUSA DEL SITIO DE EXPOSICION
PUS O EXUDADO EN EL SITIO DE EXPOSICION.

TECNICA DE RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO:

DEBEMOS TOMAR EN CUENTA QUE AL EFECTUAR NUESTRA EVALUACION PREOPERATORIA
SEA LO MAS ACERTADO POSIBLE, EVITAR LA PRESION SOBRE LA PULPA EXPUESTA.

ANESTESIA Y AISLAMIENTO

ELIMINAR CARIES Y UNA VEZ ABIERTA LA PULPA SE EVITARA LA MANIPULACION
DE LA MISMA
AGRANDAR EL SITIO DE EXPOSICION CON UNA FRESA DE BOLA ESTERIL
IRRIGAR CON SOLUCION FISIOLOGICA O CON AGUA BIDEUTILADA
DETENER HEMORRAGIA CON UNA BOLITA DE ALGODON ESTERIL SIN HACER PRESION
HACER EL RECUBRIMIENTO PULPAR CON HIDROXIDO DE CALCIO
COLOCAR UNA BASE DE CEMENTO (OXIDO DE CINCO EUGENOL PARA EVITAR MAS PRESION)
OBTURAR CON AMALGAMA.

ELECCION DE MATERIAL PARA RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO.

HIDROXIDO DE CALCIO

MATERIALES QUE CONTIENEN FORMOL COMO FORMOCRESOL
CEMENTAR CON ANTIBIOTICO.

EL RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO CON HIDROXIDO DE CALCIO MUESTRA UN ASPEC
TO MICROSCOPICO CARACTERISTICO DESPUES DE 24 HRS. APARECE UNA ZONA NECRÓ
SADA ADYACENTE A LA PASTA CUYO PH ES APROXIMADAMENTE DE 11, 7 DIAS DES-
PUES EXISTE GRAN ACTIVIDAD CELULAR Y FIBROBLASTICA, A LOS 28 DIAS SE FOR
MA UNA BARRERA DE DENTINA QUE SE OBSERVA RADIOGRAFICAMENTE COMO UN PUENTE
RADIOPACO CUANDO EXISTE FRACASO SE OBSERVA UNA REABSORCION INTERNA EN --
DIENTES TEMPORALES; TOMANDO EN CUENTA QUE EL FRACASO PUDO HABER SIDO POR
CONTAMINACION SALIVAL ANTES DE COLOCAR EL RECUBRIMIENTO.
EL FORMOCRESOL NO ES RECOMENDADO PARA EL RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO POR
QUE SI BIEN NO EXISTE SINTOMATOLOGIA NOS INDICA QUE NO EXISTE PATOLOGIA
SIN EMBARGO PUEDE HACERSE EL SIGUIENTE ESTUDIO. COLOCAR UNA MEZCLA DE OXI
DO DE CINCO EUGENOL EN PULPAS TEMPORALES CAREADAS Y MECANICAMENTE EXPUESTAS

EL DIENTE QUEDARA LIBRE DE SINTOMATOLOGIA PERO NOS EVITARA LA PATOLOGIA PORQUE LO QUE HARA SERA MOMIFICAR LA PORSION PULPAR. EXISTE EN EL MERCADO EL CEMENTO LEDERMIX QUE CONSISTE EN POLVO Y CATALIZADOR: EL POLVO ES CLORHIDRATO DE DIMETILCLORTETRACICLINA Y ACETONOIDE TRIANGINOLONA CON AXIDO DE CINCO E HIDROXIDO DE CALCIO EL CATALIZADOR EUGENOL Y ESCENCIA DE TREMENTINA RECTIFICADA. ESTE CEMENTO ES IDEAL PARA RECUBRIMIENTO PULPAR EL CORTICOESTEROIDE Y EL ANTIBIOTICO SUPRIMEN LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN LA PULPA Y LA RESTABLECE.

c) PULPOTOMIA:

COMPRENDE LA REMOSION DE TEJIDO PULPAR CORONARIO VITAL Y LA COLOCACION DE UNA CURACION SOBRE LOS MUÑONES PULPARES AMPUTADOS, Y LA COLOCACION DE UNA OBTURACION FINAL.

EN DIENTES TEMPORALES PUEDE EFECTUARSE LA PULPOTOMIA EN UNA SOLA SESION EMPLEANDO HIDROXIDO DE CALCIO O FORMOCRESOL PARA CUBRIR LOS MUÑONES DE LA PULPA RADICULAR AMPUTADA.

PARA LA PULPOTOMIA EN DOS SESIONES O MAS VISITAS, EN LA PRIMERA SE EXTRAE LA PULPA CORONARIA Y SE COLOCA UN MEDICAMENTO DESVITALIZADOR DE LA PULPA

PULPOTOMIA CON FORMOCRESOL EN UNA SESION. INDICACIONES:

EXPOSICION POR CARIES O MECANICAS EN DIENTES TEMPORALES CON VITALIDAD PULPITIS HIPERPLASICA (POLIPO PULPAR)

CONTRAINDICACIONES

DOLOR ESPONTANEO NOCTURNO

EDEMA

FISTULA

SENSIBILIDAD DOLOROSA A LA PERCUSION

MOVILIDAD PATOLOGICA

REABSORCION RADICULAR EXTERNA E INTERNA

RADIOTRANSAPARENCIA PERIAPICAL O ITRARRADICULAR

CALCIFICACIONES PULPARES

REABSORCION RADICULAR EXTERNA

EXUDADO SEROSO EN EL SITIO DE EXPOSICION

HEMORRAGIAS INCONTROLABLES EN LOS MUÑONES PULPARES AMPUTADOS

TECNICAS

ANESTESIA Y AISLAMIENTO

TALLADO DE LA CAVIDAD

ELIMINANDO CARIES PERIFERICA ANTES DE ABRIR LA PULPA PARA EVITAR CONTAMINACION BACTERIANA

EXPOSICION PULPAR Y ELIMINACION DE LA CAMARA PULPAR CORONARIA HASTA LO CALIZAR CUERNOS PULPARES EXISTIRA HEMORRAGIA Y DEBERA HACERSE IRRIGACION CON AGUA PARA EVITAR QUE LOS RESTOS DE DENTINA LLEGUEN A LA PULPA RADICULAR. TODA LA PULPA CORONARIA DEBE EXTRAERSE PRINCIPALMENTE LOS FILAMENTOS PULPARES QUE QUEDAN DEBAJO DE LOS BORDES DE LA DENTINA.

PARA EVITAR QUE LA HEMORRAGIA CONTINUE. LA HEMORRAGIA POST AMPUTACION SE CONTROLA CON BOLITAS DE ALGODON PREHUMEDECIDAS EN AGUA BIDESTILADA COLOCANDOLAS SOBRE LOS MUÑONES POR ESPACIO DE TRES A CINCO MINUTOS. CUBRIR LOS ORIFICIOS DE LOS CONDUCTOS RADICULARES DURANTE CINCO MIN. CON BOLITAS DE ALGODON ENBEBIDAS EN FORMOCRESOL QUITANDOLES EL EXCESO PARA QUE SOLO QUEDEN HUMEDECIDAS.

RETIRAR LA BOLITA DE ALGODON CON FORMOCRESOL, LOS MUÑONES APARECERAN DE COLOR CASTAÑO OSCURO O NEGRO COMO RESULTADO DE LA FIJACION DEL FORMOCRESOL.

COLOCAR SOBRE LOS MUÑONES RELLENANDO LA CAMARA PULPAR CON UNA MEZCLA DE OXIDO DE CINC MEZCLANDO EN PARTES IGUALES DE FORMOCRESOL Y EUGENOL. PROCURAR PONER LA OBTURACION FINAL EN LA MISMA SESION, SI NO ES ASI EVITAR EL INGRESO DE BACTERIAS Y LIQUIDOS QUE OCASIONARIAN FRACASO.

TECNICA EN DOS SESIONES.

NO REQUIERE ANESTESIA LOCAL NI AISLAMIENTO
SE INICIA LA PULPOTOMIA POR AMPUTACION MORTAL
SE CUBRE LA PULPA PARCIALMENTE EXPUESTA CON UNA PASTA DESVITALIZANTE;
SOSTENIENDOLA CON UNA BOLITA DE ALGODON Y SE LLENA LA CAVIDAD CON UN CEMENTO TEMPORAL Y SE SITA DE SIETE A DIEZ DIAS DESPUES PARA ENTONCES LA PULPA CORONARIA ESTARA DESVITALIZADA Y LOS TEJIDOS DE LOS CONDUCTOS RADICULARES ESTARAN VITALES.

SE EXTRAË EN LA SEGUNDA SESION LA PULPA CORONARIA DESVITALIZADA, EN EL DIENTE NO DEBERA HABER SINTOMATOLOGIA, SE LIMPIARA PERFECTAMENTE LA CA MARA PULPAR.

LOS MUÑONES RADICULARES SE CUBREN CON UNA BASE DE OXIDO DE CINC, FORMOCRESOL EUGENOL.

RESTAURACION FINAL CORONA DE ACERO INOXIDABLE.

d) PULPECTOMIA

LA PULPECTOMIA ES LA EXTRACCION DEL TEJIDO CON VITALIDAD DE LA CAMARA PUL PAR CORONARIA Y DE LOS CONDUCTOS RADICULARES.

DESPUES DE LA PREPARACION MECANICA Y QUIMICA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES ESTOS SE OBTURAN POSTERIORMENTE.

LA PULPECTOMIA PUEDE SER PARCIAL O COMPLETA. . . :

LA PULPECTOMIA PARCIAL:ES LA EXTRACCION DE LA PULPA Y RESTOS DE CARIES Y EL POSTERIOR RELLENADO DE LOS CONDUCTOS CASI HASTA EL APICE.

PULPECTOMIA COMPLETA: ES DONDE SE EMPLEA DELIBERADAMENTE UNA LIMA PARA ESTABLECER UN DRENAJE DE LOS APICES DE UN MOLAR TEMPORAL DESVITALIZADOS YA QUE ES IMPORTANTE MANTENERLO COMO MANTENEDOR DE ESPACIO VALORANDO QUE UN DIENTE CARIADO ES UNA INVITACION A UNA INFECCION CRONICA EN CUALQUIER MOMENTO PUEDE CONVERTIRSE EN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO Y QUE EL DIENTE SUBYACENTE CORRE EL RIESGO INNECESARIO DURANTE EL CURSO DE ESTA INFLAMACION EXISTE TAMBIEN LA POSIBILIDAD DE HIPOPLASIA E HIPOCALCIFICACION.

AL REALIZAR LA HISTORIA CLINICA COMPLETA NOS REVELARA SI EXISTEN PROBLEMAS ORGANICOS QUE PUEDEN INFLUIR EN NUESTRO TRATAMIENTO. POR ULTIMO LA EVALUACION INDIVIDUAL DEL DIENTE. PUEDE RESTAURARSE CON EL TRATAMIENTO PULPAR, SI OBTURAMOS CON CORONAS DE ACERO INOXIDABLE EXISTE GRAN POSIBILIDAD DE EXITO EN NUESTRO TRATAMIENTO YA QUE SOLO SE REQUIERE DE ESTRUCTURA DENTARIA SUPRAGINGIVAL, SIN EMBARGO SI LA CARIES SE EXTIENDE HACIA LA RAIZ O HACIA LA BIFURCACION ESTO OBLIGARA A LA EXODONCIA.

LA EDAD DENTAL JUZGADA MEDIANTE EL DESARROLLO RADICULAR INFLUYE SOBRE LA DECISION DE REALIZAR EL TRATAMIENTO PULPAR O EXTRAER EL DIENTE. SI EXISTE REABSORCION DE MAS DE LA MITAD DEL DIENTE DEBERA EXTRAERSE.

PULPECTOMIA EN DIENTES TEMPORALES:

INDICACIONES:

AL EXISTIR HEMORRAGIAS EN LOS MUÑONES PULPARES POSTERIORMENTE A LA PULPOTOMIA CON FORMOCRESOL.

AL EXISTIR PUS EN EL SITIO DE EXPOSICION O EN LA CAMARA PULPAR CORONARIA.

PULPA CORONARIA O RADICULAR MUERTA.

CONTRAINDICACIONES:

REABSORCION RADICULAR INTERNA

REABSORCION RADICULAR PATOLOGICA EXTERNA

PERDIDA OSEA EN EL APICE O EN LA BIFURCACION

MOVILIDAD PATOLOGICA

CELULITIS

EDEMA EXTRAORAL.

TECNICA EN DOS SESIONES:

POSTERIORMENTE A LA AMPUTACION DE LA PULPA CORONARIA SE APLICA UN MEDICAMENTO CON UNA BOLITA DE ALGODON A LA CAMARA PULPAR CORONARIA CON UN CEMENTO TEMPORAL. EL MEDICAMENTO PUEDE SER FORMOCRESOL O PARAFORMALDEHIDO, CUANDO LA PULPA ESTA VIVA, SI LA PULPA SE ENCUENTRA MUERTA NO SE REALIZA LA COLOCACION DEL MEDICAMENTO EN ESTE CASO POR LO GENERAL SE ENCUENTRAN INFECTADOS LA CAMARA Y CONDUCTOS RADICULARES PULPARES, EN ESTE CASO SE INTENTA CONTROLAR LA INFECCION.

SEGUNDA SESION:

DE 7 A 10 DIAS POSTERIORES EL DIENTE MUERTO YA NO DEBE TENER MOVILIDAD NI SENSIBILIDAD DOLOROSA A LA PERCUSION NI PRESENTAR FISTULA EN CASO CONTRARIO SE CONTROLARA LA INFECCION POR MEDIOS FARMACOLOGICOS.

PULPECTOMIA EN DIENTES TEMPORALES CON VITALIDAD PARCIAL O DESVITALIZADOS.

PUEDE EFECTUARSE EN UNA VISITA O EN SESIONES MULTIPLES. LA TECNICA ES PARCIAL O COMPLETA DE ACUERDO CON LA PENETRACION DE LA INSTRUMENTACION.

SE REALIZA CUANDO LOS MUÑONES RADICULARES PRESENTAN HEMORRAGIA INCONTRO-LABLE. GENERALMENTE EN ESTOS TRATAMIENTOS SE ANESTESIA Y SE COLOCA EL AISLAMIENTO POSTERIORMENTE SE EXTRAE LA PULPA RADICULAR ACCESIBLE CON TIRANERVIOS, SIN LLEGAR MAS ALLA DEL APICE SE LIMARAN LOS CONDUCTOS PARA AGRANDARLOS LO QUE PERMITIRA LA CONDENSACION DEL MATERIAL DE OBTURACION NO HACE FALTA LAS RADIOGRAFIAS CON CONDUCTOMETRIA COMO EN DIENTES PERMA-NENTES A LOS QUE SE REALIZA ENDODONCIA. LA COMPARACION VISUAL DE LA LIMA Y EL LARGO DEL CONDUCTO RADICULAR EN LA RADIOGRAFIA PERIAPICAL PREOPERA-TORIA SON SUFICIENTES.

LAS RAMIFICACIONES MULTIPLES DE LA PULPA RADICULAR DEL MOLAR TEMPORAL HACEN IMPOSIBLE SU COMPLETA LIMPIEZA LA FORMA ASINTADA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES CON SU ESTRECHO ANCHO MESIO DISTAL EN COMPARACION CON SU DIMENSION BUCOLINGUAL DIFICULTA EL AGRANDAMIENTO DE LOS MISMOS. EN DIENTES PERMANENTES EL OBJETO DE LA PREPARACION MECANICA ES OBTENER UN TERCIO - APICAL CIRCULAR PAREJO DEL CONDUCTO QUE SERA OBLITERADO CON UN PUNTO DE REFERENCIA EXACTO.

EN DIENTES TEMPORALES EL INTENTO DE PREPARAR MECANICAMENTE UN TERCIO -- APICAL CIRCULAR PUEDE DAR LUGAR A LA PERFORACION LATERAL DEL CONDUCTO. EL MATERIAL DE OBTURACION DEBE SER REABSORBIBLE.

POSTERIORMENTE DEL LIMADO SE IRRIGARAN LOS CONDUCTOS Y SE SECARA Y SE USA- RA SOLUCION FISIOLÓGICA O CLORAMINA T (ZONITE) EL SECADO DEBERA SER CON PUNTAS DE PAPEL.

LAS PASTAS REABSORBIBLES PUEDEN SER OXIDO DE CINCO FORMOCREZOLISADO. CON LA LIMA QUE SE USA EN ULTIMO TERMINO SE PUEDE PASAR UNA MEZCLA CREMO-SA DE LA PASTA DE OBTURACION ALREDEDOR DE LAS PAREDES DE LOS CONDUCTOS, DESPUES SE PRESIONA UNA PASTA MAS FIRME CON UN CONDENSADOR DE AMALGAMA SOBRE UNA BOLITA DE ALGODON A LA ENTRADA DEL CONDUCTO.

PULPECTOMIA EN SESIONES MULTIPLES:

ESTA TECNICA ES SIMILAR A LA PULPECTOMIA EN UNA SOLA SESION EN ESTA PRI-MERA SESION NO SE RECOMIENDA LA INSTRUMENTACION DE LOS CONDUCTOS SI EXIS-TE MOVILIDAD DENTAL, EN ESTOS CASOS SE TRATARA FARMACOLOGICAMENTE ANTES DE REALIZAR EL TRATAMIENTO POSTERIORMENTE SE PROCEDE A REALIZAR EL TRA-TAMIENTO ANESTESIANDO PREVIAMENTE Y AISLANDO, SE ELIMINA LA PULPA CON TIRANERVIOS Y POSTERIORMENTE SE IRRIGAN LOS CONDUCTOS, SE ENSANCHA CON LIMAS, SE LAVA SE IRRIGAN NUEVAMENTE LOS CONDUCTOS, SE SECAN Y SE OBTU-RAN.

NO SE DEBEN OBTURAR LOS CONDUCTOS HASTA QUE ESTEN SECOS Y HAYAN DESAPA-RECIDO SIGNOS Y SINTOMAS.

LOS CONDUCTOS SE OBTURAN CON UNA PASTA REABSORBIBLE. SE DEBE TOMAR EN CUENTA QUE DURANTE UNA Y OTRA SESION SE COLOCA ANTIBIOTICO MANTENIEN-DOLA CON UN CEMENTO TEMPORAL. LAS SESIONES SE FIJAN CON UNA DIFERENCIA DE 7 A 10 DIAS EN EL CASO DE QUE EXISTA CELULITIS SE PERFORA EL APICE PARA PERMITIR EL DRENAJE DEJANDOLO ABIERTO 24 HRS. EVITANDO ACUMULA-CION DE ALIMENTOS. SE PROHIBE CALOR EXTERNO PARA EVITAR DRENAJE EXTRAO-RAL DE LA INFECCION.

RESTAURACION FINAL EN DIENTES CON ENDODONCIA:

LA RESTAURACION IDEAL PARA ESTE TIPO DE TRATAMIENTO ES LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE.

CAPITULO V

ORTODONCIA PREVENTIVA

DENTRO DE LAS DIFERENTES CAUSAS POR LAS CUALES UN PACIENTE MENOR DE EDAD NECESITA DE LA ORTODONCIA PREVENTIVA, Y SI EL CIRUJANO DENTISTA DE PRACTICA GENERAL ESTA EN POSICION DE PROPORCIONAR ESTE TRATAMIENTO REVELA TRES PARTES PRINCIPALES.

- a) ABARCA LOS DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS HABITUALES ; EL DESCUBRIMIENTO TEMPRANO DE AMENAZA DE MALOCCLUSION DEBIDO A LA PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS, CARIES, PERDIDA PREMATURA DE DIENTES CONDUCE GENERALMENTE A UN TRATAMIENTO SIMPLIFICADO.
- b) SE REFIERE A MOVIMIENTOS CORRECTORES MENORES COMO LA CORRECCION DE MORDIDA CRUZADA ANTERIOR, RECUPERACION DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE ESPACIO, UTILIZANDO APARATOS SENCILLOS, LA ERRADICACION DE HABITOS ROCIVOS, ETC.
CORRESPONDE A MOVIMIENTOS MAYORES DE LOS DIENTES CON APARATOS SIMPLES PERO ESPECIFICOS, LA CORRECCION DE MORDIDA CRUZADA POSTERIOR Y LA RECUPERACION DE ESPACIO PERDIDO.

EN ESTE CAPITULO MENCIONAREMOS LOS PROCEDIMIENTOS ORTODONTICOS PREVENTIVOS CON MAYOR FRECUENCIA UTILIZADOS POR EL C.D. DE PRACTICA GENERAL. TOMANDO EN CUENTA PARA LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION ORTODONTICA SE NALAR ALGUNOS DE LOS FACTORES QUE RIGEN LA ELECCION DE APARATOS LA CONSERVACION DEL LARGO DE LA ARCADEA ES DE SUMA IMPORTANCIA EN LAS DENTISIONES PRIMARIAS Y MIXTAS YA QUE PERMITE QUE LAS UNIDADES DENTALES SE ACOMODEN EN SUS POSICIONES RELATIVAS Y ES CUANDO EL DENTISTA TENDRA QUE INTERVENIR EMPLEANDO APARATOS PARA CONSERVAR LA ACTIVIDAD DE LA ARCADEA TOMANDO EN CUENTA:

MUSCULATURA Y HABITOS BUCALES:

SI UN CANINO TEMPORAL INFERIOR FUE EXTRAIDO EN LA DENTICION MIXTA SE OBSERVA UN MENTON CON MUSCULATURA ANORMALMENTE FUERTE ES DE PREVEER QUE HABRA UNA MARCADA TENDENCIA A UN MOVIMIENTO DISTAL DEL INCISIVO LATERAL PERMANENTE HACIA EL SITIO DE LA EXTRACCION. Y A CONSECUENCIA PUEDE SER UN DESPLAZAMIENTO DE LA LINEA MEDIA HACIA EL SITIO DE LA EXTRACCION Y LA PROFUNDIZACION DE LA SOBREMORDIDA AL IGUAL QUE EL HABITO DE CHUPARSE EL DEDO QUE PUEDE CONducIR A LA MIGRACION DISTAL DE LOS DIENTES EN LA PORCION ANTERIOR INFERIOR DE LA ARCADEA. LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES PUEDEN INCLINARSE HACIA ADELANTE DEBIDO AL HABITO MAYOR ASI EL PERMITETRO DE LA ARCADEA AUMENTA. PORQUE LA MIGRACION SUELE OCURRRIR DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DESPUES DE LA EXTRACCION.

EDAD DENTAL, PATRON DE ERUPCION Y CUBIERTA OSEA.

EN LA DENTICION EN DESARROLLO PUEDE PRESENTARSE TRAYECTOS ANORMALES DE ERUPCION QUE TAMBIEN INFLUYEN EN EL DESARROLLO DENTAL.

ESPACIO DISPONIBLE

EL ESPACIO DISPONIBLE PARA LA DENTICION NO-ERUPCIONADA ES DE SUMA IMPORTANCIA POR LO CUAL EL ODONTOLOGO DEBERA REALIZAR UNA MEDICION EXACTA DE LOS MODELOS DE ESTUDIO Y ENCONTRAR UN LARGO DE LA ARCADA SUFICIENTE PARA LA DENTICION; UNA CAUSA MAS FRECUENTE DE PERDIDA DE ESPACIO ES LA PRESENCIA DE CARIES INTERPROXIMAL.

ANOMALIAS

LAS ANOMALIAS PUEDEN AFECTAR LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION ORTODONTICA COMO SON LOS ODONTOMAS, DIENTES ANQUILOSADOS (ES POR ESO QUE SE INSISTE EN EL ESTUDIO RADIOGRAFICO COMPLETO ANTES DE PLANEAR EL APARATO QUE POR TARA NUESTRO PACIENTE).

ORDEN DE ERUPCION

SIEMPRE DEBE RECORDARSE ALGUNAS VECES QUEDA MODIFICADA POR EXTRACCIONES HECHAS EN LA DENTICION PRIMARIA EL ORDEN DE ERUPCION ES POR ESO QUE HAREMOS UN ANALISIS DE LA EDAD CRONOLOGICA DE ERUPCION.

	DIENTE	COMIENZA LA FORMACION DE LOS TEJ. DUROS	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACER	ESMALTE COMPLETO	ERUPCION	RAIZ COMPLETA
DENTACION TEMPORAL SUPERIOR	INCISIVO C.	4 meses in utero	5/6	1.5 meses	7.5 meses	1.5 años
	INCISIVO L.	4.5 meses in utero	2/3	2.5 meses	9 meses	2 años
	CANINO	4 meses in utero	1/3	9 meses	18 meses	3.5 años
	1er. MOLAR	5 meses in utero	CUSPIDES UNIDAS	6 meses	14 meses	2.5 años
	2o. MOLAR	6 meses in utero	PUNTAS DE CUSP. AUN AISLADAS	11 meses	24 meses	3 años
DENTACION TEMPORAL INFERIOR	INCISIVO C.	4.5 meses in utero	3/3	2.5 meses	6 meses	1.5 años
	INCISIVO L.	4.5 meses in utero	3/3	3 meses	7 meses	1.5 años
	CANINO	5 meses in utero	1/3	9 meses	16 meses	3.5 años
	1er. MOLAR	5 meses in utero	CUSPIDES UNIDAS	5.5 meses	12 meses	2.5 años
	2o. MOLAR	6 meses in utero	CUSPIDES AISLADAS	10 meses	20 meses	3 años
DENTACION PERMANENTE SUPERIOR	INCISIVO C.	3-4 meses	.....	4-5 años	7-8 años	10 años
	INCISIVO L.	10-12 meses	.....	4-5 años	8-9 años	11 años
	CANINO	4-5 meses	.....	6-7 años	11-12 años	13-15 años
	1er. PREMOLAR	1.5 años	.....	6-7 años	10-11 años	12-13 años
	2o. PREMOLAR	2.5 años	.....	6-7 años	10-12 años	12-14 años
	1er. MOLAR	al nacer	A VECES VESTIGIOS	2.5-3 años	6-7 años	9-10 años
	2o. MOLAR	2.5 a 3 años	.....	7-8 años	12-13 años	14-16 años
3er. MOLAR	7-9 años	.....	18-25 años	16-21 años	17-25 años	
DENTACION PERMANENTE INFERIOR	INCISIVO C.	3-4 meses	.....	4-5 años	6-7 años	9 años
	INCISIVO L.	3-4 meses	.....	4-5 años	7-8 años	10 años
	CANINO	4-5 meses	.....	6-7 años	9-10 años	12-14 años
	1er. PREMOLAR	1.5-2 años	.....	5-6 años	10-12 años	12-13 años
	2o. PREMOLAR	2.5 años	.....	6-7 años	11-12 años	13-14 años
	1er. MOLAR	al nacer	A VECES VESTIGIOS	2.5-3 años	6-7 años	9-10 años
	2o. MOLAR	2.5-3 años	.....	7-8 años	11-13 años	14-15 años
3er. MOLAR	9-10 años	.....	18-25 años	16-21 años	17-25 años	

PROTESIS Y APARATOLOGIA ACTIVA

ANTES DE HABLAR DE APARATOLOGIA DEBEMOS ANALIZAR MODELOS DE ESTUDIO, ANALISIS RADIOGRAFICO COMPLETO, ANALISIS DE DENTICION MIXTA QUE ES EL PROBLEMA CON EL QUE SE ENCUENTRA CON MAYOR FRECUENCIA EL C.D. EL CONTROL DE ESPACIO Y EL MANTENIMIENTO DE ESPACIO NO SON NECESARIAMENTE SINONIMOS. EL PRIMER TERMINO SUELE REFERIRSE A UNA VIGILANCIA CUIDADOSA DE LA DENTICION EN DESARROLLO Y REFLEJA UN CONOCIMIENTO DE LA DINAMINA DEL DESARROLLO OCLUSAL.

EL MANTENIMIENTO DE ESPACIO IMPLICA EL USO DE UN APARATO PARA CONSERVAR UN ESPACIO PUEDE REALIZARSE SIN TENER NECESARIAMENTE UN CONOCIMIENTO DE LA DINAMICA DEL DESARROLLO.

APARATOLOGIA ACTIVA.

ENTRE OTRAS CONSIDERACIONES ADEMAS DE LA MALOCCLUSION, COMO PUEDE HACER QUE EL ODONTOLOGO SELECCIONE UN APARATO ESPECIFICO Y LAS INHERENTES LIMITACIONES DE CADA TIPO, DEBEN SER CONSIDERADAS CON MUCHO CUIDADO CUANDO UN APARATO ES SELECCIONADO PARA UN NIÑO.

LA CLASE DE MALOCCLUSION, LA EDAD DEL NIÑO Y COOPERACION DE LOS PADRES SON FACTORES QUE ENTRAN EN LA DECISION DEL C.D. AL ELEGIR UN APARATO ESPECIFICO, FIJO O REMOVIBLE QUE LLEVE A CABO SUS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO.

CONSIDERACIONES QUE DEBEN TOMARSE EN CUENTA PARA LA SELECCION DE UN APARATO FIJO O REMOVIBLE.

FIJO: EL CUAL PUEDE SER SACADO Y AJUSTADO POR EL ODONTOLOGO.

REMOVIBLE: EL CUAL PUEDE USARSE POR EL NIÑO EN OCASIONES SUGERIDAS POR EL ODONTOLOGO, PERO PUEDE SER SACADO POR EL PEQUEÑO DE SU BOCA, DURANTE INTERVALOS ESPECIFICOS TALES COMO HORARIOS DE COMIDAS Y MOMENTOS DE JUEGOS ACTIVOS:

APARATOS ACTIVOS Y PASIVOS:

ACTIVOS: SON CAPACES DE SER AJUSTADOS PARA EJERCER LAS CANTIDADES NECESARIAS DE PRESION, CONTRA UNO O MAS DIENTES, PARA MOVERLOS A LA POSICION DESEADA DENTRO DEL ARCO DENTARIO.

PASIVOS: SON LOS DISEÑADOS SOLO PARA MANTENER EL ESPACIO DEL ARCO, RE-TENER LOS DIENTES EN SUS NUEVAS POSICIONES EN LOS ARCOS.
EL USO CONTINUO DE FUERZAS SUAVES: EL ODONTOLOGO DEBE EVITAR APURAR EL MOVIMIENTO DENTARIO USANDO MAYORES PRESIONES CUANDO LAS FUERZAS BIOME-CANICAS SUAVES NO PARECEN PRODUCIR RESULTADOS; SE VALORA TOMANDO CUIDADOSAMENTE MEDICIONES Y COMPARANDOLOS ESTOS A LAS MEDICIONES OBTENIDAS EN LOS MODELOS DE ESTUDIO ORIGINALES Y ASI SABRA EN VERDAD QUE ESTA OCURRIENDO.

EL USO DE APARATOS CONFORTABLES

EL APARATO DEBE RESULTAR CONFORTABLE DURANTE LA PARTE DE CADA DENTICION. PE
RIODO DE AJUSTE NO DEBE INVOLUCRAR REALMENTE DOLOR YA QUE EL NIÑO ESTA CONS
TANTEMENTE SUFRIENDO DURANTE EL CURSO DEL TRATAMIENTO CON APARATOS Y PUEDE
CONVERTIRSE RAPIDAMENTE EN NIÑO PROBLEMA.

APARATOS FIJOS O REMOVIBLES

- a) MANTENEDOR DE ESPACIO INCLUYENDO ARCO LINGUAL (FIJO)
- b) PLANO INCLINADO (FIJO) PANTALLAS BUCALES REMOVIBLES.
- c) INSTRUMENTOS DE EXPANSION PALATINA (REMOVIBLE Y FIJO)
- d) ARCOS LINGUALES (REMOVIBLES Y FIJOS)
- e) ARCOS VESTIBULARES DE ALAMBRE REDONDO Y GRUESO (FIJO)
- f) APARATOS HAWLEY SUPERIOR E INFERIOR CON DISTALIZADORES PARA MOLARES (REMOV)
- g) ARCOS VESTIBULARES DE ALAMBRE REDONDO(FIJO)

APARATOS DE FUERZA EXTRAORALES COMBINADOS CON ELEMENTOS REMOVIBLES O FIJOS

MANTENEDORES DE ESPACIO: SON APARATOS INTERCEPTIVOS DEL MOVIMIENTO DENTARIO
PERO QUE SIRVEN COMO APARATOS PASIVOS SIMPLEMENTE PREVIENIENDO LA INDESEADA
DESVIACION DE LOS DIENTES EN EL PERIODO DE DENTICION MIXTA.

RECUPERADORES DE ESPACIO: SE REQUIERE DE APARATOS ACTIVOS POR LO GENERAL SON
EMPLÉADOS RESORTES O FUERZAS ELASTICAS PARA PRODUCIR LAS FUERZAS RECUPERA
DORAS DE ESPACIO, GENERALMENTE EL DIENTE QUE SE MUEVE ES EL PRIMER MOLAR
PERMANENTE HACIA DISTAL.

OCASIONALMENTE EL ESPACIO RECUPERADO REQUIERE DEL MOVIMIENTO DE UN CANINO
HACIA MESIAL. PARA EQUILIBRAR EL ESPACIO EN UN ARCO Y PERMITIR QUE LOS DIEN
TES SUSCESORIOS ERUPCIONEN EN BUENA OCLUSION PARA ELLO CONTAMOS CON:

- a) APARATOS HAWLEY SUP. E INF. CON UN RESORTE ELICOIDAL ACTIVO
- b) APARATOS HAWLEY SUP. E INF. CON UN ELASTICO EN ONDA.
- c) APARATOS HAWLEY SUP. E INF. CON RESORTE EN CAMPANA FISURADO.

PARA LA EXPANSION DEL ARCO HAY FORMAS GENERALES INCREMENTANDO LA DIMENSION
LATERAL DEL ARCO, COMO EN LA EXPANSION PALATINA MOVIENDO DISTALMENTE UNO O
AMBOS MOLARES PERMANENTES E INCLINANDO Y MOVIENDO A LOS INCISIVOS HACIA -
ADELANTE EN DIRECCION VESTIBULAR, PARA ELLO CONTAMOS CON:

APARATOS DE EXPANSION PALATINA

ESTE APARATO PUEDE EXPANDER EL ARCO SUPERIOR DEL NIÑO BILATERALMENTE CON UN
TORNILLO O UNA ASA DE ALAMBRE EN U COLOCADA EN LA MITAD DEL PALADAR Y LA EN
DIDURA DE ACRILICO PALATINA INCLINADA PARA REDUCIR LAS MORDIDAS CRUZADAS POS
TERIORES, ADEMÁS ES UN APARATO SOSTENEDOR DE TEJIDOS.

APARATOS DE FORTIER O EN W

ES FIJO O REMOVIBLE USADO EN EL ARCO SUPERIOR PARA EXPANDIR LATERALMENTE EN PALADAR Y REDUCIR LAS MORDIDAS CRUZADAS POSTERIORES, ES UN APARATO - SOSTENEDOR DEL DIENTE.

ARCO VESTIBULAR GRUESO:

ES UN APARATO FIJO DE BANDAS Y PARA SU FABRICACION SE REQUIERE DE DOS MOLARES PERMANENTES LOS CUATRO INCISIVOS SUPERIORES PARA SER FIJADAS LAS BANDAS. DADO QUE ES UN APARATO SOSTENEDOR DEL DIENTE TIENDE A EXPANDIR VESTIBULARMENTE SOLO LOS DIENTES POSTERIORES QUE TIENEN BANDAS A NO SER QUE UN BRAZO DE EXPANSION LINGUAL SEA SOLDADO A LA BANDA.

CAMBIO DEL ALINEAMIENTO DE LOS DIENTES DENTRO DEL ARCO.

EXISTEN ALGUNOS APARATOS QUE LLEVAN A CABO ESTA TAREA PARTICULARMENTE BIEN.

APARATO HAWLEY SUP. E INF. CON RESORTES ACTIVADOS PARA MOVER INDIVIDUALMENTE LOS DIENTES EN UNA DIRECCION FACIAL.

PANTALLA ORAL: PARA CERRAR UNA MORDIDA ABIERTA QUE SE DEBE A UN HABITO DIGITAL O LINGUAL.

APARATOS DE PANTALLA LINGUAL: ES FIJO PARECIDO A UN ARCO LINGUAL FIJADO AL ARCO PALATINO; ACONDICIONA AL NIÑO A DEJAR EL HABITO DE LA SUCCION DEL PULGAR O DEDOS Y DEL EMPUJE LINGUAL DURANTE DEGLUSION INADECUADA. PUEDE SERVIR PARA REDUCIR LA PROTRUSION DE LOS INCISIVOS SUPERIORES O MORDIDA ABIERTA SUPERIOR.

ARCO LINGUAL INFERIOR: ES FIJO REMOVIBLE, SIRVE PARA VESTIBULARIZAR LOS INCISIVOS MAL ALINEADOS, POR LO GENERAL UNO O MAS RESORTES LINEALES SON AGREGADOS AL ARCO LINGUAL FIJO- REMOVIBLE PARA AYUDAR A LLEVAR A CABO LAS VESTIBULARIZACIONES DE LOS INCISIVOS INFERIORES.

PLANO INCLINADO DE ACRILICO INFERIOR: ESTE APARATO MOVERA SELECTIVAMENTE UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR FUERA DE SU POSICION CERRADA LINGUAL O LA PRESION DE LA MORDIDA DEL NIÑO SOBRE EL DIENTE ENCERRADO EN CONTACTO CON LA SUPERIOR INCLINADA DEL PLANO DE ACRILICO PROCEDE DE LA FUERZA QUE LOGRA ESTE FIN.

ARCOS VESTIBULARES DE ALAMBRE PESADO Y LIVIANO: EL APARATO DE ARCO PESADO ES BASICAMENTE PARA SOPORTAR LAS FUERZAS QUE MOVERAN LOS INCISIVOS SUPERIORES EN UNA DIRECCION VESTIBULAR, ESTE APARATO ES IDEAL PARA PACIENTES QUE TIENEN UN INCISIVO CENTRAL EN MORDIDA CRUZADA. EL APARATO DE ARCO VESTIBULAR LIVIANO PUEDE SER USADO EN EL ARCO SUPERIOR O INFERIOR PARA PRODUCIR FUERZAS QUE PUEDAN SOPORTAR A LOS INCISIVOS O MOVERLOS VESTIBULAR, MESIAL, DISTAL O INCISALMENTE.

EL UNICO MOMENTO EN QUE LAS MALOCCLUSIONES CAUSADAS POR FALTA DE ESPACIO GENETICO Y QUE SERAN TRATADAS POR EL C.D. CUANDO LA DEFICIENCIA DEL ARCO ES MINIMA Y PARA GANAR ESPACIO PUEDE USARSE UNA CUIDADOSA TERAPEUTICA DE EXPANSION DEL ARCO A UN NIÑO DE 8 A 10 AÑOS. PARA ELLO CONTAMOS CON APARATOS DE EXPANSION PALATINA Y ARCOS LINGUALES INFERIORES YA DESCRITOS ANTERIORMENTE.

EN CASO DE DISTORCION DEL ARCO POR EL MUSCULO MENTONEANO MUESTRAN UN ESPACIO ADECUADO EN SU ARCO SUPERIOR, PERO SE VE QUE TIENE APIÑAMIENTO EN LOS INCISIVOS INFERIORES DEBIDO A UN HABITO DE DEGLUSION EN EL CUAL EL MUSCULO MENTONEANO ACTUA CON FUERZA CONTRA LOS SUPERIORES VESTIBULARES DE LOS DIENTES ANTEROINFERIORES Y CREA UNA FALTA DE ESPACIO O SE CUENTA CON TRES APARATOS BASICOS PARA SER TRATADO ESTE PROBLEMA:

- a) APARATOS HAWLEY INFERIOR CON RESORTES LINEALES
- b) ARCO LINGUAL INFERIOR FIJO-REMOVIBLE
- c) TOPE DEL LABIO INFERIOR (LIP-BUMPER)

HAWLEY INFERIOR CON RESORTES LINEALES: ES UNA PIEZA DE ACRILICO EN FORMA DE HERRADURA, ADAPTADA CONTRA LA SUPERFICIE INTERNA DEL ALVEOLO DEL MAXILAR INFERIOR, LAS GRAPAS PUEDEN SOSTENERSE DE LOS MOLARES PERMANENTES Y PUEDEN COLOCARSE GRAPAS INTERPROXIMALES CON UNA BOLITA TERMINAR ENTRE LOS PRIMEROS MOLARES TEMPORALES. EL ARCO VESTIBULAR ESTÁ INCLUIDO EN ACRILICO POR DISTAL DE LOS CANINOS TEMPORALES Y AGREGAN UNA MARCADA ESTABILIDAD SIENDO CONTORNEADO VESTIBULARMENTE PARA TOCAR LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LOS INCISIVOS INFERIORES CUANDO ESTAN BIEN ALINEADOS UNO O MAS RESORTES LINEALES ESTAN INCRUSTADOS EN ACRILICO Y EJECUTAN FUERZA MAYOR CONTRA LOS SUPERIORES LINGUALES DE LOS INCISIVOS INFERIORES PARA AYUDAR EN SU ALINEAMIENTO.

ARCO LINGUAL INFERIOR FIJO - REMOVIBLE: ES UN APARATO FIJO O REMOVIBLE SE COLOCA EN UN LUGAR PARA QUE EL NIÑO NO PUEDA QUITARSELO SOLO EL ODONTOLOGO REALIZA SUS AJUSTES. PUEDEN ESTAR HECHOS DE TUBOS HORIZONTALES O VERTICALES CON SOLDADURA DE PUNTO O SOLDADOS A LA SUPERFICIE LINGUAL. DE LAS BANDAS DE ORTODONCIA QUE ESTAN CEMENTADAS A LOS MOLARES PERMANENTES, DENTRO DE ESTOS TUBOS SE FIJAN LOS PERNOS O EL ARCO DE ALAMBRE DOBLE VERTICAL U HORIZONTAL.

PARA RESTAURAR EL ALINEAMIENTO ADECUADO DE LOS INCISIVOS INFERIORES UNO O DOS RESORTES LINEALES ESTAN SOLDADOS AL ARCO DE ALAMBRE PRINCIPAL Y AJUSTADOS PARA EJERCER PRESIONES EN UNA DIRECCION VESTIBULAR CONTRA LA SUPERFICIE LINGUAL DE LOS INCISIVOS.

APARATOS DE TOPE DEL LABIO INFERIOR (LIP-BUMPER): ESTOS APARATOS PROTEGEN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES DEL NIÑO DE LAS PRESIONES MUSCULARES DEL LABIO INFERIOR DURANTE LA DEGLUSION.

ASI LAS FUERZAS DE LA LENGUA PERMITEN MOVER A LOS INCISIVOS INFERIORES VESTIBULARMENTE.

ES USUALMENTE REALIZADO COMO UN ARCO LABIAL GRUESO CON BANDAS CEMENTADAS CON TUBOS BUCALES REDONDOS EN LOS PRIMEROS MOLARES INFERIORES. EL ARCO VESTIBULAR GRUESO TIENE UNA SECCION DELGADA DE ACRILICO CURADO SOBRE ESTO

EN EL ARCO DE ALAMBRE ANTERIOR Y TAMBIEN DOS ASAS EN FORMA DE U EN LOS TUBOS MOLARES PARA ESTABLECER EL ANCLAJE PARA SOSTENER EL ALAMBRE CUBIERTO DE PLASTICO LEJOS DE LOS DIENTES ANTERIORES.

EN LAS MALOCLUSIONES CLASE I TIPO 2 SE OBSERVAN INCISIVOS PROTRUSIVOS Y ESPACIADOS CAUSADOS POR ALGUN TIPO DE HABITO ORAL.

EN EL TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE CASOS ESTA LIMITADO A CONDISIONAR AL NIÑO A DEJAR EL HABITO ORAL E INCLINANDO LOS INCISIVOS SUPERIORES LINGUALMENTE PARA CERRAR LOS ESPACIOS INTERDENTALES.

TAMBIEN SE OBSERVA QUE AMBOS INCISIVOS TANTO SUPERIORES COMO INFERIORES CREANDO UNA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR EL TRATAMIENTO CON APARATOS CASI NUNCA ES EXITOSO A MENOS QUE EL HABITO ORAL SEA CORREGIDO.

EN LOS NIÑOS QUE PRESENTAN UNA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR SOLO DEBEN SER TRATADOS AQUELLOS EN LOS CUALES LOS CANINOS AUN TIENEN CONTACTO INCISAL O SEA QUE LOS INCISIVOS SUPERIORES O INFERIORES ESTAN INVOLUCRADOS PARA ELLO EXISTEN DOS MEDIDAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO.

- a) EL USO DE PANTALLA ORAL REMOVIBLE QUE EL NIÑO SOSTIENE EN SU LUGAR POR MEDIO DE PRESION LABIAL (USO NOCTURNO)
- b) EL USO DE APARATOS QUE EJERSAN FUERZAS DE RESORTES CONTRA LOS SUPERIORES VESTIBULARES DE LOS INCISIVOS PARA RETROCEDERLOS A SU CORRECTO ALINEAMIENTO (APARATO HAWLEY SUP. E INF.)

ENTRE LOS APARATOS QUE CUENTA EL G.D. PARA TRATAR A NIÑOS CON MORDIDA CRUZADA ANTERIOR CLASE I TIPO III ESTOS INCLUYEN EL PLANO INCLINADO, APARATOS HAWLEY SUP. CON MORDIDA PLANA Y LOS ARCOS LABIALES SUP. FINOS Y GRUESOS. PLANO INCLINADO:

EL PLANO INCLINADO INFERIOR DE ACRILICO ES UN RECUBRIMIENTO DE PLASTICO CEMENTADO SOBRE LOS SEIS DIENTES ANTEROINFERIORES CON UN PLANO INCLINADO OBLICUALMENTE HACIA VESTIBULAR EL CUAL ES TAN ANCHO COMO LOS DIENTES SUPERIORES QUE ESTAN EN MORDIDA CRUZADA.

BAJA LENGUAS: ES UNA VARIACION DE PLANO INCLINADO USADA PARA TRATAR UNA MORDIDA CRUZADA ANTERIOR DE UN SOLO DIENTE O TRABAJA MEJOR CON UN INCISIVO CENTRAL QUE HA ERUPCIONADO RECIENTEMENTE EN UNA MORDIDA CRUZADA PORQUE HAY UNA SOBREMORDIDA MINIMA Y MINIMA PERFORACION DEL PERIODONTO

CORONA DE ACERO INOXIDABLE INVERTIDA: ES OTRA VARIACION DEL PLANO INCLINADO PARA MOVER UN INCISIVO SUPERIOR EN MORDIDA CRUZADA, HACIA UNA RELACION NORMAL DENTRO DEL ARCO. CEMENTADA SOBRE EL INCISIVO CENTRAL DEL NIÑO.

APARATOS HAWLEY SUP. CON PLANO DE MORDIDA: APARATO DESCRITO ANTERIORMENTE SIN EMBARGO LLEVA EN LA PORCION ANTERIOR UN RESORTE EN S, W O ELICOIDAL INCLUIDO EN EL ACRILICO DE MODO QUE LA ACCION DEL RESORTE MOVERA AL DIENTE O LOS DIENTES CON MORDIDA CRUZADA, HACIA UNA POSICION MAS VESTIBULAR O PUEDE HACERSE UN ESCALON DE ACRILICO SOBRE EL RESORTE DE MODO TAL QUE LA MOR

DIDA SE MANTIENE LIGERAMENTE ABIERTA POR EL CONTACTO DE LOS DIENTES ANTEROINFERIORES A MEDIDA QUE EL NIÑO MUERDA EVITA QUE LOS DIENTES EN MORDIDA CRUZADA QUEDEN TRABADOS.

LOS PRIMEROS MOLARES SUPERIORES Y LOS CUATRO INCISIVOS SUPERIORES SE INCORPORAN TUBOS VESTIBULARES CON SOLDADURA DE PUNTO SOBRE LAS BANDAS DE MOLARES, SIRVEN COMO ZONA DE INCERSION PARA LOS ARCOS DE ALAMBRE Y LAS BANDAS ANTERIORES TIENEN BRAQUETS DOBLES PARA ARCO DE CANTO CON SOLDADURA DE PUNTO EN SUS SUPERFICIES VESTIBULARES PARA ACTUAR COMO PUNTOS DE LIGADURA PARA EL ARCO DE ALAMBRE. LOS DIENTES EN MORDIDA CRUZADA SON MOVIDOS LEVEMENTE HACIA VESTIBULAR, HACIA UNA RELACION NORMAL EN ARCO CON LOS OTROS INVISIVOS.

EL ARCO VESTIBULAR GRUESO PUEDE SERVIR COMO FIJACION CUANDO LOS MOVIMIENTOS HALLAN SIDO LLEVADOS A CABO.

ARCO VESTIBULAR SUPERIOR FINO: ES IDENTICO AL GRUESO CON LA DIFERENCIA DEL GROSOR DEL ARCO DE ALAMBRE QUE ES EL APROPIADO EL PEQUEÑO PARA INTRODUCIRSE EN LOS BRAQUETS ANTERIORES PERMITIENDO UN GRADO DE RESISTENCIA EN EL ALAMBRE QUE LE DA AL ODONTOLOGO UN MEJOR CONTROL DEL MOVIMIENTO DENTARIO.

EN LAS MALOCLUSIONES CLASE I TIPO IV PUEDEN SER TRATADAS CON APARATOS FIJOS O REMOVIBLES COMO SON: BANDAS, GANCHOS Y GOMAS CRUZADAS PARA CORRIGIR UNA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR DE UN DIENTE, PUEDE SE PREFABRICADA CON DOS BANDAS CEMENTADAS CON GANCHOS SOLDADOS EN LAS CUALES SE CALZAN GOMAS CRUZADAS LA COMBINACION SIRVE COMO UN APARATO FIJO CON GOMAS REMOVIBLES FACILMENTE USADO POR EL NIÑO EN UN PERIODO DE DOS A CUATRO MESES.

LA PERDIDA DE ESPACIO EN LOS SEGMENTOS POSTERIORES DEL ARCO PUEDEN DEBERSE A VARIOS FACTORES COMO CARIES INTERPROXIMALES QUE AFECTAN A LOS MOLARES TEMPORALES, EXTRACCIONES PREMATURAS, ERUPCION ECTOPICA DE PRIMER MOLAR PERMANENTE. ESTE CAMBIO DE LA POSICION MOLAR PUEDE BLOQUEAR LA ERUPCION NORMAL DE LOS PREMOLARES PARTICULARMENTE DEL SEGUNDO.

EL OBJETIVO PRINCIPAL EN EL TRATAMIENTO DE LA PARDIDA DE ESPACIO SON:

- a) MANTENER EL ESPACIO ADECUADO
- b) RECUPERAR EL ESPACIO PERDIDO

MANTENEDORES DE ESPACIO FIJO Y REMOVIBLE: ENTRE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO FIJO TENEMOS: BANDAS Y ANSA CORONA Y ANSA Y EL ARCO FIJO LINGUAL SOLDADO.

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES CONTAMOS CON LOS APARATOS HAWLEY INFERIORES YA DESCRITOS PREVIAMENTE CON LA DIFERENCIA DE QUE A ESTE SE SE COLOCA UNA PEQUEÑA SILLA DE ACRILICO SOBRE EL ESPACIO DE LA CRESTA ALVEOLAR PREVIAMENTE OCUPADA POR EL DIENTE YA EXTRAIDO.

PUEDEN TAMBIEN FIJARSE GANCHOS A LOS CANINOS TEMPORARIOS O A LOS MOLARES MIENTRAS QUE EL ARCO DE ALAMBRE VESTIBULAR PUEDE SER OMITIDO.

APARATOS DE HAWLEY SUPERIOR PARA RECUPERACION DE ESPACIO.

ESTE APARATO ESTA HECHO DE LA MISMA MANERA QUE LOS OTROS APARATOS HAWLEY CON LA DIFERENCIA DE QUE A ESTE SE LE CONFECCIONA UN RESORTE ELICOIDAL Y SE LE COLOCA CONTRA EL MOLAR DESVIADO HACIA MESIAL PARA PERMITIR QUE ESTE SE MUEVA HACIA DISTAL. DURANTE EL TRATAMIENTO DE MODO QUE CORRESPONDA BIEN A LA POSICION DE SU HOMOLOGO DE SU ARCO APUESTO.

APARATO CERVICAL DE FUERZA EXTRAORAL

ES UN APARATO COMBINADO PARTE DE EL LAS BANDAS MOLARES SUPERIORES A LAS CUALES ESTAN SOLDADOS TUBOS VESTIBULARES SON FIJOS CEMENTADAS EN SU LUGAR EL ARCO Y LA BANDA CERVICALES SON REMOVIDAS POR EL NIÑO Y DEBEN SER USADAS CADA UNA DURANTE LA NOCHE DURANTE DOCE O CATORCE HORAS, ESTE APARATO PUEDE MOVER UNO O AMBOS MOLARES HACIA DISTAL POR UN PERIODO DE MAS DE SEIS MESES. ENTRE SUS PRINCIPALES VENTAJAS SON: SU INVISIBILIDAD DURANTE EL DIA, LAS BANDAS MOLARES NO SE VEN, SOLO LOS MOLARES SUPERIORES PERMANENTES TIENEN BANDAS.

APARATO HAWLEY INFERIOR PARA RECUPERACION DE ESPACIO

SEMEJANTE AL SUPERIOR LA DIFERENCIA ESTA EN QUE UNA FUERZA DISTALIZANTE ES GENERADA POR LA INCORPORACION DE UN RESORTE O UN ALAMBRE EN CAMPANA INCLUIDO EN ACRILICO CONTRA UNO O AMBOS MOLARES PERMANENTES. EL AJUSTE DE ESTOS RESORTES MUEVE LOS MOLARES DISTALMENTE HACIA SU POSICION ORIGINAL EN UN INTERVALO DE TIEMPO DE CUATRO O SEIS MESES.

LA APARATOLOGIA QUE HEMOS DESCRITO ES EXCLUSIVAMENTE PARA TRATAR MALOCLUSIONES CLASE I DONDE LOS DISTINTOS TIPOS DE APARATOS PUEDEN SER ESCOGIDOS Y CONFECCIONADOS POR EL C.D. INCLUYENDO VENTAJAS, DESVENTAJAS Y MEDIDAS DE PRECAUCION NECESARIAS PARA CADA UNO DE LOS APARATOS DE ACUERDO A CADA PACIENTE.

CAPITULO VI

AGENTES ANTIMICROBIANOS

ENTRE LOS AGENTES PATOGENOS DETERMINANTES DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA E IMPORTANCIA SE PRESENTAN SON LAS BACTERIAS Y LOS VIRUS.

BACTERIAS:

LAS BACTERIAS SON SERES VIVIENTES UNICELULARES SIN NUCLEO Y DE FORMAS DIVERSAS. SU MULTIPLICACION TIENE LUGAR EN EL PROCESO ASEBUADO DE FISION BINARIA.

RICHETTSIAS: SE CONSIDERAN COMO UN MICROORGANISMO PEQUEÑO SIMILAR A LAS BACTERIAS QUE SE MULTIPLICAN EN UN MEDIO INTRACELULAR DE FORMA ALARGADA Y OVAL. SE ENCUENTRA RODEADO DE UNA MEMBRANA CELULAR QUE CONTIENE RNA Y DNA, DESARROLLAN ACTIVIDAD METABOLICA Y PRODUCEN TOXINAS.

HONGOS: LOS HONGOS SON MICROORGANISMOS CARENTES DE CLOROFILA INCAPACES DE REALIZAR LA FOTOSINTESIS, OBTIENEN SUS MATERIAS ORGANICAS Y LA ENERGIA NECESARIA PARA SU METABOLISMO A PARTIR DE LA DESINTEGRACION Y TRANSFORMACION DE LOS COMPUESTOS ORGANICOS.

VIRUS: LOS VIRUS NO SON SERES VIVOS INDEPENDIENTES COMO LAS BACTERIAS, LOS VIRUS DEBEN CONSIDERARSE UNIDADES BIOLOGICAS INFECCIOSAS, CONTIENEN UNICAMENTE UN TIPO DE ACIDO NUCLEICO QUE PUEDE SER DNA O RNA DE DOBLE FILAMENTO O FILAMENTO UNICO, NO TIENEN RIBOSOMAS, MITOCONDRIAS SON COMPLETAMENTE INDEPENDIENTES DE SUS HUESPEDES.

COMPOSICION Y ESTRUCTURA:

LA PARED DE LA MAYOR PARTE DE LOS MICROORGANISMOS ESTAN FORMADAS DE DOS COMPONENTES UN RETICULO NEGATIVO O POSITIVO ORGANIZADO DE MICROFIBRILLAS QUE CONFIERE SU RIGIDEZ A LA PARED Y A UNA MATRIZ EN LA QUE ESTAN EMBEBIDAS LAS MICROFIBRILLAS.

HONGOS:

LA PARED CELULAR DE LAS HIFAS DE LA MAYOR PARTE DE LOS HONGOS FILAMENTOSOS Y DERMATOFILOS, CONTIENEN MICROFIBRILLAS. EN LAS LEVADURAS QUE SON HONGOS UNICELULARES LA PARED CELULAR TIENE UNA ANATOMIA DIFERENTE DEPENDIENDO DEL TIPO DE LEVADURA.

BACTERIAS:

LAS PAREDES BACTERIANAS SON GLUCOPEPTIDAS Y SE CLASIFICAN COMO GRAM POSITIVAS O GRAM NEGATIVAS. LA DIFERENCIA ENTRE LAS BACTERIAS GRAM POSITIVAS Y GRAM NEGATIVAS NO RESIDE EN LA PARED CELULAR.

LAS BACTERIAS GRAM POSITIVO PUEDEN CAMBIAR SU COLOR CON LA ADISION AL ALCOHOL, SU PARED ES PRINCIPALMENTE POLISACARIDO DEL ESTREPTOCOCCUS HEMOLITICO.

PAREDES DE LAS BACTERIAS GRAM NEGATIVA TIENEN UNA ESTRUCTURA PLURIES-TRATIFICADA LA CAPA MAS INTERNA ESTA FORMADA DE GLUCOPEPTIDOS, SOBRE ESTA HAY UNA CAPA MAS GRUESA COMPUESTA DE UNA MOLECULA DE LIOPROTEINA QUE A SU VEZ ESTA CUBIERTA DE FOSFOLIPIDOS Y FINALMENTE UNA CAPA DE LIOPOLISACARIDOS, QUE SON PORTADORES DE LAS ESPECIFICIDADES DEL ANTIGENO COMO LA SALMONELLA.

LOS AGENTES ANTIMICROBIANOS SON IMPORTANTES AYUDA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES EN LA CAVIDAD BUCAL Y PARA EVITAR COMPLICACIONES DESPUES DE ALGUNOS PROCEDIMIENTOS. SIN EMBARGO EL CIRUJANO DENTISTA LOS USA INDISCRIMINADAMENTE PUDIENDO PROVOCAR GRAVES COMPLICACIONES, ES IMPORTANTE HACER USO DE UN ENFOQUE CIENTIFICO CRITICO Y RAZONABLE AL SELECCIONAR Y RESETAR AGENTES ANTIMICROBIANOS.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

QUIMIOTERAPIA: ES EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS CON AGENTES BIOLOGICOS O QUIMICOS QUE TIENEN INDICACIONES PRECISAS CONOCER Y RESPETAR TALES INDICACIONES FAVORECE CONSIDERABLEMENTE AL EXITO TERAPEUTICO.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBE TOMAR EN CUENTA LA "TOXICIDAD SELECTIVA" EL PRINCIPIO FUNDAMENTAL DE LA QUIMIOTERAPIA ES LA TOXIDAD SELECTIVA PARA QUE UNA SUBSTANCIA SEA UTIL EN EL TRATAMIENTO GENERAL, DEBE SER - PERJUDICIAL PARA LOS MICROORGANISMOS PATOGENOS PERO RELATIVAMENTE - INOCUA PARA LAS CELULAS DEL HUESPED, ES IMPORTANTE DIFERENCIAR A LOS ANTIBIOTICOS DE LOS DESINFECTANTES O ANTISEPTICOS LOS CUALES SON SUMAMENTE ACTIVOS CONTRA LOS MICROORGANISMOS Y TOLERABLES PARA EL HUESPED.

LA PRESCRIPCION DE LOS ANTIMICROBIANOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA, DEBE CONSIDERARSE CON DOS PROPOSITOS QUE SE PERSIGUE CON SU ADMINISTRACION.

- a) CON FINES PROFILACTICOS O SEA AQUELLA PRESCRIPCION QUE SE HACE CON LA INFECCION MICROBIANA HAGA PRESA DE CUALQUIER PACIENTE.
- b) CON FINES TERAPEUTICOS CON EL PROPOSITO DE COMBATIR UNA INFECCION PRESENTE Y HASTA DONDE SEA POSIBLE BIEN CONOCIDA SE SIGUE ESTE PROCEDIMIENTO CUANDO:

SIN CONOCER EL AGENTE ETIOLOGICO (PREMURA) AUXILIANDOSE DE LA EXPERIENCIA CLINICA.

SABIENDO CUAL ES EL MICROORGANISMO

BASANDOSE EN LA INFORMACION DEL LABORATORIO CLINICO (SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANOS)

SI NO SE CUENTA CON LA AYUDA DEL LABORATORIO CLINICO EL TRATAMIENTO DEBE HACERSE CON ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO "ESPECTRO" QUE SIGNIFICA LA ACTIVIDAD FRENTE A LAS DIVERSAS ESPECIES BACTERIANAS GRAM POSITIVO O GRAM NEGATIVO, SUGIERE AMPLITUD DE ESPECTRO Y ASI SE HABLA DE ESPECTRO AMPLIO, MEDIANO O REDUCIDO.
ENTRE LOS ANTIBIOTICOS CONSIDERADOS DE AMPLIO ESPECTRO TENEMOS:

TETRACICLINAS
CLORANFENICOL
AMPICILINA
CEFALOSPORINAS
GENTAMICINA

SE HA OBSERVADO QUE LA COMBINACION DE DOS ANTIMICROBIANOS DIO COMO RESULTADO LA "AMPLITUD" DEL ESPECTRO PRETENDIENDO QUE UNO ACTUARA FRENTE A LOS MICROORGANISMOS GRAM POSITIVOS Y OTRO SOBRE LOS MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVO, DANDO COMO RESULTADO EN MUCHAS COMBINACIONES SUSCEPTIBILIDAD O LA RESISTENCIA MICROBIANA. ENTRE LAS COMBINACIONES QUE MEJORES RESULTADOS SE HAN TENIDO EN LA PRACTICA SON:

CLOXACILINA Y COLIMICINA
CLOXACILINA Y KANAMICINA

SELECCION DE LOS ANTIMICROBIANOS

LA SELECCION DE UN MEDICAMENTO DEL QUE SE ESPERA ACCION TERAPEUTICA ANTIINFECCIOSA ESTAN SUJETOS BASICAMENTE A LO SIGUIENTE.

- a) UTILIDAD TERAPEUTICA (ENUNCIADO ANTERIORMENTE)
- b) TOXICIDAD O EFECTOS SECUNDARIOS: DEBE SIEMPRE TOMARSE EN CUENTA LA POSIBLE ACCION TOXICA, COMO HIPERSENSIBILIDAD DE MAGNITUD VARIABLE EVITAR LESIONES AL OCTAVO PAR CRANEAL, EVITAR APLASIA MEDULAR (CLORANFENICOL) LESIONES HEPATICAS (TETRACICLINAS) LESIONES RENALES (COLIMICINA, GENTAMICINA) EL SINDROME DE STEVENS JOHNSON (SULFAS) EFECTOS TOXICOS DE MENOR IMPORTANCIA COMO LA NEURITIS, GASTRITIS, ETC.
- c) ABSORCION Y ELIMINACION: EL CONOCIMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS ANTIMICROBIANOS ES IMPORTANTE PARA ASEGURARSE QUE EL MEDICAMENTO INDICADO LLEGUE AL SITIO DE INTERES Y SEAN ELIMINADOS POR LA VIA ADECUADA.

CLASIFICACION DE ANTIMICROBIANOS

ANTIMICROBIANOS QUE ACTUAN SOBRE LA PARED BACTERIANA: PENICILINAS Y CEFALOSPORINAS.

PENICILINAS: DE ESTRUCTURA QUIMICA SEMEJANTE, COMPARTEN EL ACIDO PENICILANICO, TIENEN UNA CADENA LATERAL QUE VARIA DE UNO A OTRO Y TENEMOS PENICILINAS:

NATURALES (G, K, X, F, D) SU ASPECTO ES RELATIVAMENTE ESTRECHO, ACTUAN EN GERMEENES GRAM POSITIVOS A DOSIS ALTAS PARA AFECTAR A LOS GRAM NEGATIVOS, SE USA EN INFECCIONES POR ESTREPTOCOCCUS, ESTAFILOCOCCUS NO PRODUCTORES DE PENICILINAS, NISERIAS, CLOSTRIDIAS, TREPONEMAS Y ACTINOMYSIS. SE ABSORVEN A PARTIR DEL INTESTINO.

PENICILINA V: SE RECOMIENDA SU ADMINISTRACION POR VIA ORAL ESTABLE EN ACIDO, NO DESTRUYE LA FLORA INTESTINAL, ACTUA SIMILAR A LA PENICILINA G

LAS PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILASA DEL ESTAFILOCOCO COMO LAS CLOKICILINA, METICILINA, ETC. SON PENICILINAS SEMISINTETICAS DEBE EVITAR SE EL USO INDISCRIMINADO DE ESTAS PENICILINAS PARA RETARDAR LA APARICION DE SEPAS RESISTENTES A ELLAS.

PENICILINA DE AMPLIO ESPECTRO: AMPICILINA, CARBENCILINA SON SEMISINTETICAS. LA AMPICILINA NO ES RESISTENTE A LA PENICILASA DEL ESTAFILOCOCO, ES EFECTIVA EN COCOS GRAM POSITIVOS.

LA CARBENCILINA TIENE UNA ACTIVIDAD BACTERIANA EN CONTRA DE UN GRAN NUMERO DE SEPAS DE PROTEUS Y PSEUDOMONAS TAMBIEN EN LA ECHERICHIA COLI

CEFALOSPORINAS: DE ESTRUCTURA QUIMICA SEMEJANTE A LAS PERICILINAS SEMISINTETICAS SON EFICACES EN COCOS GRAM POSITIVOS Y EN ALGUNOS NEGATIVOS COMO LA KLEBSIELLA, PROTEUS, E. COLI, SALMONELLA; TOMANDO EN CUENTA QUE SE ELIMINA CON RELATIVA RAPIDEZ.

TETRACICLINAS: SON COMPUESTOS ORGANICOS POLICICLICOS QUE DIFIEREN MUY POCO ENTRE SI LO HACEN EN CUENTO A SU ABSORCION, VELOCIDAD Y POSOLOGIA ES BACTERIOSTATICA DE ASPECTRO AMPLIO, SE ABSORVE POR INTESTINO Y ALCANZA CONCENTRACIONES ALTAS EN VESICULA BILIAR Y CONDUCTOS BILIARES; ES EL MEDICAMENTO DE ELECCION EN LA BRUSELLOSIS, EL GRANULOMA INGUINAL, EL COLERA DE LAS RICKETTSIOSIS (EXCEPCION DEL TIFO) PRODUCE TRASTORNOS GASTROINTESTINALES. ALGUNAS VECES LLEVAN SUPERINFECCIONES POR MICROORGANISMOS POR ESTAFILOCOCOS Y MONILIAS (CANDIDA ALBICANS) ACABAN CON LA FLORA INTESTINAL, CONTRAINDICADO EN NIÑOS MENORES DE OCHO AÑOS PORQUE SE DEPOSITA EN HUESOS CAUSANDO GRAVES LESIONES Y EN LOS DIENTES LOS DEFORMA Y PIGMENTA.

CLORAFENICOL: ES UN ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO QUE POSEE ESPECTRO Y POTENCIA MUY SIMILAR A LAS TETRACICLINAS, ACTUA SOBRE MICROORGANISMOS GRAN POSITIVOS Y GRAM NEGATIVOS, SE ABSORVE EN EL TUBO DIGESTIVO, ES METABOLIZADO POR LA ECONOMIA; ENTRE SUS EFECTOS INDESEABLES TENEMOS -- TRASTORNOS GASTROINTESTINALES, GLOSITIS, EXANTEMAS CUTANEAS, PUEDE LLEGAR A PRODUCIR DISCRASIAS SANGUINEAS COMO ANEMIA APLASTICA Y GRANULOCITOPENIA EN EL LACTANTE PUEDE LLEGAR A PRODUCIR EL SINDROME GRIS. EL CLORAFENICOL ES DE ELECCION EN INFECCIONES POR SALMONELLA TYPHI, MENINGITIS POR NEUMOCOCOS Y MENINGOCOCOS PUEDE COMBATISE CON ERITROMICINA.

ESTREPTOMICINAS: SE PRODUJO DE UNA CEPA DE STREPTOMYCES, ES BACTERICIDA CONTRA MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVOS, NO ES ABSORVIDA POR EL TRACTO INTESTINAL Y POR HECE Y RIÑON, SUS EFECTOS LESIVOS EN LA FUNCION AUDITIVA Y VESTIBULAR TIENDE A DESARROLLAR RESISTENCIA SUELE COMBINARSE CON PENICILINA.

NEOMICINA: ES UN ANTIBIOTICO NECROTOXICO Y LESIONA EL OCTAVO PAR CRANEAL ES DE ESPECTRO AMPLIO ACTUA EN MICROORGANISMOS GRAM POSITIVO Y GRAM NEGATIVO PERTENECE AL GRUPO DE LOS AMINOGLUCIDOS SE UTILIZA EN INFECCIONES CUTANEAS.

KANAMICINA: ES UTIL EN MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVOS COMO PROTEUS PUEDE LESIONAR AL RIÑON Y AL OCTAVO PAR CRANEAL SI SE ADMINISTRA POR MAS DE SIETE DIAS.

GENTAMICINA: ACTUA EN MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVOS COMO PSEUDOMONAS ES NEFROTOXICO Y OTOTOXICO, NO DEBE ADMINISTRARSE POR MAS DE 7 DIAS.

NISTATINA: MICOSTATIN. ES EFICAZ CONTRA LEVADURAS Y HONGOS ES FUNGISTATICA Y FUNGICIDA ES EFICAZ CONTRA LA CANDIDA ALBICANS Y EN OCASIONES PRODUCE INFECCION EN LA CAVIDAD ORAL DEL NIÑO.

NOMBRE GENERICO PRESENTACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	EFECTOS INDESEABLES Y CONTRAINDICACIONES.
PENICILINA G SODICA CRISTALINA. FRASCO AMPULA	50,000 U/Kg DIA IM. O IV C/ 4 a 6 HRS.	EN INFECCIONES GRAVES POR: ESTREPTOCOCCUS PIOGENS S. VIRIDIANS E PNEUMONIAE, STAPHYLOCOCCUS, NISERIA RAGONORRHOEAE, CORYNEBACTERIUM DIPHTERIAE, BACILLUS, ANTRACIS, CLOSTRIDIUM TETANE, ACTINOMYCES.	HIPERSENSIBILIDAD NAUCEA, VOMITO, EXANTEMA, GLOSITIS, ESTOMATITIS, FIEBRE, NEFRITIS INTERSTICIAL, EDEMA ANGIONEUROTICO, ENFERMEDAD DEL SUERO CHOQUE ANAFILACTICO, ANEMIA HEMOLITICA.

NOMBRE GENÉRICO PRESENTACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	EFECTOS INDESEABLES Y CONTRAINDICACIONES
PENICILINA G PROCAINICA, PENICILINA CRISTALINA. FRASCO AMPULA	400,000 a 800,000 UNIDADES CADA 12a 24 HRS. IM.	EN INFECCIONES POR ESTAFILOCO- CO POR VIAS RES- PIRATORIAS POR ESTREPTOCOCCUS PLO- GENA Y PNEUMONIA, FIEBRE REUMATICA ACTIVA (TRATAMIENTO POR 10 DIAS)	HIPERSENSIBILIDAD NAUSEA, VOMITO, EXANTEMA, GLOSITIS, ESTOMATITIS, FIEBRE NEFRITIS INTERSTICIAL EDEMA ANGIONEUROTICO ENFERMEDAD DEL SUERO CHOQUE ANAFILACTICO
PENICILINA G BENZATINICA FRASCO AMPULA	400,000 a 12000 UNIDADES DOSIS UNICA CADA 4/20 DIAS. IM.	INFECCIONES POR SI- FILIS, MAL DEL PIN- TO, ERRADICACION DE ESTREPTOCOCCUS, PRO- FILAXIS DE FIEBRE REUMATICA	HIPERSENSIBILIDAD NAUSEA, VOMITO, EXANTEMA GLOSITIS, ESTOMA- TITIS, FIEBRE, NE- FRITIS INTERSTICIAL EDEMA ANGIONEUROTICO ENFERMEDAD DEL SUERO CHOQUE ANAFILACTICO
CARBENCILINA FRASCO AMPULA	DE 100 A 400 mg/ KG DE PESO POR DIA C/4 a 6 GRS IM O IV.	INFECCIONES POR PSEUDOMONAS Y PROTEUS	HIPERSENSIBILIDAD NAUSEA, VOMITO, EXANTEMA, GLOSITIS ESTOMATITIS, FIEBRE NEFRITIS INTERSTICIAL EDEMA ANGIONEUROTICO ENFERMEDAD DEL SUERO CHOQUE ANAFILACTICO

NOMBRE GENERICO PRESENTACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	EFECTOS INDESEABLES CONTRAINDICACIONES
<p>AMPICILINA CAPSULAS FRASCO AMPULA FRASCO SUSPEN SION</p>	<p>50 a 500 mg/KG c/ 4 a 6 hrs. LA SUSPENCION SE ADMINISTRA ALEJADA DE LOS ALIMENTOS. V.O. IM. IV.</p>	<p>EN INFECCIONES POR HAEMOPHILUS SALMONELLA ECHERICHIA, SHIGE- LLA.</p>	<p>HIPERSENSIBILIDAD NAUSEA, VOMITO EXANTEMA GLOSITIS, ESTOMATI TIS, FIEBRE, NEFRITIS INTERSTICIAL EDEMA ANGIONEUROTICO, ENFERMEDAD DEL SUERO, CHOQUE ANA- FILACTICO.</p>
<p>DICLOXACILINA CAPSULAS, JARABE FRASCO AMPULA</p>	<p>50 a 400 mg/kg POR DIA C/4 a 6 HRS.: EL JARABE SE AD MINISTRA ALEJA DO DE LOS ALI- MENTOS VIA ORAL IM. IV.</p>	<p>INFECCIONES GRAVES POR ESTREPTOCOCCUS PRODUCTORES DE PE NICINILASA Y BETA LACTAMASA.</p>	<p>HIPERSENSIBILIDAD NAUSEA, VOMITO EXANTEMA, GLOSITIS ESTOMATITIS, FIE- BRE, NEFRITIS IN- TERSTICIAL; EDEMA ENFERMEDAD DEL SUE RO, CHOQUE ANAFI- LACTICO.</p>
<p>KANAMICINA FRASCO AMPULA TABLETAS</p>	<p>15 a 20 mg al DIA POR KG C/ 8 a 12 HRS. EN VIA ORAL SE REQUIERE 50 MG/KG COR PORAL C/6HRS. IM.VO. DOSIS MAXIMA TOTAL 3 GRS.</p>	<p>INFECCIONES POR CEPAS SUSCEPTI- BLES DE S. AU- REUS. E.COLI CLEPSELLA, PRO TEUS, TUBERCU- LOSIS.</p>	<p>LESION OTICA, RENAL (AFECTA OCTAVO PAR CRANEAL)</p>

NOMBRE GENERICO PRESENTACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	EFECTOS INDESEABLES Y CONTRAINDICACIONES
GENTAMICINA FRASCO AMPULA	2.5 a 7.5 mg/ kg. DE PESO COR PORAL POR DIA CADA 8HRS. IM MAXIMO 7 DIAS.	INFECCIONES POR ECHERICHIA COLI PROTEUS, PARACO LON, KLEBSIELLA PSEUDOMONAS	NEFROTIXICA Y NEU- ROTOXICA AFECTA AL OCTAVO PAR CRANEAL
ERITROMICINA CAPSULAS Y FRASCO PARA SUSPENSION	30 a 50 mg/ kg. DE PESO COR PORAL CADA 6HRS. VO.	INFECCIONES POR COCCUS GRAM PO- SITIVOS.	DIARREA, NEUSEA, ERUPTIONES CUTA- NEAS Y COLESTASIS.
TETRACICLINA CAPSULAS TA- BLETAS, FRAS CO AMPULA	60 a 40 mg/KG EN 24 HRS. CADA 6 A 8 HRS. IM. VO. DE 25 a 20 MG/ KG DE PESO POR DIA CADA 12 HRS.	INFECCIONES POR BRUSELLA, MYCO- PLASMA, RICKET- SIAS, INFECCIO- NES EN VIAS BILIA RES.	VOMITO, DIARREA FOTOSENSIBILIDAD INFECCIONES POR CANDIDA POR - ECHERICHIA, PRO TEUS Y PSEUDOMONAS EXANTEMAS, DEPOSI TOS EN DIENTES Y HUESOS, AUMENTO DE PRESION INTRACRANEA NA, EN NIÑOS HEPATO TOXICA, NEFROTOXICA REACCIONES ANAFILAC TICAS.

NOMBRE GENERICO PRESENTACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	EFECTOS INDESEABLES Y CONTRAINDICACIONES
CLORAFENICOL CAPSULAS FRASCO AMPULA	25 A 100 MG/KG EN 24 HRS C/ 6 A 8 HRS.	FIEBRE TIFOIDEA ANAEROBIAS, IN- FLUENZA	NAUSEA, VOMITO TRASTORNOS GASTRO- INTESTINALES, TRAS TORNOS NEUROLOGI- COS SOBRE INFECCION POR ESTAFILOCOCO KLEIBSELLA, PSEUDO MONA, LESION HEPA- TICA, SINDROME GRIS
NISTATINA TABLETAS UNGUENTO	NIÑOS 500,000 UNIDADES C/6 A 8 HRS. DU- RANTE 7 DIAS UNGUENTO DE 100,000 A - 1,000,000 U POR DOSIS C/ 4 A 8 HRS.	CANDIDIASIS CUTANEA Y BUCAL	DIARREA, PRURITO NAUSEA, VOMITO.

BIBLIOGRAFIA POR CAPITULOS

CAP. I. CARIES DENTAL.

INCIDENCE OF DENTAL CARIES IN COELIAC CHILDREN (LETTER ARCH DIS CHILD 1979 FEB. 54 (2); 166.

SUCROSE TASTE FUNCTIONS AND DENTAL CARIES IN CHILDREN. J. DENT RES 1979 APR. 58(4) 1327-32

THE EFFECT OF TABLETS COMPOSED OF VARIOUS MIXTURES OF SUGAR ALCOHOLS AND SUGRS UPON PLAQUE PH IN CHILDREN. J. DENT. RES. 1979 FEB. 58(2) 614-8

RESULTS OF AN ORAL HYGIENE PROGRAM FOR SEVERELY RETARDED CHILDREN. ASDC. J. DENT. CHILD. 1979 JAN-FEB. 46(1) 25-8

PATTERN OF SEALANT RETENTION IN CHILDREN RECEIVING A COMBINATION OF CARIES- PREVENTIVE METHODS: THREE YEAR. RESULTS. J. DENT. ASSOC. 1979 JAN- 98(1); 46-50

PEDODONTISTS EMPHASIZE DESIGN. FUNCTION IN THEIR OFFICES. NY. DENT. J. 1979 FEB. 45(2); 68-69

LET'S KEEP DENTISTRY FOR CHILDREN'S TEETH JUSTIFIED. NY. STATE

LET'S KEEP DENTISTRY FOR CHILDREN'S IN PRIVATE PRACTICE. DENT. J. 1979 JAN. 45 (1) 29-30

IS SCALING AND POLISHING CHILDREN'S TEETH JUSTIFIED. NY STATE DENT J. 1979 FEB 45(2); 71-72

PRACTICAL ORAL HYGIENE FOR HANDICAPPED CHILDREN. ASDC. J. DENTAL CHILD 1979. SEP-OCT. 46(5) 408-9

TOPICAL APPLICATION OF 3% MONOFLUOROPHATE IN A GROUP OF SCHOOL-CHILDREN CARIES RES 1979 (13) (6) 344-9

EXTENT TO WHICH TREATMENT IS SOUGHT FOR CHILDREN WITH TRAUMATIZED PERMANENT ANTERIOR TEETH. AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY. PROC. FINN. DENT. SOC. 1979

ORAL HYGIENE MANAGEMENT OF THE MODERATE TO SEVERELY MENTALLY RETARDED CHILD. DENT. HYG. CHIC. 1979. JUN. 53(6) 265-8

IDENTIFICATION OF HIGH CARIES RISK CHILDREN USING PREVALENCE OF FILLED SURFACES AS PREDICTOR VARIABLE FOR INCIDENCE. COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOLOGICAL 1979 7(6) 340-5

ESTIMATION OF ACTUAL CARIES PREVALENCE AND TREATMENT NEEDS FROM FIELD SURVEY CARIES INFORMATION ON CHAILD POPULATION IN USA. COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOLOG. 1979; 7(6) 322-9

EFFECT OF ORAL HYGIENE EDUCATION ON CHILDREN WITH WITHOUT SUBSEQUENT ORTHODONTIC TREATMENT. SCAND J. DENT. RES. 1980. FEB. 88 (1) 53-9

TOOTH PASTE INGESTION DURING TOOTH BRUSHING BY SCHOOL CHILDREN. BR. DENT J. 1980 FEB. 19; 148(4) 107-109

THE DENTAL HEALTH OF CHILDREN. BR. DENT. J. 1979. NOV. 20; 147(10) 279-80

NUTRITION IN CHILDHOOD: THE ROLE OF THE DENTIST. AUST. DENT. J. OCT. 24(5) 352-357

THE DELIVERY OF PRACTICAL PREVENTION. A PROJECT TO DETERMINE CHILDREN'S REACTION TO PRACTICAL DENTAL HEALTH PREVENTION WITH REFERENCE TO AN INCENTIVE AWARD FOR ACHIEVEMENT. BR. DENT. SURG ASSIST 1979. JUL-AGS. 38(4) 72-76

THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES AND THE CONCENTRATION FOR FLUORIDE IN THE SOUTH PACIFIC. NZ. DENT. ASSOC. 1979. APR. 75(340) 94(106)

ENAMEL CHANGES AND DENTAL CARIES IN 7 YEAR OLD CHILDREN GIVEN FLUORIDE TABLETS FROM SHORTLY AFTER BIRTH. CARIES RES 1979. 13(5); 265-76

DENTAL CARIES IN SCHOOLGIRLS. INDIAN J. PEDIATR. 1979. FEB. 46(373) 43-8

DIETARY CONTROL AND PREVENTION OF DENTAL DISEASE IN CHRONICALLY SICK CHILDREN. J. HUM NUTR. 1979. APR. 33 (2) 140-5

THE EFFECT OF INSTRUCTION AND SUPERVISED TOOTH BRUSHING ON THE REDUCTION OF DENTAL PLAQUE IN KINDERGARDEN CHILDREN. ASDC. J. DENT. CHILD. 1979 MAY. JUN. 46(3) 185-192

CARIES: ANALISIS Y VALORACION DE LOS DIFERENTES METODOS PARA SU PREVENCIÓN ADM. JUL. AGS. 1975 35-43

CARIES: MEDIDAS PARA SU PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA YA ESTABLECIDA ENE-FEB 1976. DR. MONASHE CIEMPLINSKI

BIOQUIMICA DENTAL. DR. EUGENE P. LAZZARI. INTERAMERICANA 2a. EDICION

MICROBIOLOGIA OCONTOLOGICA. WILLIAN A. NOLTE. INTERAMERICANA

TRATADO DE HISTOLOGIA. ARTHUR W. HAMM. 7a. EDICION. INTERAMERICANA.

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION. S. KATZ. INTERAMERICANA.

CAP. II

MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO.

PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA. FRAGOSO PICON M. DEL P. ADM. 1979. JUL. AGS. 36(4)376-92

REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA GENERAL EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA: OJEDA LEON. ORDAZ JIMENEZ DAVID. ADM. MAY-JUN: 36(3) 329-335

THE USE OF THE LAMAZE TECHNIQUE IN THE MANAGEMENT OF THE PROBLEM PEDODONTIC PATIENT. TORNEY DL. MC. CANN MA. QUINTESSENCE INT. 1978 JUL. 9 (7) 65-67

CHILD ABUSE, ITS RELATIONSHIP TO PEDODONTICS A SURVEY. MALECZ RE ASDC J. DENT. CHILD 1979. MAY-JUN 46(3); 193-194

THE ROLE OF THE PEDODONTIST IN THE MULTIPLE PROCEDURE APPROACH TO GENERAL ANESTHESIA FOR CHILDREN; REPORT FOUR CASES. LISAGOR. MS. ASDC J. DENT. CHILD 1978. NOV. DEC. 45(6) 465-468

THE CHILD IN FATHER OF THE MAN. (EDITORIAL) DR. BR. MED. J. 1979 6 FEB. 146(3) 63-64.

THE EFFECT OF MOTHER'S OF CHILD'S TO DENTAL TREATMENT. ASDC. J. DENT CHILD 1979. MAY-JUN. 46(3) 219-225

STRESS REACTIONS OF VARIOUS JUDGING GROUPS TO THE CHILD DENTAL PATIENT J. DENT. RES. 1979 JUL 58 (7); 1664-16671

LEARN LEVELS AND CHILDREN'S PSYCHOLOGIC PERFORMANCE (LETTER) N. ENGL. J. MED. 1979 19-JUL 3 1(3) 161-163

FAMILIARIZATION AND PREPARATORY IN THE REDUCTION OF ANXIETY IN CHILDREN. ASDC. J. DENT. CHILD. 1979- JUL- AGS. 46(4); 319-23

CHILD-REARING VARIABLES AFFECTING THE PRESCHOOL CHILD'S RESPONSE TO DENTAL STRESS. J. DENTAL RES 1979 nov. 58(11) 2042-45

PERSONALITY FACTORS AFFECTING THE PRESCHOOL CHILD'S RESPONSE TO DENTAL STRESS. J. DENT. RES. 1979. NOV. 58(11) 2046-51

A FURTHER ASSESSMENT OF PREDICTORS OF THE CHILD'S BEHAVIOR IN DENTAL TREATMENT. J. DENT. RES 1979. DEC. 58 (12) 2338-43

A SENSIBLE APPROACH TO WORKING WITH CHILDREN. AUST. DENT. J. 1979 OCT. 24 (5) 342-6

ASSESSMENT OF NONVERBAL COMMUNICATION IN CHILDREN ASDC. J. DENT. CHILD 1980. JAN. FEB. 47(1) 42-45

DENTAL TRAUMA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS. CLINC. PEDIATR. (PHILA) 1980
FEB. 19; 148(4) 107-109

MANEAGEMENT OF CHILDREN WITH CLEFT LIP ANT PALATE. CAN MED ASSOC. J. 1980
JAN 12; 122 (1) 19-24

CHILD ABUSE AND WHAT YOU SHOULD DO ABOUT IT. NY STATE DENT. J. 1980
FEB. 46(2); 76-7

CHILDHOOD FEAR AND ANXIETY STATES IN RELATION TO DENTAL TREATMENT. AUST
DENT. J. 1979 AUG. 24(4) 256-9

CRECIMIENTO Y DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO: REVISION DEL TEMA. CARDENAS
G. CERON AUG. 4(2);21-7

PEDODONTIC ORAL REHABILITATION; DENTAL AND ANESTHETIC CONSIDERATIONS
KENNETH C. TROUTMAN. DDS. BERNARD W. MAYER NO. F.H.A. 1971 388-94

PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL S.W. BIJOU. TRELAS

ANESTESIOLOGIA. DR. VINCENT COLLINS. INTERAMERICANA 1981

REVISTA FO. REVISTA FACULTAD DE OCONTOLOGIA UNAM. 1979

CAP. III

ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO

PEDODONTIC EMERGENCIAS. POWELL NG. FLA. DENT. J. 1979. SUMMER 50(2) 52-53

CONTROVERSY... THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN PEDODONTICS. CHITE GE J. PEDOD. WINTER 1(2) 172-176

RADIOGRAPHY IN PEDODONTICS. DARZENTA NC. TSAMTSOURIS A. J. PEDOD. SPRING. 2(3): 228-236

FRACTURED AND ABUSED PERMANENT INCISORS IN FINNISH CHILDREN. A RETROSPECTIVE STUDY. ACTA ODONTOL. SCAN. 37(1) 47-50

THE DENTIST'S ROLE IN CHILD ABUSE AND NEGLECT. ASSUES. IDENTIFICATION AND MANAGEMENT. ASDC. J. DENT. CHILD. MAY JUN. 46(3) 185-192

UPPER AIRWAY OBSTRUCTION DURING SLEEP IN CHILDREN. AJR. 1979. AUG. 133(2) 213-126

OLIGOCONTIA: A STUDY OF ITS PREVALENCE AN VARIATION IN 4032 CHILDREN AN ELECTROMYOGRAPHIC AND ROENTGEN CEPHALOMETRIC STUDY OF OCLUSAL MORPHOFUNTIONAL DISHERMINY IN CHILDREN. J. ORTHOD. 1979 OCT. 76(4) 394-409

A CEPHALOMETRIC OF VELAR STRECH IN A ADOLESCENT SUBJECTS CLEFT PALATE J. 1980 JAN 17(1) 40-7

HIPOVENTILACION DURANTE EL SUEÑO EN UN NIÑO CON HIPERTROFIA AMIGDALOADENO IDEA CRONICA. AN. ESP. PEDIATR. MAY 12(5) 444-442

MANEJO DEL CARDIOPATA EN ODONTOLOGIA INFANTIL. OJEDA LEON S. PARES VIDRIO G. REVS. ODONTOL. ECUAT. 1979. APR. JUN. 24(81) 5-8

ANESTESIA ODONTOLOGICA. DR. NIELS BJORN JERGUENSEN. INTERAMERICANA

MEDICINA BUCAL DE BURKET. POR MALCOMA A. LYNCH INTERAMERICANA 7a. ED.

RADIOLOGIA DENTAL. DR. RICHARD C O'BRIEN. INTERAMERICANA 3a. ED.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL. W. SHAFFER INTERAMERICANA. 3a. ED.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. DR. MC. DONALD. MUNDI.

RADIOLOGIA DENTAL. ARTHUR WUEHRMANN Y LINCOLN R. MANSON-HING 2a. EDICION. SALVAT.

ANESTESIA DENTAL CLINICA. FUNDAMENTOS Y PRACTICA. J.M. BELL. SALVAT

MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIROS. JOSEPH M.SIM. 2a. EDICION MUNDI.

CAP. IV.

TRATAMIENTO

PEDODONTIC CROWNS-- RESISTANCE TO REMOVAL AND HARDNESS. YATES J.L
HEMBREE JH? JR? OED? FALL 3 (1) 24-28

REPAIR OF CORONAL FRACTURE THAT INVOLVED THE PULP OF A DECIDUOUS INSISOR
REPOR OF CASE. JADA * & DEC. FREDERICK J. M. DDS

TECNICA PARA OBTURACION DE CONDUCTOS RADICULARES EN DIENTES PRIMARIOS
ADM. DR. WEISA A.F.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA DR. SINDEY F. FINN. INTERAMERICANA. 6a. EDICION

ODONTOLOGIA OPERATORIA. WILLIAN GILMORE. INTERAMERICANA

PERIODONCIA DE ORBAN. DANIEL A. GRANT. INTERAMERICANA 4a. EDICION

CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA INTERAMERICANA 1975-1980

PROPEDEUTICA ODONTOLÓGICA. DAVID F. MITCHEL. INTERAMERICANA

LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES. DR. RALPH W. PHILLIPS. INTERAMERIC.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLECENTE DR. MC. DONALD MUNDI

TERAPEUTICA ODONTOPEDIATRICA. KENNEDY PANAMERICANA

CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA. INTERAMERICANA 1975-1983

MATERIALES DENTALES RESTAURADORES. FLOY A. PEYTON Y ROBERT G. CRAIG.

MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS. JOSEPH M. SIM. 2a. EDICION MUNDI

ANESTESIA DENTAL CLINICA. FUNDAMENTOS Y PRACTICA. J.M. BELL. SALVAT

RADIOLOGIA DENTAL . ARTHUR H. WIEHRMANN. Y LINCOLN R. MANSON-HING. SALVAT
2a. EDICION.

CAP. V

ORTODONCIA PREVENTIVA

**ORTHODONTICS AND PEDODONTICS AS A PERMANENT ELEMENT OF DENTISTRY
TINGINYS AE - QUINTESSENCE INT. 1978 NOV. 9 (11) 53- 58**

**RETENTION METHODS FOR PEDODONTIC PROSTHESES. CARREL R. CHIALASTRI
A. J. J. PEDONTIC. 1978 FALL 3(1) 3-23**

**TEMAS DE MOTIVACION Y MOTIVACION EN TRATAMIENTO DE MALOCCLUSION
CONTO DE GARCIA MI. SALUD BUCAL 1979. AUC. SEP. 6(31) 60.**

**A DENTAL CHAIR MODIFICATION FOR CHILDREN. DENT. J. 1979. APR. 45 (4)
ALTERED GROWTH AND DEVELOPMENT OF LOWER TEETH IN CHILDREN RECEIVING.
BANTLE THERAPY. RADIOLOGY 1979. ACS. 132 (2) 447-449**

**DENTAL MANAGEMENT TO THE CRONICALLY IN CHILD. AUST. DENT. J. 1979. OCT.
24(5) 334-341**

MUXISM IN ALLERGIC CHILDREN. AM. J. ORTHOD. 1980 JAN. 77(1) 48-59

**THE DEVELOPMENT OF DENTAL ARCHES DURING THE COMPLETE DECIDUIUS DENTITION
PERIOR IN A SERIES OF FINNISH CHILDREN ESTUDIEN WITH REFERENCE TO CHRO-
NOLOGICAND DENTAL AGE. PRDC. FIN DENT. SOC. 1979; 75(3); 27-34 PHYSICAL**

**CHANDILING OF HEART PATIENTS IN PEDODONTICS. ANALYSIS OF AN APPLICANCE
THERAPY PROGRAM IN A DENTAL SCHOOL. PEDODONTIC. CLINIC. NY. ASDC. J.
DENT. CHILD 1979. SEP. OCT. 46(5) 394-97**

ORTHODONTICS. PRINCIPIOS AND PRACTICE. GRABER T.M.

**USE OF THE LINGUAL ARCH FOR SPACE MAINTENCE AND MINOR TOOTH MOVEMENT.
ED. J. OR DENT. ASSOCIATION 6(36) 228-234**

**CLASIFICACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA UTILIZACION DE UN MAN-
Tenedor DE ESPACIO CON PROLONGACION DISTAL. CLINICAS DENTALES DE NORTE-
AMERICA 17- 135-159.**

**SPACE MAINTENANCE. SIDNEY I. KOHN CLINICAS DENTALES DE NORTEAMERICA
703-721**

**AN ESTHETIC METHOD OF ANTERIOR SPACE MAINTENANCE. STEFFEN J.M.U.
J. DENT. FOR CHILD 38; MAY - JUN 1971 154-7**

**ON SERIAL EXTRACTION. DALE G. JACK. J. CLINIC. ORTH. INTERVIEWS
ENERO 1976 X (1) 1a. PARTE.**

ON SERIAL EXTRACTION. FEBREDO 1976 2a. parte

ON SERIAL EXTRACTION. MARZO 1976 X(3) 3a. PARTE

ARCH SIZE ANALYSIS AND TOOTH SIZE PREDICTION. HUCKBA. W.G. CLINICAS DENTALES DE NORTEAMERICA JUL. 431-440

CHANGES IN DENTAL ARCH DIMENSIONS EXPRESSED ON THE BASIS OF TOOTH ERUPTION AS A MEASURE FOR BIOLOGIC AGE. MORREES C.F.J. DENT. RES. 44(1) 129-41

SERIAL EXTRACTION IN CLASE I MIXED DENTITION. CASES. MA. J.G.A.J. 7;393-99

A COMPARATION OF CHRONOLOGIC AGE AND PHYSIOLOGIC AGE AS PREDICTORS OF TOOTH ERUPTION. A. J. ORTHOD. 66(1) JUL. 1974. 50-57

ORTODONCIA. DR. T.M. GRABER INTERAMERICANA 3a. EDICION

REHABILITACION BUCAL. DR. LLOYD BAUM. INTERAMERICANA 1a. EDICION

EMBRIOLOGIA Y DESARROLLO BUCAL. ORTODONCIA. VICENT. DE ANGELIS. INTERAM.

OCLUSION. SIGUAR P. RAMFORD. INTERAMERICANA 2a. EDICION

TRATADO DE ORTODONCIA. DR. R.E. MOYER. PANAMERICANA

MANTENEDORES DE ESPACIO Y OBLIGACIONES DEL C.D. SAMUEL FASTLICHT. ADM. VOL XXI No. 3 MAY- JUN. 1974. 151-58

MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS. JOSEPH M. SIM. 2a. EDICION MUNDI.

CAPITULO VI

AGENTES ANIMICROBIANOS

**TETRACYCLINE PREPARATIONS FOR CHILDREN (LETTER) BR. DENT. J. 1979.
13 JAN: 1(6); 126-127**

**BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA: LOUIS S. GOODMAN Y ALFRED GILMAN
INTERAMERICANA 9a. EDICION**

**FARMACOLOGIA MEDICA. PRINCIPIOS Y CONCEPTOS. ANDRES GOTH.-INTERAMERICANA
7a. EDICION.**

**NOCIONES ELEMENTALES DE MICROBIOLOGIA MEDICA. ANTONIO CAPELLA BUSTOS Y
JORGE TAY ZAVALA. RUBEN DEL MURO EDITOR. FRANCISCO MENDEZ CERVANTES 1980**

**MANUAL DE INFECTOLOGIA. JESUS KUMATE Y GONZALO GUTIERREZ.- EDITOR FRANCISCO
MENDEZ CERVANTES.- 9a. EDICION.**

LA CLINICA Y EL LABORATORIO. A. BARCELLS.- EDITORIAL MARIN 10 EDICION.

RESULTADOS.

CAP. I.

CARIES DENTAL.

COMO RESULTADO DE ESTE CAPITULO SE VIO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO QUE LA CARIES SE INICIA CON LA DESMINERALIZACION DEL ESMALTE Y SE CONTINUA CON LOS DEMAS TEJIDOS DENTALES HASTA LLEGAR A UNA LESION AVANZADA Y PROFUNDA; ESTUDIANDO LOS FACTORES HISTOLOGICOS DEL DIENTE SE CONOCE QUE ES IRREVERSIBLE.

LA TEORIA DE LA CARIES NO ES CONOCIDA PERO INTERVIENEN FACTORES ESCENCIALES EN SU PRODUCCION ES UN PROBLEMA QUE SE HA ESTUDIADO Y DISCUTIDO POR LO CUAL LA PROFESION ODONTOLÓGICA ACEPTA TRES TEORIAS.

SE HA VISTO QUE PARA LOGRAR LA PREVENCION DE CARIES SE PONEN EN PRACTICA FACTORES QUE TIENDEN A ELIMINAR EL ATAQUE BACTERIANO. COMO SON: MODIFICAR EL MEDIO AMBIENTE EN QUE LA BACTERIA SE DESARROLLA Y CAMBIANDO LA ESTRUCTURA DEL DIENTE.

CAP. II.

MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO.

COMO RESULTADO SE VIO QUE EN EL MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO EL C.D. DEBE TENER CONOCIMIENTOS PSICOLOGICOS Y HABILIDADES PARA PODER MODIFICAR LA CONDUCTA DEL NIÑO Y DE LOS PADRES PARA ASI PODER TENER UN RESULTADO EXITOSO EN SU TRATAMIENTO.

CAP. III.

ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO.

EN ESTE CAPITULO SE HACE INCAPIE QUE LA CORRECTA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA NOS AYUDARA A DETERMINAR LAS CAUSAS PRINCIPALES QUE OCASIONARAN PROBLEMAS FISICOS, BIOLOGICOS Y PSICOLOGICOS EN NUESTRO PACIENTE.

TOMANDO EN CUENTA OTROS FACTORES QUE NOS AYUDARAN A OBTENER UN DIAGNOSTICO MAS CERTERO PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO COMO SON: ESTUDIO RADIOLOGICO, MODELOS DE ESTUDIO, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESTUDIOS ESPECIALES

CAP. IV.

TRATAMIENTO

ESTE CAPITULO ES EL RESULTADO DE NUESTROS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUE NUESTRO PACIENTE MENOR REQUIERA. EN ESTE CAPITULO SE VIERON TECNICAS Y DIFERENTES MATERIALES DENTALES CON QUE CUENTA LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

CAP. V.

ORTODONCIA PREVENTIVA

LA ORTODONCIA PREVENTIVA EN LA ODONTOPEDIATRIA NO PODRA TENER EXITO EN MANOS DEL C.D. DE PRACTICA GENERAL A MENOS QUE SEAN SUPERVISADOS POR ALGUN ESPECIALISTA: APARTE DE TODOS LOS CONOCIMIENTOS QUE SE MENCIONAN EN ESTE TRABAJO DEBE TOMARSE EN CUENTA LA CRONOLOGIA DE LA DENTACION Y SE DEBEN TOMAR EN CUENTA LAS HABILIDADES Y LIMITACIONES PARA REALIZAR CON EXITO LA APARATOLOGIA ACTIVA.

CAP. VI.

AGENTES ANTIMICROBIANOS

EN ESTE CAPITULO SE TOMA EN CUENTA AL PACIENTE PEDIATRICO PARA SELECCIONAR Y CLASIFICAR LOS ANTIMICROBIANOS DE ACUERDO A SU EDAD Y PESO DE NUESTRO PACIENTE SIN OLVIDAR AL AGENTE PATOGENO, VIA DE ADMINISTRACION, DOSIS Y VIA DE ELIMINACION PARA NO TENER EFECTOS INDESEABLES EN NUESTRO PACIENTE.

CONCLUSIONES

Al concluir este trabajo podemos afirmar que se debe tener especial cuidado en la atención del paciente odontopediátrico con lo cual evitaríamos que en variadas ocasiones se manifiesten trastornos generales que afecten los estados físicos y psicológicos del niño.

Es por eso que el C.D. debe comprender que el tratamiento de cada paciente es un patrón de sucesos que pueden ser entendidos, controlados y dirigidos por el tratamiento odontológico. Esto se logra con la insistencia y estímulo constante .

Por otra parte al contar con algún paciente que presente manifestaciones o trastornos de la cavidad oral, hábitos bucales, se tratarán de suprimirlos por medios mecánicos y psicológicos, logrando que el niño no presente desviaciones y trastornos en sus arcos dentarios y cavidad bucal.

Para prevenir alteraciones de la cavidad oral debe detectarse desde el inicio a través de la elaboración cuidadosa de la historia clínica pudiendo de este modo disminuir los fracasos en el tratamiento de nuestro paciente.

Asimismo consideramos que para evitar trastornos en el plan de tratamiento debemos tomar en cuenta el núcleo familiar, el medio que rodea al niño, los conocimientos y habilidades con que cuenta el C.D. para disminuir al mínimo los fracasos.

Finalmente esperamos que este trabajo sirva como aportación a estudiantes y al C.D. de práctica general en el manejo de pacientes infantiles enfocando toda atención hacia cualquier signo o síntoma que nos refiera el menor por insignificante que parezca para erradicar o prevenir complicaciones de la cavidad oral, asimismo alteraciones patológicas.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

En este trabajo se hace incapié que el C.D. no debe realizar ningún procedimiento si no cuenta con los conocimientos básicos y habilidades necesarias para modificar patrones de conducta en el menor.

De no contar con los conocimientos básicos fracasará rotundamente con el paciente pediátrico causando iatrogenias y traumas futuros en ocasiones irreversibles.

Es por eso que recomendamos al profesionista que se dedique a la práctica odontológica, cuide hasta el mínimo detalle por insignificante que parezca para evitar vicisitudes en su carrera profesional.

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

INCIDENCE OF DENTAL CARIES IN COELIAC CHILDREN (LETTER ARCH DIS CHILD 1979 FEB. 54 (2); 166

SUCROSE TASTE FUNCTIONS AND DENTAL CARIES IN CHILDREN. J. DENT RES 1979 APR. 58 (4) 1327 - 32

THE EFFECT OF TABLETS COMPOSED OF VARIOUS MISTURES OF SUGAR ALCOHOLS AND SUGRS UPON PLAQUE PH IN CHILDREN. J. DENT RES 1979-FEB. 1979 58 (2) 614-8

RESULTS OF AN ORAL HYGIENE PROGRAM FOR SEVERELY RETARDED CHILDREN. ASDC J. DENT. CHILD 1979 JAN - FEB 46 (1) 25-8

PATTERN OF SEALANT RETENTION IN CHILDREN RECEIVING A COMBINATION OF CARIES - PREVENTIVE METHODS: THREE YEAR. RESULTS J. AM DENT ASSOC. 1979 JAN; 98 (1); 46-50

PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA. FRAGOSO PICON M. DEL P. ADH.- 1979 JUL-AGS; 36 (4) 376-92

REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA GENERAL EN ODONTOPEDIATRIA: OJEDA LEON. ORDAZ JIMENEZ DAVID.- ADM. MAY- JUN; 36 (3) 329-335.

THE USE OF THE LAMAZE TECHNIQUE IN THE MANAGEMENT OF THE PROBLEM PEDODONTIC PATIENT. TORNEY DL. MC. CANN MA QUINTESSENCE INT. 1978 JUL 9 (7) 65- 67

ORTHODONTICS AND PEDODONTICS AS A PERMANENT ELEMENT OF DENTISTRY TINGINYS AE - QUINTESSENCE INT. 1978 NOV. 9 (11) 53 - 58

RETENTION METHODS FOR PEDODONTIC PROSTHESES.- CARREL R. CHIALASTRI A J.- J. PEDODONTIC. 1978 FALL 3(1) 3-23

PEDODONTIC EMERGENCIES. POWELL NG. FLA. DENT. J. 1979.- SUMMER - 50(2) 52-53.

PEDODONTIC CROWNS- RESISTANCE TO REMOVAL AND HARDNESS.- YATES JL. HEMTREE JH. JR. PED. 1978 FALL 3 (1) 24-28.

TEMAS DE MOTIVACION V. MOTIVACION EN TRATAMIENTO DE MALOCCLUSION CONTO DE GARCIA MH. SALUD BUCAL 1979. AUG. SEP. 6(31) 60.

CONTROVERSY... THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN PEDODONTICS. CHITE GE.- J. PEDOD. 1977.- WINTER 1 (2).- 172-176.

RADIOGRAPHY IN PEDODONTICS.- DARZENTIA NC. TSAMTSOURIS A. J. PEDOD 1978.- SPRING 2 (3): 228-236

CHILD ABUSE, ITS RELATION SHIP TO PEDODONTICS A SURVEY, MALECZ
RE. ASDC J. DENT CHILD 1979.- MAY - JUN. 46 (3) ; 193-194

PEDODONTISTS EMPHASIZE DESIGN. FUNCTION IN THEIR OFFICES. NY.
DENT J. 1979. FEB. 45 (2); 68-69.

THE ROLE OF THE PEDODONTIST IN THE MULTIPLE PROCEDURE APPROACH TO
GENERAL ANESTHESIA FOR CHILDREN; REPORT FOUR CASES.- LISAGOR MS.
ASDC J. DENT. CHILD 1978 NOV. DEC, 45 (6) 465-468.

THE CHILD IN FATHER OF THE MAN. (EDITORIAL) DR. BR. MED. J. 1979
6 FEB. 146(3) 63-64

TETRACYCLINE PREPARATIONS FOR CHILDREN (LETTER) BR. DENT J. 1979
13 JAN; 1(6156); 126-127

LET'S KEEP DENTISTRY FOR CHILDREN'S TEETH JUSTIFIED.- NY. STATE

LET'S KEEP DENTISTRY FOR CHILDREN IN PRIVATE PRACTICE. DENT J. 1979
JAN 45 (1) 29-30

IS SCALING AND POLISHING CHILDREN'S TEETH JUSTIFIED. NY STATE DENT
J. 1979 FEB 45(2); 71-72

FRACTURED AND ABUSED PERMANENT INCISORS IN FINNISH CHILDREN. A RETROS-
PECTIVE STUDY. ACTA ODONTOL. SCAND. 1979 (37 (1) 47-50

FOCAL ODONTODYSGENESIS OF THE MAXILAR SECOND PREMOLARS IN A CHILD
ORAL SUFG 1979 APR. 47(4) 349-353

A DENTAL CHAIR MODIFICATION FOR CHILDREN.- DENT J. 1979 APR 45 (4)
165

THE DENTIST'S ROLE IN CHILD ABUSE AND NEGLECT. ISSUES, IDENTIFICATION
AND MANAGEMENT.- ASDC J. DENT CHILD 1979.- MAY- JUN. 46(3) 185-192

THE EFFECT OF MOTHER'S OF CHILD'S TO DENTAL TREATMENT. ASDC J. DENT
DENT CHILD 1979 MAY- JUN. 46(3) 219-225

THE USE OF BONDIGN MATERIALS IN DENTISTRY FOR CHILDREN. CLIN PEDIATR.
PHILA 1979 JUN. 18 (6) 372-388.

STRESS REACTIONS OF VARIOUS JODGING GROUPS TO THE CHIL DENTAL PATIENT
J. DENT. RES. 1979 JUL 58 (7); 1664-1671

LEAND LEVELS AND CHILDREN'S PSYCHOLOGIC PERFORMANCE (LETTER) N. ENGL.
J. MED. 1979 19 JUL. 3 1(3) 161-163.

UPPER AIRWAY OBSTRUCTION DURING SLEEP IN CHILDREN AJR 1979 AUG. 133(2)
213-126.

ALTERED GROWTH AND DEVELOPMENT OF LOWER TEETH IN CHILDREN RECEIVING MANTLE THERAPY.- RADIOLOGY 1979. AGS 132(2) 447-449

FAMILIARIZATION AND PREPARATORY INFORMATION IN THE REDUCTION OF ANXIETY IN CHILDREN. ASDC J. DENT. CHILD 1979.- JUL - AGS 46 (4); 319-23

PRACTICAL ORAL HYGIENE FOR HANDICAPPED CHILDREN .- ASDC J. DENTAL CHILD 1979. SEP. OCT. 46(5) 408-9

OLIGODONTIA: A STUDY OF ITS PREVALENCE AND VARIATION IN 4032 CHILDREN AN ELECTROMYOGRAPHIC AND ROENTGEN CEPHALOMETRIC STUDY OF OCCLUSAL MORPHOFUNCTIONAL DISHERMINEY IN CHILDREN J. ORTHOD 1979. OCT. 76(4) 394-409.

TOPICAL APPLICATION OF 3% MONOFLUOROPHATE IN A GROUP OF SCHOOL-CHILDREN CARRIES RES 1979 (13) (6) 344-9

CHILD-REARING VARIABLES AFFECTING THE PRESCHOOL CHILD'S RESPONSE TO DENTAL STRESS. J. DENTAL RES 1979 NOV. 58(11) 2042-45

PERSONALITY FACTORS AFFECTING THE PRESCHOOL CHILD'S RESPONSE TO DENTAL STRESS. J. DENT. RES 1979. NOV. 58(11) 2046-51.

A FURTHER ASSESSMENT OF PREDICTORS OF THE CHILD'S BEHAVIOR IN DENTAL TREATMENT. J. DENT. RES 1979 DEC. 58 (12) 2338-43

BRUXISM IN ALLERGIC CHILDREN. AM. J. ORTHOD 1980 JAN. 77(1) 48-59

DENTAL MANAGEMENT TO THE CRONICALLY IN CHILD. AUST. DENT. J. 1979. OCT 24 (5) 334-341

A SENSIBLE APPROACH TO WORKING WITH CHILDREN AUST. DENT. J. 1979. OCT. 24 (5) 342-6

A CEPHALOMETRIC OF VELAR STRECH IN A ADOLESCENT SUBJECTS CLEFT PALATE J. 1980 JAN 17(1) 40-7

ASSESSMENT OF NONVERBAL COMMUNICATION IN CHILDREN . ASDC J. DENT CHILD 1980.- JAN. FEB. 47 (1) 42-45

THE DEVELOPMENT OF DENTAL ARCHES DURING THE COMPLETE DECIDIUS DENTITION PERIOD IN A SERIES OF FINNISH CHILDREN ESTUDIEN WITH REFERENCE TO CHROMOLOGIC AND DENTAL AGE. PROC. FINN DENT SOC. 1979; 75(3); 27-34 PHYSICAL INDICATORS OF EMOTIONAL ABUSE IN CHILDREN (LETTER BR. DENT. J. 1980. FEB. 2;280(2110)334.

DENTAL TRAUMA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS CLINC PEDIATR. (PHILA) 1980 FEB. 19; 148(4) 107-109

A COMPARATIVE ANALYSIS OF INTRUSION OF INCISOR TEETH ACHIEVED IN ADULTS AND CHILDREN ACCORDING TO FACIAL TYPE. AM J. ORTHOD 1980. APR. 77(4)437-46

MANAGEMENT OF CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PALATE. CAN MED ASSOC. J. 1980 JAN 12;122 (1) 19-24

EXTENT TO WHICH TREATMENT IS SOUGHT FOR CHILDREN WITH TRAUMATIZED PERMANENT TEETH. J. ORTHOD 1980. FEB. 77(1) 48-59

CHILD ABUSE AND WHAT YOU SHOULD DO ABOUT IT.- NY STATE DENT. J. 1980 FEB.
46(2); 76-7

CHILDHOOD FEAR AND ANXIETY STATES IN RELATION TO DENTAL TREATMENT. AUST.
DENT. J. 1979 AUG. 24(4) 256-9

HIPOVENTILACION DURANTE EL SUEÑO EN UN NIÑO CON HIPERTROFIA AMIGDALOGENO-
DEA CRONICA. AN. ESP. PEDIATR. 1979. MAY. 12(5) 444-442

CRECIMIENTO Y DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO: REVISION DEL TENA. CARDENAS G.
CERON 1979. AUG. 4(2); 21-7

CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS DE INCISIVOS PERMANENTES JOVENES. CAPP-
IELLO J. REV. ASOC. ODONTOL. ARG. 1977. SEP. OCT. 65(3) 137-9

ORAL HYGIENE MANAGEMENT OF THE MODERATE TO SEVERELY MENTALLY RETARDED
CHILD. DENT. HYG. CHIC. 1979. JUN. 53(6) 265-8

IDENTIFICATION OF HIGH CARIES RISK CHILDREN USING PREVALENCE OF FILLED
SURFACES AS PREDICTOR VARIABLE FOR INCENSE. COMMUNITY DENT ORAL EPIDE-
MIOL 1979 7(6) 340-5

ESTIMATION OF ACTUAL CARIES PREVALENCE AND TREATMENT NEEDS FROM FIELD
SURVEY CARIES INFORMATION ON CHAILD POPULATION IN USA. COMMUNITY DENT
ORAL EPIDEMIOLOG. 1979; 7(6) 322-9

EFFECT OF ORAL HYGIENE EDUCATION ON CHILDREN WITH WITHOUT SUBSEQUENT
ORTHODONTIC TREATMENT. SCAND J. DENT. RES. 1890.- FEB. 88(1) 53-9

TOOTHPASTE INGESTION DURING TTOOTHBRUSHING BY SCHOOL CHILDREN. BR. DENT
J. 1980. FEB. 19; 148(4) 107-109

THE DENTAL HEALTH OF CHILDREN. BR. DENT. J. 1979. NOV. 20; 147(10)279-80

NUTRITION IN CHILDHOOD; THE ROLE OF THE DENTIST.AUST. DENT. J. OCT. 24(5)
352-357

THE DELIVERY OF PRACTICAL PREVENTION. A PROJECT TO DETERMINE CHILDREN'S
REACTION TO PRACTICAL DENTAL HEALTH PREVENTION WITH REFERENCE TO AN
INCENTIVE AWARD FOR ACHIVEMENT. BR. DENT SURG ASSIST 1979. JUL- AGS. 38
(4) 72-76

THE OREVALENCE OF DENTAL CARIES AND THE CONCENTRATION FOR FLUORIDE IN THE
SOUTH PACIFIC. NZ. DENT ASSOC. 1979. APR. 75(340) 94-106

ENAMEL CHANGES AND DENTAL CARIES IN 7-YEAR-OLF CHILDREN GIVEN FLUORIDE
TABLETS FROM SHORTY SFTER BIRTH. CARIES RES 1979. 13(5); 265-76

DENTAL CARRIES IN SCHOOLGIRLS. INDIAN J. PEDIATR. 1979. FEB. 46(373) 43-8

DIETARY CONTROL AND PREVENTION OF DENTAL DISEASE IN CHRONICALLY SICK CHILDREN. J. HUM NUTR. 1979. APR. 33 (2) 140-5

THE EFFECT OF INSTRUCTION AND SUPERVISED TOOTHBRUSHING ON THE REDUCTION OF DENTAL PLAQUE IN KINDERGARDEN CHILDREN. ASDC J. DENT. CHILD. 1979 MAY-JUN 46(3) 185-92

MANEJO DEL CARDIOPATA EN ODONTOLOGIA INFANTIL.- OJEDA LEON S. PARES VIDRIO G. REVS. ODONTOL. ECUAT. 1979. APR. JUN. 24(81) 5-8.

CHANDLING OF HEART PATIENTS IN PEDODONTICS. ANALYSIS OF AN APPLIANCE - THERAPY PROGRAM IN A DENTAL SCHOOL. PEDODONTIC CLINIC. NYERS. ASDC. J. DENT. CHILD 1979. SEP. OCT. 46(5) 394-97.

ORTHODONTICS. PRINCIPIOS AND PRACTICE. GRABER T.M.

USE OF THE LINGUAL ARCH FOR SPACE MANTENCE AND MINOR TOOTH MOVEMENT MB J. OR DENT. ASSOCIATION 6(36(; 228-234.

CLASIFICACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA UTILIZACION DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO CON PROLONGACION DISTAL. CLINICAS DENTALES DE NORTEAMERICA 17; 135-159

SPACE MAINTENANCE.-SIDNEY I. KOHN CLINICAS DENTALES DE NORTEAMERICA 703-721 NOV.

AN ESTHETIC METHOD OF ANTERIOR SPACE MAINTENANCE, STEFFEN J. M. U. J. DENT. FOR CHILD 38; MAY- JUN 1971 154-7

ON SERIAL EXTRACTION. DALE G. JACK.- J. CLINIC. ORTH. INTERVINS ENERO 1976 X(1) ENERO 1976 1a. PARTE.

ON SERIAL EXTRACTION FEBRERO 1976 X(2) 2a. PARTE

ON SERIAL EXTRACTION. MARZO 1976 X (3) 3a. PARTE

ARCH SIZE ANALYSIS AND TOOTH SIZE PEDITION. HUCKBA. W.G. CLINICAS DENTALES DE NORTEAMERICA JUL. 431-440

CHANGES IN DENTAL ARCH DIMENSIONS EXPRESSED ON THE BASIS OF TOOTH ERUPTION AS A MESURE FOR BIOLOGIC AGE. MORREES C.F.J. DENT. RES. 44(1) 129-41

SERIAL EXTRACTION IN CLASE I MIXED DENTITION. CASES. MA. J.C.A.J. 7;393-399 APR. 1979.

A COMPARATION OF CHRONOLOGIC AGE AND PHYSIOLOGIC AGE AS PREDICTORS OF TOOTH ERUPTION . A JOUR. ORTHOD. 66(1) JUL. 1974. 50-57

PEDODONTIC ORAL REHABILITATION; DENTAL AND ANESTHETIC CONSIDERATIONS
KENNETH C. TROUTMAN, DDS. BERNARD W. MAYER MO. PHA JADA. FEB. 1971
383-94

REPAIR OF CORONAL FRACTURE THAT INVOLVED THE PULP OF A DECIDUOUS INSISOR
REPORT OF CASE. JADA 87. DEC. 1973. FREDERICK J. M. DDS.

CARIES: ANALISIS Y VALORACION DE LOS DIFERENTES METODOS PARA SU PREVENCION
ADN. JUL AGS. 1975 35-43

CARIES: MEDIDAS PARA SU PREVENCION Y CONTROL DE LA YA ESTABLECIDA.
ENERO-FEBRERO 1976. DR. MONASHE CIENPLINSKI.

TECNICAS PARA OBTURACION DE CONDUCTOS RADICULARES EN DIENTES PRIMARIOS
ADM. DR. WEISA A.F. FEB. 1977.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. DR. SINDEY F. FINN. ONTERAMERICANA 4a. EDICION
1976.

ODONTOLOGIA OPERATORIA. WILLIAM GILMORE. INTERAMERICANA 2a. EDICION 1976.

ANESTESIA ODONTOLOGICA. DR. NIELS BJORN JERGUENSEN. INTERAMERICANA 1a.
EDICION

ORTODONCIA. DR. T.M. GRABER. INTERAMERICANA 3a. EDICION

REHABILITACION BUCAL.- DR. LLOYD BAUM. INTERAMERICANA 1a. EDICION

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.- INTERAMERICANA 1975-1979

EMBRIOLOGIA Y DESARROLLO BUCAL. ORTODONCIA. VICENT DE ANGELIS. INTERAMERI
CANA.

PERIODONCIA DE ORBAN. DANIEL A. GRANT. INTERAMERICANA 4a. EDICION

BIOQUIMICA DENTAL.- DR. EUGENE P. LAZZARI.- INTERAMERICANA 2a. EDICION

MEDICINA BUCAL DE BURKET. POR MALCOMA A. LYNCH. INTERAMERICANA 7a. EDICION

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA. DAVID F. MITCHELL.- INTERAMERICANA 2a. EDICION

MICROBIOLOGIA ODONTOLOGICA. WILLIAM A. NOLTE. INTERAMERICANA

RADIOLOGIA DENTAL. DR. RICHAR C. O'BRIEN. INTERAMERICANA 3a. EDICION

LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES. DR. RALPH W. PHILLIPS. INTERAMERI
CANA. 7a. EDICION

OCLUSION. SIGURD P. RAMFORD. INTERAMERICANA 2a. edicion.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL. W. SHAFER. INTERAMERICANA 3a. EDICION

PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL.- SW BIJOU. TRILLAS

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. DR Mc. DONALD. MUNDI. BUENOS AIRES.

BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA. LOUIS S. GOODMAN Y ALFRED GILMAN INTERAMERICANA 5a. EDICION.

TRATADO DE ORTODONCIA. DR. R.E. MOYER.- PANAMERICANA.

TERAPEUTICA ODONTOPEDIATRICA. KENNEDY. PANAMERICANA

CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA. INTERAMERICANA 1975-1983

ANESTESIOLOGIA. DR. VINCENT COLLINS. INTERAMERICANA 1980

MANTENEDORES DE ESPACIO Y OBLIGACIONES DEL C.D. SAMUEL FASTLICHT. ADM. VOL XXI. No. 3 MAY-JUN. 1974. p. 151-158

REVISTA FO. REVISTA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNAM. 1979.