

24217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE
CARIES DENTAL

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MARIA DE LOURDES CORTES SUAREZ

México, D.F.

Julio de 1981



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE CARIES DENTAL

- I.- INTRODUCCION.
- II.- DEFINICION-TEORIAS ACERCA DE LA ETIOLOGIA.
- III.- IMPORTANCIA SOBRE EL DIAGNOSTICO OPORTUNO Y PRECOZ.
- IV.- ELEMENTOS QUE NOS PROPORCIONA LA PROPEDEUTICA PARA LA ELABORACION DE UN BUEN DIAGNOSTICO.
- V.- SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO.
- VI.- TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES GRADOS DE CARIES.

INTRODUCCION

El esmalte, la sede primaria de la lesión de caries, es el más duro de todos los tejidos humanos. Cuando está formado por completo es acelular, avascular, aneural y completamente desprovisto de facultades de autorreparación.

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes anatómicamente específica y bioquímicamente controvertida. Patológicamente, la caries comienza como una desmineralización superficial del esmalte, la cual progresa a lo largo del curso radial de los prismas de esmalte y llega a la unión dentina-esmalte. En esta unión, la caries se extiende lateralmente y hacia el centro en la dentina subyacente y asume una configuración cónica con el ápice hacia la pulpa. Los túbulos dentinales quedan infiltrados de bacterias y se dilatan a expensas de la matriz interyacente. Se forman focos de licuefacción por la coalescencia y destrucción de túbulos adyacentes. El ablandamiento de la dentina precede a la desorganización y decoloración que culminan en la formación de una masa caseosa o correosa.

Una mayor desintegración disminuye las cúspides y tejido sano, con lo cual se producen fracturas secundarias y ensanchamiento de la cavidad. Si se abandona a sí misma, la caries finalmente se extiende a la pulpa y destruye la vitalidad del diente.

TEORIAS ACERCA DE LA ETIOLOGIA

La caries se define como "una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente". La caries dental es la enfermedad crónica que con mayor frecuencia afecta al ser humano moderno.

La caries dental está ampliamente diseminada, afecta a un 98 por 100 de la población en un momento u otro y se caracteriza por los muchos factores que contribuyen a su aparición. La caries se observa en todas las edades, ambos sexos y todas las clases económicas. Una persona se hace susceptible tan pronto como el diente hace erupción en la cavidad bucal. El problema de la caries se ve complicado aún más por factores tales como la dieta y hábitos personales del paciente.

La frecuencia de la caries parece ser que aumenta en algunas zonas en que los individuos consumen una dieta más refinada, con mayores cantidades de azúcar. A continuación se presenta una lista de los factores indirectos, que pueden afectar la etiología de la caries:

- A) Diente
 - 1. Composición
 - 2. Características morfológicas
 - 3. Posición
- B) SALIVA
 - 1. Composición
 - a) Inorgánica
 - b) Orgánica
 - 2. pH
 - 3. Cantidad
 - 4. Viscosidad
 - 5. Factores antibacterianos
- C) Dieta
 - 1. Factor físico
 - a) Calidad de la dieta
 - 2. Factores locales
 - a) Contenido en carbohidratos
 - b) Contenido en vitaminas
 - c) Contenido en flúor

El diente. Las variaciones en la morfología y posición se enumeran porque afectan el grado de caries; así como la composición química del diente. Estos poseen áreas de susceptibilidad a la caries en las que suelen ocurrir las lesiones y estas se dividen en áreas de fosetas y fisuras y áreas lisas. Los límites entre estas sobre el diente constituyen la pared de la cavidad y se utilizan para determinar su localización. La posición del diente dentro de la arcada también constituyen un factor en el desarrollo de la caries. Las áreas apretadas - causadas por el crecimiento inadecuado o deficiencia del soporte óseo permiten tejidos y sobreerupciones asociados con malas relaciones proximales de los dientes, esta situación conduce a la acumulación de alimentos y da como resultado lesiones similares a las causadas por el secado.

Se han propuesto varias teorías para explicar el mecanismo de la caries dental. - todas ellas están cortadas a medida para ajustarlas a la forma creada por las propiedades químicas y físicas del esmalte y la dentina. Algunas mantienen que la caries surge del interior del diente; otras, que tiene su origen fuera de él. Algunos autores adscriben la caries a defectos estructurales o bioquímicos en el diente; otros a un ambiente local propicio. Ciertos investigadores incriminan - la matriz orgánica como el punto inicial de ataque; otros consideran que los puntos iniciales de ataque son los prismas o barras inorgánicos.

LAS TEORIAS MAS PROMINENTES SON LAS SIGUIENTES:

Teoría quimicoparasítica

Esta teoría fue formulada por Miller, quien en 1882 proclamó que "la desintegración dental es una enfermedad quimicoparasítica constituida por dos etapas: descalcificación o ablandamiento del tejido y disolución del residuo reblandecido. Sin embargo, en el caso del esmalte, falta la segunda etapa, pues la descalcificación del esmalte significa prácticamente su total destrucción". La causa era interpretada como sigue: "... todos los microorganismos de la boca humana que poseen el poder de excitar una fermentación ácida de los alimentos pueden tomar parte, y de hecho la toman, en la producción de la primera etapa de la caries dental.

Teoría proteolítica

Los proponentes de la teoría proteolítica con sus varias modificaciones miran la matriz de esmalte como la llave para la iniciación y penetración de la caries dental. El mecanismo se atribuye a microorganismos que descomponen proteínas, los cuales invaden y destruyen los elementos orgánicos de esmalte y dentina.

Teoría de proteólisis-quelación

Schatz y colaboradores ampliaron la teoría proteolítica a fin de incluir la quelación como una explicación de la destrucción concomitante del mineral y la matriz del esmalte. La teoría de la proteólisis-quelación atribuye la etiología de la caries a dos reacciones interrelacionadas y que ocurren simultáneamente: destrucción microbiana de la matriz orgánica mayormente proteínica y pérdida de apetito por disolución, por la acción de agentes de quelación orgánicos, algunos de los cuales se originan como productos de descomposición de la matriz.

Teoría endógena

La teoría endógena fue propuesta por Csernyei, quien aseguraba que la caries era resultado de un trastorno bioquímico que comenzaba en la pulpa y se manifestaba clínicamente en el esmalte y la dentina. El proceso se precipita por una influencia selectiva localizada del sistema nervioso central o algunos de sus núcleos sobre el metabolismo de magnesio y flúor de dientes individuales. Esto explica que la caries afecte ciertos dientes y respete otros. El proceso de caries es de naturaleza pulpógena y emana de una perturbación en el balance fisiológico entre activadores de fosfatasa (magnesio) e inhibidores de fosfatasa (flúor) en la pulpa. En el equilibrio, la fosfatasa de la pulpa actúa sobre glicerofosfatos y hexosafosfatos para formar fosfato cálcico. Cuando se rompe el equilibrio, la fosfatasa de la pulpa estimula la formación de ácido fosfórico, el cual en tal caso, disuelve los tejidos calcificados.

Eggers-Lura está de acuerdo en que la caries es causada por una perturbación del metabolismo de fósforo y por una acumulación de fosfatasa en el tejido -- afectado, pero está en desacuerdo en cuanto a Ca fuente y mecanismos de acción de la fosfatasa. Como la caries ataca por igual a dientes con pulpa viva o pulpa muerta, el origen de la enzima --o ha de provenir del interior de -- la pulpa sino de fuera del diente, esto es, de la saliva o la flora bucal.

La fosfatasa disuelve el esmalte del diente por desdoblar las sales fosfato y no por descalcificación ácida. Según sus proponentes, la hipótesis de la fosfatasa explica lo individual de la caries y los efectos inhibidores de caries de los fluoruros y fosfatos.

Teoría del glucógeno

Egyedi sostiene que la susceptibilidad a la caries guarda relación con alta ingestión de carbohidratos durante el período de desarrollo de diente, de lo que resulta depósito de glucógeno y glucoproteínas en exceso en la estructura del diente. Las dos sustancias quedan inmovilizadas en el apatito del esmalte y la dentina durante la maduración de la matriz, y con ello aumentan la vulnerabilidad de los dientes al ataque bacteriano después de la erupción. Los ácidos del sarro convierten glucógeno y glucoproteínas en glucosa y glucosamina. La caries comienza cuando las bacterias del sarro invaden los tramos orgánicos del esmalte y degradan la glucosa y la glucosamina a ácidos desmineralizantes.

Teoría organotrópica

La teoría organotrópica, de Leimgruber, sostiene que la caries no es una destrucción local de los tejidos dentales, sino una enfermedad de todo el órgano dental. Esta teoría considera al diente como parte de un sistema biológico compuesto de pulpa, tejidos duros y saliva. Los tejidos duros actúan como una membrana entre la sangre y la saliva. La dirección del intercambio entre ambas depende de las propiedades bioquímicas y biofísicas de los medios y del papel activo o pasivo de la membrana. La saliva contiene un "factor de maduración" que une la proteína submicroscópica y los componentes minerales al diente y mantiene un estado de equilibrio biodinámico. En el equilibrio, el mineral y la matriz de esmalte y dentina están unidos por enlaces de valencia homopolares. Todo agente capaz de destruir los enlaces polares o de la valencia romperá el equilibrio y causará caries.

Teoría biofísica

Neumann y DiSalvo desarrollaron la teoría de la carga, para la inmunidad a la caries, basada en la respuesta de proteínas fibrosas a esfuerzo de compresión. Postularon que las altas cargas de la masticación producen un efecto esclerosante sobre los dientes, independiente de la acción de atrición o detergente.

Los cambios escleróticos se efectúan presumiblemente por medio de una pérdida continua del contenido de agua de los dientes, conectado posiblemente con un despliegue de cadenas de polipéptidos o un empaquetamiento más apretado de -- cristalitos fibrilares. Los cambios estructurales producidos por compresión se dice aumentan la resistencia del diente a los agentes destructivos en la boca.

IMPORTANCIA SOBRE EL DIAGNOSTICO OPORTUNO Y PRECOZ.

La función del odontólogo, hasta no hace muchos años, sólo era la de curar, hoy ha incorporado a la práctica diaria una actitud preventiva, que en su expresión más sintética, "es la constante preocupación por enfrentar la dolencia en su faz más precoz; idealmente antes de su manifestación clínica". Cada día es mayor el número de odontólogos que en su labor diaria, dejan atrás el criterio de que "curar" y "prevenir" son términos opuestos. De acuerdo con los nuevos conceptos, - para prevenir, casi siempre debemos curar; y al curar prevenimos. La interrelación de estos términos demuestra claramente cómo ambos conceptos entrelazados -- constituyen las bases de la odontología moderna. El método racional y práctico, para resolver el problema casi universal de las caries, está dado por la profilaxis.

Actualmente la profesión dental, en el campo de batalla de las caries, cuenta con conocimientos suficientes para disminuir en un 90% la pérdida de dientes.

Para reducir la actividad de caries, debemos poner en práctica los siguientes -- principios:

1. Disminución de la solubilidad de los tejidos dentarios mediante la utilización del flúor.
 - a) Fluoruración de las aguas de consumo para incorporar flúor a las estructuras dentarias. La concentración óptima es de 1 a 1,5 ppm. Reduce la caries en un 60%. Resulta un sistema adecuado para la reducción de las caries en las masas.
 - b) Aplicación tópica de fluoruros de sodio o estaño al 2%. Se lleva flúor al diente aplicándolo localmente. Es eficiente y puede ser usado en grandes grupos en los servicios públicos.
 - c) Administración oral de flúor en forma de tableta o soluciones. Método de discutido efecto y carente de resultados estadísticos. Es de difícil control.
2. Restricción en la cantidad y frecuencia de hidratos de carbono fermentables, en la dieta. Eliminado el azúcar, quedaría eliminado el problema de las caries. Es difícil de llevar a la práctica, pues los dulces son agradables al paladar, fáciles de adquirir y gustan en general.

3. *Práctica de una higiene dental adecuada. Cepillado adecuado a continuación de las comidas, para eliminar las sustancias fermentables depositadas sobre los dientes, antes de que sean transformadas en ácidos; o, por lo menos, si no fuera factible, enjuagatorios enérgicos.*

4. *Mediante una buena Operatoria Dental ⁹, iniciada precozmente y mantenida a intervalos regulares. Evitamos además todas las consecuencias que traen aparejadas las caries dentales. Ellas pueden resumirse así:*
 - a) *Molestias, dolores y caídas de los dientes.*
 - b) *Flemones, abscesos, osteitis, infección focal, etcétera.*
 - c) *Masticación defectuosa y, por consiguiente, trastornos digestivos.*
 - d) *Pérdida de estética y disminución de la posibilidad de empleo en las actividades que la requieren.*
 - e) *Anomalías de articulación por pérdida prematura de dientes temporarios o permanentes, lo que exige posteriores tratamientos muy costosos y de larga duración.*
 - f) *Repercusiones psicológicas en los afectados.*
 - g) *Pérdida de horas de trabajo por la enfermedad dental o por el tiempo que demanda la asistencia odontológica.*

IV.

ELEMENTOS QUE NOS PROPORCIONA LA PROPEDEUTICA PARA LA ELABORACION DE UN BUEN DIAGNOSTICO.

El diagnóstico se hace una vez que todos los datos hayan sido recabados durante el examen; se trata de un análisis de lo que es necesario hacer por el paciente. Existen diversas formas para poder detectar una lesión cariosa durante el examen bucal en donde se incluye el espejo bucal, explorador, radiografías, hilo dental y en ocasiones un separador.

Los pacientes acuden al consultorio dental por un motivo y los primeros datos obtenidos por el odontólogo, deberán estar relacionados con el padecimiento principal del paciente o el motivo porque concertó la cita. Los motivos por los que se busca atención dental pueden ser clasificados de tres formas:

- 1.- Hacerse examinar y restaurar la dentición.
- 2.- Acudir a una cita de mantenimiento
- 3.- Recibir tratamiento de urgencia.

Independientemente del motivo, los procedimientos darán como resultado un plan de tratamiento para el paciente. La naturaleza de la afección del paciente, así como el tipo de tratamiento necesario deberán ser establecidos.

En la primera visita el Odontólogo deberá cercionarse de que se haya resuelto la afección principal del paciente o no estará satisfecho. Aunque en este momento solo se piense en suministrar atención de urgencia, deberá preverse la posibilidad de hacer un examen y diagnóstico. Los datos recabados durante la primera visita se utilizan para el diagnóstico de los problemas del paciente y elaboración de un plan de tratamiento. El Odontólogo deberá comenzar con la educación para el paciente en este momento, comunicándole al mismo los beneficios que implica el conservar la dentición natural y los motivos para la conservación de los dientes. Durante la entrevista con el paciente, se procede al interrogatorio, auxiliándonos de la historia clínica.

El cuestionario completo que incluye datos respecto a enfermedades comunes, así como medicamentos, deberá ser empleado para conocer la historia médica del paciente.

Se harán preguntas especiales con respecto al corazón, presión arterial, enfermedades respiratorias, afecciones renales y enfermedades metabólicas. En algunos casos el paciente se olvidará de alguna afección que se encuentre controlada, pero capaz de afectar el tratamiento o el tipo de fármacos administrados en el programa sistemático. Igualmente importante para la salud del paciente es la historia relativa a los anestésicos locales, así como las reacciones a diversos fármacos.

Si se descubren problemas médicos o si se requieren datos adicionales referentes a zonas específicas, deberá consultarse a un médico. Si existe algún riesgo médico no se hará ningún tratamiento, salvo que se obtenga el permiso del médico. La seguridad del paciente es protegida de esta forma y el tratamiento dental podrá supeditarse al problema médico. La consulta con el médico protege al odontólogo al especificar el factor que pudiera provocar complicaciones.

Al llegar a la exploración bucal, examinamos la superficie de la cavidad bucal deberá obtenerse la historia dental del paciente. Deberá determinarse la fecha de la última visita al Odontólogo, así como el tratamiento suministrado. También determinarse la actitud del paciente hacia la atención dental para determinar a la vez sus conocimientos sobre salud dental.

Para un examen completo deberá hacerse un estudio radiográfico total. Este deberá incluir radiografías periapicales de todos los dientes, así como radiografías periapicales de aleta mordible y de todas las superficies proximales entre la superficie distal del canino y del diente terminal. Las radiografías se disponen en el orden en que se examinaron los dientes.

haciendo la observación de las lesiones cariosas, la densidad y contorno del hueso, la localización de los senos, tamaño de la pulpa, grosor de la membrana periodontal y aspecto del hueso alrededor del ápice de los dientes son detalles que deberán ser observados.

Al ser recabados todos los datos de la historia, concluimos con nuestro examen dando un diagnóstico acertado, para poder proceder a un tratamiento adecuado para el paciente.

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO.

Es indudable que la caries tiene su origen en factores locales y generales muy complejos, regidos por los mecanismos de la biología general. Clínicamente es observada primero como una alteración del color de los tejidos duros del diente, con simultánea disminución de su resistencia. Aparece una mancha lechosa o pardusca que no ofrece rugosidades al explorador; más tarde se torna rugosa y se producen pequeñas erosiones hasta que el desmoronamiento de los prismas adamantinos hace que se forme la cavidad de caries propiamente dicha. Cuando la afección avanza rápidamente, pueden no apreciarse en la pieza dentaria, diferencias muy notables de coloración. En cambio, cuando la caries progresa con extrema lentitud, los tejidos atacados van oscureciendo con el tiempo, hasta aparecer de un color negruzco muy marcado, que llega a su máxima coloración cuando el proceso carioso se ha detenido en su desarrollo.

ZONA DE LAS CARIES

En la caries es dable comprobar microscópicamente distintas zonas que serán mencionadas de acuerdo con el avance del proceso destructor.

10.) Zona de la Cavidad

El desmoronamiento mencionado de los prismas del esmalte y la lisis dentinaria, hacen el proceso, pueden reiniciar su evolución si varían desfavorablemente -- los factores biológicos generales. Ante esa posibilidad es aconsejable siempre el tratamiento de la caries aunque se diagnóstiquen como detenidas y estén asentadas en superficies lisas. Si esas manchas oscuras se observan en fisuras o puntos es muy aventurado afirmar que son ciertamente procesos detenidos, puesto que la estrechez de la brecha imposibilita el correcto diagnóstico clínico. En estos casos ni los métodos radiográficos pueden ofrecer suficiente garantía, que lógicamente se forme una cavidad patológica donde se alojan residuos de la destrucción tisular y restos alimenticios. Es la denominada zona de la cavidad de la caries, fácil de apreciar clínicamente cuando ha llegado a cierto grado de desarrollo.

20.) Zona de Desorganización.

Cuando comienza la lisis de la sustancia orgánica se forman, primero, espacios o huecos irregulares de forma alargada, que constituyen en su conjunto con los tejidos duros circundantes la llamada zona de desorganización. En esta zona - es posible comprobar la invasión polimicrobiana.

30.) Zona de Infección

Más profundamente, en la primera línea de la invasión microbiana existen bacterias que se encargan de provocar la lisis de los tejidos mediante enzimas proteolíticas, que destruyen la trama orgánica de la dentina y facilitan el avance de los microorganismos que pululan en la boca. Se trata de la zona de infección.

40.) Zona de Descalcificación.

Desde el instante inicial en que el tejido adamantino es atacado, la pulpa comienza su defensa. Por la descalcificación del esmalte, aunque sea mínima, se ha roto el equilibrio orgánico: la pulpa comienza a estar más cerca del exterior y aumentan las sensaciones térmicas y químicas, transmitidas desde la red formada en el límite amelodentinario por las terminaciones nerviosas de las fibras de Thomes.

50.) Zona de Dentina Traslúcida.

La pulpa dentaria, en su afán de defenderse, produce, según la mayoría de los autores, una zona de defensa que consiste en la obliteración cálcica de los canaliculos dentinarios. Histológicamente se aprecia como una zona de dentina - traslúcida, especie de barrera interpuesta entre el tejido enfermo y el normal con el objeto de detener el avance de la caries.

TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES GRADOS DE CARIES.

Sabemos nosotros que existen diferentes grados de caries que a continuación indicamos:

- 1°. Caries en superficies oclusales de molares y premolares
- 2°. Caries en superficies proximales de molares y premolares
- 3°. Caries en las superficies proximales de los dientes anteriores.
- 4°. Caries en las superficies proximales de los dientes anteriores que afectan el ángulo.
- 5°. Caries que se presentan en el aspecto gingival de las superficies labiales, vestibulares y linguales de todos los dientes.
- 6°. En ocasiones empleadas para describir caries localizadas arriba de la -- porción más voluminosa de los dientes anteriores.

El plan de tratamiento se determina según la urgencia de cada problema y el orden de los procedimientos que deberán ser seguidos. Los dientes no deberán extraerse hasta que se haya diagnosticado y tratado la lesión o afección.

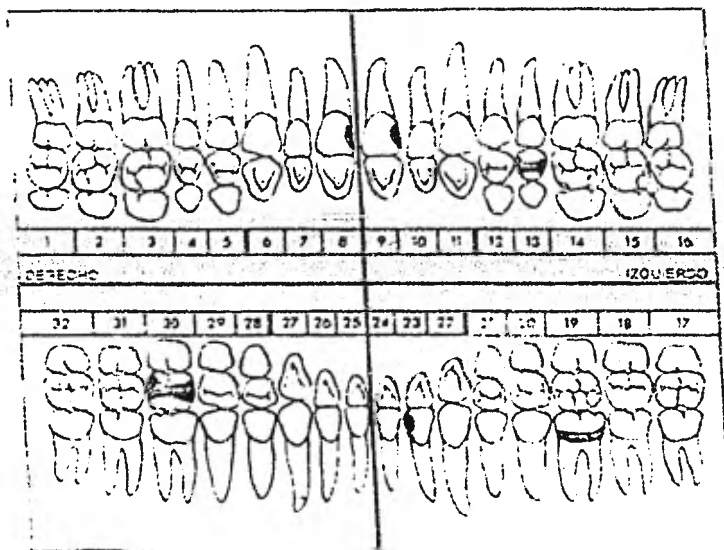
Plan de tratamiento.I. Tratamiento general

- A) Remisión al médico para la valoración general y tratamiento, indicado según los datos encontrados en la historia médica y clínica.
- B) Estudio de la influencia del tratamiento general sobre el plan de tratamiento odontológico.
- C) Premedicación con antibióticos o sedantes indicado según la historia.
- D) Terapéutica correctiva para la infección bucal.

II. Tratamiento preparatorio

- A) Cirugía bucal.
- B) Tratamiento endodóntico.
- C) Control de caries
- D) Tratamiento periodontal.
- E) Tratamiento ortodóntico
- F) Ajuste oclusal.

ODONTOGRAMA



III. Tratamiento conectivo

- A) Odontología operatoria
- B) Odontología protética.

IV. Exámenes de control periódicos y tratamiento de mantenimiento.

En la elaboración de un plan de tratamiento integral habrá pacientes que necesitan ser remitidos a un especialista. En casos que implican cirugía difícil y diagnóstico diferencial de las estructuras dentales y problemas periodontales.

Los tejidos blandos serán tratados, los dientes limpiados minuciosamente e implantadas las medidas para el control de caries antes de preparar las piezas para la restauración permanente. Las caries y los problemas periodontales --- existentes se registran en el expediente. La altura ósea, dientes faltantes --- y localización precisa de las lesiones cariosas se señalan en el odontograma.

La localización de las caries se señala en el odontograma con tinta oscura -- (Fig. 1)

Las lesiones profundas que sean agudas y las piezas pllares se restauran primero. Si ninguna de estas lesiones es de carácter urgente, podrán restaurarse --- primero los dientes anteriores para mejorar la apariencia del paciente. La --- ventaja del tratamiento ideal y la salud óptima deberán ser explicadas al paciente y demostradas con modelos y diagramas si resultara necesario. Los registros personales del paciente, gráficas, radiografías y modelos de estudio --- se presentan para enseñar la minuciosidad del exámen, el diagnóstico y elaboración del plan de tratamiento.

El mantenimiento de los dientes cuesta mucho menos por año que cualquier otro servicio de salud o cosmético en la sociedad moderna. El plan de tratamiento se emplea para fijar una serie de visitas, así como el espacio que se requiere entre las mismas. Al paciente se le proporcionará un carnet, que hará énfasis en la puntualidad, contendrá también el itinerario de las visitas. Es necesario llegar a un acuerdo entre el paciente, para el tratamiento de los casos --- clínicos.

Caries crónica. El número de dientes que requieren restauración en ocasiones es necesario restaurar las piezas únicamente para detener la caries mientras mejora la higiene. Se conserva a los pacientes en un programa de control sistemático hasta que decidan aceptar un tratamiento global. Antes de restaurar algunos dientes debemos hacer un diagnóstico con respecto a los problemas periodontales y aparatos protéticos, el Odontólogo restaurará los dientes según las necesidades más urgentes. Esto suele ser determinado por la profundidad de la caries por la existencia de zonas algidas por motivos pulpares ó periodontales.

Caries aguda (exuberante). La caries aguda se caracteriza por lesiones numerosas y profundas que dan como resultado configuraciones de tipo "reloj de arena", en los dientes anteriores y exposiciones pulpares o formación de abscesos en molares. Este tipo de caries ocurre generalmente de los doce a los quince años de edad y debido a la naturaleza urgente de la afección deberá detenerse el proceso carioso antes de colocar cualquier restauración.

Una técnica de eliminación de las caries mayores (terapéutica pulpar indirecta), consiste en la excavación de las caries superficiales y el sellado de las mismas con un cemento sedante. Se ~~dejará~~ una pequeña cantidad de caries en la excavación para no trastornar el tejido pulpar y se emplea cemento a base de óxido de cinc y eugenol para sellar el diente y aislarlo del ambiente bucal. Las restauraciones se convierten así en tratamiento sedante y se dejan en este sitio durante cuatro a seis semanas para permitir que se forme dentina de protección. Cuando haya pasado un periodo de seis semanas, se retiran las restauraciones de cemento y se excava la caries residual. La pared dentinaria es cubierta profilácticamente o se coloca una base y se restaura el diente. -- Cuando se haya retirado las caries residual, podrá decidirse si la pulpa se encuentra intacta o si será necesario recurrir a procedimientos endodónticos o quirúrgicos.

La caries no deberá ser confundida con los depósitos de sarro, ya que se presume que se hará una limpieza minuciosa antes de cada examen.

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

- DR. A. RITACCO.
OPERATORIA DENTAL, MODERNAS CAVIDADES.
EDITORIAL MUNDI, S.A. 4a. EDICION.
- DR. G. B. BLACK.
OPERATORIA DENTAL.
- DR. EUGENE P. LAZZARI.
BIOQUIMICA DENTAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. 1970.
- DR. H. WILLIAM GILMORE.
- DR. MELVIN R. LUND.
OPERATORIA DENTAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. de C.V.
2da. EDICION 1976.
- DR. W. J. SIMON.
OPERATORIA DENTAL.