

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

**BREVES CONCEPTOS SOBRE
CLINICA INFANTIL**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA EL PASANTE

ALBA BEATRIZ REYES BLANCO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

REVISTA

ARTÍCULO ORIGINAL
CONCEPTOS SOBRE
CALCIFICACIONES

UNAM
TESIS
ODONTOLOGIA
1983

A mi adorado Padre Capitán Aviador:

FLORENCIO REYES BUGARIN.

Con el cariño inmenso y eterno
agradecimiento, por haber hecho
de mí, una profesionista; a ---
base de su esfuerzo y gran amor.

A mi queridísima Madre:

BEATRIZ BLANCO DE REYES.

Quien con su gran amor maternal
y a la vez, como la mejor amiga;
me ayudó en todo momento en mi -
vida de estudiante.

A mis hermanitas:

MARIA SYLVIA
MARIA EUGENIA Y
MARIA ELENA

Con fraternal cariño.

A la Doctora:

MARIA CRISTINA VAZQUEZ Y FAM.

Con especial simpatía y estimación.

Al Doctor:

HERMILO LOPEZ MORALES Y FAM.

Con cariño y profundo agradecimiento.

A mis Maestros:

Que me iniciaron con sus
enseñanzas en la profesión.

Al Doctor:

MARIO ARGUELLO A.

Por su amable colaboración.

AL HONORABLE JURADO.

Sin intentar aportar algo nuevo para la profesión, les presento este pequeño trabajo que intitulo: "BREVES-CONCEPTOS SOBRE CLINICA INFANTIL", - para que lo juzguéis, confiando en - vuestra benevolencia.

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

La Paidodoncia es la ciencia que tiene como aspiraciones y objetivos, guiar las denticiones temporal y permanente joven en crecimiento y desarrollo, cómo preservar la salud e integridad funcional de los dientes y sus estructuras vecinas.

La Odontología por medio de la Paidodoncia está destinada a representar un papel principal en la salud pública, por los defectos que tiene en la vida infantil, la acción destructiva de la caries, la pérdida precoz de los órganos dentarios, sus secuelas funcionales y psicológicas; por la lucha contra el dolor y los trastornos que de él derivan: insomnio, mala alimentación, agotamiento físico, etc., contra la infección focal que repercute a distancia, contempla la Clínica Médica.

Por todo eso la Odontología Infantil, debe ocupar un primer lugar como problema social en nuestro medio y ser una preocupación para médicos pediatras, higienistas y legisladores.

Algunas Naciones, como sus gobiernos han comprendido la importancia y gravedad del problema y al niño en los temas sociales lo sitúan en el lugar elevado que se merece.

La educación tiene como principal propósito, la enseñanza del arte de vivir y la salud, es por cierto un factor muy importante.

Tenemos un gran deber hacia nuestra niñez, heredera de nuestra raza; en nuestras manos está el mejorarla o dañarla, guiándola hacia la salud.

C A P I T U L O I

PSICOLOGIA INFANTIL ANTE EL CIRUJANO DENTISTA

Las relaciones del niño con el Cirujano Dentista, puede tener caracteres individuales, cuando se refiere al tratamiento oral, curativo o paleativo y es de carácter colectivo, cuando se pretende una obra educacional.

En cualquiera de los dos casos tenemos dos tipos infantiles:

Primer tipo.—El que ha sido bien educado y ve en el dentista a un amigo, con esta clase de niño tenemos ganado todo. Y además se convierte en nuestro mejor paciente, porque su ejemplo va a influir sobre los niños rebeldes.

Segundo tipo.—Es aquél que ve en el dentista a un enemigo, del cual solo espera torturas y es por lo que rechaza todo lo relacionado con él. Este tipo es difícil conquistarle y se necesita hacerle un verdadero estudio, acerca de su carácter y modalidades, sin lo cual todo esfuerzo que hagamos por lograr un acercamiento será en vano.

ETAPAS DE LA VIDA PSIQUICA DEL NIÑO.
(conforme a su edad).

Del nacimiento hasta los ocho meses, se fija el período de los intereses perceptivos, de ésta edad, hasta

los dos años, predomina el interés motor.

De los dos a tres años se presenta el interés glosico, y el niño observa, interroga y experimenta. El juego es la actividad característica, de esta época que termina a los siete años.

De los siete a doce años utiliza su capacidad mental, adquiriendo conocimientos abstractos. En esta edad ya descubre, experimenta, razona y comprende. Sus juegos, los acompañan por el trabajo.

Tenemos por último, de los doce a los dieciséis, se presentan los caracteres éticos y sociales. Y se descubre la personalidad y el carácter. Por lo que esto último es lo que fijará la línea de su vida en adelante. Y el carácter se verá influenciado desde el nacimiento, por la familia, la escuela y el factor ambiente.

PSICOLOGIA DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE EL NIÑO.

Esta oportunidad se nos presenta el día en que el niño, asiste por primera vez ante nosotros, o sea la primera cita en una Clínica Dental. Para él un mundo nuevo se abre ante sus ojos.

Siempre dejaremos que nuestro paciente obre libremente, que tome lo que más le guste y que se siente como se acomode mejor.

En esta primera cita de nuestro paciente, distinguiremos a que tipo de niño pertenece, al bien educado o al mal educado; esto claro está en el sentido de Psicología Infantil en la Odontología.

Entre el grupo de los hostiles, pondremos especial

atención. Hay varias clases: pasivos, indolentes, tímidos, impacientes, miedosos, excitables, etc.

Entre los últimos se nos presentarán, los que produzcan grandes desórdenes, con crisis de gritos, lágrimas y movimientos. En estos casos la calma favorece al éxito. Ejemplo tenemos en grandes accidentes, en que la calma de una sola persona da origen a un clima de serenidad alrededor suyo.

En el niño influye mucho la calma del Cirujano Dentista, lo cual hace que se controle poco a poco. La firmeza en el Cirujano Dentista es esencial, en lo que se refiere a la influencia personal.

El niño presenta una gran sensibilidad, ya sea a la voz suave y afable de su operador o hacia los gritos y voces airadas, por lo cual en esto último se fracasará.

Nunca debemos llevar al niño al sillón, si él no está de acuerdo. Porque esto evitará que se presenten crisis nerviosas.

Procuraremos tomar todo el tiempo que sea necesario, para que nuestro pequeño paciente pierda el miedo y se familiarice con el ambiente.

Llamaremos a nuestro paciente por su nombre, lo que logrará cierta confianza y amistad hacia nosotros.

En la Primera visita procuraremos no iniciar nuestro trabajo, salvo que el caso lo requiera inmediatamente.

Aprovecharemos nuestra primera sesión, para conver

sar con los padres, sobre la alimentación del niño, -- así como de sus hábitos, etc.

El Cirujano Dentista que se dedique a niños, debe tener cariño a su vocación.

La preparación para una Ciencia necesita de dos -- elementos:

Vocación e Instrucción. De los cuales el primero es el más importante, pues bajo él, se produce el proceso de formación.

La actitud del Odontólogo respecto a los niños, -- se verá reflejada en sus modales, su lenguaje y apariencia personal, así como su sinceridad.

PLAN DE LA ASISTENCIA DENTAL INFANTIL.

- Primero.- Acción de las asociaciones Dentales, -- en propaganda de salud Dental para escolares.
- Segundo.- Cooperación del Hogar.
- Tercero.- Aplicación de los principios de Psicología Infantil al problema Dental.
- Cuarto.- Cooperación de Médicos, Pediatras y -- Dietistas.
- Quinto.- Mayor importancia al tratamiento preventivo.

LA CLINICA.

Un sillón Dental para niños, unidad, gabinete y habitación operatoria separada, no son un requisito para la práctica Paidodóntica. Un Cirujano Dentista puede hacer un trabajo tan bueno en un sillón para adultos, como en uno, especialmente diseñado.

Pero sin embargo un equipo para niños, así como una habitación decorada para ellos, presenta una gran ventaja Psicológica, en muchos casos. Padres y niños no dejan de impresionarse, si el consultorio presenta un especial interés para nuestros pacientes infantiles.

Así tenemos al padre que lleva a su hijo a un consultorio atractivo, discutirá tal observación con otros padres de familia.

El práctico general que por X motivos, no instale una habitación operatoria especial, puede tener una sala de espera atractiva, seleccionando revistas infantiles para varios niveles de edad.

Flores y Plantas son elementos de gran valor decorativo.

Los colores van a tener gran influencia Psicológica en los niños, por lo cual emplearemos en las paredes, colores claros y alegres.

Ejemplo: El verde o azul produce Psicológicamente tranquilidad.

El piso brillante y obscuro da una impresión de apoyo y seguridad.

C A P I T U L O I I

CARIES DENTAL EN DIENTES TEMPORALES.

La caries dental es una afección de los tejidos duros del diente, causados por el cambio del medio que le rodea; lo que permite al ácido láctico destruir el esmalte y la dentina.

La caries dental es uno de los más grandes problemas de la salud pública. Un ejemplo comprobado lo tenemos en la población americana, en el que el 90% ha sido afectado por esta enfermedad. Es difícil encontrar un niño de cinco años, sin una sola lesión, pues generalmente a esta edad, tendrán alrededor de cuatro de tales lesiones.

La fuerza de los dientes depende del aporte de calcio y fósforo, que recibe el cuerpo durante el período de desarrollo.

Los dientes caducos se forman antes del crecimiento; por lo cual es importante problema para el dentista y el médico mantener el metabolismo cálcico durante la gestación.

Los dientes permanentes se forman en gran parte después del crecimiento.

Por lo tanto el régimen alimenticio de la madre lactante y del niño concierne al dentista.

El estudio de la mortalidad infantil, por Mc Allen

y otros, demuestran que la alimentación por el pecho materno, en los primeros períodos de la vida, es ventajosa para el niño, y ofrece mayor oportunidad de sobrevivir durante el primer año de vida, siempre teniendo en cuenta, que la madre observa régimen equilibrado.

Las características de la caries dentaria son:

Primero.-- La caries dental es una enfermedad que destruye progresivamente, los dientes, como resultado de la solución de las estructuras dentarias inorgánicas y descomposición de las orgánicas.

Segundo.-- No hay evidencia demostrable que el esmalte una vez destruido por la caries dentaria, pueda repararse o regenerarse por medios fisiológicos.

Tercero.-- Las partes de los dientes que más predisposición presentan a la caries dentaria, son aquellas zonas que no pueden ser limpiadas por el proceso de la masticación o por las medidas profilácticas personales. Los lugares más comunes para la caries dentaria, como también los más difíciles para limpiar, son los puntos y fisuras de los dientes posteriores. Las otras zonas predisuestas a la caries son las superficies interproximales, de los dientes adyacentes a los puntos de contacto.

Las zonas cervicales o tercio gingival de las coronas, son atacadas por la caries, menos frecuentemente que los pun-

tos y fisuras o las caries interproximales. Es raro encontrar caries en la punta de una cúspide, en las superficies lisas, bucales o linguales de un diente.

- Cuarto.-** Algunas veces la caries puede ocupar solo las superficies bucales de uno o más dientes, sin ninguna evidencia de caries, en las fosetas y fisuras. Este tipo de caries se encuentra en aquellos individuos, que presentan grandes zonas blanquecinas, que abarcan gran parte de las caras bucales de los dientes posteriores.
- Quinto.-** Las caras mesiales de los segundos molares temporales, son atacados más frecuentemente que las caras distales de estos dientes, antes que erupción el primer molar permanente.
- Sexto.-** Los dientes posteriores son más susceptibles a la caries dental, que los dientes anteriores inferiores, y éstos presentan menos predisposición, que los anteriores superiores.
- Séptimo.-** La caries dental puede atacar solo un diente en un arco, sin contaminar ninguno de los dientes adyacentes.
- Octavo.-** Ninguna edad es inmune a la caries dental. Sin embargo hay un pequeño porcentaje de individuos, que viven contrariamente a todas las reglas de pro-

filaxis y regimenes de control, que no desarrollan caries dentaria.

Noveno.- La caries dental puede ser clasificada como detenida, senil, lenta, de progreso intermitente y rápida.

- a) La caries senil, está caracterizada por atacar en forma lentamente progresiva, el cemento expuesto y no es un problema durante la niñez o la adolescencia.
- b) La caries que progresa lentamente, - puede continuar por varios años, sin ninguna incomodidad para el paciente.
- c) La caries dentaria intermitente o de progreso corriente, produce una o -- dos nuevas cavidades por año. Este tipo de lesión, no destruye tan rápidamente la estructura dentaria, como la caries aguda.
- d) La caries del tipo rápido o agudo se presenta mucho en el grupo de niños de 13 años; en el que muchas superficies dentarias adicionales, pueden -- ser atacadas en el lapso de algunos meses.

CONTROL DE LA CARIES DENTARIA.

Para el control de la caries dentaria se han presentado varias fórmulas, lo mismo que para la reducción

y evitar la reincidencia de las mismas. Sin embargo la reconstrucción de la dentina o esmalte perdidos, una vez destruidos por los procesos de esta enfermedad, no ha sido demostrada. Se ha mostrado claramente que la caries dentaria puede ser controlada y la velocidad reducida, de manera efectiva.

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DE LOS DIENTES

TEMPORALES.

Muchas son las causas que abogan por el tratamiento de los dientes de la primera dentición y entre tantas vamos a enumerar las siguientes:

Primero.- Es necesario evitarle a un niño el dolor y todas sus manifestaciones, pues éstos, le apagarían todo su entusiasmo infantil, haciéndolo incapaz de ésta manera, de desarrollar su espíritu, tornándose de otro modo, en un niño triste y meditabundo.

Segundo.- Asegurar una buena masticación. Es precisamente en los dientes temporales, cuando el niño necesita alimentarse en las mejores condiciones posibles, para que su desarrollo se efectúe normalmente. Luego, no necesitamos que el niño tenga una boca sana, para poder efectuar su masticación normalmente. Esto es posible conseguirlo con severas reglas de profilaxis, pero si éstas se han descuidado y el niño presenta caries, es imprescindible tratarlas; ya-

que lógicamente, si el niño siente dolor al masticar, este acto tan importante para la digestión, quedará total o parcialmente abolido con todos los perjuicios que trae.

El enseñar a las personas a masticar bien, es para el profesional un deber importante, como el de obturar los dientes.

La infancia es el período en que se adquieren los hábitos de la masticación.

Tercero.- Para evitar las enfermedades. La estructura de los dientes temporales, con paredes estrechas y una gran cámara pulpar, hace que el desarrollo de la caries y sus complicaciones marchen rápidamente con las consecuencias fáciles de imaginar.

Estos focos tóxicos, debilitan las defensas orgánicas, que se oponen a las enfermedades, atacando además fácilmente al sistema linfático, amígdalas, glándulas salivales, pudiendo en casos más graves, actuar sobre los nervios acústico y óptico, sin olvidar también la estrecha relación entre la mala nutrición y el metabolismo del calcio.

Cuarto.- Prevenir la mala oclusión. Si los dientes temporales no son curados a su debido tiempo, llegará un momento en que se hará imprescindible la extracción y és-

to representa, no solamente una pieza -
menos en el acto masticatorio, que se -
hará por ello defectuoso, sino que se -
romperá de ésta manera el equilibrio bu -
cal, con lo que la arcada dentaria se -
estrechará, perdiendo sus buenas rela -
ciones con su antagonista y la de sus -
dientes entre sí. Además el molar de -
los seis años, llave de la oclusión, al
no hallar en su sitio a los molares tem -
porales, hará erupción en un sitio apar -
te del que le corresponde.

Todo ésto traerá como consecuencia:

- 1) Una mala oclusión y
- 2) Incompleto desarrollo del maxilar por -
la falta de estímulo que representa pa -
ra el crecimiento del hueso, la erupción
del primer molar permanente por un lado
y los molares temporales y las paredes -
óseas, por el otro.

C A P I T U L O I I I

PREPARACION DE CAVIDADES EN LOS DIENTES TEMPORALES.

POR QUE HAY QUE TRATAR LOS DIENTES TEMPORALES?

Hay que tratar los dientes temporales y obturarlos, para conservar la salud del niño.

Encontramos que la mayoría de los padres, mientras no se presentan dolores agudos en los pequeños, no acuden al dentista, lo que por consecuencia, origina que estos pequeños pacientes, se presenten en la mayoría de las veces, con las piezas bastante destruidas.

Durante la infancia, el niño ha de asistir periódicamente a un examen dental y es una obligación del Cirujano dentista avisar a los padres cuando se precisa de un tratamiento odontológico. Si la caries se ha iniciado, es necesario obturar estas piezas para evitar un mal posterior.

CLASIFICACION DE CAVIDADES POR BLACK.

- Clase I.- Cavidades que principian en los defectos estructurales de todos los dientes. Fisuras y surcos de molares y premolares, en el ángulo del incisivo lateral e incisivo central superior.
- Clase II.- Cavidades en las caras proximales de los premolares bicúspides y molares ---

(igualmente en los molares caducos).

A menudo, en algunos casos de dientes temporales, se ve formar espacio incidente al crecimiento intersticial.

Clase III.- Cavidades en las caras proximales de los incisivos y caninos, sin incluir el ángulo, que no exigen por lo tanto la reparación y restauración del ángulo incisivo.

Clase IV.- Cavidades en las caras proximales de los incisivos incluyendo el ángulo, -- que requieren la separación (destrucción) y restauración del ángulo incisal.

Clase V.- Cavidades en el tercio gingival, de las caras bucales y linguales de todos los dientes.

PASOS PARA SEGUIR EN LA PREPARACION DE UNA CAVIDAD.

Los pasos para seguir en la preparación de una cavidad son:

- 1.- Diseño y apertura de la cavidad.
- 2.- Remoción del tejido carioso.
- 3.- Forma de resistencia.
- 4.- Forma de retención.

- 5.- Forma de conveniencia.
- 6.- Terminado de las paredes y biselado del ángulo cavo superficial.
- 7.- Toillet de la cavidad.

En general, la preparación de las cavidades en los dientes temporales se efectúa, siguiendo los mismos métodos que en los permanentes, con algunas modificaciones, a causa de la diferencia de forma y estructura de los dientes caducos.

En los dientes temporales, el esmalte es más frágil y la dentina más blanda que en los permanentes.

El tamaño, como también la posición de la pulpa y sus cuernos, son factores importantes en cualquier preparación de cavidades. Las zonas coronarias de las pulpas de los dientes temporales son generalmente más grandes, en proporción al tamaño de sus respectivas coronas, que la de los dientes permanentes.

También puede observarse radiográficamente, como por la experiencia práctica, que la porción mesial de la pulpa del temporal y permanente corriente, es más vulnerable a la exposición, que la distal. Luego, también la porción mesio oclusal de la pulpa del primer molar temporal, es expuesta más fácilmente que la misma región del segundo molar temporal.

Debe suponerse, la posible sobre extensión de un cuerpo pulpar en la zona cúspidea, conocida como inclusión pulpar, que ésta ocurre más frecuentemente en la dentición temporal, que en la permanente.

La formación de la dentina secundaria, es común-

en la dentición temporal. Esta capa de dentina agregada, es muy favorable en los dientes con lesiones cariosas profundas, ya que va a brindar un margen de seguridad a las pulpas, que no acontece en los dientes, sin éste mecanismo de defensa secundario.

En los dientes temporales se puede hallar todos los grados de caries en cualquier edad.

MANTENIMIENTO DE UN CAMPO OPERATORIO SECO.

Eficiencia y tiempo pueden ganarse en un campo operatorio seco para la preparación de cavidades. Esta, es una de las causas de que el trabajo en el niño, sea distinto que en el adulto y es una de las dificultades que se presentan al Odontólogo para conservar un campo seco.

La preparación de cualquier cavidad en un campo húmedo, coloca a la operación en el dominio de la incertidumbre y la pulpa está mucho más vulnerable a la exposición. Es muy importante saber cuándo y dónde una exposición pulpar se ha creado, de manera que pueda instituirse el tratamiento adecuado, correcto de todo tejido blando, cariado, infectado, el éxito profesional será muy limitado.

Se puede aislar un diente determinado o una serie de dientes con el dique de goma, con el uso de rollos de algodón, en un clamp mandibular sostenedor de rollos, o sosteniendo los rollos en su pulgar, por presión digital. El eyector de saliva nos va a prestar gran ayuda, unido al equipo anterior o empleándolo solo. Esto nos va a mantener en un campo operatorio seco.

Este método de los rollos de algodón se ha comprobado que es muy efectivo, ya que nos ayuda a controlar la lengua en sus movimientos.

Muchas veces el dique de goma, (rubberdam) sirve de gran auxiliar en la preparación adecuada del diente.

Hay una sola regla para la aplicación del dique de goma en un diente caduco. Colóquese solamente en el diente que se va a tratar. En la boca del niño --- cuando tiene la mayoría de los dientes temporales, los primeros y los segundos molares son los únicos en los que se puede emplear el dique de goma.

TECNICA DE APLICACION.

Al aplicar el dique de goma a los primeros molares caducos superiores e inferiores, úsese una grapa (clamp) de bicúspide.

Hágase un agujero de tamaño mediano en el Rubberdam y con la grapa colocada en su forcéps, llévase la hoja de goma sobre él, antes de colocarla sobre el diente.

Si se maneja adecuadamente el niño, en la mayoría de los casos se hace sin dificultad. Al aplicar el dique de goma a los segundos molares caducos superiores e inferiores, úsese una grapa para molares universal.

El método de aplicación es idéntico al descrito para el primer molar caduco.

USO DE SERVILLETAS Y ROLLOS DE ALGODÓN.

Antes de colocarles la servilleta o rollos de algodón, debemos explicar a los niños que es necesaria su cooperación, diciéndoles el uso que va a tener.

Cuando vamos a colocar la servilleta sobre el maxilar inferior, para proteger los dientes contra la humedad, se le dice al niño que levante la lengua y quede ponerse debajo una servilleta para que el medicamento no le vaya a quemar.

Si la saliva es muy abundante puede ponerse debajo de la servilleta un rollo de algodón, entre los dientes y la lengua.

El rollo de algodón es aconsejable usarlo de dos y medio a cuatro centímetros de largo, y tratar de mantenerlo con el espejo bucal.

PREPARACION DE LA CAVIDAD CLASE I.

Esta cavidad en los dientes temporales se encuentra en las caras oclusales de los molares y premolares.

Las fosetas, depresiones y fisuras ofrecen un punto de iniciación para la caries. Por la comparativa delgadez del esmalte, unida a la hipoplacia del mismo, casi siempre en las caras oclusales la comida se deposita, ocasionando una fermentación ácida y empieza una cavidad.

Las cavidades de la clase uno u oclusal, por muchos es considerada como la más simple de todas las ca

vidades. Sin embargo es la que más descuidamos en su preparación y obturación.

La extensión preventiva, el trazado de los surcos hasta su terminación y la restauración de la correcta anatomía, han sido observadas en muy pocas ocasiones.

La técnica en desarrollo de una cavidad de la clase primera, es prácticamente la misma que en la dentición permanente. Si se prepara una cavidad en un punto o fisura para una restauración de amalgama, el primer paso es tomar una fresa de cono invertido 33 ó 33- y medio y perforar con ella todos los defectos hasta la profundidad que se requiera.

La cresta transversal en un segundo molar, no debe ser cruzada en ninguna ocasión salvo que se presente socavada o comprometida de otra manera. La fresa de cono invertido nos ofrece suficiente ancho para la restauración de amalgama corriente en el diente temporal. Pero algunas veces con una forma intercúspidea profunda, las fresas de cono invertido más grandes, tales como la número 34, 35 o una 36 pueden solicitarse.

El primer paso. **DISEÑO Y APERTURA DE LA CAVIDAD.**
En el diseño de la cavidad es necesario tener la representación mental del área comprendida.

REMOCIÓN DEL TEJIDO CARIOSO.

Para eliminar toda la dentina blanda se usan cucharillas, las más grandes que se acomoden a la cavidad. La dentina afectada dura, color parda, puede dejarse en la cavidad, pero toda la caries blanda, cariog

sa debe eliminarse. La pared pulpar de la cavidad se revisa minuciosamente con un explorador para asegurarse que no ha sido expuesta. Se necesita especial atención en éste punto, aunque la clase primera no es tan profunda que afecte la pulpa. Frecuentemente basta -- con una cucharilla para desprender toda la dentina res blandecida. Quítese toda, hasta donde sea posible, pero si se puede afectar la pulpa, al quitar un pedazo de dentina cariada, es mejor cauterizar con algún reactivo, con la esperanza de conservar la pulpa.

Si es necesario expóngase la pulpa, desvitalícese y extirpese. Rellénese los conductos y hágase una obturación permanente. En lo posible quítese toda la saliva de la boca durante el tiempo que se está rellenando la cavidad. En niños muy pequeños se dificulta un poco más, pero con cierta práctica es posible. Si el niño es suficientemente crecido puede tolerar el dique de goma y procédase en condición de sequedad.

En el niño menor de cuatro años, generalmente en sus molares temporales no presenta fisuras profundas. Estas por lo tanto no necesitan agrandarse. Pero si debe extirparse todo tejido cariado y obturarse la pequeña cavidad. Así, cuando el niño tenga más edad puede extenderse la cavidad hasta el extremo de los surcos en las cavidades oclusales de los molares.

FORMA DE RESISTENCIA.— Es necesario tener una base tan plana en los dientes caducos, como en la preparación de los permanentes. A menudo la caries profundiza y en éstos casos vamos a proteger la pulpa.

FORMA DE RETENCION.— Como una cavidad clase primera tiene cuatro paredes, no se exige más retención especial que el paralelismo de ellas.

FORMA DE CONVENIENCIA.- También no se requiere forma especial pues, estas cavidades son muy accesibles.

TERMINADO DE LAS PAREDES Y BISELADO.- Una vez -- que tenemos preparada la cavidad con fresas, se emplea después un cincel afilado o una piedra para alisar el contorno de las paredes adamantinas, para eliminar -- cualquier prisma del esmalte suelto.

PREPARACION DE LA CLASE II.

La clase dos, en el molar temporal es considerada generalmente como uno de los procedimientos operato-- rios dentales más difíciles para el paciente infantil.

Este tipo de cavidad se produce en los molares -- temporales y es una de las clases que mayormente se -- presentan en los niños, por lo que necesitamos hacer -- un minucioso estudio.

Durante el tiempo de transición, puede producirse una pequeña separación de los contactos entre los primeros y segundos molares caducos, así como también entre éstos últimos y el primer molar permanente. Entonces en esta abertura se pueden depositar restos de alimentos y originar una caries, y vemos que una clase -- primera puede convertirse en clase dos, por rotura de las paredes del esmalte.

Otros casos tenemos que los amplios contactos planos de los molares temporales, como también las zonas coronarias ocluso gingivales relativamente cortas y -- los tejidos gingivales interproximales altos, impiden muchas veces el descubrimiento a tiempo de muchas le--

siones cariosas.

Las radiografías, aunque no revelan todas las cavidades o defectos, son una ayuda para el diagnóstico visual.

Métodos para encontrar acceso a una lesión interproximal incipiente.

Este se puede realizar eficazmente usando piedras de diamante. El corte inicial se hace a través de la cresta marginal y esmalte oclusal. Y luego empleamos fresas e instrumentos de mano, para completar la cavidad.

La preparación Ocluso-Interproximal.

La porción oclusal de la cavidad, después de usar la piedra de diamante, se prepara con una fresa de cono invertido # 36 ó # 37. El piso de la cavidad debe seguir el contorno general de los planos oclusales, hasta la profundidad requerida. Para preparar el espesor axial (interproximal) podemos usar una fresa de fisura # 557. Esta fresa tiene exactamente un milímetro de diámetro y puede ser usada eficazmente, para establecer la profundidad axial interproximal ideal.

Un asiento gingival plano puede hacerse fácilmente, en la cavidad interproximal. El contorno terminado de la cavidad, al igual que la restauración, no debe mostrarse ángulos agudos, sino más bien, curvas naturales.

Para preparar una cavidad M-O-D (mesio- ocluso- distal) no es diferente en el principio a la M-O ó D-O. Es siempre mejor preparar las cajas mesiales y distales en la misma sesión, si tales superficies es-

tán comprometidas, el tiempo que empleamos es menor -- que si se realizan las dos preparaciones por separado.

Desarrollo de la cavidad en dientes con caries in terproximal extensa.

Paso primero.- Los márgenes de la cara oclusal, - deben llevarse bien hacia el declive (base) de las cúspides. - Los aspectos mesial y distal deben extenderse igualmente hacia las hendiduras. En este punto es conveniente revisar la anatomía - de los molares temporales, porque puede demandar un pequeño cambio en la preparación de la cavidad. - Las extensiones bucal y lingual, si las llevamos demasiado lejos, queda muy poca substancia para hacer la caja en las proporciones mesial y distal.

Paso segundo.- REMOCION DEL TEJIDO CARIOSO.- El primer objetivo en este tipo de cavidad, suponiendo que el hueso y estructuras paradentarias están en un aceptable estado de salud, - es determinar si se puede lograr un asiento gingival sano. Para la eliminación del tejido carioso blando, vamos a emplear cucharillas, es mejor usar estos instrumentos para controlar el trabajo y no correr el riesgo de hacer -- una comunicación. Además está en condiciones de diferenciar más --

claramente, por el sentido del tacto, entre las zonas de dentina blanda y dura, con un escavador en cucharita, que con una fresa en la pieza de mano.

FORMA DE RESISTENCIA.- El asiento (fondo) gingival se obtiene con una fresa de cono invertido, tamaño mediano, cortando exactamente al través; es necesario volver la fresa en un cierto ángulo para que vaya alrededor del diente.

Con una fresa de cono invertido, ya de fisura, -- córtese atravesado la porción oclusal, para hacer el escalón recordando siempre la forma de contorno.

FORMA DE RETENCION.- Háganse paralelas las paredes proximales. A menudo un pequeño surco ayuda a detener la obturación. En la reunión de las porciones oclusal y proximal se debe evitar una unión aguda, por que puede dar lugar a una fractura con la presión.

FORMA DE CONVENIENCIA.- No se requiere forma especial, porque estas cavidades tienen fácil acceso.

TERMINADO DE LAS PAREDES Y BISELADO.- Preparada la cavidad con fresas, empleamos un cincel afilado o una piedra para alisar el contorno de las paredes adamantinas, para eliminar cualquier prisma del esmalte sueltos.

PREPARACION DE LA CAVIDAD CLASE III.

Y

CLASE IV.

Si el diente está firme en el arco y vital, si -- por la interpretación radiográfica, se anticipa más de seis meses de servicio, entonces la zona careada, cuando es posible, debe ser restaurada con una obturación bien colocada.

Las restauraciones no solamente deben colocarse -- para permitir un mayor control de la caries dentaria, -- sino para permitir un mayor grado de función. Si hay suficiente acceso a la caries interproximal, esta zona se obtura en punto. El método que ha tenido mayor éxito en la preparación de cavidades de tercera clase, es en forma de cola de milano en la cara lingual tanto de los dientes inferiores como de los superiores.

La aproximación inicial para la preparación de -- una cavidad más extensa con la cola de milano, debe hacerse con una fresa de cono invertido. Estas preparaciones ocurren en la cara mesial y distal de los incisivos y caninos. Al preparar las cavidades en las piezas anteriores se puede hacer rellenándolas de una forma -- permanente.

Los incisivos centrales y laterales temporales, -- son anatómicamente muy pequeños y puesto que la pulpa -- en relación es bastante grande a la corona del diente, -- no es posible en la mayoría de las veces una completa -- preparación de cavidad. Es muy recomendable usar un cemento permanente en estos dientes, si es posible prepa-

rar bien la cavidad; en caso contrario puede usarse un recurso tal como el nitrato de plata.

Los dientes temporales anteriores que se presentan con caries considerable, con los ángulos incisales destruidos, generalmente son cortados y afilados en mesial y distal con un disco de carborundun o de papel de lija. Estas zonas son luego tratadas con nitrato de plata.

Al empezar a preparar una cavidad tercera clase, insertamos primero una fresa tronco cónica # 700 en la porción interproximal de la cavidad desde lingual, para preparar la caja, que tiene un milímetro de profundidad. Una fresa de cono invertido # 36 ó # 37 se usa entonces para preparar la cola de milano. La profundidad establecida con la fresa de cono invertido, es aproximadamente de un milímetro.

Ya que es imposible emplear la matriz común en la obturación de esta cavidad interproximal anterior con cola de milano, en caso de obturar con amalgama, se adapta entre los dientes un trozo de matriz de acero inoxidable de 0.002 pulg. de espesor.

La técnica para aplicar el nitrato de plata, consiste en secar primero la cavidad una vez preparada, en seguida con una pequeña torunda de algodón, el medicamento es llevado a la zona deseada. Se le deja permanecer por lo menos un minuto antes de aplicar el agente reductor, ya aceite de clavo o eugenol. Si ha ocurrido suficiente reducción, se observará una mancha negra oscura en la dentina afectada.

Generalmente en algunos casos en que puedan hacerse restaurar las cavidades Clase IV por incrustaciones,

emplearemos el oro.

CLASE V.

La clase quinta se presenta en tercio gingival de las caras bucales y linguales de todos los dientes.

Las cavidades clase quinta se preparan prácticamente lo mismo que en los dientes permanentes, adaptándose a la anatomía de los dientes temporales; éstas cavidades son muy frecuentes en los caninos caducos.

C A P I T U L O IV.

PRIMERA MOLAR PERMANENTE.

El primer molar permanente brota por detrás de los molares temporales, aproximadamente a los seis años de edad del niño. Esto puede variar en uno o dos años. Como tenemos que los primeros y segundos molares caducos se pierden con pocos meses de intervalos, ello deja en tal período necesariamente poca superficie masticatoria. Pero si el maxilar está normalmente desarrollado y los dientes se desprenden satisfactoriamente, no transcurre mucho tiempo hasta que los bicúspides entran en oclusión.

Características y atributos del primer molar permanente.

- 1.- Este es el único diente permanente que se desarrolla directamente en la lámina dental.
- 2.- La corona del esmalte del primer molar permanente tiene la más larga existencia entre las estructuras del cuerpo humano.
- 3.- Es el más susceptible a la caries profunda y a las afecciones de la pulpa.

Las fisuras de este grupo de molares son generalmente muy imperfectas, en consecuencia los restos alimenticios se acumulan más rápidamente con lo que existe una cavidad en potencia.

Por la experiencia clínica se ve que este ---

diente no resiste a la rápida difusión de la caries. Y pronto es afectada la pulpa con -- sus consecuencias.

- 4.- Es el más atacado de afecciones apicales, ésto es debido naturalmente a la caries progresiva y a la afección pulpar.
- 5.- De los dientes permanentes, es el que con mayor frecuencia se pierde. La condición que -- anteriormente hablamos es lo que exige la extracción.
- 6.- A causa de la inclinación apical y por existencia de múltiples forámenes, las afecciones apicales de los primeros molares permanentes, dan la mayor proporción a los focos dentales -- que causan enfermedades orgánicas. Si esta -- condición se presenta antes de los nueve años, el ápice está incompletamente cerrado.
- 7.- Durante el período de transición, cuando los -- dientes caducos se van desprendiendo, los primeros molares permanentes mantienen la rela-- ción de posición entre los maxilares.

FOSETAS Y FISURAS.

El peligro de fosetas y fisuras, como asiento de -- cavidades cariosas, que ha creado una expresión para -- aplicarla a la técnica de obturación de esas cavidades; cuando una foseta, un surco, o una fisura, admite la -- punta del explorador, hay que corregir esta condición.

TRATAMIENTO DE FISURA.

Cuando el primer molar permanente ha salido lo bastante de la encía, habiendo evidencia de hipoplasia, está indicado un relleno de la fisura. Se seca bien el diente con alcohol y aire, se pone cemento permanente en fisuras y grietas. Estos cementos no deben cubrir los surcos, si no, solamente las fisuras. Toda obturación que sobresalga contribuye a producir mala oclusión.

OBTURACIONES PROFILACTICAS.

No son en modo alguno restauraciones, son métodos preventivos. Frecuentemente las fisuras son más bien profundas y en algunos lugares están afectadas. La erupción parcial del diente, así como el gran tamaño de la pulpa por entonces, no permite hacer una preparación de cavidad de tipo completo: es preciso por lo tanto insertar un material de emergencia.

El cemento de buena calidad hace una obturación profiláctica. La amalgama es igualmente buena. Lo difícil es la colocación.

Si la cavidad es de tamaño grande, hágase previamente una amplia y segura protección de la pulpa, contra los choques termales, mediante una base de cemento.

PROCEDIMIENTOS VARIOS.

Molares permanentes Hipoplásticos.

Uno de los problemas más difíciles en operaciones dentales es el tratamiento de los primeros molares permanentes Hipoplásticos. Debido a una interrupción durante el desarrollo fetal, la formación de células del esmalte es dañada, por lo que la cara oclusal de esos molares se forma imperfectamente. Tiene el aspecto de una masa agujereada y fisurada sin la debida coalescencia. Ello va a exigir un tratamiento adecuado, porque esto puede originar la susceptibilidad a la caries desde temprana edad.

Con frecuencia puede hacerse una corona de banda de oro, para cubrir el diente expuesto, hasta que el niño sea mayor, sin quitar desde luego el esmalte. Esto se hace para restablecer la altura correcta de la oclusión. Esta corona debe quitarse más tarde para poner mejor tipo de restauración.

INCISIVOS PERMANENTES HIPOPLASTICOS.

Esto es una tragedia para el niño, siendo muy difícil hacer cualquier clase de restauración satisfactoria, hasta que el niño crece. Pueden emplearse cementos de silicato para mejorar la apariencia del diente. Mientras alcanza edad suficiente para adquirir una restauración del área, ya con una incrustación de porcelana, o con una corona funda también de porcelana. Desde luego la raíz del diente tiene que estar perfectamente formada. Debiendo además determinarse la posición de la pulpa, con auxilio de la radiografía.

El proceso de caries a menudo destruye toda la superficie del esmalte. El canino puede ser restaurado colocando una corona completa, ya sea de oro o de porcelana. Lo que también podemos hacer en cualquier molar caduco.

CAPITULO V.

MATERIALES DE OBTURACION.

Bases para cavidades.

Se ha recomendado que todas las zonas de una cavidad en la dentición temporal, más profundas que un milímetro y todas las porciones de una cavidad, en los dientes permanentes jóvenes que se extienden pulparmente hasta una profundidad mayor que la ideal, sean llenada con una base adecuada. Además, que previamente a la inserción de dicha base, se use un aislante para -- proveer protección adicional a la pulpa.

La incidencia del Shock térmico a la pulpa, subsiguiente a la obturación de un diente, ha sido reducido a cero por el uso del aislante protector y la base en las restauraciones profundas.

Diversas bases se han intentado usar en aquellas -- cavidades cuya profundidad es mayor de un milímetro.

La base más satisfactoria ha sido el cemento de -- oxifosfato de zinc, mezclado lentamente en una placa -- de vidrio frío. Tal mezcla produce un cemento que --- fragua más rápido y firme.

Otra base que se usa frecuentemente en lugar de ce -- mento, en cavidades profundas oclusales es la mezcla -- de:

OXIDO DE ZINC.
TIMOL IODADO.
CREOSOTA DE LA HAYA.
ACEITE DE CLAVO.

GUTAPERCHA.

La gutapercha únicamente la debemos usar como un tapón temporal. Este material se puede obtener de varios colores. Sin embargo debe usarse un cemento temporal, mejor que cualquier clase de gutapercha.

AMALGAMA DE PLATA.

La amalgama en general es una composición de mercurio con otro metal, o una aleación de dos o más metales, que se hace a la temperatura ordinaria, moliéndose el mercurio en partículas de metal.

Su uso para obturación empezó en el siglo pasado. Se habló primero de ella en la literatura dental, Hacia 1839, no teniéndose noticias exactas sobre un empleo anterior.

Los primeros que la emplearon fueron considerados como charlatanes.

La primera amalgama que se usó, estaba hecha por limaduras de moneda de plata, batidas con mercurio. -- Eran demasiado duras para amalgamar y formaba una áspera masa, que se solidificaba muy lentamente.

El primer paso hacia su mejoramiento se dió añadiendo estaño. Lo que hizo, amalgamara con mayor facilidad y formara una masa mucho más plástica, que endurecía más aprisa.

Hacia 1895, se sabía muy poco definido, sobre los

caracteres físicos de las amalgamas. Era bien conocido que la mayoría se expandían mal. Pero se hizo particular esfuerzo, por lo menos progresivo, para conseguir esa expansión. Como resultado el Dr. Black de su trabajo, tenemos amalgamas que, bien manipuladas, hacen obturaciones buenas con un mínimo de expansión o contracción.

Para dar mayor fuerza a las amalgamas, la manera de mezclarlas y empaquetarlas, es factor muy importante, como la adecuada preparación de las aleaciones.

Se produce amalgama más fuerte, cuando se emplea la debida proporción de mercurio, suficiente para hacer una masa plástica, que copie las marcas de la piel cuando se oprime con el dedo. Más cantidad de mercurio la debilita. Pero si se emplea demasiado poco, la amalgama es frágil, no empaqueta bien y es cohesiva.

La edad de una aleación influye también en su fuerza cuanto más tiempo tiene más débil se hace.

La cuestión de las amalgamas se relaciona con un doble aspecto. La correcta aleación o la preparación de los metales, factor sobre el que no tenemos control al emplearla, así como también su manipulación. Para lo primero dependemos de la honradez del productor. Por lo tanto empleése la más acreditada. No se deben utilizar las de precio mínimo.

Manipúlese correctamente para obtener los mejores resultados. La masa debe estar perfectamente batida, exprimiéndose el exceso de mercurio. El batido se continúa hasta que aquella empiece a endurecer ligeramente y entonces se lleva a la cavidad, con la mayor rapidez posible.

"Antes de mezclar la aleación y el mercurio, todo debe estar dispuesto"

La amalgama se introduce en la cavidad preparada por partes, que no sean demasiado grandes.

Empaquétese presionando fuertemente, del centro de la masa a los bordes.

Toda cavidad debe tener cuatro paredes, de manera que en las preparaciones proximales hay que utilizar matriz.

El relleno debe hacerse uniformemente, usando em pacadores grandes mediante los que se hace fuerza, hasta que los bordes estén cubiertos un poco más. A los dos o tres minutos, se separa el exceso y se da forma a la obturación. Con la amalgama no hay decoloración del diente, como tampoco la hay empleando oro.

Requisito de una buena amalgama.

La aleación triturada ha de estar libre de materias extrañas y ser uniforme: la amalgama no debe producir excesivo enegrecimiento en la mano y papel blanco si se frota contra de ellos.

Las aleaciones para amalgama tienen que poseer los siguientes caracteres.

- 1.- Que se haga la amalgamación completa en tres minutos.
- 2.- Ausencia de consistencia granular o arenosa en la amalgama.
- 3.- Posibilidad de escavar por lo menos hasta -

15 minutos después de la amalgamación.

- 4.- Susceptibilidad de recibir el bruído, después de haber transcurrido 24 horas de la amalgamación.

Requisitos Dentales.

La composición química debe estar dentro de los límites siguientes. Plata 65% como mínimo, Cu 6% como máximo, Zinc 2% como máximo, Estaño 25% como mínimo.

NITRATO DE PLATA.

Aunque el nitrato de plata no es un material de relleno, ocupa un lugar prominente en el tratamiento de dientes caducos, cuando es aplicado a la dentina, forma un coágulo duro que resiste a la caries. El inconveniente del nitrato de plata es la coloración negrusco, que toma el diente o mejor dicho la preparación, al actuar el nitrato de plata.

C A P I T U L O VI.

TRATAMIENTOS DE CARIES EN DIENTES TEMPORALES.

El tratamiento de la caries en los dientes temporales, debe corresponder a un diagnóstico correcto.

Las caries las podemos dividir en: Caries de primer y segundo grados. Las de tercero y cuarto grados, - que propiamente no son caries, sino más bien una complicación de la caries: Según abarquen esmalte, dentina o pulpa.

CARIES DE SEGUNDO GRADO: (Caries de dentina, no penetrante.

Primera sesión: se hace el diagnóstico y se pone una curación de ácido fénico, sin sellar la cavidad.

Segunda sesión: levantamos con un escavador el tejido carioso y con el explorador, exploramos el fondo de la cavidad para ver si no hay puntos sangrantes o puntos de color rosado o rojo (que indiquen caries de tercer grado), luego procedemos a dar forma a la cavidad, sin tocar el fondo con fresas.

TECNICA DE LA OBTURACION.- Para las obturaciones de las cavidades nunca emplearemos materiales antisépticos. En el fondo de la cavidad vamos a poner cemento de Oxifosfato de Zinc, procurando que éste no llegue hasta los bordes de la misma y a esto es a lo que se llama "Obturación Forrada"; luego sobre éste cemento colocaremos el material obturante.

CARIES DE TERCER GRADO.— (Hay invasión de gérmenes en la pulpa, pero ésta conserva todavía su vitalidad).

Primera sesión.— Se lava perfectamente la cavidad, se seca ésta y se pone una curación de ácido fénico, — sin sellar la cavidad.

Segunda sesión.— Procedemos a quitar la escara — con un instrumento de mano y con el explorador tocamos los puntos rojos o sangrantes; luego procedemos a desvitalizar la pulpa por procedimientos mediatos o inmediatos. Entre los primeros tenemos la substancia desvitalizadora que consiste en poner cerca de la pulpa un volumen de ácido arsenioso, tres volúmenes de Novocaína y un poquito de ácido fénico concentrado. Esta curación se sella perfectamente y se deja 24 a 48 horas. Se le debe advertir al niño que por ningún motivo se quite la curación y que en caso de dueda se tome un analgésico. A las 24 horas se quita la curación y con una fresa redonda se va hasta el fondo, atravesando éste para poder entrar a la pulpa (hay casi siempre un ligero dolor que se quita inmediatamente), una vez en ésta se hace el vaciado de la cavidad pulpar; se lava bien con agua, se seca y procedemos a obturar la cavidad pulpar con Betaseptol batido con Guayacol. La fórmula del Betaseptoles la siguiente:

Alcanfor . . .
Naftol B
Oxido de Zinc
Sub nitrato de Bismuto

Todo esto batido con Guayacol.

Una vez obturada la cavidad pulpar, procedemos a poner la Obturación Forrada y después el material obturante.

CARIES DE CUARTO GRADO.- La caries de cuarto grado es muy fácil de describir ya que hay degeneración -- pulpar y viene la monoartritis, por lo tanto hay movilidad de la pieza, dolor a la percusión y se siente la -- pieza como aumentada de volumen.

El tratamiento se hace en tres sesiones y luego -- viene la obturación de prueba.

Primera sesión.- Se sostiene el diente con los de dos para que haya menos dolor y se perfora la cavidad -- pulpar con una fresa redonda, luego se pone un toque de Guayacol y a las 24 horas, sede la Monoartritis.

Segunda sesión.- Se abre perfectamente la cavidad pulpar y ponemos la obturación de prueba. Para esto se enbebe perfectamente un algodón con Betaseptol batido -- con Guayacol y se pone en la cámara pulpar, primero solo la mezcla y luego con el algodón.

Tercera sesión.- Después de haber dejado unos -- tres o cuatro días la obturación de prueba, se quita el algodón que se habrá endurecido perfectamente bien con la mezcla; se rebaja un poco la base y procedemos a hacer la obturación forrada y luego obturamos la cavidad -- con el material que se desee.

CUADRO SINOPTICO DEL TRATAMIENTO DE LAS CARIES
EN DIENTES TEMPORALES.

SESIONES:

CARIES - GRADOS.

	2/o.	3/er.	4/o.
I	Curación fenol.	Curación fenol	Perforar cav. Pulpar. Curación guayacol.
II	Levantar escara (sin fresas) exp. fondo (sin raspar), matar bordes, engrosar los bordes con discos de lija. Obturación forrada.	Levantar escara explorar -- fondo. Colocar subst. desvitalizadora -- y sellar.	Perforar ampliamente cav. pulpar y -- poner obt. de prueba (Betaseptol) relleno la cav. -- pulpar y algodón -- embebido en la pasta.
III		Vaciar cav. pulpar y obt. con Beta septol (guayacol). Obturación forrada.	Obturación forrada

CONCLUSIONES.

- 1.- Educación dental infantil.
- 2.- Higiene diaria de la boca del niño:
Por las mañanas
Después de las comidas
Por las noches, desde los 3 años.
- 3.- Visitas periódicas al Cirujano Dentista.
- 4.- Evitar las extracciones prematuras de las -
piezas temporales, por medio de obturacio--
nes adecuadas.
- 5.- Hacer lo posible por captarse y conservar -
la confianza del niño.