

392
2ej



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GENERALIDADES DE ODONTOLOGIA

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

JOSEFINA MARITZA RUIZ SAAVEDRA



México, D. F.

1988



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 está 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

CAPITULO I CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CAPITULO II CRONOLOGIA DE LA ERUPCION

CAPITULO III HISTORIA CLINICA Y EXAMEN RADIOLOGICO

CAPITULO IV ANESTESIA

CAPITULO V PULPOTOMIA

CAPITULO VI CORONAS DE ACERO CROMO

CAPITULO VII MANTENEDORES DE ESPACIO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

EL CIRUJANO DENTISTA QUE DESEE HACER DE LA ODONTOPEDIA TRÍA UNA PARTE INTEGRAL DE SU PRÁCTICA, DEBE ESTAR FAMILIARIZADO CON LAS INDICACIONES PARA EL DIAGNOSTICO, Y EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PULPARES DE EMERGENCIA, ASÍ COMO LA RESTAURACIÓN DE LOS DIENTES A TRATAR.

LA FINALIDAD DE ESTE TRABAJO ES PONER DE MANIFIESTO LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA ODONTOPEDIATRÍA EN EL CONSULTORIO DE TODO PROFESIONAL, ANTES DE ESTABLECER CUALQUIER TRATAMIENTO, HACER UN ESTUDIO MINUCIOSO CLÍNICO, DESCRIBIENDO LOS PROBLEMAS HALLADOS CORRIENTEMENTE DURANTE EL MISMO, LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA PAIDODONCIA Y OTRAS RAMAS DE LA ODONTOLOGÍA.

CABE HACER LA OBSERVACIÓN DE QUE UNA BUENA TERAPÉUTICA ODONTOPEDIÁTRICA MUCHO DEPENDERÁ DE LA PREPARACIÓN DEL ODONTÓLOGO CON RESPECTO A LA CAPACIDAD PARA DISTINGUIR LA PATOLOGÍA Y SINTOMATOLOGÍA DE LAS ALTERACIONES PULPARES, PERIAPICALES QUE SE REFIEREN DURANTE EL ESTUDIO CLÍNICO, ASÍ COMO TENER EN CUENTA LOS TRAUMATISMOS, GRADO DE CARIES, ETAPA POR LA QUE ATRAVIESA EL NIÑO, EL TIPO DE DENICIÓN QUE PRESENTA, MORFOLOGÍA DE LOS DIENTES, AUSENCIA O PRESENCIA DE LOS MISMOS ETC.

TODO PROFESIONISTA HA DE CONSIDERAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN DE ALGUNA U OTRA FORMA EN LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA QUE ÉSTE SEA UN ÉXITO O FRACASO, A CORTO O LARGO PLAZO..

SIR ERNEST RUTHERFORD (1871-1937)

NO ESTÁ EN LA NATURALEZA DE LAS COSAS QUE
EL HOMBRE REALICE UN DESCUBRIMIENTO SÚBITO
E INESPERADO, LA CIENCIA AVANZA PASO A PASO
Y CADA HOMBRE DEPENDE DEL TRABAJO DE SUS
PREDECESORES.

CAPITULO No. 1

DESARROLLO Y CRECIMIENTO

LAS INVESTIGACIONES LOGRADAS HASTA LA FECHA NOS ACLARAN Y ENSEÑAN LAS DIFERENTES ETAPAS DE CRECIMIENTO DEL FOLÍCULO DENTARIO EN EL EMBRIÓN HUMANO.

EL EMBRIÓN HUMANO DE SEIS SEMANAS, APENAS LLEGA A MEDIR 7 MM. A PESAR DEL TAMAÑO TAN REDUCIDO SE HAN LOGRADO CONCLUSIONES MUY ELOCUENTES AL SER ESTUDIADO. EN LA CAVIDAD BUCAL PRIMITIVA APARECEN EN LA ENCIA CONCENTRACIONES DE CÉLULAS EPITELIALES QUE SE VAN DIFERENCIANDO Y DAN ORIGEN A LOS FOLÍCULOS DENTARIOS.

ESTE ESPESAMIENTO DE TEJIDO EPITELIAL SE INVAGINA DENTRO DEL MESODERMO ADYACENTE.

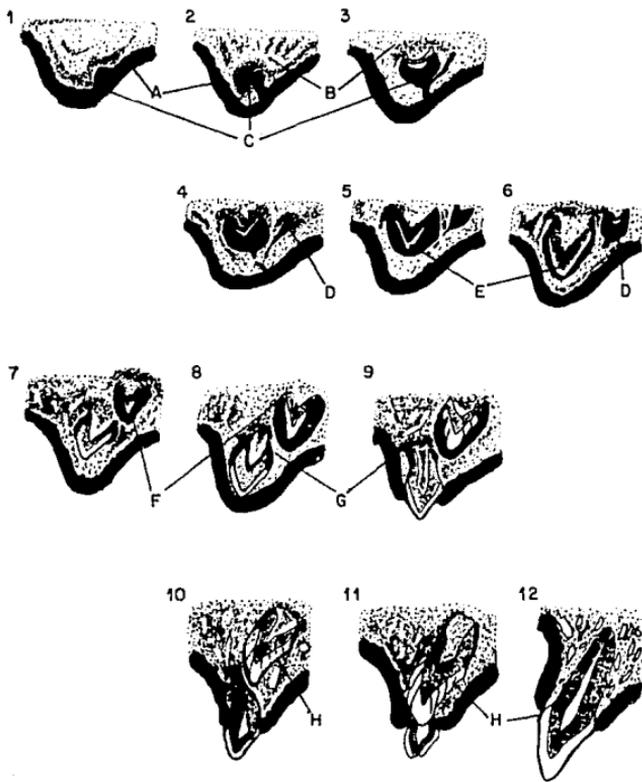
AL INTRODUCIRSE ESTA CONCENTRACIÓN DE CÉLULAS SE PRODUCE EN ELLAS UNA MUTACIÓN DE FUNCIONES QUE AL PROLIFERAR, Y DESPUÉS DE ALGUNOS CAMBIOS FORMAN EL EMBRIÓN DEL DIENTE.

AL PRINCIPIO SOLO CONSTITUYEN UN CORDÓN O LISTÓN DE TEJIDO EPITELIAL INVAGINADO POR EL MESODERMO. ÉSTA LÁMINA AL IR CRECIENDO VA SECCIONÁNDOSE EN TANTAS UNIDADES COMO DIENTES COMPONEN UNA ARCADEA Y CUYOS ELEMENTOS SE CONOCEN CON EL NOMBRE DE GEMAS O FOLÍCULOS DENTARIOS.

LA UNIDAD EN FORMA DE BOTÓN QUE CONSTITUIRA CADA UNO DE LOS FOLÍCULOS AUMENTA DE TAMAÑO EN FORMA DE PERA.

POSTERIORMENTE SE PIERDE EL PEDÍCULO QUE LA CONECTA AL EXTERIOR POR DONDE PENETRO. SIGUE CRECIENDO Y TOMA LA FORMA DE "COPA" O "EMBUDO" CONOCIDO COMO "VASO DE FLORENCIA".

ÉSTA FORMACIÓN INVAGINA A SU VEZ CIERTA PORCIÓN DE TEJIDO MESODERMICO QUE DESPUÉS CONSTITUIRA LA PAPILA Y MAS TARDE LA DENTINA Y LA PULPA.



Dibujo esquemático que representa un corte del proceso alveolar de un embrión humano, donde se observa la formación del diente, desde la concentración de células del ectodermo y su invaginación en el mesodermo, con los pasos que ilustran la formación del diente de la primera dentición hasta la secuencia de la formación de la segunda dentición.

1) A los seis semanas de vida intrauterina. 2) Ocho semanas. 3) Diez semanas.
 4) Quince semanas. 5) Veinte semanas. 6) Nacimiento. 7) A los tres meses de edad.
 8) Seis meses. 9) Un año. 10) Cuatro años. 11) Ocho años.

A. Epitelio (ectodermo). B. Conjuntiva (mesodermo). C. Concentración de células epiteliales que van a formar el folículo dental. D. Tejido epitelial que dará origen a dientes de la segunda dentición. E. Primera aposición de minerales en la matriz orgánica del esmalte, posteriormente que en la dentina. F. Formación del folículo de la segunda dentición. G. Vaina de Hertwig del diente infantil. H. Movimiento de erupción del diente de adulto.

EL EMBRIÓN DEL DIENTE, O PROPIAMENTE EL ÓRGANO DEL ESMALTE, QUE PROSPERA EN FORMA DE EMBUDO, ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS CAPAS EPITELIALES.

UNA ES DE TEJIDO EXTERNO, QUE ACTÚA COMO CAPA PROTECTORA Y LA OTRA EL EPITELIO INTERNO O GENÉTICO DE LOS AMELOBLASTOS.

EN EL INTERSTICIO DE LOS DOS EPITELIOS SE FORMA UNA "GELATINA" O SEA EL RETÍCULO ESTRELLADO, RICO EN ELEMENTOS NUTRICIOS, MÁS FUNDAMENTE SE ENCUENTRA EL ESTRATO INTERMEDIO, QUE ESTIMULA AL EPITELIO INTERNO, CUYAS CÉLULAS PAVIMENTOSAS VAN A FORMAR LOS BAS-
TONCITOS O PRISMAS DE LA MATRÍZ DEL ESMALTE.

ANTES DE QUE SE EFECTÚE LA MINERALIZACIÓN EXISTEN CAMBIOS EN EL TEJIDO QUE FUE INVAGINADO Y QUE TOMA LA FORMA DE VASO DE FLORENCIA QUE AL TRANSFORMAR LA FUNCIÓN CELULAR PRODUCIRÁN LA DENTINA.

ESTAS CÉLULAS SON LOS ADONTOBLASTOS, DE FORMA PRISMÁTICA QUE PAVIMENTAN LA CARA INTERNA DEL ÓRGANO DEL ESMALTE Y PERTENECEN AL TEJIDO MESODERMICO, LAS CUALES PRODUCEN LA SUSTANCIA COLÁGENA CALCIFICABLE QUE A SU VEZ SE CONVIERTE EN DENTINA.

ESTO SUCEDE CUANDO EMPIEZA A MINERALIZARSE LA DENTINA, POR DEBAJO DEL ÓRGANO DEL ESMALTE LO QUE DA LUGAR A QUE LOS AMELOBLASTOS SE ACTIVEN Y DE PRINCIPIO A LA FORMACIÓN DE LA MATRÍZ ORGÁNICA DEL ESMALTE, LA CUAL CRECE O SE VA ENGROSANDO CONFORME EL EPITELIO INTERNO SE REDUCE O SE RETIRA VA CEDIENDO LUGAR AL NUEVO TEJIDO O SEA EL ESMALTE EN FORMACIÓN (ECTODERMO) QUE AVANZA DESDE LA UNIÓN DENTINA-ESMALTE HACIA EL EXTERIOR, OCUPANDO EL LUGAR DEL ÓRGANO EMBRIONARIO HASTA HACERLO DESAPARECER Y FORMAR ASÍ LA TOTALIDAD DE LA CORONA.

POSTERIORMENTE, Y CUANDO EL PROCESO DE FORMACIÓN DE LA MATRÍZ ORGÁNICA A TERMINADO PRINCIPIA LA CALCIFICACIÓN DE ESTA, EN SENTIDO

INVERSO A SU FORMACIÓN, COMIENZA POR LA CÚSPIDE Y SIGUE HACIA LA PARTE CERVICAL DE LA CORONA.

LA PRECIPITACIÓN DE SALES CALCICAS SE EFECTÚA CONFORME A LA GELATINA O RETÍCULO ESTRELLADO QUE ESTA DENTRO DEL SACO Y QUE CONFORMA AL ÓRGANO DEL ESMALTE, VA PERDIENDO AGUA.

AL SOBREVENIR LA DESECACIÓN LOS CALCOSFERITOS SE ESTABILIZAN Y CRISTALIZAN ENDURECIENDO O MADURANDO DE ESTA MANERA EL ESMALTE.

ENTRE EL TERCERO Y CUARTO MES DE VIDA INTRAUTERINA, PRINCIPIA LA CRISTALIZACIÓN DE SALES DE CALCIO QUE SE ENCUENTRAN DISUELTAS A MUY ALTA CONCENTRACIÓN EN EL MEDIO GELATINOIDE QUE OCUPA ESA RED TISULAR DE ORIGEN COLÁGENO (SOLO EN LA DENTINA), Y QUE SE HA DADO EN LLAMAR MATRÍZ ORGÁNICA DE LA DENTINA Y DEL ESMALTE, ESTO SUCEDE EN LOS DIENTES INFANTILES, COSA SEMEJANTE SUCEDERÁ POSTERIORMENTE CON LOS DIENTES DE ADULTO.

UNA VEZ TERMINADA LA MINERALIZACIÓN DEL ESMALTE, LA CORONA DEL DIENTE SE ENCUENTRA CUBIERTA POR LOS RESTOS DE SU EPITELIO, QUE NO ES OTRA COSA QUE LA CUTÍCULA DEL ESMALTE O MEMBRANA DE NASHMITH FORMADA POR LA REDUCCIÓN DEL ÓRGANO EMBRIONARIO DEL ESMALTE.

LA MINERALIZACIÓN EN EL ESMALTE DA PRINCIPIO EN LOS PUNTOS MÁS SALIENTES, ESTO ES EN LO QUE SERÁN LA CIMA DE LAS CÚSPIDES DE LA CORONA O SEAN LOS LÓBULOS DE CRECIMIENTO.

LA CALCIFICACIÓN SE HACE INDIVIDUAL Y SIMULTANEAMENTE EN LOS LÓBULOS, AL IR AVANZANDO EL PROCESO DE MINERALIZACIÓN EN EL MISMO PLANO, LLEGA UN MOMENTO QUE SE UNEN ESTOS LÓBULOS UNOS CON OTROS Y DE ESTA MANERA SE CONSTITUYE LA CORONA, Y, UNA VEZ TERMINADA, SEGUIRÁ FORMÁNDOSE LA RAÍZ EN UN PROCESO ANÁLOGO. EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DE LA MATRIZ ORGÁNICA DEL ESMALTE Y EN PLENO MOMENTO DE MINERALIZACIÓN, PUEDE SOBREVENIR UN PERÍODO DE DESCANSO EN EL METABOLISMO GENERAL.

POR TAL MOTIVO QUEDA SEÑALADA EN LA SUPERFICIE DE LA CORONA ALGUNA ZONA HIPO - CALCIFICADA QUE ES MARCADA CON UNA PEQUEÑA SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD O UNA SIMPLE MANCHA DEL ESMALTE.

ESTO SUCEDE EN DIENTES DE AMBOS LADOS DEL ARCO, POR OCURRIR LA MINERALIZACIÓN EN LA MISMA ÉPOCA EVOLUTIVA, LO QUE EXPLICA LA EXISTENCIA DE PUNTOS PRECARIOSOS BILATERALES Y EN IGUAL POSICIÓN ANATÓMICA.

DENTICIONES:

DENTICIÓN ES EL CÚMULO DE CIRCUNSTANCIAS QUE OCURREN PARA LA FORMACIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS DIENTES, EN SUS DISTINTAS -- ETAPAS HASTA SU ERUPCIÓN, A FIN DE FORMAR LA DENTADURA.

EXISTEN DOS TIPOS DE DENTICIONES EN EL HOMBRE QUE SON :

LA PRIMERA CONFORMA LA DENTADURA INFANTIL Y CONSTA DE VEINTE DIENTES PEQUEÑOS CUYA FORMA Y TAMAÑO SATISFACEN LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS REQUERIDAS; A ESTOS SE LES LLAMA "DIENTES FUNDAMENTALES O DIENTES INFANTILES".

LA SEGUNDA DENTICIÓN ES LA QUE FORMA LOS DIENTES DE ADULTO, LOS QUE SUSTITUYEN A LOS DIENTES INFANTILES, EN TIEMPO APROPIADO PARA CUBRIR NECESIDADES MAYORES.

DENTADURA INFANTIL:

EL GRUPO DE DIENTES QUE APARECEN EN PRIMER TÉRMINO DURANTE EL PROCESO DE EVOLUCIÓN DEL ORGANISMO, HA SIDO DENOMINADO DE DIFERENTES MANERAS, LO CUAL CONDUCE FRECUENTEMENTE A INTERPRETACIONES ERRÓNEAS QUE REDUNDAN EN PERJUICIO DE LA CONSERVACIÓN SALUDABLE DE ESTOS ÓRGANOS.

EL USO DE ESTA NOMENCLATURA INADECUADA PROVOCA CONFUSIONES LAMENTABLES.

LISTA DE ALGUNOS NOMBRES DADOS A LA PRIMERA DENTICIÓN QUE DEBEN SER ELIMINADOS A PESAR DE SU ARRAIGO GENERAL:

DIENTES DE LECHE. - ANTIGUAMENTE SE LES LLAMO DE ESTA MANERA DEBIDO AL COLOR LECHOSO Y ADEMÁS PORQUE SALEN EN LA ÉPOCA DE LA LACTANCIA

DIENTES MAMONES. - PORQUE EN OCASIONES PROVOCAN EN EL NIÑO CIERTOS PRURITOS QUE LES OBLIGAN A CHUPAR, MAMAR O MORDERSE CUANTO ENCUENTRAN A MANO.

DIENTES CADUCOS. - PORQUE AL CUMPLIR EL TIEMPO NORMAL DE SU FUNCIÓN SE MUDAN POR LOS PERMANENTES.

DIENTES DECIDUOS. - (DEL LATÍN DECIDERE, CAER) MUY FRECUENTEMENTE LLAMADOS DE ESTA MANERA EN EL IDIOMA INGLES.

DIENTES TEMPORALES. - ESTE NOMBRE ES EL MÁS CONVENIENTE DE TODOS LOS DE ESTA DENTADURA INFANTIL PORQUE DA LA IDEA DE PROVISIONALIDAD DE Poca IMPORTANCIA O DE QUE NO DEBEN TOMARSE EN CUENTA. ALGUNAS VECES SE HA LLEGADO A DESIGNARLA DENTICIÓN PROVISIONAL, TAN INADECUADA COMO LA ANTERIOR.

LO IMPROPIO DE ESTAS DENOMINACIONES ES QUE SU INTERPRETACIÓN HACE SUPONER ENTRE EL PÚBLICO, QUE TIENE EN REALIDAD MENOR TIEMPO DE AC TUACIÓN Y ESTA PRIMERA DENTADURA CARECE DE IMPORTANCIA POR EL HE CHO DE QUE SERAN REEMPLAZADOS POR DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN O SEAN LOS DIENTES DE ADULTO.

ES LÓGICO PENSAR QUE SI SE LES NOMBRE "TEMPORALES", ES PORQUE TIENEN MUY CORTA VIDA DE TRABAJO Y PRONTO SERÁN REPUESTOS EN SU FUN CIÓN; DE TODOS MODOS EL NOMBRE QUE SE HA ENSEÑADO, AL PÚBLICO USAR

PARA DESIGNAR A LA DENTADURA INFANTIL DA LUGAR A QUE A MENUDO SE -
ENCUENTRAN NIÑOS CON DIENTES AFECTADOS, POR CARIES, QUE CONVIERTEN
SU BOCA EN UN VERDADERO FOCO DE INFECCION CAPÁZ DE PONER EN PELI -
GRO HASTA SU VIDA.

LA DENTADURA INFANTIL O ALGUNAS UNIDADES DE ELLA, ALCANZAN HASTA -
DIEZ AÑOS DE VIDA EN FUNCIONES, Y ESTE ES UN LAPSO QUE CUBRE POR -
COMPLETO LA EDAD INFANTIL, POR LO QUE NO ES CORRECTO NOMINAR A ES -
TOS PEQUEÑOS ÓRGANOS DENTARIOS QUE HAN SERVIDO TODA ESTA ÉPOCA, CO -
MO TEMPORALES.

LOS ANTERIORES CONCEPTOS SON ALGUNOS DE LOS MUCHOS MOTIVOS QUE PUE -
DEN ADUCIRSE PARA ELIMINAR ESTA VICIOSA NOMENCLATURA.

DIENTES INFANTILES O FUNDAMENTALES. - ES LA NOMINACIÓN CORRECTA DE
LAS UNIDADES DE ESTA PEQUEÑA DENTADURA FORMADA EN LA PRIMERA DENTI -
CIÓN, ADEMÁS DE LA CONDICIÓN DE APARECER EN PRIMER TÉRMINO Y CONS -
TITUIR EL APARATO MASTICATORIO DEL NIÑO, SON COMUNES A LOS DIENTES
DE LA PRIMERA DENTICIÓN OTRAS CARACTERÍSTICAS, TALES COMO, TAMAÑO
COLOR Y FORMA.

ÉSTOS PEQUEÑOS DIENTES COINCIDEN ARMONICAMENTE CON EL TAMAÑO DE LA
BOCA, CON LOS HUESOS Y CON TODO EL CONJUNTO ANATÓMICO DURANTE EL -
PERÍODO DE VIDA EN QUE CUMPLEN SU FUNCIÓN.

SU COLOR BLANCO LECHOSO LIGERAMENTE AZULADO LOS DEFINE A TODOS ASÍ
COMO SU FORMA ESTRANGULADA EN LA REGIÓN DEL CUELLO, ALGUNAS OTRAS
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES.

EN ODONTOLOGÍA ES ESENCIAL EL CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS FUNDA -
MENTALES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA LA PREVENCIÓN, INTERCEP -
CIÓN Y CORRECCIÓN DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES.

EL CRECIMIENTO DEL ORGANISMO ES COMPLEJO, POR EL RITMO DE PROGRESO
EVOLUTIVO QUE VARÍA EN FORMA CONSIDERABLE, COMO EJEMPLO EL CRECI -
MIENTO DEL CEREBRO QUE ES NOTABLE DURANTE EL TIEMPO DE VIDA FETAL.

DESPUÉS DEL NACIMIENTO EL CRECIMIENTO CRANEOFACIAL TAMBIÉN ES SOBRESALIENTE.

EN 1932, APARECIÓ LA CEFALOMETRÍA, DE ESTA MANERA, ES POSIBLE ANALIZAR CON UN ALTO GRADO DE PRECISIÓN, LAS RADIOGRAFÍAS LATERALES Y LAS POSTEROANTERIORES.

EN 1937, BROADBENT IMPULSÓ LAS MEDICIONES RADIOGRÁFICAS DEL TAMAÑO FORMA Y UBICACIÓN DE LOS HUESOS.

LA TÉCNICA DE ANÁLISIS DE CRECIMIENTO, CONSISTE EN LA TOMA SUCESIVA DE RADIOGRAFÍAS LATERALES (CEFALOMETRÍA) DEL MISMO PACIENTE ANALIZANDO SU CRECIMIENTO MEDIANTE LA MEDICIÓN DE CADA HUESO Y SU RELACIÓN CON LOS HUESOS ADYACENTES (CEFALOMETRÍA),

OBTENIENDO SUCESIVAMENTE ESTAS MEDICIONES DE LAS PLACAS, SE SUPERPONEN TOMANDO COMO PUNTOS FIJOS: SILLA TURCA - NASIÓN DE LA BASE CRANEANA Y EL AUMENTO DE LA LONGITUD ABSOLUTA, INDICARÍA EL CRECIMIENTO ENTRE ESOS DOS PUNTOS.

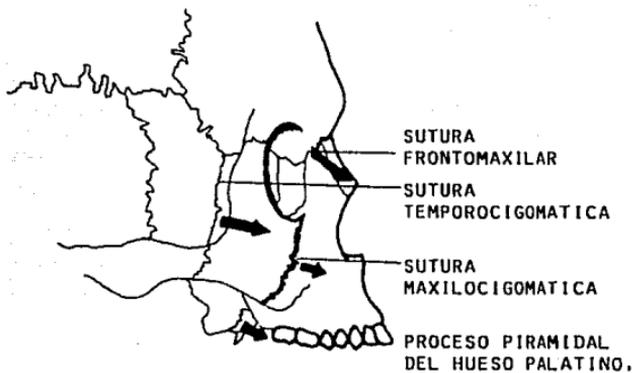
MAXILAR SUPERIOR.- EL CRECIMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR ES EN DIRECCIÓN FRONTAL, INFERIOR DE ACUERDO A LOS PUNTOS PRINCIPALES DEL CRECIMIENTO QUE SE ENCUENTRAN CASI PARALELAS ENTRE SI Y QUE SON LAS SIGUIENTES SUTURAS:

SUTURA FRONTOMAXILAR, SUTURA TEMPOROCIGOMÁTICA, SUTURA MAXILOCI-
GOMÁTICA Y PROCESO PIRAMIDAL DEL HUESO PALATINO.

MAXILAR INFERIOR.- EL PATRÓN DE CRECIMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR SEGÚN EL CONCEPTO NORMAL CORRESPONDE A UNA REABSORCIÓN ANTERIOR EN LA RAMA ASCENDENTE Y APÓSITO EN LA POSTERIOR, CON AUMENTO EN DIRECCIÓN ANTEROPOSTERIOR DEL CÓNDILO.

EL CRECIMIENTO APOSICIONAL DEL HUESO ALVEOLAR AUMENTA LA DIMENSIÓN SUPEROINFERIOR DE LA MANDÍBULA. LA PROMINENCIA DEL MENTÓN SE DEBE NO POR DEPÓSITO DE HUESO SINO MEDIANTE LA REABSORCIÓN ÓSEA EN EL -

LAS FLECHAS INDICAN LA DIRECCION DEL CRECIMIENTO



PUNTO DE REFERENCIA CEFALOMÉTRICA UBICADA ENTRE LA CRESTA Y EL -
ÁPICE DENTAL.

DENTINOGENESIS:

NO SE CONOCE CLARAMENTE EL PAPEL PRECISO DE LOS ODONTOBLASTOS EN LA DENTINOGENESIS. ALGUNOS CREEN QUE FORMA DENTINA, OTROS OPINAN QUE PREVEE SU NUTRICIÓN.

SE PUEDE PREDECIR IMPEDIMENTO A LA DENTINOGENESIS CUANDO LOS ODONTOBLASTOS Y LAS FIBRAS DE VON KORFF SE CONGREGAN CERCA DE LA MEMBRANA PREFORMATIVA DE MODO QUE SE OSCURECEN LA ZONA DE WEIL ANTES ESCASA EN CÉLULA.

LOS ODONTOBLASTOS FUNCIONAN EN LA SÍNTESIS DE PROTEINAS, COMO INDICA SU COMPLEJO DE GOLGI ACTIVO Y LA APRECIABLE CANTIDAD DE RNA CITOPASMÁTICO.

JUSTAMENTE ANTES DE LA FORMACIÓN DE DENTINA, LOS ODONTOBLASTOS DESARROLLAN GLUCOPROTEINA, QUE PODRÍA ESTAR RELACIONADO CON LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL.

MUCHAS INVESTIGACIONES HISTOQUÍMICAS INFORMAN DE LA PRESENCIA DE VARIOS Y DIVERSOS COMPUESTOS EN LA CAPA ODONTOBLÁSTICA EN DESARROLLO, COMO SON; MUCOPOLISACARIDOS, ACIDOS, FOSFATASA ALCALINA, FOSFATASA ÁCIDA, ÁCIDO NUCLEICO, LÍPIDOS, GRUPO SULFHIDRICO Y ÁCIDO ASCORBICO.

LA FORMACIÓN DE DENTINA VA SIEMPRE PRECEDIDA DE APOSICIÓN PREDENTINAL, EL TEJIDO INTERNO RADEADO POR ESMALTE Y PROTEGIDO POR EL - CORRESPONDE A LA DENTINA, Y SE JUZGA COMO PORCIÓN CALCIFICADA DE LA PULPA.

DE ESTA MANERA SE ADVIERTE QUE LA PULPA TIENE DOS ASPECTOS FÍSICOS, EL DURO O MINERALIZADO Y EL OTRO EN ESTADO ACTIVO, CON POSIBILIDAD DE MINERALIZARSE EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERE Y NO ES OTRA COSA SINO EL RESTO DE LO QUE FUÉ LA PAPILA DENTINARIA DE ORIGEN MESODÉRMICO, QUE REPRESENTA EL TEJIDO CONJUNTIVO.

ES INTERESANTE CITAR ESTA TEORÍA SOLO PORQUE CONSIDERA A LA DENTINA COMO PULPA CALCIFICADA, QUE TIENE POSIBILIDAD PARA DEFENDERSE ANTE UNA AGRESIÓN PERO QUE TAMBIÉN RESISTE A LA INFECCIÓN. CUANDO ES NECESARIO INTERVENIR EN CLÍNICA OPERATORIA SOBRE DENTINA SE REQUIERE DE TOMAR PRECAUCIONES ADECUADAS Y TRATARLO COMO TEJIDO VIVO, CON CARACTERÍSTICAS SEMEJANTES A OTROS CONJUNTOS TISULARES DEL ORGANISMO.

RESUMIENDO; LA DENTINA ES EL PRINCIPAL TEJIDO FORMADOR DEL DIENTE CONSTITUIDA EN SU MAYOR PARTE POR LA MINERALIZACIÓN DE UNA SUSTANCIA FUNDAMENTAL QUE GUARDA EN SU INTERIOR TUBITOS DENOMINADOS "CONDUCTILLOS O TÚBULOS DENTINARIOS".

PUEDE CONSIDERARSE VARIOS ESTADOS DE LA DENTINA, SEGÚN LA INTENSIDAD DE SU CALCIFICACIÓN, SE FORMA O CALCIFICA ANTES DE LA ERUPCIÓN DEL DIENTE PRINCIPIA POR LA PORCIÓN CORONARIA Y CONTINÚA SIN INTERRUPCIÓN HASTA TERMINAR LA FORMACIÓN DE LA RAÍZ. CUANDO ES ESTIMULADA POR ALGÚN CUERPO O MEDIO EXTRAÑO, SE MINERALIZA PARA CONTRARRESTAR DICHA AGRESIÓN.

LA DENTINA ES TEJIDO CELULAR MUY SENSIBLE QUE REACCIONA POSITIVAMENTE CALCIFICÁNDOSE ANTE LOS ESTÍMULOS PROVOCADOS, CUALIDAD QUE EN LA ACTUALIDAD SIRVE DE BASE PARA SU TERAPEUTICA.

AMELOGENESIS:

SE PUEDE CONSIDERAR QUE LA AMELOGÉNESIS OCURRE EN DOS FASES SOBRESALIENTES.

1).- FORMACIÓN DE MATRIZ ORGÁNICA Y

2).- MADURACIÓN DEL ESMALTE.

SE CREE QUE LOS AMELOBLASTOS ELABORAN MATRÍZ DEL ESMALTE LA CUAL - SE CALCIFICA EXTRACELULARMENTE.

LA CALCIFICACIÓN COMIENZA EN LA PERIFERIA DE CADA PRISMA, DURANTE LA MADURACIÓN SON ELIMINADOS MATERIA ORGÁNICA Y LÍQUIDO, Y EN EL ESMALTE EN DESARROLLO ENTRAN SALES DE CALCIO AL PARECER POR MEDIO DEL ÓRGANO DENTAL EPITELIAL.

LA CRISTALIZACIÓN INORGÁNICA COMIENZA DESPUÉS DEL DEPÓSITO INICIAL DE LA MATRÍZ DE ESMALTE ORGÁNICA. PROSIGUE EL CRECIMIENTO DE CRISTALES DE APATITA Y APARECEN SUBSIGUIENTEMENTE CRISTALES DE APATITA MADUROS. EN EL ESMALTE MADURO, LA MATERIA ORGÁNICA HA SIDO REEMPLAZADA CASI POR COMPLETO POR UNA MATRÍZ CALCIFICADA.

CEMENTOGENESIS:

LA CEMENTOGÉNESIS CONSISTE EN LA FORMACIÓN DE UNA CAPA CEMENTOIDE NO CALCIFICADA Y SU TRANSFORMACIÓN SUBSIGUIENTE EN CEMENTO CALCIFICADO EL PROCESO SUGUIERE ANALOGÍA CON LA FORMACIÓN DE DENTINA Y DE HUESO.

LA FORMACIÓN DE DENTINA EN LA RAÍZ ESTÁ INFLUIDA POR LA VAINA EPITELIAL DE HERTWING, LA CUAL DURANTE UN TIEMPO SEPARA LA DENTINA DE LA RAÍZ DEL SACO DENTAL CIRCUNDANTE. A MEDIDA QUE DEGENERA LA VAINA EPITELIAL, SE OBSERVAN CÉLULAS DE LA ZONA INTERNA DEL SACO DENTAL CERCA DE LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ. ESTAS CÉLULAS SE DIFERENCIAN EN CÉLULAS CUBOIDES, LOS CEMENTOBLASTOS, LAS CUALES ELABORAN TEJIDO CEMENTOIDE, LA FORMACIÓN DE CEMENTO VA SIEMPRE PRECEDIDA DEL DEPÓSITO DE UNA CAPA FINA DE TEJIDO CEMENTOIDE.

LAS FIBRAS DEL SACO DENTAL SIRVEN AL PARECER COMO FUENTE DE COLÁGENA PARA LA FORMACIÓN DE LAS FIBRILLAS DE COLÁGENA DE LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL. CEMENTOIDE, LA CALCIFICACIÓN IMPLICA UNA DESPOLIMERIZACIÓN DE LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL

LA INCORPORACIÓN DE FOSFATO DE CALCIO Y EL DEPÓSITO DE CRISTALES - DE APATITA A LO LARGO DE LAS FIBRILLAS DE COLÁGENO.

FIBRAS DE LIGAMENTO PARODONTAL CORREN POR EL CEMENTO Y EN EL HUESO ALVEOLAR EN DONDE RECIBEN EL NOMBRE DE FIBRAS DE SHARPEY, CEMENTO, LIGAMENTO PARODONTAL Y HUESO ALVEOLAR FORMAN EL SOPORTE DEL DIENTE ES INTERESANTE QUE LAS CÉLULAS DE LA ZONA PERIFÉRICA DEL SACO DENTAL SE DIFERENCIAN PARA CONVERTIRSE EN OSTEÓBLASTOS DEL PERIOSTIO DEL ALVEOLO.

EL CEMENTO PUEDE CLASIFICARSE COMO CELULAR O ACELULAR PERO NO HAY DIFERENCIA ENTRE LAS DOS CLASES.

MECANISMO DE MINERALIZACIÓN:

EL MECANISMO DE CALCIFICACIÓN DEL DIENTE, PUEDE EXPLICARSE DE LA SIGUIENTE MANERA; EN EL INTERIOR DE UN FOLÍCULO DENTAL EN ESTADO ACTIVO, PUEDEN ENCONTRARSE, DENTRO DEL MEDIO AMBIENTE EN EL QUE SE LOCALIZA LA MATRIZ ORGÁNICA, UN LÍQUIDO QUE CONTIENE DISUELTA GRAN CANTIDAD DE SALES MINERALES, SOBRE TODO CALCIO.

ESTE MEDIO AL IR PERDIENDO HUMEDAD VA CONCENTRANDO SU CONTENIDO - HASTA SATURARLO, POR LO QUE EN UN MOMENTO DADO SE PRECIPITA Y CRISTALIZA BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS QUE OCURREN.

ÉSTAS PUEDEN SER: ADEMÁS DE LA CONCENTRACIÓN O SATURACIÓN DE SALES MINERALES, LA ÉPOCA DE DESARROLLO, LA ACTIVIDAD EVOLUTIVA Y LA PRESENCIA DE ENZIMAS (FOSFATASA) QUE ES LA QUE DETERMINA LA PRECIPITACIÓN DE DICHAS SALES MINERALES.

LA INTERPOSICIÓN DE LA PRIMERA CAPA CALCIFICADA DE DENTINA ENTRE - EL TEJIDO DE ORIGEN MESODÉRMICO Y EL ECTODÉRMICO, PRODUCE UNA DESECACIÓN POR FALTA DE LÍQUIDO, QUE SIRVE DE ESTÍMULO NATURAL PARA - ACELERAR LA EVOLUCIÓN DE LOS ELEMENTOS EN ESTADO EMBRIONARIO, QUE SE ESTÁN DIFERENCIANDO PARA CONFORMAR EL ESMALTE.

LA MINERALIZACIÓN DEL ESMALTE SE LLEVA A EFECTO DE FUERA A ADENTRO SE PRODUCEN LOS PRIMEROS DEPÓSITOS DE CALCIO EN EL POLO OPUESTO DEL CRECIMIENTO DE LOS BASTONCITOS O MATRÍZ DEL ESMALTE, TAMBIÉN SE HA DICHO QUE SE FORMARON A EXPENSAS DEL ESPACIO QUE OCUPÓ EL RETÍCULO ESTRELLADO.

EL MECANISMO DE CALCIFICACIÓN OPERA AL MISMO TIEMPO EN AMBOS LADOS DE LA ARCADEA, Y QUE PROCEDE EN LA MISMA FORMA EN LOS DOS EMBRIONES DE LOS DIENTES HOMÓNIMOS Y EN IDÉNTICO LUGAR DE SU ANATOMÍA DERECHA E IZQUIERDA, PUEDE SER ESTA UNA DE LAS CAUSAS DETERMINANTES DE QUE EXISTAN FALLAS DE CALCIFICACIÓN EN EL MISMO LUGAR, Y QUE POSTERIORMENTE SOBREVenga PROCESO CARIOSO COMO ES COMÚN ENCONTRAR EN TODAS LAS BOCAS,

EL ESMALTE Y LA DENTINA TIENEN ALGUNAS DIFERENCIAS EN SU EVOLUCIÓN Y EN LA FORMACIÓN, POR EJEMPLO:

EN LA DENTINA LOS ODONTOBLASTOS SOLO DEJAN UN FILAMENTO DENTRO DE LA MASA CALCIFICADA O SEA LOS CANALÍCULOS DE TOMES, Y LAS CÉLULAS SE RETIRAN HACIA EL CENTRO DE LA PULPA, EN CAMBIO LOS AMELOBLASTOS DAN LUGAR A LA FORMACIÓN DE LOS BASTONCITOS O PRISMAS DE CONSTITUCIÓN TRABECULAR QUE FORMA LA MATRÍZ ORGANICA DEL ESMALTE, DENTRO DE LA CUAL SE VA A DEPOSITAR LAS SALES DE CALCIO QUE AL PRECIPITARSE SE FORMAN CRISTALES DE APATITA QUE CONSTITUYEN LOS PRISMAS DEL ESMALTE. EN ESTE CASO LA MATRÍZ FORMADA POR LA MISMA CÉLULA EMBRIONARIA, DE MATERIAL PROTÉICO NO COLÁGENO ES LA QUE QUEDA MINERALIZADA Y EL RESTO DE TEJIDO EPITELIAL ES EMPUJADO HACIA AFUERA (DE LA CORONA) Y FORMA LO QUE SE CONOCE COMO CUTÍCULA DEL ESMALTE O EPITELIO REDUCIDO DEL ESMALTE.

EN EL CEMENTO, EL CASO ES DISTINTO, LA CÉLULA FORMADORA DEL CEMENTO O SEA EL CEMENTOBLASTO, ES DE ORIGEN COLÁGENO, PRODUCE UN MEDIO CALCIFICABLE, Y AL VERIFICARSE LA CRISTALIZACIÓN DE LAS SALES MINERALES EN SUSPENSIÓN, LA CÉLULA QUEDA DENTRO DEL TEJIDO ENDURECIDO PERO SIN QUE SUFRA NINGÚN CAMBIO INTRÍNSECO, COMO EL AMELOBLASTO QUE FORMA PARTE DEL ESMALTE.

EN EL CEMENTO ACELULAR LOS CEMENTOBLASTOS SE RETIRAN HACIA AFUERA Y EN ESTE CASO SE ENCUENTRA FORMANDO PARTE DEL TEJIDO O MEMBRANA PARODONTAL.

EN EL PROCESO DE MINERALIZACIÓN QUEDAN ATRAPADAS POR EL CEMENTO - LAS FIBRAS DE SHARPEY QUE VIENEN DEL PARODONTO Y SIRVEN PARA UNIR BIOLÓGICAMENTE EL CEMENTO Y EL LIGAMENTO PARODONTAL QUE A SU VEZ SE FIJA EN LA PARED INTERNA DEL ALVEOLO.

VAINA DE HERTWING:

LA VAINA DE HERTWING ES EL CEMENTO, QUE SIRVE DE GUÍA O MOLDE A LA RAÍZ PARA SU CONSTITUCIÓN, EL ESPACIO QUE DEJA EN EL FONDO DEL - ALVEOLO, EL DIENTE AL REALIZAR SU MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN ES UTILIZADO PARA TAL OBJETO; MIENTRAS MÁS PROFUNDA ES LA POSICIÓN DE LA VAINA EN EL ALVEOLO ES MENOR SU DIÁMETRO, RAZÓN POR LA CUAL LA -- RAÍZ TOMA FORMA CONOIDE CUYO VÉRTICE ES EL ÁPICE.

LA MINERALIZACIÓN DE LA RAÍZ ES MUY LENTA, EN OCASIONES TERMINA - HASTA DOS O MÁS AÑOS DESPUÉS DE LA ERUPCIÓN DEL DIENTE,

UNA VEZ QUE LA RAÍZ SE HA FORMADO, LA VAINA DE HERTWING VA PERDIENDO SU FUNCIÓN Y LLEGA A SEGMENTARSE, QUEDANDO ALGUNAS PORCIONES DE TEJIDO EPITELIAL APRISIONADAS POR EL PARODONTO, LAS QUE SE CONOCEN COMO RESTOS O NIDOS EPITELIALES DE MALASSEZ Y SE LES ATRIBUYE POSIBILIDADES DE PROVOCAR PROLIFERACIONES, MALFORMACIONES TUMORALES O QUISTES DE DIVERSAS CLASES.

COMO UNA RECOPIACIÓN DE LO EXPUESTO, PUEDE DECIRSE QUE EL FOLÍCULO DENTARIO ESTÁ FORMADO POR EL ÓRGANO DEL ESMALTE, DE ORIGEN ECTODÉRMICO Y PRODUCE TEJIDO ADAMANTINO, EN SU EXPOSICIÓN, TOMA LA FORMA DE UN CAPELO EN CUYO INTERIOR SE ENCUENTRA LA PAPILA DENTINARIA, QUE ES DE ORIGEN MESODÉRMICO Y FORMARÁ LA DENTINA DE LA PULPA.

POR ÚLTIMO SE ENCUENTRA EN EL SACO DENTARIO LA VAINA DE HERTWING O SEA LA CAPSULA QUE SERVIRÁ DE MOLDE PARA LA CONFORMACIÓN DE LA -- RAÍZ, AL MISMO TIEMPO QUE LA VAINA DE HERTWING, DA LUGAR A LA FORMACIÓN DE LA DENTINA RADICULAR, SE PROPICIA LA CONSTITUCIÓN DEL LI GAMENTO PARODONTAL; YA SE DIJO QUE EL LIGAMENTO PARODONTAL TIENE UNA DOBLE FACULTAD; EL DE PRODUCIR CEMENTO SOBRE LA DENTINA DE LA RAÍZ Y TAMBIÉN HUESO EN LA PARTE INTERNA DEL ALVEOLO.

R. B. BRITHWAITE (1900 -)

LAS CUMBRES DE LA CIENCIA (TEORICA)
APARENTEMENTE, ESTAN FLOTANDO EN LAS NUBES
PERO FUNDAMENTOS DESCANSAN EN LOS SÓLIDOS
HECHOS DE LA EXPERIENCIA.

CAPITULO No. 2

CRONOLOGIA DE LA ERUPCION

EL CAMBIO DE LA DENTICIÓN O MUDA DE LOS DIENTES ES UN PROCESO FISIOLÓGICO LENTO , CON EL QUE LA NATURALEZA RESUELVE, ENTRE OTROS, EL PROBLEMA DIMENSIONAL EN LA CONTINUIDAD DEL ARCO DENTARIO QUE SE PROVOCA AL CRECER EL ESQUELETO.

ALREDEDOR DE LOS CUATRO AÑOS, LAS RAICES DE LA DENTADURA INFANTIL ESTÁN TOTALMENTE FORMADAS. ES EL ÚNICO MOMENTO EN QUE SE LES ENCUENTRA COMPLETAS.

EN ESTA EDAD EL SACO DENTARIO HA CONCLUIDO SU ACTUACIÓN AL DAR TÉRMINO A LA FORMACIÓN DEL ÁPICE DE LOS CUERPOS RADICULARES.

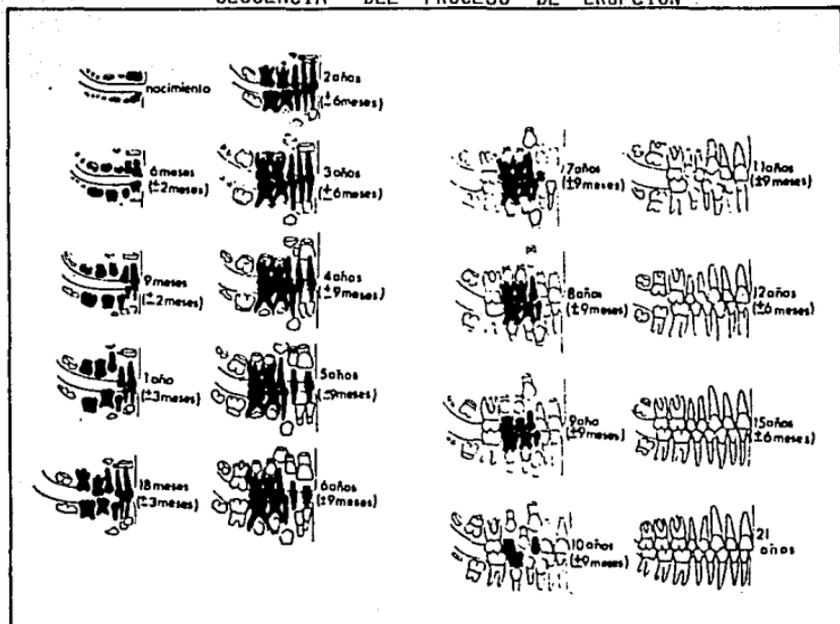
TAMBIÉN A ESTA EDAD LA DENTADURA ADULTA CASI HA TERMINADO DE MINERALIZAR LA CORONA (EN LOS ANTERIORES) Y PRINCIPIA EL MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN, DANDO LUGAR AL INICIO DE TODOS LOS FENÓMENOS QUE SE EFECTÚAN CON TAL MOTIVO.

LOS MUSCULOS MASTICADORES DEL NIÑO VAN TOMANDO MÁS FUERZA, CONSECUENTEMENTE EL IMPACTO MASTICATORIO ES MAYOR. EN ESTA ÉPOCA EL APARATO DIGESTIVO INFANTIL VA SIENDO GRADUALMENTE DE MÁS CAPACIDAD FUNCIONAL, Y LOGICAMENTE, LOS ALIMENTOS REQUIEREN DE MEJOR TRITURACIÓN. POR MOTIVO DEL TRABAJO DE MASTICACIÓN EXISTE MAYOR DESGASTE EN LAS ÁREAS DE TRABAJO DE LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN.

EL DESARROLLO DEL PROCESO ALVEOLAR EN LA REGIÓN DISTAL, AMPLÍA EL LUGAR PARA QUE ESTE SEA OCUPADO POR EL PRIMER MOLAR DE LA SEGUNDA DENTICIÓN, EN CADA CUADRANTE.

EN LA PARTE ANTERIOR DEL ARCO, AL AUMENTAR SU TAMAÑO POR CRECIMIENTO, DA LUGAR AL HECHO DE QUE LOS DIENTES ANTERIORES DE LA PRIMERA DENTICIÓN SE SEPARAN UNOS DE OTROS, FORMÁNDOSE UNOS PEQUEÑOS DIÁSTEMAS QUE CUBREN LA TOTALIDAD DEL ESPACIO QUE LES RODEA.

SECUENCIA DEL PROCESO DE ERUPCION



YA SE HA EXPLICADO QUE AL EFECTUARSE EL DESARROLLO DEL FOLÍCULO -
DENTARIO SE REALIZA UN MOVIMIENTO QUE SE TRADUCE EN AUMENTO DE VO
LÚMEN, CONCORDANDO CON EL CRECIMIENTO DEL HUESO Y QUE TODA ESTA -
EVOLUCIÓN OBEDECE A UNA LEY NATURAL.

CUANDO LA CORONA DEL DIENTE HA LLEGADO A SU COMPLETA FORMACIÓN -
INICIAL EL MOVIMIENTO EN SENTIDO AXIAL HACIA EL EXTERIOR, A ESTE
SE LE LLAMA MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN.

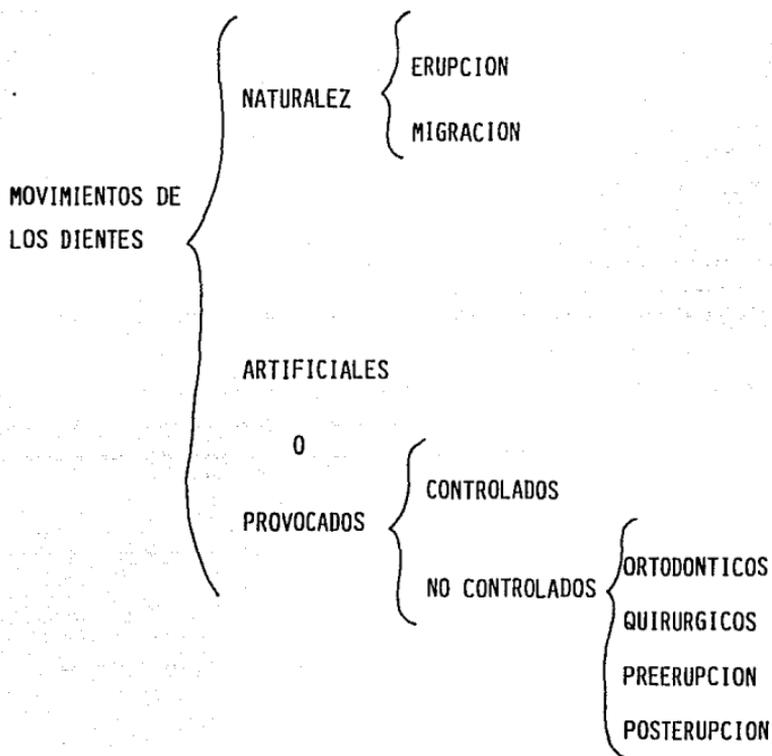
AL SOBREVENIR EL MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES DE ADULTO
EL HUESO ALVEOLAR SE DESORGANIZA Y SE REABSORBE, SUCEDIENDO COSA
ANÁLOGA CON LAS RAÍCES DE LOS DIENTES INFANTILES.

PARA TAL EFECTO APARECE UNA ZONA DE CÉLULAS (OSTEOCLASTOS) QUE -
REALIZAN LA DESTRUCCIÓN DE TEJIDO, PRODUCIENDOSE UN ESPACIO QUE -
ES OCUPADO POR EL DIENTE EN MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN.

LOS FOLÍCULOS DENTARIOS DE LOS DIENTES ANTERIORES DE LA SEGUNDA -
DENTICIÓN ESTÁN COLOCADOS EN POSICIÓN LINGUAL DE LAS RAICES DE LA
DENTADURA INFANTIL. AL MINERALIZARSE Y TENER INTIMIDAD DE CONTACTO
CON LA RAÍZ, ESTA SE DESORGANIZA Y LA HISTOLÍISIS DA PRINCIPIO
PRECISAMENTE EN DICHO PUNTO DE CONTACTO, DEL BORDE INCISAL DE LA
CORONA, CON LA RAÍZ DEL DIENTE QUE VA A SER SUSTITUIDO.

EL MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN DE LA SEGUNDA DENTICIÓN SE VA ORIENTAN-
DO DE TAL MANERA QUE LA CORONA DEL DIENTE SIGUE AVANZANDO AXIAL -
MENTE Y SE COLOCA EN POSICIÓN APICAL DEL QUE VA A REEMPLAZAR SU -
CAIDA, INSTALÁNDOSE INMEDIATAMENTE EN SU LUGAR.

MOVIMIENTOS DE ERUPCION



SE DIJO QUE EL MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN EN LA DENTADURA INFANTIL ES MUCHO MÁS RÁPIDO, PORQUE EL FOLÍCULO SOLO ESTÁ CUBIERTO POR TEJIDO TEGUMENTARIO, SIN QUE EXISTA HUESO POR ENCIMA DE LA CARA OCLUSAL O BORDE INCISAL.

LA FORMA DE LOS DIENTES INFANTILES DIFIERE LIGERAMENTE, EN RASGOS GENERALES DE LOS DIENTES DE ADULTO, LA CORONA ES MÁS PEQUEÑA Y REDONDEADA. LAS CÚSPIDES MÁS AGUDAS Y LOS BORDES MÁS AFILADOS. EL ESMALTE QUE LAS CUBRE TIENE UN GROSOR UNIFORME. ES PROBABLE QUE POR ESTA RAZÓN SE VEAN MÁS TRANSLÚCIDAS Y DE COLOR BLANCO LECHOSO. LA DENTINA ES MUY DELGADA SI SE LE COMPARA CON EL GROSOR DE LAS PA REDES DENTINARIAS DE LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN.

SE RECONOCE EN ELLA QUE POSEE UNA GRAN FLEXIBILIDAD, PERO MENOR MI NERALIZACIÓN. LA CÁMARA PULPAR ES MUY GRANDE COMPARADA CON LOS -- DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN. HAY Poca ACTIVIDAD EN ELLA PARA - PRODUCIR DENTINA DE DEFENSA ESTO SE DEBE PROBABLEMENTE A LA MUCHA ACTIVIDAD QUE EXISTE EN TODO EL ORGANISMO.

PUESTO QUE ES EL MOMENTO DE DESARROLLO Y SE ESTÁ MINERALIZANDO TO- DO EL ESQUELETO Y ADEMÁS LAS DOS DENTICIONES.

EL CUELLO DE ESTOS DIENTES NO ES FUERTEMENTE ESTRANGULADO Y DE FOR MA ANULAR Y HOMOGÉNEA. NO TIENE FESTONES EN LAS CARAS PROXIMALES EL CONOCIMIENTO DE LA FORMA Y POSICIÓN DEL CUELLO, ASÍ COMO LAS RE LACIONES QUE TIENE CADA DIENTE CON LA CORONA (SOBRE TODO EN LOS - POSTERIORES).

ES IMPORTANTE EN CLÍNICA OPERATORIA CUANDO ES NECESARIO HACER UNA RECONSTRUCCIÓN, EN LA QUE SE DEBE CUIDAR LA REGIÓN CERVICAL. EL - CUELLO ANATÓMICO ESTÁ LIMITADO POR LA TERMINACIÓN BRUSCA DEL ESMAL TE EL QUE NUNCA SE EXPONE AL EXTERIOR EN CASOS NORMALES. LA CORONA CLÍNICA SIEMPRE ES MÁS PEQUEÑA QUE LA ANATÓMICA, AUNQUE NO SE DE - BEN HACER AFIRMACIONES CATEGÓRICAS PORQUE SE PRESENTAN EXCEPCIONES CON ESTO SE QUIERE INDICAR QUE EL CUELLO DE ESTOS DIENTES FORMA -

PARTE DE LA RAÍZ Y QUE ESTÁ CUBIERTO POR LA ENCÍA. EN LOS DIENTES ANTERIORES EL TRONCO SE CONTINÚA CON LA RAÍZ Y FORMA UN SOLO CUERPO.

EN LOS MOLARES LA BIFURCACIÓN DE LOS CUERPOS RADICULARES SE EFECTÚA INMEDIATAMENTE EN EL CUELLO. NO EXISTE EL TRONCO RADICULAR - PROPIAMENTE DICHO.

ESTA FORMA DE RAÍZ ES OBLIGADA PORQUE EL ESPACIO INTERRADICULAR SE ENCUENTRA EN EL FOLÍCULO DE UN PREMOLAR QUE EN ESE LUGAR SE DESARROLLA.

LA FORMA DE LA RAÍZ ES MUY ESPECIAL EN CADA DIENTE. EN LOS ANTERIORES TIENE FORMA DE BAYONETA, CON EL ÁPICE INCLINADO HACIA LABIAL. LA DE LOS POSTERIORES ES MUY APLANADA Y ANCHA, COMO UNA VERDADERA LÁMINA.

LAS DIFERENCIAS DE FORMA ENTRE LAS DOS DENTADURAS SE EXPRESAN EN GENERAL, A CONTINUACIÓN EN UNA LISTA COMPARATIVA:

- 1.- SON DE MENOR VOLÚMEN.
- 2.- EL ESTRANGULAMIENTO DE LA REGIÓN CERVICAL SE HACE POR LA TERMINACIÓN BRUSCA DEL ESMALTE
- 3.- EL CUELLO ES CONTINUADO, DE FORMA ANULAR, NO EXISTE EL FESTONEO DE LA LÍNEA CERVICAL Y SOLO SE ADVIERTE EN LAS CARAS VESTIBULARES DE LOS PRIMEROS MOLARES, SUPERIOR E INFERIOR.
- 4.- EL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE ES EL MISMO EN CORONA Y RAÍZ.
- 5.- LA CORONA DE LOS ANTERIORES NO SUFRE DESGASTE EN LAS CARAS PROXIMALES. A MEDIDA QUE SE PRODUCE EL DESARROLLO SE FORMAN PEQUEÑOS DIASTEMAS O SEPARACIONES ENTRE UNO Y OTRO DIENTE, DEBIDO AL CRECIMIENTO DEL ARCO.

- 6.- LA IMPLANTACIÓN DE LOS DIENTES SE REALIZA PERPENDICULARMENTE AL PLANO DE OCLUSIÓN.
- 7.- LA COLORACIÓN DEL ESMALTE ES MÁS AZULADA Y TRANSLÚCIDA.
- 8.- EL ESMALTE ES MENOS DURO DEBIDO A SU MENOR DENSIDAD DE CALCIFICACIÓN.
- 9.- LA RELATIVA SUAVIDAD DEL ESMALTE ES CAUSA DE QUE SEA MAYOR EL DESGASTE EN LAS ZONAS DE TRABAJO.
- 10.- LOS MAMELONES DE LOS BORDES INCISALES Y LAS CÚPIDES EN LOS DIENTES POSTERIORES SE PIERDEN RAPIDAMENTE POR DESGASTE.
- 11.- LAS CORONAS SE DESGASTAN CON RITMO SINCRONIZADO AL MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN, NORMALMENTE SÓLO SE PUEDEN OBSERVAR 4/5 PARTES EXPUESTAS DE LA CORONA.
- 12.- LA INESTABILIDAD DEL ÁPICE ES MANIFIESTA, DEBIDO A SU LENTA FORMACIÓN Y SU REABSORCIÓN POSTERIOR.
- 13.- EL TEJIDO DEL ESMALTE ES DE UN ESPESOR MUY CONSTANTE EN TODA LA SUPERFICIE CORONARIA, APROXIMADAMENTE DE MEDIO MILÍMETRO.

DIENTES ANTERIORES:

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR, - LA FORMA DE ESTE INCISIVO INFANTIL ES UNA RÉPLICA EN MINIATURA DEL HOMÓNIMO DE LA SEGUNDA DENTICIÓN.

LA FORMACIÓN DEL FOLÍCULO PRINCIPIA EN LA SEXTA SEMANA DE VIDA INTRAUTERINA, LA MATRIZ ORGÁNICA DEL ESMALTE EMPIEZA SU CALCIFICACIÓN A LAS 18 O 20 SEMANAS DE VIDA FETAL, Y TERMINA LA MINERALIZACIÓN DE LA CORONA 4 O 5 SEMANAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO.

LA CAIDA SE PRODUCE ALREDEDOR DE LOS 7 1/2 AÑOS DE EDAD; EXISTE UN LAPSO PARA LA REPOSICIÓN POR EL HOMÓNIMO DE LA SEGUNDA DENTICIÓN - QUE VARÍA DE UN MES A UN AÑO O MÁS, POR DIFERENTES MOTIVOS, DISCRACIAS GENERALES, DIETAS IMPROPIAS, AVITAMINOSIS ETC.

LOS DIENTES INFANTILES PUEDEN SER NOMINADOS EN LOS ODONTOGRAMAS CON NÚMEROS ARÁBIGOS, PONIÉNDOLES PRIMAS ASÍ I' O CON NÚMEROS ROMA - NOS, O BIÉN CON LETRAS SI SE PREFIERE. DE ESTA MANERA LOS INCISIVOS CENTRALES SE LES DESIGNA ASÍ II O CON LA LETRA AIA.

CORONA.-

TODO LO DICHO EN LA DESCRIPCIÓN DE LA CORONA DEL HOMÓNIMO DE LA DENTADURA DE ADULTO PUEDE REPETIRSE CON LA RELACIÓN A ESTE DIENTE INFANTIL, PERO CON CIERTAS DIFERENCIAS.

LAS SUPERFICIES DE LA CORONA SON MÁS CONTINUADAS UNAS CON OTRAS, LOS ÁNGULOS LINEALES SON MÁS CONTORNEADOS, LOS ÁNGULOS EN SU PUNTA SON REDONDEADOS, Y EL BORDE INCISAL ES MÁS AGUDO CON LOS MAMELONES MÁS AFILADOS. LA PEQUEÑA CORONA ES MÁS ANCHA QUE LARGA, LA DIMENSIÓN MESIODISTAL ES MAYOR QUE LA CERVICOINCISAL. LA MEDIDA LABIOLINGUAL ES MUY REDUCIDA.

A PESAR DE ESTO, EL EQUILIBRIO DE SU FORMA ES ARMONIOSA Y COINCIDEN ESTÉTICAMENTE CON EL TAMAÑO DEL ARCO DENTARIO, CON EL CRÁNEO Y EN GENERAL, CON TODO EL ORGANISMO DEL NIÑO.

CUELLO.-

EL CUELLO DEL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR DE LA DENTADURA INFANTIL ES FUERTEMENTE ESTRANGULADO, DE FORMA ANULAR Y SIN ONDULACIONES. SU DIÁMETRO LABIOLINGUAL ES LIGERAMENTE MÁS CORTO QUE EL MESIODISTAL. EL ESMALTE TERMINA BRUSCAMENTE Y FORMA UN ESCALÓN A EXPENSAS DE LA RAÍZ, NUNCA SE EXPONE FUERA DE LA ENCÍA COMO SUCEDÉ MUY COMUNMENTE- CON LOS DIENTES ADULTOS.

RAÍZ.-

LA RAÍZ DEL CENTRAL SUPERIOR INFANTIL, PRINCIPIA LA MINERALIZACIÓN ALREDEDOR DEL SEGUNDO MES DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y TERMINA A LA EDAD DE 4 AÑOS, ÚNICA ÉPOCA EN LA QUE SE LE PUEDE ENCONTRAR COMPLETAMENTE FORMADA SIN QUE EXISTA REABSORCIÓN, LA CUAL MUY PRONTO DARA PRINCIPIO, PARA TERMINAR CON LA CAÍDA DEL DIENTE, ALREDEDOR DE LOS 7 AÑOS.

CUANDO LA CORONA DE ESTE DIENTE HACE APARICIÓN AL MEDIO BUCAL A LOS 8 O 10 MESES DE EDAD, LA RAÍZ APENAS TIENE MINERALIZADO EL TERCIO CERVICAL O TRONCO RADICULAR. PASAN TRES AÑOS PARA QUE LA VAINA DE HERTWING SIRVA DE MOLDE HASTA LA TERMINACIÓN DEL ÁPICE. LA RAÍZ, VISTA DESDE SU PROYECCIÓN LABIAL, ES CONOIDE Y RECTA PERO DESDE SU PROYECCIÓN PROXIMAL ES CURVA COMO UNA LETRA S.

CAMARA PULPAR.-

COMO TODOS LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN, EL INCISIVO CENTRAL TIENE LA CÁMARA PULPAR DE MUY GRANDES DIMENSIONES, EN COMPARACIÓN CON LOS DE LA SEGUNDA DENTICIÓN.

LA PARTE CORONARIA PUEDE CONSIDERARSE CONSTANTE EN TAMAÑO. EL CONDUCTO RADICULAR ESTÁ SUJETO A LOS CAMBIOS QUE SUFRA LA RAÍZ AL IR

FORMÁNDOSE O MINERALIZÁNDOSE, ACCIÓN QUE TERMINA ALREDEDOR DE LOS 3 Y MEDIO O CUATRO AÑOS, E INMEDIATAMENTE PRINCIPIA SU DESTRUCCIÓN EL CONDUCTO RADICULAR ES DE FORMA TUBULAR MUY AMPLIO.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR.-

TODO LO DICHO PARA EL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR INFANTIL PUEDE CONSIDERARSE VALIDO PARA EL LATERAL, CON LA DIFERENCIA DE SU MENOR DIMENSIÓN EN LA CORONA Y LA RAÍZ.

LA MINERALIZACIÓN DE LA CORONA ES MÁS RETRASADA EN TIEMPO; SE REALIZA APROXIMADAMENTE A LOS SEIS MESES DE EDAD, DE CUATRO A OCHO SEMANAS DESPUÉS QUE SE INICIA LA DEL CENTRAL.

EN EL DIAGRAMA DE CUADRANTES SE LE DESIGNA CON EL NÚMERO 212 O CON LA LETRA B|B, AL DERECHO Y AL IZQUIERDO.

HACE ERUPCIÓN DOS MESES DESPUÉS QUE EL CENTRAL, EN CASOS NORMALES. SU CAIDA TARDA UN POCO MÁS PERO SIEMPRE SUCEDE ANTES QUE EL CENTRAL DE LA SEGUNDA DENTICIÓN ESTÉ EN CONTACTO DE OCLUSIÓN CON LOS INFERIORES.

EL FOLÍCULO DEL INCISIVO LATERAL SUPERIOR DE LA SEGUNDA DENTICIÓN ESTÁ COLOCADO EN POSICIÓN DISTOLINGUAL DEL INCISIVO CENTRAL, Y ESPERA EL MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN DE AQUEL PARA TOMAR SU LUGAR, LO CUAL ES CON RELACIÓN LINGUAL DE LA RAÍZ DEL LATERAL DE LA PRIMERA DENTICIÓN. UNA VEZ CONSEGUIDA ESTA, SIGUE LA DE OCHO MESES A UN AÑO MÁS PARA SU EVOLUCIÓN.

GRUPO DE CANINOS:

LOS CANINOS DE LA PRIMERA DENTICIÓN TIENEN FORMA CONOIDE, ESTO HACE QUE SE LES DISTINGA DE LOS DIENTES ANTERIORES. SON SEMEJANTES A LOS DE LA SEGUNDA DENTICIÓN AUNQUE DE MENOR TALLA.

LA MINERALIZACIÓN PRINCIPIA UNAS CUATRO SEMANAS DESPUÉS QUE EL INCISIVO CENTRAL, EN UN EMBRIÓN DE 25 SEMANAS, YA SE PUEDE ADVERTIR LA CIMA O VÉRTICE DE LAS CORONAS DONDE HA PRINCIPIADO LA CALCIFICACIÓN, Y CONCLUYE CON LA FORMACIÓN TOTAL DE ELLA.

CUANDO EL NIÑO TIENE OCHO MESES DE EDAD, HACEN ERUPCIÓN ALREDEDOR DE LOS DOS AÑOS, UN POCO DESPUÉS QUE EL PRIMER MOLAR DE LA PRIMERA DENTICIÓN, Y CAE ALREDEDOR DE LOS 11 O 12 AÑOS.

CANINO SUPERIOR.-

LA COLOCACIÓN DEL CANINO INFANTIL EN EL ARCO PERMITE UN PEQUEÑO - DIASTEMA MESIAL CON EL LATERAL, CONTRASTANDO CON EL CONTACTO DE - LOS CUATRO INCISIVOS AL FORMAR EL ARMONIOSO CONJUNTO QUE ADORNA LA SONRISA DEL NIÑO, SE PRODUCE NORMALMENTE LA SEPARACIÓN ENTRE LOS - INCISIVOS.

CON EL DIAGRAMA DE CUADRANTES SE LE DESIGNA CON EL NÚMERO 3|III O CON LA LETRA C A CADA LADO PERPENDICULAR Y ARRIBA DE LA LÍNEA HORIZONTAL.

CORONA.-

(CANINO SUPERIOR INFANTIL).- DE CUYA CORONA SE HA DICHO ES MUY SE MEJANTE AL CANINO DE UN ADULTO, SE ENCUENTRAN LAS SIGUIENTES DIFERENCIAS:

- 1.- SON DE MENOR TALLA, ESTO HACE LAS CONVEXIDADES MÁS EXAGERADAS.
- 2.- SE APRECIA LA MENOR LONGITUD Y MÁS ANCHURA DE LA CORONA, PROPORCIONALMENTE.
- 3.- COMPARANDO CON LOS INCISIVOS DEL CANINO ES DE MAYOR VOLÚMEN LA CIMA DE LA CÚSPIDE SOBRESALE DE LA LÍNEA INCISAL MÁS DE UN MILÍMETRO.

4.- De LOS TRAMOS O BRAZOS DE LAS CÚSPIDES, ES MAYOR EL MESIAL QUE EL DISTAL.

LA DESCRIPCIÓN DE SUS CUATRO CARAS SE HARA TAMBIÉN RECORDANDO LA FORMA QUE TIENE EL DE LA DENTADURA ADULTA. SE ADVIERTE QUE CON LA REDUCCIÓN DIMENSIONAL LAS SUPERFICIES SE DISTORCIONAN DE MANERA MUY NOTABLE.

CARA LABIAL.-

CUANDO EL CANINO ESTÁ ERUPCIONANDO, LA CARA LINGUAL DE LA PEQUEÑA CORONA CLÍNICA TIENE FORMA DE ROMBO CUYOS ÁNGULOS ESTÁN POR UNA PARTE, EN EL VÉTICE O CIMA DE LA CÚSPIDE CORONARIA, Y EL OTRO EN LO QUE DEBERÍA SER EL LADO O PERFÍL CERVICAL.

LOS CUATRO LADOS DEL ROMBO SON: LOS BRAZOS DEL BORDE INCISAL, MESIAL Y DISTAL, LOS OTROS DOS, EL BORDE CERVICAL DIVIDIDO EN DOS TRAMOS, TAMBIÉN MESIAL Y DISTAL.

EN LA CORONA ANATÓMICA, LA FORMA DE LA CARA LINGUAL ES PENTAGONAL COMO EN EL DIENTE ADULTO, ESTÁ FORMADA POR CINCO LADOS O PERFÍLES QUE SON: EL BORDE INCISAL CON DOS BRAZOS, EL MESIAL MÁS LARGO, CERRANDO LA FIGURA ESTÁ EL LADO CERVICAL CON UNA PEQUEÑA CURVA INTERNA HACIA INCISAL. LA SUPERFICIE EN SU CONFIGURACIÓN PRESENTA UNA EMINENCIA QUE ES EL CÍNGULO, Y UNA DEPRESIÓN TENUE QUE ES LA FOSA CENTRAL O LINGUAL QUE ESTA CASI LLENADA POR UNA PEQUEÑA PROMINENCIA QUE DA LUGAR A SINUOSIDADES COMO FOSETAS Y EMINENCIAS MINÚSCULAS Y CRESTAS MARGINALES MUY PEQUEÑITAS.

ES INTERESANTE CONSTATAR ESTOS PEQUEÑOS DETALLES, PARA PODER COMPARAR POSTERIORMENTE CON LOS DIENTES DEFORMADOS POR EL DESGASTE TAL COMO LO SUFRE ESTE DIENTE EN SU CARA LINGUAL PRECISAMENTE.

CARA MESIAL Y DISTAL.-

SON SUPERFICIES MUY PEQUEÑAS QUE CASI SE REDUCEN AL ÁREA DE CONTACTO, SON PROMINENTEMENTE CONVEXAS Y ARMONIOSAMENTE CONTINUADAS CON LAS OTRAS SUPERFICIES.

CUELLO.-

EL CUELLO DEL CANINO SUPERIOR INFANTIL ES CASI ANULAR, CON UN PEQUEÑO FESTONEO DE ONDULACIÓN EN LAS CARAS PROXIMALES.
EL ESCALÓN QUE HACE EL ESMALTE HACIA LA RAÍZ ES BRUSCO Y FORMA UN RODETE MUY MARCADO.

RAÍZ.-

LA RAÍZ DE ESTE CANINO ES PROPORCIONALMENTE MÁS LARGA QUE LA DEL CANINO DE ADULTO, PERO TAMBIÉN SE VE MÁS DELGADA QUE AQUELLA.
TIENE FORMA CONOIDE COMO TODAS LAS RAÍCES DE LOS INCISIVOS ANTERIORES DE LA DENTADURA INFANTIL, EL TERCIO APICAL ESTÁ INCLINADO HACIA LABIAL EN FORMA DE BAYONETA.
SU FORMACIÓN PRINCIPIA ALREDEDOR DE LOS 8 O 9 MESES DEL NACIMIENTO Y TERMINA A LOS CUATRO AÑOS DE EDAD. LA REABSORCIÓN PRINCIPIA DESDE LOS 5 O 6 AÑOS Y TERMINA A LOS 11 AÑOS CUANDO ES REPUESTO POR EL DIENTE DE LA SEGUNDA DENTICIÓN.

CÁMARA PULPAR .-

COMO TODO DIENTE DE LA PRIMERA DENTICIÓN, LA CÁMARA PULPAR CORONARIA DEL CANINO INFANTIL ES MUY AMPLIA, EN LA PORCIÓN INCISAL REDUCE SU ESPACIO LABIOLINGUAL, FORMANDO UN FILO QUE CORRESPONDE AL BORDE CORTANTE, EN DONDE PUEDEN OBSERVARSE LOS TRES CUERNOS DE LA PULPA - SIENDO MÁS DESARROLLADO EL CENTRAL.

ESTE DIENTE ES SUSTITUIDO POR EL PRIMER PREMOLAR A LOS 12 AÑOS - APROXIMADAMENTE.

EN EL DIAGRAMA NUMÉRICO LE CORRESPONDE EL NÚMERO 3,| III O BIÉN LA LETRA C.

GRUPO DE MOLARES INFANTILES:

LOS MOLARES DE LA DENTADURA INFANTIL O FUNDAMENTAL TIENEN DIFERENTE MORFOLOGÍA SI SE COMPARA CON LA DENTADURA ADULTA. LA SUPERFICIE MASTICATORIA ES REDUCIDA, PRECISAMENTE PORQUE SU FORMA SE PLIEGA A LA FUNCIÓN.

SE RECORDARÁ QUE EL APARATO DIGESTIVO DEL NIÑO NO REQUIERE UNA EXQUISITA TRITURACIÓN DE LOS ALIMENTOS PARA QUE ESTOS SEAN DIGERIDOS (SOBRE TODO EN LA PRIMERA INFANCIA) YA QUE SE TRATA DE LÍQUIDOS Y SEMILÍQUIDOS.

EN ESTE TIEMPO LOS DIENTES ACTÚAN SIMBOLICAMENTE, AL NO EXISTIR LA NECESIDAD DE UN INTENSO TRABAJO, LA NATURALEZA LOS PROVEE SÓLO DE UNA PEQUEÑA SUPERFICIE DE TRABAJO MASTICATORIO.

LOS ALIMENTOS LÍQUIDOS SE INSALIVAN FACILMENTE, CONFORME SE EFECTÚA EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO, LA CAPACIDAD DIGESTIVA ES MÁS AMPLIA, LOS ALIMENTOS SON MÁS VARIADOS, POR LO TANTO REQUIEREN MAYOR EFICACIA EN LA MASTICACIÓN. EN ESA ÉPOCA EL APARATO DENTARIO ES REFORZADO CON NUEVOS ELEMENTOS, COMO SON LOS PRIMEROS MOLARES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN QUE SALEN A LOS SEIS AÑOS.

LOS MOLARES FUNDAMENTALES FORMAN UN GRUPO DE OCHO DIENTES, CUATRO SUPERIORES Y CUATRO INFERIORES, DOS POR CADA CUADRANTE Y SE DESIGNAN, PRIMER MOLAR Y SEGUNDO MOLAR, DERECHO E IZQUIERDO, SUPERIOR E INFERIOR.

PRIMER MOLAR SUPERIOR:

CORONA.-

LA CORONA DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR INFANTIL, ES DE FORMA CONVENCIONALMENTE CUBOIDE, MUY CAPRICHOSA EN SU FIGURA, POR LO QUE ES DIFÍCIL HACER UNA DESCRIPCIÓN CLÁSICA VERDADERA.

INICIA SU CALCIFICACIÓN EN LAS CÚSPIDES AL SEXTO MES DE LA VIDA FETAL.

EN EL MOMENTO DE HACER ERUPCIÓN ENTRE LOS 20 A 30 MESES DE EDAD DEL NIÑO, SOLO SE PUEDEN VER 3/5 PARTES DE SU CORONA, EL RESTO YACE CUBIERTO POR LA ENCÍA.

SIMULTÁNEAMENTE AL MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN SE VA PRODUCIENDO EL DESGASTE EN LA CARA OCLUSAL, LO CUAL HACE QUE EL DIENTE CONSERVE PARALELAMENTE EL MISMO TAMAÑO.

COLOCADO DISTALMENTE DEL CANINO, OCUPA EL 40. LUGAR DESDE LA LÍNEA MEDIA, EN EL DIAGRAMA DE CUADRANTES LE CORRESPONDE EL NÚMERO 4 | IV O LA LETRA D, A LOS LADOS DE LA LÍNEA PERPENDICULAR Y ARRIBA DE LA HORIZONTAL.

SE LE DESCRIBE CUATRO PERFILES: OCLUSAL, CERVICAL, MESIAL Y DISTAL.

CARA OCLUSAL.-

EL PRIMER MOLAR SUPERIOR INFANTIL TIENE LA CARA OCLUSAL DE FORMAS MUY ESPECIALES IRREGULARES O INCONSTANTES, EN OCASIONES SE LE ENCUENTRA CUATRO O CINCO CÚSPIDES, TRES EN VESTIBULAR Y DOS EN LINGUAL.

POR TENER PROPIAMENTE DOS EMINENCIAS OCLUSALES, LA VESTIBULAR Y LA LINGUAL, Y ESTAR COLOCADO DISTALMENTE DEL CANINO, PUEDE SER COMPARADO CON UN PREMOLAR.

LA CARA OCLUSAL TIENE SILUETA DE FORMA TRAPEZOIDAL CUYO LADO MAYOR EN VESTIBULAR ES PARALELO AL LINGUAL, QUE ES MÁS PEQUEÑO.

LOS DOS PERFILES PROXIMALES SON CONVERGENTES HACIA LINGUAL.

TANTO LA EMINENCIA VESTIBULAR COMO LA LINGUAL TIENEN APARIENCIA - ALARGADA DE MESIAL A DISTAL, COMO UN REBORDE O CORDILLERA MUY AFILADO. SON VERDADEROS ÁNGULOS DIEDROS QUE FORMAN LA CARA OCLUSAL - CON LA CARA VESTIBULAR POR UN LADO, Y CON LA CARA LINGUAL POR EL - OTRO. SE ENCUENTRAN EN EL DOS CRESTAS MARGINALES, DOS CÚSPIDES Y - EL SURCO FUNDAMENTAL.

CUELLO.-

UN CORTE A NIVEL DEL CUELLO DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR INFANTIL DEJA VER QUE LA FORMA DE LA FIGURA ES CASI TRINGULAR, PUEDE OBSERVARSE LO DELGADO DE LAS PAREDES DENTARIAS CON RELACIÓN A LA CÁMARA - PULPAR, ESTA ES DE 1 A 1.5 MM.

EL CONTORNO CERVICAL SE MARCA POR LA BRUSCA TERMINACIÓN DEL ESMALTE QUE DELIMITA LA CORONA. EN EL TERCIO MESIAL DE LA CARA VESTIBULAR HACE UNA ONDULACIÓN OBLIGADA POR EL TUBÉRCULO MOLAR DE ZUCKERKANDL. ÉSTA ES LA ÚNICA DISTORCIÓN DE LA LÍNEA CERVICAL QUE ES CONTINUADA Y HOMOGÉNEA EN TODO EL RESTO.

RAÍZ.-

ESTE PRIMER MOLAR INFANTIL TIENE LA RAÍZ DIVIDIDA EN TRES CUERPOS O CUERNOS RADICULARES DE FORMA LAMINADA, COBIJAN ENTRE ELLOS AL FOLÍCULO DEL PRIMER MOLAR. POR ESTE MOTIVO SE BIFURCAN INMEDIATAMENTE DESDE SU NACIMIENTO EN EL CUELLO Y SON MUY DIVERGENTES, PARA CURVARSE DESPUÉS HACIA EL ESPACIO INTERRADICULAR ADQUIRIENDO UNA FORMA DE GARRA O GANCHO.

LA MINERALIZACIÓN PRINCIPIA EN EL CUELLO UNA VEZ QUE HA TERMINADO

DE FORMARSE LA CORONA A LOS 6 MESES DE EDAD, LOS CUERPOS RADICULARES PRINCIPIAN A FORMARSE A LOS 7 MESES Y TERMINA DE MINERALIZARSE A LOS CUATRO AÑOS.

EN ESTE MOMENTO YA HA EMPEZADO LA CALCIFICACIÓN EN LA CIMA DE LAS CÚSPIDES DEL PRIMER PREMOLAR.

ENTRE LOS 4 Y 6 AÑOS SE CONSERVAN ESTAS RAICES FORMADAS TOTALMENTE PARA REABSORBERSE DESPUÉS, EN UN LAPSO QUE DURA HASTA LOS 4 AÑOS.

LA PRESENCIA DE LA SUPERFICIE ADAMANTINA DE LA CORONA DEL PREMOLAR PROVOCA ESTA DESTRUCCIÓN EN LA RAÍZ.

CUANDO ESTAS RAICES ESTAN COMPLETAS ADQUIEREN FORMAS UN POCO CAPRICHOSAS, SON TRES RAICES, O CUERPOS RADICULARES COMO EN LOS MOLARES SUPERIORES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN, SU NOMENCLATURA ES LA USUAL, LA MESTIOVESTIBULAR, LA DISTIOVESTIBULAR Y LA LINGUAL O PALATINA. (TIENE MÁS RELACIÓN CON LA ÂPOFISIS PALATINA DEL MAXILAR).

CAMARA PULPAR:

LA CÁMARA PULPAR CORONARIA DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR INFANTIL ES MUY GRANDE, COMO CORRESPONDE A TODOS LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN.

LA FORMA DE ESTA ES DE CIERTO MODO SEMEJANTE A LA CORONA, PERO DISTORSIONADA POR LA LONGITUD QUE ALCANZAN LOS CUERNOS PULPARES.

ÉSTOS SON CUATRO, TRES DE ELLOS SON VESTIBULARES Y UNO LINGUAL, DE LOS TRES VESTIBULARES EL CENTRAL ES MUY LARGO DE MAYOR BASE.

ÉL DISTAL SIGUE EN TAMAÑO, AUNQUE, ES DELGADO, EL MESIAL ES PEQUEÑO Y ALGUNAS VECES NO EXISTE O ESTÁ UNIDO AL CUERNO CENTRAL, FORMANDO CON EL UNO SOLO.

ÉL CUERNO LINGUAL ES CONOIDE, CON ORIENTACIÓN HACIA LA CIMA DE LA CÚSPIDE NO ES TAN LARGO COMO EL CENTRO VESTIBULAR.

EN UNA RADIOGRAFÍA PUEDE OBSERVARSE EL GRAN TAMAÑO DE LA CAVIDAD PULPAR.

TIENE UNA CAPACIDAD MAYOR EN PROPORCIÓN QUE LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN. EN LA MISMA FORMA QUE LOS CUERNOS PULPARES EN EL TECHO DE LA CAVIDAD, SE OBSERVAN EL PISO O FONDO DE ESTA.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR:

EL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR INFANTIL SE ENCUENTRA COLOCADO DISTALMENTE DEL PRIMER MOLAR, HACE SU APARICIÓN DE 2 A 3 MESES DESPUES QUE ÉSTE, Y EN MUCHAS OCASIONES MÁS TIEMPO, DEPENDIENDO DE LA NORMALIDAD DEL METABOLISMO GENERAL DEL ORGANISMO DEL NIÑO.

ES SUSTITUIDO ALREDEDOR DE LOS 12 AÑOS POR EL SEGUNDO PREMOLAR.

LA FORMA DE LA CORONA ES MUY SEMEJANTE AL PRIMER MOLAR DE LA SEGUNDA DENTICIÓN.

EN EL DIAGRAMA DE CUADRANTES LE CORRESPONDE EL NÚMERO 51V O LA LETRA E A LOS LADOS DE LA PERPENDICULAR Y ARRIBA DE LA HORIZONTAL.

CORONA.-

ESTA CORONA SERÁ DE FORMA CUBOIDE BASTANTE SIMÉTRICA Y DE MAYOR VOLÚMEN QUE EL PRIMER MOLAR INFANTIL.

TIENEN CUATRO CÚSPIDES BIEN DELIMITADAS, ADEMÁS DEL TUBÉRCULO DE CARABELLI QUE INCONSTANTEMENTE EXISTE, ES MUY SEMEJANTE AL PRIMER MOLAR DE LA SEGUNDA DENTICIÓN. POR SU CONFIGURACIÓN SE LE CONSIDERA UN DIENTE MASTICADOR.

SE DESCRIBEN EN LA CORONA SEIS CARAS, CUATRO AXIALES, VESTIBULAR - LINGUAL MESIAL Y DISTAL, ADEMÁS CARA OCLUSAL Y PLANO CERVICAL.

CARA OCLUSAL.-

LAS CUATRO CÚSPIDES CONSTANTES DEL SEGUNDO MOLAR INFANTIL SON DE FORMA Y POSICIÓN MUY SEMEJANTES AL PRIMER MOLAR DE LA SEGUNDA DENTICIÓN, PERO MÁS ESCARPADAS. LA EXISTENCIA DEL TUBÉRCULO DE CARABELLI TIENE LA MISMA INCONSTANCIA QUE SE REFIRIO EN AQUEL DIENTE.

LAS CIMAS DE LAS CÚSPIDES EN GENERAL SON MUY AGUDAS, PERO COMO EL ESMALTE ES DE MENOR GROSOR Y DUREZA, PRONTO SE DESGASTARAN, DEFORMÁNDOSE, CUANDO SE EXFOLIA YA NO SE CONSERVAN SUS FORMAS CORRECTAS.

CUELLO.-

SI SE OBSERVA UN CORTE TRANSVERSAL DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR A NIVEL DEL CUELLO, SE ENCUENTRA QUE ES CUADRANGULAR MUY SIMÉTRICO Y ÉSTRANGULADO COMO TODOS LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN. NO EXISTE PROPIAMENTE TRONCO RADICULAR, PORQUE SU BIFURCACIÓN SE HACE INMEDIATA Y ES MUY DIVERGENTE, POR TAL RAZÓN LA ESTRECHEZ EN CERVICAL SE HACE MÁS NOTABLE.

RAIZ.-

COMO TODAS LAS RAÍCES DE LOS MOLARES DE LA PRIMERA DENTICIÓN, LA DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR ES LAMINADA Y CURVADA EN FORMA DE GARRA. ES TRIFURCADA Y PRESENTA DOS CUERPOS RADICULARES EN VESTIBULAR Y UNO EN PALATINO.

LA FORMACIÓN DE LA RAÍZ PRINCIPIA ALREDEDOR DE LOS 9 MESES, QUE ES CUANDO TERMINA DE HACERLO LA CORONA. SU CALCIFICACIÓN TARDA DE 3 1/2 A 4 AÑOS.

LA DESTRUCCIÓN O REABSORCIÓN EMPIEZA APROXIMADAMENTE A LOS 6 O 7 AÑOS DE LO QUE RESULTA QUE SE CONSERVA COMPLETA MUY POCO TIEMPO. LA REABSORCIÓN SE PRODUCE PRIMERO EN EL TERCIO APICAL, PERO EN LA PARTE INTERNA, AL MISMO RITMO DE CRECIMIENTO DE LA CORONA DEL SEGUNDO PREMOLAR, CUYO FOLÍCULO YACE EN EL ESPACIO INTERRADICULAR. LA FORMA DE LOS CUERPOS RADICULARES ES SEMEJANTE A LA DEL PRIMER MOLAR, PERO DE MAYOR TALLA EN PROPORCIÓN AL TAMAÑO.

CAMARA PULPAR.-

LA CÁMARA PULPAR DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR INFANTIL ES GRANDE. LOS CUERNOS SON MUY ALARGADOS Y CONOIDES, TOMAN LA DIRECCIÓN DE LA CIMA DE CADA EMINENCIA INCLUYENDO EL TUBÉRCULO DE CARABELLI. ES MÁS LARGO EL MESIOVESTIBULAR, Y MÁS AMPLIO Y VOLUMINOSO EL MESIOLINGUAL, SIGUEN LOS DOS DISTALES, EL VESTIBULAR Y EL LINGUAL SIENDO DE ESTE DE MENOR TAMAÑO,

EL FONDO O PISO DE LA CAVIDAD NO ES PLANO SINO PROMINENTE, Y LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS SE HACE EN DIRECCIÓN DE LA POSICIÓN DIVERGENTE DE LAS RAICES, COMO EN EL PRIMER MOLAR INFANTIL.

ASÍ LA ENTRADA DEL CONDUCTO PARA LA RAÍZ MESIOVESTIBULAR SE INICIA CON DIRECCION HACIA MESIAL, LA ENTRADA DEL CONDUCTO DE LA RAIZ DISTOVESTIBULAR SE PRODUCE HACIA DISTAL Y , POR ÚLTIMO, LA ENTRADA DEL CONDUCTO DE LA RAÍZ PALATINA SE INICIA CON UNA ORIENTACIÓN MUY MARCADA HACIA EL PALADAR.

EL ESPESOR DE LA PARED DENTARIA, DESDE LA SUPERFICIE DEL DIENTE EN LA CORONA, HASTA ENCONTRAR PULPA ES MUY DELGADA, APENAS ES DE 1.8 MM. Y PUEDE LLEGAR A LOS 4 MM. EN LA CIMA DE LAS CÚSPIDES.

ÉSTO DA IDEA DEL TAMAÑO DE LA CAVIDAD PULPAR, SI SE COMPARA CON LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN.

LOS CONDUCTOS RADICULARES TIENEN LA MISMA FORMA LAMINADA DE LAS RAICES.

INCISIVOS INFERIORES:

LOS INCISIVOS INFERIORES HACEN ERUPCIÓN 4 O 5 SEMANAS ANTES QUE LOS SUPERIORES, PRIMERO LOS DOS CENTRALES INFERIORES Y EN SEGUIDA LOS SUPERIORES, DESPUÉS SALEN LOS LATERALES INFERIORES Y POSTERIORMENTE LOS LATERALES SUPERIORES.

LAS DIMENSIONES DE ESTOS DIENTES SON MUY REDUCIDAS, LA FORMA CORONARIA ES COMPARABLE PROPORCIONALMENTE A LOS DE LA DENTADURA ADULTA PERO DE MENOR LONGITUD Y MAYOR ANCHURA.

LA AFECCIÓN CARIOSA ES RARA, PORQUE LA POSICIÓN QUE GUARDAN EN EL ARCO LES PROPORCIONA UNA AUTOCLISIS MUY INTENSA. LA VIDA ACTIVA - LOS DEFIENDE DE ELLA POR EL MUCHO TRABAJO QUE REALIZAN, PERO CUANDO SOBREVIENE CARIES, Y REQUIERE REHABILITACIÓN ESTA CONSTITUYE UN VERDADERO PROBLEMA, PRECISAMENTE POR SU PEQUEÑO TAMAÑO.

EN EL DIAGRAMA DE CUADRANTES LE CORRESPONDE EL NÚMERO 1 O LA LETRA A AL DIENTE CENTRAL Y EL 2 O LA LETRA B AL DIENTE LATERAL, A LOS LADOS DE LA LÍNEA PERPENDICULAR POR DEBAJO DE LA HORIZONTAL.

III 2T2

LAS RAICES TIENEN LA MISMA EVOLUCIÓN QUE LOS INCISIVOS SUPERIORES-ANTERIORES DESCRITOS, LA FORMA DE ELLAS ES PROPIAMENTE CONOIDE Y - BASTANTE REGULAR, CON FORMA DE BAYONETA EN EL TERCIO APICAL HACIA LINGUAL.

CANINO INFERIOR.-

EN LA DESCRIPCIÓN DEL CANINO INFERIOR INFANTIL PUEDE DECIRSE QUE - EN TODO ES SEMEJANTE AL CANINO SUPERIOR, EL PARECIDO DE LA CORONA CON EL DIENTE QUE LE SUSTITUYE ES MUCHO MAYOR QUE EN EL CASO DEL CANINO SUPERIOR, PORQUE LA FOSA LINGUAL ES FRANCAMENTE MARCADA, LO QUE NO PASA EN AQUEL.

PUEDE DISTINGUIRSE DEL CANINO SUPERIOR EN QUE, TANTO EN LA CORONA COMO EN LA RAÍZ ES DE MENOR VOLÚMEN PERO LAS SUPERFICIES SON DE MA YOR CONVEXIDAD.

PRIMER MOLAR INFERIOR.-

LOS PRIMEROS MOLARES INFERIORES DE LA PRIMERA DENTICIÓN SON DIENTES DE PERSONALIDAD PROPIA.

LO VARIABLE DE SU FORMA DIFICULTA UNA DESCRIPCIÓN ANATÓMICA CLÁSICA. NO OBTANTE, SE HAN ENCONTRADO ALGUNAS CONSTANTES PARA LOGRAR TAL OBJETIVO.

EL PRIMER MOLAR INFERIOR SE COLOCA DISTALMENTE DEL CANINO, ES EL CUARTO DIENTE DESDE LA LÍNEA MEDIA. EN EL DIAGRAMA DE CUADRANTES LE CORRESPONDE EL NÚMERO $4 \overline{IV}$ O LA LETRA D A CADA LADO DE LA LÍNEA PERPENDICULAR Y POR DEBAJO DE LA LÍNEA HORIZONTAL. $\overline{4} \overline{4}$.

CORONA.-

LA CORONA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR INFANTIL PUEDE CONSIDERARSE DE FORMA CONVENCIONALMENTE CUBOIDE, PERO ALARGADA MESIODISTALMENTE LA INCONSTANCIA DE SU FORMA ES LO ANORMAL. POSEE CUATRO CARAS AXIALES, VESTIBULAR, LINGUAL, MESIAL Y DISTAL, ADEMÁS CARA OCLUSAL Y PLANO CERVICAL.

CUELLO.-

EN UN CORTE TRANSVERSAL DEL CUELLO DEL PRIMER MOLAR INFERIOR SE DESCUBRE QUE TIENE FORMA LIGERAMENTE TRAPEZOIDAL, CUYOS LADOS MESIAL Y DISTAL SON PARALELOS, Y LOS LADOS VESTIBULAR Y LINGUAL CONVERGEN HACIA DISTAL, AUNQUE NO ES MUY CONSTANTE ESA FORMA.

ES SEMEJANTE AL PRIMER MOLAR SUPERIOR DE LA PRIMERA DENTICIÓN. EL ESCALÓN QUE HACE EL ESMALTE ES MUY GRANDE EN TODA LA LÍNEA CERVICAL, PERO SOBRE TODO EN LA PORCIÓN O TERCIO MESIO - CERVICAL DE LA CARA VESTIBULAR DONDE SE ENCUENTRA EL TUBÉRCULO DE ZUCKERKANDL. EL GROSOR DE LAS PAREDES DEL DIENTE EN ESTE LUGAR ES MUCHO MÁS REDUCIDO, DE 1.2 A 1.8 MM. COMO MÁXIMO.

RAÍZ.-

LA RAÍZ DEL PRIMER MOLAR INFERIOR INFANTIL ES BÍFIDA Y EN GRAN MANERA DIVERGENTE UNA DE OTRA, COBIJA EN EL ESPACIO INTERRADICULAR - EL FOLÍCULO DEL PRIMER PREMOLAR INFERIOR. LA BIFURCACIÓN SE REALIZA INMEDIATAMENTE DESPUÉS QUE TERMINA EL ESMALTE. LA FORMA DE CADA UNA DE LAS DOS RAÍCES ES APLANADA O LAMINADA EN SENTIDO MESIODISTAL Y DE GRAN DIÁMETRO VESTIBULOLINGUAL.

LA MINERALIZACIÓN PRINCIPIA EN EL MOMENTO DE TERMINARSE LA CORONA A LOS 6 O 7 MESES, IGUAL QUE EL PRIMER MOLAR SUPERIOR, AL QUE PRECEDEN EN MUY POCO TIEMPO EN SU EVOLUCIÓN DE ERUPCIÓN O LO HACEN AL MISMO TIEMPO.

CÁMARA PULPAR.-

CUANDO SE TRATÓ DE LOS MOLARES SE DIJO ALGO DE LA CAVIDAD PULPAR - EL PRIMER MOLAR INFERIOR ES MUY SIMILAR DE AQUELLOS, LA CÁMARA PULPAR ES DE FORMA ALARGADA MESIODISTALMENTE, EL GROSOR DE LA PARED DENTARIA QUE FORMA EL TECHO LLEGA A TENER HASTA 4 MM EN LA CIMA DE LAS CÚSPIDES.

LOS CONDUCTOS RADICULARES SON DOS, MUY REDUCIDOS MESIODISTALMENTE Y AMPLIOS EN VESTIBULOLINGUAL, TANTO QUE LLEGAN A BIFURCARSE.

EL MESIAL SALE DE LA CÁMARA PULPAR CORONARIA HACIA MESIAL, PARA DESPUÉS TOMAR LA DIRECCIÓN DE LA RAÍZ HACIA APICAL. EL DISTAL TAMBIÉN HACE SU SALIDA HACIA DISTAL.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR:

EL SEGUNDO MOLAR INFERIOR INFANTIL ES MÁΣ CONSTANTE EN SU FORMA Y DE MAYOR VOLUMEN. ESTÁ COLOCADO DISTALMENTE DEL PEQUEÑO MOLAR, ES EL QUINTO DIENTE DESDE LA LÍNEA MEDIA,

EN EL DIAGRAMA DE CUADRANTES LE CORRESPONDE EL NÚMERO $\overline{5TV}$ O LA -

LETRA E A LOS LADOS DE LA LÍNEA PERPENDICULAR Y, ABAJO DE LA -
LÍNEA HORIZONTAL 515.

LA CALCIFICACIÓN DE LA CORONA PRINCIPIA A LOS 4 1/2 MESES DE LA VI
DA INTRAUTERINA Y TERMINA A LOS 6 MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO.
HACE SU ERUPCIÓN ENTRE LOS 24 Y 30 MESES. CUANDO SE CAE ES SUSTITU
IDO POR EL SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR ALREDEDOR DE LOS 12 AÑOS, SE
LE DESCRIBEN CORONA, CUELLO Y RAÍZ.

CORONA.-

EN LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR INFANTIL SE DEBE RECONOCER
LA CONSTANCIA DE LA FORMA, QUE SEMEJA UN CUBO. TIENE MUCHO PARECI
DO AL PRIMER MOLAR INFERIOR DE LA SEGUNDA DENTICIÓN, QUE EMERGE --
DISTALMENTE DE EL, A LOS 6 AÑOS DE EDAD. PUEDEN LLEGAR A CONFUNDIR
SE POR SU SEMEJANZA TIENE CINCO CÚSPIDES, TRES VESTIBULARES Y DOS
LINGUALES.

CARA OCLUSAL.-

LA CARA OCLUSAL DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR, TIENE CINCO CÚSPIDES
TRES VESTIBULARES Y DOS LINGUALES, EN ESTA CARA ES DONDE MÁS SE AD
VIERTE EL PARECIDO DE ESTE DIENTE CON EL PRIMER MOLAR INFERIOR DE
LA SEGUNDA DENTICIÓN.

LA MAYOR DE LAS TRES CÚSPIDES VESTIBULARES Y TAMBIÉN LA MÁS ALTA Y
PROMINENTE, ES LA CENTROVESTIBULAR, EN TAMAÑO LE SIGUE LA MESIOVES
TIBULAR Y LA MÁS PEQUEÑA ES LA DISTOVESTIBULAR.

TODAS ELLAS TIENEN FORMA ESCARPADA CUANDO EL DIENTE ESTÁ RECIENTE -
ERUPCIONADO. CON CIERTA RAPIDEZ SE DESGASTA EL ESMALTE DE LA CIMA Y
PIERDE ESTA, DEJANDO A LA DENTINA DESCUBIERTA, QUE SIENDO UN TEJI
DO MÁS SUAVE SUFRE UN DESGASTE, POR CUYO MOTIVO SE PRODUCEN UNAS -
FOSAS QUE DISTORCIONAN TOTALMENTE LA MORFOLOGÍA DEL DIENTE - ESTAS
TRES CÚSPIDES PRECISAMENTE SON LAS QUE PADECEN EN ESTE SENTIDO.

LAS DOS CÚSPIDES LINGUALES SUFREN MENOS DESGASTE, SEPARANDO LAS CÚSPIDES VESTIBULARES DE LAS LINGUALES, EXISTE EL SURCO FUNDAMENTAL, QUE VA DE MESIAL A DISTAL. ÉSTE SURCO, LIGERAMENTE SINUOSO FORMA UNA FOSA CENTRAL MUY PROFUNDA Y DOS FOSETAS TRIANGULARES BASTANTE BIÉN SEÑALADAS, LA MESIAL Y LA DISTAL.

CUANDO EL DESGASTE HA SOBREVENIDO DE LAS CÚSPIDES, EL FONDO DEL SURCO QUE MARCA ESTÁ FORMADO POR UN DOBLES DEL ESMALTE QUE PERDURA COMO UNA PROMINENCIA ALARGADA.

ÉN ESTOS CASOS SIGNIFICA UNA DESTRUCCIÓN TOTAL DE LA CARA OCLUSAL DEL DIENTE. CUANDO EL NIÑO TIENE 11 O 12 AÑOS ESTÁ PRÓXIMO A SER EXFOLIADO YA NO CONSERVA EN LA CARA NINGUNA FORMA QUE SE LE DESCRIBA O QUE SE LE HA DESCRITO.

CUELLO.-

EL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR INFANTIL ES FUERTEMENTE ES -- TRANGLADO, CASI CIRCULAR AUNQUE PUEDE ACEPTARSE UNA FORMA LIGERAMENTE DE MAYOR DIMENSIÓN VESTIBULOLINGUAL. EL ESMALTE TERMINA HACIENDO UN PRONUNCIADO ESCALÓN A EXPENSAS DEL TRONCO RADICULAR.

RAIZ.-

EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DE LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR INFANTIL TIENE APENAS 2/5 PARTES DE TODA SU MASA LA CUAL TERMINA DE FORMARSE DESPUÉS DE 6 O 7 MESES.

EN ESE MOMENTO SE INICIA LA MINERALIZACIÓN DE LA RAIZ.

LA ORIENTACIÓN QUE TOMAN LOS DOS CUERPOS RADICULARES QUE ARRANCAN INMEDIATAMENTE DEL TRONCO ES PARA COBIJAR EL FOLÍCULO DEL SEGUNDO PREMOLAR, QUE ESTA COLOCADO ENTRE LOS DOS.

LAS RAICES TIENEN, EN CONSECUENCIA, UNA FORMA ESPECIAL DE PERMITIR LA ESTANCIA Y DESARROLLO DE DICHO FOLÍCULO, POR LO QUE TOMAN ORIENTACIÓN DIVERGENTE UNA DE LA OTRA, LA MESIAL MÁS LARGA Y CON CURVATURA AL PRINCIPIO HACIA MESIAL Y DESPUÉS HACIA APICAL.

QUE LE DA ASPECTO DE GANCHO O DE GARRA. LA RAÍZ DISTAL TIENE ESA MISMA FORMA, NADA MÁS QUE A LA INVERSA O SEA HACIA MESIAL. A LOS CUATRO AÑOS, LAS RAICES HAN TERMINADO SU MINERALIZACIÓN Y AL POCO TIEMPO DESPUÉS PRINCIPIA SU REABSORCIÓN, QUE SE REALIZA DE -- APICAL A CERVICAL, EN CASI TODA LA SUPERFICIE INTERRADICULAR, HASTA LOGRARSE TOTALMENTE.

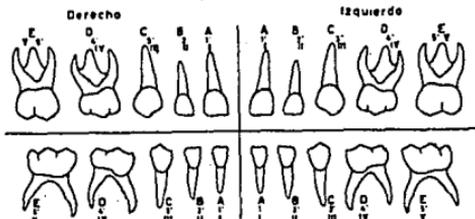
CAMARA PULPAR.-

LA CÁMARA PULPAR DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR ES DE MAS GRANDES PROPORCIONES QUE LOS OTROS DIENTES INFANTILES. EL GROSOR DE LA PARED DESDE LA SUPERFICIE DEL DIENTE HASTA ENCONTRAR LA CAVIDAD PULPAR ES DE 1.8 MM. Y ALCANZA HASTA 4,5 MM. EN LA CARA OCLUSAL, EN LA CIMA DE LAS CÚSPIDES.

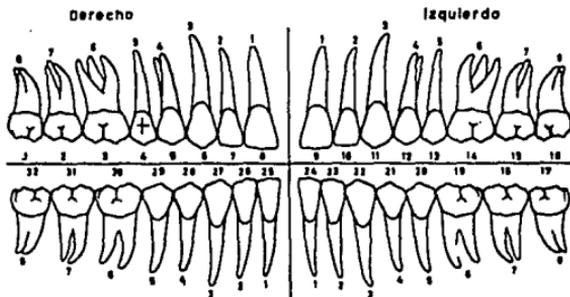
EL ESMALTE EN ESTOS DIENTES ES UNIFORME EN SU ESPESOR, SOLAMENTE TIENE 0.5 MM. EN RARAS OCASIONES SE ENCUENTRA DENTINA NEOFORMADA A EXPENSAS DE LA CAVIDAD, COMO SUCEDE EN LA DENTADURA ADULTA LOS CONDUCTOS RADICULARES SON DE DIMENSIONES EXTRAORDINARIAMENTE GRANDES SI SE COMPARAN CON LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN ESTA AMPLITUD ES PROPIA DE CUATRO DE LAS RAÍCES QUE EMPIEZAN SU REABSORCIÓN TAN PRONTO HAN ACABADO DE FORMARSE.

LAS REACCIONES DE LOS ODONTOBLASTOS SON MENOS ENERGICAS QUE EN LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN, O DICHO DE OTRO MODO, LA DENTINA DE LOS DIENTES INFANTILES ES MENOS SENSITIVA QUE LA DE LOS DIENTES DEL ADULTO.

ANATOMÍA DENTAL



Esquema que representa la dentadura infantil. Se pueden usar letras, números con primas o números romanos



Dentadura de adulto. Esquema que ilustra los diagramas, el de "cuadrantes" y el "numérico"

HISTORIA CLINICA DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

PARA INICIAR UN EXÁMEN 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, DESPUÉS DE EXAMINAR A CONCIENCIA, DE DIAGNOSTICAR Y TRAZAR UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO Y ASI LOGRAR EL MAYOR SERVICIO DENTAL PARA LOS PACIENTES NIÑOS LA MANERA EN QUE ESTO SEA LLEVADO DURANTE LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL, DEPENDERA DE UNA RELACIÓN COMPLETA ENTRE NIÑO, PADRE Y DENTISTA.

EXAMEN DEL NIÑO.-

EXISTEN TRES TIPOS DE CITAS PARA EXÁMEN QUE PUEDEN CONSIDERARSE EN ODONTOPEDIATRÍA Y SON:

- 1.- CITAS DE EMERGENCIA
- 2.- CITAS PERIODICAS O DE RECORDATORIO.
- 3.- CITAS PARA EXÁMEN COMPLETO.

EL EXÁMEN DE EMERGENCIA SE LIMITA A UN DIAGNÓSTICO INMEDIATO QUE NOS LLEVE A UN TRATAMIENTO RÁPIDO Y A LA ELIMINACIÓN DE LA QUEJA PRINCIPAL.

POSTERIORMENTE CITAREMOS AL PACIENTE PARA EXÁMEN COMPLETO.

EL EXÁMEN PERIÓDICO O DE RECORDATORIO ES UNA SESIÓN DE CONTINUA -- CIÓN POSTERIOR A LA SESIÓN INICIAL DEL EXÁMEN COMPLETO. LA FINALIDAD ES EXAMINAR LOS CAMBIOS QUE PUDIERAN HABER OCURRIDO.

EL EXÁMEN PERIODICO SE REALIZA GENERALMENTE CADA CUATRO MESES DE -- ACUERDO AL CASO DE CADA PACIENTE.

EL EXÁMEN COMPLETO. - EVALUARÁ TODO LO CONCERNIENTE AL NIÑO TRATANDO DE SEGUIR UNA SECUENCIA.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE NUESTRO PACIENTE ES PRE-ESCOLAR Y NO SE TRATARÁ DE INTRODUCIRLO DE INMEDIATO AL SILLÓN DENTAL, SINO ÚNICAMENTE SE TRATARÁ DE OBTENER INFORMACIÓN QUE PUEDE SER ADQUIRIDA ESPONTANEAMENTE PARA EL PROFESIONAL, ESTO TENDRÁ LA FINALIDAD DE OBTENER UN MEJOR MANEJO DEL NIÑO, PARA DARLE CONFIANZA Y TIEMPO PARA ADAPTARSE AL MEDIO.

POR LO TANTO TRATAREMOS DE SEGUIR A CONCIENCIA LOS SIGUIENTES PASOS ESENCIALES.

1.- HISTORIA DEL CASO.- INFORMACIÓN GENERAL.

2.- EXÁMEN CLÍNICO.

A).- CONDICIÓN GENERAL PRESENTE.

B).- CONDICIÓN LOCAL PRESENTE

C).- EXÁMEN DENTAL.

D).- PROCEDIMIENTOS SUPLEMENTARIOS.

3.- PLAN DE TRATAMIENTO.

A).- DIAGNÓSTICO.

B).- PLANEACIÓN.

1.- HISTORIA DEL CASO.-

ANTES DE QUE EL NIÑO SEA INTRODUCIDO AL GABINETE ODONTOLÓGICO SE DEBE EFECTUAR EL CUESTIONARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA MÉDICA Y DE INFORMACIÓN GENERAL ASÍ COMO EL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE.

LA DURACIÓN Y ENFOQUE DE LA HISTORIA CLÍNICA DEPENDEN DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE RADICAN EN CADA CASO, EN SITUACIONES DE EMERGENCIA LA HISTORIA SE LIMITA GENERALMENTE A PUNTOS ESENCIALES EN RELACIÓN CON LA LESIÓN QUE SE TRATA EN EL MOMENTO O DEL MAL QUE AQUEJE AL NIÑO ACTUALMENTE, Y TAMBIÉN A LA PRECENSA O AUSENCIA DE ENFERMEDADES GENERALES QUE PUDIERAN TENER IMPORTANCIA EN EL TRATAMIENTO INMEDIATO.

CLINICA INFANTIL

I.- Información General

Nombre:		Diminutivo	Edad	
Fecha de Nac.	Lugar de Nac.	Dirección		
Teléfono	Grado Escolar	Padre o acompañante		
Nombre del alumno		Fecha de examen	1er.Ex.	2do.Ex.
			3er.Ex.	

Señale una de las casillas

- | | Sí | No |
|--|-----|-----|
| 1.- ¿ Goza su hijo de buena salud ? | () | () |
| 2.- ¿ Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida ? | () | () |
| ¿ Por qué motivo ? _____ | | |
| 3.- ¿ Ha estado hospitalizado ? | () | () |
| 4.- ¿ Es alérgico a algún alimento o medicamento ? | () | () |
| ¿ A cuáles ? _____ | | |
| 5.- ¿ Toma su hijo algún medicamento actualmente ? | () | () |
| ¿ Qué clase de medicamento ? _____ | | |
| 6.- ¿ Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales ? | () | () |
| ¿ Qué trastornos ? _____ | | |
| 7.- Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes: | | |

	Edad		Edad		Edad
Asma () _____		Sarampión () _____		Fiebre reumática () _____	
Paladar hendido () _____		Tosferina () _____		Tuberculosis () _____	
Epilepsia () _____		Varicela () _____		Fiebres Eruptivas () _____	
Enf. Cardíaca () _____		Escarlatina () _____		Otras: _____	
Hepatitis () _____		Difteria () _____		_____	
Enf. Renal () _____		Tifoidea () _____		_____	
Trastorno Hepático () _____		Papera () _____		_____	
Trastornos del lenguaje () _____		Poliomelitis () _____		_____	

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------|
| 8.- ¿ Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones o en accidentes ? | () | () |
| 9.- ¿ Tiene dificultades en la Escuela ? | () | () |
| 10.- Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____ | | |
| 11.- Motivo de la consulta: _____ | | |
| 12.- Recomendado por: _____ | Experiencias Odontológicas | si no |
| 13.- Observaciones: _____ | previas | () () |
| _____ | Actitud del niño hacia el Odontólogo | |
| | Favorable | Desfavorable |

EL CUESTIONARIO DEBE PROPORCIONAR DATOS GENERALES COMO NOMBRE DEL PACIENTE, DIMINUTIVO, EDAD FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, DIRECCIÓN TELÉFONO GRADO ESCOLAR, NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE, HISTORIA MEDICA Y ODONTOLÓGICA PASADA, AÑADIENDO EL MOTIVO DE LA CONSULTA Y LA ACTITUD TOMADA POR EL NIÑO HACIA EL DENTISTA.

SE COMPLEMENTA LA HISTORIA DEL CASO MEDIANTE UNA PLÁTICA CON LOS PADRES AGREGANDO CON SUS RESPUESTAS EL OBJETIVO QUE SE PERSIGUE. POSTERIORMENTE SE REvisa LA HISTORIA DEL CASO Y DE INFORMACIÓN GENERAL PARA QUE EL ODONTÓLOGO SE FAMILIARICE CON LA HISTORIA MÉDICA Y LA ATENCIÓN DENTAL PASADA DEL NIÑO, ASÍ PODREMOS OBTENER UN CONOCIMIENTO DE LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE.

LA ANESTESIA GENERAL PUEDE SUSTITUIR UNA EXPERIENCIA PSICOLÓGICA PARA EL PRE-ESCOLAR Y PUEDE SENSIBILIZARLO EN ALGUNO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN A CABO MÁS TARDE EN EL CONSULTORIO DENTAL. SERA IMPORTANTE REGISTRAR LA QUEJA PRINCIPAL CON LAS PALABRAS DE LA MADRE O DEL NIÑO. ESTO PUEDE SER UN PROBLEMA AGUDO O SOLO UN DESEO DE ATENCIÓN RUTINARIA.

FINALMENTE ES ESENCIAL SABER SI EL NIÑO HA TENIDO EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS O ANTERIORES A LA VISITA ACTUAL Y OBSERVAR LA ACTITUD DEL NIÑO HACIA EL ODONTÓLOGO, YA QUE DEPENDIENDO DE ESTO SE DETERMINARÁN LAS PRECAUCIONES Y PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DEL NIÑO.

2.- EXÁMEN CLÍNICO.

ESTE DEBE EFECTUARSE CON UNA SECUENCIA LÓGICA Y ORDENADA DE OBSERVACIONES Y DE PROCEDIMIENTOS, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS UN ENFOQUE SISTEMÁTICO PRODUCIRÁ MUCHA MÁS INFORMACIÓN SOBRE ALGUNA ENFERMEDAD NO DETECTADA QUE NOS PODRÍA AFECTAR POSTERIORMENTE EN NUESTRO TRATAMIENTO.

A).- CONDICIÓN GENERAL PRESENTE.-

ESTATURA Y PESO

PORTE

NIVEL DE DESARROLLO DEL LENGUAJE

PIEL Y PELO

MANOS

TEMPERATURA

ESTATURA Y PESO.-

ESTO PUEDE ANALIZARSE Y COMPARARSE CONSULTANDO CUADROS O ESQUEMAS DE CRECIMIENTO Y PESO.

PORTE.-

CUANDO EL NIÑO ENTRE AL CONSULTORIO DENTAL PODREMOS APRECIAR SU MODO DE ANDAR Y VER SI ESTE ES NORMAL O SI SE ENCUENTRA AFECTADO.

NIVEL DE DESARROLLO DEL LENGUAJE.-

EL DESARROLLO DEL LENGUAJE DEPENDE DE LA CAPACIDAD QUE TIENE EL SER HUMANO DE REPRODUCIR SONIDOS QUE HA ESCUCHADO POR LO TANTO, LOS NIÑOS MUY PEQUEÑOS CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN GRAVES PUEDEN TENER DESARROLLO DEL LENGUAJE LENTO.

SE CONSIDERAN CUATRO TIPOS DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

A).- AFASIA.- ESTA ES MOTRÍZ Y MUY RARA YA QUE LA PÉRDIDA DEL LENGUAJE COMO RESULTADO DE ALGÚN DAÑO AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

B).- EL LENGUAJE RETARDADO SE CONSIDERA CUANDO EL NIÑO NO HABLA A LOS 3 AÑOS DE EDAD.

C).- TARTAMUDEO.- OCURRE EN CASI TODOS LOS NIÑOS EN ALGÚN PERÍODO ANTES DE IR AL COLEGIO, ES MÁS COMÚN EN NIÑOS QUE EN NIÑAS.

D).- LOS TRASTORNOS ARTICULATORIOS DEL LENGUAJE QUE PUEDEN CONSIDERARSE IMPORTANTES SON:

OMISIÓN, INSERCIÓN, DISTORCIÓN, AL SUSTITUIR EL SONIDO C POR S SE PRODUCE SESEO, ALGUNOS DEFECTOS DE ARTICULACIÓN OCURREN DENTRO DE LOS LÍMITES DE DESARROLLO NORMAL,

PIEL Y PELO.-

POR EJEMPLO EN EL CASO ESPECÍFICO DEL NIÑO CON DISPLÁSIA ECTODÉRMICA CONGÉNITA, EL PELO PUEDE ESTAR AUSENTE O SER MUY ESCASO DELGADO Y DE COLOR CLARO.

LA PIEL DE LA CARA AL IGUAL QUE LA DE LAS MANOS PUEDE OBSERVARSE Y DETECTAR SEÑALES DE ENFERMEDAD,

UN ODONTÓLOGO CUIDADOSO PUEDE POSPONER UNA VISITA DENTAL SI VE QUE EL NIÑO PRESENTA EXTENSAS Y DOLOROSAS LESIONES DE HERPES O ALGÚN OTRO TIPO DE LESION EN LOS LABIOS O EN LA CARA.

MANOS.-

EN LAS MANOS DEL PACIENTE NIÑO PUEDE OBSERVARSE TODO TIPO DE LESIONES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DE LA PIEL, COMO VESÍCULAS, COSTRAS O ESCAMAS, ÚLCERAS, ETC.

MUCHOS FACTORES CAUSALES PUEDEN PRODUCIR ESTOS TRASTORNOS, COMO DEFICIENCIA VITAMÍNICA HORMONAL Y DEL DESARROLLO.

LAS UÑAS PUEDEN ESTAR MORDIDAS O CORTAS COMO RESULTADO DE UN HÁBITO O DE ANSIEDAD.

TEMPERATURA.-

EN LOS NIÑOS ES FRECUENTE LA ELEVACIÓN DE TEMPERATURA TEMPORAL DESPUES DE COMER, DE HACER EJERCICIO O CUANDO EL MEDIO NO PERMITE LLEVAR AL ENFRIAMIENTO CORPORAL.

EXISTE UNA GAMA DE TEMPERATURAS QUE SON CONSIDERADAS COMO NORMALES LAS INFECCIONES DENTALES O LAS ENFERMEDADES GINGIVALES AGUDAS ASÍ COMO ALGUNAS INFECCIONES RESPIRATORIAS DAN COMO RESULTADO ESTADOS FEBRILES EN LOS NIÑOS.

B).- CONDICIÓN LOCAL PRESENTE:

LA CAVIDAD BUCAL ES LA META DEL EXÁMEN PARA EL DIAGNÓSTICO, LA APRECIACIÓN DE LA CONDICIÓN GENERAL DEL PACIENTE, NOS SIRVE DE INTRODUCCIÓN A LA CAVIDAD BUCAL DEL NIÑO.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ EVITAR CUALQUIER TENDENCIA A ENFOCAR SU ATENCIÓN DIRECTAMENTE EN LAS PIEZAS DENTALES, DESCUIDANDO ASÍ OTRAS --- ÁREAS, LA OBSERVACIÓN PARA CONOCER LA CONDICIÓN LOCAL PRESENTE O SEA TODO LO REFERENTE A LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL Y DE LA FARINGUE BUCAL DEBEN EXAMINARSE PARA SU DIAGNÓSTICO.

EL CIRUJANO DENTISTA QUE REALIZA UN BUEN DIAGNÓSTICO EXAMINARÁ LAS-PIEZAS DENTARIAS EN ÚLTIMO LUGAR, NO EN PRIMERO.

AHORA SI, ENTRANDO A LA CAVIDAD ORAL OBSERVAREMOS LAS SIGUIENTES ZONAS, LABIOS, MUCOSA ORAL.

SALIVA

TEJIDO GINGIVAL.

LENGUA Y PISO DE LA BOCA

PALADAR

FARINGUE Y AMÍGDALAS.

LABIOS, MUCOSA ORAL.-

LOS LABIOS NO DEBEN SER DESCUIDADOS POR EL APREMIO DE EXAMINAR LAS PIEZAS DENTARIAS, DESPUÉS DE OBSERVAR TAMAÑO, FORMA, COLOR Y TEXTURA DE LA SUPERFICIE, DEBEMOS DE PALPARLOS CON LOS DEDOS, ES FRECUENTE QUE OBSERVEMOS ÚLCERAS, VESÍCULAS, FISURAS Y COSTRAS.

LOS LABIOS PROTEGEN LOS DIENTES DE LOS TRAUMAS Y POR LO TANTO SON - LUGARES FRECUENTES DE CONTUSIONES EN LOS NIÑOS, REACCIONES ALÉRGICAS PUEDEN CAUSAR CAMBIOS DRAMÁTICOS EN LOS LABIOS.

A MEDIDA QUE SE SUSTRAN EN LOS LABIOS EL ODONTÓLOGO DEBERÁ OBSERVAR LA MUCOSA ORAL, CUALQUIER CAMBIO DE COLOR O DE CONSISTENCIA DE LA MEMBRANA MUCOSA DEBERA SER EVALUADA CUIDADOSAMENTE.

DMITRI MENDELEV (1834 - 1907)

EL LIBRE ACCESO AL EDIFICIO DE LA CIENCIA
ESTÁ PERMITIDO NO SÓLO A QUIENES IDEARON EL
PROYECTO, TRAZARON LOS DIBUJOS, PREPARARON LOS
MATERIALES O COLOCARON LOS LADRILLOS, SINO
TAMBIÉN A TODOS AQUELLOS QUE ESTÁN ANSIOSOS POR
CONOCER INTIMAMENTE EL PLAN, Y NO DESEAN VIVIR
EN SUS CRIPTAS.

CAPITULO No. 3

LAS LESIONES MAS COMUNES QUE SE OBSERVAN EN LA MUCOSA BUCAL O LABIAL DE LOS NIÑOS SON LAS QUE SE ASOCIAN CON VIRUS DE HERPES SIMPLE, ESTAS PUEDEN SER RELATIVAMENTE BENIGNAS CON PEQUEÑAS ÚLCERAS DOLOROSAS O PUEDEN SER MÁS GENERALIZADAS, EXTENDIÉNDOSE AL TEJIDO GINGIVAL Y PALADAR PRODUCIENDO TEJIDO GINGIVAL DEMASIADO SENSITIVO DOLOROSO Y MULTIPLES ÚLCERAS POCO PROFUNDAS.

SALIVA.-

AL EFECTUAR EL EXÁMEN DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL, GENERALMENTE SE ESTIMULA UNA SALIVACIÓN PROFUSA EN LOS NIÑOS, LA SALIVA PUEDE SER DELGADA, NORMAL O VISCOSA.

LA PAROTIDITIS EPIDÉRMICA O PAPERAS SE CARACTERIZA POR UNA INFLAMACIÓN MUY SENSIBLE Y ALGO DOLOROSA UNI O BILATERAL DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

TEJIDO GINGIVAL.-

SE DEBE CONSIDERAR EL COLOR, TAMAÑO Y FORMA, ASÍ COMO CONSISTENCIA Y FRAGILIDAD CAPILAR DEL PARODONTO, LA INFLAMACIÓN Y EL COLOR ROJO PUEDE SER PRODUCTO DE UNA HIGIENE BUCAL POBRE.

CUANDO ESTAN EN ERUPCIÓN LAS PIEZAS DENTARIAS, EL TEJIDO GINGIVAL QUE LAS RODEA PUEDE INFLAMARSE Y SER DOLOROSO, YA QUE SON TRAUMATIZADOS POR LAS PIEZAS OPUESTAS.

PODEMOS OBSERVAR FRECUENTEMENTE INFECCIONES COMO SON, ABCESO DENTO ALVEOLAR Y CELULITIS.

ABCESO DENTO-ALVEOLAR.-

PODRÁ SER AGUDO O CRÓNICO EN EL ESTUDIO DE RX DURANTE EL PERÍODO INICIAL, OBSERVAREMOS UN LIGERO ENSANCHAMIENTO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL LA PIEZA ESTÁ MUY SENSITIVA A LA PERCUCIÓN Y AL MOVIMIENTO YA QUE ES. SU ESTADO CRÓNICO RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA EN EL ÁREA RADIOLÚCIDA BIEN DEFINIDA A NIVEL APICAL.

LOS SINTOMAS AGUDOS PUEDEN ALIVIARSE EFECTUANDO DRENAJE, Y REMOVIENDO EL TECHO, POSTERIORMENTE SE DECIDE SI LA PIEZA SE EXTRAE O SE CONSERVA.

EL ABCESO ALVEOLAR EN LAS PIEZAS DE LA PRIMERA DENTICIÓN, ES UN PROCESO INFECCIOSO MÁS DIFUSO QUE EN LAS PIEZAS DE LA SEGUNDA DENTICIÓN

CELULITIS.-

ESTA ES UNA INFECCIÓN QUE SE EXTIENDE EN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CARA CERCA DE ALGÚN DIENTE CUYA PULPA SE HA NECROSADO, LA CELULITIS CAUSA INFLAMACIÓN EN LA CARA O EL CUELLO Y LOS TEJIDOS CAMBIAN DE COLOR.

CUANDO LA INFECCIÓN SE ORIGINA EN UNA PIEZA SUPERIOR LA INFLAMACIÓN Y EL ENROJECIMIENTO PUEDEN LLEGAR A QUE EL OJO DEL NIÑO PUEDE PARECER MUY ENFERMO Y CON ALTA TEMPERATURA. PARA REDUCIR LA INFLAMACIÓN Y LOS SINTOMAS AGUDOS, PUEDE HACERSE UN DRENAJE ABRIENDO A TRAVES DEL TECHO PULPAR DEL DIENTE AFECTADO.

EL FRENILLO LABIAL SITUADO EN LA LÍNEA MEDIA SOBRE TODO EN EL MAXILAR SUPERIOR, PUEDE SER RESPONSABLE DE UN DIASTEMA ENTRE INCISIVOS-CENTRALES TANTO EN LA PRIMERA DENTICIÓN COMO EN LA MIXTA. SERA IMPORTANTE ESTABLECER SI EL DIASTEMA ES NORMAL PARA LA ÉPOCA PARTICULAR DEL DESARROLLO LLAMADA (ETAPA DEL PATITO FEO) O SI EL ESPACIO DE LA LÍNEA MEDIA ESTÁ RELACIONADO CON UN FRENILLO LABIAL SUPERIOR-ANORMAL.

EL PUNTO DE INSERCIÓN DEL FRENILLO LABIAL ES VARIABLE PUEDE ESTAR VARIOS MILIMETROS POR SOBRE LA CRESTA DEL REBORDE O BIÉN SOBRE EL REBORDE.

UNA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO SIMPLE PARA OBSERVAR SI LA INSERCIÓN ALVEOLAR ES ANORMAL ES EJERCER UNA PRESIÓN INTERMITENTE SOBRE EL FRENILLO. EL FRENILLO ANORMAL, PUEDE INTERFERIR EN UN BUEN CEPILLADO RESTRINGIR LOS MOVIMIENTOS DEL LABIO, ASÍ COMO ANOMALÍAS EN EL LENGUAJE Y PUEDE PRODUCIR UN ASPECTO ESTÉTICO DESAGRADABLE.

LENGUA Y PISO DE LA BOCA.-

DEBEREMOS EXAMINAR FORMA, TAMAÑO, COLOR Y MOVIMIENTOS, MUY RARA VEZ LOS NIÑOS SE QUEJAN DE LESIONES SINTOMÁTICAS DE LA LENGUA.

SIN EMBARGO PODEMOS ENCONTRAR EN LA LENGUA UNA SERIE DE CONDICIONES BENIGNAS QUE DEBEMOS ANOTAR EN LA FICHA DE EXÁMEN.

MACROGLOSIA.-

EN ALGUNOS CASOS PUEDEN SER TEMPORALES EN CONDICIONES ALÉRGICAS Y SE TRATARA DE ACUERDO A LA CAUSA, CUANDO ES DE ORIGEN CONGÉNITO EL NIÑO NACE CON LA MALFORMACIÓN Y ESTA SE HACE MAS NOTORIA CON EL DESARROLLO, UNA LENGUA GRANDE PUEDE SER CARACTERISTICA EN EL SÍNDROME DE DOWN O MONGOLISMO Y ES UN SOBRESARROLLO DE LA MUSCULATURA DE LA LENGUA, ESTA PUEDE PROVOCAR UN ESQUEMA DE DESARROLLO ANORMAL DE LOS MAXILARES EN MALOCCLUSIÓN,

LA ANQUILOGLOSIA.- ESTA ES PRODUCIDA POR UN FRENILLO CORTO Y GRUESO QUE SE EXTIENDE DESDE LA PUNTA DE LA LENGUA HASTA LOS TEJIDOS GINGIVALES DEL PISO DE LA BOCA LIMITANDO LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA, - ORIGINANDO TRASTORNOS FONIÁTRICOS.

EN LACTANTES CAUSA PROBLEMAS PARA SU ALIMENTACIÓN ESTÁ INDICADO EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

LENGUA FISURADA.-

NO ES MUY FRECUENTE A VECES SE PRESENTA ASOCIADA AL SÍNDROME DE -- DOWN., PUEDE SER TAMBIÉN UNA DEFICIENCIA DE VITAMINA B.

EL ACÚMULO DE RESIDUOS PUEDE PRODUCIR INFLAMACIÓN DE LA BASE DE LAS FISURAS ESTO PUEDE PREVENIRSE CON EL CEPILLADO DE LA LENGUA Y UNA BUENA HIGIENE BUCAL.

LENGUA GEOGRÁFICA.-

ES LA ANOMALÍA LINGUAL MÁS COMÚN QUE ESENCIALMENTE ESTÁ LIMITADA A LOS NIÑOS.

SU ETIOLOGÍA ES DESCONOCIDA PERO BURKET SUGIRIÓ QUE PODRÍA SER CAUSADA POR UNA INFECCIÓN MICROBIANA.

ES UNA DESCAMACIÓN DE LAS CAPAS QUERATÍNICAS DE LAS PAPILAS CON INFLAMACIÓN, EN POCOS DIAS PUEDE OBSERVARSE EN EL DIBUJO DE LAS LESIONES, A PESAR DE TODO NO REQUIERE TRATAMIENTO.

LENGUA PILOSA NEGRA,-

ÉSTA SE OBSERVA RARA VEZ EN NIÑOS, PERO CON FRECUENCIA EN ADOLESCENTES Y SE RELACIONA CON LA INGESTIÓN ORAL Y GENERAL DE ANTIBIÓTICOS.

ALGUNOS ANTIBIÓTICOS COMO LA PENICILINA Y TETRACICLINAS SUPRIMEN LOS MICROORGANISMOS SENSIBLES Y PERMITEN QUE LOS BACILOS COCOS Y HONGOS SE MULTIPLIQUEN, LA AFECCIÓN ES ASINTOMÁTICA, NO TIENE SIGNIFICACIÓN REAL Y SUELE DESAPARECER SIN TRATAMIENTO.

TRAUMATISMO LINGUAL,-

PUEDEN SER A CONSECUENCIA DE UNA CAÍDA DE UN NIÑO Y MORDERSE, NOSOTROS COMO ODONTÓLOGOS PODEMOS TRAUMATIZARLO SIN QUERER CON UN DISCO O FRESA, EL FLUJO ABUNDANTE DE SANGRE PUEDE SER LA RAZÓN DE LA BAJA INCIDENCIA DE INFECCIONES.

PISO DE LA BOCA,-

DEBE EXAMINARSE PARA BUSCAR CUALQUIER TIPO DE INFLAMACIÓN QUE PODRÍA SER QUISTES O ULCERACIONES, LOS ORIFICIOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES SUBLINGUAL Y SUBMAXILAR, ASÍ COMO LAS GLÁNDULAS SALIVALES MENORES SE PUEDEN OBTURAR CAUSANDO UN QUISTE DE RETENCIÓN DE MUCOSAS.

PALADAR,-

OBSERVAREMOS SU FORMA, COLOR Y LA PRESENCIA DE CUALQUIER TIPO DE LESIÓN EN EL PALADAR BLANDO Y DURO.

LA CONSISTENCIA DE LAS DEFORMIDADES O INFLAMACIONES DEBERÁN SER INVESTIGADAS POR MEDIO DE LA PALPACIÓN. LAS CICATRICES EN EL PALADAR PUEDEN SER EVIDENCIAS DE TRAUMAS PASADOS O DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE HICIERON PARA REPARAR ANOMALÍAS DE DESARROLLO. CAMBIOS DE COLOR PUEDEN SER CAUSADOS POR NEOPLASIAS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SISTÉMICAS TRAUMAS O AGENTES QUÍMICOS, EN ALGUNAS VECES OBSERVAREMOS PROTUBERANCIAS EN EL PALADAR, QUE PUEDEN SER DIENTES SUPERNUMERARIOS O TORUS PALATINOS.

FARINGUE Y AMÍGDALAS.-

PARA EXAMINAR EL ÁREA DE LA FARINGE Y DE LAS AMÍGDALAS, SE DEBERÁ-
DEPRIMIR LA LENGUA CON EL ESPEJO O CON ABATELENGUAS PARA OBSERVAR
CUALQUIER CAMBIO DE COLOR, ÚLCERAS O INFLAMACIÓN.

EXÁMEN BUCAL.-

PODEMOS HACER CIERTAS OBSERVACIONES BÁSICAS DE LA DENTADURA EN GE-
NERAL ANTES DE FORMULAR DIAGNÓSTICOS SOBRE LAS PIEZAS INDIVIDUAL -
MENTE.

SERÁ DE GRAN VALOR LA CLASIFICACIÓN DE LAS ANOMALÍAS Y EL CONOCI -
MIENTO COADYUVANTE, PARA EFECTUAR UN BUEN DIAGNÓSTICO, POR LO TAN-
TO CLASIFICAREMOS LAS ANOMALÍAS DE LA DENTICIÓN.

I.- ANOMALÍAS DE NÚMERO.

II.- ANOMALÍAS DE FORMA.

III.- ANOMALÍAS DE ESTRUCTURA Y TEXTURA.

IV.- ANOMALÍAS DE COLOR.

V.- ANOMALÍAS DE ERUPCIÓN, EXFOLIACIÓN Y POSICIÓN.

I.- ANOMALÍAS DE NÚMERO.

LA VARIACIÓN DEL NÚMERO DE DIENTES RESULTA DEL AUMENTO O DISMINU -
CIÓN RESPECTO DE LA CANTIDAD CONSIDERADA NORMAL. ES RARA EN LA DEN -
TICIÓN PRIMARIA PERO MÁS FRECUENTE EN LA DENTICIÓN PERMANENTE.

COMO CAUSAS DE LA DISMINUCIÓN PUEDEN ENUNCIARSE.-

DESTRUCCIÓN DEL DIENTE POR TRAUMA, DISTROFIA, TRASTORNOS EN EL DE -
SARROLLO Y EN LA ALIMENTACIÓN DE TODO EL ORGANISMO, TRASTORNOS PAR -
TICULARES DEL DESARROLLO DENTARIO Y FACTORES HEREDITARIOS.

ES RARO ENCONTRAR LA AUSENCIA COMPLETA DE PIEZAS (ANODONCIA TOTAL)
EN ALGUNOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO LA ANODONCIA PARCIAL ES UN -
FACTOR DIAGNÓSTICO, LA AUSENCIA DE PIEZAS ÚNICAS ES MUCHO MÁS IM -
PORTANTE EN LA SEGUNDA DENTICIÓN QUE EN LA PRIMERA.

A EXCEPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES, EL SEGUNDO PREMOLAR MANDIBULAR Y LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES QUE SON LAS PIEZAS QUE FALTAN EVENTUALMENTE. ÉSTA AFECCIÓN QUE MUY A MENUDO ES CONGÉNITA ES MÁS - FRECUENTEMENTE HEREDITARIA.

DIENTES DE MÁS (SUPERNUMERARIOS) SE OBSERVAN A MENUDO EN LA LÍNEA - MEDIA DEL MAXILAR SUPERIOR (MESIODENS) PERO PUEDEN APARECER EN CUALQUIER ZONA Y EN CUALQUIER ARCO. LA PRESENCIA DE UN MESIODENS PUEDE SER DETECTADA POR UN DIASTEMA ANCHO ENTRE INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN.

UNA IMPORTANTE OBSERVACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO ES QUE LA DISOSTOSIS CLEIDO-CRANEAL O SÍNDROME HEREDITARIO, FAMILIAR Y DOMINANTE EN EL - QUE SE AÑADE LA AUSENCIA DE CLAVÍCULAS SE PRESENTAN COMUNMENTE DIENTES SUPERNUMERARIOS. LOS DIENTES CUYA AUSENCIA SE PRODUCE POR FACTORES CONGÉNITOS O DE DESARROLLO SUELEN OCASIONAR MUCHOS PROBLEMAS - PARA NOSOTROS, CIRUJANOS DENTISTAS. EL RECONOCIMIENTO PRECOZ DEPENDE DE UN CUIDADOSO EXÁMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO ADECUADO.

ASÍ COMO LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS, LAS AGENÉSIAS REPRESENTAN UNA FALLA O ABERRACIÓN EN LOS ESTADOS DE COMIENZO O PROLIFERACIÓN DEL - CICLO VITAL DEL DIENTE.

EN EL SÍNDROME DE DOWN (MONGOLISMO) EXISTE UN ALTO PORCENTAJE (43%) DE LOS NIÑOS AFECTADOS EN QUIENES COMUNMENTE EL DIENTE AUSENTE ES - EL INCISIVO LATERAL SUPERIOR.

EL TRATAMIENTO DE LOS CASOS CON AGENÉSIA (DIENTES AUSENTES) SÓLO - PUEDE SER DECIDIDO INDIVIDUALMENTE. EN ALGUNOS CASOS NO SE ACONSEJA EL TRATAMIENTO MIENTRAS QUE EN OTROS SE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS - ORTODÓNTICOS Y PROTÉSICOS.

ANOMALÍAS DE FORMA.-

LAS ANOMALÍAS DE FORMA TAMBIÉN SON MAS PRONUNCIADAS EN LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN QUE EN LOS DE LA PRIMERA.

NO ES RARO OBSERVAR QUE LA FORMA DE DIENTES PERMANENTES SE ALTERA - POR LA PRESENCIA DE GOTAS ADAMANTINAS (APARICIÓN DE ESMALTE EN LUGARES NO COMUNES).

LA FUSIÓN Y GEMINACIÓN INFLUYEN SOBRE EL TAMAÑO Y LA FORMA DE LOS DIENTES.

POR FUSIÓN SE ENTIENDE LA UNIFICACIÓN DE LOS GÉRMENES DENTARIOS. EN LA GEMINACIÓN PUEDE UNIRSE UN DIENTE NORMAL CON UN SUPERNUMERARIO.

ES MÁS COMÚN OBSERVAR ESTE TIPO DE DIENTES EN LA PRIMERA DENTICIÓN. EL DENS IN DENTE SE ORIGINA POR LA INVAGINACIÓN DEL ÓRGANO DEL ESMALTE DURANTE EL DESARROLLO DENTARIO.

LA FORMA MÁS SIMPLE DE ESTA INVAGINACIÓN ES EL AGUJERO CIEGO MÁS PROFUNDO Y SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES EN FORMA UNILATERAL O SIMÉTRICA.

LAS VARIACIONES DE LA CONFIGURACIÓN DENTARIA PUEDEN SER DE NATURALEZA HEREDITARIA O EL RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD O TRAUMATISMO.

ANOMALÍAS EN ESTRUCTURA Y TEXTURA DE LOS DIENTES.-

SE INCLUYEN LOS SÍNDROMES HEREDITARIOS, TALES COMO LA AMELOGÉNESIS IMPERFECTA, LA DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA, ASÍ COMO LOS DIVERSOS FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR LA FORMACIÓN DEL ESMALTE Y LA DENTINA.

ANOMALÍAS DE COLOR.-

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EL USO DIFUSO DE TETRACICLINAS HA AÑADIDO UNA CATEGORÍA MÁS EN LA COLORACIÓN INTRÍNSECA DE LOS DIENTES. LO PRIMERO A CONSIDERAR ES COMPROBAR SI EL COLOR O LA MANCHA ES INTRÍNSECA O EXTRÍNSECA. POR LO TANTO DEBE REALIZARSE UNA PROFILAXIS CON PIEDRA PÓMEZ, PARA LA REMOCIÓN DE MANCHAS VERDES O PIGMENTACIÓN AMARILLA CAUSADA POR VITAMINAS U OTRAS PIGMENTACIONES LOCALES.

SI EL COLOR ES INTRÍNSECO SERÁ NECESARIO TOMAR EN CONSIDERACIÓN, SU DISTRIBUCIÓN Y LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE SU LUGAR DE PROCEDENCIA LAS ENFERMEDADES DE LA INFANCIA Y SUS ANTECEDENTES HEREDITARIOS.

CLASIFICACIÓN.-

- 1.- DIENTE AMARILLO.- COLORACIÓN POR TETRACICLINA DEBIDA A UN NACIMIENTO PREMATURO.
- 2.- DIENTE MARRÓN.- TAMBIÉN POR TETRACICLINAS.
- 3.- DIENTES AZULES O AZUL VERDOSO.
- 4.- DIENTES DE COLOR BLANCO O AMARILLENTO OPACO.
- 5.- DIENTES CON ARCOS ESPECÍFICOS BLANCOS.
- 6.- DIENTES DE COLOR ROJO AMARRONADO.
- 7.- DIENTES DE COLOR MARRÓN GRISÁSEO
- 8.- DIENTES VARIADOS DEBIDO A FACTORES EXTRÍNSECOS DE LOS ALIMENTOS MEDICAMENTOS U OTROS AGENTES.

ANOMALÍAS DE ERUPCIÓN, EXFOLIACIÓN Y POSICIÓN.-

EN LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS, LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES, ESTÁ PRECEDIDA POR UNA SALIVACIÓN INCREMENTADA Y EL NIÑO TIENDE A LLEVARSE LOS DEDOS A LA BOCA.

LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES ANTES DE LA ERUPCIÓN COMPLETA DE LA CORONA PODRÍAN CAUSAR UN ESTADO DE MOLESTIA TEMPORAL QUE CEDE EN POCOS DÍAS.

POR OTRA PARTE ES MUY VARIABLE LA EDAD EN QUE LOS DIENTES ERUPTIONAN O SE EXFOLIAN.

EN EL CASO DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES A CAUSA DE CARIES EL EFECTO EN LA ERUPCIÓN DEL DIENTE SUCEDÁNEO DEPENDE DE LA EDAD EN QUE SE REALIZÓ LA EXTRACCIÓN SI SUCEDER EN LA ETAPA PREESCOLAR LA ERUPCIÓN DEL DIENTE SUBYACENTE SUELE RETARDARSE, SI OCURRE EN EL PERÍODO DE LA DENTICIÓN MIXTA Y EXISTE UNA PATOLOGÍA ÓSEA EXTENDIDA, SE ACELERA LA ERUPCIÓN DEL DIENTE PERMANENTE. DURANTE LA ERUPCIÓN DENTAL Y LA LACTANCIA PUEDEN PRESENTARSE ALGUNOS ASPECTOS CLÍNICOS COMO SON:

PERLAS DE EPSTEIN.-

SON PEQUEÑOS NÓDULOS DUROS BLANCOS SOBRE MUCOSA ALVEOLAR, CAUSADOS POR NIDOS DE EPITELIO DEBAJO DE MUCOSA SE PRESENTAN EN RECIENTE NACIDOS Y NO HAY TRATAMIENTO PUES A LOS POCOS MESES DESAPARECEN.

DIENTES NATALES Y NEONATALES.-

LOS DIENTES NATALES (PRESENTES AL NACER) Y NEONATALES (ERUPCIONAN EN LOS 30 PRIMEROS DIAS) ES MUY BAJA (UNO EN 3000) ES COMÚN EN EL ÁREA INCISAL INFERIOR.

TOMAREMOS EN ESTOS CASOS RADIOGRAFÍAS PARA SABER SI SON SUPERNUMERARIOS O BIÉN SI HAY RELACIÓN DE LOS DIENTES PREMATUROS ERUPCIONADOS CON LOS ADYACENTES.

HEMATOMA DE ERUPCIÓN.-

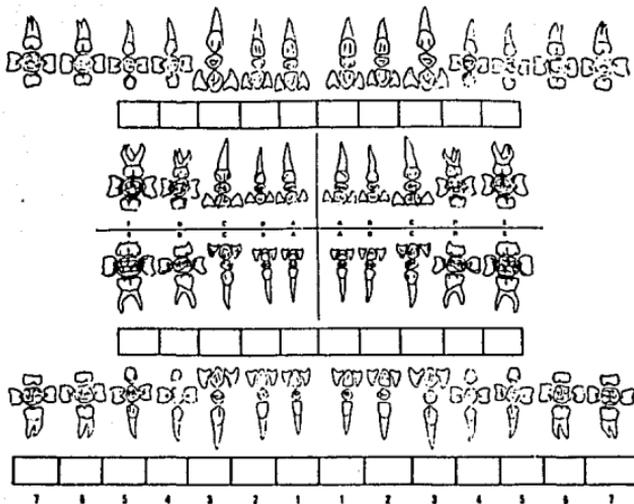
SEMANAS ANTES DE ERUPCIÓN DEL DIENTE TEMPORAL O PERMANENTE SE DESARROLLA UNA ZONA ELEVADA DE TEJIDO PÚRPURA AZULADA LLAMADA "HEMATOMA ERUPTIVO" NO HAY TRATAMIENTO PUESTO QUE EN POCOS DIAS EL DIENTE SE HABRE PASO POR LOS TEJIDOS Y EMPIEZA A CEDER EL HEMATOMA.

EXÁMEN DENTAL.-

EL ÉXITO EN CUALQUIERA QUE SEA NUESTRO PLAN DE TRATAMIENTO DENTAL DEPENDERÁ DE LA PRONTITUD CON QUE DESCUBRAMOS Y TRATEMOS LAS LESIONES, ESTAS LESIONES LAS DESCUBRIREMOS CON NUESTRAS ARMAS PRINCIPALES DE TRABAJO QUE SON: ESPEJO Y EXPLORADOR AFILADO DETECTAREMOS MEJOR SI ANTES HACEMOS UNA PROFILAXIS.

EXISTEN DIFERENCIAS ANATÓMICAS DE LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN COMO SON: CÁMARAS PULPARES EXTREMADAMENTE GRANDES, CUERNOS PULPARES PROMINENTES Y SU PROXIMIDAD A LAS SUPERFICIES EXTERNAS DEL DIENTE, HACIENDO IMPERATIVO EL DESCUBRIR LESIONES INCIPIENTES QUE SERÁN TRATADAS CON PRONTITUD.

INICIAREMOS NUESTRA FICHA DENTAL MARCANDO CON UN COLOR TODOS LOS DIENTES EXISTENTES TANTO DE PRIMERA COMO SEGUNDA DENTICIÓN.



Color: Rojo..... Caries y otras Patosis
Rojo y Azul..... Caries Secundaria

Azul..... Restauraciones
Triángulo Azul..... Ausente (Extracción o Exfoliación)

Triángulo Rojo..... Ausente (Congénito)
Flechas..... Inclinación del Diente

Cuadrado..... Sin Erupcionar
Flechas..... Giroversión de Diente

(- -) (| |)

(())

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

- Diente Fusionado (Fu)
- Geminación Dentaria (Gem)
- Diente Supernumerario (Sn)
- Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la Corona (c) Cervical Solamente (ce)
- Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEx)
- Movilidad en el Diente (MV)
- Inflamación Gingival (FMA)

Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos. blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones: _____

LOS DIENTES AUSENTES POR EXTRACCIÓN O EXFOLIACIÓN LOS ENCERRAREMOS EN CÍRCULO AZUL Y CON ROJO LOS CONGÉNITAMENTE AUSENTES. DESPUÉS LAS LESIONES CARIOSAS LAS ANOTAREMOS OBSERVANDO LAS DIFERENTES CARAS DEL DIENTE. ANOTANDO EL GRADO DE CARIES POR ARCADAS TANTO SUPERIOR COMO INFERIOR Y SON:

CLASE I.- ESMALTE

CLASE II.-ESMALTE Y DENTINA.

CLASE III.- LESIONES QUE INVOLUCRAN PULPA.

CLASE IV.- LESIONES QUE ABARCAN ESMALTE DENTINA Y PULPA CON NECROSIS QUE NO PUEDEN SER RESTAURADOS.

SERÁ INDISPENSABLE MARCAR LA AMPLITUD DE LA LESIÓN CARIOSA EN EL ODONTOGRAMA TOMADO EN CUENTA LA ANATOMÍA DENTAL Y ASÍ PODER EVALUAR EL TIPO DE TRATAMIENTO REQUERIDO EN CADA DIENTE.

ÉSTAS LESIONES LAS MARCAREMOS CON ROJO Y EN AZUL LAS OBTURACIONES Y RESTAURACIONES INDICANDO EL TIPO DE QUE SE TRATE.

CON UN CUADRO MARCAREMOS EN EL NÚMERO O LETRA CORRESPONDIENTE AL DIENTE CUANDO NO HA ERUPCIONADO A LA ÉPOCA HABITUAL DE SU ERUPCIÓN CON FLECHAS MARCAREMOS LAS MALPOSICIONES COMO POSICIÓN HACIA PALATINO O BUCAL MESIALIZACIÓN, GIROVERSIÓN, DISTALIZACIÓN, ETC.

CON ABREVIATURAS LAS ANOMALÍAS DENTARIAS COMO EN LA INFLAMACIÓN GINGIVAL LA PMA QUE CORRESPONDE A LA PAPILA, ENCÍA MARGINAL Y LA ENCÍA ADHERIDA.

DESPUÉS DEL EXÁMEN DENTAL Y DE HABER EVALUADO LA CONDICIÓN LOCAL Y GENERAL DEL PACIENTE OBSERVAREMOS SU OCLUSIÓN Y ALINEAMIENTO PARA TRATAMIENTOS CON MANTENEDORES DE ESPACIO Y ORTODONCIA PREVENTIVA. UN TRATAMIENTO DENTAL ADECUADO EN ODONTOPEDIATRÍA SE BASA EN UN DIAGNÓSTICO EXACTO Y EN FORMA MINUCIOSA DE LA PLANEACIÓN DEL MISMO POR ESO PARA UNA BUENA EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y FORMAR ASÍ UN BUEN PLAN DE TRATAMIENTO REQUERIREMOS DE:

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, ESTUDIO RADIOGRÁFICO, MODELOS DE ESTUDIO.

RAYOS X EN ODONTOPEDIATRIA:

CONSIDERACIONES CONDUCTUALES EN LA RADIOGRAFIA:

LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE ES IMPORTANTE SI SE DESEA OBTENER RADIOGRAFÍAS DE BUENA CALIDAD.

PARA PACIENTES DEMASIADO PEQUEÑOS, LA CONSULTA RADIOGRÁFICA PUEDE SER UNA FUENTE DE ANSIEDAD Y MALESTAR. EL NUEVO AMBIENTE, LA SEPARACIÓN DEL APOYO DE LOS PADRES Y EL APARATO INTIMAMENTE CREAN UNA SENSACIÓN TEMPRANA DE TEMOR Y APRENSIÓN. AGREGANDO A LA TENSIÓN ESTÁN EL MALSTAR DE LA PLACA DE PELÍCULA PRESIONADA CONTRA EL VESTÍBULO - MUY POCO PROFUNDO, Y LAS REPETIDAS ÓRDENES CONTRA EL MOVIMIENTO -- DURANTE LA EXPOSICIÓN DE RAYOS X.

LOS DIVIDENDOS DE UNA SESIÓN RADIOGRÁFICA EXITOSA Y BIEN MANEJADA INCLUYEN EL LOGRO DE RADIOGRAFÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y UN PACIENTE DISPUESTO A COOPERAR EN FUTURAS CONSULTAS DENTALES.

POR LO TANTO MOTIVAREMOS AL NIÑO, PARA HACER SU MEJOR ESFUERZO PARA COOPERAR CON NOSOTROS.

LOS NIÑOS ESTÁN DISPUESTOS A MANTENER UNA PLACA DENTRO DE LA BOCA - SI SABEN O LES EXPLICAMOS QUE SOLO SERÁ POR CORTO TIEMPO, ESTABLECEREMOS UN PACTO PREVIO DE TRES SEGUNDOS CON EL PEQUEÑO LO CUAL AYUDA A ESTE RESPECTO, UNA VEZ COLOCADA LA PLACA CONTAREMOS MUY LENTAMENTE HASTA TRES.

EN OCASIONES UN NIÑO PUEDE EXPRESAR SU APRENSIÓN INCREMENTANDO SU TENSIÓN A TENER NAUSEAS, NO SERA POR TANTO UN EXCESO DE PRECAUCIÓN CUBRIR CON UN MANDIL A UN NIÑO QUE PODRÍA TENER TENDENCIA A VOMITAR DADO QUE A VECES AÚN CON EL MEJOR MANEJO, ESTE REFLEJO NO PUEDE SER CONTROLADO.

UNOS DE LOS MÉTODOS MÁS EFICÁCES PARA REDUCIR LA NÁUSEA ES LA DISTRACCIÓN, LAS TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS PARA MANEJAR LA NÁUSEA INCLUYEN EL USO DE SEDANTES Y DE ANESTÉSICOS TÓPICOS.

EXAMENES RADIOGRAFICOS ESTANDARES PARA NIÑOS.-

UN EXÁMEN RADIOGRÁFICO ADECUADO PARA UN PACIENTE PEDIÁTRICO REPRESENTA UN COMPROMISO ENTRE EL NÚMERO DE PLACAS NECESARIO PARA APRECIAR TODAS LAS ÁREAS DE LA CABEZA QUE INTERVIENEN EN EL DIAGNÓSTICO Y LAS LIMITACIONES DEL PACIENTE SEGÚN LO DETERMINAN SU EDAD O SU CONDICIÓN MÉDICO-PSICOLÓGICA.

SE RECOMIENDAN TRES PAUTAS QUE DEBERÁN SER CUBIERTAS POR CUALQUIER EXÁMEN RADIOGRÁFICO. EL EXÁMEN DEBE MOSTRAR UNA VISTA PERIAPICAL - DE TODOS LOS DIENTES PRESENTES Y UNA VISTA INTERPROXIMAL DE TODOS LOS DIENTES POSTERIORES Y MOSTRARÁ LAS CÚSPIDES DE LOS DIENTES PERMANENTES EN DESARROLLO.

RADIOLOGIA EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DE EDAD:

UTILIZAREMOS DOS PLACAS OCLUSALES ANTERIORES Y DOS DE ALETA DE MORDIDA PARA POSTERIORES.

LAS PROYECCIONES OCLUSALES ANTERIORES SE OBTIENEN USANDO UNA PLACA No. 2 DE TAMAÑO PARA ADULTO COLOCADA TRANSVERSALMENTE EN EL PLANO OCLUSAL Y EMERGIENDO NO MÁS DE 2-3 MM. MÁS ALLÁ DEL BORDE INCISAL. EL CONO ES ORIENTADO EN CADA CASO DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DE LA TÉCNICA DE LA BISECTRÍZ DEL ÁNGULO.

LAS PLACAS DE ALETA DE MORDIDA SON DEL No. 0, LA POSICIÓN DEL CONO EN LA DIMENSIÓN VERTICAL ES DE + 10 GRADOS.

RADIOLOGIA EN NIÑOS DE TRES A SEIS AÑOS DE EDAD (CON DENTICIÓN DECÍDUA)

UTILIZAREMOS DOS PLACAS OCLUSALES ANTERIORES
CUATRO PLACAS PERIAPICALES POSTERIORES
DOS PLACAS DE ALETA DE MORDIDA

LAS PROYECCIONES OCLUSALES ANTERIORES SE OBTIENEN USANDO LA MISMA TÉCNICA DESCRITA PARA EL EXÁMEN DE NIÑOS MÁS PEQUEÑOS Y DE NUEVO - SE UTILIZAN PLACAS No. 2 PARA DULTO.

LAS PLACAS DE ALETA DE MORDIDA SE TOMAN CON LA PLACA MÁS GRANDE QUE EL PACIENTE ACEPTA.

CUANDO SE UTILIZAN PLACAS DEL No. 2 PARA LA TÉCNICA DE ALETA DE MORDIDA LA PROYECCIÓN MUESTRA LOS ÁPICES DE LOS MOLARES DECÍDUOS ASÍ - COMO EL GÉRMEN DEL DIENTE PERMANENTE EN DESARROLLO, ES POSIBLE QUE SEAN INNECESARIAS LAS PLACAS PERIAPICALES.

EL CONO SERÁ ORIENTADO A -10 GRADOS PARA LA EXPOSICIÓN PERIAPICAL - MANDIBULAR Y A + 40 GRADOS PARA LA EXPOSICIÓN PERIAPICAL MAXILAR.

Rx. EN NIÑOS DE SEIS A DOCE AÑOS.

(DENTICIÓN MIXTA)

UTILIZAREMOS DOS PLACAS PERIAPICALES ANTERIORES

CUATRO PLACAS PERIAPICALES DE LOS CANINOS

CUATRO PLACAS PERIAPICALES POSTERIORES

DOS O CUATRO PLACAS DE ALETA DE MORDIDA.

LAS PROYECCIONES PERIAPICALES ANTERIORES MAXILARES Y MANDIBULARES - SE OBTIENEN UTILIZANDO PLACAS DE No. 2 Y DEL No. 0 RESPECTIVAMENTE. ES RECOMENDABLE UN EXÁMEN TOTAL DE LA BOCA EN LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO. PARA LOS EXÁMENES DE RECONOCIMIENTO, LAS SERIES RADIOGRÁFICAS APROPIADAS DEPENDEN DEL ESTADO DE CARIES DEL PACIENTE, EL TIEMPO - TRANSCURRIDO DESDE EL ÚLTIMO EXÁMEN Y LA PRESENCIA DE PROBLEMAS ESPECIALES QUE REQUIEREN SERIE RADIOGRÁFICA REGULAR.

POR EJEMPLO ANTECEDENTES DE UN TRAUMATISMO DENTAL RECIENTE O UN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO, LAS PLACAS DE ALETA DE MORDIDA POSTERIORES - SON ESENCIALES PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LESIONES INTERPROXIMALES. PUEDEN INCLUIRSE PLACAS PERIAPICALES ANTERIORES U OTRAS PROYECCIONES INDICADAS POR ANTECEDENTES DE CARIES O TRAUMATISMOS PREVIOS O POR HALLAZGOS EN EL TIEMPO DEL EXÁMEN CLÍNICO.

ALTERNATIVAS DE PROYECCIONES RADIOGRAFICAS PARA NIÑOS MUY PEQUEÑOS O INVALIDOS.-

ALGUNOS NIÑOS QUE SE SOMETEN A EXÁMENES RADIOGRÁFICOS DENTALES CON FRECUENCIA REACCIONAN A LAS MOLESTIAS ASOCIADAS CON LA COLOCACIÓN DE PLACAS INTRABUCALES. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LAS OBJECIONES DEL NIÑO PUEDEN SER SUPERADAS MEDIANTE EL USO DE SERIES RADIOGRÁFICAS ABREVIADAS, PLACAS PEQUEÑAS Y UN DENTISTA PERSISTENTE PERO PACIENTE. SIN EMBARGO PARA ALGUNOS NIÑOS EN PARTICULAR, LOS MUY PEQUEÑOS O LOS NIÑOS INVÁLIDOS, ESTAS MEDIDAS NO SIEMPRE SON ADECUADAS. LA ANSIEDAD ESTÁ YA CERCA DE LOS NIVELES DEL UMBRAL DEL DOLOR A CONSECUENCIA DE LA SEPARACIÓN MATERNA, EL AMBIENTE POCO FAMILIAR DEL CUARTO PARA EXÁMENES Y LA APARIENCIA DEL EQUIPO DE RAYOS X.

AL DENTISTA LE QUEDARÁN DOS ALTERNATIVAS INDESEABLES.

PERSISTIR EN LA PRESENCIA DEL TEMOR Y LA RESISTENCIA DEL NIÑO CON LA ESPERANZA DE OBTENER UNA SERIE RADIOGRÁFICA ESTÁNDAR (CON FRECUENCIA ENEMISTÁNDOSE MÁS CON EL PACIENTE) O CONFÍAR EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAR SIN RADIOGRAFÍAS.

EL PROPÓSITO DE ESTO ES PRESENTAR LAS MODIFICACIONES DE LAS SERIES RADIOGRÁFICAS ESTÁNDAR PARA PEDIATRÍA QUE AYUDAN A MINIMIZAR EL DOLOR DE LA COLOCACIÓN DE LA PLACA.

PROYECCION OCLUSAL ANTERIOR.-

ESTA RADIOGRAFÍA PROPORCIONA LA VISUALIZACIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES DE SU HUESO DE SOPORTE. LA PLACA MUESTRA EN FORMA ADECUADA LA PRESENCIA DE CARIES INTERPROXIMALES, FRACTURAS RADICULARES, PATOLOGÍA PERIAPICAL Y DIENTES SUPERNUMERARIOS (O LA AUSENCIA CONGÉNITA) Y ES ÚTIL PARA VERIFICAR EL PROGRESO DE DESARROLLO DE LOS INCISIVOS PERMANENTES QUE NO HAN HECHO ERUPCIÓN.

POR LO TANTO, UNA PLACA OCLUSAL NORMAL SERA DOBLADA A LA MITAD POR SU PARTE MAS ANCHA Y COLOCADA EN LA BOCA CON LA ARISTA DEL DOBLÉZ HACIA LA FARINGE Y LOS BORDES LIBRES EMERGIENDO 5 MM ADELANTE DEL BORDE INCISAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES, SE INSTRUYE AL PACIENTE PARA QUE MUERDA FIRMEMENTE LA PLACA PARA RETENERLA EN PLANO OCLUSAL.

EL EJE DEL CONO ES DIRIGIDO ENTRE LOS ÁPICES DE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES, A 30 GRADOS APROXIMADAMENTE DEL PLANO FACIAL. LA PLACA ES EXPUESTA Y SE ANIMA AL PACIENTE A SEGUIR MORDIENDO CON FIRMEZA LA MISMA.

EL CONO SERÁ CAMBIADO CON RAPIDÉZ DE POSICIÓN PARA LA PROYECCIÓN - MANDIBULAR DE MODO QUE EL RAYO CENTRAL CRUCE LOS ÁPICES DE LOS INCISIVOS INFERIORES APROXIMADAMENTE 150 GRADOS DEL PLANO FACIAL.

EL REVELADO PRODUCE AMBAS PROYECCIONES, SUPERIOR E INFERIOR EN UNA SOLA PLACA OCLUSAL.

PROYECCION LATERAL DE LA MANDIBULA, -

LA RADIOGRAFÍA LATERAL DE LA MANDIBULA PROPORCIONA UNA VISTA GLOBAL DE LOS DIENTES POSTERIORES SUPERIOR E INFERIOR Y DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS DE SOPORTE EN UN LADO DE LA BOCA.

ES PARTICULARMENTE ÚTIL PARA PACIENTES EN LOS CUALES CUALQUIER CLASE DE TÉCNICA INTRAORAL SERÍA POBREMENTE TOLERADA. LOS NIÑOS PEQUEÑOS Y AQUELLOS CON RETRASO MENTAL SON BUENOS CANDIDATOS PARA LA PROYECCIÓN LATERAL MANDIBULAR, DADO A QUE A MENUDO EXPERIMENTAN DIFICULTADES PARA CONSERVAR ESTABLE LA POSICIÓN DE LA CABEZA DURANTE LA EXPOSICIÓN DE LA PLACA.

ADÉMÁS DE SU APLICACIÓN EN EL PACIENTE QUE NO COOPERA, LA TÉCNICA LATERAL PUEDE SER ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO ORTODÓNTICO Y EN LA PLANEACIÓN DE SU TRATAMIENTO. CON EL USO DE ESTA RADIOGRAFÍA PUEDEN VALORARSE CON PRECISIÓN EL ESTADO DEL DESARROLLO Y LAS POSICIONES ERUPTIVAS DE LOS DIENTES PERMANENTES POSTERIORES Y DE LOS SUCEDÁNEOS EN RELACIÓN UNO CON OTRO Y CON SU RESPECTIVO HUESO DE SOPORTE.

RADIOGRAFIA DE ALETA DE MORDIDA BUCAL, -

ESTA RADIOGRAFÍA PROPORCIONA UNA VISTA DETALLADA DE LAS ÁREAS INTERPROXIMALES DE LOS DIENTES POSTERIORES. ADÉMÁS ESTA RADIOGRAFÍA FUNCIONA COMO UNA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL ADECUADA, PUESTO QUE LOS

ÁPICES DE LOS MOLARES DECÍDUOS Y DE LOS GÉRMENES EN DESARROLLO DE SUS SUCESORES PERMANENTES, TAMBIÉN POR LO GENERAL PUEDEN VISUALIZARSE EN LA PLACA.

LA TÉCNICA BUCAL POR MEDIO DE RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA ES UN PROCEDIMIENTO INTRAORAL, LA PLACA ES COLOCADA FUERA DEL PERÍMETRO DEL ARCO EN EL PLIEGUE, CONSTRIÑENDO MENOS EL VESTÍBULO BUCAL POR LO TANTO SE ELIMINA EL MALESTAR ASOCIADO CON FRECUENCIA CON LA OPRESIÓN DE LA PLACA SOBRE LOS TEJIDOS BLANDOS LINGUALES. POR ESTA RAZÓN LA RADIOGRAFÍA BUCAL DE ALETA DE MORDIDA ES MUY ÚTIL CON LOS NIÑOS CON DIFICULTAD PARA COMPRENDER Y QUE TOLERAN POBREMENTE LA COLOCACIÓN DE LA PLACA INTRAORAL.

EL PACIENTE SERÁ SENTADO EN UN SILLÓN RECTO Y LA PLACA SE COLOCA EN EL VESTÍBULO BUCAL CON LA PLACA PROTECTORA APOYADA CONTRA LA PARTE INTERNA DE LA MEJILLA Y LA LENGÜETA ACORTADA ENTRE LOS DIENTES Y ENFRENTA DE LA LENGUA.

COLOCADA DENTRO DE LA BOCA, LA RADIOGRAFÍA YACE CONTRA LAS SUPERFICIES BUCALES DE LOS DIENTES.

POSTERIORMENTE INSTRUIREMOS AL PACIENTE PARA QUE MUERDA LA TABLILLA O LENGÜETA CON LA PLACA EN POSICIÓN ADECUADA, SE HACE GIRAR LA CABEZA A UN LADO E INCLINARLA LIGERAMENTE HACIA ATRÁS, DE MODO QUE LA REGIÓN SUBYACENTE AL GÓNION EN EL LADO OPUESTO A LA PLACA SEA ACCESIBLE A LA COLOCACIÓN DEL CONO.

EL CONO DEBE QUEDAR PERPENDICULAR AL PLANO DE LA PLACA.

RADIOGRAFIA PANORAMICA.-

LA RADIOLOGÍA PANORÁMICA HA AMPLIFICADO NOTABLEMENTE LAS POSIBILIDADES DE DIAGNÓSTICO DEL ODONTOPEDIATRA. LAS PLACAS PANORÁMICAS PROPORCIONAN UN MÉTODO EXCELENTE DE INVESTIGACIÓN DE LA PATOLOGÍA Y EN EL NIÑO VERIFICAN LOS CAMBIOS EN EL AVANCE DE LA DENTICIÓN EN DESARROLLO.

LA PROYECCIÓN PANORÁMICA ES ÚTIL EN PARTICULAR PARA CALCULAR LA EDAD DENTAL, OBSERVAR LA REABSORCIÓN Y LOS PATRONES DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES, PARA LA EVALUACIÓN DE LA EXTRACCIÓN SERIADA Y PARA OTRAS CONSIDERACIONES ASOCIADAS CON LA DENTICIÓN EN DESARROLLO. EL ESTADO DE LAS ESTRUCTURA EXTRADENTALES, COMO LA MORFOLOGÍA DE LA MANDÍBULA, LA OBSTRUCCIÓN DE LOS SENOS MAXILARES, TUMORES Y QUISTES PUEDEN SER OBSERVADOS DE LA MANERA MÁS CONVENIENTE POR MEDIO DE LA RADIOGRAFÍA PANORÁMICA.

LOS DIENTES IMPACTADOS SE DIBUJAN EN SU TOTALIDAD Y EN RELACIÓN A SUS TEJIDOS CIRCUNDANTES. LOS RESTOS RADICULARES RETENIDOS Y LOS SUPERNUMERARIOS SON REVELADOS EN PERSPECTIVA Y LA VERIFICACIÓN DE LOS DIENTES QUE FALTAN CONGÉNITAMENTE PUEDE REALIZARSE DE INMEDIATO A TRAVÉS DE LA COMPARACIÓN CON LAS UNIDADES DENTALES CONTRALATERALES EN LA PLACA PANORÁMICA, ÚNICA.

ESTA RADIOGRAFÍA ES POSIBLEMENTE LA MEJOR TÉCNICA DISPONIBLE PARA OBSERVAR LA ARTICULACIÓN CONDILAR DESDE SU ASPECTO LATERAL, PUESTO QUE ELIMINA LA SUPERPOSICIÓN DEL HUESO TEMPORAL.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ACEPTACIÓN DEL PACIENTE, LAS VENTAJAS PRINCIPALES DE LA TÉCNICA PANORÁMICA INCLUYEN LA COLOCACIÓN EXTRABUCAL DE LA PLACA Y LA REDUCCIÓN DEL TIEMPO EN EL SILLÓN RADIOGRÁFICO PARA EL NIÑO.

EN LOS NIÑOS QUE TOLERAN POCO LA COLOCACIÓN DE LA PLACA INTRAORAL LA PANORÁMICA PUEDE SERVIR COMO UNA FUENTE PRIMARIA DE INFORMACIÓN RADIOGRÁFICA.

LA PANORÁMICA ES IDEAL PARA LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE NAUSEAS, LOS PACIENTES CON TRAUMATISMOS Y DESPUÉS DE UNA FRACTURA (ALAMBRE INTERARCADA).

LOS ESCASOS PROBLEMAS DE CONDUCTA QUE SE ENCUENTRAN DURANTE LA PANORAFÍA HABITUALMENTE SE RELACIONAN CON EL TEMOR AL TAMAÑO DEL APARATO DE RAYOS X, A SU MOVIMIENTO Y AL MAYOR TIEMPO DE EXPOSICIÓN (20-30 SEG) DURANTE EL CUAL EL PACIENTE DEBE PERMANECER QUIETO.

LOS RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA RADIACIÓN SON RELATIVAMENTE INSIGNIFICANTES EN LA RADIOLOGÍA PANORÁMICA.

EN RESÚMEN, LA PANOGRAFÍA PROPORCIONA MEDIOS ECONÓMICOS Y EFICACES DE EVALUAR RADIOLÓGICAMENTE UNA EXTENSA VARIEDAD DE PROBLEMAS EN EL PACIENTE DENTAL PEDIÁTRICO. ES UNA EXCELENTE RADIOGRAFÍA PARA DEMOSTRAR PROBLEMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, DE NÚMERO, SUS FORMAS DE PATOLOGÍA BUCAL ADEMÁS DE EDUCAR AL PACIENTE Y A SUS PADRES CONSIDERANDO LAS NECESIDADES DENTALES PRESENTES Y FUTURAS. UNA SOLA ES UN DISPOSITIVO EFICAZ DE INVESTIGACIÓN PARA EL PACIENTE QUE CASI NO COOPERA PERO NO ES UN MÉTODO SENSIBLE PARA DETECTAR LA CARIES DENTAL INCIPIENTE.

LA PANOGRAFÍA TIENE SU UTILIDAD EN PRINCIPIO COMO UNA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DEBERÁ CONSIDERARSE COMO UN COMPLEMENTO PARA EL PROCEDIMIENTO DE LA RADIOGRAFÍA INTRAORAL CONVENCIONAL.

APLICACIONES SELECTAS PARA LA RADIOGRAFIA PEDIATRICA.-

OTRA FUNCIÓN DE LA RADIOGRAFÍA EN ODONTOPEDIATRÍA ES AYUDAR A LA LOCALIZACIÓN DE DIENTES QUE NO HAN HECHO ERUPCIÓN O DE OBJETOS COLOCADOS ANTES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

POR LO GENERAL EL PROBLEMA ESTA EN DETERMINAR SI EL OBJETO DE INTERÉS QUIRÚRGICO YACE BUCAL O LINGUAL A LA FORMA NORMAL DE LA ARCADE. ENTRE LOS EJEMPLOS DE ESTRUCTURAS QUE REQUIEREN LOCALIZACIÓN ESTÁN LOS CANINOS IMPACTADOS, LOS SUPERNUMERARIOS, LOS TERCEROS MOLARES LOS DIENTES CON ERUPCIÓN ECTÓPICA, RESTOS RADICULARES Y LOS OBJETOS EXTRAÑOS.

LOS MÉTODOS RADIOGRÁFICOS UTILIZADOS PARA LOCALIZAR ESTAS ESTRUCTURAS INCLUYEN UNA TÉCNICA DE PARALELISMO, VARIAS VISTAS OCLUSALES MAXILARES Y MANDIBULARES Y UNA PROYECCIÓN ESPECIAL PARA VER EL DESARROLLO DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

LOS ANÁLISIS RADIOGRÁFICOS SON ÚTILES ADEMÁS PARA LA PREDICCIÓN DE PERÍODOS DE CRECIMIENTO ACELERADO DE LA MANDÍBULA Y PARA CALCULAR LOS TIEMPOS DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES.

SVANTE ARRHENIUS (1859-1927)

SOLUCIONES LLENAN LOS OCÉANOS
SOLUCIONES CORREN POR NUESTRAS VENAS.

CAPITULO No. 4

ANESTESIA:

LA ANESTESIA LOCAL ES EL VERDADERO MEDIO DE ELECCIÓN PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN ODONTOPEDIATRÍA Y DEBERÍA SER USADA POR REGLA EN LOS TRATAMIENTOS CONSERVADORES Y QUIRÚRGICOS.

SU ACCIÓN PERMITE QUE ESTOS SE REALICEN DE LA MEJOR MANERA, CON MAYOR EFICIENCIA Y TRANQUILIDAD, EN CASO NECESARIO SE LE COMBINA CON PREMEDICACIÓN Y ANALGESIA CON ÓXIDO NITROSO.

LA ANESTESIA LOCAL PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO.-

CUANDO SE ESTA PREPARANDO UNA CAVIDAD SIMPLE, EL PEQUEÑO PACIENTE PUEDE MORDER LA PIEZA DE ALTA VELOCIDAD PROVOCANDO COMUNICACIÓN PULPAR BASTANTE DOLOROSA, REACCIONANDO EL NIÑO EN UNA FORMA NEGATIVA HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL, ADEMÁS, SI NO SE UTILIZA ANESTESIA SERÍA CASI IMPOSIBLE EL USO DEL DIQUE DE HULE, YA QUE SERÍA MOLESTO PARA EL NIÑO Y PARA EL ODONTÓLOGO EL NO TENER UN CAMPO QUE NOS MANTENGA LIBRE DE SALIVA EN LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS, TENIENDO LA NECESIDAD DE CAMBIAR CONSTANTEMENTE LOS ROLLOS DE ALGODÓN LO QUE AUMENTARÍA EL TIEMPO DE TRABAJO Y CONTAMINACIÓN DE LOS MATERIALES DE OBTURACIÓN.

SERÁ IMPORTANTE RECORDAR QUE EL USO DEL DIQUE DE HULE NOS PERMITE CONTROLAR LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA EVITANDO ACCIDENTES A ÉSTOS Y A OTRAS ÁREAS DE TEJIDOS BLANDOS.

NUNCA DEBERÁ DECIRSELE UNA MENTIRA, AL NIÑO SOLO SE LE ENGAÑA UNA VEZ, Y A PARTIR DE AHÍ PERDERÁ LA CONFIANZA PARA SIEMPRE.

TÉCNICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA LOCAL.-

"ES MÁS SEGURO DECIR AL NIÑO QUE VA A EXPERIMENTAR ALGUNA MOLESTIA COMO PICADURA DE MOSQUITO O PELLIZCO, QUE PROMETERLE UN PROCESO TOTALMENTE INDOLORO Y LUEGO NO PODER CUMPLIR LA PROMESA"

TAMBIÉN ES RECOMENDABLE EL USO DE JERINGAS DE ASPIRACIÓN PARA EVITAR LA INYECCIÓN INTRAVASCULAR DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA Y REDUCIR A UN GRADO MÍNIMO LAS REACCIONES TOXICAS, ALÉRGICAS E HIPERSENSIBLES.

LA AGUJA DESECHABLE NO DEBERÍA SER MÁS DELGADA QUE EL No. 25 (EL CALIBRE MÁS FINO Y DELGADO QUE AÚN PERMITE LA ASPIRACIÓN).

LAS LONGITUDES USUALES SON DE 25 MM. PARA LA ANESTESIA POR INFILTRACIÓN Y DE 32 MM. PARA LOS REGIONALES.

EL ANESTÉSICO PUEDE CONTENER LOS USUALES COMPONENTES VASOCONSTRICTORES, POR RAZONES DE TOXICIDAD NO DEBEN USARSE ANESTÉSICOS CON CONCENTRACIONES MAYORES DEL 2%.

EL MECANISMO DE LA INYECCIÓN EXIGE OBSERVAR ALGUNAS REGLAS, EL SILLÓN DEBE ESTAR SOLO INCLINADO HACIA ATRÁS, LO QUE PROPORCIONARÁ BUEN ACCESO AL LUGAR ELEGIDO Y EVITA QUE EL PACIENTE SE MUEVA HACIA ADELANTE O SE LEVANTE, ADEMÁS, ESTA POSICIÓN, IMPIDE QUE EL PACIENTE VEA LA JERINGA Y OBSERVE EL NIÑO EL PROCESO DE LA INYECCIÓN LA POSICIÓN ACOSTADA ES INCONVENIENTE PORQUE DA AL NIÑO LA SENSACIÓN DE DESAMPARO Y OFRECE UN MAYOR PELIGRO DE ASPIRACIÓN.

EL ODONTÓLOGO DEBE PROCEDER DE TAL MANERA QUE PUEDA DOMINAR LOS MOVIMIENTOS BRUSCOS INDESEABLES DE LA CABEZA. LA ASISTENTE ESTARÁ ATENTA PARA EVITAR CUALQUIER MOVIMIENTO DEFENSIVO ABRUPTO O ALGÚN INTENTO DEL NIÑO DE TOMAR LA JERINGA, SOSTENIENDO LOS BRAZOS DEL NIÑO, PERO ELLA NO DEBE DAR ÓRDENES ESTO SOLO LE CORRESPONDE AL PROFESIONAL.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA ANESTESIA LOCAL PARA EL NIÑO ES MÁS FÁCIL DE OBTENER QUE PARA EL ADULTO, LA ANESTESIA TÓPICA EL BLOQUEO NERVIOSO Y LA INFILTRACIÓN LOCAL UTILIZADAS PARA LOS NIÑOS NO VARIAN MUCHO DE LOS USADOS PARA PACIENTES ADULTOS. SIN EMBARGO HAY ALGUNOS EJEMPLOS DONDE SON NECESARIAS MODIFICACIONES A LA TÉCNICA DE ANESTESIA PARA OBTENER EL EFECTO ADECUADO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

Mc. DONALD Y KELLER RECOMIENDAN QUE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA SE DEPOSITE ABAJO DEL PLANO OCLUSAL EN LOS NIÑOS, DEBIDO A QUE EL FORÁMEN MANDIBULAR ESTA MÁS ABAJO QUE EN LOS ADULTOS. BENHAM DEMOSTRÓ QUE EL FORÁMEN MANDIBULAR ESTABA AL NIVEL DEL PLANO OCLUSAL EN 75% DE LA POBLACIÓN CON DENTICIÓN PRIMARIA EXAMINADA POR EL.

EL FORÁMEN SE ELEVA PROGRESIVAMENTE CON LA EDAD A UN PROMEDIO DE 7 MM. POR ARRIBA DEL PLANO OCLUSAL EN LOS ADULTOS.

SE HA DESCRITO OTRA TÉCNICA DE ANESTESIA QUE ES EFICAZ EN LOS NERVIOS ALVEOLAR INTERIOR, LINGUAL Y BUCAL LARGO CON SOLO UNA INSERCIÓN DE LA AGUJA. ÉSTA TÉCNICA ELIMINA UNA SEGUNDA INYECCIÓN EN EL NERVIOS BUCAL LARGO. LA SOLUCIÓN ANESTESICA ES INYECTADA CERCA DEL CUELLO DEL CÓNDILO MANDIBULAR.

PARA EJECUTAR ESTA ACCIÓN, EL PACIENTE DEBE ABRIR LA BOCA TANTO - COMO SEA POSIBLE PARA QUE LA CABEZA CONDILAR SE MUEVA HACIA EL --- FRENTE. LA AGUJA ENTRA EN EL ESPACIO PTERIGO-MANDIBULAR, MAS ARRIBA QUE EN LA ANESTESIA CONVENCIONAL DEL BLOQUEO MANDIBULAR. LA VIA DE INSERCIÓN SIGUE UN PLANO CONSTRUIDO POR EL ÁNGULO DE LA BOCA AL BORDE INFERIOR DE LA ESCOTADURA HAMULAR Y ENTRA MEDIALMENTE AL TENDON MEDIO DEL MUSCULO TEMPORAL Y LATERAL A LA DEPRESIÓN PTERIGO- - MANDIBULAR. LA AGUJA ES INSERTADA HASTA EL CÓNDILO, ENTONCES SE - EXTRAE UN MILÍMETRO Y SE DEPOSITA LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA

TÉCNICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA TÓPICA.-

LA PASTA DE ANESTESIA TÓPICA DEBERÁ APLICARSE EN EL SITIO PREVIAMENTE SECADO DE LA INYECCIÓN, 2 MINUTOS ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN SI SE APLICA LA ANESTESIA TÓPICA A LA MUCOSA SECA, LA SALIVA NO LA DILUIRA Y LOS EFECTOS SERAN MAS PROFUNDOS, UN AGENTE TÓPICO DE ACCIÓN RÁPIDA QUE NO PRODUCE NECROSIS TISULAR ES LA XILOCAINA AL 5%.

ANESTESIA REGIONAL.-

PARA TRATAR UN CUADRANTE DEL MAXILAR INFERIOR SE APLICA LA ANESTESIA REGIONAL EN EL AGUJERO MANDIBULAR.

LA MUCOSA VESTIBULAR ESTA INERVADA POR EL NERVILO BUCAL, SE ANESTESIA PARA INTERVENCIONES MENORES EN EL MAXILAR INFERIOR, COMO EXTRACCIONES DE DIENTES TEMPORALES CON RAICES PARCIALMENTE ABSORBIDAS ES SUFICIENTE LA ANESTESIA TERMINAL, O INFILTRATIVA.

ANESTESIA TERMINAL O INFILTRATIVA.-

LA POROSIDAD DEL HUESO EN CRECIMIENTO Y EL GRAN PODER DE DIFUSIÓN DE LOS MODERNOS ANESTÉSICOS LOCALES CASI SIEMPRE HACEN INNECESARIA UNA ANESTESIA REGIONAL EN EL MAXILAR SUPERIOR (AGUJERO INFRA-ORBITAL, ANESTESIA EN LA TUBEROSIDAD, CONDUCTO INCISIVO). POR LO MENOS PARA LOS TRATAMIENTOS CONSERVADORES Y PARA EXTRACCIONES AISLADAS.

EN PRINCIPIO EL ANESTESICO DEBE SER DEPOSITADO SOBRE EL PERIOSTIO LO MAS CERCA POSIBLE DE LA PARED ÓSEA VESTIBULAR, EN LA REGIÓN APICAL DEL DIENTE ENFERMO, SI SE EMPLEA UNA GRAPA PARA DIQUE DE GOMA, SE INYECTARA TAMBIÉN ALGUNAS GOTAS EN LA ENCÍA PALATINA, LA PUNCIÓN SE EFECTÚA DESDE EL LADO VESTIBULAR YA ANESTESIADO.

PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SE EMPLEA ANESTESIA REGIONAL USUAL, QUE PUEDE SER COMPLEMENTADA POR UNA INFILTRACIÓN. RETIRADA LA JERINGA DE LA BOCA Y FUERA DEL CÁMPO VISUAL DEL NIÑO SE LE PIDE QUE SE ENJUAGUE LA BOCA, DE ESTE MODO SE ALIVIA LA TENSION Y SE IMPIDEN GRITOS Y LLANTOS.

PARA TRANQUILIZARLO AÚN MÁS SE ALCANZA UN ESPEJO PARA QUE SE COMPROBE QUE NO ESTÁ HINCHADO COMO QUIZÁ SUPONGA.

EN CASO DE ANESTESIA REGIONAL DEBE ADVERTIRSELE QUE NO SE MUERDA EL LABIO O EL CARRILLO INSENSIBLES, SOBRE LO CUAL TAMBIÉN SE INSTRUIRÁ AL ACOMPAÑANTE PARA QUE LO TENGA EN OBSERVACIÓN HASTA QUE CESE EL EFECTO, REITERÁNDOLE LAS ADVERTENCIAS.

UN BUEN MEDIO PARA IMPEDIR TALES PERCANCES CONSISTE EN HACER MORDER AL NIÑO UN ROLLO DE ALGODÓN.

UN HEMATOMA PROVOCADO POR LA INYECCIÓN SE COMPRIME CON LOS DEDOS EN SEGUIDA DURANTE UNO O DOS MINUTOS, HINCHAZONES QUE PERSISTAN DES PUÉS DE LA INTERVENCIÓN DEBERÁN SER TRATADAS EN EL HOGAR MEDIANTE COMPRESAS DE AGUA FRÍA.

UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA PUEDE Y DEBE SER EVITADA MEDIANTE LA TÉCNICA DE ASPIRACIÓN, PERO SI A PESAR DE TODO, APARECEN SÍNTOMAS CLÍNICOS GENERALES, COMO LA NERVIOSIDAD, SUDORACIÓN, PULSO ACELERADO, RESPIRACIÓN RÁPIDA Y SUPERFICIAL, COLAPSO CIRCULATORIO, PARO RESPIRATORIO Y CIANOSIS, SE COLOCARÁ AL NIÑO EN POSICIÓN HORIZONTAL PROCURANDO QUE QUEDEN LIBRES LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

ÉN ALGUNOS CASOS DEBERÁ PRACTICARSE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL Y MASAJE CARDIACO EXTERNO COMO EN LOS ADULTOS, CON EL ESPECIAL CUIDADO QUE REQUIEREN LOS HUESOS INFANTILES.

PERCEPCIÓN DEL DOLOR.-

CON FRECUENCIA SON LLEVADOS AL CONSULTORIO DENTAL, NIÑOS CON DOLOR PARA TRATAMIENTO DE URGENCIA, LA INTERPRETACIÓN DEL DOLOR TIENE LUGAR EN LA MENTE DEL PACIENTE.

LA REACCIÓN A LOS ESTÍMULOS DOLOROSOS VARIA CON EL HUMOR Y EL ESTADO EMOCIONAL Y ES INFLUIDA POR LAS EXPERIENCIAS ANTERIORES DEL NIÑO Y LAS ACTITUDES PRESENTES. ÉSTA REACCIÓN NO SOLO VARIA DE PERSONA A PERSONA SINO QUE, PARA LA MISMA PERSONA LA REACCIÓN DIFERIRÁ DE DÍA A DÍA.

FACTORES QUE ALTERAN EL UMBRAL DE REACCIÓN AL DOLOR.-

LAS REFERENCIAS A UN UMBRAL DE DOLOR ALTO O BAJO EN UN NIÑO, PUEDEN INDICAR LAS REACCIONES A LOS ESTÍMULOS DOLOROSOS, LOS PACIENTES DESCRITOS COMO CAPACES DE TOLERAR ESTÍMULOS DOLOROSOS MAS BAJOS

QUE LO NORMAL SON HIPERREACTIVOS Y POSEEN UN UMBRAL BAJO DE REACCIÓN AL DOLOR EN TANTO QUE LOS PACIENTES QUE TOLERAN CANTIDADES MAYORES DE ESTÍMULOS DOLOROSOS QUE LO NORMAL, SON HIPORREACTIVOS Y POSEEN UN UMBRAL ALTO DE REACCIÓN AL DOLOR. LA ACTITUD DE UN PACIENTE HACIA EL DENTISTA, EL PROCEDIMIENTO Y EL MEDIO CIRCUNDANTE ALTERAN EL UMBRAL DEL DOLOR.

MÉTODO PARA CONTROLAR EL DOLOR.-

EL MÉTODO MÁS DESEABLE PARA CONTROLAR EL DOLOR, ES ELIMINAR LA CAUSA, ES DECIR EL DIENTE AFECTADO, LA PULPA INFECTADA, EL APARATO ORTODÓNICO ROTO, PUESTO QUE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA ELIMINAR LA CAUSA ORIGINAL DEL DOLOR PUEDEN PRODUCIR A SU VEZ -- CIERTO DOLOR, EL METODO MAS COMUNMENTE USADO EN ODONTOLOGÍA ES -- BLOQUEAR LAS VIAS NEURALES, SON MÉTODOS QUE AFECTAN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR.

LA REACCIÓN AL DOLOR PUEDE SER AFECTADA ELEVANDO SU UMBRAL CON MEDICAMENTOS QUE POSEEN PROPIEDADES ANALGÉSICAS. ÉSTOS MEDICAMENTOS AFECTAN CENTRALMENTE EL UMBRAL DEL DOLOR PUESTO QUE LAS VIAS RECEPTIVAS PUEDEN TODAVÍA CONducIR IMPULSOS DOLOROSOS, LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR CONTINUARA ESTANDO PRESENTE, PERO LA REACCIÓN AL DOLOR DISMINUIRA. EJEMPLOS DE MEDICAMENTOS QUE REDUCEN LA REACCIÓN AL DOLOR SON LOS SEDANTES Y LOS HIPNÓTICOS, LOS NARCÓTICOS -- COMO LA MORFINA POSEE PROPIEDADES TANTO ANALGÉSICAS COMO HIPNÓTICAS.

OTRO MEDIO DE ALTERAR LA REACCIÓN AL DOLOR ES DEPRIMIENDO EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CON AGENTES ANESTÉSICOS GENERALES. ÉSTE MÉTODO IMPIDE CUALQUIER REACCIÓN CONSCIENTE A LOS ESTÍMULOS DOLOROSOS, PERO PARA LA MAYORÍA DE LOS ODONTÓLOGOS EN SU PRÁCTICA DENTAL NO ESTA DISPONIBLE CON FACILIDAD, EXCEPTO EN UN QUIRÓFANO CONTROLADO DE UN HOSPITAL.

ES POSIBLE QUE LA ANESTESIA PARA LOS PRIMEROS MOLARES SUPERIORES- PERMANENTES NO SEA ADECUADA DESPUES DE INFILTRACIONES LOCALES. EL PROBLEMA PUEDE DEBERSE A QUE EN LA MAYORIA DE LOS NIÑOS EL PROCESO CIGOMÁTICO DE LOS MAXILARES CUBRE AL PROCESO ALVEOLAR EN LA REGION DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE Y ESTA GRUESA CUBIERTA ÓSEA SUPERPUESTA AL HUESO DE LA PLACA BUCAL IMPIDE LA INFILTRACIÓN LOCAL DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA HACIA EL PRIMER MOLAR PERMANENTE ESTA SITUACIÓN CAMBIA CON LA EDAD DEL PACIENTE.

LA ANESTESIA ADECUADA PUEDE OBTENERSE INFILTRANDO EL ESPACIO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL EN LAS SUPERFICIES BUCAL, PALATINA E INTERPROXIMAL.

CON FRECUENCIA LOS PRIMEROS MOLARES INFERIORES PERMANENTES PRESENTAN PROBLEMAS DE ANESTESIAS SEMEJANTES A LOS MOLARES SUPERIORES PERMANENTES. ES POSIBLE QUE AUN EL BLOQUEO MANDIBULAR Y LA ANESTESIA BUCAL EXTENSA NO PREVENGAN UNA RESPUESTA DOLOROSA CUANDO SE TOCA LA UNION AMELO DENTINARIA DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DE RESTAURACIÓN.

COMPLICACIONES OCASIONADAS POR LAS SOLUCIONES ANESTESICAS LOCALES

LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA LOCAL, PUEDEN DEBERSE A LA INSERCIÓN DE LA AGUJA O A LA SOLUCIÓN INYECTADA. LAS COMPLICACIONES OCASIONADAS POR LA SOLUCIÓN PUEDEN CLASIFICARSE COMO SISTÉMICAS O LOCALES.

LAS REACCIONES TOXICAS, ALERGICAS E IDIOSINCRÁTICAS SON REACCIONES MEDICAMENTOSAS SISTEMICAS, EN TANTO QUE LAS INFECCIONES Y LAS IRRITACIONES POR LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA SON LOCALES.

AUNQUE LAS INFECCIONES PUEDEN EXTENDERSE Y TENER EFECTOS SISTÉMICOS, LA COMPLICACIÓN ORIGINAL SE CLASIFICA COMO UNA REACCIÓN TISULAR LOCAL.

TOXICIDAD.-

LAS CONCENTRACIONES ALTAS DE SOLUCIONES ANESTÉSICAS LOCALES EN EL TORRENTE SANGUÍNEO PUEDEN PRODUCIR EFECTOS RESPIRATORIOS, CIRCULATORIOS O DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. LA CANTIDAD DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA LOCAL QUE EXCEDE DE UNA CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA-TISULAR TOLERABLE O NIVEL TOXICO DEPENDE DE VARIOS FACTORES POR EJEMPLO; SU TOXICIDAD RELATIVA, LA CANTIDAD DE ANESTÉSICO USADA, LA VIA DE ENTRADA Y LA MASA CORPORAL DEL PACIENTE DEL QUE SE TRATE. UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICA PARTICULAR PUEDE TENER TOXICIDAD RELATIVA ALTA. ÉSTA PUEDE DETERMINARSE COMPARÁNDOLA CON LA TOXICIDAD DE LA NOVOCAINA (PROCAINA). LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS MÁS COMUNMENTE USADAS, LIDOCAINA (XILOCAINA) Y LA MEPIVICAINA (CARBOCAINA) TIENEN TOXICIDAD RELATIVAS DE 1.5, EN TANTO QUE LA PRILOCAINA (CITANEST) ESTÁ ENLISTADA COMO 1+ DE ACUERDO A BENNETT.

LAS CONCENTRACIONES ALTAS POR VOLUMEN DEL AGENTE ANESTÉSICO LOCAL HARÁN QUE CANTIDADES MAYORES ENTREN A LA CIRCULACIÓN GENERAL.

LA VIA DE ENTRADA DE LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS A LOS LÍQUIDOS TISULARES Y A LA SANGRE TAMBIÉN AFECTA LA MANERA EN QUE SE ELEVAN LAS CONCENTRACIONES EN LA SANGRE Y LOS TEJIDOS. INYECTAR UN ÁREA VASCULAR O HIPERÉMICA INCREMENTA LAS CONCENTRACIONES EN LA CIRCULACIÓN, PERO LA INYECCIÓN INADVERTIDA EN UNA VENA ES PROBABLEMENTE LA CAUSA MÁS FRECUENTE PARA LAS CONCENTRACIONES SANGUÍNEAS ALTAS. LOS VASOCONSTRICTORES REDUCEN LA ABSORCIÓN SISTÉMICA RÁPIDA CUANDO ESTÁN PRESENTES EN LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS. ADEMÁS LOS NIÑOS TIENEN UNA MASA CORPORAL MUCHO MENOR QUE LOS ADULTOS Y TOLERAN CANTIDADES MÁS PEQUEÑAS DE ANESTÉSICOS LOCALES. LA CANTIDAD DE ANESTÉSICO NECESARIA PARA PRODUCIR UNA REACCIÓN TOXICA VARIA DE PERSONA A PERSONA EN DIFERENTES MOMENTOS. LOS NIÑOS NO METABOLIZAN O ELIMINAN LOS MEDICAMENTOS CON TANTA RAPIDEZ COMO LOS ADULTOS SANOS Y ASÍ LAS CONCENTRACIONES EN EL TORRENTE SANGUÍNEO SE MANTIENEN POR PERÍODOS LARGOS

TODOS ESTOS FACTORES APUNTAN AL HECHO DE QUE DEBE TENERSE CUIDADO CUANDO SE PLANEAN SESIONES DE TRATAMIENTO EN VARIOS CUADRANTES PARA EL NIÑO.

REACCIONES TOXICAS DE LAS SOLUCIONES ANESTESICAS LOCALES.-

DESCRIBIREMOS LOS SIGUIENTES SINTOMAS DE UNA REACCIÓN TOXICA A LAS SOLUCIONES ANESTESICAS.-

- 1.- INQUIETUD, APRENSIÓN Y TEMBLORES; - QUE AVANZAN A EXITACIÓN Y CONVULSIONES CRONICAS.
- 2.- INCREMENTO DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y EL PULSO.
- 3.- AUMENTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA
- 4.- DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y CARDIOVASCULAR CON PÉRDIDA DE LOS REFLEJOS Y LA CONSCIENCIA.

LOS EFECTOS TOXICOS DE LA LIDOCAINA INCLUYEN UNA DEPRESIÓN CARACTERISTICA SIN LAS ETAPAS PRELIMINARES DE ESTIMULACIÓN LA MAYORIA DE LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO UNA SOBREDOSIS TOXICA EXHIBEN UNA REACCIÓN TRANSITORIALLEVE, QUE SE PRESENTA CON RAPIDÉZ PARA LA CUAL NO ES NECESARIO EL TRATAMIENTO. LAS SOBREDOSIS TOXICAS DEBERAN TRATARSE DE INMEDIATO EN CUANTO LOS SINTOMAS SE PRESENTAN. LAS ETAPAS EXITATORIAS DE LAS SOBREDOSIS EN ADULTOS PUEDEN TRATARSE CON LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE BARBITURICOS, SIN EMBARGO LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS PARA LOS NIÑOS ES EXTREMADAMENTE DIFÍCIL AUN EN EL CASO DE QUE EL NIÑO NO ESTE EN PELIGRO. LA EXITACIÓN PROVOCADA POR EL ANESTESICO PUEDE HACER IMPOSIBLE ESA ADMINISTRACIÓN LAS CONVULSIONES PUEDEN TRATARSE CON SUCCINILCOLINA, PERO ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN PRODUCE PARALISIS DE LOS MUSCULOS QUE CONTROLAN LA RESPIRACIÓN DE MODO QUE EL ODONTÓLOGO DEBE ESTAR LISTO PARA PROPORCIONAR AYUDA RESPIRATORIA DESPUES DE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO

DOSIFICACIONES MAXIMAS PERMISIBLES PARA AGENTES ANESTESICOS

LOCALES EN CARTUCHOS (1 CARTUCHO = 1.8 ML)

Edad	Peso promedio en kg	Lidocaína 2% (Xilocaína) sin epinefrina	Lidocaína 2% (Xilocaína) con epinefrina	Mepivocaína 3% (Carbocaína)	Prilocaína 4% (Citanest)
2	14	1.8	2.8	1.8	1.6
3	17	2.1	3.3	2.1	1.9
4	20	2.6	4.0	2.5	2.3
5	22	2.8	4.3	2.7	2.5
6	24	3.1	4.8	3.0	2.7
7	27	3.4	5.3	3.3	3.0
8	32	4.0	6.2	3.9	3.5
9	37	4.7	7.2	4.6	4.1
10	43	5.3	8.3	5.0	4.7
11	48	6.0	9.3	5.0	5.3
12	55	6.9	10.8	5.0	6.2
13	62	7.7	12.0	5.0	6.9
Máxima adulto	68	8.5	13.8	5.0	8.0

EL PACIENTE QUE NO CONVULSIONA PERO AVANZA DE LA ETAPA DE EXITACIÓN A LA DE DEPRESIÓN DEBE SER OXIGENADO HASTA QUE EL ANESTESICO SEA ME TABOLIZADO.

LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES QUE MUEREN POR SOBREDOSIS TOXICA DE BEN LA MUERTE A LA DEPRESION RESPIRATORIA.

REACCIONES ALÉRGICAS.-

APROXIMADAMENTE EL 1% DE TODAS LAS REACCIONES DE LA ANESTESIA LOCAL SON ALÉRGICAS, EL PACIENTE QUE MANIFIESTA UNA RESPUESTA ALERGICA A LOS AGENTES ANESTÉSICOS LOCALES A TENIDO PREVIAMENTE UNA DOSIS DE SENSIBILIZACIÓN DEL AGENTE ANESTÉSICO O DE UN MEDICAMENTO DE ESTRUCTURA QUIMICA SEMAJANTE ANTES DE LA DOSIS QUE PROVOCO LA REACCIÓN ALERGICA. POR LO GENERAL LA REACCIÓN EFECTARA LA PIEL LAS MUCOSAS O VASOS SANGUINEOS Y ES MANIFESTADA POR ERUPCIONES, URTICARIA EDEMA ANGIONEUROTICO, RINITIS O SINTOMAS ASMÁTICOS. DEBERÁ ADMINISTRARSE CLORHIDRATO DE EPINEFRINA (0.3 LM) POR VÍA INTRAVENOSA O SUB CUTÁNEA PUEDE INYECTARSE TAMBIÉN BENADRIL POR VIA INTRAVENOSA O INTRAMUSCULAR EN LUGAR DE LA EPINEFRINA. EN TODOS LOS CASOS DEBERÁ VALORARSE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA Y EL GASTO CARDIACO Y SE DARA APOYO SI ES NECESARIO.

REACCIONES LOCALES.-

EN ESCASAS OCASIONES LAS SOLUCIONES ANESTESICAS PRODUCEN REACCIONES TOXICAS LOCALES. NO DEBERAN APLICARSE EN AREAS INFLAMADAS O INFECTADAS O TENDRA LUGAR UNA ABSORCIÓN RÁPIDA A CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO SANGUINEO INCREMENTADO. ÉSTA ABSORCIÓN RAPIDA REDUCE LA EFICIENCIA Y LA DURACIÓN DE SU EFECTO, ASI COMO INCREMENTA LA TOXICIDAD DE LA SOLUCIÓN.

LA INYECCIÓN EN UNA ÁREA INFECTADA INTERFIERE CON EL EFECTO AMORTIGUADOR DEL ANESTÉSICO Y CON LA LIBERACIÓN DEL MISMO.

EL LÍQUIDO PURULENTO CON UN PH DE 5,5 NO PERMITE UN AMORTIGUAMIENTO EFICAZ Y ESTAS ALTERACIONES EN EL PH O EN LA TOXICIDAD DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA INYECTADA PUEDE PRODUCIR IRRITACIÓN TISULAR Y NERVIOSA Y EN ALGUNOS CASOS LESION AL NERVIJO. LAS INFECCIONES PROVOCADAS POR SOLUCIONES ANESTÉSICAS NO ESTERILES SON EXTREMADAMENTE RARAS.

LAS INYECCIONES QUE SE REALIZAN CON PRESION EXTREMA O QUE SE HACEN CON DEMASIADA RAPIDÉZ Y CAUSAN DISTENSIONES DEL TEJIDO BUCAL O PALATINO, PUEDEN PRODUCIR LESION TISULAR LOCAL.

CON FRECUENCIA LOS NIÑOS PUEDEN LASTIMARSE UN LABIO O UNA MEJILLA ANESTESIADOS. ÉSTA SITUACIÓN PUEDE EVITARSE UTILIZANDO UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICA DE ACCION CORTA Y RECORDANDO A LOS PADRES QUE CUIDEN AL NIÑO CONTRA LA MORDIDA O LA PRESIÓN DE SUS MEJILLAS HACIA LOS DIENTES CON SUS DEDOS.

COMPLICACIONES CAUSADAS POR LOS VASOCONSTRICTORES.-

A MENUDO OCURRE QUE LAS REACCIONES TOXICAS QUE SE CONSIDERAN PRODUCIDAS POR LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS SE DEBEN AL VASOCONSTRICTOR. LOS SÍNTOMAS DE SOBRES DOSES TOXICA DE UN VASO CONSTRUCTOR SON PALPITACIÓN, TAQUICARDIA, HIPERTENSIÓN Y CEFALÉA ACOMPAÑADAS A MENUDO POR TEMOR Y APRENSIÓN. LA POSIBLE REPETICIÓN DE LOS SÍNTOMAS SE PREVIENE UTILIZANDO UNA CONCENTRACIÓN MENOR DEL VASOCONSTRUCTOR EN LAS CONSULTAS SIGUIENTES.

COMPLICACIONES PRODUCIDAS POR LA INSERCIÓN DE LA AGUJA.

ADÉMÁS DE LAS REACCIONES SISTEMICAS Y LOCALES POR LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA TAMBIEN PUEDEN PRESENTARSE COMPLICACIONES POR LA INSERCIÓN

DE LA AGUJA EN LA MUCOSA. LA MAYORIA DE ESTOS PROBLEMAS PUEDEN EVITARSE INTRODUCIENDO APROPIADAMENTE LA JERINGA CON EL ANESTÉSICO Y REALIZANDO EN FORMA ADECUADA EL PROCEDIMIENTO AL NIÑO Y TRATANDO DE ELIMINAR AL MISMO TIEMPO TODOS LOS ELEMENTOS DE SORPRESA.

EL DESVANECIMIENTO ES EL ACCIDENTE MAS COMUN DESPUÉS DE LA INYECCIÓN LA FRECUENCIA Y EL VOLÚMEN RESPIRATORIO, EL PULSO Y EL COLOR SON SATISFACTORIOS DURANTE EL SINCOPE.

LA SENSIBILIDAD EXAGERADA O EL DOLOR EN EL ÁREA DE LA INYECCIÓN PUEDE DEBERSE A UN TRAUMATISMO ACCIDENTAL AL TEJIDO MUSCULAR DURANTE LA INYECCIÓN O AL TRANSPORTE DE LA INFECCION HACIA LOS MÚSCULOS DESDE LAS AREAS INFECTADAS DE LA CAVIDAD BUCAL.

LOS HEMATOMAS CON LA INSERCIÓN DE LA AGUJA SON UNA COMPLICACIÓN DESCONSERTANTE. EL SANGRADO EN EL TEJIDO CIRCUNDANTE DE UN VASO SANGUINEO LESIONADO NO ES RARO Y EL UNICO EFECTO ES LA DECOLORACIÓN DE LA PIEL, LA CUAL PUEDE PERSISTIR DURANTE VARIOS DIAS.

RESUMIENDO: SE PUEDE DECIR QUE LA ANESTESIA LOCAL ES UN RECURSO AUXILIAR INDISPENSABLE EN ODONTOPEDIATRÍA.

SI SE REALIZA EN FORMA CORRECTA PRACTICAMENTE NO OFRECE NINGUN RIESGO.

JOHN TYNDALL (1820 - 1893)

Y ASÍ DEBE SER SIEMPRE, EL GRAN
INVESTIGADOR SERÁ SIEMPRE TEÓRICO HABITUAL.

CAPITULO No. 5

TRATAMIENTO PULPAR EN ODONTOPEDIATRIA:

DENTRO DE LOS ASPECTOS PREVENTIVOS DE MAYOR IMPORTANCIA EN LA ODONTOPEDIATRÍA PARA NIÑOS, ESTÁ LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD DE LA PULPA DENTAL, TODO ESTO ES DEBIDO A LAS DIFERENCIAS TAN MARCADAS EN EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO DE LA PULPA EXPUESTA EN LOS DIENTES PERMANENTES JÓVENES Y EN LOS DE LA DENTICIÓN DEL ADULTO.

EL OBJETIVO EN LAS TERAPÉUTICAS PULPARES REALIZADAS POR EL ODONTÓLOGO HA SIDO SIEMPRE PENSANDO EN EFECTUAR TRATAMIENTOS ACERTADOS EN LAS PULPAS AFECTADAS POR CARIES.

PARA QUE ASÍ EL DIENTE PUEDA PERMANECER EN LA BOCA EN CONDICIONES SALUDABLES Y NO PATOLÓGICAS, PARA PODER CUMPLIR ASÍ EL DIENTE CON SU COMETIDO DE COMPONENTE ÚTIL EN LA DENTICIÓN PRIMARIA.

DESDE LUEGO, QUE LA PIEZA TEMPORAL PRESERVADA DE ESTA MANERA, NO SÓLO CUMPLIRÁ SU PAPEL MASTICATORIO, SINO QUE TAMBIÉN ACTUARÁ DE EXCELENTE MANERA COMO MANTENEDOR DE ESPACIO DURANTE EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO PARA EL RECAMBIO EN LA DENTICIÓN MIXTA, PARA GARANTIZAR UN BUEN ACOMODO E IMPLANTACIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES.

ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO.-

LA BASE FUNDAMENTAL PARA LOGRAR TRATAMIENTOS EFICACES DE CUALQUIER ALTERACIÓN PULPAR, CONSISTE EN EFECTUAR UN DIAGNÓSTICO ACERTADO DE LA AFECCIÓN EXISTENTE, YA QUE DE NO HACERLO ASÍ, SE LLEVARÁ EMPÍRICAMENTE CUALQUIER INTENTO DE TERAPÉUTICA PULPAR Y EL ÉXITO ESTARÁ SUPEDITADO A LA SUERTE. TAMBIÉN SE ADMITE, QUE A PESAR DE LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE PULPA DENTAL LOGRADOS A TRAVÉS DE INVESTIGACIONES, AÚN EXISTEN VARIOS FACTORES QUE NO PUEDEN SER CONTROLADOS O FIJADOS FACILMENTE.

LA HEMORRAGIA EXCESIVA SE HA CONSIDERADO COMO SEÑAL DE PROCESOS DE GENERATIVOS EN LA PULPA.

SIN EMBARGO, NO SE HA DETERMINADO CON EXACTITUD QUE TAN GRANDE ES LA HEMORRAGIA QUE PUEDA PRESENTAR UNA PULPA PARA QUE ÉSTA SE CONSIDERE EXCESIVA. TAMBIÉN LA PENETRACIÓN DE CARIES Y SUS BACTERIAS EN LA CÁMARA PULPAR PUEDEN SER SUPERFICIALES Y LO SUFICIENTEMENTE LENTA COMO PARA PERMITIR QUE LOS MECANISMOS DE DEFENSA PROTEJAN A LA PULPA, PERO PARA EFECTUAR UNA VALORACIÓN REAL DE LA PROFUNDIDAD Y RAPIDEZ DE LA PENETRACIÓN, ES NECESARIO REALIZAR UN EXÁMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO. POR LO TANTO DEBERÁN SELECCIONARSE CUIDADOSAMENTE LOS HECHOS EN QUE HABREMOS DE BASAR EL DIAGNÓSTICO ANTES DE EMPEZAR CUALQUIER TRATAMIENTO.

AL ELEGIR EL TRATAMIENTO, HABRÁ QUE CONSIDERAR MUCHOS FACTORES, - ADEMÁS DE LA AFECCIÓN QUE SUFRE LA PULPA DENTAL.

ESTOS SERÁN: EL TIEMPO QUE PERMANECERÁ LA PIEZA DENTARIA EN LA BOCA, LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE, EL ESTADO QUE PRESENTA TODA SU DENTADURA, EL TIPO DE RESTAURACIÓN QUE HABRÁ DE EMPLEARSE PARA VOLVER AL DIENTE A SU ESTADO MÁS NORMAL, EL USO A QUE SERA SOMETIDA, EL TIEMPO EN EL CUAL VA A LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO OPERATORIO, Y LA COOPERACIÓN QUE SE PRETENDE DEL PACIENTE.

Y COMO CIRCUNSTANCIA ADICIONAL, EL ODONTÓLOGO TENDRÁ QUE APRECIAR LA EDAD DEL PACIENTE Y EL ESTADO DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES PARA DETERMINAR SI EL TRATAMIENTO PUEDE LLEVARSE A CABO, O SI DEFINITIVAMENTE MODIFICA EL PLAN DE TRATAMIENTO.

TAMBIÉN HABRÁ QUE DETERMINAR LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE DE UNA MANERA MUY ESPECIAL, YA QUE UN NIÑO LEUCÉMICO, UN HEMOFÍLICO O CUALQUIER PACIENTE QUE SUFRE UN TIPO DE DISCRACIA SANGUÍNEA, SERÁ DEFINITIVAMENTE CONSIDERADO COMO MAL CANDIDATO PARA CUALQUIER MANEJO TERAPÉUTICO PULPAR. DE IGUAL MANERA, EL NIÑO SUSCEPTIBLE A BACTEREMIAS COMO EL PACIENTE DE FIEBRE REUMÁTICA QUE PUEDE ADQUIRIR UNA ENDOCARDITIS BACTERIANA, SE CONSIDERA COMO UN RIESGO.

LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE ES IMPRECIINDIBLE PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PULPAR; YA QUE SE REQUIERE TRABAJAR EN UN CAMPO ESTÉRIL Y SOBRE TODO CON MUCHA PRECAUCIÓN. A MENUDO ESTO DEBE RELACIONARSE CON LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO, YA QUE SI UN NIÑO REQUIERE ANESTESIA GENERAL POR CADA INTERVENCIÓN QUE SE LE VAYA A PRACTICAR, SERÍA UN MAL CANDIDATO PARA TERAPÉUTICAS PULPARES EXTENSAS - QUE REQUERIRÁN VISITAS LARGAS O MÚLTIPLES.

PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO.-

EXISTEN CIERTOS PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS APLICABLES A TODAS LAS FORMAS DE TRATAMIENTO QUE AFECTAN A LA PULPA DENTAL. EN PRIMER LUGAR, SON ESCENCIALES TÉCNICAS INDOLORAS, PARA LOGRAR ESTO, DEBERÁ REALIZARSE UNA ANESTESIA PROFUNDA Y ADECUADA. USANDO AGENTES ANESTÉSICOS LOCALES, ESTO SE PUEDE LOGRAR EN CASI LA TOTALIDAD DE LOS CASOS.

CUANDO EL ASPECTO INDICA QUE LA PULPA ESTÁ AFECTADA, DEBERÁ LOGRARSE SUFICIENTE ANALGESIA AL PRINCIPIO DEL TRATAMIENTO.

POSTERIORMENTE A LA APLICACIÓN DEL ANESTÉSICO LOCAL, SE PROCEDERÁ A UTILIZAR EL DIQUE DE HULE, YA QUE DE ESTA MANERA SE HA EXPERIMENTADO QUE LAS TERAPÉUTICAS PULPARES PUEDEN MANEJARSE RÁPIDA Y EFICAZMENTE SIN NECESIDAD DE PROVOCAR TENSIONES INDEBIDAS EN EL PACIENTE.

EN TODO MOMENTO DEBERÁ OBSERVARSE LA MAYOR HIGIENE, CONDICIONES CASI ESTÉRILES, AL OPERAR DENTRO DE LA CÁMARA PULPAR.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.-

ES EL PROCEDIMIENTO EN EL CUAL SOLO SE ELIMINA CARIES REBLANDECIDA DE LA LESIÓN Y SE SELLA LA CAVIDAD CON UN AGENTE GERMICIDA. SOLO AQUELLOS DIENTES QUE SE PUEDAN CONSIDERAR LIBRES DE SÍNTOMAS DE PULPITIS DEBEN SER ELEGIDOS PARA ESTE PROCEDIMIENTO.

EL TRABAJO OPERATORIO CLÍNICO INVOLUCRA LA REMOCIÓN DE LAS CARIES CON LA AYUDA DE FRESAS REDONDAS GRANDES O CON CUCHARILLAS FILO - SAS.

EL PROCEDIMIENTO PODRÍA MOLESTAR O DOLER, DE MODO QUE ES ACONSEJABLE ANESTESIAR AL NIÑO LOCALMENTE.

LAS PAREDES DE LA CAVIDAD DEBEN SER ALISADAS CON UNA FRESA DE FISSURA, HASTA NO DEJAR CARIES DENTINARIA NI ADAMANTINA.

SE DEBE DE TENER EN CUENTA QUE LA RESTAURACIÓN NO QUEDA MUY ALTA PARA QUE NO RECIBA ESFUERZOS DURANTE LA MASTICACIÓN.

ACTUALMENTE EN LO QUE SE REFIERE A LOS PROCEDIMIENTOS DE RECUBRIMIENTOS PULPARES INDIRECTOS EN CAVIDADES NO PROFUNDAS EN LA CUAL SE HAYA ELIMINADO CARIES, SE UTILIZA ALGÚN PREPARADO DE HIDRÓXIDO DE CALCIO QUE SE ENDURECE DESPUÉS DE PALICADO, SIRVE DE RECUBRIMIENTO Y AL MISMO TIEMPO DE PISO PROTECTOR; PUDIENDOSE OBTURAR EN LA MISMA SESIÓN.

EL RECUBRIMIENTO INDIRECTO ESTÁ SIEMPRE INDICADO CUANDO TODAVÍA EXISTE UNA CAPA NO CARIADA DE DENTINA DELGADA, PERO 100% INTACTA ENCIMA DE LA PULPA. ES DECIR, QUE SE DEBE REMOVER TODA LA CARIES REBLANDECIDA Y POR MEDIO DEL EXPLORADOR REAFIRMAR LA INEXISTENCIA DE UNA POSIBLE EXPOSICIÓN PULPAR.

EN ESTE TIPO DE CAVIDADES PROFUNDAS EL MATERIAL DE RECUBRIMIENTO IDEAL ES EL ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL POR SU ACCIÓN BACTERICIDA Y GERMICIDA. POR OTRA PARTE SU PROPIEDAD QUELANTE ESTIMULA EL TEJIDO PARA SU FORMACIÓN DE DENTINA ESCLERÓTICA.

SI DURANTE LA REMOCIÓN DE DENTINA REBLANDECIDA QUEDA EXPUESTA LA PULPA DEL DIENTE DE LA PRIMERA DENTICIÓN, AUNQUE SEA EN POCA EXTENSIÓN DEBERÍA RECURRIRSE A:

A) AMPUTACIÓN VITAL DE LA PULPA (PULPOTOMÍA)

ÉSTO PUEDE SER EXPLICADO YA QUE EL TEJIDO ADYACENTE DE LA COMUNICACIÓN SE ENCUENTRAN MICROORGANISMOS QUE PUEDEN DEGENERAR LA PULPA EN FORMA TOTAL.

EN LA PRIMERA DENTICIÓN SE HA OBSERVADO QUE ES RARA LA FORMACIÓN DE DENTINA SECUNDARIA SOBRE LA QUE DEBE A LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD REACTIVA DE LA PULPA.

SE HA NOTIFICADO EN MUCHAS OCASIONES LA NECROSIS PULPAR DESPUÉS DE UN RECUBRIMIENTO CON HIDRÓXIDO DE CALCIO.

PULPOTOMÍA PARCIAL.-

LAS PULPOTOMÍAS PARCIALES O CURETAJES PULPARES, SIGNIFICAN LA EX PANCIÓN DELIBERADA DE UNA PEQUEÑA EXPOSICIÓN CARIADA ANTES DE -- APLICAR LA MEDICACIÓN. QUIENES ABOGAN POR LAS PULPOTOMÍAS PARCIA LES, SUGIEREN QUE AL ELIMINAR SÓLO EL MATERIAL INFECTADO EN EL - ÁREA EXPUESTA, SE REDUCIRÁN AL MÍNIMO TRAUMATISMOS QUIRÚRGICOS Y RESULTARÁN MEJORES CURACIONES.

DESGRACIADAMENTE, EL OPERADOR CLÍNICO NO PUEDE DETERMINAR CON - CERTEZA ALGUNA EL GRADO EXACTO DE PENETRACIÓN BACTERIANA EN EL - ÁREA DE EXPOSICIÓN A LA CARIES.

PULPOTOMÍA CON FORMOCRESOL.-

ACTUALMENTE SE UTILIZA EL FORMOCRESOL COMO SUBSTITUTO DEL HIDRO- XIDO DE CALCIO AL REALIZAR UNA PULPOTOMÍA EN LOS DIENTES PRIMA - RIOS. EL MEDICAMENTO EN SÍ, TIENE, ADEMÁS DE SER UN BACTERICIDA FUERTE, EFECTO DE UNIÓN PROTEÍNICA. INICIALMENTE SE LE CONSIDERA BA DESINFECTANTE PARA CANALES RADICULARES EN TRATAMIENTOS ENDO - DÓNTICOS DE PIEZAS PERMANENTES.

ANTIGUAMENTE ALGUNOS AUTORES ACONSEJABAN LLEVAR EL TRATAMIENTO - HASTA 4 CITAS, PERO ACTUALMENTE EL TRATAMIENTO PUEDE EFECTUARSE EN UNA SOLA VISITA.

EN ALGUNOS CASOS, AÚN ES ACONSEJABLE EXTENDER EL TRATAMIENTO A - DOS VISITAS, ESPECIALMENTE CUANDO EXISTEN DIFICULTADES PARA CON- TENER LA HEMORRAGÍA.

EN CONTRASTE CON EL HIDRÓXIDO DE CALCIO, GENERALMENTE EL FORMOCRESOL NO CONDUCE FORMACIÓN DE BARRERA CALCIFICADA O PUENTES EN EL ÁREA DE LA AMPUTACIÓN. CREA UNA ZONA DE FIJACIÓN, DE PROFUNDIDAD VARIABLE, EN ÁREAS EN DONDE ENTRÓ EN CONTACTO CON TEJIDO VITAL. ESTA ZONA ESTÁ LIBRE DE BACTERIAS, ES RESISTENTE A AUTOLÍISIS Y ACTÚA COMO IMPEDIMENTO A INFILTRACIONES MICROBIANAS POSTERIORES. EL TEJIDO PULPAR RESTANTE EN EL CANAL RADICULAR EXPERIMENTA VARIAS REACCIONES QUE VARIAN DE INFLAMACIONES LIGERAS O PROLIFERACIONES FIBROBLÁSTICAS. EL TEJIDO PULPAR BAJO LA FORMA DE FIJACIÓN PERMANECE VITAL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON ESTE MEDICAMENTO Y EN NINGÚN CASO SE HAN OBSERVADO RESORCIONES INTERNAS AVANZADAS; ÉSTA ES UNA DE LAS PRINCIPALES VENTAJAS QUE POSEE EL FORMOCRESOL SOBRE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO.

INDICACIONES PARA PULPOTOMÍAS CON FORMOCRESOL, -

ESTE PROCEDIMIENTO SE DEBE EFECTUAR SÓLO EN DIENTES PRIMARIOS YA QUE NO EXISTEN ESTÚDIOS CIENTÍFICOS DE NATURALEZA CLÍNICA E HISTOLÓGICA SOBRE LA ACCIÓN DEL FORMOCRESOL EN DIENTES PERMANENTES. SE ACONSEJAN PULPOTOMÍAS CON FORMOCRESOL EN TODAS LAS EXPOSICIONES POR CARIES O ACCIDENTALES EN INCISIVOS Y MOLARES PRIMARIOS. SE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO A LOS RECUBRIMIENTOS PULPARES, PULPOTOMÍAS PARCIALES O PULPOTOMÍAS CON HIDRÓXIDO DE CALCIO. EN CADA CASO, LA PULPA HA DE TENER VITALIDAD Y LIBRE SUPURACIÓN DE OTROS TIPOS DE EVIDENCIA NECRÓTICA.

HISTORIAS DE DOLOR ESPONTÁNEO SE CONSIDERÁN GENERALMENTE INDICACIONES DE DEGENERACIÓN AVANZADA Y PRESENTAN UN RIESGO PARA LAS PULPOTOMÍAS.

LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LA HEMORRAGIA, DEBE SER OBSERVADA YA QUE ES UN FACTOR IMPORTANTE PARA EL PRONÓSTICO EN EL ÉXITO O FRACASO.

PULPOTOMIA.-

ES LA AMPUTACIÓN COMPLETA DE LA PULPA CORONAL Y LA COLOCACIÓN DE UN MEDICAMENTO ADECUADO SOBRE EL TEJIDO REMANENTE EXPUESTO Y SU OBJETIVO ES EL DE MANTENER LA PULPA CON VITALIDAD EN LOS CONDUCTOS RADICULARES ASÍ EL DIENTE PUEDE SER SANO Y CUMPLIR SU FUNCIÓN BIOLÓGICA. SE HA USADO UNA VARIEDAD DE MEDICAMENTOS EN LA PULPOTOMÍA INCLUYENDO ÓXIDO DE ZINC-EUGENOL, HIDRÓXIDO DE CALCIO, FORMOCRESOL Y OTRAS COMBINACIONES.

EL MEDICAMENTO IDEAL ES EL FORMOCRESOL EN LAS EXPOSICIONES CARIOSAS DE LOS DIENTES TEMPORALES.

INDICACIONES DE LA PULPOTOMÍA.-

EN EXPOSICIÓN SIMPLE O MÚLTIPLE DE LA PULPA VITAL DE UN DIENTE TEMPORAL POR CARIES, INSTRUMENTOS O TRAUMA.

CONTRAINDICACIONES.-

A).- EVALUACIÓN CLÍNICA

- 1.- HISTORIA DEL DOLOR ESPONTÁNEO.
- 2.- DOLOR A LA PERCUSIÓN.
- 3.- MOVILIDAD DENTARIA PATOLÓGICA.
- 4.- SUPURACIÓN.

B).- EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA

- 1.- ZONAS RADIOLÚCIDAS APICALES
- 2.- ZONAS RADIOLÚCIDAS BIFURCALES
- 3.- RESORCIÓN DE MÁS DE UN TERCIO DE LAS RAICES.
- 4.- ABSORCIÓN INTERNA.

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS.-

LAS TÉCNICAS SON DENOMINADAS DE ACUERDO CON EL TIEMPO QUE LA TORUNDA DE ALGODÓN CON EL FORMOCRESOL PERMANECE EN CONTACTO CON EL TEJIDO PULPAR. EL PACIENTE SE ANESTESIA CON ANESTESIA LOCAL O POR BLOQUEO, SE COLOCA EL DIQUE DE HULE, DESPUÉS QUITAMOS LA DENTINA CARIADA CON FRESA DE BOLA Y SE REMUEVE EL TECHO PULPAR CON FRESA DE FISURA, DEJANDO EXPUESTA LA PULPA EN TODA SU EXTENSIÓN, POSTERIORMENTE PROCEDEMOS A AMPUTAR LA PARTE CORONARIA DE LA MISMA MEDIANTE EXCAVADORES FILOSOS O BIÉN CON UNA FRESA DE BOLA DEL No. 8.

NO TRATAREMOS DE COHIBIR LA HEMORRAGIA EN ESTE PASO, SINO QUE SE PENETRARÁ CON FRESA REDONDA DEL No. 6 EN LOS CONDUCTOS A SU ENTRADA.

LAVAREMOS LA CAVIDAD PULPAR CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA, DETENIENDO LA HEMORRAGIA CON TORUNDAS DE ALGODÓN ESTERILIZADAS Y DESPUÉS CON FORMOCRESOL, PROCEDIENDO A HACER LA PASTA CON FORMOCRESOL, EUGENOL Y ÓXIDO DE ZINC.

UNA VEZ QUE SE HA REALIZADO LA PULPOTOMÍA SE PROCEDE A LA RECONSTRUCCIÓN, ESTA SERÁ CON LA RESTAURACIÓN IDEAL QUE ES LA CORONA DE ACERO-CROMO.

PULPOTOMÍA CON HIDRÓXIDO DE CALCIO.-

PARA PODER USAR ESTA TÉCNICA EL SITIO DE AMPUTACIÓN DEBERÁ ESTAR LIBRE DE INFECCIÓN PUÉS LAS PROPIEDADES DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO SON BASTANTE LIMITADAS EN EL SENTIDO BACTERIANO.

Y NO PODRÁ EFECTUARSE LA PULPOTOMÍA CON ESTA DROGA SI, A JUICIO DEL ODONTÓLOGO, LA INFECCIÓN HA PROGRESADO MÁS ALLA DEL SITIO DE AMPUTACIÓN.

EL PROPÓSITO DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO ES ESTIMULAR LA PRODUCCIÓN DE DENTINA REPARATIVA Y PODER SELLAR LA PULPA DEL MEDIO AMBIENTE EXTERNO.

PULPECTOMIAS.-

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

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

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

POR TALES MOTIVOS NO SERÁ POSIBLE EMPLEAR EN LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN, LOS MÉTODOS ENDODÓNTICOS USADOS EN DIENTES PERMANENTES.

LA PULPECTOMÍA ES LA EXTIRPACIÓN DE TEJIDO CON VITALIDAD DE LA CÁMARA PULPAR CORONARIA Y DE LOS CONDUCTOS RADICULARES. POR LO TANTO ES LA LIMPIEZA Y OBTURACIÓN DE LOS CONDUCTOS RADICULARES.

TODA PULPECTOMÍA DE MOLARES TEMPORALES SERÁ PARCIAL, DEBIDO A SUS RAMIFICACIONES DE FILAMENTOS PULPARES. ESTA PUEDE REALIZARSE EN UNA O VARIAS VISITAS.

EL TRATAMIENTO PULPAR CONVENIENTE EN DIENTES TEMPORALES ES UNO DE LOS SERVICIOS MÁS VALIOSOS QUE SE PUEDE PRESTAR A UN PACIENTE INFANTIL, YA QUE EL MEJOR MANTENEDOR DE ESPACIO ES EL MISMO DIENTE.

HAY QUE TENER EN CUENTA LOS PELIGROS DE MANTENER MOLARES TEMPORALES CARIADOS SIN TRATAMIENTO.

UN MOLAR TEMPORAL CUANDO NO ES TRATADO ES UNA INVITACIÓN A LA INFECCIÓN CRÓNICA, QUE PUEDE DESENCADENAR EN CUALQUIER MOMENTO UN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO.

EL DIENTE Y SU PERIODONTO SON UN FOCO DE INFLAMACIÓN CRÓNICA, QUE TIENE SERIAS CONSECUENCIAS EN NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS POR EL RIESGO DE UNA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA.

TAMBIÉN COMO CONSECUENCIA DE CARIES INTERPROXIMALES NO TRATADAS -
PUEDE PRODUCIRSE PÉRDIDA DE ESPACIO.

PULPECTOMÍA PARCIAL.-

INDICADA EN: PULPITIS INCIPIENTES, HIPEREMIAS PULPARES Y HEMORRAGIAS NO DETENIBLES EN LA AMPUTACIÓN VITAL.

CONTRAINDICADA EN: NECROSIS PULPAR PARCIAL.

UTILIZAREMOS ANESTESIA LOCAL Y CON LA COLOCACIÓN DE UN DIQUE DE GOMA SE EXTRAE CON UN ENSANCHADOR TODA LA PULPA RADICULAR ACCESIBLE. NO SE DEBERÁ INTENTAR LLEGAR CON INSTRUMENTOS MÁS ALLÁ DEL ÁPICE. ENSANCHAREMOS LOS CONDUCTOS PARA AGRANDARLOS, LO QUE PERMITIRÁ LA CONDENSACIÓN DE MATERIAL DE OBTURACIÓN. NO SON NECESARIAS LAS RADIOGRAFÍAS DIAGNÓSTICAS PARA LA CONDUCTOMETRÍA, COMO LO SON EN EL CASO DE LOS DIENTES PERMANENTES.

SUS MÚLTIPLES RAMIFICACIONES DE LA PULPA RADICULAR DEL MOLAR TEMPORAL HACEN IMPOSIBLE SU COMPLETA LIMPIEZA.

ES RECOMENDABLE LAS LIMAS HEDSTROM QUE REMUEVEN LOS TEJIDOS Duros SÓLO AL SER RETIRADAS, LO QUE IMPIDE LA ENTRADA DE MATERIAL INFECTADO A TRAVÉS DE LOS ÁPICES. POR ESTE MOTIVO NO SE RECOMIENDAN.

DESPUÉS DEL LIMADO SE IRRIGAN LOS CONDUCTOS Y SE SECARÁN CON PUNTAS DE PAPEL, SE PUEDE USAR SOLUCIÓN FISIOLÓGICA, AGUA BIDESTILADA Y ZONITE, UNA VEZ SECOS LOS CANALES SE OBTURAN CON ÓXIDO DE ZINC - FORMOCRESOLIZADO, PASTA OXPARA O PUEDE USARSE HIDRÓXIDO DE CALCIO CON IODOFORMO.

PULPECTOMÍA TOTAL.-

INDICACIONES: PARA DIENTES TEMPORALES CON PULPA NECRÓTICA Y/O GAN-
GRENOSA CUYA CONSERVACIÓN ES MUY IMPORTANTE.

CONTRAINDICADA EN:

Mayor movilidad, radiolucidez en la bifurcación, absorción de las raíces por infección, dientes con raíces cuya forma hace imposible la remoción completa del material necrótico o gangrenoso,

La técnica para el tratamiento endodóntico es similar al procedimiento de la pulpectomía parcial.

ALFRED NORTH WHITELVAD (1861 - 1947)

NO ES PARADOJA EXPRESAR QUE EN NUESTRAS
ELUCUBRACIONES MÁS TEÓRICAS PODEMOS ESTAR
MUY PRÓXIMOS A NUESTRAS APLICACIONES MÁS PRÁCTICAS.

CAPITULO No. 6

CORONAS DE ACERO CROMO:

LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE ES UN ADELANTO RELATIVAMENTE RECIENTE, EN ODONTOPEDIATRÍA Y QUE HA AYUDADO A RESOLVER EL PROBLEMA DEL DIENTE CON CARIES AMPLIA.

FRENTE A LAS ALARMANTES CIFRAS DE FRACASO DE GRANDES OBTURACIONES CON AMALGAMA EN LESIONES DE CLASE II EN MOLARES TEMPORALES SOBRE TODO EN EL PRIMER MOLAR INFERIOR, EL CIRUJANO DENTISTA HA EMPLEADO LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE COMO TRATAMIENTO DE RUTINA EN CASOS ESPECIALES.

LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE SE FABRICA EN DIFERENTES TAMAÑOS PARA CADA DIENTE.

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

INDICACIONES:

LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE ESTÁ INDICADA EN MUCHAS CIRCUNSTANCIAS PARA EL ODONTÓLOGO.

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

EN ODONTOLOGÍA INFANTIL, LAS CORONAS ESTARÁN INDICADAS PARA:

- 1.- RESTAURACIÓN DE DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES JÓVENES QUE PRESENTEN CARIES EXTENSAS POR LA ACCIÓN DE LA MISMA.
- 2.- RESTAURACIÓN DE MOLARES PRIMARIOS CON CARIES QUE INCLUYAN DOS O MÁS CÚPIDES, EN ESTE CASO, LA REDUCCIÓN O LA PREPARACIÓN DEL DIENTE ES MENOR QUE LA REQUERIDA POR UNA AMALGAMA.
- 3.- RESTAURAR MOLARES PRIMARIOS QUE HAN SIDO SOMETIDOS A TRATAMIENTO PULPAR.

ESTOS DIENTES TIENDEN A VOLVERSE MÁS FRÁGILES, DEBIDO A LA DESHIDRATACIÓN QUE SUFREN Y POR LO TANTO, LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREVIENE SU POSIBLE FRACTURA.

- 4.- RESTAURACIÓN EN DIENTES PRIMARIOS EXCESIVAMENTE DESTRUÍDOS POR EL ATAQUE DE CARIES RAMPANTE.
- 5.- RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS Y DIENTES PERMANENTES JÓVENES CON-HIOPLÁSIA.
- 6.- RESTAURACIÓN DE DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES JÓVENES CON - ANOMALÍAS HEREDITARIAS TALES COMO DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA O AMELOGÉNESIS IMPERFECTA.
- 7.- RESTAURACIÓN EN DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES JÓVENES EN NIÑOS CON DFECTOS FÍSICOS O MENTALES CUANDO EL FACTOR HIGIENE BU CAL ES PRIMORDIAL.
- 8.- COMO UNA RESTAURACIÓN INTERMEDIA O DE EMERGENCIA EN EL TRATA - MIENTO DE DIENTES ANTERIORES FRACTURADOS.
- 9.- COMO SOPORTE PARA APARATOS FIJOS.

CORONAS DE ACERO CROMO PARA MOLARES DE LA PRIMERA DENTICION.-

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

LA REDUCCIÓN MESIAL Y DISTAL, TOMAN LA FORMA DE UN CORTE VERTICAL SIN BORDE SALIENTE, QUE ABRE LA SUPERFICIE DE CONTACTO HACIA BUCAL L'INGUAL Y GINGIVAL. SE REQUIERE LA REDUCCIÓN DISTAL AÚN CUANDO NO EXISTA DIENTE ERUPCIONADO EN POSTERIOR, COMO OCURRE EN EL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL DEL NIÑO, EN EDAD PREESCOLAR. SI NO SE OBSERVA ESTA RECOMENDACIÓN, SE TENDRÁ UNA CORONA DE TAMAÑO EXCESIVO QUE DIFICUL TARÁ LA ERUPCIÓN EN EL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

REDUCCIÓN OCLUSAL.-

ESTA DEBERÁ SEGUIR LA ANATOMÍA DEL DIENTE HASTA UNA PROFUNDIDAD DE 1,5 A 2 MM, LO QUE PERMITIRÁ SUFICIENTE ESPACIO PARA LA CORONA DE-METAL.

TERMINACIÓN.-

QUITAREMOS TODO EL RESTO DE CARIES CON FRESA REDONDA ACCIONADA A BAJA VELOCIDAD, POSTERIORMENTE COMPLETAREMOS LA PREPARACIÓN REDONDEANDO LOS ÁNGULOS AGUDOS.

SELECCIÓN DE LA CORONA.-

EN EL MERCADO EXISTEN VARIAS MARCAS DE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE Y SE HARÁ LA ELECCIÓN DE ACUERDO A LA EXPERIENCIA Y CONVENIENCIA - DEL CASO. UNA CORONA CORRECTAMENTE SELECCIONADA ANTES DE SU ADAPTACIÓN Y RECORTADO, DEBERÁ CUBRIR TODO EL DIENTE Y OFRECER RESISTENCIA CUANDO SE TRATA DE RETIRARLA.

SE PUEDEN ADQUIRIR CORONAS YA RECORTADAS O NO, ESTAS ÚLTIMAS REQUIREN MÁS REDUCCIÓN PARA EVITAR QUE LOS BORDES SE INTRODUZCAN EN LA ENCÍA, PERO SON ÚTILES CUANDO LA PREPARACIÓN SE EXTIENDE HASTA LA REGIÓN SUBGINGIVAL.

LAS DISTINTAS CORONAS DIFIEREN EN SU RESISTENCIA, ALGUNAS SON RÍGIDAS, MIENTRAS QUE OTRAS SE DEFORMAN FACILMENTE AL SER RECORTADAS.

LA CORONA DE UNITEK CASI NO PRECISA DE RECORTACIÓN REDUCIENDO DE - TAL MANERA EL TIEMPO DE LA SESIÓN.

LOS MOLARES TEMPORALES CON PROFUNDAS CARIES INTERPROXIMALES QUE SE EXTIENDEN HACIA SUBGINGIVAL JUSTIFICAN EL USO DE UNA CORONA NO RE-CORTADA COMO LA ROCKY MOUNTAIN, QUE ABARQUE LOS BORDES DE LA PREPARACIÓN.

UNA ALTERNATIVA SERÁ REALIZAR EL TRATAMIENTO PULPAR EN UNA SESIÓN PREVIA OBTURANDO TEMPORALMENTE EL DIENTE CON AMALGAMA.

LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA DEBERÁ CONSIDERAR ASÍ MISMO LA PRESENCIA O AUSENCIA DEL ESPACIO PRIMATE, CUANDO SE COLOCAN CORONAS EN EL PRIMER MOLAR TEMPORAL. LA INTRODUCCIÓN EN EL ESPACIO DE PRIMATE DE UNA CORONA DE TAMAÑO EXCESIVO IMPEDIRÁ LA MIGRACIÓN MESIAL TEMPRANA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE INFERIOR, DESDE LA OCLUSIÓN-CÚSPIDE CON CÚSPIDE, A LA RELACIÓN DE ANGLE DE LA CLASE I. DE MODO SIMILAR, LA CORONA DE ACERO DE TAMAÑO EXCESIVO Y DEMASIADO RECORTADA EN EL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL IMPEDIRÁ LA NORMAL ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

ADAPTACIÓN Y RECORTADO.-

LA FINALIDAD DE LA ADAPTACIÓN Y RECORTADO DE LA CORONA ES, RESPECTIVAMENTE, HACER QUE LOS BORDES DE ESTA QUEDEN EN EL SURCO GINGIVAL, Y REPRODUCIR LA MORFOLOGÍA DENTARIA.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE RECORTADO Y ADAPTACIÓN, SE PRUEBA LA CORONA CONTROLANDO LOS BORDES Y LA ADAPTACIÓN VISUALMENTE CON UN EXPLORADOR, COMO SERÁ IMPOSIBLE BRUÑIR LOS BORDES DE LA CORONA EN LA BOCA, TODOS ESTOS PROCEDIMIENTOS SE REALIZAN FUERA DE LA MISMA LA CORONA TERMINADA PARA SU COLOCACIÓN DEBERÁ TENER UNA FORMA UNIFORME Y LISA SIN CAMBIOS NOTABLES EN SU CONTORNO.

SERÁ MÁS FÁCIL EVALUAR LOS BORDES BUCAL Y LINGUAL QUE LA ADAPTACIÓN INTERPROXIMAL. SI AL PASAR UN HILO DENTAL ENCERADO, ÉSTE SE DESHILACHA, ES QUE LA ADAPTACIÓN INTERPROXIMAL DE LA CORONA NO ES SATISFACTORIA.

DURANTE LA ADAPTACIÓN DE PRUEBA Y EL CEMENTADO, SE COLOCARÁ LA CORONA EN LO POSIBLE DESDE LINGUAL ROTANDO HACIA BUCAL.

DE ESTA MANERA SE ABARCA MÁS FACILMENTE EL ESCALÓN MÁXIMO DE LA SUPERFICIE BUCAL. CUANDO SE ROTA LA CORONA DESDE LINGUAL ROTANDO HACIA BUCAL, SE PUEDE CONTROLAR LA ADAPTACIÓN INTERPROXIMAL MIRANDO EN ÁNGULO RECTO LA PREPARACIÓN Y COMPARANDO LA PROFUNDIDAD DEL CONTORNO DE LA CORONA. SE CONTROLARÁ LA OCLUSIÓN DE LA CORONA PARA VER QUE NO MOLESTE

MODIFICACIONES A LAS CORONAS DE ACERO CROMO.-

CORONA DEMASIADO GRANDE PARA EL DIENTE:

CUANDO ÉSTA ES DEMASIADO GRANDE Y NO ES POSIBLE ADAPTARLA A LOS MÁRGENES GINGIVALES, SE JUSTIFICA HACER UN CORTE VERTICAL EN LA PORCIÓN LINGUAL DE LA CORONA, UTILIZANDO TIJERAS CURVAS, ESTE CORTE DEBERÁ ESTAR LOCALIZADO EN LA UNIÓN DE LAS SUPERFICIES LINGUAL Y OCLUSAL.

DIENTE DEMASIADO GRANDE PARA LA CORONA.-

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

ESTA INCISIÓN DEBERÁ ESTAR COLOCADA EN LA UNIÓN DE LAS SUPERFICIES TANTO LINGUAL COMO OCLUSAL. RECORTAREMOS UN PEDAZO DE MATERIAL DE BANDA, EL CUAL SE DEBE ADAPTAR A LA SUPERFICIE LINGUAL DE LA CORONA UTILIZANDO EL SOLDADOR DE PUNTO SOLDANDO UNO DE LOS LADOS DE LA INCISIÓN.

EL MATERIAL DE BANDA DEBE CUBRIR LA TOTALIDAD DE LA INCISIÓN HECHA A MEDIDA QUE LA CORONA AUMENTA DE AMPLITUD AL SER COLOCADA SOBRE EL DIENTE. ESTA SE DEBERÁ PULIR LIGERAMENTE EN LINGUAL CON EL FIN DE EVITAR LACERACIÓN GINGIVAL.

POSTERIORMENTE SE PROCEDERÁ A COLOCAR LA CORONA SOBRE EL DIENTE.

CORONAS DE ACERO CROMO PARA DIENTES ANTERIORES TEMPORALES.-

PREPARACIÓN DEL DIENTE.-

LA FINALIDAD DE LA REDUCCIÓN DEL DIENTE ES PROPORCIONAR SUFICIENTE ESPACIO PARA LA CORONA DE ACERO, REMOVER LA CARIES Y DEJAR UNA ESTRUCTURA DENTARIA SUFICIENTE PARA LA RETENCIÓN DE LA CORONA.

SERÁ NECESARIO REBAJAR TANTO EN DISTAL COMO EN MESIAL PARA ABRIR -
LOS CONTACTOS INTERPROXIMALES.

TAMBIÉN LA REDUCCIÓN SE HARÁ EN INCISAL PARA EVITAR QUE EL DIENTE
SE OBSERVE ALARGADO.

LA REDUCCIÓN NO DEBERÁ DESTRUIR LA ZONA ANATÓMICA DE ESTRANGULA -
CIÓN QUE NOS SERVIRÁ DE RETENCIÓN MECÁNICA, CUANDO LA MORDIDA SU -
PERIOR ES INCOMPLETA O ABIERTA Y HAY INDICACIONES DE QUE NO HA -
DE CERRARSE, NO DEBE REDUCIRSE LA SUPERFICIE PALATINA, EL ESTRAN -
GULAMIENTO HACIA EL BORDE GINGIVAL SE USA PARA LA RETENCIÓN.

POR ESTO MISMO LA ÚNICA REDUCCIÓN DEL DIENTE QUE SE HARÁ EN LA -
SUPERFICIE LABIAL, ES LA NECESARIA PARA QUITAR EL TEJIDO CARIADO.

LA CORONA DE ACERO ANTERIOR PUEDE SER CERRADA O CON CARILLA ABIE -
TA, YA QUE ESTA ÚLTIMA RESULTA MÁS ESTÉTICA.

DEBEREMOS TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES PASOS:

- A).- LA PREPARACIÓN OCLUSAL DEBERÁ DEJAR UN ESPACIO LIBRE DE POR
LO MENOS 1 MM. EN RELACIÓN CON EL DIENTE OPUESTO.
- B).- LOS PUNTOS DE CONTACTO SE DEBEN ELIMINAR Y HAY QUE SER CUIDA -
DOSOS A FIN DE EVITAR LA PRESENCIA DE ESCALONES PROXIMALES.
- C).- ES NECESARIO REDUCIR LA SUPERFICIE BUCAL Y LINGUAL. ESTO PER -
MITE UNA ADAPTACIÓN MÁS FÁCIL DE LA CORONA.
- D).- TODOS LOS ÁNGULOS Y ESQUINAS DE LA PREPARACIÓN DEBEN SER RE -
DONDEADOS, YA QUE SI NO SE PRESTA ATENCIÓN A ESTA PARTE DE -
LA PREPARACIÓN, SERÁ DIFÍCIL ASENTAR LA CORONA EN LA POSI --
CIÓN APROPIADA.

- E).- UNA VEZ QUE SE HA ESTABLECIDO LA LONGITUD DE LA CORONA, LA CUAL DEBE ESTAR POR DEBAJO DEL MÁRGEN GINGIVAL, DEBE SER CONTORNEADA, EN ESTE MOMENTO LA CORONA ABRAZA LAS ÁREAS DE RETENCIÓN LOCALIZADAS POR DEBAJO DEL MÁRGEN GINGIVAL DE LAS SUPERFICIES BUCAL Y LINGUAL.
- F).- SE PUEDE PULIR EL MÁRGEN DE LA CORONA PARA EVITAR IRRITACIÓN GINGIVAL.
- G).- SE LLEVARÁ LA CORONA A POSICIÓN, PRIMERO DESDE LINGUAL, LUEGO HACIA BUCAL CON EL FIN DE DESLIZARLA SOBRE LA ALTURA DEL CONTORNO MÁXIMO DE LA PIEZA Y AL MISMO TIEMPO PERMITIR UNA ADAPTACIÓN PERFECTA DE LA MISMA.
- H).- TODOS LOS EXCESOS DE CEMENTO DEBEN SER REMOVIDOS UTILIZANDO UN EXPLORADOR Y SEDA DENTAL PARA LIMPIAR EL ÁREA GINGIVAL Y LAS ÁREAS INTERPROXIMALES.

RAGER ADAMS (1889)

LAS CONTRIBUCIONES QUE APORTA LA INVESTIGACIÓN
ACADÉMICA A LA CIENCIA, SON EL SUSTENTO DEL
INVESTIGADOR DEDICADO A LA CIENCIA APLICADA.

CAPITULO No. 7

MANTENEDORES DE ESPACIO:

TOMANDO EN CUENTA QUE, ADEMÁS DE SUS FUNCIONES EN EL PROCESO MASTICATORIO Y COMO AYUDA PARA LA PRONUNCIACIÓN, LOS DIENTES PRIMARIOS SIRVEN COMO MANTENEDORES DE ESPACIO NATURALES Y COMO GÚÍAS EN LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES PARA QUE ESTOS OBTENGAN UNA POSICIÓN CORRECTA. POR LO TANTO, LOS DIENTES PRIMARIOS, ESPECIALMENTE LOS MOLARES SON UN FACTOR IMPORTANTE EN EL DESARROLLO NORMAL DE LA DENTICIÓN PERMANENTE.

LA PÉRDIDA PREMATURA DE CUALQUIER DIENTE POSTERIOR OCASIONADA POR CARIES U OTROS FACTORES PUEDEN PRODUCIR MALPOSICIÓN DE LOS DIENTES ADYACENTES Y ANTAGONISTAS A MENOS QUE UN MANTENEDOR DE ESPACIO SE COLOQUE EN LA BOCA DEL PACIENTE.

EL EFECTO DEPENDE DE LAS FUERZAS QUE ACTÚEN SOBRE EL DIENTE. ESAS FUERZAS DEPENDEN A SU VEZ:

- 1).- DE LA POSICIÓN DE LOS DIENTES EN EL ARCO.
- 2).- DEL ESTADO DE ERUPCIÓN DEL ÚLTIMO MOLAR.

EXISTE UN NÚMERO CONSIDERABLE DE FUERZAS QUE CONSTANTEMENTE ACTÚAN SOBRE CADA DIENTE EN EL ARCO Y SOBRE EL ARCO COMO UN TODO. LOS DIENTES PERMANENTES ESTÁN COLOCADOS EN LOS ARCOS DE TAL MANERA QUE LA INCLINACIÓN MESIAL ES BASTANTE PROMINENTE. LAS FUERZAS DE OCLUSIÓN ENTRE DIENTES SUPERIORES E INFERIORES PRODUCE UN FUERTE COMPONENTE ANTERIOR DE FUERZAS, LO CUAL CAUSA LA MIGRACIÓN MESIAL FISIOLÓGICA DE LOS DIENTES DANDO COMO RESULTADO UN ARCO CONTÍNUO. EN CONTRASTE, LOS DIENTES PRIMARIOS NO ESTAN INCLINADOS HACIA MESIAL, SINO QUE PERMANECEN EN UNA DISPOSICIÓN CORRECTA. EN GENERAL LOS DIENTES PRIMARIOS NO SE MUEVEN HACIA MESIAL COMO RESULTADO DE LAS FUERZAS OLCUSALES A MENOS QUE UN MOLAR PERMANENTE EJERZA DICHA FUERZA SOBRE LA MUSCULATURA QUE RODEA LOS ARCOS EN EL EXTERIOR

(MEJILLAS Y LABIOS) Y LA QUE ESTÁ EN LA PARTE INTERNA DE LOS ARCOS (LENGUA) NORMALMENTE MANTIENEN UN BALANCE DELICADO.

EL BALANCE SE MANTIENE EN LA PARTE INTERNA POR LA FUERZA QUE EJERCE LA LENGUA Y EN LA PARTE EXTERNA POR LA FUERZA BUCAL QUE EJERCEN LAS MEJILLAS Y LOS LABIOS.

CUALQUIER DISTURBIO EN ESTE DELICADO BALANCE MUSCULAR DARÁ COMO RESULTADO UNA ANOMALÍA DE LOS ARCOS DENTALES.

DURANTE LA ERUPCIÓN DE LOS MOLARES PERMANENTES, UNA TERCERA Y PODE ROSA FUERZA PUEDE ACTUAR SOBRE EL ARCO DENTAL, EXISTE TENDENCIA - MUY FUERTE DE DESPLAZAMIENTO O MOVILIDAD MESIAL DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES CUANDO HACEN ERUPCIÓN.

ESTA FUERZA ES EL RESULTADO DE LAS FUERZAS DE ERUPCIÓN QUE EJERCE EL MOLAR PERMANENTE.

LA MISMA FUERZA QUE ESTÁ DIRIGIDA HACIA MESIAL SE PRODUCE EN EL ARCO PERMANENTE POR LA ERUPCIÓN DEL SEGUNDO Y TERCER MOLARES PERMANENTES.

SI AL MISMO TIEMPO SE PIERDE LA CONTINUIDAD DEL ARCO DE LOS DIENTES PRIMARIOS O EL ARCO DE LOS DIENTES PERMANENTES DEBIDO A LA PÉRDIDA DE UN DIENTE, EL ESPACIO SE CERRARÁ CASI INVARIABLEMENTE, LOS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES DIFIEREN EN LA CANTIDAD DE FUERZAS QUE TIENEN DEBIDO A DIFERENCIAS EN LOS PATRONES DE ERUPCIÓN.

EL MOLAR SUPERIOR HACE ERUPCIÓN HACIA DISTAL Y EL MOLAR INFERIOR - LO HACE HACIA MESIAL. EL MOLAR INFERIOR, POR LO TANTO, EJERCE GRAN FUERZA SOBRE EL ARCO DENTAL CUANDO COMIENZA SU ERUPCIÓN.

SI EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO SE PIERDE ANTES O DURANTE LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE, SE NECESITA UN MANTENEDOR DE ESPACIO PARA GUIAR EL PRIMER MOLAR PERMANENTE A UNA CORRECTA POSICIÓN EN EL ARCO, ASÍ COMO MANTENER LA LONGITUD DEL MISMO.

SI NO SE COLOCA UN MANTENEDOR DE ESPACIO, EL MOLAR PERMANENTE, ASUMIRÁ UNA POSICIÓN MESIAL QUE LA QUE LE CORRESPONDE, DEBIDO A QUE NO TIENEN GUÍA DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO.

SI EL PRIMER MOLAR PRIMARIO SE PIERDE CUANDO EL PRIMER MOLAR PERMANENTE ESTÁ EN PROCESO DE ERUPCIÓN, LA FUERZA QUE EJERCEN SOBRE EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO SERA SUFICIENTE PARA MESIALIZARLO.

EL CIERRE DEL ESPACIO OCURRIRÁ SI NO SE COLOCA UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

CUANDO HAY PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS UN MANTENEDOR DE ESPACIO DEBE SER COLOCADO NO SOLO PARA LA FUNCIÓN DE MANTENER ESE ESPACIO SINO TAMBIÉN POR RAZONES ESTÉTICAS, FONÉTICAS Y PSICOLÓGICAS.

LOS DIENTES PRIMARIOS SON ESCENCIALES PARA UNA CORRECTA MASTICACIÓN COMO HEMOS VISTO SU FUNCIÓN TAMBIÉN INCLUYE LA PRESERVACIÓN DEL ESPACIO PARA LOS DIENTES PERMANENTES, ASIMISMO, LA ACCIÓN DE GUÍA - TANTO PARA LOS DIENTES ANTERIORES COMO POSTERIORES, DE TAL MANERA QUE HAGAN ERUPCIÓN EN UNA POSICIÓN CORRECTA DEL ARCO.

LOS DIENTES PRIMARIOS SON POR LO TANTO ESENCIALES PARA UN DESARROLLO CORRECTO DE LA DENTICIÓN PERMANENTE.

LAS INDICACIONES PARA EL USO DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO SE HAN CLASIFICADO POR MEDIO DEL ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES, TANTO PRIMARIOS COMO PERMANENTES, DURANTE LAS FASES DE LA DENTICIÓN MIXTA Y DESARROLLO DEL ARCO DENTAL.

EN LA DENTICIÓN PRIMARIA EL AREA MOLAR ES PARTICULARMENTE CRUCIAL.

UNA CORRECTA EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR LA PÉRDIDA DE DIENTES EN LA DENTICIÓN PRIMARIA Y MIXTA Y SU ADECUADO REEMPLAZO POR MEDIO DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO PREVIENE SERIOS PROBLEMAS DENTALES EN EL ADULTO.

CONTROL DEL ESPACIO EN LA DENTICIÓN.-

UNA PARTE IMPORTANTE DE LA ORTODONCIA PREVENTIVA ES EL MANEJO ADECUADO DE LOS ESPACIOS CREADOS POR LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES.

MIENTRAS MAS Y MAS PERSONAS SE HACEN CONSCIENTES DE LA IMPORTANCIA DE LA RESTAURACIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES, ESTE PROBLEMA DEBERÁ SURGIR CADA VEZ MENOS, AUNQUE ACTUALMENTE ES UN PROBLEMA PRINCIPAL. DESAFORTUNADAMENTE ALGUNOS CIRUJANOS DENTISTAS SON CULPABLES DE RECOMENDAR A LOS PADRES QUE NO PROCEDAN A LA RESTAURACIÓN DE LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN PORQUE SERÁN EXFOLIADOS.

QUIZÁ ES DEBIDO A QUE LOS NIÑOS SON A VECES MÁS DIFÍCILES DE MANEJAR, O TAL VEZ SE DEBA A QUE, BASÁNDOSE EN EL TIEMPO EMPLEADO Y LOS HONORARIOS DEVENGADOS.

LOS RESULTADOS SON MENOS PRODUCTIVOS PARA EL DENTISTA, QUIZÁ SEA PORQUE EL C.D. NO SEPA QUE LA PÉRDIDA PREMATURA DE ESTOS DIENTES PUEDE CON FRECUENCIA DESTRUIR LA INTEGRIDAD DE LA OCLUSIÓN NORMAL.

ESTO NO SIGNIFICA QUE TAN PRONTO COMO EL CIRUJANO DENTISTA OBSERVE UNA INTERRUPTIÓN EN LA CONTINUIDAD DE LAS ARCADAS SUPERIOR O INFERIOR DEBERÁ PROCEDER A COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO INMEDIATAMENTE. ALGUNOS DIENTES SE PIERDEN PREMATURAMENTE POR NATURALEZA. ESTE ES EL CASO FRECUENTEMENTE CON LOS CANINOS TEMPORALES. EN LA MAYOR PARTE DE ESTAS PÉRDIDAS PREMATURAS ESPONTÁNEAS, LA RAZÓN ES LA FALTA DE ESPACIO PARA ACOMODAR TODOS LOS DIENTES EN LAS ARCADAS DENTARIAS.

ESTA ES LA FORMA QUE EMPLEA LA NATURALEZA PARA ALIVIAAR EL PROBLEMA CRÍTICO DE ESPACIO, AL MENOS TEMPORALMENTE.

TRATAREMOS EN ESTE CASO LOS MANTENEDORES DE ESPACIO Y EL CONTROL DEL MISMO PARA AQUELLOS CASOS QUE IMPLIQUEN LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN DEBIDO A CARIES O ALGÚN ACCIDENTE.

DADO QUE LA DENTICIÓN DEL NIÑO PASA POR DIVERSOS CAMBIOS EN EL PROCESO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, ES RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO DENTISTA ESTA ALERTA A CUALQUIER SITUACIÓN QUE PERMITA TRATAMIENTOS INTERMEDIOS PARA PREVENIR MALOCLUSIONES MÁS SERIAS.

UN BUEN EJEMPLO DE ELLO ES LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES EN UN MOMENTO INDETERMINADO ANTES DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES SU CESIVOS PERMANENTES, UN SIMPLE APARATO MANTENDRÁ EL ESPACIO, PERO ALGUNAS VECES SE REQUERIRÁ DE UN SEGUNDO APARATO,

ES DE BUEN JUICIO OBSERVAR TALES ESPACIOS ANTES QUE OCURRA EL PER CANSE DE PRODUCIR MÁS DIFICULTADES DE LAS QUE EXISTÍAN ORIGINALMEN TE.

DETERMINACIÓN DE LA LONGITUD DEL ARCO ANTES DE LOS PROCEDIMIENTOS- PARA MANTENER EL ESPACIO. EL ODONTÓLOGO QUE SE ENFRENTA CON EL PRO BLEMA DE MANTENER EL ESPACIO DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE UN DIENTE -- TEMPORAL SÓLO O DE VARIOS, DEBE MIRAR MÁS ALLÁ DEL ESTADO INMEDIA TO DE LA DENTICIÓN Y DEBE PENSAR EN TÉRMINOS DE DESARROLLO DE LOS- ARCOS DENTALES Y ESTABLECIMIENTO DE UNA OCLUSIÓN FUNCIONAL.

ÉSTO ES EN PARTICULAR IMPORTANTE DURANTE EL PERÍODO DE LA DENTI -- CIÓN TEMPORAL Y DE LA DENTICIÓN MIXTA. HA DE ESTABLECER EL TAMAÑO- DE LOS DIENTES PERMANENTES AÚN SIN ERUPCIONAR, ESPECÍFICAMENTE LOS UBICADOS POR DELANTE DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.

TAMBIÉN DEBE DETERMINAR LA CANTIDAD DE ESPACIO QUE SE NECESITA PA- RA EL ALINEAMIENTO CORRECTO DE LOS DIENTES PERMANENTES ANTERIORES MÁS AÚN DEBE TOMAR EN CUENTA LA CANTIDAD DE MOVIMIENTO MESIAL DE - LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE SE PRODUCIRÁ DESPUÉS DE LA - PÉRDIDA DE LOS MOLARES TEMPORALES Y LA ERUPCIÓN DE LOS SEGUNDOS - PREMOLARES.

ES UN HECHO ACEPTADO QUE LA CIRCUNFERENCIA DEL ARCO DISPONIBLE -- (LONGITUD DEL ARCO) QUE SE SUELE CONSIDERAR COMO LA DISTANCIA DE - LA CARA MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE DEL ARCO OPUESTO, DISMI NUYE CONTINUAMENTE.

ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ESTUDIO.-

LOS MODELOS DE ESTUDIO SON UNO DE LOS PRERREQUISITOS PARA UN DIAG- NÓSTICO APROPIADO, LOS MODELOS PROVEEN UNA BUANA FUENTE DE INFORMA CIÓN PARA EL ANÁLISIS PROFUNDO EN AUSENCIA DEL PACIENTE.

SI LOS MODELOS SE HACEN EN FORMA PERIÓDICA SE PUEDE OBTENER UNA SE CUENCIA Y DESARROLLO DE LA DENTICIÓN DEL NIÑO. LOS MODELOS DE ESTU DIO DEBEN POR LO TANTO MOSTRAR LOS DIENTES AL MISMO TIEMPO QUE LOS TEJIDOS DE SOPORTE TANTO ALVEOLARES COMO LOS DE LAS ÁREAS PALATI - NAS Y LOS FRENILLOS.

ES NECESARIO QUE LOS MODELOS DE ESTUDIO ESTÉN BIEN RECORTADOS, EN - LA FORMA ADECUADA, CON OBJETO DE QUE EL ANÁLISIS QUE OBTENGAMOS - SEA APROPIADO Y NOS DE RESULTADOS OBJETIVOS, ES IMPORTANTE RECOR - DAR QUE AUNQUE LOS MODELOS DE ESTUDIO SON AYUDAS DE NUESTRO DIAG - NÓSTICO FINAL NO DEBE ESTAR BASADO ÚNICAMENTE EN ELLOS.

LA HISTORIA DEL PACIENTE, EL ANÁLISIS RADIOGRÁFICO Y EL ÉXAMEN DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS SUMANDO AL ANÁLISIS DE LOS MODELOS, - NOS DA UN CUADRO TOTAL DE LA SALUD DENTAL DE DETERMINADO INDIVIDUO POR LO TANTO EL ANÁLISIS DE SOLAMENTE UNA PARTE DEL PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO DEBE SER USADO COMO TAL.

ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA.-

EN MUCHOS CASOS ES ACONSEJABLE SABER SI EXISTE SUFICIENTE LONGITUD DE ARCO EN LA DENTICIÓN MIXTA PARA OBTENER UN ALINEAMIENTO DE LOS DIENTES PERMANENTES.

ES DESUSADO QUE EXISTA UN PROBLEMA DE FALTA DE ESPACIO EN LA DENTI CIÓN TEMPORAL CUANDO TODOS LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN GO ZAN DE BUENA SALUD. LAS ETAPAS DE LA DENTICIÓN MIXTA INICIAL Y ME DIA (6 A 10 AÑOS) SON LAS QUE MÁS A MENUDO PRESENTAN AL CIRUJANO - DENTISTA PROBLEMAS DE ESPACIO.

PARA OBTENER UNA INFORMACIÓN QUE NOS INDIQUE SI LOS DIENTES PERMA NENTES POR ERUPCIONAR TIENEN UNA BUENA PROBABILIDAD DE OCUPAR SUS LUGARES EN LAS ARCADAS DENTARIAS SIN VERSE OBSTACULIZADOS POR LA - FALTA DE ESPACIO, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ CONSIDERAR LA REALIZACIÓN - DE UN ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA EN CADA NIÑO QUE PAREZCA TE - NER UN PROBLEMA DE ESPACIO.

PODEMOS UTILIZAR UN MÉTODO DE ANÁLISIS DEL ESPACIO QUE RESULTA -
BASTANTE POPULAR Y ADECUADO EL CUAL HA SIDO USADO ALGÚN TIEMPO CON
RESULTADOS EXCELENTES.

ANÁLISIS DE NANCE O DE MEDICIÓN RADIOGRÁFICA.-

NANCE CONCLUYÓ, COMO RESULTADO DE SUS COMPLEMENTOS ESTUDIOS, QUE -
LA LONGITUD DEL ARCO DENTAL DE LA CARA MESIAL DE UN PRIMER MOLAR -
PERMANENTE INFERIOR HASTA LA DEL LADO OPUESTO SIEMPRE SE ACORTA -
DURANTE LA TRANSICIÓN DEL PERÍODO DE LA DENTICIÓN MIXTA AL DE LA
PERMANENTE. LA ÚNICA VÉZ QUE PUEDE AUMENTAR LA LONGITUD DEL ARCO -
AÚN DURANTE UN TRATAMIENTO ORTODÓNCICO ES CUANDO LOS INCISIVOS AÚN
MUESTRAN UNA INCLINACIÓN LINGUAL ANORMAL O CUANDO LOS PRIMEROS MO-
LARES PERMANENTES SE HAN DESPLAZADO HACIA MESIAL POR LA EXTRACCIÓN
PREMATURA DE LOS SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES.

NANCE OBSERVÓ ADEMÁS, QUE EN PACIENTE MEDIO EXISTE UNA DERIVA DE -
1.7 MM ENTRE LOS ANCHOS COMBINADOS MESIODISTALES DE LOS DIENTES CO
RRESPONDIENTES (1o. Y 2o. PREMOLARES Y CANINO) SON MAYORES LOS -
TEMPORALES. ESTA DIFERENCIA ENTRE EL ANCHO TOTAL MESIODISTAL DE -
LOS CORRESPONDIENTES TRES DIENTES TEMPORALES EN EL ARCO SUPERIOR -
Y LOS 3 PERMANENTES QUE LOS REEMPLAZAN ES DE SOLO 0.9 MM.

PARA UN ANÁLISIS DE LA LONGITUD DEL ARCO EN LA DENTICIÓN MIXTA, SI
MILAR AL ACONSEJADO POR NANCE, HACEN FALTA LOS SIGUIENTES MATERIA-
LES.

- 1.- UN BUÉN COMPÁZ DE EXTREMOS AGUZADOS.
- 2.- RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES TOMADAS CON CUIDADOSA TÉCNICA.
- 3.- UNA REGLA MILIMÉTRICA.
- 4.- UN TROZO DE ALAMBRE DE BRONCE DE 0.725 MM.
- 5.- UNA TARJETA DE 3x5 CMS. CON RENGLONES DONDE ANOTAR MEDICIONES
- 6.- MODELOS DE ESTÚDIO.

PRIMERO MEDIREMOS EL ANCHO DE LOS 4 INCISIVOS PERMANENTES INFERIORES ERUPCIONADOS. TENDREMOS QUE DETERMINAR EL ANCHO REAL ANTES QUE EL ESPACIO QUE OCUPAN LOS INCISIVOS EN EL ARCO. REGISTRAREMOS LAS MEDIDAS INDIVIDUALES Y POSTERIORMENTE EL ANCHO DE LOS CANINOS Y - PREMOLARES INFERIORES SIN ERUPCIONAR SERÁ MEDIDO SOBRE LAS RADIO - GRAFÍAS, SE REGISTRARAN LAS MEDICIONES ESTIMATIVAS.

SI UNO DE LOS PREMOLARES ESTUVIERA ROTADO, PODRÁ UTILIZARSE LA MEDIDA DEL DIENTE CORRESPONDIENTE DEL LADO OPUESTO DE LA BOCA.

EL ESPACIO REQUERIDO EN LA ARCADA EN LOS CUATRO CUADRANTES DE LOS MAXILARES INFANTILES PUEDE SER COMPUTADO POR MEDICIÓN DE LOS AN -- CHOS EN LAS RADIOGRAFÍAS DE LOS CANINOS Y PREMOLARES NO ERUPCIONADOS. ÉSTAS MEDICIONES PUEDEN SER COMPARADAS CON MEDICIONES DEL ESPACIO EXISTENTE EN LA ARCADA EN CADA CUADRANTE Y SE COMPUTA LA DIFERENCIA EN CADA CUADRANTE.

SI SE EMPLEA ESTE SISTEMA SE DEBEN TOMAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE PRECAUCIÓN.

- 1.- MEDIR EL ANCHO DE LOS INCISIVOS A CADA LADO DE LA LÍNEA MEDIA Y HACER UNA MARCA POR RASPADO PARA DETERMINAR EL BORDE DISTAL DEL INCISIVO LATERAL SOBRE EL REBORDE O CARA LINGUAL DEL CANINO TEMPORAL.
- 2.- EL ANCHO DE LA IMÁGEN DEL DIENTE NO ERUPCIONADO DEBE SER COMPA RADO CON EL ANCHO DE LA IMÁGEN DE UN DIENTE ADYACENTE CLÍNICA - MENTE VISIBLE EN LA BOCA.
- 3.- ADEMÁS, LOS DIENTES VISIBLES EN LA CAVIDAD ORAL TAMBIÉN DEBEN - SER MEDIDOS, Y ESTABLECER UNA PROPORCIÓN PARA DETERMINAR LA - CANTIDAD DE ERROR EN LA IMÁGEN RADIOGRÁFICA.

TAMBIÉN PODREMOS UTILIZAR OTRO MÉTODO DE ANÁLISIS DEL ESPACIO, ES - TE SERÍA EL DE MOYERS DE DENTICIÓN MIXTA.-

MOYERS, ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA, -

ESTE ES UNA FORMA DE ANÁLISIS MUY PRÁCTICO Y MUY CONFIABLE, LOS INCISIVOS INFERIORES SON EL PRIMER GRUPO DE DIENTES PERMANENTES QUE ERUPCIONAN Y QUE PRESENTAN LA MENOR CANTIDAD DE VARIABILIDAD. LA PREDICCIÓN DE LOS DIÁMETROS MESIODISTALES DE LOS CANINOS Y PREMOLARES NO ERUPCIONADOS ES EL RESULTADO DE ESTUDIOS HECHOS CON LA RELACIÓN A LOS DIÁMETROS MESIODISTALES DE AQUELLOS INCISIVOS MANDIBULARES QUE YA HAN SIDO ERUPCIONADOS. SE HA ENCONTRADO UNA EXCELENTE CORRELACIÓN ENTRE LOS CANINOS Y PREMOLARES PERMANENTES Y LOS INCISIVOS PERMANENTES.

EN ESTA PREMISA SE BASA EL ANÁLISIS.

EL ANÁLISIS DE MOYERS AYUDARÁ AL ODONTÓLOGO A DECIDIR SI LOS DIENTES PERMANENTES TENDRÁN LUGAR O NO PARA ERUPCIONAR Y ALINEARSE NORMALMENTE EN EL ESPACIO EXISTENTE EN LA ARCADA, AL REALIZAR ESTO DURANTE AÑOS DE LA DENTICIÓN MIXTA EL CIRUJANO DENTISTA PUEDE ACTUAR PRECOZMENTE PARA RESOLVER ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS OBSERVADOS MEDIANTE PROCEDIMIENTOS INTERCEPTIVOS Y PREVENTIVOS COMO EL MANTENIMIENTO DEL ESPACIO O PARA REFERIR AL PACIENTE BIEN SEA A UN ODONTOPEDIATRA O A UN ORTODONCISTA PARA SU PROPIA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO.

EL USO DE ESTE SISTEMA DE ANÁLISIS FACULTA AL ODONTÓLOGO PARA, -

- 1.- PREDECIR LA PROBABILIDAD DE ALINEAMIENTOS DE LOS DIENTES PERMANENTES EN EL ESPACIO EXISTENTE EN LA ARCADA,
 - 2.- PREDECIR CON ALTO NIVEL DE PROBABILIDAD LA CANTIDAD DE ESPACIO EN MILÍMETROS NECESARIA PARA LOGRAR UN ALINEAMIENTO APROPIADO.
- LAS TABLAS DE PROBABILIDADES CREADAS POR MOYERS PERMITEN QUE ESTE PROCEDIMIENTO SEA REALIZADO CON FACILIDAD VALIÉNDOSE SOLO DE LOS MODELOS DEDIAGNÓSTICO DE YESO DEL NIÑO.

LAS TABLAS FACULTAN AL ODONTÓLOGO PARA MEDIR EL TOTAL DE LOS ANCHOS DE LOS CUATRO INCISIVOS PERMANENTES INFERIORES Y PARA PODER PREDECIR.

- 1.- EL ESPACIO NECESARIO PARA EL CANINO INFERIOR Y LOS DOS PREMOLARES.
- 2.- EL ESPACIO NECESARIO PARA EL CANINO Y LOS DOS PREMOLARES SUPERIORES.

BASTA MEDIR LOS ANCHOS DE LOS CUATRO INCISIVOS INFERIORES PARA USAR LAS TABLAS DE PREDICCIÓN.

CLASIFICACIÓN DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO.-

SI SE DESEA FORMULAR UNA REGLA GENERAL RELACIONADA CON MANTENEDORES DE ESPACIO, ESTA PODRÍA SER.-

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO DEBEN SER USADOS SIEMPRE QUE EXISTA PÉRDIDA PREMATURA DE CUALQUIER DIENTE PRIMARIO YA SEA POR CARIES O POR OTROS FACTORES Y HAYA TENDENCIA DE LOS DIENTES OPUESTOS A MIGRAR. EXISTEN CIERTOS REQUISITOS PARA TODOS LOS MANTENEDORES DE ESPACIO Y SON ESTOS:

- 1.- DEBERÁN MANTENER LA DIMENSIÓN MESIODISTAL DEL DIENTE PERDIDO.
- 2.- DE SER POSIBLE, DEBERÁN SER FUNCIONALES, AL MENOS AL GRADO DE EVITAR LA SOBRE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS.
- 3.- DEBERÁN SER SENCILLOS Y LOS MÁS RESISTENTES POSIBLE.
- 4.- NO DEBERÁN PONER EN PELIGRO LOS DIENTES RESTANTES MEDIANTE LA APLICACIÓN DE TENSIÓN EXCESIVA SOBRE LOS MISMOS.
- 5.- DEBERÁN PODER SER LIMPIADOS FÁCILMENTE Y NO FUNGIR COMO TRAMPAS PARA RESTOS DE ALIMENTOS QUE PUDIERAN PRODUCIR LA CARIES DENTAL Y LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

- 6.- DEBERÁN SER HECHOS DE TAL MANERA QUE NO IMPIDAN EL CRECIMIENTO NORMAL NI LOS PROCESOS DE DESARROLLO, NI INTERFIERAN EN FUNCIONES TALES COMO LA MASTICACIÓN, HABLAR O DEGLUCIÓN.

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO SE PUEDEN CLASIFICAR DE VARIAS MANERAS

- A) MANTENEDORES DE ESPACIO FIJO.
- B) MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES.

MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS. - HAY VARIOS TIPOS DE ESTA CLASE DE MANTENEDORES DE ESPACIO PERO GENERALMENTE ESTÁN ANCLADOS A UNA BANDA O A UNA CORONA DE ACERO - CROMO. ÉSTE TIPO DE MANTENEDORES TIENE UN CONECTOR QUE PUEDE SER DE ALAMBRE EL CUÁL ESTÁ SOLDADO AL ANCLAJE EN UNO DE SUS EXTREMOS COMO PUEDE SER EL CASO DEL DE CORONA Y ANSA.

EXPLICACION DE MANTENEDOR DE ESPACIO

- 1.- SE ADAPTA LA CORONA AL PACIENTE.
- 2.- SE TOMA UNA IMPRESIÓN TOTAL O PARCIAL.
- 3.- LA CORONA ES FIJADA EN LA IMPRESIÓN.
- 4.- SE CORRE LA IMPRESIÓN CON LA CORONA (PREFERENTEMENTE CON YESO BLANCA NIEVES)
- 5.- SE OBTIENE EL MODELO DE TRABAJO.
- 6.- SE CORTA UNA PEQUEÑA PORCIÓN DE CINTA ADHESIVA.
- 7.- LA CINTA ADHESIVA SE ADAPTA EN LA ZONA DEL DIENTE PERDIDO.
- 8.- SOBRE LA CINTA ADHESIVA SE DELINEA LA POSICIÓN DEL ANSA.
- 9.- SE FABRICA EL ANSA.
- 10.- SE ADAPTA EL ANSA AL MODELO.

- 11.- EL ANSA NO DEBE ESTAR A PRESIÓN Y LAS TERMINALES DEL ANSA DEBEN ESTAR EN CONTACTO CON LAS CORONAS DE ACERO-CROMO.
- 12.- SE RECORTA EL EXEDENTE DE ALAMBRE QUE ES DEL No. 0.36
- 13.- EL ANSA DEBE TENER 7 MM. EN SU ANCHO BUCO-LINGUAL. EN OCASIONES EL PREMOLAR ERUPCIONA PREMATURAMENTE POR LO QUE ESTA DISTANCIA PERMITIRÁ EL PASO LIBRE AL DIENTE POR ERUPCIONAR.
- 14.- EL ANSA ES FIJADA CON INVESTIDURA.
- 15.- SE COLOCA FLUX ENTRE LA CORONA DE ACERO-CROMO Y EL ANSA.
- 16.- CON SOLDADOR O SOPLETE SE SOLDA EL ANSA A LA CORONA CON SOLDADURA DE PLATA, TANTO EN BUCAL COMO EN LINGUAL.
- 17.- SE PULE Y SE CEMENTA EN EL PACIENTE.
- 18.- LA EXTRACCIÓN DEL SEGUNDO MOLAR DE LA PRIMERA DENTICIÓN ESTÁ INDICADA, PARA EVITAR LA MESIALIZACIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE SE INDICA LA ZAPATILLA DISTAL.
- 19.- EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL SE CEMENTA LA ZAPATILLA DISTAL. ESTA PUEDE SER PREFABRICADA O ELABORADA EN EL LABORATORIO.
- 20.- ES CONVENIENTE TOMAR LA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL PARA ASEGURARSE DE QUE LA ZAPATILLA NO INTERFIERA EN LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.
- 21.- A LOS 6 AÑOS DE EDAD, SE OBSERVA LA APARICIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.
- 22.- EL PRIMER MOLAR HA ERUPCIONADO EN SU TOTALIDAD, POR LO QUE SE PODRÍA RECOMENDAR LA COLOCACIÓN DEL ARCO LINGUAL.

VENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO SON:

- 1.- CONSTRUCCIÓN SIMPLE Y ECONÓMICA.

- 2.- NO PRODUCEN INTERFERENCIA CON LA ERUPCIÓN VERTICAL DE LOS DIENTES ANCLADOS.
- 3.- NO INTERFIEREN CON EL DESARROLLO ACTIVO DE LA OCLUSIÓN.
- 4.- EL MOVIMIENTO MESIAL SE PREVIENE.
- 5.- NO HAY INTERFERENCIA CON EL DIENTE POR ERUPCIONAR.
- 6.- EL PACIENTE NO LO PUEDE REMOVER, POR LO TANTO EL MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO SIEMPRE ESTARÁ ACTUANDO.

MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES.- LOS APARATOS DE ESTE TIPO SON GENERALMENTE CONSTRUIDOS DE MATERIALES DE ACRÍLICO CON O SIN GANCHOS DE ANCLAJE. TAMBIÉN ES POSIBLE INCORPORAR DIENTES EN ESTE TIPO DE APARATOS.

VENTAJAS:

- 1.- ES FÁCIL DE LIMPIAR.
- 2.- PERMITE LA LIMPIEZA DE LAS PIEZAS.
- 3.- MANTIENE O RESTAURA LA DIMENSIÓN VERTICAL.
- 4.- PUEDE CONSTRUIRSE DE FORMA ESTÉTICA.
- 5.- ESTIMULA LA ERUPCIÓN DE LAS PIEZAS PERMANENTES.

DESVENTAJAS:

- 1.- PUEDE PERDERSE
- 2.- EL PACIENTE PUEDE DECIDIR NO USARLO.
- 3.- PUEDE ROMPERSE.
- 4.- PUEDE RESTRINGIR EL CRECIMIENTO LATERAL DE LOS MAXILARES, SI SE INCORPORAN GRAPAS O GANCHOS.
- 5.- PUEDE IRRITAR LOS TEJIDOS BLANDOS.

LAS DESVENTAJAS 1, 2 Y 3 MUESTRAN LA NECESIDAD DE CONVENCER A LOS PADRES DEL PACIENTE Y AL NIÑO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL MANTENEDOR Y EL COSTO DE UNA SUBSTITUCIÓN.

GENERALMENTE SI EL ESPACIO SE OCUPA CON UN FACSIMIL.

LA DESVENTAJA NÚMERO 4 HACE QUE SEA NECESARIO UN NUEVO MANTENEDOR DE ESPACIO CADA DETERMINADO TIEMPO PARA ADAPTARSE A LOS CAMBIOS DE CONFIGURACIÓN.

LA IRRITACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS PUEDE REQUERIR LA SUBSTITUCIÓN DE UN MANTENEDOR REMOVIBLE POR UN MANTENEDOR FIJO.

ES MUY COMÚN QUE POR REPETICIÓN, EL TÉRMINO "ORTODONCIA PREVENTIVA" SE LIMITA, PARA MUCHOS, A LOS PROCEDIMIENTOS QUE IMPLICA EL TÉRMINO "MANTENIMIENTO DE ESPACIO".

LA ORTODONCIA PREVENTIVA INCLUYE NATURALMENTE MANTENIMIENTO DE ESPACIO, PERO EN REALIDAD INCLUYE MUCHO MÁS.

LA ESPECULACIÓN ENTRA EN JUEGO AL DECIDIR SI CIERTAS MEDIDAS DEBE TOMARLAS EL ODONTÓLOGO GENERAL O SI SON COMPLICADOS PROCEDIMIENTOS DE TIPO ORTODÓNCICO, EN CUYO CASO TENDRÁ QUE TOMARLAS UN ESPECIALISTA.

CONCLUSIONES:

LA TERAPÉUTICA ODONTOPEDIÁTRICA EN LA PRÁCTICA GENERAL DE TODO PROFESIONAL ES MUY IMPORTANTE, YA QUE LE PERMITE DESARROLLARSE MÁS EN EL CAMPO DE LA ODONTOLOGÍA Y CUMPLIR EL OBJETIVO QUE ES EL DE DEVOLVER SALUD Y BIENESTAR A NUESTROS PEQUEÑOS PACIENTES - VALIÉNDOSE TAMBIÉN DE OTRAS RAMAS, COMO SON: LA OPERATORIA DENTAL PRÓTESIS, CIRUJÍA, ORTODONCIA, ETC.

EL CIRUJANO DENTISTA BAJO SU RESPONSABILIDAD ANTES DE INICIAR CUALQUIER REHABILITACIÓN, DEBERÁ NECESARIAMENTE HACER UN RIGUROSO EXÁMEN CLÍNICO-RADIOGRÁFICO PARA DETERMINAR PRECOZMENTE UN DIAGNÓSTICO Y PODER ASÍ ESTABLECER UN TRATAMIENTO ADECUADO,

DEBE TOMAR EN CUENTA TODOS LOS FACTORES MENCIONADOS EN ESTE TRABAJO, DESDE LA CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN, SINTOMATOLOGÍA, ETIOLOGÍA, FISIOLOGÍA, ANATOMÍA, ETC., ASÍ COMO MALFORMACIONES DENTARIAS QUE EN UN MOMENTO DADO SON OBSTÁCULOS PARA LLEVAR A CABO NUESTROS TRATAMIENTOS Y PREVEER LOS ACCIDENTES QUE PUEDAN PRESENTARSE DURANTE LA PRÁCTICA, POR LO TANTO ESTOS SERÁN PLANEADOS CUIDADOSAMENTE A LAS CONDICIONES EN QUE SE ENCUENTRE EL DIENTE, Y A LA SALUD DEL NIÑO.

WILLIAMS SHAKESPEARE. (1564 - 1616)

QUE OBRA MAESTRA ES EL HOMBRE

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA
SIDNEY B. FINN.
EDITORIAL INTERAMERICANA

ODONTOPEDIATRIA
RUDOLF P. HOTZ
ED. MEDICA PANAMERICANA

OPERATORIA DENTAL EN PEDIATRIA
KENNEDY
EDIT. MEDICA PANAMERICANA

ODONTOPEDIATRIA
NUCLEOS I y II
U.N. A. M. SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

ANATOMIA DENTAL
RAFAEL ESPONDA VILA
TEXTOS UNIVERSITARIOS

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES
DE ORBAN
LA PRENSA MEDICA MEXICANA

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA
GLICKMAN
EDITORIAL INTERAMERICANA

ANESTESIA, ANALGESIA Y CIRUGIA BUCAL
JOSEPH R. JEDRYCHOWSKI.

BIOQUÍMICA DENTAL
EUGENE P. LAZZARI
EDIT. INTERAMERICANA

ENDODONCIA EN LA PRACTICA CLÍNICA
F.J. HARTY
EDIT. EL MANUAL MODERNO S.A.

RADIOLOGÍA
DAVID TAYLOR

PATOLOGÍA ORAL
NUCLEO
U.N.A.M.
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA.