

212
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ANALISIS DE LA IMPORTANCIA DE LA
OPERATORIA EN GENERAL

*Albo
Revera*

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
LADISLAO MENDEZ JIMENEZ
REBECA VARELA FLORES

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

	PAG.
INTRODUCCION.	
CAPITULO I.	1
HISTORIA CLINICA	1
A) Síntoma.	3
B) Signo.	4
CAPITULO II.	6
METODOS DE EXPLORACION CLINICA	6
CAPITULO III.	
INTERROGATORIO O ANAMNESIS.	8
A) Cualidades del Interrogatorio.	9
B) Reglas del Interrogatorio.	10
EXAMEN FISICO.	15
A. Inspección.	15
B. Palpación	22
C. Percusión	26
D. Auscultación.	30
CAPITULO IV.	37
MATERIALES DE RESTAURACION.	37
MATERIALES EXISTENTES	41
RESTAURACIONES CON AMALGAMA	57
C O N C L U S I O N E S	64
B I B L I O G R A F I A	65

INTRODUCCION

A través de la experiencia que se obtuvo en la práctica odontológica, es muy importante el conocimiento del paciente a través de la Historia Clínica que se le realiza ampliamente, pues esto nos va a dar el conocimiento y establecimiento del diagnóstico y tratamiento adecuado, para que a su vez este sea lo más acertado y de alta calidad para el paciente.

A nivel de consultorio particular lo que nos va a -- dar confianza para la aplicación de nuestros conocimientos es la H.C. y a su vez la aplicación de la operatoria gene-ral que es lo que más aplicamos, por lo que se requiere co-nocimientos profundos y reales para su aplicación.

A través de la síntesis de la operatoria dental, tratamos de dar a conocer los principales puntos a tratar, tanto de materiales dentales como aplicación de éstos.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

Es un documento escrito que contiene todos los datos investigados por el clínico acerca de la salud del individuo (éste se encuentra en equilibrio con los agentes causales de la enfermedad) y enfermedad (cuando se rompe este equilibrio).

Constituye una narración y exposición verdadera de los acontecimientos pasados y presentes del individuo. Se dice que es la clave del diagnóstico, por ser un registro de todos sus síntomas y de todos sus signos con deducciones y posibilidades diagnósticas que marcará la ruta a las deducciones finales del diagnóstico, pronóstico y terapéutica real.

Una historia clínica hábilmente elaborada y cuidadosamente interpretada proporcionará información importante respecto al aspecto emocional y psicológico del paciente. Al mismo tiempo una entrevista interesante y agradable constituye la base para una relación satisfactoria entre el pa-
..

El objetivo de una historia clínica es de establecer un diagnóstico y en caso de enfermedad establecer un pronóstico e instituir un tratamiento para que el individuo recupere su salud.

Es muy importante recordar que en estado de salud, - el individuo se encuentra en equilibrio con los agentes causales de enfermedad y el medio ambiente.

Ahora bien, el medio, en sus constantes variaciones ejerce sobre el individuo una serie de acciones que tienden a romper este equilibrio, por lo que el individuo para mantenerse como tal realiza igualmente una serie de funciones de resistencia que dentro de ciertos límites conservan ese estado de equilibrio. Pero este equilibrio es inestable, - por lo que al perderse pueden ocurrir dos cosas:

- a) El individuo lucha para restablecer el equilibrio (enfermedad).
- b) El individuo cesa en su lucha (muerte).

Las manifestaciones reveladoras del estado de lucha del organismo ante las agresiones se conocen con el nombre de síntomas y signos, así pueden indicar alteraciones funcionales o anatómicas. Varios síntomas y signos se pueden presentar estrechamente unidos constituyendo un síndrome, -

ejemplo: El síndrome febril se caracteriza por aumento de la temperatura corporal, aumento de la frecuencia respiratoria y del pulso, éste se puede presentar en muchas enfermedades.

SINTOMA. Va a ser el conjunto de signos provocados por una enfermedad de la que constituye una manifestación que la pone en evidencia.

Existen varias clases de síntomas como son: Patognómicos, característicos y genéricos.

Los primeros permiten por sí solos el diagnóstico en cuanto son reveladores de la enfermedad siendo exclusivos de una sola afección. Los segundos pertenecen a un grupo escaso de enfermedades, cada uno permite llegar al diagnóstico. Los últimos no permiten ninguna orientación diagnóstica porque son comunes en muchas afecciones.

Existen otras clasificaciones de síntomas: Síntomas objetivos y síntomas subjetivos.

- a) Los síntomas objetivos son los que advierte únicamente el médico durante la consulta, como aumento de la temperatura corporal (fiebre), determinada coloración de la superficie cutánea (palidez por anemia), deformidades locales de natura-

leza y de origen diverso.

- b) Los síntomas subjetivos son los que advierte únicamente el paciente para eso es el motivo de que sea explorado, independientemente de los datos - datos que proporcione el paciente, el signo fisiológico tiene un valor indiscutible tanto en el análisis como en la interpretación de la historia clínica.

SIGNO. Es un fenómeno característico o síntoma objetivo de una enfermedad o estado que el médico reconoce o -- provoca.

SIGNO Y SINTOMA. Podemos decir que la semiología estudia los signos y síntomas de una enfermedad, sin embargo - veremos al estudiar los métodos de exploración algunos elementos recogidos por el médico en el interrogatorio del enfermo; medio ambiente; sexo; profesión; edad; etc. Sin ser signos o síntomas, éstos pueden dar indicios de algunas enfermedades.

Para poder llegar al diagnóstico, es necesario conocer la anatomía y la fisiología normal y anormal, de lo contrario no se puede saber cuándo está alterado algún órgano. Se necesita conocer la etiología y la patogenia, si se cuenta con estos datos será posible aplicar las medidas que ali

ten difusión de las enfermedades y establecer una profilaxis temprana y adecuada. Una vez comprendido lo anterior, se puede concluir que es muy importante recoger hechos reveladores de las condiciones en que se desenvuelve el individuo, para que sirva de apoyo a la elaboración del diagnóstico que es la finalidad de la historia clínica, ya que es la que establecerá el juicio acerca de las condiciones de salud en que se encuentra.

*

CAPITULO II

METODOS DE EXPLORACION CLINICA

Son los recursos de los que el médico se vale para concluir el estado anatómico-funcional del individuo y son:

- 1.- Interrogatorio
- 2.- Inspección
- 3.- Palpación
- 4.- Percusión
- 5.- Auscultación
- 6.- Medición
- 7.- Punción exploradora.

Complementando con los exámenes de laboratorio y de gabinete cuando es necesario.

Estos métodos están basados en los siguientes principios o reglas generales:

- a) El médico debe recordar todo lo referente al método, tanto en el estado normal como en el patológico.

- b) Debe concentrar su atención en lo que hace.
 - c) Deben estar cómodos tanto el explorador como el enfermo.
 - d) El explorador debe tener juicio analítico y concreto para recoger elementos que sirvan de fundamento a su diagnóstico.
 - e) La exploración debe ser regularmente metódica.
- *

CAPITULO III

INTERROGATORIO O ANAMNESIS.

Este método es la primera parte de la historia clínica y consiste en realizar al paciente o terceras personas una serie de preguntas lógicas y ordenadas, con el fin de investigar hechos y circunstancias referentes al presente y pasado de la salud o enfermedad, tanto del individuo como de sus familiares.

Este método es difícil de llevar a cabo, puesto que implica no sólo habilidad mental para formular las preguntas, sino conocimientos fundamentales de patología clínica y terapéutica, la persona que va a llevar a cabo un interrogatorio debe tener paciencia cuando está ante un anciano, prudencia y ser preciso cuando esté ante una mujer.

El interrogatorio se divide en:

- a) Directo. Es cuando el clínico se dirige al paciente, es el más ilustrativo puesto que el paciente mismo explica sus síntomas y la evolución

de sus alteraciones funcionales.

- b) Indirecto. Es aquel que se hace a terceras personas porque las condiciones del paciente son muy especiales: Niños de corta edad, un anciano, en alteraciones mentales, en alteraciones de ortolalia y pacientes inconscientes.

Este tipo de interrogatorio resulta incompleto y muchas veces inexacto porque estas personas pueden modificar los datos o deformaciones.

CUALIDADES DEL INTERROGATORIO. Debe ser ordenado, adecuado, prudente y completo. Cuando decimos que debe ser ordenado es porque permite un buen desarrollo de la actividad mental, siempre se debe de seguir un orden y una lógica, de esta manera van surgiendo ideas referentes a la enfermedad del paciente.

También debe de ser adecuado al tipo de paciente, si es desconfiado habrá necesidad de infundirle confianza, si habla mucho tendrá que encauzarlo, si es rígido hay que ser cordial, hay que utilizar palabras de acuerdo a la cultura que tenga. Se dice que debe ser prudente, es decir si estamos con un herido grave debe ser breve, si es paciente de sexo femenino hay que respetar su pudor. El interrogatorio debe ser amable para ganarse la confianza del paciente, in-
..

cluso puede facilitar que acepte determinadas técnicas de exploración. Por último debe ser completo para poder hacer un buen diagnóstico.

REGLAS DEL INTERROGATORIO

- 1.- Usar un lenguaje claro.
- 2.- Dejar hablar primero al paciente, concediéndole lo que se llama "tribuna libre". Esta regla es muy importante porque permite al clínico clasificar al paciente de acuerdo a su cultura, inteligencia, etc. y saber cómo va a continuar el interrogatorio, por otra parte, le inspira confianza, además de que una vez que el paciente ha terminado de hablar, se sentirá más obligado a cooperar con el resto del interrogatorio.
- 3.- Desarrollo del interrogatorio, esto según las partes en que se haya dividido.

PARTES QUE INTEGRAN EL INTERROGATORIO.

- a) Lo primero que se interroga es el estado actual, esto se refiere a los síntomas que presenta:
 - Noción de tiempo: Es importante saber la fecha del comienzo de la enfermedad. Con esto pode-

mos saber si se trata de una enfermedad aguda o crónica.

- Noción del sitio: La localización del sitio -- puede orientar respecto al órgano o sistema -- afectado.
- Noción de causa: En algunas enfermedades se -- puede conocer la causa como en las quemaduras, heridas, etc.
- Mecanismo y agente traumático: Puede ayudar al diagnóstico el saber la dirección de la bala, -- conocer el calibre, si la quemadura fue con -- agua caliente o ácido, etc.
- Tribuna libre: El paciente relata con sus palabras su enfermedad.
- Investigación de síntomas y signos: Es muy importante interrogar sobre síntomas y signos -- que el paciente no haya mencionado y que ayuden al diagnóstico.
- Semiología de los síntomas y signos: Hay que conocer las características detalladas de cada uno para darles categoría diagnóstica.

b) Estado de los demás órganos y sistemas: Es de vi

tal importancia en muchas ocasiones, ya que traduce la reacción total del organismo ante una agresión del medio. Se recomienda empezar por el sistema más relacionado con la enfermedad, como por ejemplo: Si hubo una herida en el tórax, habrá que empezar con los sistemas respiratorio y circulatorio para conocer si está o no afectado su funcionamiento.

Esta parte del interrogatorio más concretamente en la historia clínica desarrollada.

- c) Síntomas generales: Son los que en general llaman la atención del paciente respecto a su salud.
- d) Terapéutica empleada: Se interroga al paciente qué medicamentos y medidas ha utilizado para aliviar las molestias.

La segunda parte del interrogatorio se refiere a los antecedentes (conocimiento de las condiciones de vida normal, patológica y hereditaria del individuo), estos antecedentes pudieron o no haber modificado el estado fisiológico del individuo. Es tan importante esta parte del interrogatorio, ya que pueden ayudar a hacer el diagnóstico. Los antecedentes pueden ser:

- a) Personales no patológicos.

b) Personales patológicos.

c) Hereditarios.

a) Antecedentes personales no patológicos.- Son todos los hechos o circunstancias comunes que existen en todos los individuos y que por ser diferentes entre ellos actúan de un modo especial para preparar o modificar el organismo hacia ciertas enfermedades. La edad y el sexo pueden orientarnos hacia determinadas enfermedades, al igual que la raza.

La ocupación es un dato de mucha trascendencia para el estudio clínico, ya que hay enfermedades llamadas profesionales, debido a que se presentan como consecuencia del trabajo que realizan los individuos, ya sea por trabajar con sustancias químicas, con productos infecciosos, por estar expuestos a accidentes o a muchas tensiones.

El lugar de nacimiento y los lugares de residencia juegan un papel muy importante en la predisposición hacia ciertas enfermedades, puesto que el clima puede favorecerlas.

El estado civil también es importante, al igual que los hábitos y las condiciones de higiene.

- b) Los antecedentes personales patológicos.- Se refieren a todos los datos que pueden obtener desde antes de su nacimiento, como las condiciones de su alumbramiento, las enfermedades que hasta la fecha ha tenido, si es mujer se interroga sobre abortos y sobre niños nacidos muertos. En muchas ocasiones el paciente no conoce el nombre de las enfermedades, sin embargo el clínico puede hacer preguntas relativas a los síntomas o -- signos de enfermedades que puedan tener repercusión como por ejemplo: Tuberculosis, sfilis, diabetes, cáncer, hipertensión arterial, etc.
- c) Antecedentes hereditarios y familiares.- Se refiere a las enfermedades o condiciones desfavorables que pueda haber de los progenitores, para juzgar la transmisibilidad a través del plasma germinativo de esos caracteres o aspectos irreversibles y transmisibles a los descendientes. Constituyendo fatalmente las leyes de la herencia. Existen muchas enfermedades de los padres, cuya predisposición para ellas le son transmitidas a los hijos, como la gota, la obesidad, la diabetes, etc. Se puede heredar la predisposición para afecciones cardíacas por ejemplo. De

aquí es muy importante investigar si viven los padres, en qué condiciones de salud se encuentran. Si los padres murieron, hay que investigar de que murieron y a que edad. Esto mismo se debe investigar respecto a los abuelos porque -- hay enfermedades hereditarias que saltan una o más generaciones. Hay padecimientos que se pueden repetir dentro de varios miembros de una familia, por lo que también hay que investigar respecto al estado de salud de tíos, hermanos e hijos.

EXAMEN FISICO

Con el nombre de examen físico se denomina al conjunto de procedimientos o métodos de exploración clínica, que se van a aplicar al individuo, una vez interrogado, con el objeto de seguir obteniendo mayor número de síntomas y signos o confirmar aquellos que por dicho interrogatorio se han obtenido.

A.- INSPECCION.

Es el método de exploración clínica que se practica en primer lugar y se hace POR MEDIO DE LA VISTA, con el objeto de recoger síntomas y signos. La inspección se divi

de para su estudio y aplicación en:

- 1.- Inspección general
- 2.- Inspección local
- 3.- Inspección directa, inerte o simple
- 4.- Inspección indirecta, armada o instrumental
- 5.- Inspección estática
- 6.- Inspección dinámica.

1.- INSPECCION GENERAL: Es la exploración de conjunto que se hace de un individuo, por medio de la vista y sin ninguna preparación. Nos puede dar datos referentes a:

- a) El estado de salud o enfermedad general.
- b) La edad aparente: Puede orientarnos hacia alguna enfermedad endocrina si la salud aparente es mayor o menor, la falta de piezas dentarias también puede indicarnos algo respecto a su estado de salud, así como las características de su piel, los cabellos, etc.
- c) La raza es importante porque se sabe que algunas enfermedades tienen predisposición a determinadas razas.
- d) El estado de salud o de coma: Cuando el indivi-

duo no responde a estímulos sensoriales, tiene -relajación muscular completa, podemos decir que- está grave y esto es importante para hacer el --diagnóstico.

- e) La actitud o postura que guarda el individuo pue- de ser caracterfística en determinados padecimien- tos, se puede observar la forma de sentarse, de- ponerse de pie; así como la energía, el ritmo y- el modo como se efectúan los gestos o movimien- tos.
- f) Las facies es uno de los elementos de más valor- para un diagnóstico, ya que constituye el sello- característico en la cara respecto al estado de- afectividad, del carácter, de la inteligencia y- del estado de salud.
- g) Las heridas exteriores, contusiones o deformatio- nes de las extremidades pueden indicar el sitio- de la lesión, e incluso el órgano afectado.
- h) La constitución se refiere al estado de nutri- ción o grado de robustez. En las enfermedades - crónicas o por exceso de trabajo físico o inte- lectual, infecciosas o febriles, el paciente -- trae un aspecto de desnutrición; en cambio si el

paciente tiene aumento del pedículo adiposo nos está indicando obesidad, de aquí que para poder hacer un buen juicio hay que observar el colorido y la elasticidad de los tegumentos, el pedículo adiposo, el grado de desarrollo muscular, etc.

- i) La respiración se modifica cuando hay causas que impiden la entrada del aire al árbol respiratorio, cuando se afecta el tejido pulmonar o cuando los elementos musculares respiratorios están afectados. Se debe observar si la respiración es lenta o rápida, superficial o profunda, si sigue un ritmo determinado, ya que esto puede ser característico de algún padecimiento.
- j) Los movimientos anormales como su nombre lo indica, son movimientos que indican la presencia de estados patológicos, por ejemplo: los tics, las convulsiones.
- k) Las tumoraciones y prominencias óseas exageradas, indican también que existe alguna patología.
- l) El medio ambiente: En gran número de casos el clínico tiene que llegar a la casa del enfermo o al sitio en donde ha ocurrido un accidente, se -

pueden obtener datos como por ejemplo: de qué altura cayó, si hubo hemorragia se podrá observar la cantidad de sangre perdida, si se intoxicó pueden quedar restos del tóxico, etc.

- 2.- INSPECCION LOCAL: Como su nombre indica, es la exploración hecha con el sentido de la vista de región en particular del órgano mismo. Puede proporcionar nuevos datos, además de los obtenidos por medio del interrogatorio y de la inspección general, por lo que se lleva a cabo primeramente en la región donde radican los síntomas principales y posteriormente en el resto del organismo.

Las reglas que se deben seguir para la inspección local son las siguientes:

- 1a. El individuo debe estar en una posición cómoda y adecuada.
- 2a. El clínico debe colocarse correctamente y convenientemente.
- 3a. Debe existir una iluminación adecuada.
- 4a. La región por inspeccionar debe estar total

mente descubierta.

- 5a. La inspección debe ser ordenada (del conjunto al detalle, de lo grande a lo pequeño, de la periferia al centro), debe ser comparativa (comparar con el otro lado, una extremidad con la otra) y debe ser completa para poder obtener conclusiones y deducciones exactas.

La inspección local proporciona datos acerca de la actitud del segmento o región, de su forma, de su volumen, del estado de la superficie, es decir si hay heridas, ulceraciones, cicatrices, cambios de coloración, circulación normal.

- 3.- INSPECCION DIRECTA, INERTE O SIMPLE: Es la que se lleva a cabo sin interposición de ningún instrumento óptico o de otra naturaleza entre el ojo y la región observada. A este grupo pertenece la inspección local y la inspección general.
- 4.- INSPECCION INDIRECTA, ARMADA O INSTRUMENTAL: Es aquella que se lleva a cabo ayudada de algún instrumento que se interpone entre la vista y la región por observar. Se puede utilizar desde una

lente de aumento hasta instrumentos dotados de lentes de aumento, espejos y fuentes de luz, como son el otoscopio (exploración del oído), rinoscopio (exploración de la nariz), laringoscopio (exploración de la laringe), etc.

La inspección armada también requiere de reglas:

- 1a. El paciente debe guardar una posición adecuada.
- 2a. El clínico debe guardar una posición correcta y conveniente.
- 3a. La iluminación debe ser suficientemente y conveniente.
- 4a. El instrumental debe esterilizarse en caso necesario.
- 5a. Si se trata de explorar regiones sépticas como el recto o la vagina, éstos deben asearse previamente.
- 6a. Las maniobras deben hacerse con delicadeza para evitar lastimar al paciente.
- 7a. Debe ser completa, ordenada y comparativa.

5.- INSPECCION ESTATICA: Es aquella que se lleva a cabo cuando el individuo se encuentra en reposo.

6.- INSPECCION DINAMICA: Es aquella que se lleva a cabo cuando el individuo realiza alguna actividad (como en el caso de la marcha).

B.- PALPACION

Es el método del examen físico que se lleva a cabo después de la inspección y que consiste en explorar por medio del TACTO las partes exteriores del organismo y las cavidades accesibles, para apreciar las cualidades físicas de los tejidos, así como su sensibilidad. Corrobora datos obtenidos por medio del interrogatorio y de la inspección, además de que puede provocar fenómenos nuevos que de otro modo no serían aparentes como el dolor, los movimientos reflejos y movimientos anormales.

Para su estudio la palpación se divide en:

- 1.- Palpación directa, simple o inerte.
- 2.- Palpación indirecta, armada o instrumental.
- 3.- Palpación superficial.
- 4.- Palpación profunda.
- 5.- Palpación de cavidades o tacto.

1.- PALPACION DIRECTA, SIMPLE O INERTE: Es aquella que se efectúa directamente sobre el individuo, puede utilizarse una mano, las dos manos, uno o más dedos de una o de las dos manos, dependiendo de la amplitud de la región.

2.- PALPACION INDIRECTA, ARMADA O INSTRUMENTAL: Es aquella que se lleva a cabo empleando cualquier instrumento, tiene lugar cuando el clínico se ve imposibilitado para emplear sus manos o sus dedos dentro o sobre una región determinada, ya sea porque ella se encuentra demasiado profunda o la vía de acceso es muy estrecha.

Se hace palpación armada cuando se utiliza algún instrumento como para buscar reflejos en la piel o cualquier instrumento con punta para provocar dolor y estudiar sus variantes.

3.- PALPACION SUPERFICIAL: Es la que hace el clínico sobre la periferia del cuerpo, se aplica sobre la piel, este tipo de palpación se debe aplicar antes que otros tipos.

4.- PALPACION PROFUNDA: Se aplica a elementos colocados en regiones más o menos profundas, como --

son elementos viscerales, elementos óseos, vasculares o nerviosos. Se lleva a cabo con una o con las dos manos, requiere de mayor presión que palpación.

- 5.- PALPACION DE CAVIDADES O TACTO: Consiste en introducir el dedo índice o el dedo medio, o los dos juntos (tacto digital) o la mano (tacto manual), para apreciar el estado de un órgano. En general, el tacto digital se utiliza para exploraciones vaginales y rectales o en manual de obstetricia.

REGLAS PARA LA PALPACION MANUAL:

- 1a. El paciente guardará una posición cómoda y conveniente.
- 2a. El clínico guardará una posición adecuada y conveniente.
- 3a. Se buscará que la región por explorar tenga una relajación muscular lo más completa.
- 4a. Las manos que palpan tendrán una temperatura apropiada.

5a. La palpación se efectuará inmediatamente sobre la piel.

6a. Se realizará metódica, prudente, comparativa y completa.

Es muy importante, en caso de dolor, palpar primero en las regiones no dolorosas y terminar en el punto doloroso.

REGLAS PARA LA PALPACION ARMADA:

1a. Posición adecuada de la región por explorar y en las mejores condiciones de asepsia.

2a. Posición cómoda y conveniente del clínico y manos cubiertas con guantes estériles.

3a. El instrumental perfectamente estéril.

4a. Se hará metódica, prudente y completa.

REGLAS PARA LA PALPACION DE CAVIDADES O TACTO:

1a. Posición adecuada del paciente.

2a. Posición conveniente del clínico y dedo o ma

nos enguantadas.

3a. Uso de un lubricante.

4a. Aseo o evacuación de la cavidad por explorar u otras vecinas.

5a. Se hará con delicadeza y suavidad evitando -
maniobras bruscas.

La palpación sirve para corroborar los datos obtenidos por los procedimientos anteriores en cuanto a forma, vo lumen, estado de la superficie y movimientos. Además se ob tienen datos respecto a la temperatura superficial, la sensibilidad de los tegumentos, la humedad, movimientos de los tegumentos, el tono muscular, si existe algun cuerpo extraño o alguna cavidad en el organismo.

C. PERCUSION

Es el método de exploración clínica que se practica-
golpeando una región determinada del cuerpo humano, para ob tener sonidos o ruidos, investigar el dolor o producir movi mientos.

En este procedimiento intervienen los sentidos del -
tacto, del oído y de la vista. Se debe practicar después -

de la palpación. Generalmente se aplica a regiones que en su interior guardan órganos viscerales, como sucede con el cráneo, tórax y el abdomen, donde por la índole de su constitución anatómica van a desencadenar fenómenos de movimiento por vía refleja, cuyo punto de partida será en el lugar precisamente percutido.

Los órganos llenos de aire como el estómago, los intestinos y los pulmones dan sonidos de tonalidad alta y clara a diferencia de los órganos macizos o llenos de líquido que dan sonidos oscuros.

Si por los procedimientos anteriores se encontró algún aumento en el volumen de algún órgano o algún tenor, la percusión lo confirma delimitando sus áreas.

La percusión se divide en indirecta o mediata y en directa o inmediata.

- 1.- PERCUSIÓN INDIRECTA O MEDIATA: Es la percusión que hace el clínico interponiendo cualquier elemento entre la superficie del órgano y el elemento percutor. Generalmente se emplea como elemento que se interpone, un dedo del explorador, por lo que el clínico utiliza ambas manos como en la palpación, se aplica uno o varios dedos de una

o más dedos de la otra mano.

- 2.- PERCUSION DIRECTA O INMEDIATA: Es aquella que - hace el clínico sin interponer ningún elemento - entre la superficie del organismo y el elemento - percutor. El elemento percutor puede ser la ma- no o un martillo especial. Se utiliza cuando se trata de investigar un dolor o para provocar los movimientos llamados reflejos tendinosos y óseos como por ejemplo: un reflejo rotuliano.

REGLAS DE LA PERCUSION INDIRECTA:

- 1a. La región por percutir deberá encontrarse accesi ble al clínico.
- 2a. El clínico guardará una posición cómoda y conve- niente.
- 3a. La región deberá encontrarse completamente descu- bierta, sin interposición de ninguna ropa o tela.
- 4a. Es necesario que haya una buena relajación muscu- lar.
- 5a. El dedo o dedos de la mano quedarán en íntimo -- contacto con la superficie cutánea, evitando de-

jar cavidades o puentes intermedios buscando su mejor acomodo.

6a. El dedo que percute será el índice, el medio o los dos juntos.

7a. El oído del clínico que perciba los sonidos producidos debe estar cerca para su mejor interpretación.

8a. Deberá existir absoluto silencio.

9a. Se hará metódica, comparativa y completa.

REGLAS PARA LA PERCUSION DIRECTA:

Las reglas 1a, 2a, 3a, 4a, 7a, 8a, 9a. son iguales, aunque se deben agregar las siguientes:

Se utiliza para percutir el dedo índice, el medio o ambos juntos o bien el borde cubital de la mano. Si se utilizar el martillo se debe tomar firmemente, pero sin hacer mucha fuerza en su manejo, los golpes se deben dar con firmeza, perpendicularmente en la región, pausados y utilizando básicamente las articulaciones de la muñeca.

RESULTADOS DE LA PERCUSION: Se recogen sonidos, se despierta dolor y se producen movimientos.

D. AUSCULTACION

Es el método de examen físico que consiste en estudiar los ruidos normales y anormales, que se producen en los diferentes órganos, principalmente del sistema respiratorio y del sistema circulatorio. Con este método va a intervenir el sentido del oído y puede ser directa o inmediata y mediata o indirecta.

- 1.- AUSCULTACION DIRECTA O INMEDIATA: Es aquella que hace el clínico aplicando directamente su oído a la región del organismo que desee explorar. Se dice en la actualidad que este procedimiento es molesto, incómodo y antihigiénico.

En las reglas de la auscultación dicen que debe existir posición cómoda del paciente y del clínico, que debe existir silencio absoluto, que la cápsula del estetoscopio quede en íntimo contacto con la región por estudiar y que debe ser metódica, comparativa, completa y de una concentración mental absoluta.

Además de los procedimientos antes mencionados, el clínico se puede ayudar de la olfatación (hay olores característicos de algunas afecciones), de la medición (peso, talla, perímetros), de la punción exploradora (introducción de una aguja hueca, un trocar o cualquier instrumento con punta, con el objeto de tomar muestras de algún producto -- del organismo y para enviarse al laboratorio), de la transiluminación (detectar anormalidades utilizando una fuente luminosa de más o menos intensidad, detrás o adelante de una región corporal cuyos tejidos no sean muy densos), de la -- termometría, de los exámenes de laboratorio, de la radiología, de los exámenes eléctricos como el electrocardiograma y el electroencefalograma, de las intervenciones quirúrgicas exploradoras.

La responsabilidad del Cirujano Dentista ante la -- función del diagnóstico, es de gran importancia tanto para el paciente como para el cirujano mismo, en la elaboración de un plan de tratamiento adecuado; para ello contamos con: La propedéutica clínica la semiología clínica.

La propedéutica clínica es el conjunto ordenado de métodos y procedimientos de que se vale el cirujano para la obtención de signos y síntomas y con ellos elaborar un diagnóstico, que consiste en tratar de reconocer y denominar un padecimiento.

La semiología médica estudia la recopilación de signos y síntomas, los interpreta e indica en que enfermedades se presentan.

La Historia Clínica consta de los siguientes datos:

I. DATOS PERSONALES.

- 1.- Nombre y apellidos: Datos importantes para la identificación de la persona.
- 2.- Dirección y número telefónico: Datos auxiliares para la localización del paciente o de sus familiares.
- 3.- Edad: Hay que señalar y relacionar la edad cronológica con la edad aparente y psíquica, para comprender mejor su estado actual.
- 4.- Sexo: En el que influyen las distintas funciones endocrinas, la ocupación y disposición anatómica.
- 5.- Estado civil: Las diferentes etapas de la vida son completamente diferentes que pueden intervenir en la génesis de padecimientos psíquicos u orgánicos.

- 6.- Profesión u oficio actual y anteriores: En ocasiones son causas de enfermedades (enfermedades profesionales), por lo que es de interés este dato.
- 7.- Lugar de residencia: El ambiente en el cual vivimos constituye una causa importante en la aparición de procesos morbosos.
- 8.- Raza: La raza a la que pertenece el paciente, nos es útil saberlo, ya que cada una de ellas tienen sus características patológicas.

II. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Los antecedentes familiares permiten obtener información acerca de enfermedades con carácter hereditario o con cierta predisposición para el paciente.

Debe preguntarse la edad y el estado de salud de -- los padres, abuelos, hermanos, tíos, primos, hijos y otros familiares. En caso de fallecimiento, preguntar la causa. Es importante corroborar la presencia de enfermedades como: fiebre reumática, hipertensión, diabetes, tuberculosis, artiritis, cáncer, enfermedades mentales u otros padecimientos en la familia que pueden sugerirnos el estado actual del paciente.

III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Los antecedentes médicos del paciente contienen información acerca de cualquier enfermedad importante o grave que sufrió en el pasado. El interrogatorio de este punto es muy útil, puesto que la enfermedad puede ser consecuencia de otra anterior.

Se interroga al paciente acerca de:

- 1.- Enfermedades propias de la infancia, tales como sarampión, poliomielitis, varicela, tosferina, fiebre reumática.
- 2.- Inmunizaciones practicadas: Sarampión, triple-DPT, BCG y antivariolosa.
- 3.- Enfermedades anteriores, incluyendo alergia y sensibilización a alimentos y medicamentos.
- 4.- Si ha sido hospitalizado anteriormente, especificar la fecha de diagnóstico médico o quirúrgico y tratamiento recibido.
- 5.- Examen médico practicado tiempo atrás y si se le informó al paciente de algún signo anormal.
- 6.- Enfermedades vinculadas al sexo.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Dentro de los antecedentes no patológicos del pa-
ciente se encuentran los hábitos de vida como son:-
Condiciones de vivienda, tipo de alimentación (tan-
to cualitativa como cuantitativamente), hábitos de
alcoholismo y tabaquismo, aseo personal, que consti-
tuye en un momento dado, la causa de la aparición -
de procesos morbosos. Otro dato a obtener el pacien-
te es su grado de escolaridad.

V. PADECIMIENTO ACTUAL.

La narración del padecimiento actual es la parte --
más importante del interrogatorio, que consiste en-
pedir al paciente que nos relate su enfermedad ac-
tual, debe expresar el paciente sus emociones y el-
ambiente que le rodea, pero sin alejarse del tema.

En este punto se especificará:

- 1.- Aparición cronológica de la enfermedad actual.
- 2.- Es útil preguntar cuál fue o es para el pacien-
te la causa aparente de su estado.

- 3.- Cómo se inició, así sabremos si el padecimiento se presentó de una manera rápida o lenta.
- 4.- La evolución nos indica si la enfermedad transcurre por crisis, períodos o sigue un curso progresivo o regresivo.
- 5.- Tratamientos efectuados y su acción ante el padecimiento.

Inspección general del paciente: Es el examen del paciente por medio de la vista. Para señalar los datos que se obtienen mediante este procedimiento, se utilizan los siguientes términos: Estatura, peso, desarrollo físico, estado de nutrición, constitución y conformación; todos ellos se refieren a características somáticas del paciente. Los términos facies, postura, actitud, movimientos anormales y marcha que se refiere a determinadas características funcionales que también deberán especificarse.

CAPITULO IV

MATERIALES DE RESTAURACION

La conservación de la dentición natural en un estado de salud, funcionamiento y estética en estado óptimo, es el principal objetivo de la práctica odontológica.

Durante la preparación de cavidades de los tejidos dentales como el esmalte y dentina son extirpados mecánicamente, dicha extirpación se realiza en tejido vivo, por lo que la preparación de cavidades se considera un acto quirúrgico.

Las restauraciones que se colocarán en las cavidades preparadas deberán satisfacer los objetivos anteriores.

Los materiales que se colocan en las cavidades preparadas (restauraciones) se clasifican en permanentes, semipermanentes y temporales (tiempo de vida en boca), metálicos y no metálicos.

Las propiedades físicas de los materiales difieren-

en su composición química, específica y técnica de manejo.

La motivación del paciente, factores económicos y capacidad diagnóstica del odontólogo, contribuye en la selección de los materiales de obturación.

En algunos casos se emplean los materiales restauradores para varios fines. En la siguiente clasificación los materiales restauradores se entintan según su uso en la práctica odontológica clínica.

- 1.- BARNICES: Estos materiales se colocan sobre las paredes de la cavidad para sedación de la pulpa y sellado de los túbulos dentinarios, o para mejorar la adaptación del material de restauración a la estructura dental. El barniz para cavidades y el hidróxido de calcio son los mejores materiales para lograr este objetivo. Constituye un auxiliar del método de restauraciones y en algunos servicios está indicado en forma sistémica.
- 2.- BASES INTERMEDIAS: Ciertos compuestos se colocan entre las restauraciones y la estructura dental para proteger a la pulpa. Estas se lla-

man bases intermedias. La base deberá impedir la penetración de irritantes químicos de la superficie de la estructura de la restauración y proporcionarle a la pulpa un aislamiento contra los cambios térmicos. El material de la base no deberá ser irritante, ya que se encuentra cerca del tejido pulpar y se emplea para reemplazar la dentina bajo restauraciones metálicas y zona de tensión, suelen ser de fosfato de zinc, policarboxilato y cementos de óxido de zinc y eugenol reforzados.

- 3.- RESTAURACIONES TEMPORALES: Estos materiales duran poco tiempo cuando se comparan con la vida del diente. La restauración temporal deberá sellar la cavidad del diente o conservar su posición hasta que pueda ofrecerse un servicio permanente. En este punto se encuentran los cementos de cobre y la gutapercha, los cementos de fosfato de zin y de óxido de zinc y eugenol. Los primeros se han descartado de la práctica alta toxicidad.

- 4.- RESTAURACIONES PERMANENTES: Los materiales pa-

ra las restauraciones permanentes deberán satisfacer los objetivos de la restauración durante períodos de 20 a 30 años de vida. Dentro de esta clasificación entran las restauraciones de oro cohesivo, incrustaciones de oro y restauraciones de amalgama de plata y resina.

J.- BARNICES: Las bases y los barnices apoyan la restauración y protegen el tejido pulpar mientras se restaura la lesión profunda, algunos barnices mejoran las propiedades físicas de las restauraciones. Las propiedades de una base o un barniz ideal son las siguientes:

- a) La base o el barniz deberá mejorar el sellado marginal y la adaptación a las paredes de la cavidad.
- b) La conductibilidad térmica de la restauración (metálica) deberá ser reducida por la base.
- c) La base o el barniz deberá evitar el intercambio químico entre la restauración y la pieza dentaria a tratar.
- d) El proceso de aplicación deberá ser fácil y no

deberá contaminar áreas del diente fuera de la preparación de la cavidad.

- e) Cuando sea colocado sobre el tejido dental, la base o el barniz no deberá irritar o interferir la pulpa ni las reacciones del fraguado de la restauración.

MATERIALES EXISTENTES

Hidróxido de calcio. Este medicamento puede ser empleado como una base o un barniz y es de naturaleza alcalina, ya que posee un alto PH que tiende a permanecer constante; su alcance está entre un PH de 11.5 a 13 bactericida. Presentan un alto grado de flujo.

Durante años ha existido una controversia con respecto al mejor material para el tejido pulpar y se ha decidido generalmente que el hidróxido de calcio es el mejor. Su oponente, el óxido de zinc y eugenol es el más útil como base para aliviar el dolor debido a que el eugenol es un rubefaciente que actúa como sedante en la pulpa afectada.

El hidróxido de calcio se utiliza principalmente como un recubrimiento pulpar para cavidades profundas y exposiciones pulpares, ya que tiende a acelerar la formación de

dentina secundaria. Se emplea en dientes que no presenten síntomas de degeneración para proteger alguna exposición no detectada.

La preparación proporcionará iones de calcio sobre la superficie de recubrimiento. Los iones de calcio se encuentran en libertad para el contacto con el tejido pulpar de un lado y por el otro lado puede neutralizar los ácidos libres. Su objetivo principal es el de promover la salud en el tejido pulpar o al menos permitir que actúen los poderes de recuperación del tejido mismo.

Cuando un recubrimiento de hidróxido de calcio hace contacto con el tejido pulpar, se formará un puente de calcio que sellará el tejido vivo.

La manipulación de las preparaciones comerciales de hidróxido de calcio es de manejo fácil.

Su presentación es en dos pequeños tubos, uno de base y otro de catalizador, el contenido es mezclado en una loseta en cantidades iguales hasta conseguir una mezcla uniforme. La mezcla se coloca sobre la pared de dentina sólida que formará el piso de la lesión cariosa. Estos compuestos pueden observarse radiográficamente, son hidrosolubles y presentan poca resistencia.

Barnices selladores. El barniz para cavidades es -- una combinación de resina de goma de copal suspendida en so- luciones de éter o cloroformo, estas soluciones son solven- tes y se evaporan rápidamente, una vez que el barniz es co- locado sobre el diente dejando un pequeño residuo orgánico- delgado, cubre la pared de la cavidad. El grosor de esta - capa varía de 5 a 25 micras, dependiendo el tipo de solven- te y los números de aplicaciones.

El barniz no sólo actúa como un tapón inerte entre - el diente y la restauración, sino como una membrana semiper- meable que mejora el sellado de la amalgama, bloquea par- - cialmente los ácidos de los cementos.

Esta solución no deberá emplearse bajo restauracio- nes de resina, debido a que la goma se disuelve con el monó- mero de la resina.

La aplicación del barniz en las cavidades no es di- fícil, se aplica con pequeñas torundas de algodón que se -- sostiene con las pinzas o explorador curvo. Las pequeñas - torundas pueden hacerse antes o cuando sean necesarias to- mando el algodón del recipiente de la charola: el algodón- se coloca en la solución sólo una vez para evitar la conta- minación del contenido de la botella del barniz. El algo- dón se humedece y se frota las paredes de la cavidad total

mente permitiendo posteriormente que seque.

Sus ventajas son numerosas y su aceptación por el facultativo aumenta. El barniz tiene aplicaciones específicas, se le utiliza para cubrir la cavidad preparada para -- amalgama, para mejorar el sellado marginal, reducir la sensibilidad e inflamación posoperatoria en el diente restaurado. El barniz ayuda a retrasar la migración iónica en las restauraciones con amalgama hacia la dentina, esto da como resultado menos cambios de coloración por la amalgama, especialmente en los premolares.

2.- BASES INTERMEDIAS: Estos materiales son cementos de resistencia relativamente baja.

Son solubles y se desintegran en los fluidos bucales, por lo que se emplean como restauraciones permanentes. Su uso más común es como medio cementante para fijar restauraciones coladas o bandas ortodónticas, como bases intermedias por debajo de obturaciones metálicas y como obturaciones de conductos radiculares.

El uso específico de estos materiales depende de su composición química, sus propiedades físicas y químicas.

MATERIALES EXISTENTES

Cemento de fosfato de zinc: Este cemento es uno de los más utilizados. Es un material refractario o quebradizo, tiene solubilidad y acides al mismo tiempo.

Consta de un polvo y un líquido. El líquido está compuesto por ácido fosfórico neutralizado por hidróxido de aluminio y el polvo es óxido de zin calcinado al cual se le agregan modificadores como el bióxido de bismuto y el bióxido de magnesio. La unión del polvo con el líquido nos dá como resultado un fosfato.

El cemento de fosfato de zin endurece por cristalización y durante su reacción desprende calor suficiente que puede ocasionar la muerte pulpar.

U S O S: Se emplea este medicamento para obturaciones provisionales o temporales, también es muy útil para cementar incrustaciones, coronas, bandas de ortodoncia y prótesis fijas.

Este cemento no pega a las restauraciones con la cavidad o dientes preparados, si no que es un simple sellador, de tal manera que cualquier restauración que se cemente, se retendrá única y exclusivamente por la forma de retención que se le dá a la cavidad y la relativa elasticidad de las-

paredes dentarias.

Su uso también es como base intermedia para reducir la conducción térmica en restauraciones metálicas. El grosor de la base intermedia es un factor que se regula en los cambios térmicos, pero parece ser que de alguna manera la capa de cemento proporcionará mayor comodidad posoperatoria al paciente, reduciendo transferencia térmica de la restauración a la pulpa.

MANIPULACION: Con el cemento de fosfato de zinc se pueden obtener 2 tipos de consistencias: la consistencia cremosa o de hebra para cementar vaciados y la consistencia espesa o de migajón que se emplea para colocar bases intermedias debido a la facilidad con la que se maneja y se puede dar la forma deseada.

Se utiliza el mismo procedimiento de manipulación para obtener ambas mezclas, la única diferencia es que se coloca a la mezcla mayor cantidad de polvo y se continúa mezclando hasta obtener la consistencia deseada.

El procedimiento para la colocación de una base con este medicamento es la siguiente: El cemento se colocará contra el diente y se dará la forma deseada, tratando de reemplazar la dentina perdida. Las bases son cortadas, ali

sadas y localizadas finalmente a 0.5 mm. por dentro de la unión de la dentina con el esmalte. Las fresas de fisura troncocónicas se emplean para dar angulación necesaria a la base para eliminar la retención en las paredes circundantes y producir una inclinación que facilitará el retiro del patrón de cera.

El cemento de la base deberá ser manipulado por el asistente para reducir el tiempo de la operación. El mezclado puede iniciarse al hacer la limpieza de la cavidad; a continuación el ayudante coloca el cemento en la zona de transferencia y el odontólogo lo adapta al diente. Una mezcla espesa y una base bien adaptada serán más resistentes y por lo tanto, menos susceptibles a la disolución que pudiera presentarse por su exposición a la saliva.

Cemento de óxido de zin y eugenol: Este material se emplea en forma limitada como base intermedia. La mezcla posee una acción sedante y en cavidades profundas es útil para eliminar odontalgias. Los problemas que presenta este medicamento son su manipulación y solubilidad.

La base de óxido de zinc y eugenol se presenta en forma de polvo y líquido y se utiliza principalmente en dientes desiguos, aunque no existe una contraindicación para que se utilice en diente permanentes. En lesiones pro-

fundas no deberá ser cubierta con este cemento, ya que el tejido pulpar no formará un puente de calcio tan bueno cuando exista una exposición.

Este cemento tiene el efecto de acción de ser altamente sellador, que es una de sus principales cualidades, pues no permite la percolación de fluidos bucales o de microorganismos.

Esta base siempre se utilizará para formar pisos planos o reconstruir la dentina perdida.

Los componentes que contienen son óxido de zinc y eugenol esencialmente y sus cualidades se mejoran con el agregado de ciertos aditivos o de otras sustancias. Por ejemplo, la resina acelera la reacción de fraguado y mejora la consistencia y homogeneidad de la mezcla.

Asimismo, la adición de pequeñas cantidades de cuarzo fundido, fosfato dicálcico, etil/celulosa y micro fundida favorece la homogeneidad de la mezcla, el fraguado puede ser retardado por la glicerina.

El eugenol está compuesto en un 85% por esencia de clavo y aceite de semilla de algodón, más rápida será la reacción a menor temperatura de la loseta, mayor será el tiempo de fraguado. El agua es un excelente acelerador.

MANIPULACION: Es la misma que el cemento de fosfato de zinc, y puede realizarse una mezcla de consistencia regulada o de consistencia espesa.

Cemento de Óxido de zinc y eugenol: Este material se emplea en forma limitada, como base intermedia, ya que posee una acción sedante, en cavidades profundas es útil, ya que esta propiedad elimina odontalgias.

El cemento de Óxido de zinc y eugenol es altamente sellador, ésta es su principal finalidad, puesto que no permite la percolación o filtración de fluidos bucales o de microorganismos.

Este medicamento lo utilizaremos para formar pisos-planos en cavidades bastante profundas, como aislante del choque térmico debajo de obturaciones y como material de relleno en la obturación de conductos radiculares.

En cavidades profundas excavadas, no debemos cubrir las con eugenol, ya que el tejido pulpar no formará un puente de calcio tan resistente cuando existe una exposición.

Su presentación comercial es una porción de polvo y una de líquido.

Los componentes químicos del polvo de Óxido de zinc

Los componentes químicos del polvo de óxido de zinc dan ciertas propiedades que son: La resina, ésta favorece la reacción del fraguado y mejora la consistencia y homogeneidad de la mezcla. Asimismo, la adición de pequeñas cantidades de cuarzo fundido, fosfato dicálcico, etil celulosa y micra fundida favorecen también la homogeneidad de la mezcla.

El líquido está formado por eugenol acompañado con presencia de clavo y aceite de algodón.

El fraguado de la mezcla puede ser retardado con glicerina y acelerado con menor temperatura de la loseta. El agua es también un excelente acelerador.

MANIPULACION: Su manipulación del cemento de óxido de zin y eugenol, es similar al cemento de fosfato de zinc, aunque la consistencia que más se recomienda en cavidades es la espesa. Esta consistencia es difícil de realizar, ya que requiere mayor fuerza para el espatulado al incorporar el polvo a la mezcla.

También puede hacerse una mezcla regular de consistencia espesa reforzándola con fibras de algodón para dar mayor resistencia.

3.- RESTAURACIONES TEMPORALES: La restauración temporal es un procedimiento empleado para proteger un diente-vivo durante periodos cortos de tiempo. Las restauraciones temporales pueden ser de carácter sedante para una pulpa inflamada o recién estimulada, o pueden ser rígidas para estabilizar la posición de un diente dentro de la arcada y permitir su funcionamiento. Además de eliminar el dolor dental, la restauración temporal conservará al diente durante un período de una o dos semanas mientras se prepara la restauración permanente.

El material de elección en este punto son los cementos de óxido de zinc y eugenol, así como los materiales - - acrílicos suelen ser empleados debido a la protección y estabilidad que proporciona a los tejidos pulpaes y periodontales.

OBJETIVOS: Los objetivos de las restauraciones temporales son los siguientes:

- 1.- Los dientes deberán ser estabilizados para evitar el desplazamiento o movimiento, debido al daño que esto provocaría en las estructuras de soporte y a los cambios que sería necesario -- realizar en los vaciados.

- 2.- Los tejidos blandos deberán estar protegidos - mientras las restauraciones temporales se encuentran en su lugar. Los bordes ásperos y los malos contornos causarán irritación.
- 3.- Como la pulpa de los dientes no deberá ser - - trastornada, deberá emplearse un apósito sedante o un medio a base de cemento como restauración temporal. La posición de la dentina reducida con el cemento sedante funciona como un obtuyente y evita la lesión pulpar adicional - una vez que los dientes hayan sido preparados.
- 4.- Las restauraciones temporales no deberán ser molestas al paciente. El contacto con las superficies ásperas y los márgenes agudos irritarán la lengua y la mucosa.
- 5.- El material de restauración deberá sellar la preparación para evitar la molestia en el período intermedio. Con algunos compuestos este problema ha propiciado la utilización de cementos.

MATERIALES EXISTENTES

Pueden emplearse muchos tipos de restauraciones tem

porales, los materiales e eligen según el número de dientes que requieren protección, el tipo y localización de la cavidad y exigencias estéticas.

Cemento de óxido de zinc y eugenol. Para proteger zonas pequeñas se emplea una mezcla regular de cemento de óxido de zinc y eugenol, mientras que en las preparaciones más extensas exigen que el cemento sea reforzado con algodón. Se hará una mezcla espesa sobre la loseta y se agregarán cristales de acetato de zinc para acelerar el fraguado. Se colocarán pequeños hilos de algodón en la mezcla una vez que se haya conseguido la consistencia adecuada. El apósito recomendado deberá poseer una consistencia de masa permi-tiendo que ésta sea colocada y condensada en el diente exca-vado. La superficie se alisará con una torunda de algodón-humedecida y se probarán la telación y ajustes oclusales. Deberán agregarse suficientes hilos para que aparezcan en todas las superficies de la mezcla. El tamaño de ésta deberá corresponder a la del diente y la consistencia de la mis-ma, puede ser regulada añadiendo gotas de eugenol.

La protección de preparaciones múltiples se realizará insertando mezclas normales y reforzadas para estabili-zar el cuadrante. La mezcla regular se insertará en los es-pacios interproximales y deberá cubrir los tejidos hasta el

nivel de las paredes pulpares de la preparación. La mezcla reforzada se colocará en las superficies oclusales de los dientes dándoles forma cuidadosamente con los índices y condensándose con algodón humedecido. Debemos checar la relación oclusal que no interfiera, utilizando una fresa redonda. El apósito sirve para conservar los dientes en su posición, a la vez que la adaptación y el contorno proporcionará protección a los tejidos.

El cemento de óxido de zinc y eugenol es empleado con incrustaciones y se le critica únicamente por su superficie áspera. Al restaurar dientes con forma de campana -- con preparaciones intracoronarias, resulta el material más adecuado para la restauración temporal.

GUTAPERCHA: La gutapercha es una substancia con aspecto de caucho que se coloca en el diente después de ser calentada en la flama, condensada y sostenida con presión dentro del diente.

Algunos odontólogos emplean el material debido a la rigidez que proporciona en combinación con los dientes adyacentes para eliminar el desplazamiento de los mismos. El problema con la gutapercha es que ésta sella inadecuadamente las paredes de la cavidad. La restauración así desajustada se aflojará y el movimiento del material hará entrar y ..

salir saliva a los tubulos dentarios. Si se escoge un apó-
sito de gutapercha se deberá retirar después de haberse en-
friado y se cementará con óxido de zinc y eugenol.

Deberá manejarse con cuidado la gutapercha, ya que-
el material o los instrumentos calentados pueden quemar gra-
vemente los tejidos blandos. Los pacientes también se que-
jan de la aspereza de la superficie de este material que --
puede ser corregida parcialmente con bruñidores calientes.

Restauraciones temporales de acrílico: Las resinas
acrílicas de fraguado rápido se emplean para las restaura--
ciones temporales y son las que mejor satisfacen los objeti-
vos mencionados. Aunque este procedimiento requiere mayor-
tiempo, puede emplearse para incrustaciones, coronas y puen-
tes, para producir un reemplazo de gran precisión y funcio-
namiento.

Se hará una impresión de cera de los dientes antes-
de que éstos sean preparados. La resina acrílica se mezcla
y se coloca en la impresión de cera y una vez más la impre-
sión se coloca firmemente y se sostiene bajo presión duran-
te cinco a ocho minutos del período de curado. Las restau-
raciones temporales se retiran haciendo una impresión de --
los dientes y sacando el plástico del molde. Estos materia-
les de acrílico no permiten el tiempo suficiente para hacer

un ajuste de prueba, lo que permite que cierto excedente de plástico rodee los dientes preparados.

La restauración temporal de acrílico se corta con fresa y disco de caucho para proporcionar bordes definidos, contornos superficiales razonables y relaciones oclusales - deseables.

El interior de la preparación para corona completa o incrustación grande deberá ser desgastado levemente para proporcionar espacio para el cemento. Las preparaciones -- pueden ser cubiertas con una base si se anticipan dificulta des para su retiro.

Las desventajas de las restauraciones temporales de acrílico es el tiempo necesario para el procedimiento. Sin embargo, la precisión, apariencia y función logradas con es ta técnica recomiendan enérgicamente su uso.

RESTAURACIONES CON AMALGAMA

AMALGAMA: Se dá el nombre de amalgama a la unión de uno o varios metales con el mercurio.

ALEACION: Se dá el nombre de aleación a la mezcla de dos o más metales sin mercurio.

Ejemplo:

Aleación Binaria: Plata + Estaño.

Aleación Tercearia: Plata + Estaño + Cobre.

Aleación Cuaternaria: Plata + Estaño + Cobre +
Zinc.

El mercurio es un metal líquido al medio ambiente y tiene la propiedad de disolver los metales formando un nuevo compuesto según el número de metales en su composición se forman diferentes tipos de amalgama.

Ejemplo:

Amalgama Tercearia: Plata + Estaño + Mercurio.

Amalgama Cuaternaria: Plata + Estaño + Cobre +
Mercurio.

Amalgama Quinaria: Plata + Estaño + Cobre + Zinc + Mercurio.

Los componentes y su porcentaje de los mismos recomendados por la Asociación Dental Americana de la amalgama dental, son los siguientes:

- 1.- Plata 65%
- 2.- Cobre 6%
- 3.- Estaño 25%
- 4.- Zinc 2%
- 5.- Mercurio.

La composición de la amalgama tiene la siguiente finalidad: La plata por su alto porcentaje, le dá resistencia a la amalgama, aumenta la expansión y contribuye a que la amalgama sea resistente a la pigmentación y en presencia de estaño acelera el tiempo de endurecimiento requerido por la amalgama.

El estaño se caracteriza por disminuir la expansión de la amalgama, disminuye su resistencia y endurece debido a la afinidad por el mercurio y facilita la amalgamación de la aleación.

El cobre aumenta la dureza y la resistencia de la amalgama y evita que la amalgama se separe de los bordes.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

59

El zinc es un elemento barredor de purezas que nos proporciona limpieza en nuestra mezcla y evita que la amalgama se enegresca.

El éxito de las amalgamas clínicas se atribuye a la capacidad que posee el material para resistir filtraciones. Esta resistencia a filtraciones mejora con el tiempo, se atribuye a la adaptación de la aleación y a la formación de un óxido junto a la pared de la cavidad preparada.

Las diversas técnicas que afectan el éxito de las restauraciones incluyen la adecuada proporción de la aleación y el número de trituraciones de las partes, condensación de la mezcla de la aleación, excavación de la superficie y áreas marginales, así como el pulido.

Si se concede un cuidado minucioso a cada uno de estos pasos, se obtendrán restauraciones clínicas excelentes que proporcionarán años de servicio.

Un estudio de 1 521 restauraciones de amalgama concluyó que el 56% de éstas se encontraban defectuosas por una mala preparación. El otro 40% por una mala manipulación. Otro informa que la rotura marginal y el contenido de mercurio residual reduce el valor de la restauración. Se acepta comúnmente que los errores en la preparación de

cavidad produce más problemas en la restauración que los -- errores en la manipulación del material.

La recurrencia de la caries y las fracturas produ-- cen la mayoría de las restauraciones defectuosas con amalgama.

Se ha informado que el 42% de las amalgamas se vuelen defectuosas. Un estudio clínico de 9 292 superficies - de restauraciones con amalgama, reveló que el 9.2% de las - superficies contenían recurrencia de caries.

*

MANIPULACION

La aleación comercial seleccionada deberá tener --
cualidades de trabajo deseadas por el operador individual.--
El tiempo de endurecimiento, consistencia y aspecto, difie-
ren según el producto y cada individuo deberá seleccionar -
la aleación que le complazca. La amalgama deberá llevar un
procedimiento eficaz y el ayudante deberá manejarlo fácil--
mente al administrar, mezclar y transportarla a la prepara-
ción de la cavidad. Dos de los primeros criterios para se-
leccionar una amalgama son su estandarización y consisten--
cia, dentro de los límites de propiedades físicas acepta- -
bles.

Sin embargo, también deberán tomarse en cuenta - -
ciertos números de cualidades secundarias.

Las propiedades de tallado y pulido de la amalgama-
son importante y éstos atribuyen junto con la textura de la
superficie, están influenciados por el tamaño de la partícu-
la en la aleación. Los hábitos de manipulación personales,
tales como el empleo de condensadores especiales o técnicas
que regulen la consistencia, dictarán la selección de un ma-
terial u otro.

La selección de un material deberá hacerse tan sólo

después de haber mezclado y comparado cierto número de materiales, de esta manera pueden observarse las características manipuladoras para determinar qué aleación satisface -- las demandas del individuo.

Para ayudar en la selección, se puede evaluar ciertos tipos de aleación con amalgama. Las principales variantes en tamaño o tipo de partícula y la cantidad requerida - de mercurio.

TAMAÑO DE LA PARTICULA: El tamaño de la partícula influye en la manipulación y propiedades finales de la restauración con amalgama. Deberán emplearse las partículas - pequeñas de aleación, puesto que han mejorado las características de manejo y producen mayores fuerzas y superficies excavadas más lisas.

TIPO DE PARTICULA: La composición de las diversas aleaciones no difieren mucho, pero el tipo de partícula pue de influir en el procedimiento del consultorio.

NORMALES: Se cortan con torno los lingotes de la - aleación y se pulverizan, para producir tamaños de partículas que después se unen para lograr propiedades de mezclado. Se temple los granos para aliviar la tensión del cortado -

del torno. Este templado desarrolla en la partícula la sensibilidad al mercurio. Los granos mezclados se comprimen en pepitas para facilitar su administración.

Las partículas normales generalmente se mezclan en relación de la aleación a mercurio de 7:5 a 1:1. La técnica de elevado contenido de mercurio comprende el exprimir la mezcla fresca para eliminar el 5 a 10% de exceso de mercurio requerido para la amalgama. Esto controla la consistencia de ésta, por poderse condensar mejor en la preparación de cavidad. Los procedimientos con bajo contenido de mercurio reducen el riesgo, pero también se necesita una cantidad mínima de mercurio para mantener una mezcla con propiedades adecuadas para trabajar. Si son adecuadas, controlados los resultados con ambos sistemas son clínicamente aceptables.

ESFERICA: Aquí se pulveriza la aleación fundida en una atmósfera de gases inertes y ésta se solidifica en esfera. Los tamaños se unen para producir propiedades de manipulación y de esta manera no se requiere templado. Esto produce una relación de aleación baja al mercurio, que entra dentro de los límites aconsejables. El área de superficie baja y la esfera no fracturada durante la trituration desarrollan restauraciones con contenido de mercurio resi-

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

El contenido del texto habla de la Historia Clínica, su importancia, pasos para realizarla, pues nos va a dar el conocimiento real y práctico del estado de salud del individuo, tomando en cuenta que este conocimiento siempre nos da rá en cualquier situación del paciente a ingresar.

Debe tomar en cuenta estos puntos para realizar el - pronóstico siempre exacto en la práctica odontológica.

★

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

- 1.- ALVIN L. MORRIS
HARRY M. BOHANAN
LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA GENERAL.
QUINTA EDICION.
EDITORIAL LABOR MEXICANA, S. DE R. L.

- 2.- ANATOMIA PARA CIRUJANOS DENTISTAS
W. HENRY HOLLINSHEAD.

- 3.- ODONTOLOGIA OPERATORIA
DR. H. WILLIAN GILMORES
DR. MELVIN R. LUND
INTERAMERICANA.

- 4.- LESIONES TRAUMATICAS DE LOS DIENTES
J.O. ANDREASEN

- 5.- DIAGNOSTICO, CLINICA Y TRATAMIENTO.
M.A. KRUPP.

- 6.- SEMIOLOGIA MEDICA Y TECNICAS DE EXPLORACION
SEXTA EDICION
J. SURAS.

- 7.- SAMUEL SELTZER. D.D.S.
LA PULPA DENTAL
I.B. BENDER D.D.S.
PRIMERA EDICION
JUNIN 895- PARAGUAY 21.000
BUENOS AIRES.

R E V I S T A S :

- 1.- PRACTICA ODONTOLOGICA
VOLUMEN 7 No. 8
AGOSTO 1986.

- 2.- PRACTICA ODONTOLOGICA
VOLUMEN 7 No. 8
AGOSTO 1986

- 3.- PRACTICA ODONTOLOGICA
VOLUMEN 6 No. 8
SEPTIEMBRE de 1985.