

318322 34
29



Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**TRATAMIENTOS ODONTOPEDIATRICOS
EN GENERAL, QUE PUEDE HABER
EN UN CONSULTORIO DENTAL
CON EL NIÑO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
LAURA VARGAS CAMPOS

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
FILOSOFIA PEDIATRICA.....	2
a) El niño ante el Cirujano Dentista.....	2
b) El flúor en la prevención de caries.....	11
c) Consideración del mecanismo protector natural..... de la boca.	14
d) Tratamiento clínico de la caries dental.....	15
CAPITULO II	
PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.....	18
a) Principios básicos de la preparación..... de una cavidad	18
b) Materiales de restauraciones paidodónticas.....	24
CAPITULO III	
CORONAS PARA DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS.....	26
CAPITULO IV	
FUNDAMENTOS Y CRITERIOS PARA LA PROTECCION PULPAR.....	36
- Pulpotomías.....	39
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43

INTRODUCCION

Los progresos en Odontología infantil han sido rápidos durante la pasada década. Los nuevos procedimientos preventivos, materiales de restauración mejorados y reconocimiento de los problemas dentales demuestran la necesidad que tenemos las nuevas generaciones de Odontólogos del estudio detallado y consciente que ocupe todos los aspectos del ejercicio p^{er}idod^{on}tico. Y a la vez dar un enfoque (psidod^{on}tico) práctico con bases científicas para todos los problemas de la salud dental de los niños y los adolescentes.

A lo largo de esta tesis se ha puesto bastante énfasis en los procedimientos preventivos para reducir en los adultos una serie de problemas que a menudo encuentran sus raíces en el período infantil. También se dió énfasis en el manejo exitoso del niño en el consultorio dental, ya que esto depende del cariño, la firmeza, el sentido del humor y la capacidad del Odontólogo, para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.

La manipulación correcta de los materiales más comunes en restauraciones es otro de los puntos que consideré importante, ya que también es un punto importante para el éxito de nuestra práctica con el paciente infantil.

CAPITULO I

FILOSOFIA PEDIATRICA

A) EL NIÑO ANTE EL CIRUJANO DENTISTA.

La niñez representa para el Odontólogo una auténtica oportunidad dorada.

No solamente para los dentistas especializados en niños, sino para todos los profesionistas en general.

En primer término, es preciso tomar en cuenta que el infante proporciona al Cirujano Dentista el momento ideal para realizar procedimientos preventivos e inculcar la importancia que merece el cuidado buccal.

Por otra parte, el Odontólogo tiene a su alcance los conocimientos necesarios para realizar maniobras preventivas en los pacientes infantiles. Sin embargo, éstas son frecuentemente pasadas por alto, o relegadas inexplicablemente a un segundo plano. Esto se debe, posiblemente, al prejuicio tan difundido entre muchos odontólogos, que los dientes del niño no tienen real importancia porque, de todas maneras, terminan por caerse.

No obstante, conviene prestar atención a la muy amplia bibliografía que narra los problemas que puede acarrear un tratamiento mal -- orientado en los pacientes infantiles. Muchos profesionistas ya son -- conscientes de este problema, pero es necesario sensibilizar a toda la -- profesión odontológica para procurar evitar estos errores en el futuro y reducir consecuentemente la incidencia de patologías bucales originadas en el descuido de la salud oral infantil.

Por lo tanto, vemos que unos pocos cuidados en el tratamiento de estos juveniles pacientes pueden contribuir poderosamente a mejorar la calidad de la atención que se les brinda, y a evitar la aparición de problemas de más difícil solución en la edad adulta.

Por otra parte, estamos en una posición envidiable para lograr un máximo de impacto en lo cultural: ninguna época es mejor que la infancia para cimentar los conocimientos de higiene y profilaxis bucal.

Por todo lo anterior, resulta claro que la Odontopediatría -- asume la responsabilidad de resolver y evitar los problemas de la niñez que lógicamente afectarán al adulto.

Sin embargo, la escasa cantidad de Odontólogos especializados en niños, y a la enorme proporción de estos últimos que concurren al -- consultorio del dentista general, hacen imperioso que este profesionista domine unas pocas técnicas simples que lo ayudarán a incrementar su

tasa de éxitos con el paciente infantil.

LOS FACTORES PRINCIPALES:

Entre los aspectos que debe tomar en cuenta el cirujano dentista para valorar el lineamiento a seguir con este tipo de enfermos, merecen recalcar los siguientes:

a) Primordialmente, se debe hacer notar que la conducta hacia un paciente niño es totalmente diferente de la que practicaríamos con un adulto. Tanto el tamaño como la psicología y la patología difieren enormemente entre uno y otro.

b) Para emprender nuestra labor, será necesario obtener primeramente el conocimiento indirecto de nuestro paciente, es decir, a través de una persona adulta (ya sea padre, o madre, familiar, etc.). Por medio de este informante, adquiriremos algunos datos que pueden tener una influencia directa sobre nuestro trabajo odontológico: antecedentes del embarazo, situación familiar, situación económica, conducta del paciente, experiencias anteriores con cirujanos dentista (tanto del niño como de sus padres, interés de los padres por el tratamiento, edad tanto de los niños como de los padres, sexo, raza, patologías presentes y pasadas, etc.

Con el acúmulo de datos, tenemos algunos indicios que nos ampliarán el panorama diagnóstico de nuestro paciente, a la vez que nos darán ciertas bases para iniciar algún tipo de diálogo con el enfermo - cuando ésta se presente en el operatorio.

c) Una vez que hayamos logrado nuestro objetivo por medio de la entrevista indirecta, iniciaremos el primer contacto con nuestro paciente.

d) Será conveniente tomar en cuenta que la presentación de -- nuestro consultorio podrá ayudarnos a mejorar el manejo del niño, ya - que se ha observado que la primera impresión que recibe el paciente en la sala de espera y en el operatorio, incide poderosamente sobre la conducta que adoptará el niño. Para que su reacción sea lo más favorable posible, se recomienda un diseño amable, sencillo y hogareño, evitando que se vean equipos operatorios.

LA CONDUCTA DEL ODONTOLOGO.

- Dentro de los lineamientos anteriores, el cirujano dentista puede, mediante la adopción de determinadas actitudes, iniciar el trabajo de tranquilizar y ganar la cooperación de su joven enfermo.

¿De qué manera?

1) En primer término deberá llevar una vestimenta lo más informal posible, sin atentar contra las reglas higiénicas, por supuesto. En este sentido, diversos estudios han señalado que las batas de color blanco suelen provocar ansiedad en los niños, debido posiblemente a experiencias desagradables anteriores con médicos, odontólogos, enfermeras, o personal hospitalario. Es por ello que resulta aconsejable una bata con un color que se asemeje lo menos posible a la vestimenta médica, con un color agradable y aspecto informal.

2) Mientras la situación del caso lo permita, el paciente pasará al operatorio sin ningún acompañante, ya que esto evita la sobreprotección que experimenta el niño junto a sus padres. El enfermo actuará según sus propias experiencias, que lógicamente serán bien encaminadas por el odontólogo para poder lograr los objetivos deseados por medio de un buen entendimiento conjunto.

3) Debemos recordar que el saludo que se les brinda a estos pequeños pacientes reviste una importancia sin igual, porque suelen acudir a nuestro consultorio plagados de temores, prevenciones y desconfianzas. Un recibimiento amistoso, cálido y carente de tensiones hará mucho por facilitar la tarea futura.

4) En algunos casos, la primera cita se dedicará a mostrar a nuestro paciente el consultorio y se le darán las explicaciones que sean solicitadas. Mediante esta sesión explicativa, se procurará quitarle a

la fantasía odontológica del niño todo lo que ésta tiene de fantasmagórica y tremendista, una explicación simple de la estructura del diente y de la función de algunos aparatos de uso corriente, harán mucho para apaciguar la aprensión del niño.

5) Al efectuar el examen inicial se necesita un espejo, explorador y pinzas de curación.

a) Se revisa la relación oclusal de los maxilares es muy frecuente detectar anomalías a causa de malos hábitos o tantos si es respirador bucal, se examinan las vías respiratorias altas, con facilidad, estos defectos normalmente producen un paladar muy profundo y un arco bucal muy ovalado.

b) Se inspecciona diente por diente y con el explorador se recorren las foveas de las zonas oclusales con transiluminación (espejo y lámpara) se revisan los puntos proximales, es muy importante la revisión de los dientes que están cercanos a las glándulas salivales (parótida y sublinguales) en estas cercanías estos son los dientes más propensos a la formación de sarro.

c) En cuanto a las radiografías utilizadas en Odontopediatría son de muy fácil manejo, algunas veces es suficiente con las denominadas de aleta mordible, estas llevan una lengüeta al centro de la misma, y esta se va a colocar por la superficie lingual o palatina de los dien-

tes y en relación oclusal, la misma mordida la coloca en posición, con este tipo de radiografías se podrá observar las dimensiones de las caries y profundidad respecto del órgano pulpar y las zonas proximales. Cuando al examen se aprecia ausencia de algún diente el examen es más profundo se determina el uso de una elipsopantomografía esta se obtiene en un lugar especializado con un aparato de rayos X panorámico. Esta radiografía además nos va a dar hallazgos, si todos los gérmenes de la 2da. dentición están presentes, si existe alguna anodoncia o un diente supernumerario.

En otros casos será necesaria la toma de radiografías dentouj
 veolares para poder observar el penapice. En niños muy pequeños podemos utilizar estas películas para obtener radiografías de tipo oclusal.

6) Una vez realizados los pasos previos de exploración, toma de radiografías y diagnóstico, ha llegado el momento de trazar un plan de tratamiento y llevarlo adelante. Es recomendable dar a nuestro paciente una explicación clara de lo que se va a realizar y los beneficios que esto proporciona. Utilizando un lenguaje sencillo y veraz, se procederá a detallar el tratamiento, dando de esta manera la impresión de que el joven enfermo tiene cierto grado de participación en su propia curación. Esto a su vez constituye una admirable posibilidad para motivarlo en cuestiones de higiene oral, demostrándole que esta última tiene una relación con la salud de los dientes, y recalcando que unas pocas medidas preventivas pueden ser suficientes para evitarle muchos viajes al consultorio del dentista. Uno de los factores que ha sido más -

observado en el hecho de que existen palabras que, para el niño, tiene una clara connotación agresiva. Por ejemplo, las reacciones de nuestro paciente son desfavorables cuando explicamos: "Te voy a dar un piquete de pulga para dormir tu diente", existe un margen menor de respuesta -- desfavorable. Obviamente, no se intenta dar una receta mágica para controlar al niño. Simplemente tratamos de ejemplificar un cambio de lenguaje que nos puede ser útil.

De ninguna manera intentaremos un tratamiento en el cual, nuestro paciente resultará engañado. Esto daría por resultado perder la confianza del niño y con ello enfilar con mucha seguridad hacia el fracaso del tratamiento.

PAPEL DE LOS PADRES ANTE EL TRATAMIENTO

La conducta de los padres ante el tratamiento de sus hijos, - debe basarse en las instrucciones que les da el dentista.

En situaciones normales los padres deben de inducir a que sus hijos se cepillen los dientes después de tomar alimentos principalmente antes de irse a dormir se les debe explicar que en los niños menores de 7 años no ha empezado a madurar su sistema nervioso en consecuencia no pueden hacer movimientos finos si no que son muy bruscos, por tal después de que el niño ya se cepilló a su manera los padres los revisan y terminan su labor, con mayor eficiencia y se les indica también que -- cuando hagan esta revisiones y noten alguna anomalía de las antes men--

cionadas consulten con su dentista.

LA LABOR CULTURAL

Ya hemos hablado de la influencia que el Odontólogo puede -- ejercer sobre su paciente niño a través del diálogo y las medidas preventivas. Sin embargo, es conveniente enumerar algunas de estas medidas.

Aplicaciones de Flúor

Ortodoncia interceptina

Operatoria Oportuna

Terapéutica Pulpar (pulpotomías, pulpectomías).

Diagnóstico oportuno de patología oral y general.

Por último es preciso recalcar la importancia de la función -- didáctica del Odontólogo cuando se trata de pacientes tan jóvenes. Posiblemente, de estos primeros contactos con la ciencia odontológica dependerán las costumbres d higiene bucal del futuro adulto y lo que es -- más importante, el tipo de relación paciente-dentista que se establecerá de acuerdo con patrones que luego serán muy difíciles de modificar.

El cirujano dentista podrá estar satisfecho si logra la aceptación y entendimiento de los tratamientos odontológicos en el niño, -- nunca esperará que el niño goce con éstos.

B) EL FLUOR EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES

En la actualidad, dentro de la profesión odontológica uno de los caminos a seguir dentro de la prevención es la aplicación tópica de fluoruros.

El flúor que pertenece junto con el cloro, bromo y yodo al séptimo grupo del sistema periódico de los elementos conocidos, es un gas vigorosamente activo, amarillento, y el cual se extrae de la fluorita.

Es un elemento indispensable en la dieta diaria de cierta cantidad de flúor. El fluoruro debe lograr el nivel de una parte por millón de agua que parece garantizar, la resistencia de los dientes a la caries.

Es un elemento con mayor capacidad de reacción para formar combinaciones con todos los elementos. Exceptuando al cloro, todos los metales se unen con el flúor dando fluoruros: fluoruros estannoso, - fluoruro de sodio, fluoruro de potasio, fluoruro de fosfato acidulado.

El flúor en la actualidad podemos aplicarlo por dos vías: las generales, como la fluoración de las aguas de consumo, la ingestión de pastillas a base de flúor, la eficacia de fluoruro tópico varía con el tipo de sal de fluoruro utilizado, la concentración de la solución, el método de aplicación y la frecuencia con que se realiza, y las locales.

que son las aplicaciones tópicas de flúor sencillas y las que efectuamos por medio de un ionizador.

Sabemos que la eficiencia en cualquier tratamiento de flúor, - depende no sólo de la cantidad aplicada sino de la cantidad de flúor retenida por las estructuras dentarias.

En virtud de que cierta cantidad de flúor existe siempre en el agua y los alimentos, lo encontramos en forma constante en los huesos y piezas dentarias de una persona, aún en las zonas pobres en flúor. Una - de las características de este elemento es que se acumula en la superficie del esmalte que se está calcificando y continúa durante la vida pre-eruptiva y posteruptiva de la pieza dentaria.

Tomando en consideración que el flúor se deposita en los cristales del esmalte formados casi por completo en su superficie no involucrando el cuerpo del cristal, presumimos que cantidades mínimas de flúor ocuparán las posiciones superficiales disponibles. Sin embargo, estos - iones superficiales, aunque escasos en número, afectan las propiedades - del cristal entero, ya que la reacción entre las concentraciones de flúor en los líquidos orgánicos, alimentos y agua, con la superficie del cristal implica un intercambio de grupos oxhidrilos con flúor y la formación de fluorapatita, por lo cual es uso de la fuerza eléctrica para depositar el flúor en el esmalte y es de gran eficacia para desarrollar una -- buena prevención.

Como sabemos, el flúor presenta un ión que tiene la propiedad de ser el de carga más negativa entre todos los aniones, de acuerdo con la tabla periódica de los elementos, por lo cual si podemos obtener que las piezas dentarias se carguen con una fuerza positiva, y el flúor por aplicarse presenta una carga negativa, favoreceremos en el intercambio iónico para la formación de fluorapatita.

Dentro del sistema de aplicación tópica de fluoruros, disponemos de una amplia variedad de ellos. Así, tenemos por ejemplo las soluciones de fluoruro de estaño que preparamos con agua bidestilada en el momento de que vamos a hacer nuestra aplicación, soluciones aciduladas y fluoruro de sodio.

En todos los procedimientos que vayamos a aplicar flúor, siempre haremos una profilaxis previa para facilitar el contacto de nuestra solución con toda la superficie del esmalte.

Uno de los sistemas de aplicación de más actualidad es aquel en que nos valemos de un conjunto de instrumentos que nos permiten hacer nuestras aplicaciones sobre arcadas completas, reduciendo el tiempo de aplicación y asegurándose un íntimo contacto de flúor sobre las superficies adamantinas. Además aprovechamos las fuerzas de oclusión para introducir el flúor interproximalmente, así como el poder retirar la saliva de nuestro paciente fácilmente.

Si este conjunto de aplicadores lo combinamos con el uso de un ionizador, que es un aparato que nos permite cargar a nuestro paciente - positivamente y a nuestro flúor negativamente, tendremos en nuestras - aplicaciones ventajas y seguridad en el trabajo realizado, como lo es la cantidad de iones flúor aplicados, la dosificación correcta de flúor y - la duración de la aplicación.

C) CONSIDERACION DEL MECANISMO PROTECTOR NATURAL DE LA BOCA.

En general se acepta que el proceso de caries dental, está regulado en cierta medida por un mecanismo protector natural inherente a - la saliva.

Han sido investigadas muchas propiedades de la saliva, para co- nocer su posible en el proceso de caries. Se ha dado considerable impor- tancia al pH salival, al poder neutralizante de los ácidos y al conteni- do de calcio y fósforo.

El flujo salival normal, ayuda a disolver, y su viscosidad, -- podría influir en la formación de caries. El flujo salival normal, ayu- da a disolver los residuos alimenticios, en los cuales, pululan los mi- croorganismos; además, la saliva manifiesta una variedad de propiedades antimicrobianas y antiinfecciones. Estas han sido atribuidas al mercurio, la lisozima y otras inhibidas bacteriostáticas y substancias bacteriolí- ticas y bactericidas.

En el tratamiento de la caries irrestricta, estas dos últimas consideraciones, adquirieron importancia creciente.

La saliva es secretada por tres pares de masa celulares, las glándulas submaxilar, sublingual y parótida.

Hay también pequeñas glándulas que secretan un líquido mucoso esparcido por toda la mucosa bucal, cada una tiene su propio conducto.

La glándula submaxilar secreta un tipo mixto de líquido acuoso y además un jugo espeso, viscoso y rico en mucina.

Los alveólos sublinguales, son sobre todo, del tipo mucoso, -- aunque hay algunos pocos serosos.

La secreción puede ser de un tipo o de otro, según la naturaleza del estímulo secretorio.

D) TRATAMIENTO CLINICO DE LA CARIES DENTAL.

La caries dental sigue siendo un problema primordial en Odontología y debiera recibir una atención importante en la práctica cotidiana no sólo desde el punto de vista de los procedimientos de restauración, -- sino también en los procedimientos preventivos, destinados a reducir este grave problema.

Se piensa que es necesario hacer énfasis en la represión de la caries en todo el país, y para esto es necesario:

La introducción de fluoruros locales y generales, las pastas - profilácticas y anticariógenas, los dentríficos con fluoruro estañoso, - una proporción más favorable entre Odontólogos y población. El examen - más temprano de los pequeños pacientes y la institución de un programa - de educación sobre el conocimiento del tema dental integral, en todas -- las escuelas y consultorios odontológicos oficiales y privados.

TEORIAS ACEPTADAS ACTUALMENTE SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL:

Hay tres teorías generales respecto al mecanismo de la caries dental:

La teoría de la proteólisis mereció atención como la identificación de proteínas en el esmalte humano.

Glottiele y Frisbie, están entre quienes propusieron esta teoría, aún cuando hay quienes no apoyan sus ideas, pues admitirían que la proteólisis posiblemente desempeñe un papel en el proceso de la caries dental.

La teoría de la proteólisis-quelación mereció últimamente bastante atención. Sus proponentes consideran al esmalte una estructura orgánica simple asociada a grandes cantidades de materia inorgánica para satisfacer mecánicamente sus exigencias funcionales.

Quienes sugirieron esta teoría que la caries es como cualquier otra enfermedad infecciosa, un ataque a una estructura corporal orgánica, creen además que todas las infecciones alteran el equilibrio mineral local y general y que la caries rompe la sustancia inorgánica cuando son atacados los componentes orgánicos.

La teoría quimioparasitaria o acidógena fue propuesta por -- Miller. Esta teoría ha sido la más popular durante años y es probablemente la más aceptada hoy. La evidencia en apoyo de la descalcificación como mecanismo del ataque de caries es mayor que la evidencia para las -- otras dos teorías. En general se está de acuerdo en que la caries es -- causada por un ácido resultante de la acción de los microorganismos sobre los hidratos de carbono; se caracteriza por una descalcificación de la porción inorgánica y va seguida por una desintegración de la sustancia orgánica del diente.

Ahora ha sido ya demostrado concluyentemente que una cantidad de microorganismos pueden producir ácido de potencia suficiente para de calcificar el tejido dental en particular lactobasilos, estreptococos, le vaduras, estafilococos.

CAPITULO II

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

La restauración de las caries en los dientes primarios y permanentes, sigue siendo uno de los servicios más valiosos que el Odontopediatra y el odontólogo general, proporcionan a los niños en su práctica.

El Odontólogo es juzgado por sus pacientes sobre la base de la eficacia en su programa preventiva y también sobre la base del grado de habilidad con que realizan los procedimientos operatorios de rutina.

a) PRINCIPIOS BASICOS EN LA PREPARACION DE UNA CAVIDAD:

La inserción de una restauración permanente debe ser precedida por la extirpación completa de la lesión cariosa. No se ha llegado a un acuerdo sobre el tipo de preparaciones que se han de llevar a cabo en dientes temporales, sin embargo entre los principios básicos, podemos citar la extensión de las cavidades hacia todas las fosas y fisuras.

Debe incluirse todas las zonas con caries e involucrar aquellas que se consideran zonas cariosas en potencia; en donde se considere que será fácil que queden atrapados los alimentos o placa bacteriana.

La zona del istmo debe tener adecuado ancho vestibular y profundidad suficiente sin debilitar las cúspides ni exponer la vitalidad de la pulpa.

La profundidad de la preparación debe llegar a más o menos 5 mm del límite esmelo-dentario; el piso se procurará hacerlo plano, dando retención cuando el material de obturación lo requiera; cuando la lesión cariosa es muy irregular debe tenerse cuidado de no dejar como base de la restauración sólo el esmalte, ya que se puede provocar la fractura fácilmente.

El objeto de la preparación de la cavidad es la remoción del material de caries. Se proyecta la cavidad teniendo en cuenta los posibles futuros sitios de ataque y, una vez terminada, se la restaura con un material adecuado para devolver al diente su forma correcta Black -- (1974) detalló la técnica de la preparación de cavidades y sentó ciertos principios a seguir.

La clasificación en dientes primarios en la siguiente secuencia:

Elección del lugar de acceso.

Establecer su forma.

Eliminar caries

Establecer la forma de resistencia y retención

Pulido y limpieza de la cavidad.

CAVIDADES Y OBTURACIONES

a) Es condición previa absoluta la completa remoción de todo tejido cariado. Esto se hace con excavadores filosos y con fresas redondas a poca velocidad. La remoción de la caries debe efectuarse sin temor a una eventual exposición de la pulpa.

b) La regla de Black de extensión para prevención sólo tiene validez muy limitada para la dentición primaria.

c) Para evitar pulpitis secundarias o necrosis pulpares debajo de obturaciones en dientes primarios, debe quedar entre el peso cavitario y la pulpa una capa de dentina radiológicamente visible, de 0.3 a 0.5 mm de espesor.

Dentina decolorada marrón todavía dura, puede dejarse como recubrimiento indirecto de la pulpa.

Cavidades oclusales en molares temporarios.

En una cavidad oclusal (clase I) del primero y segundo molar inferior - y primer molar superior, deberían incluirse puntos y fisuras, conservando un anillo de esmalte de 1.5 a 2 mm. La profundidad de la cavidad en la dentina no debe ser mayor de 0,5 mm. Para conseguir poder de retención se le da forma de artesa. La caries de un segundo molar superior se prepara en lo posible por separado en dos cavidades, una mesiocentral y una distopalatina, conservando el rodete de esmalte central.

Cavidad oclusoproximal (clase II)

Es una preparación difícil porque por una parte requiere el cuidado de la pulpa y la sustancia dentaria y, por otra, la obturación debe tener espesor suficiente para evitar una fractura posterior. Por esta razón debe observarse lo siguiente:

- La caja oclusal se prepara similar a la de la clase I.
- El ancho del paso desde la cavidad oclusal a la proximal debe tener $1/3$ de la distancia entre las dos cúspides, pero no menos 1.5 mm. La caja proximal de no más de 1 mm. de profundidad, debe ser convergente hacia oclusal.
- El estudio previo de la oclusión mediante papel articular y al desgaste de cúspides de antagonistas ayudan a prevenir la fractura de una obturación de clase II en molares temporarios.

La cavidad mesio oclusodistal (MOD) en molares temporarios se prepara igual que una proximal unilateral. En caso de caries muy extensas que ya no permite una preparación de este tipo, habrá que emplear -- bandas de acero a coronas de acero.

En la preparación de cavidades de clase II en dientes temporarios se comenten a menudo los siguientes errores:

- a) Extensión demasiado reducida de la parte oclusal de la cavidad en la región de puntos y fisuras.
- b) Cortes innecesarios en las cúspides.

- c) Paso de la cavidad oclusal a la proximal preparado demasiado ancho.
- d) Las paredes proximales son muy divergentes, lo que determina lo expuesto en el.
- e) Se forma un ángulo demasiado grande entre la pared pulposaxial y las caras vestibular y lingual de la cavidad.
- g) La forma de la pared axial no concuerda con el contorno exterior del diente, y el piso gingival de la cavidad es demasiado profundo en sentido mesiodistal (mucho más de 2 mm.)

Black clasificó las cavidades en relación a las zonas de susceptibilidad a la caries y su localización clínica básica.

La Clasificación es para dentición permanente.

CLASE I.- Se presenta en los defectos estructurales de todos los dientes, fosetas y fisuras de molares y premolares, foseta vestibular de molares inferiores, foseta lingual de molares superiores, cingulo en dientes anteriores superiores.

CLASE II.- Se presenta en caras proximales de dientes posteriores.

CLASE III.- Se presenta en caras proximales de dientes anteriores a la altura de la superficie de contacto y sin incluir el ángulo incisal.

CLASE IV.- Se presenta en dientes anteriores en caras proximales incluyendo el ángulo incisal.

CLASE V.- Se presenta en el tercio gingival de caras labiales y linguales de todos los dientes.

Las cavidades se describen de acuerdo al número de superficies afectadas, así cuando la caries está limitada a una sola superficie, se llama cavidad simple y cuando se extiende a dos o más caries, se le llama cavidad compuesta.

Existe un gran grupo de operaciones que no están clasificadas sobre todo en dientes temporales y que resultan del tratamiento de dientes con afecciones extensas, mientras que las cavidades clásicas se describen con el número de que se traen o abreviaturas simples; este tipo de preparaciones requieren términos descriptivos tales como corona 3/4, coronas de acero, de policarbonato, etc.

La preparación de la cavidad se llevará a cabo siguiendo una secuencia ordenada, Black dió la pauta para los principios generales en la preparación de la cavidad, algunos autores, cambian el orden, de acuerdo a las necesidades de la cavidad cariosa.

La forma clásica de la preparación se divide en siete pasos:

- 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.- Término de las paredes y biselado del ángulo cabosuperficial.
- 7.- Limpieza de la cavidad.

b) MATERIALES DE RESTAURACIONES PAIDODONTICAS.

AMALGAMA:

La amalgama ha sido el material restaurador por excelencia - principalmente en Odontopediatría; su uso se hace necesario en dientes posteriores.

En los dientes permanentes su uso se restringe a dientes posteriores 1ª clases por razones de estética, algunas veces se usa en - - dientes anteriores cuando se trata de caries en cingulum.

Es necesario conocer la manipulación y características del material, así como las correctas técnicas operatorias para lograr éxito - clínico.

Los fracasos encontrados en obturaciones con amalgama, generalmente son debido al descuido del profesional en la obturación de los principios fundamentales del diseño cavitario o en la preparación e inserción del material y no a fallas del mismo.

La ventaja de la amalgama se puede agrupar de la siguiente manera:

Resistencia a la compresión, insolubilidad de los líquidos de la boca, adaptabilidad a los tejidos del diente, comodidad y poco tiempo para la manipulación e inserción, compatibilidad con los tejidos vivos.

Las desventajas son relativamente pocas, y podemos agruparlas como sigue:

Color no estético, acción galvánica, conducción térmica y eléctrica elevada, susceptibilidad a perder su brillo.

La amalgama está indicada en:

La dentición primaria y secundaria en cavidades de defectos estructurales como fisuras, surcos, fosetas, cavidades proximales de molares y premolares, en "V", clase de premolares tomando en cuenta la amplitud de la sonrisa para el factor estética.

CAPITULO III

CORONA PARA DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS

El Doctor Klaiman investigador Alemán dice que la restauración de dientes anteriores primarios se ha llevado a cabo durante muchos años utilizando materiales de obturación de acrílico, así como cemento de silicato para las preparaciones de clase III ordinarias. Si el diente estaba demasiado destruido, para ser reconstruido con estos materiales, se empleaban coronas de acero inoxidable y las coronas de carboxilato prefabricadas.

Estas se utilizan completas o con la superficie vestibular cortada y restaurada con un material que es el composito, obteniéndose, una restauración más estética. En ocasiones, se utilizaban bandas de ortodoncia para restaurar dientes anteriores muy destruidos.

Todos estos métodos aún se emplean.

Actualmente, con el perfeccionamiento de la corona de policarbonato, contamos con otro método para la restauración de dientes primarios anteriores destruidos.

La ventaja principal de esta corona sobre las otras, es su aplicación en la restauración de dientes anteriores en niños. El objetivo

de este artículo es proporcionar al dentista las indicaciones y la técnica para la utilización de estas coronas.

INDICACIONES:

Existen varias indicaciones para la utilización de la corona de policarbonato.

- 1.- Dientes anteriores primarios con caries avanzada.
- 2.- Dientes mal formado (por ejemplo, hipoplasia del esmalte).
- 3.- Dientes fracturados.
- 4.- Necesidad de cubrir totalmente el diente después de una pulpectomía.
- 5.- Dientes anteriores manchados.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES:

Para la utilización de la corona de policarbonato necesitamos ciertos instrumentos. La mayor parte de ellos se encuentran en cualquier consultorio dental. A continuación presentamos la lista:

- 1.- Fresa - 169 L 6 69 L y número 34.
- 2.- Pequeña rueda de diamante.
- 3.- Coronas de policarbonato.
- 4.- Loza de vidrio y espátula.
- 5.- Cemento de fosfato de zinc.
- 6.- Resina de acrílico para obturaciones anteriores.

Las coronas para los 6 dientes anteriores superiores se hacen de un solo color. Están marcadas de derecha a izquierda. La selección que ofrece una casa comercial presenta 6 tamaños para cada diente. Las coronas están marcadas en milímetros.

DESVENTAJAS:

- 1.- Se exocionaro
- 2.- Se pigmentan

La exoción de la lámina de policarboxilato es debida a la fricción que ejerce el cepillo dental pues, debemos recordar que corresponde a la fa milia de los plásticos. En estas pequeñas exociones se alojan gármenes cromógenos, esto es lo que les da la apariencia de pigmentación.

ELIMINACION DE CARIES Y PROTECCION PULPAR.

Antes de la preparación del diente para la corona, la caries deberá ser eliminada para ^odeterminar si existe comunicación pulpar. Si está indicado el tratamiento pulpar, deberá ser llevado a cabo antes de la preparación del diente y la colocación de la corona. Si la pulpa no está expuesta, las áreas más profundas de dentina expuesta deberán ser cubiertas con una base de hidróxido de calcio antes de preparar el dien te.

Recomendamos los siguientes pasos para la preparación de un -
diente primario anterior para una corona.

- 1.- Anestesia local (aún cuando se trata de un diente desvita-
lizado por el trauma que pueden experimentar los tejidos blandos).
- 2.- Selección del tamaño de corona apropiado.
- 3.- Colocación del dique de hule (si es posible).
- 4.- Eliminación de caries.
- 5.- Colocación de protectores pulpares.
- 6.- Preparación del diente (fresa 69L, pequeña rueda de dia-
mante, fresa 34).
- 7.- Adaptación de la corona (revisar cuidadosamente el ajuste
cervical).
- 8.- Raspado del interior de la corona (para que el cemento se
adhiera mejor).
- 9.- Cementado de la corona cemento de fosfato de zinc o resina
acrílica).
- 10.- Terminado de márgenes cervicales.

PREPARACION DEL DIENTE.

Existen varias técnicas para llevar a cabo la preparación - del diente. Si el diente se encuentra intacto en la región cervical, - el dentista puede preparar el diente como para una corona funda sin hombro, similar a la preparación utilizada para colocar una corona de acero. Sin embargo, con frecuencia, la caries ha creado un hombro en la - región cervical abajo de la encía y cerca de la superficie radicular. Si éste es el caso, la preparación podrá tener hombro en la región cervical. El hombro altera la adaptación de la corona. Ambos métodos de preparación serán descritos a continuación.

PREPARACION SIN HOMBRO.

- 1.- Eliminación de caries y protección pulpar.
- 2.- Reducción de las superficies proximales mesial y distal abajo de la encía, procurando no crear un hombro con la fresa 69L.
- 3.- Reducción de la superficie labial, aproximadamente 0.5 mm o menos con la fresa 69L o una pequeña rueda de diamante.
- 4.- Reducción del borde incisal aproximadamente 1 mm con -- una fresa 69 L o una pequeña rueda de diamante.
- 5.- Reducción de la superficie lingual aproximadamente 0.5 mm menos con una rueda de diamante.
- 6.- Creación de una zona retentiva, alrededor de todo el -- diente con la fresa número 34.

PREPARACION CON HOMBRO.

Si la caries ha afectado al diente por abajo de la encía y existe un escalón, deberemos de modificar el procedimiento de la preparación del diente para compensar este defecto. Se prepara la porción -- restante del diente como si fuera una preparación sin hombro. En algunos casos será necesario preparar el diente con hombro completo en la -- zona cervical, similar a la preparación necesaria para una corona funda.

SELECCION Y ADAPTACION DE LA CORONA.

Al usar la corona de policarbonato, a cualquier corona de -- plástico preformada, estamos en realidad preparando al diente para ajus tarse a la corona. Con frecuencia es necesario alterar esta preparación así como la corona para obtener un buen ajuste de ambos.

1.- Selección de la corona: la corona seleccionada deberá -- ser igual a la dimensión mesiodistal del diente original. Podemos faci litar la selección utilizando un compás como guía. Con frecuencia, te-- nemos que seleccionar una corona de un tamaño mayor, aún utilizando el compás. Colocando la corona sobre el diente y revisamos escoger una co rona que oblitere este espacio.

2.- Adaptación de la corona: quizá sea necesario recortar -- la zona cervical, especialmente en el aspecto mesial y distal, para que la corona se ajuste al cuello del diente. Puede ser necesario scortar --

toda la corona en la zona cervical. Estos ajustes deberán ser realizados con pequeñas fresas o piedras, no tijeras, que pueden deformar la corona.

3.- Adaptación cervical: una vez colocada en su lugar, quizá sea necesario corregir la mala adaptación cervical, agregando resina -- acrílica a los márgenes. Esto será tratado al hablar de cementado. En ocasiones, es necesario ampliar el interior de la corona para ajustarla al diente.

CEMENTADO.

Hay tres formas en que puede ser cementada la corona:

1.- Cemento de fosfato de zinc.

2.- En los casos que exista un margen abierto o un margen corto, quizá sea necesario utilizar resina acrílica para rellenar los márgenes, seguido después por el cementado con el cemento de fosfato de zinc. Esto es más frecuente cuando existen hombros.

3.- Cementar la corona sobre el diente con resina acrílica únicamente.

METODO DE FOSFATO DE ZINC.

Si la corona ajusta correctamente a los márgenes cervicales de una preparación sin hombro, pueda ser cementada de la misma manera -

que cementamos una corona de acero inoxidable.

1.- Repasar el interior de la corona para aumentar la retención entre la corona y el cemento. Esto es importante de otra manera, la corona puede caerse y dejar el cemento sobre el diente.

2.- Asegurarse de que la pulpa esté protegida y el diente seco.

3.- Mezclar el cemento a la misma consistencia utilizada para una corona de acero y colocar la corona.

4.- Eliminar exceso de cemento.

5.- Revisar y pulir el margen cervical. Asegurarnos de que no existen desajustes, ya que estas coronas son relativamente gruesas. Puede ser necesario utilizar una fresa determinada o disco de lija para reducir los márgenes.

RESINA ACRILICA Y CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC.

En casos en que exista un margen abierto causado por una zona de caries que se extienda más allá de los márgenes de la corona de policarbonato, antes de cementar la corona es necesario rellenar estos huecos con resina acrílica para establecer un margen.

- 1.- Adaptar la corona lo mejor posible.
- 2.- Lubricar el diente preparado.
- 3.- Llenar la corona con resina acrílica del mismo color que el diente. El diente deberá encontrarse totalmente seco, ya que existen algunas resinas acrílicas que no polimerizan en presencia pastosa, enseguida, se retira permitiendo al acrílico polimerizar completamente.
- 4.- Recortar el exceso de resina acrílica en el margen gingival y adaptarla al diente.
- 5.- Pulir y recortar los márgenes cervicales.
- 6.- Colocar según el método utilizado para cemento de fosfato de zinc.

CEMENTADO CON RESINA ACRILICA.

Puede ser necesario cementar la corona con resina acrílica. Si se hace esto, es importante hacer un surco en el margen cervical para crear retención para la resina acrílica y mantener la corona en su lugar.

- 1.- Hacer el surco en el cuello del diente con una fresa ve donde número 34, de la forma ilustrada en la figura.
- 2.- Proteger la pulpa y secar el diente.
- 3.- Raspar o lijar el interior de la corona y llenarla con resina acrílica color diente, y colocar sobre el muñón. En una corona muy ajustada, quizá sea necesario hacer un pequeño agujero en la superficie incisolingual, para permitir que fluya el exceso de resina y lo--

gar un mejor sellado.

4.- Dejar polimerizar la resina acrílica sobre el diente y recortar el exceso con un cuchillo, fresa 99L, fresa de terminado o discos de lija.

5.- Pulir los márgenes cervicales de las coronas.

Al terminar los márgenes de la corona sobre el diente, es posible lesionar los tejidos blandos. Aseguremos el paciente que la molestia desaparecerá en algunos días. Con frecuencia, al colocar sólo una corona, es necesario modificarla para ajustarse a los dientes adyacentes, esto se logra utilizando un disco de lija y fresa.

CAPITULO IV

FUNDAMENTOS Y CRITERIO PARA PROTECCION PULPAR Y PULPOTOMIA

En cualquier fase del tratamiento dental, el éxito descansa con carácter primordial en un diagnóstico cuidadoso y preciso.

La protección pulpar no es una excepción a esta regla, un examen clínico minucioso, que incluya la valoración de signos, síntomas y pruebas objetivas, debe proceder a la iniciación del tratamiento de cualquier diente que haya sido destruido por la caries o por un traumatismo.

Se tomará y examinará una radiografía apropiada en busca de una posible lesión periapical o de una fractura radicular. Un inicio de cualquiera de estas posibilidades, rechazará la consideración de una protección o de una pulpotomía.

Para obtener éxito en una protección pulpar o en una pulpotomía, es imprescindible la existencia de una pulpa vital. Un diente no vital, es evidente, sólo estará indicado para una pulpectomía y terápica radicular.

Los síntomas subjetivos, que incluyen manifestaciones espontáneas de dolor durante períodos largos y prolongados de tiempo, dolor pulsátil grave tras la ingestión de líquidos o alimentos calientes; dolor en posición de decúbito o dolor crónico por uno o más días, señalarán una pulpitis irreparable; con tales antecedentes no se debe intentar ni una protección pulpar ni una pulpotomía.

Síntomas tales como los recién descritos, inician la futura muerte pulpar.

Los episodios breves o instantáneos de dolor agudo, inmediatos a la ingestión de líquidos o alimentos fríos, dulces o ácidos, o simplemente aire frío, constituyen un indicio de Hiperemia pulpar.

Se ha demostrado que en general, la hiperemia es un estado reversible del cual la pulpa pueda recuperarse, pues aún posee la mayor proporción de sus poderes de recuperación. Por lo tanto, una pulpa con tales antecedentes sería susceptible de una protección pulpar o de una pulpotomía.

El éxito final de estas operaciones, está basado en la premisa de que la pulpa esté inicialmente sana y capaz de regeneración.

TECNICA DE LA PROTECCION PULPAR.

Puede definirse la protección pulpar como el recubrimiento de una pulpa dental expuesta con algún material medicamento o no, para brindar protección contra las influencias externas.

El agente protector ideal que llena la mayoría de los requisitos exigidos, es el hidróxido de calcio.

Se recomienda que antes de colocar el recubrimiento pulpar, se coloque el dique de hule para que el campo quede libre de la contaminación de la saliva, de no ser posible la colocación del dique de hule por la posición o forma de los dientes, se aislará con rollos de algodón.

La cavidad deberá ser lavada con agua oxigenada o con alguna solución antiséptica, por ejemplo Hidrol, Fokaldryl, etc.

A continuación se efectuará el secado de la cavidad con algodón estéril (torundas).

En seguida se aplica el hidróxido de calcio con el aplicador indicado. (El exceso de medicamento adherido a las paredes cavitarias, se eliminará con un excavador).

Una vez eliminado el excedente, se proyecta un chorro de — aire comprimido sobre la pasta, se evaporará la humedad y se formará — una costra seca sobre la superficie.

Ya seco el hidróxido de calcio, se coloca una base de óxido de zinc y eugenol, aproximadamente de milímetro y medio.

Para finalizar, se obtura toda la cavidad con cemento de — fosfato (más tarde podrá removerse parte del cemento para colocar la ob turación definitiva).

NOTA: La obturación definitiva no deberá colocarse hasta pasado un mes de que se efectuó el tratamiento, para determinar el éxito de la intervención.

PULPOTOMIA.

La pulpotomía consiste en la extirpación de la porción con- traria de una pulpa viva, no infectada.

La porción radicular de la pulpa permanece con vitalidad y la superficie emputada se recubre con los odontoblastos, que forman un "puente" o barrera de dentina secundaria que protege la pulpa. Si bien tanto en la pulpotomía como en la modificación pulpar, se realiza la ex tirpación de la pulpa coronaria; en la primera se intenta conservar la

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

vitalidad pulper, mientras que en la segunda la pulpa primero se desvitaliza con arsénico o agentes similares y después se conserva con anti-sépticos adecuados.

TECNICAS.

- a) Inmediatas o vital.
- b) Mediata o desvitalizada.

La técnica vital o inmediata, se realiza en una solacita, - se anestesia al paciente, se aísla con el dique de hules, se hace la re moción de la dentina cariosa, cambiamos la fresa número 6 u 8 de bola y localizamos los cuernos pulpares, los unimos con fresa se hace la amputación de la pulpa coronaria a nivel de los conductos, porque si tratamos de remover toda la pulpa, existe el peligro de llevarnos los filamentos radiculares.

A continuación se lava con una solución salina o zonita, si está sangrado mucho, usamos adrenalina al 1/1000, agua oxigenada o un cartucho de anestesia, se seca con torundas de algodón, sin hacer presión y se coloca hidróxido de calcio en la entrada de los conductos, - después una capa de zoe permanente y cemento de fosfato; aquí nuevamente tendremos que esperar un mes antes de obturar. Se debe checar bien la oclusión para que no queden puntos altos que pueden hacer presión y ocasionar nuevos problemas.

La técnica desvitalizadora o medieta se realiza en dos citas en la primera colocamos la pasta desvitalizadora a base de arsénico, -- existen varios en el mercado, en el que el tiempo que se deja en la boca, varía de 24 a 48 horas y otros que se pueden dejar hasta 5 días, según las necesidades de cada caso. Se debe sellar perfectamente para no ocasionar problemas en el parodonto. El sellado se hace con óxido de zinc y eugenol. La pasta desvitalizadora se coloca sobre los cuernos pulpares y la pulpa, sin hacer presión.

En la segunda cita, se aísla con dique de hule, se remueve el apósito y se amplía la cavidad, cuando no hay ya caries, se cambia la fresa por una estéril (bola 6 u 8) y se localizan los cuernos pulpares, y después con una fresa 557 estéril, se unen los cuernos y con una cucharilla se levanta el techo pulpar y se hace la remoción de toda la pulpa coronaria, si está desvitalizada casi no habrá sangrado.

En seguida se lava la cavidad perfectamente con una solución de zonite, se seca con torundas estériles y se coloca una pasta momificadora que puede ser la triopasta de Gysi, con el objeto de momificar los filetes radiculares, después una capa de zoe, y se puede obturar en seguida.

CONCLUSIONES

Un objetivo deseable en un programa de Salud Dental para la comunidad, consistirá en influir sobre los padres de familia para que visiten a su odontólogo en una forma regular y que asuman la responsabilidad con respecto a buenos hábitos y prácticas de higiene bucal.

Esto debe ser un objetivo primario en el consultorio dental ya que el odontólogo será la persona clave en el desarrollo de esta actitud.

Así, padres y odontólogos deberán luchar por bajar los enormes porcentajes que hay de niños con problemas de salud dental. Asimismo el odontólogo debe cada vez prepararse más desde el momento en que decide tener entre sus pacientes a niños, ya que el manejo de este tipo de pacientes no es común y corriente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Odontología Pediátrica
Mink John E. D.M.
Clinicas Odontológicas de Norteamérica
Vol. 1
México, Ed. Interamericana, 1973
- 2.- Kennedy D.S.
Operstoria Dental en Pediatría
Vol. 3
Argentina, Ed. Interamericana, 1977
- 3.- Odontopediatría
Hotz Rudolf P.
Odontología para niños y adolescentes
Trad. Bernardo Schwarz
Vol. 1
Argentina, Ed. Panamericana, 1977
- 4.- Finn B. Sindney
Odontología Pediátrica
Trad. Carmen Nuñez Seca
Vol. 3 4a. Ed.
México, Ed. Interamericana 1976
- 5.- Barlier Thomas K.
Odontología Pediátrica
Trad. Ma. del Rosario Caraglio
Vol. 1
México, Ed. El Manual Moderno, 1982
- 6.- Brewer John Charles
Odontología para niños
Vol. 1
Argentina, Ed. Panamericana 1954
- 7.- Leyf, Samuel,
Odontología Pediátrica
Vol. 2
Argentina, Ed. Mundi, 1980
- 8.- Maistron, Oscar
Endodoncia
Argentina, Ed. Mundi, 1978

9.- American Dental Association
Remedios Odontológicos Aceptados
México, Ed. Centro Regional de ayuda técnica, 1963
Edición XXVII