

2ej. 592


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BREVES CONCEPTOS EN EL TRATAMIENTO Y PREPARACION
DE CAVIDADES EN OPERATORIA DENTAL INFANTIL.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

MARIA BERTHA DE LA MORA ENRIQUEZ



U. N. E. D.
OFICINA DE EXAMENES
PROFESIONALES
Y GRADOS

MEXICO, D. F.

1932.



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

CONCEPTOS IMPORTANTES PARA INICIAR EL TRATAMIENTO

- 1.1. LA PSICOLOGÍA APLICADA AL NIÑO PARA SU INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO.
- 1.2. AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL.
- 1.3. CONDUCTA ODONTOPEDIATRA-ASISTENTE-PACIENTE.

CAPITULO II

EMBRIOLOGÍA Y ERUPCIÓN

- 2.1. DESARROLLO EMBRIOLÓGICO E HISTOLÓGICO DEL DIENTE.
- 2.2. MORFOLOGÍA Y NOMENCLATURA DE DIENTES DECIDUOS.
- 2.3. CRONOLOGÍA DENTARIA.

CAPITULO III

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- 3.1. PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO.
- 3.2. EXAMEN ORAL.
- 3.3. LOCALIZACIÓN DE CARIES.

CAPITULO IV

MEDIDAS OPERATORIAS

- 4.1. MANEJO DEL DOLOR
- 4.2. AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.
- 4.3. PREPARACIÓN DE CAVIDADES.

CAPITULO V

SELECCION DE MATERIALES DE OBTURACION E INDICACIONES.

- 5.1. AMALGAMAS.
- 5.2. CEMENTO DE FOSFATO.
- 5.3. CEMENTO DE POLICARBOXILATO.
- 5.4. CEMENTO DE SILICATO.
- 5.5. HIDRÓXIDO DE CALCIO.
- 5.6. OXIDO DE ZINC EUGENOL.
- 5.7. RESINAS ACRÍLICAS.
- 5.8. RESINAS COMPUESTAS.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

EL CAMPO DE LA ODONTOLOPEDIATRÍA ES AMPLIO Y FASCINANTE, PERO TAMBIÉN ES DIFÍCIL Y DE GRANDES RESPONSABILIDADES.

ES POR ESTO QUE EL CIRUJANO DENTISTA NECESITA AMPLIAR SUS CONOCIMIENTOS ODONTOLÓGICOS PARA TENER UNA FORMA ADECUADA Y EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS.

AL REALIZAR ESTA TESIS ME LLEVÓ COMO PRINCIPAL OBJETIVO CONTRIBUIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, A QUE LOS COMPAÑEROS ODONTÓLOGOS QUE LA LEAN, TOMEN CONCIENCIA DE LA RESPONSABILIDAD QUE IMPLICA EL TENER ENTRE NUESTRAS MANOS LA SALUD ODONTOLÓGICA DE LOS NIÑOS, Y LA SATISFACCIÓN QUE DÁ LA REALIZACIÓN DE ESTA TAREA.

CON EL ORGULLO DE HABER TERMINADO MIS ESTUDIOS PROFESIONALES, Y COMPROMETIÉNDOME A PONER TODO MI ESFUERZO Y DEDICACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE MI ACTIVIDAD PROFESIONAL, PRESENTO ANTE EL HONORABLE JURADO ESTA TESIS.

CONCEPTOS IMPORTANTES PARA INICIAR EL TRATAMIENTO:

1. 1. LA PSICOLOGÍA APLICADA AL NIÑO PARA SU INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO.

GENERALMENTE LA CONDUCTA DEL NIÑO PARECE POCO RAZONABLE, SIN EMBARGO, SE BASA EN EXPERIENCIAS OBJETIVAS Y SUBJETIVAS QUE SON - ADQUIRIDAS DURANTE LA VIDA, LAS CUALES REGIRÁN SU COMPORTAMIENTO.

LOS ADULTOS SON LOS RESPONSABLES DE LA EDUCACIÓN DEL NIÑO, POR LO TANTO, DE LOS PADRES DEPENDERÁ LA PREPARACIÓN ODONTOLÓGICA - DE ÉSTE.

ES FRECUENTE QUE LOS ADULTOS TRANSMITAN EN SU INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DENTAL, DISTINTOS GRADOS DE TEMOR, QUE INFLUYEN DESFAVORABLEMENTE EN LA DISPOSICIÓN DEL NIÑO HACIA EL DENTISTA.

SE PUEDEN CONSIDERAR DOS FACTORES DETERMINANTES EN LA ACTITUD - DEL NIÑO AL TRATAMIENTO:

- FACTORES POSITIVOS.

A) MEDIOS EDUCATIVOS SOBRE LA SALUD.

B) INFLUENCIAS FAVORABLES DE LOS PADRES U OTRAS PERSONAS.

C) BUENAS EXPERIENCIAS PERSONALES EN EL CONSULTORIO.

- FACTORES NEGATIVOS.

A) INFLUENCIAS DE MALAS EXPERIENCIAS AJENAS.

B) TEMOR DE LOS PADRES U OTRAS PERSONAS.

C) MALAS EXPERIENCIAS PERSONALES EN EL CONSULTORIO.

POR LO TANTO, CONOCER SI EL NIÑO SIENTE TEMOR, CUÁNTO Y PORQUÉ, SERÁ NUESTRO PRIMER OBJETIVO. ESTO LO LOGRAREMOS PREGUNTANDO A LOS PADRES SOBRE SUS PROPIOS SENTIMIENTOS AL TRATAMIENTO, OBSER

EVANDO AL NIÑO Y DIALOGANDO CON EL) ALGUNAS VECES EL MIEDO ES TAN FUERTE QUE EL NIÑO NO PUEDE COOPERAR, Y SU COMPORTAMIENTO SE VUELVE INDESEABLE.

LA PRIMERA IMPRESIÓN QUE EL ODONTÓLOGO CAUSA AL NIÑO ES SUFICIENTEMENTE IMPORTANTE PARA PODER GANAR SU CONFIANZA, CON TACTO Y SIMPATÍA SINCEROS SE ESTABLECERÁ UNA RELACIÓN QUE BENEFICIARÁ TANTO AL NIÑO COMO AL DENTISTA.

EL SIGUIENTE PASO ES FAMILIARIZAR AL NIÑO, CON LA SALA DE TRATAMIENTO DENTAL Y CON TODO SU EQUIPO, ESTA PRIMERA VISITA SE DEBERÍA DE REALIZAR EN COMBINACIÓN DENTISTA-PADRES PARA QUE SE PUEDA PREPARAR Y POR ESTE MEDIO GANAR LA CONFIANZA DEL NIÑO Y DESVANECER EL MIEDO VOLVIÉNDOLO CURIOSIDAD Y COOPERACIÓN, PERMITIENDO Y ALENTANDO AL NIÑO PARA QUE PRUEBE CADA PIEZA, DE MANERA QUE EL NIÑO SE FAMILIARICE CON LOS SONIDOS Y ACCIONES DE CADA ACCESORIO. SE HACE RODAR EL MOTOR SOBRE SUS UÑAS, PARA QUE PUEDA SENTIR LA INOFENSIVIDAD DE UNA COPA PULIDORA DE CAUCHO. SE HACE DEMOSTRACIÓN CON LA JERINGA DE AIRE, Y DESPUÉS, COMO POR DESCUIDO SE DEJA EN EL REGAZO DEL NIÑO PARA QUE LO PRUEBE. SE EXPLICA EL CONTROL A PIE DEL MOTOR,, DE MANERA QUE EL NIÑO SEPA QUE LA FRESA NO ESTÁ DESCONTROLADA, SINO QUE CUANDO SEA NECESARIO, PUEDE SER DETENIDA EN CUALQUIER MOMENTO.

LA SIGUIENTE META SERÁ GANAR COMPLETAMENTE SU CONFIANZA, SI SE ELIJE CON CUIDADO LAS PALABRAS E IDEAS DE LA CONVERSACIÓN, PODRÁN LLEGAR A COMPRENDERSE SIN PERDER MUCHO TIEMPO, EL DENTISTA DEBE TRANSMITIR AL NIÑO QUE SIMPATIZA CON SUS PROBLEMAS Y LOS CONOCE, HABLARLE DE AMIGOS, ANIMALES O DE LA ESCUELA, EXPLICARLE -

QUE PUEDE COMPRENDER SUS PROBLEMAS PORQUE TAMBIÉN EL NIÑO TIENE CUANDO NIÑO.

LA EDUCACIÓN DE LOS NIÑOS AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEBE CONTENER ENSEÑANZAS FUNDAMENTALES QUE DEBEN SER SENCILLAS O MÁS AMPLIAS SEGÚN LA EDAD Y TENER SIEMPRE PRESENTE QUE:

- 1.- ES NECESARIO NO SÓLO CEPILLARSE LOS DIENTES, SINO LA HIGIENE DE LA BOCA Y VISITAR REGULARMENTE AL DENTISTA.
- 2.- LA HIGIENE DE LA BOCA ES IMPORTANTE PARA LA CONSERVACION DE LA DENTADURA Y DE LA SALUD EN GENERAL.
- 3.- UNA DENTADURA SANA Y BIEN CONSERVADA ES UNO DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES PARA LA BELLEZA DE LA CARA.
- 4.- ES IMPRESCINDIBLE VISITAR REGULARMENTE AL DENTISTA, QUIEN EXAMINA LOS DIENTES Y REPARA TODOS LOS DAÑOS.
- 5.- LA ELIMINACIÓN OPORTUNA DE LESIONES PEQUEÑAS, PUEDE HACERSE PRÁCTICAMENTE SIN DOLOR.
- 6.- EL EXÁMEN ODONTOLÓGICO REQUIERE SÓLO POCO TIEMPO.

1.2. AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

ES UN ASPECTO MUY IMPORTANTE, YA QUE A MENUDO SE OLVIDA QUE EL LUGAR DA UNA IMPRESIÓN QUE PUEDE SER MUY INTENSA Y PERDURABLE. YA QUE LA PRIMERA IMPRESIÓN QUE RECIBE EL NIÑO AL ENTRAR A LA SALA DE RECEPCIÓN DEBE SER UN AMBIENTE AGRADABLE Y DE CORDIALIDAD POR PARTE DE LA ASISTENTE DENTAL.

UNO DE LOS OBJETIVOS SERÁ INFUNDIR CONFIANZA AL NIÑO, Y HACER QUE SE DÉ CUENTA DE QUE NO ES EL ÚNICO QUE PASA POR ESA EXPERIENCIA. LA SALA DE ESPERA DEBE SER AGRADABLE, LUMINOSA, CON UN

AMUEBLADO QUE SEA ATRACTIVO PARA EL NIÑO, ES DECIR, CON PANTALLONES ALLEGRES, VITRINAS CON OBJETOS INTERESANTES, ALGUNOS JUGUETES, FLORES, LIBROS PARA NIÑOS Y REVISTAS; CON MÚSICA SUAVE PARA QUE LE DÉ AL PACIENTE ATMÓSFERA DE CONFIANZA Y TRANQUILIDAD, Y TENDRÁ COMO FINALIDAD MOTIVAR A LOS NIÑOS Y A SUS PADRES PARA QUE DESARROLLEN UN SENTIDO DE RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA SALUD DENTAL; COLOCANDO EN LOS MUROS CARTELES CON MENSAJES PREVENTIVOS. ES MUY IMPORTANTE, DESDE LUEGO, MANTENERLO TODO EN BUEN ESTADO, Y CAMBIARLO DE VEZ EN CUANDO. EL TIEMPO DE ESPERA DEBE SER LO MÁS BREVE POSIBLE, Y LA SALA DE RECEPCIÓN SER AISLADA CONTRA RUIDOS DEL CONSULTORIO.

EL ASPECTO DEL CONSULTORIO NO DEBERÍA DIFERENCIARSE DEMASIADO DEL ASPECTO DE UNA HABITACIÓN COMÚN.

LOS APARATOS E INSTRUMENTOS QUE NO SE NECESITAN PARA LOS TRATAMIENTOS NORMALES, EN LO POSIBLE NO DEBEN ESTAR A LA VISTA.

LAS MESITAS DE TRABAJO JUNTO AL SILLÓN NO DEBEN ESTAR SOBRECARGADAS CON INSTRUMENTOS, PORQUE PODRÍAN ASUSTAR AL NIÑO. LOS INSTRUMENTOS NECESARIOS SE COLOCAN SOBRE LA MESITA EN EL LADO OPUESTO AL NIÑO, LA PIEZA DE MANO DEBE PONERSE FUERA DE LA VISTA DEL NIÑO.

EN EL CONSULTORIO NO COLOCAMOS MÁS DE DOS O TRES SILLONES, Y DESTINAMOS UNO EN UNA SALITA APARTE PARA NIÑOS INTRANQUILOS.

DEBERÍA TENER UNA SALIDA APARTE DE LA QUE TIENE A LA SALA DE ESPERA, VARIAS PIEZAS PEQUEÑAS O UNA SALA CON VARIAS SUBDIVISIONES MAYORES PARA QUE EL NIÑO NO SE IMPRESIONE SI VE SALIR A PACIENTES CON SANGRE O DEMASIADO EXPRESIVOS.

SIENDO SU PRINCIPAL COMETIDO DE HACER AGRADABLE LA PERMANENCIA -

DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO, SE DEMOSTRARÁ A LOS PADRES QUE NOS PREOCUPAMOS Y ESTAMOS EN LA MAYOR DISPOSICIÓN DE QUE EL NIÑO SE SIENTA CONTENTO Y CONFÍE PLENAMENTE EN NOSOTROS PARA EL CUIDADO Y PREVENCIÓN DE SU SALUD DENTAL.

1.3. CONDUCTA ODONTOPEDIATRA-ASISTENTE-PACIENTE.

EL ARTE DE TRATAR A LA GENTE NO SÓLO REQUIERE CONOCIMIENTOS PSICOLÓGICOS Y EXPERIENCIAS PRÁCTICAS, SINO EL CONSTANTE AFÁN POR EMPLEAR CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS EN LA PRÁCTICA. EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS, EN ALGUNOS ASPECTOS ES MÁS DIFÍCIL QUE EL DE LOS ADULTOS. LOS NIÑOS SON MÁS VULNERABLES PSÍQUICAMENTE; NO POSEEN SUFICIENTE VOLUNTAD PARA SOPORTAR CUALQUIER MOLESTIA, Y NO SUELEN COMPRENDER POR QUÉ TENDRÍAN QUE SOPORTARLO. DESDE EL MOMENTO EN QUE EL NIÑO ENTRA EN EL CONSULTORIO, ALGUIEN DEBE OCUPARSE DE ÉL CONSTANTEMENTE, MIENTRAS EL DENTISTA HABLA CON SUS PADRES, LA ENFERMERA SE OCUPA DE ÉL. LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS MUESTRAN EN ESTA SITUACIÓN CIERTA CURIOSIDAD, LO QUE PUEDE APROVECHAR EL DENTISTA (G. F. GARDNER).

EL DENTISTA DEBERÁ ASEGURARSE DE QUE EL PERSONAL QUE EMPLEE, QUIERA A LOS NIÑOS Y LOS TRATE BIEN, SEPA CÓMO MANEJARLOS. SI LOS AUXILIARES TRATAN EN FORMA INADECUADA AL NIÑO, LAS OPORTUNIDADES DE ÉXITO QUE TIENE EL DENTISTA DISMINUYEN ENORMEMENTE. ES MUY IMPORTANTE QUE EL NIÑO SIENTA QUE TODAS LAS PERSONAS DEL CONSULTORIO LE INFUNDAN CONFIANZA.

EN LA PRIMERA VISITA EL DENTISTA DEBE RECIBIR AL NIÑO EN LA SALA DE RECEPCIÓN, SER ENTRETENIDO, ESTAR SIEMPRE DE BUEN HUMOR,

TENER PACIENCIA, SER INDULGENTE, PERO SIEMPRE HACER ENTENDIDA SU AUTORIDAD; TRATAR ANTE TODO DE COMPRENDER EL CARÁCTER DEL NIÑO, CONOCER SU TEMPERAMENTO PARA ADAPTAR SUS PROCEDIMIENTOS.

DEBERÁ EVITAR ENGANOS, PERO CUANDO SEA NECESARIO USAR PALABRAS QUE NO DESPIERTEN MIEDO, SER REALISTA Y RAZONABLE, TRATAR AL NIÑO COMO INDIVIDUO, CON SENTIMIENTOS Y EMOCIONES Y NO COMO OBJETO INANIMADO EN EL SILLÓN DENTAL.

LA ENFERMERA O ASISTENTE NO SÓLO DEBE INICIAR EL CONTACTO CON EL NIÑO, SINO GANARSE SU CONFIANZA CON AMABILIDAD, INDULGENCIA Y PACIENCIA, SIENDO SU PRINCIPAL TAREA PREPARAR EL TERRENO AL DENTISTA, UNA VEZ ESTABLECIDO EL CONTACTO ENTRE DENTISTA Y NIÑO, LA ENFERMERA SE RETIRA.

AL HABLAR EL ODONTÓLOGO AL NIÑO DEBERÁ PONERSE A SU NIVEL EN POSICIÓN Y CONVERSACIÓN, EN PALABRAS E IDEAS. HABLAR DEMASIADO LO CONFUNDE Y LE INSPIRA DESCONFIANZA; DEBE UTILIZAR PALABRAS SENCILLAS, COTIDIANAS, QUE ÉL CONOCE Y USA DIARIAMENTE, EVITANDO TRATAR A LOS NIÑOS COMO SI FUERAN MÁS PEQUEÑOS DE LO QUE EN REALIDAD SON. MIENTRAS LA ENFERMERA, SIEMPRE CHARLANDO CON EL NIÑO, LO HABRÁ SENTADO EN EL SILLÓN.

UNA VEZ OBTENIDAS LAS INFORMACIONES NECESARIAS, DISCRETAMENTE ENTRE EL DENTISTA EN LA CONVERSACIÓN ENTRE ENFERMERA Y NIÑO. DURANTE EL TRATAMIENTO, SI EL DENTISTA PLATICA CON EL NIÑO, NO DEBE SER INTERRUMPIDO, NI AÚN CUANDO SE CONCENTRE EN SU TRABAJO, PARA QUE EL NIÑO TENGA LA IMPRESIÓN DE QUE LO MÁS IMPORTANTE ES LA CONVERSACIÓN CON ÉL Y QUE EL TRATAMIENTO SE REALIZA DE PASO.

LAS INSTRUCCIONES QUE SE LE DEN A LA ENFERMERA, DEBEN SER DE TAL

FORMA QUE NO CORTEN LA CONVERSACIÓN, EN TANTO QUE MANTENGA ATENTAMENTE EL CURSO DEL TRATAMIENTO, PREPARA LOS INSTRUMENTOS NECESARIOS, COMUNICÁNDOSE CON EL DENTISTA POR MEDIO DE GESTOS DISCRETOS. EL ODONTÓLOGO SIEMPRE IMPRESTONA CUANDO EN LA SEGUNDA SESIÓN YA SON CONOCIDAS ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA DEL PEQUEÑO. - POR EL CONTRARIO, ES DESAGRADABLE SI NI SIQUERA RECUERDA EL NOMBRE DEL NIÑO, Y NO SABE NADA DEL MISMO.

UNA DE LAS RECOMPENSAS QUE MÁS BUSCA EL NIÑO ES LA APROBACIÓN DEL DENTISTA; POR LO TANTO, QUE EL ODONTÓLOGO RECONOZCA LA CONDUCTA - EJEMPLAR DEL NIÑO, INFLUYE PARA QUE ÉSTE SE PORTE BIEN, CUANDO EL NIÑO SEA BUEN PACIENTE DÍGASELO, ESTO IMPONDRÁ UNA META A SU COMPORTAMIENTO FUTURO.

EL ODONTÓLOGO NUNCA DEBERÍA PERDER SU DOMINIO Y ENFADARSE, LA IRA, COMO EL MIEDO, ES UNA REACCIÓN EMOCIONAL PRIMITIVA E INMADURA; ES SEÑAL DE DERROTA.

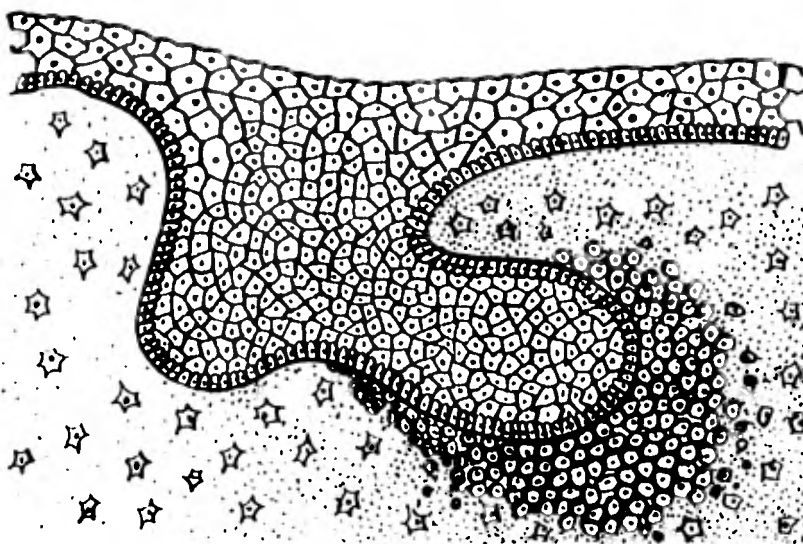
SI NO PUEDE EVITAR ENFADARSE, ES MEJOR DESPEDIR AL NIÑO Y DEJAR - QUE OTRO DENTISTA LO ATIENDA Y PRUEBE SUERTE.

RECORDANDO Y TENIENDO EN CUENTA, QUE EL MANEJO DEL NIÑO SE BASA - EN CONOCIMIENTOS, SENTIDO COMÚN Y EXPERIENCIA.

EMBRIOLOGIA Y ERUPCIÓN:

2.1. DESARROLLO EMBRIOLÓGICO E HISTOLÓGICO DEL DIENTE.

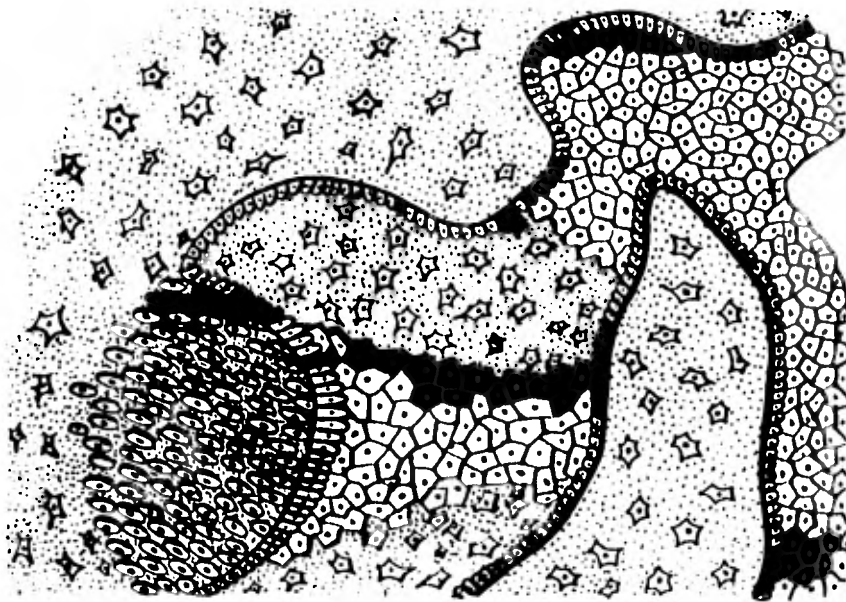
DURANTE LA SEXTA SEMANA DE VIDA INTRAUTERINA, LA CAPA BASAL DEL REVESTIMIENTO EPITELIAL DE LA CAVIDAD BUCAL, PROLIFERA RÁPIDAMENTE Y FORMA UNA ESTRUCTURA EN FORMA DE BANDA, QUE CONSTITUYE LA LÁMINA DENTAL QUE ESTÁ LOCALIZADA SOBRE LA REGIÓN DE LOS MAXILARES INFERIOR Y SUPERIOR, PRODUCIENDO INVAGINACIONES EN EL MESÉNQUIMA SUBYACENTE.



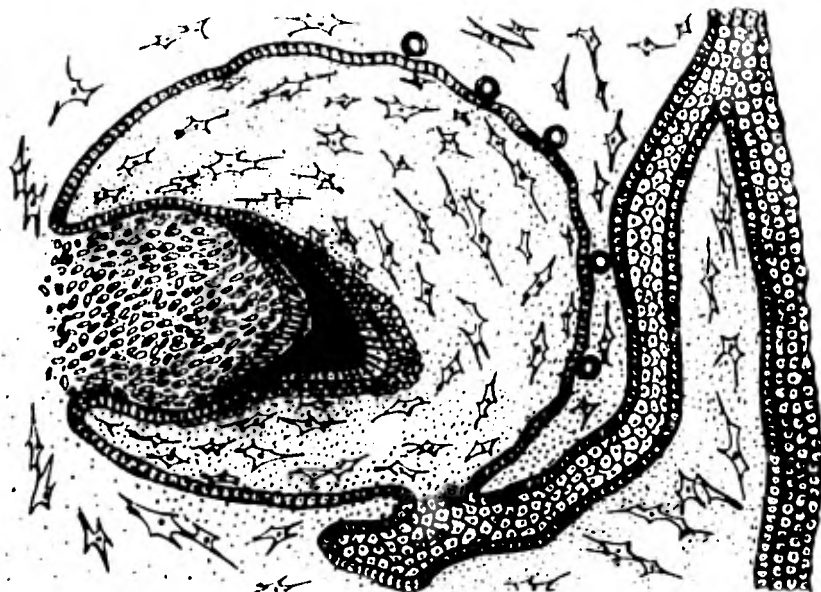
ESTOS BROTES QUE SON DIEZ PARA CADA ARCADE, SON LOS PROTOPILOS DE LOS COMPONENTES ECTODÉRMICOS DE LOS DIENTES. MAS TARDE, LA SUPERFICIE PROFUNDA DE ESTOS BROTES SE INVAGINA Y DA LUGAR AL PERÍODO DE CAPUCHÓN O CASQUETE DEL DESARROLLO DENTARIO.

EL CASQUETE ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS CAPAS, UNA EXTERNA LLAMADA EPITELIO DENTAL EXTERNO Y UNA CAPA INTERNA LLAMADA EPITELIO DENTAL INTERNO, Y EL CENTRO DEL TEJIDO LAXO LLAMADO RETÍCULO ESTRELLADO.

EL MESENQUIMA SITUADO EN LA CONCAVIDAD LIMITADA POR EL EPITELIO DENTAL INTERNO CRECE Y SE CONDENSA, DANDO LUGAR A LA PAPILA DENTAL.



AL CRECER EL CASQUETE DENTAL Y ESPECIALIZARSE LA PULPA DENTAL, EL DIENTE TOMA ASPECTO DE CAMPANA, CONOCIÉNDOSE EN EL PERIODO COMO DE CAMPANA.



LAS CÉLULAS MESENQUIMATOSAS DE LAS PAPILAS ADYACENTES A LA CAPA DENTAL INTERNA SE CONVIERTEN POR DIFERENCIACIÓN EN ODONTOBLASTOS, LAS CUALES ELABORAN LA PREDENTINA QUE SE DEPOSITA POR DEBAJO DE LA CAPA DENTAL INTERNA. ÉSTA SE CALCIFICA Y SE TRANSFORMA EN DENTINA DEFINITIVA. POSTERIORMENTE, LOS ODONTOBLASTOS RETROCEDEN HACIA LA PAPILA DENTAL Y DEJAN EN LA DENTINA PROLONGACIONES CITOPLÁSMICAS LLAMADAS FIBRAS DENTINARIAS.

LA CAPA QUE FORMA LOS ODONTOBLASTOS PERSISTE DURANTE TODA LA VIDA DEL DIENTE Y CONTINÚA PRODUCIENDO PREDENTINA, LA CUAL SE TRANSFORMARÁ EN DENTINA. LAS DEMÁS CÉLULAS DE LA PAPILA DENTAL FORMAN LA PULPA DEL DIENTE.

LAS CÉLULAS EPITELIALES DE LA CAPA DENTAL ORIGINAN POR DIFEREN-

-CIACIÓN A LOS AMELOBLASTOS, QUE SON LOS FORMADORES DEL ESMALTE. ESTAS CÉLULAS PRODUCEN LARGOS PRISMAS DE ESMALTE QUE SE DEPOSITAN SOBRE LA DENTINA.

LA UNIÓN DE CONTACTO ENTRE LAS DE ESMALTE Y DENTINA, SE DENOMINA UNIÓN AMELODENTINARIA. EN UN PRINCIPIO EL ESMALTE SE DEPOSITA EN EL BORDE DEL DIENTE, DE AHÍ SE DIRIGE AL CUELLO, FORMANDO EL REVESTIMIENTO DE ESMALTE DE LA CORONA.

EL DESARROLLO DE LA RAÍZ DEL DIENTE SE REALIZA DESPUÉS DE BROTTAR LA CORONA. LAS CAPAS EPITELIALES DENTALES INTERNAS Y EXTERNAS, SE ADOAN EN LA REGIÓN DEL CUELLO DEL DIENTE, INTERNÁNDOSE EN EL MESÉNQUIMA SUBYACENTE, FORMANDO LA VAINA RADICULAR EPITELIAL O DE HERTWIG.

LAS CÉLULAS DE LA PAPILA DENTAL QUE ESTÁN EN CONTACTO CON ESTA VAINA, SE DIFERENCIAN EN ODONTOBLASTOS, QUE DEPOSITAN UNA CAPA DE DENTINA QUE SE CONTINÚA CON LA DE LA CORONA. AL DEPOSITARSE CADA VEZ MÁS DENTINA LA CAVIDAD PULPAR SE ESTRECHA Y FORMA UN CONDUCTO QUE DARÁ CABIDA AL PAQUETE VASCULONERVIOSO DEL DIENTE.

LAS CÉLULAS MESENQUIMATOSAS SITUADAS POR FUERA DEL DIENTE Y EN CONTACTO CON LA DENTINA DE LA RAÍZ, DAN ORIGEN A LOS CEMENTOBLASTOS QUE VAN A ORIGINAR EL CEMENTO, QUE SE DEPOSITARÁ EN LA DENTINA DE LA RAÍZ. EL LIGAMENTO PARODONTAL, SE ORIGINA TAMBIÉN DEL MESÉNQUIMA. CUANDO LA RAÍZ SE ALARGA ULTERIORMENTE, LA CORONA ES EMPUJADA A TRAVÉS DE LOS TEJIDOS SUPRAYACENTES HASTA LLEGAR A LA CAVIDAD BUCAL.

LOS DIENTES DECIDUOS, BROTTAN APROXIMADAMENTE ENTRE LOS SEIS Y VEINTICUATRO MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO.

LOS PRIMORDIOS DE LOS DIENTES PERMANENTES, ESTÁN SITUADOS EN LA CARA LINGUAL DE LOS DIENTES CALDOS Y SE FORMAN DURANTE EL TERCER MES DE VIDA INTRAUTERINA.

EL DESARROLLO DE ÉSTOS, ES SEMEJANTE AL DE LOS DIENTES PRIMARIOS, CONSERVÁNDOSE INACTIVOS HASTA EL SEXTO AÑO DE LA VIDA, -- APROXIMADAMENTE EN ESTA FECHA COMIENZA A CRECER EMPUJANDO POR DEBAJO A LOS DIENTES DECIDUOS, ORIGINANDO ABSORCIÓN RADICULAR, LO QUE CONTRIBUYE A SU CAÍDA.

ESMALTE.

DESARROLLADO EMBRIOLÓGICAMENTE A PARTIR DEL PRIMORDIO EPITELIAL DENOMINADO ÓRGANO DEL ESMALTE, ES LA PROTECCIÓN ACELULAR Y ALTA MENTE MINERALIZADA QUE CUBRE A LA DENTINA EN TODA LA EXTENSIÓN DE LA CORONA Y SIRVE COMO LÍMITE DE ÉSTA. DURANTE EL PROCESO -- ERUPTIVO DEL DIENTE LOS ELEMENTOS CELULARES PRODUCTORES DE ESTE TEJIDO SE PIERDEN, DEBIDO A LA ABRASIÓN MASTICATORIA SIN ENCONTRAR LA POSIBILIDAD DE REGENERARSE POR FENÓMENOS CELULARES.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CONSTITUCIÓN QUÍMICA DEL ESMALTE ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE AL IGUAL QUE LOS DEMÁS TEJIDOS BIOMINERALIZADOS ESTÁ CONSTITUÍDO POR UNA MATRIZ ORGÁNICA, QUE BÁSICAMENTE ES UN COMPLEJO GLUCOPROTEICO QUE TIENE ADEMÁS CONSTITUYENTES LIPOPROTEICOS EN POCA CANTIDAD, SIN EMBARGO, NO EXISTE -- SUBSTANCIA INTERCELULAR DE TIPO FORME (COLÁGENA), YA QUE, SIENDO DERIVADO DEL ECTODERMO DE LA CAVIDAD BUCAL EN DESARROLLO, -- LOS AMELOBLASTOS O CÉLULAS PRODUCTORAS DEL ESMALTE NO SUELEN PRODUCIR ESTA SUBSTANCIA.

LOS CONSTITUYENTES INORGÁNICOS O MATRIZ INORGÁNICA QUE SE DEPO-

ESTÁN SOBRE LA MATRIZ ORGÁNICA, PRINCIPALMENTE SON COMPUESTOS -- EN DONDE EL CALCIO, EL FÓSFORO Y EL FLÚOR SON LOS COMPONENTES -- MÁS IMPORTANTES, AUNQUE SE PRESENTAN TAMBIÉN EN LAS MOLÉCULAS DE ESTOS COMPUESTOS, HAY ELEMENTOS MÁS SIMPLES COMO EL MAGNESIO, EL SODIO, CARBONATOS Y CITRATOS. GRAN PARTE DE ESTOS COMPUESTOS DAN LUGAR A LA FORMACIÓN DE LA APATITA O HIDROXIAPATITA, O A UN COMPUESTO PRODUCIDO POR LA CONSTITUCIÓN DE LOS HIDRÓXIDOS POR FLÚOR LLAMADO FLUORAPATITA.

NO HA SIDO POSIBLE EXPLICAR EL MECANISMO MOLECULAR MEDIANTE EL -- CUAL SE REALIZA LA FORMACIÓN DE MOLÉCULAS INORGÁNICAS DEL ESMALTE, DENTINA, CEMENTO Y HUESO, SIN EMBARGO, HA TENIDO UNA GRAN -- ACEPTACIÓN LA TEORÍA EPITÁCTICA O EPITÁXICA SEGÚN LA CUAL EXISTE LA POSIBILIDAD DE UN CRECIMIENTO CRISTALINO A PARTIR DE UNA INDUCCIÓN CON OTRO COMPUESTO SIMILAR, DE FORMA QUE LAS MOLÉCULAS SE ORGANIZARÁN EN CRISTALES, ESTRUCTURAS QUE HAN SIDO COMPROBADAS POR MEDIO DE ESTUDIOS CON DIFRACCIÓN DE RAYOS X.

EN EL ESMALTE ESTOS CRISTALES FORMAN AGREGADOS, QUE SE ORGANIZAN CON LA MATRIZ ORGÁNICA, CONTENIENDO CIERTA CANTIDAD DE AGUA, Y DANDO LUGAR A LA FORMACIÓN DE ESTRUCTURAS PRISMÁTICAS DE 4 A 6 μ DE DIÁMETRO QUE SE DENOMINAN PRISMAS DEL ESMALTE LOCALIZÁNDOSE EN DIRECCIÓN PERPENDICULAR A LA SUPERFICIE EXTERNA DEL DIENTE -- PARTIENDO DE LA UNIÓN AMELODENTINARIA.

LOS CRISTALES ESTÁN ALINEADOS EN SUS EJES LONGITUDINALES APROXIMADAMENTE PARALELOS AL EJE LONGITUDINAL DEL PRISMA AUNQUE A VECES MUESTRAN VARIACIONES DE LA DIRECCIÓN DE ACUERDO A LOS PERÍODOS DE AMELOGÉNESIS.

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS DIFERENTES ZONAS DEL ESMALTE DANDO LUGAR A FORMACIONES QUE ROMPEN LA CONTINUIDAD DE LA ESTRUCTURA MICROSCÓPICA. ALGUNAS DE ESTAS FORMACIONES SON:

- A) ESTRIAS DE RETZIUS
- B) BANDAS DE HUNTER-SCHREGER
- C) LAMELAS
- D) PENACHOS
- E) HUSOS Y AGUJAS
- F) ÁREAS HIPOPLÁSICAS

ESTRIAS DE RETZIUS. SON BANDAS DE MAYOR CALCIFICACIÓN EN EL ESMALTE, SE ENCUENTRAN COMO ZONAS MÁS OSCURAS RESULTANTES DE LA ACTIVIDAD RÍTMICA INTERMITENTE DE FORMACIÓN DE ESMALTE, PUES ÉSTE DESPUÉS DE UN PERÍODO DE FIJACIÓN ALTA, DE SALES, DECRECE SU ACTIVIDAD PARA VOLVER DESPUÉS A FIJAR CALCIO HASTA SU TERMINACIÓN.

BANDAS DE HUNTER-SCHREGER. ES UN EFECTO ÓPTICO DEBIDO A QUE LOS CRISTALES DE ESMALTE EN ÁREAS ADYACENTES, ESTÁN DISPUESTOS EN DISTINTA ANGULACIÓN, REFLEJANDO LA LUZ CON INTENSIDAD VARIABLE.

LAMELAS O LAMINILLAS DEL ESMALTE. ESTAS ESTRUCTURAS SE ENCUENTRAN EN EL ESMALTE EN DISPOSICIÓN PERPENDICULAR A LA SUPERFICIE DE LA CUTÍCULA DEL MISMO, SIENDO RECTAS Y ESTRECHAS. ESTAN CONSTITUIDAS POR MATERIAL ORGÁNICO POCO MINERALIZADO, OBSERVÁNDOSE ÉSTE DURANTE LA ERUPCIÓN Y DENOMINÁNDOSE LAMINILLAS PRIMARIAS.

LAS LAMELAS DENOMINADAS SECUNDARIAS, SE ORIGINAN DEBIDO A TRAUMATISMOS QUE PRODUCEN FISURAS QUE SE RELLENAN DE MATERIAL ORGÁNICO DE LA SALIVA.

PENACHOS DEL ESMALTE. SON HOJAS DE MATERIAL ORGÁNICO INCOMPLETAMENTE MINERALIZADO. SU ORIGEN SE ENCUENTRA EN LA UNIÓN DENTINA-ESMALTE, EXTENDIÉNDOSE PERPENDICULARMENTE HACIA LAS SUPERFICIES DEL ESMALTE EN FORMA DE ARBUSTOS. SE ENCUENTRAN INTERCALADOS ENTRE LOS HUSOS Y AGUJAS.

HUSOS Y AGUJAS. SON CONSIDERADAS ESTRUCTURAS DE ORIGEN DENTINARIO, YA QUE LOS TÚBULOS DENTINARIOS LLEGAN HASTA ELLOS EN LA ZONA ANASTOMÓTICA DE TOMES. DE LA UNIÓN AMELODENTINARIA SIGUEN UN CURSO RECTO ENCONTRÁNDOSELES EN LAS REGIONES DE LAS CÚSPIDES, ESTANDO CONSTITUIDOS POR MATRIZ ORGÁNICA DEL ESMALTE QUE NO SE MINERALIZÓ COMPLETAMENTE.

DENTINA.-

ES UN TEJIDO BIOMINERALIZADO MUY SIMILAR AL HUESO, PORQUE LOS MECANISMOS MEDIANTE LOS QUE SE PRODUCE SON MUY SEMEJANTES.

LA MATRIZ ORGÁNICA DE LA DENTINA SE SINTETIZA POR CÉLULAS PARECIDAS A LOS OSTEÓBLASTOS, LLAMADOS ODONTÓBLASTOS, QUE SINTETIZAN Y SECRETAN POLARIZADAMENTE LOS MUCOPOLISACÁRIDOS, ÁCIDOS SULFATADOS Y EL COLÁGENO QUE FORMAN RESPECTIVAMENTE LA MATRIZ AMORFA Y FORME. EN LA ETAPA DE HISTOGENESIS, LOS ODONTÓBLASTOS DEPOSITAN LA MATRIZ ORGÁNICA DENTINARIA EN UNA DIRECCIÓN, FORMANDO UNA CAPA QUE SE PONE EN CONTACTO CON LOS AMELOBLASTOS O CON EL ESMALTE, PARA FORMAR LA UNIÓN AMELODENTINARIA, LUEGO VAN ALEJANDO SU CUERPO DE LA UNIÓN AMELODENTINARIA PERO SIGUEN EN CONTACTO MEDIANTE UNA PROLONGACIÓN QUE SERÁ MÁS LARGA MIENTRAS MÁS DENTINA EXISTA. (PROCESO DE TOMES U ODONTÓBLÁSTICO).

LA PRESENCIA DE LOS PROCESOS ODONTÓBLÁSTICOS DETERMINA UN ESPA-

CITO TUBULAR QUE ES OCUPADO POR CADA UNO DE ELLOS Y SE LLAMA TUBULOS DENTINARIOS. CERCA DEL CUERPO DE LOS ODONTOBLASTOS, ÉSTOS TUBULOS TIENEN UN DIÁMETRO DE 0.002μ ESTE DIÁMETRO ES MENOR Y CON RAMIFICACIONES EN TANTO SE ACERCAN A LA UNIÓN AMELO DENTINARIA.

LA PREDENTINA O DENTINA INMADURA ES LA MATRIZ DENTINARIA ANTES DE MINERALIZARSE Y ÉSTA SE INICIA SIMULTÁNEAMENTE EN VARIAS -- ÁREAS GLOBULARES QUE CONFLUYEN Y SE FUSIONAN. ESTE PROCESO ES -- CONSTANTE HASTA QUE SE COMPLETA LA MINERALIZACIÓN, Y A DIFERENCIA DEL HUESO ÉSTA PERSISTE POR MUCHO TIEMPO, AÚN HABIENDO SIDO ELIMINADOS LOS ODONTOBLASTOS, LO QUE PERMITE QUE ESTA DENTINA -- NO SE DESTRUYA CUANDO SE SUBSTITUYE LA PULPA DENTARIA POR ALGÚN MATERIAL DE OBTURACIÓN GENERALMENTE INERTE, EN TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA.

LA DENTINA PERITUBULAR ES LA PORCIÓN DE MATRIZ DENTINARIA QUE -- ESTÁ EN CONTACTO DIRECTO CON LA PROLONGACIÓN ODONTOBLÁSTICA, -- CONTIENE MAYOR CANTIDAD DE MINERALES, DANDO MAYOR DENSIDAD QUE EL RESTO. LA COMPOSICIÓN DE LA DENTINA VARÍA CON LAS ETAPAS DEL DESARROLLO, PERO SE CONSIDERA QUE LA MATERIA INORGÁNICA CONSTITUYE EL 70% DE PESO Y LA MATERIA ORGÁNICA Y EL AGUA SERÍAN EL -- 18 Y 12% RESPECTIVAMENTE.

LA DENTINOGENESIS AL IGUAL QUE LA AMELOGÉNESIS ORIGINA DIVERSAS FORMACIONES EN LA ESTRUCTURA NORMAL QUE PUEDEN SER OBSERVADAS -- AL MICROSCOPIO, ALGUNAS DE LAS CUALES PUEDEN DEBERSE A LA REACCIÓN QUE LOS ODONTOBLASTOS TIENEN ANTE DIVERSAS AGRESIONES.

LAS VARIACIONES MÁS OBSERVADAS SON:

A) LÍNEAS DE VON EBNER Y OWEN. SON LÍNEAS EQUIVALENTE A LAS ESTRÍAS DE RETZIUS DEL ESMALTE Ó SEA CALCIFICACIONES PERIÓDICAS INTENSAS.

B) DENTINA SECUNDARIA. ES LA DENTINA QUE CONTINÚA DEPOSITÁNDOSE DESPUÉS DE LA ERUPCIÓN DEL DIENTE. LA LÍNEA NEONATAL LA SEPARA DE LA DENTINA PRIMARIA. LA DENTINA SECUNDARIA CONTINÚA FORMÁNDOSE DURANTE TODA LA VIDA, OCACIONANDO DISMINUCIÓN DE VOLÚMEN EN LA PULPA; ASÍ EN INDIVIDUOS JÓVENES, LA CAVIDAD PULPAR ES GRANDE, MIENTRAS QUE EN INDIVIDUOS VIEJOS ES ESTRECHA.

C) DENTINA INTERGLOBULAR. EXAMINANDO ALGUNAS ÁREAS DE LA DENTINA MADURA EN ESPECIAL CERCA DEL ESMALTE, SE PUEDEN OBSERVAR MANCHAS OSCURAS CORRESPONDIENTES A ÁREAS DE HIPOMINERALIZACIÓN, PRESENTÁNDOSE EN NÚMERO Y DISPOSICIÓN VARIABLES.

D) DENTINA IMPERFECTA. SE LE LLAMA TAMBIÉN HIPOCALCIFICACIÓN DENTINARIA, Y ES UNA VARIANTE EN LA MINERALIZACIÓN DEL TEJIDO DURANTE LA ETAPA DE HISTODIFERENCIACIÓN, RESULTANDO FORMACIÓN IRREGULAR DE LOS TUBOS.

E) DENTINA ESCLERÓTICA. ES LA CALCIFICACIÓN DE LOS TUBOS DENTINARIOS POR APOSICIÓN DEL CALCIO, Y RETRACCIÓN DE LAS FIBRAS DE TOMES, DEBIDO A UNA REACCIÓN DEFENSIVA DE LA DENTINA.

CEMENTO.-

ES EL ÚLTIMO DE LOS TEJIDOS MINERALIZADOS DEL DIENTE Y CUBRE A LA DENTINA CONSTITUYENDO ASÍ LOS LÍMITES DE LA PORCIÓN RADICULAR DENTARIA. PUEDE TENER DE 0.1 A 1 MM. DE ESPESOR; EL SITIO DE MAYOR GROSOR DEL CEMENTO ES EL ÁPICE, AQUÍ ES DONDE SE ENCUENTRAN LOS CEMENTOCITOS.

SIENDO UN TEJIDO CONECTIVO ESPECIALIZADO EN EL SUORTE SIMILAR AL HUESO. SU ORGANIZACIÓN NO PRESENTA ELEMENTOS VASCULARES SANGUÍNEOS. EXISTEN DOS TIPOS DE CEMENTO: EL ACELULAR, ORIENTADO HACIA EL CUELLO DENTARIO Y MÁS DELGADO; EL CELULAR QUE SE ENCUENTRA EN LA POSICIÓN APICAL, CONTINUÁNDOSE CON EL CEMENTO ACELULAR.

ES UN TEJIDO DE PRODUCCIÓN CONTÍNUA, CUYO CRECIMIENTO MANTIENE EL CRECIMIENTO DE LA RAÍZ PARA ASEGURAR SU CORRECTA FIJACIÓN AL ALVEOLO ÓSEO. REACCIONA FÁCILMENTE PUDIÉNDOSE LLEVAR A CABO, MECANISMOS DE RESORCIÓN O DE REABSORCIÓN. SU CRECIMIENTO CONSTANTE COMPENSA EL DESGASTE DE LA SUPERFICIE OCLUSAL FISIOLÓGICO, MANTENIENDO LA ALTURA DEL DIENTE.

LA CEMENTOGÉNESIS ES SIMILAR A LA OSTEOGÉNESIS, COMENZANDO CON LA DIFERENCIACIÓN Y ACTIVACIÓN DE LAS CÉLULAS DENOMINADAS CEMENTOBLASTOS QUE SE ENCARGAN DE LA SÍNTESIS DE LA MATRIZ ORGÁNICA QUE POSEE HASTA 90% DE COLÁGENA, ADEMÁS DE PROTEÍNAS QUE FORMAN COMPLEJOS CON MUCOPOLISACÁRIDOS ÁCIDOS SULFATADOS.

LOS CEMENTOBLASTOS QUEDAN ATRAPADOS EN LA MATRIZ, QUE AL MINERALIZARSE IMPIDE SU MOVIMIENTO Y ENTONCES SE LES LLAMA CEMENTOCITOS. DE MANERA SIMILAR A LA OSTEOGÉNESIS, QUEDAN PEQUEÑOS CONDUCTOS OCUPADOS POR PROLONGACIONES CELULARES, QUE SIRVEN PARA DESPLAZAMIENTOS DE MATERIALES LÍQUIDOS Y COMO EN EL HUESO SE LES LLAMA "CANALÍCULOS".

EL CEMENTO ES UN TEJIDO MUY IMPORTANTE YA QUE EN ÉL SE FIJAN LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL (SHARPEY) LO MISMO QUE EN HUESO ALVEOLAR. POR LO TANTO DE SU SALUD DEPENDE LA ADECUADA FUNCIÓN DE SU SISTEMA DE FIJACIÓN.

PULPA DENTARIA. -

DE LOS TEJIDOS DENTARIOS, LA PULPA ES EL ÚNICO QUE NO SE MINERALIZA EN CONDICIONES NORMALES.

SE ORIGINA A PARTIR DE LA PAPILA DENTARIA Y A PARTIR DE AQUÍ SE DIFERENCIAN LOS ODONTOBLASTOS, SUS COMPONENTES FUNDAMENTALES PARECEN SER MESENQUIMATOSOS Y POR ESTA RAZÓN UNA VEZ DIFERENCIADA, LA PULPA ES UNA VARIEDAD MUY ESPECIAL DE TEJIDO CONECTIVO O CONJUNTIVO. EXISTEN VARIACIONES EN CUANTO AL CONTENIDO DE AGUA, SUBSTANCIAS INTERCELULARES Y CÉLULAS EN RELACIÓN A LA EDAD Y DESARROLLO. SE CLASIFICA EN EDADES TEMPRANAS COMO TEJIDO CONECTIVO MUCOSO, POR SU GRAN CONTENIDO DE MUCOPOLISACÁRIDOS ÁCIDOS, NO SULFATADOS, (ÁCIDO HIALURÓNICO). LUEGO CON LA EDAD, EL CONTENIDO DE FIBRAS, PRINCIPALMENTE COLÁGENAS VA AUMENTANDO A EXPENSAS DE UNA DISMINUCIÓN DEL ÁCIDO HIALURÓNICO, MOTIVO POR EL CUAL DURANTE ESTE PERÍODO SE LE CLASIFICA COMO TEJIDO CONECTIVO LAXO. SIN EMBARGO SE CONSIDERA QUE LA PULPA CONSERVA SU NATURALEZA DE INMADUREZ E INDIFERENCIACIÓN TOMANDO EN CUENTA QUE TIENE CÉLULAS NO DIFERENCIADAS, CAPACES DE TRANSFORMARSE EN CUALQUIERA DE LOS TIPOS DIFERENCIADOS, INCLUSIVE EN ODONTOBLASTOS. ESTA CONSIDERACIÓN ES MUY IMPORTANTE, YA QUE ASÍ SE EXPLICAN LA EXTRAORDINARIA REACTIVIDAD QUE LA PULPA TIENE PARA EFECTUAR NEODENTINOGENÉISIS, ES DECIR, LA DIFERENCIACIÓN Y BIOSÍNTESIS DE NUEVA DENTINA, QUE EN GENERAL RECIBE EL NOMBRE DE DENTINA SECUNDARIA. EN PROMEDIO LA COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LA PULPA ES MUY PARECIDA A MUCHAS PARTES BLANDAS, Y ES 25% DE MATERIA ORGÁNICA Y 75% DE AGUA.

LA COMPOSICIÓN CELULAR DE LA PULPA ES ACORDE A LA DE UN TEJIDO CONECTIVO POCO DIFERENCIADO, PERO CLARO ESTÁ, LAS VARIACIONES -

POR LAS CONDICIONES FISIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS A QUE SE VEA SOMETIDA NOS DARÍA ELEMENTOS DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA E INMUNOLÓGICA.

VASCULARIZACIÓN E INERVACIÓN.-

SE EFECTÚA A TRAVÉS DEL CONDUCTO RADICULAR APICAL O PENETRANDO - POR CUALQUIER CONDUCTO ACCESORIO, EXTENDIÉNDOSE A TODA LA PULPA DE MANERA PROFUSA.

VASCULARIZACIÓN.- AL PENETRAR LAS ARTERIAS PEQUEÑAS O ARTERIOLAS, SE RAMIFICAN LATERALMENTE Y ORIGINAN UNA AMPLIA RED CAPILAR QUE ES MÁS ABUNDANTE EN LA PERIFERIA, REGIÓN OCUPADA POR LOS ODONTOBLASTOS Y QUE SE LLAMA REGIÓN ODONTOBLÁSTICA Y REGIÓN SUB-ODONTOBLÁSTICA O DE WEIL.

PARODONTO.-

SE CONSIDERA PARODONTO A LAS ESTRUCTURAS Y TEJIDOS ASOCIADOS ÍNTIMAMENTE A LA FIJACIÓN Y FUNCIONES VITALES DEL DIENTE.

LOS TEJIDOS PARODONTALES SON: LIGAMENTO PARODONTAL Y HUESO ALVEOLAR.

LIGAMENTO PARODONTAL.-

TAMBIÉN LLAMADO PERIRADICULAR YA QUE SU RELACIÓN SE LIMITA A LA RAÍZ DEL DIENTE, ESTÁ CONSTITUÍDO POR UN TEJIDO CONJUNTIVO MUY FIBROSO, CON UNA CELULARIDAD MUY NOTABLE Y EL MÁS ELEVADO METABOLISMO DE RENOVACIÓN DE SUS PROTEÍNAS, PRINCIPALMENTE COLÁGENA. TIENE FIBRAS ORIENTADAS DE FORMA TAL QUE CUALQUIER TRACCIÓN EN CUALQUIER DIRECCIÓN PUEDE SER SOPORTADA POR ELLAS, YA QUE SE ANCLAN EN EL CEMENTO Y EN EL HUESO ALVEOLAR.

HUESO ALVEOLAR, -

TAMBIÉN DENOMINADO LÁMINA DENSA O DURA, ES LA PORCIÓN DEL MAXILAR Y DE LA MANDÍBULA EN RELACIÓN INMEDIATA AL LIGAMENTO PARODONTAL. ES TEJIDO ÓSEO QUE SE CONSERVA CON CARACTERÍSTICAS DE INMADURO, POR LO QUE SE FACILITA SU REMODELACIÓN EN CASO NECESARIO, FACTOR IMPORTANTE PARA EL EJERCICIO DE LA ORTODONCIA, PARA LLEVAR A CABO MOVIMIENTOS DENTARIOS.

2.2. MORFOLOGÍA Y NOMENCLATURA DE DIENTES DECIDUOS.

EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LAS DENTICIONES PRIMARIAS Y PERMANENTES EN CUANTO A SU MORFOLOGÍA, EN TAMAÑO DE LAS PIEZAS Y EN SU DISEÑO GENERAL EXTERNO E INTERNO, Y SON:

- 1.- LAS DIMENSIONES DE LAS PIEZAS PRIMARIAS SON MÁS PEQUEÑAS -- QUE LAS PERMANENTES.
- 2.- LAS CORONAS DE LAS PIEZAS PRIMARIAS SON MÁS ANCHAS EN SU -- DIÁMETRO MESIODISTAL EN RELACIÓN CON SU ALTURA CERVICO-OCCLUSAL, DANDO A LAS PIEZAS ANTERIORES ASPECTO DE COPA Y A LOS MOLARES -- ASPECTO MÁS APLANADO.
- 3.- LOS SURCOS CERVICALES SON MÁS PRONUNCIADOS EN BUCAL EN LOS PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS.
- 4.- LAS SUPERFICIES BUCALES Y LINGUALES DE LOS MOLARES PRIMARIOS SON APLANADAS EN LA DEPRESIÓN CERVICAL QUE LAS DE LOS MOLARES -- PERMANENTES.
- 5.- LAS SUPERFICIES BUCALES Y LINGUALES DE LOS MOLARES PRIMA-- RIOS CONVERGEN HACIA LAS SUPERFICIES OCLUSALES, SIENDO EL DIÁME-- TRO BUCO-LINGUAL DE LA SUPERFICIE OCLUSAL MENOR QUE EL DIÁMETRO CERVICAL.

6.- LAS PIEZAS PRIMARIAS TIENEN UN CUELLO MÁS ESTRECHO QUE LOS MOLARES PERMANENTES.

7.- EN LOS PRIMEROS MOLARES LA CAPA DE ESMALTE TERMINA EN UN BORDE DEFINIDO, EN VEZ DE IR DESVANECIÉNDOSE HASTA LLEGAR A SER DE UN FILO DE PLUMA, COMO EN LOS MOLARES PERMANENTES.

8.- LA CAPA DE ESMALTE ES MÁS DELGADA Y TIENE PROFUNDIDAD MÁS CONSISTENTE, TENIENDO EN TODA LA CORONA APROXIMADAMENTE UN MILÍMETRO DE ESPESOR.

9.- LAS VARILLAS DE ESMALTE EN EL CERVIX SE INCLINAN OCLUSALMENTE EN VEZ DE ORIENTARSE GINGIVALMENTE.

10.- LAS ESTRUCTURAS DENTALES SON DE MENOR TAMAÑO.

11.- LOS CUERNOS PULPARES ESTÁN MÁS ALTOS EN LOS MOLARES PRIMARIOS, ESPECIALMENTE LOS MESIALES, Y LAS CÁMARAS PULPARES SON MAYORES.

12.- EXISTE UN ESPESOR DE DENTINA MAYOR SOBRE LA PARED PULPAR EN LA FOSA OCLUSAL DE LOS MOLARES PRIMARIOS.

13.- LAS RAÍCES DE LAS PIEZAS ANTERIORES SON MESIODISTALMENTE -- MÁS ESTRECHAS.

14.- LAS RAÍCES SON MÁS LARGAS Y MÁS DELGADAS EN RELACIÓN CON EL TAMAÑO DE LA CORONA.

15.- LAS RAÍCES DE LOS MOLARES PRIMARIOS SE EXPANDEN MÁS, A MEDIDA QUE SE ACERCAN A LOS ÁPICES. ÉSTO PERMITE EL LUGAR NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE LOS BROTES PERMANENTES.

16.- LAS RAÍCES DE LOS MOLARES PRIMARIOS SE EXPANDEN HACIA AFUEIRA MÁS CERCA DEL CERVIX QUE EN LA DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

17.- TIENEN GENERALMENTE COLOR MÁS CLARO.

INCISIVOS SUPERIORES.-



SON MUY SIMILARES EN MORFOLOGÍA.

CORONA.- LOS INCISIVOS CENTRALES SON MÁS CORTOS EN FORMA INCISOCERVICAL QUE EN FORMA MESIODISTAL. EL BORDE INCISAL ES LARGO, - UNIÉNDOSE A LA SUPERFICIE MESIAL EN ÁNGULO AGUDO Y A LA SUPERFICIE DISTAL EN ÁNGULO MÁS REDONDEADO Y OBTUSO. ÉSTE BORDE SE FORMA DE UN LÓBULO DE DESARROLLO.

LAS SUPERFICIES PROXIMALES SON CONVEXAS LABIOLINGUALMENTE. TIENEN UN BORDE CERVICAL MUY PRONUNCIADO, CÓNCAVO EN DIRECCIÓN A LA RAÍZ.

SUPERFICIE LABIAL.- ES CONVEXA MESIODISTALMENTE Y MENOS CONVEXA EN SU ASPECTO INCISOCERVICAL.

SUPERFICIE LINGUAL.- PRESENTAN UN SÍNGULO BIEN DEFINIDO Y BORDES MARGINALES ELEVADOS SOBRE LA SUPERFICIE DE LA PIEZA QUE RODEA.

CAVIDAD PULPAR.- SE CONFORMAN A LA SUPERFICIE GENERAL DE LA PIEZA, PRESENTAN TRES PROYECCIONES EN SU BORDEN INCISAL, UN CANAL PULPAR ÚNICO, ÉSTE Y LA CÁMARA PULPAR SON GRANDES EN COMPARACIÓN CON SUS SUCESORES PERMANENTES. EL CANAL PULPAR SE ADELGAZA DE MANERA EQUILIBRADA HASTA TERMINAR EN EL AGUJERO APICAL.

SU LONGITUD CERVICO-INCISAL SE EQUIPARA APROXIMADAMENTE A LA DE LOS INCISIVOS LATERALES. SUS SUPERFICIES LABIALES SON APLANADAS.

LA RAÍZ DEL INCISIVO LATERAL ES DELGADA Y TAMBIÉN SE ADELGAZA. RAÍZ.- PRESENTAN UNA RAÍZ DE FORMA CÓNICA Y TERMINA EN UN ÁPICE REDONDEADO.

CANINO SUPERIOR.-



AL IGUAL QUE LOS CANINOS PERMANENTES SON MAYORES QUE LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES.

CORONA.-

SUPERFICIE LABIAL.-

ES CONVEXA DOBLÁNDOSE LINGUALMENTE DESDE UN LÓBULO CENTRAL DE DESARROLLO, ÉSTE SE EXTIENDE OCLUSALMENTE PARA FORMAR LA CÚSPIDE, ÉSTA A SU VEZ SE EXTIENDE INCISALMENTE Y DESDE EL CENTRO DEL ASPECTO LABIAL, EL BORDE MESIO-INCISAL ES MÁS LARGO QUE EL DISTO-INCISAL.

SUPERFICIE MESIAL Y DISTAL.-

SON CONVEXAS, SE INCLINAN LINGUALMENTE, AMBAS CONVERGEN AL APROXIMARSE AL ÁREA CERVICAL. LA PIEZA ES MÁS ANCHA LABIOLINGUALMENTE QUE CUALQUIERA DE LOS INCISIVOS.

SUPERFICIE LINGUAL.-

ES CONVEXA EN TODAS DIRECCIONES. EXISTE UN BORDE LINGUAL QUE SE EXTIENDE DEL CENTRO DE LA PUNTA DE LA CÚSPIDE LINGUALMENTE, A TRAVESANDO LA SUPERFICIE LINGUAL Y SEPARANDO LOS SURCOS Ó DEPRESIONES DE DESARROLLO MESIOLINGUAL Y DISTOLINGUAL. EL CÍNGULO PRESENTA UN CONTORNO AFILADO, EL BORDE MARGINAL MESIAL ES MÁS PROMINENTE QUE EL BORDE DISTAL MARGINAL.

CAVIDAD PULPAR.

SIGUE EL CONTORNO DE LA SUPERFICIE DE LA PIEZA. EL CUERNO CENTRAL PULPAR SE PROYECTA INCISALMENTE, ES MAYOR QUE LA PROYECCIÓN MESIAL A CAUSA DE LA MAYOR LONGITUD DE LA SUPERFICIE DISTAL. EL CANAL SE ADELGAZA A MEDIDA QUE SE ACERCA AL ÁPICE.

RAÍZ.-

ES LARGA, ANCHA Y LIGERAMENTE APLANADA MESIODISTALMENTE. EL API

CE DEL DIENTE ES REDONDEADO.

PRIMER MOLAR SUPERIOR.-



ES EL QUE MÁS SE PARECE A LA PIEZA QUE LO SUSTITUYE, NO SÓLO EN DIÁMETRO, SINO EN FORMA, PRESENTA CINCO SUPERFICIES: BUCAL, LINGUAL, MESIAL, DISTAL Y OCLUSAL. LA RAÍZ PRESENTA TRES PÚAS DIVERGENTES.

CORONA.

SUPERFICIE BUCAL.-

ES CONVEXA EN TODAS DIRECCIONES, SU MAYOR CONVEXIDAD ES EN POSICIÓN OCLUSOGINGIVAL EN EL BORDE CERVICAL. ESTA SUPERFICIE ESTÁ DIVIDIDA POR EL SURCO BUCAL, SITUADO EN POSICIÓN DISTAL AL CENTRO DE LA PIEZA, HACIENDO QUE LA CÚSPIDE MESIOBUCAL SEA MÁS GRANDE QUE LA DISTOBUCAL.

EXISTE UN BORDE BUCAL DE DESARROLLO EN ESTA CÚSPIDE QUE SE EXTIENDE DESDE LA PUNTA DE LA CÚSPIDE HASTA EL MÁRGEN CERVICAL.

SUPERFICIE LINGUAL.-

LIGERAMENTE CONVEXA EN DIRECCIÓN OCLUSOCERVICAL Y CONVEXA MESIO DISTALMENTE.

SUPERFICIE MESIAL.-

TIENE MAYOR DIÁMETRO EN EL BORDE CERVICAL QUE EN EL OCLUSAL, Y SE INCLINA DISTALMENTE DEL ÁNGULO DE LÍNEA MESIOBUCAL HACIA LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL, SIENDO EL ÁNGULO MESIOBUCAL MÁS AGUDO Y EL ÁNGULO DE LÍNEA MESIOLINGUAL OBTUSO.

SUPERFICIE DISTAL.-

LIGERAMENTE CONVEXA EN AMBAS DIRECCIONES, UNIÉNDOSE A LAS CÚSPIDES BUCAL Y LINGUAL EN ÁNGULO CASI RECTO; ES MÁS ESTRECHA QUE LA

SUPERFICIE MESIAL Y MÁS ESTRECHA OCLUSALMENTE QUE LA CERVICAL.
SUPERFICIE OCLUSAL.-

PRESENTA UN MARGEN BUCAL MÁS LARGO QUE EL LINGUAL. EL MARGEN MESIAL SE UNE AL MARGEN BUCAL EN ÁNGULO AGUDO, Y CON EL MARGEN LINGUAL EN ÁNGULO OBTUSO. COMPRENDE CUATRO CÚSPIDES: LA MESIOBUCAL; LA DISTOBUCAL, LA MESIOLINGUAL Y DISTO LINGUAL. EL ASPECTO BUCAL COMPRENDE LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL Y DISTOBUCAL. LA CÚSPIDE MESIOBUCAL ES MÁS LARGA Y MÁS PROMINENTE, OCUPA LA MAYOR PORCIÓN DE LA SUPERFICIE BUCO-OCLUSAL. LA FORMAN TRES CAVIDADES: CENTRAL, MESIAL, QUE ES MÁS PROFUNDA Y DISTAL. LA CENTRAL, EN LA PORCIÓN CENTRAL DE LA SUPERFICIE OCLUSAL Y FORMA EL CENTRO DE TRES SURCOS PRIMARIOS: EL BUCAL, QUE SE EXTIENDE BUCALMENTE HACIA LA SUPERFICIE, DIVIDIENDO LAS CÚSPIDES BUCALES; EL MESIAL QUE SE EXTIENDE MESIALMENTE HACIA LA CAVIDAD MESIAL, Y EL DISTAL QUE SE ATRAVIESA HACIA LA CAVIDAD DISTAL.

RAÍCES.-

SON TRES: UNA MESIOBUCAL, UNA DISTOBUCAL, LA MÁS CORTA, Y UNA LINGUAL, MÁS LARGA Y DIVERGENTE EN DIRECCIÓN LINGUAL.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.-

E | E

ES UNA PIEZA QUE POSEE CUATRO CÚSPIDES, AUNQUE A MENUDO EXISTE UNA QUINTA CÚSPIDE EN EL ASPECTO MESIOLINGUAL.

CORONA.-

EL ASPECTO EXTERIOR ES SIMILAR AL PRIMER MOLAR PERMANENTE, PERO ES MÁS PEQUEÑA Y MÁS ANGULAR, CONVERGE MÁS HACIA OCLUSAL, TIENE UN BORDE CERVICAL MÁS PRONUNCIADO EN LA SUPERFICIE BUCAL.

SUPERFICIE BUCAL.-

PRESENTA UN BORDE CERVICAL, ESTÁ DIVIDIDA POR EL SURCO BUCAL EN UNA CÚSPIDE MESIOBUCAL Y UNA DISTOBUCAL, LA MESIOBUCAL ES MAYOR.

SUPERFICIE LINGUAL.-

ES CONVEXA, ESTÁ DIVIDIDA POR EL SURCO LINGUAL QUE ES PROFUNDO - EN EL ASPECTO OCLUSAL Y DISMINUYE CUANDO SE UNE AL TERCIO CERVICAL DE LA PIEZA. ESTE SURCO DIVIDE LA SUPERFICIE EN UNA CÚSPIDE MESIOLINGUAL QUE ES MÁS ELEVADA Y MÁS EXTENSA QUE LA DISTOLINGUAL.

SUPERFICIE MESIAL.-

PRESENTA UN BORDE MARGINAL ELEVADO; EL ÁNGULO MESIOBUCAL ES AGUDO Y EL ÁNGULO MESIOLINGUAL OBTUSO.

ESTA SUPERFICIE ES CONVEXA OCLUSOCERVICALMENTE, Y MENOS CONVEXA BUCOLINGUALMENTE.

SUPERFICIE DISTAL.-

ES CONVEXA OCLUSOCERVICALMENTE, BUCOLINGUALMENTE ES APLANADA EN SU PORCIÓN CENTRAL.

SUPERFICIE OCLUSAL.-

EXISTEN CUATRO CÚSPIDES Y A VECES UNA MÁS PEQUEÑA, ESTA SUPERFICIE ES PARECIDA AL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

LA CÚSPIDE MESIOBUCAL ES LA SEGUNDA EN TAMAÑO, TIENE UNA INCLINACIÓN MÁS PROFUNDA HACIA SU BORDE LINGUAL CUANDO SE ACERCA AL SURCO CENTRAL DE DESARROLLO. LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL ES MAYOR Y OCUPA LA PORCIÓN MÁS EXTENSA DEL ÁREA OCLUSOLINGUAL. LA CÚSPIDE DISTOLINGUAL ES LA MENOR, ESTÁ SEPARADA DE LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL POR UN SURCO DISTOLINGUAL. ESTA SUPERFICIE PRESENTA TRES CA

-VIDADES: LA CENTRAL, GRANDE Y PROFUNDA, ES EL PUNTO DE UNIÓN DEL SURCO BUCAL Y DEL SURCO MESIAL, QUE UNE LA PROFUNDIDAD MESIAL MÁS LLANA, Y EL SURCO DISTAL QUE ATRAVIESA EL BORDE OBLÍCUO PARA UNIRSE A LA CAVIDAD DISTAL. LA CAVIDAD DISTAL ES PROFUNDA Y ESTÁ RODEADA DE SURCOS TRIANGULARES.

CAVIDAD PULPAR.-

CONSTA DE UNA CÁMARA Y TRES CANALES, LA CÁMARA PULPAR SIGUE EL CONTORNO DE LA PIEZA Y POSEE CUATRO CUERNOS, PUEDE LLEGAR A -- EXISTIR UN QUINTO CUERNO MESIOLINGUAL Y CUANDO EXISTE ES PEQUEÑO, EL CUERNO PULPAR MESIOBUCAL ES EL MAYOR Y PUNTIAGUDO, EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL ES SEGUNDO EN TAMAÑO Y LIGERAMENTE -- MÁS LARGO QUE EL DISTOBUCAL, EL CUERNO PULPAR DISTOLINGUAL ES -- EL MENOR Y MÁS CORTO.

EXISTEN TRES CANALES PULPARES QUE CORRESPONDEN A LAS RAÍCES, SIGUIENDO EL DELINEADO DE ÉSTAS.

RAÍCES.-

LA RAÍZ DEL SEGUNDO MOLAR ESTÁ FORMADA POR TRES PÚAS: UNA RAÍZ MESIOBUCAL, UNA DISTOBUCAL Y UNA LINGUAL, ÉSTAS SON DELGADAS Y SE ENSANCHAN MÁS A MEDIDA QUE SE ACERCAN AL ÁPICE. LA RAÍZ DISTOBUCAL ES LA MÁS CORTA Y LA MÁS ESTRECHA DE LAS TRES.

INCISIVOS INFERIORES.-

B A | A B

SON ESTRECHOS, EL LATERAL ES LIGERAMENTE MÁS ANCHO Y LARGO QUE EL CENTRAL Y CON RAÍZ MÁS LARGA.

CORONA.-

LA SUPERFICIE LABIAL ES CONVEXA, CON LA MAYOR CONVEXIDAD EN EL BORDE CERVICAL, TIENDE A APLANARSE A MEDIDA QUE SE ACERCA AL --

BORDE INCISAL, ÉSTE SE UNE A LAS SUPERFICIES PROXIMALES EN ÁNGULOS CASI RECTOS EN EL INCISIVO CENTRAL. EL INCISIVO LATERAL ES - MENOS ANGULAR, EL BORDE INCISAL SE UNE A LA SUPERFICIE MESIAL EN EL ÁNGULO AGUDO, Y CON LA SUPERFICIE DISTAL EN ÁNGULO OBTUSO, ESTE BORDE SE INCLINA EN POSICIÓN CERVICAL A MEDIDA QUE SE ACERCA AL BORDE DISTAL PARA TOCAR LA SUPERFICIE MESIAL DEL CANINO MANDIBULAR.

SUPERFICIE DISTAL Y MESIAL.-

SON CONVEXAS LABIOLINGUALMENTE, Y HACEN CONTACTO CON LOS DIENTES ADYACENTES EN EL TERCIO INCISAL DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES.

SUPERFICIES LINGUALES.-

SON MÁS ESTRECHAS EN EL DIÁMETRO QUE LAS LABIALES, Y LAS PAREDES SE INCLINAN LINGUALMENTE A MEDIDA QUE SE ACERCAN AL ÁREA CERVICAL; EL SÍNGULO OCUPA EL TERCIO CERVICAL DE LA SUPERFICIE LINGUAL.

CAVIDAD PULPAR.-

SIGUE LA SUPERFICIE DEL CONTORNO DE LA PIEZA. ES MÁS ANCHA MESIODISTALMENTE EN EL TECHO. LABIOLINGUALMENTE LA CÁMARA ES MÁS ANCHA EN EL SÍNGULO O LÍNEA CERVICAL. EL CANAL PULPAR ES OVALADO Y SE ADELGAZA CUANDO SE ACERCA AL ÁPICE. EN EL INCISIVO CENTRAL, EXISTE UNA DEMARCACIÓN EN LA CÁMARA PULPAR Y EL CANAL, LO QUE NO OCURRE EN EL INCISIVO LATERAL.

RAÍZ.-

ES LIGERAMENTE APLANADA MESIODISTALMENTE Y SE ADELGAZA HACIA EL ÁPICE. LA RAÍZ DEL INCISIVO LATERAL ES MÁS LARGA Y TAMBIÉN SE ADELGAZA HACIA EL ÁPICE.

CANINO INFERIOR.-

C | C

TIENE LA MISMA FORMA GENERAL QUE EL CONTORNO DEL CANINO SUPERIOR PERO NO ES TAN BULBOSO LABIOLINGUALMENTE, NI TAN ANCHO MESIODISTALMENTE.

CORONA.-

SUPERFICIE LABIAL.-

CONVEXA EN TODAS DIRECCIONES, TIENE UN LÓBULO CENTRAL PROMINENTE QUE TERMINA INCISALMENTE EN LA PORCIÓN LABIAL DE LA CÚSPIDE.

BORDE INCISAL.-

MÁS ELEVADO EN EL ÁPICE DE LA CÚSPIDE Y AVANZA CERVICALMENTE EN DIRECCIÓN MESIAL Y DISTAL, EL BORDE INCISAL DISTAL ES MÁS LARGO Y HACE INTERCUSPIDACIÓN CON EL BORDE MESIOINCISAL DEL CANINO SUPERIOR.

SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL.-

SON CONVEXAS EN EL TERCIO CERVICAL, LA SUPERFICIE MESIAL PUEDE VOLVERSE CÓNCAVA A MEDIDA QUE SE APROXIMA AL BORDE CERVICAL.

SUPERFICIE LINGUAL.-

PRESENTA TRES BORDES; EL BORDE LINGUAL AYUDA EN LA FORMACIÓN DEL ÁPICE DE LA CÚSPIDE. LOS BORDES MARGINALES SON MENOS PROMINENTES. EL BORDE MARGINAL DISTAL ES LIGERAMENTE MÁS LARGO QUE EL INCISAL. EL SÍNGULO ES ESTRECHO A CAUSA DE LA CONVERGENCIA DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES.

CAVIDAD PULPAR.-

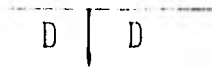
SE CONFORMA AL CONTORNO DE LA SUPERFICIE DE LA PIEZA, LA CÁMARA PULPAR SIGUE EL CONTORNO DE LA PIEZA.

RAÍZ.-

PRESENTA UNA RAÍZ CON DIÁMETRO LABIAL MÁS ANCHO QUE EL LINGUAL. LAS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL ESTÁN LIGERAMENTE APLANADAS. LA

RALZ SE ADELGAZA HACIA UN ÁPECE PUNTIAGUDO.

PRIMER MOLAR INFERIOR.-



ESTA PIEZA ES MORFOLÓGICAMENTE ÚNICA ENTRE LOS MOLARES. SU BORDE MARGINAL MESIAL ES MUY DESARROLLADO, Y SE PARECE ALGO A LA QUINTA CÚSPIDE.

CORONA.

SUPERFICIE BUCAL.-

ES CONVEXA EN DIRECCIÓN MESIODISTAL, PRESENTA UN BORDE CERVICAL PROMINENTE Y BIEN DESARROLLADO. EL DIÁMETRO BUCOLINGUAL GINGIVAL ES MAYOR QUE EL DIÁMETRO OCLUSAL. ESTA SUPERFICIE SE COMPONE DE DOS CÚSPIDES: LA MAYOR Y MÁS LARGA ES LA MESIODISTAL Y LA DISTOBUCAL MÁS PEQUEÑA, ESTÁN DIVIDIDAS POR UNA DEPRESIÓN BUCAL, UNA EXTENSIÓN DEL SURCO BUCAL.

SUPERFICIE LINGUAL.

ES CONVEXA, EL CONTORNO CERVICO-OCLUSAL ES PARALELO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE, SE VE ATRAVESADA POR UN SURCO LINGUAL QUE SALE DE LA CAVIDAD CENTRAL Y TERMINA EN DEPRESIÓN EN LA SUPERFICIE LINGUAL, CERCA DEL BORDE CERVICAL. EL SURCO DIVIDE LA SUPERFICIE LINGUAL EN UNA CÚSPIDE MESIOLINGUAL Y OTRA DISTOLINGUAL, LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL ES LA MAYOR.

SUPERFICIE MESIAL.-

ES PLANA EN AMBOS ASPECTOS. SE CREA UNA CONVEXIDAD EN EL BORDE MESIAL, Y ES MUY PROMINENTE EN LA UNIÓN DE LA CÚSPIDE MESIOBUCAL, INCLINÁNDOSE MÁS HACIA GINGIVAL A MEDIDA QUE SE ACERCA A LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL.

SUPERFICIE DISTAL.-

CONVEXA EN TODOS LOS ASPECTOS, EL BORDE MARGINAL DISTAL ESTÁ ATRAVESADO POR UN SURCO DISTAL QUE TERMINA EN LA SUPERFICIE DISTAL.

SUPERFICIE OCLUSAL.-

TIENE FORMA DE ROMBOIDE DIVIDIDO POR LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL Y MESIOLINGUAL, SE ASEMEJA A UN NÚMERO 8 INCLINADO A UN LADO, EL CÍRCULO MENOR REPRESENTA EL ASPECTO MESIAL Y EL CÍRCULO MAYOR EL ASPECTO DISTAL, ÉSTA SUPERFICIE ES MÁS LARGA MESIODISTALMENTE Y CONTIENE LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL, DISTOBUCAL, MESIOLINGUAL Y MESIOBUCAL, SON LAS MAYORES; LAS CÚSPIDES DISTALES SON MÁS PEQUEÑAS, TIENE TRES CAVIDADES: UNA MESIAL DE TAMAÑO MEDIO, SITUADA MESIALMENTE A LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL Y MESIOLINGUAL; UNA CENTRAL EN EL CENTRO DE LA CORONA, ES LA MÁS PROFUNDA, Y UNA DISTAL, QUE ES MUY LLANA Y ESTÁ EN POSICIÓN DISTAL A LAS CÚSPIDES DISTOBUCAL Y DISTOLINGUAL.

ESTAS CAVIDADES ESTÁN CONECTADAS POR EL SURCO CENTRAL DE DESARROLLO. EL SURCO MARGINAL SE EXTIENDE DESDE LA CAVIDAD MESIAL LINGUALMENTE, PARA SEPARAR LA CÚSPIDE MESIAL DE LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL. TAMBIÉN EXISTE UN SURCO TRIANGULAR MESIOBUCAL, QUE SEPARA EL BORDE MARGINAL MESIAL DE LA CÚSPIDE MESIOBUCAL.

CAVIDAD PULPAR.-

CONTIENE UNA CÁMARA PULPAR, VISTA DESDE OCLUSAL, TIENE FORMA ROMBOIDE Y SIGUE EL CONTORNO DE LA SUPERFICIE DE LA CORONA; POSEE CUATRO CUERNOS PULPARES, UNO MESIOBUCAL, QUE ES EL MAYOR, ES REDONDEADO Y SE CONECTA CON EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL, EL CUERNO PULPAR DISTOBUCAL, SEGUNDO EN ÁREA, CARECE DE LA ALTURA DE -

LOS CUERNOS MESALES, EL MESTOLINGUAL LIGERAMENTE MESIALIZADO A SU CÚSPIDE CORRESPONDIENTE, ES TERCERO EN TAMAÑO, SEGUNDO EN ALTURA, ES LARGO Y PUNTEAGUDO. EL CUERPO DISTOLINGUAL ES EL MENOR, MÁS PUNTEAGUDO QUE LOS BUCALES Y RELATIVAMENTE PEQUEÑO EN COMPARACIÓN CON LOS TRES CUERNOS PULPARES.

EXISTEN TRES CANALES PULPARES. UNO MESTIOBUCAL Y UNO MESTIOLINGUAL CONCLUYEN Y DEJAN LA CÁMARA ENSANCHADA BUCOLINGUALMENTE EN FORMA DE CINTA, ESTOS CANALES SE SEPARAN PARA FORMAR UN CANAL BUCAL Y UNO LINGUAL, QUE GRADUALMENTE SE VAN ADELGAZANDO EN EL AGUJERO APICAL. EL CANAL PULPAR DISTAL SE PROYECTA EN FORMA DE CINTA DESDE EL SUELO DE LA CÁMARA EN SU ASPECTO DISTAL, ES AMPLIO BUCOLINGUALMENTE Y PUEDE ESTAR ESTRECHADO EN SU CENTRO, REFLEJANDO EL CONTORNO EXTERIOR DE LA RAÍZ.

RAÍCES.-

LA RAÍZ ESTÁ DIVIDIDA EN DOS PÚAS, UNA MESIAL Y UNA DISTAL, SE PARECE A LAS DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE, SON MÁS DELGADAS Y SE ENSANCHAN CUANDO SE ACERCAN AL ÁPICE, PARA PERMITIR EL DESARROLLO DEL GERMEN.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR.-



CONSTA DE CINCO CÚSPIDES QUE CORRESPONDEN AL PRIMER MOLAR PERMANENTE, PRESENTA UN CONTORNO AXIAL MÁS REDONDEADO BUCOLINGUALMENTE, ES MÁS ESTRECHO EN SU DIÁMETRO MESIODISTAL Y TIENE UN BORDE CERVICAL PRONUNCIADO EN LA SUPERFICIE BUCAL, ES MÁS GRANDE QUE EL PRIMER MOLAR PRIMARIO Y MENOR QUE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

CORONA.-

SUPERFICIE BUCAL.-

PRESENTA TRES CÚSPIDES: UNA MESIOBUCAL SEGUNDA EN TAMAÑO, UNA -
DISTOBUCAL MAYOR Y UNA DISTAL, LA MENOR DE LAS TRES. LA CÚSPIDE
DISTAL SE EXTIENDE LINGUALMENTE EN EL BORDE OCLUSAL QUE LAS - -
OTRAS CÚSPIDES BUCALES PARA DAR UN ÁREA OCLUSAL MENOR EN LA SU--
PERFICIE DISTOOCLUSAL. LAS CÚSPIDES MESIOBUCAL Y DISTOBUCAL ES-
TÁN DIVIDIDAS POR LOS SURCOS MESIOBUCAL, QUE ATRAVIESA LA CRESTA
Y SE UNE AL SURCO DISTAL EN LA SUPERFICIE OCLUSAL.

SUPERFICIE LINGUAL.-

CONVEXA EN TODAS DIRECCIONES, ESTÁ ATRAVESADA EN EL BORDE OCLU-
SAL POR EL SURCO LINGUAL QUE SEPARA LAS CÚSPIDES MESIOLINGUAL Y
DISTOLINGUAL.

SUPERFICIE MESIAL.-

ES GENERALMENTE CONVEXA, PERO SE APLANA AL LLEGAR EN POSICIÓN --
CERVICAL.

SUPERFICIE DISTAL.-

ES CONVEXA, SE APLANA UN POCO BUCOLINGUALMENTE CUANDO SE ACERCA
AL BORDE CERVICAL, ES MENOR QUE LA SUPERFICIE MESIAL.

SUPERFICIE OCLUSAL.-

TIENE MAYOR DIÁMETRO EN SU BORDE LINGUAL, A CAUSA DE LA CONVER-
GENCIA DE LAS PAREDES MESIAL Y DISTAL, BUCALMENTE CONSTA DE TRES
CÚSPIDES. UNA MESIOBUCAL, SEGUNDA EN TAMAÑO, UNA DISTOBUCAL, LA
MAYOR, SEPARADA DE LA MESIOBUCAL POR EL SURCO MESIOBUCAL, Y UNA
CÚSPIDE BUCAL, LA MENOR; SEPARADAS DE LA CÚSPIDE DISTOBUCAL; LIN-
GUALMENTE CONSTA DE DOS CÚSPIDES DE IGUAL TAMAÑO APROXIMADAMENTE;
LA MESIOLINGUAL Y LA DISTOLINGUAL, DIVIDIDAS POR EL SURCO DISTOLIN-
GUAL. EXISTEN TRES CAVIDADES, LA CENTRAL, LA MÁS PROFUNDA Y MEJOR
DEFINIDA; LA MESIAL Y LA DISTAL.

CAVIDAD PULPAR.-

FORMADA POR UNA CÁMARA Y TRES CANALES PULPARES.

LA CÁMARA PULPAR TIENE CINCO CUERNOS PULPARES CORRESPONDIENTES - A LAS CINCO CÚSPIDES SIGUIENDO EL CONTORNO DE LA PIEZA, EL TECHO DE LA CÁMARA ES EXTREMADAMENTE CÓNCAVO HACIA LOS ÁPICES. LOS CUERNOS PULPARES, MESIOBUCAL Y MESIOLINGUAL SON LOS MAYORES, EL MESIOLINGUAL ES MENOS PUNTEAGUDO, PERO DEL MISMO TAMAÑO. EL CUERNO DISTOLINGUAL ES EL MÁS CORTO Y PEQUEÑO, OCUPA UNA POSICIÓN - DISTAL AL CUERNO DISTOBUCAL, Y EN SU INCLINACIÓN DISTAL LLEVA EL APICE EN POSICIÓN DISTAL AL CUERNO DISTOLINGUAL.

LOS DOS CANALES PULPARES MESIALES CONFLUYEN, A MEDIDA QUE DEJAN EL SUELO DE LA CÁMARA PULPAR. EL CANAL COMÚN SE DIVIDE EN UN CANAL MESIOBUCAL MAYOR Y UN CANAL MESIOLINGUAL MENOR. EL CANAL DISTAL ES ALGO ESTRECHO EN EL CENTRO. LOS TRES CANALES SE ADELGAZAN A MEDIDA QUE SE ACERCAN AL AGUJERO APICAL Y SIGUEN LA FORMA DE - LAS RAÍCES.

Raíces.-

SE COMPONEN DE UNA RAMA MESIAL Y UNA DISTAL, ÁMBAS DIVERGEN A MEDIDA QUE SE APROXIMAN A LOS ÁPICES.

2.3. CRONOLOGÍA DENTARIA.

KRAUSS, DIÓ EL SIGUIENTE ORDEN DE CALCIFICACIÓN DE LOS DIENTES:

- 1.- INCISIVOS CENTRALES (SUPERIORES ANTES QUE INFERIORES).
- 2.- PRIMEROS MOLARES (SUPERIORES ANTES QUE INFERIORES).
- 3.- INCISIVOS LATERALES (SUPERIORES ANTES QUE INFERIORES).
- 4.- CANINOS (LOS INFERIORES PUDEN SER LIGERAMENTE ANTERIORES).
- 5.- SEGUNDOS MOLARES (SIMULTÁNEAMENTE).

LA EXFOLIACIÓN Y RESORCIÓN DE LAS PIEZAS ESTÁ EN RELACIÓN CON SU DESARROLLO FISIOLÓGICO. LA RESORCIÓN DE LA RAÍZ EMPIEZA GENERALMENTE UN AÑO DESPUÉS DE SU ERUPCIÓN.

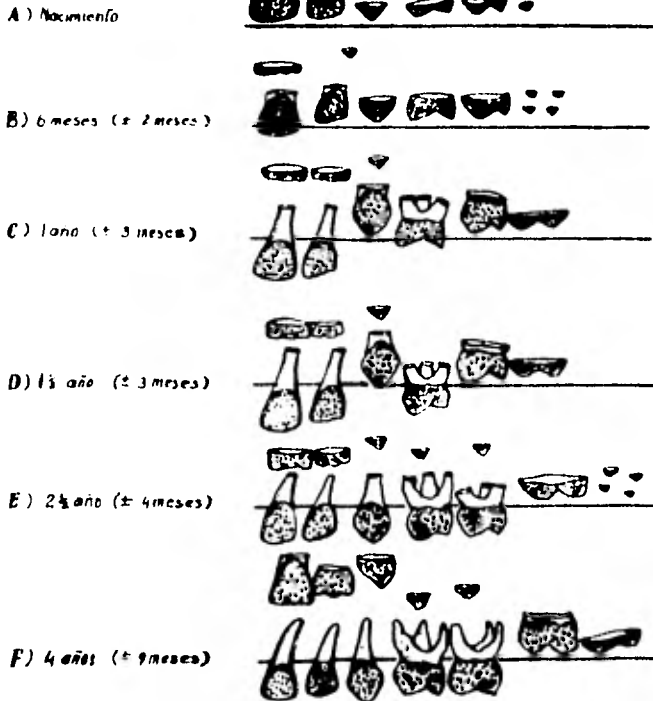
LAS PIEZAS EMPIEZAN A CALCIFICARSE ENTRE EL CUARTO Y SEXTO MES EN EL ÚTERO, Y HACEN ERUPCIÓN ENTRE LOS 6 Y 24 MESES DE EDAD. - LAS RAÍCES COMPLETAN SU FORMACIÓN APROXIMADAMENTE UN AÑO DESPUÉS DE QUE HACEN ERUPCIÓN LOS DIENTES, Y CAEN ENTRE LOS 6 Y 11 AÑOS DE EDAD.

LA EDAD DE ERUPCIÓN DE LAS PIEZAS SUCEDÁNEAS ES EN PROMEDIO UNOS 6 AÑOS DESPUÉS DE LA EDAD DE EXFOLIACIÓN DE LAS PIEZAS PRIMARIAS. LA DENTICIÓN TEMPORAL CONSTA DE 20 DIENTES Y SON:

UN INCISIVO CENTRAL, UN INCISIVO LATERAL, UN CANINO, UN PRIMER MOLAR, Y UN SEGUNDO MOLAR EN CADA CUADRANTE DE LA BOCA DESDE LA LÍNEA MEDIA HACIA ATRÁS, Y POR TÉRMINO MEDIO ESTÁ COMPLETA A LA EDAD DE 2 A 2 1/2 AÑOS.

Reproducción esquemática del desarrollo dental de la erupción y de la resorción y de las raíces temporales, sin tener en consideración la topografía. (Recopilado por TAMARCAUSI?)

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E



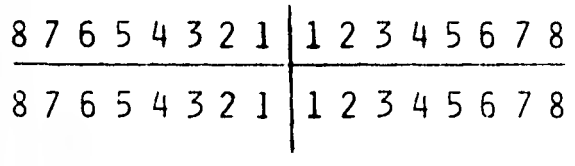
LA CALCIFICACIÓN DE LAS PIEZAS PERMANENTES SE REALIZA ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS 2 AÑOS DE EDAD A EXCEPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES QUE ERUPCIONAN ENTRE LOS 17 Y LOS 25 AÑOS.

LA ERUPCIÓN DE LOS PERMANENTES OCURRE ENTRE LOS 6 Y 12 AÑOS Y EL ESMALTE SE FORMA APROXIMADAMENTE 3 AÑOS ANTES DE LA ERUPCIÓN.

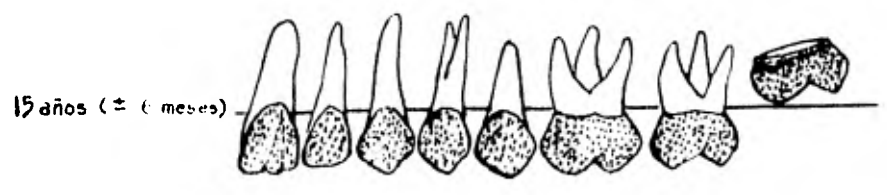
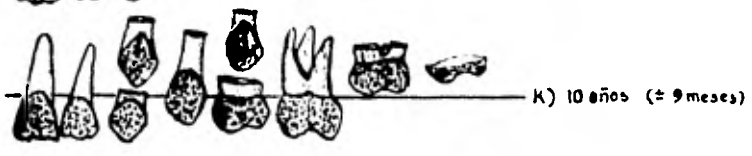
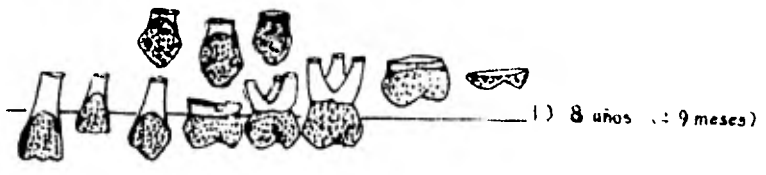
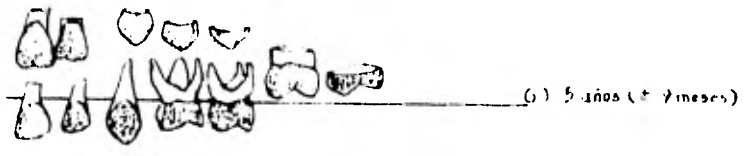
LAS RAÍCES ESTÁN COMPLETAMENTE FORMADAS 3 AÑOS DESPUÉS DE LA ERUPCIÓN.

ESTA DENTICIÓN CONSTA DE 32 PIEZAS Y SON:

LOS INCISIVOS CENTRALES, INCISIVOS LATERALES Y CANINOS QUE REEMPLAZAN A DIENTES PRIMARIOS SIMILARES. LOS PREMOLARES QUE REEMPLAZAN A LOS MOLARES, SEGUNDOS Y TERCEROS MOLARES NO REEMPLAZAN PIEZAS PRIMARIAS, SINO QUE HACEN ERUPCIÓN EN POSICIÓN POSTERIOR A ELLOS.



Esquema del desarrollo dental: Maxilar superior



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

3.1. PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO.

EL ODONTÓLOGO HACE USO DE VARIOS PROCEDIMIENTOS PARA REUNIR UNA INFORMACIÓN COMPLETA QUE LE AYUDE A TOMAR SUS DECISIONES, Y ASÍ LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO CORRECTO, Y NO HACER UN EXAMEN PRECIPITADO QUE NOS LLEVE A CONCLUSIONES EQUIVOCADAS QUE POSTERIORMENTE LA MENTAREMOS. CONSIDERAMOS QUE LOS PROCEDIMIENTOS MÁS IMPORTANTES PARA UN DIAGNÓSTICO SON:

A) HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, ASPECTO DE LOS DIENTES Y TEJIDOS CIRCUNDANTES, SÍNTOMAS SUBJETIVOS Y APARIENCIA GENERAL DEL NIÑO, SE USARÁ UN LENGUAJE SENCILLO CON EL FIN DE QUE LOS PADRES NOS PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN COMPLETA Y CORRECTA; SI EL NIÑO ESTÁ PRESENTE, SE USARÁ UN TONO SUAVE PARA RELACIONARSE CON ÉL, LO MISMO QUE CON LOS PADRES, ESTE ACERCAMIENTO DEBE SER CORDIAL Y AMISTOSO POR PARTE DEL DENTISTA, Y ASÍ SE HARÁ MÁS FÁCILMENTE AMIGO DEL PACIENTE INFANTIL, Y LOS PADRES SE SENTIRÁN CON MÁS CONFIANZA.

EL HISTORIAL DE UN PACIENTE DE ODONTOPEDIATRÍA PUEDE DIVIDIRSE EN:

1.- ESTADÍSTICAS VITALES. ESTAS SON ESENCIALES PARA EL REGISTRO DEL CONSULTORIO, COMO SON: NOMBRE, CÓMO LE DICEN (DIMINUTIVO), EDAD, SEXO, NOMBRE DEL MÉDICO DEL NIÑO, PARA PODER CONSULTÁRSELE EN CASO DE URGENCIA, SE REGISTRA LA QUEJA PRINCIPAL Y EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE ESTE HISTORIAL.

2.- HISTORIA DE LOS PADRES. PROPORCIONA INFORMACIÓN DEL DESARROLLO HEREDITARIO DEL PACIENTE, INFORMA AL DENTISTA SOBRE EL VALOR QUE LOS PADRES CONCEDEN A SUS PROPIOS DIENTES, YA QUE LA ACTITUD DE ÉSTOS HACIA LA ODONTOLOGÍA PUEDE REFLEJARSE EN EL MIEDO DEL

NINO.

3.- HISTORIA PRENATAL Y NATAL. ES MUY IMPORTANTE QUE EL CIRUJANO DENTISTA CONOZCA LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO DE LA MADRE DE SU PACIENTE; SI LE FUERON ADMINISTRADOS MEDICAMENTOS DURANTE EL MISMO, QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS Y LA DOSIS, YA QUE SE PRESENTA UNA FUERTE COLORACIÓN AMARILLA DE LOS DIENTES DESPUÉS DEL SUMINISTRO DE GRANDES DOSIS DE TETRACICLINA EN LAS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA INTRAUTERINA, EN PROPORCIÓN CON LA DOSIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO (LA OXITETRACICLINA, Y LA CLOROTETRACICLINA TIENEN MENOR TENDENCIA A DEPOSITARSE) SE INFILTRAN LOS PIGMENTOS EN LOS HUESOS Y DIENTES, EN FORMA SIMILAR A LA COLORACIÓN VERDOSA, Y HAY TAMBIÉN MALFORMACIONES DE LOS DIENTES TEMPORALES. EL ESTADO PSICOLÓGICO DE LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN, TAMBIÉN REPERCUTIRÁ EN EL NIÑO, POR LO TANTO, PREGUNTAREMOS CÓMO FUÉ SU DESARROLLO.

EL MOMENTO DEL PARTO ES DE SUMA IMPORTANCIA, DEBEREMOS SABER: QUÉ TIPO DE PARTO FUÉ, SI FUÉ ATENDIDO EN ALGUNA INSTITUCIÓN, EN UN HOSPITAL PARTICULAR O POR UNA PERSONA EMPÍRICA, Y CUÁL FUÉ LA EVOLUCIÓN DEL NIÑO DURANTE SUS PRIMERAS HORAS DE VIDA; SI PRESENTÓ ALGÚN PROBLEMA DE CIANOSIS, SI FUÉ PUESTO EN INCUBADORA, ETC.,

4.- HISTORIA POST-NATAL. ÉSTA ETAPA DE LA VIDA DEL NIÑO SERÁ MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS CONOCERLA, PUES NOS REVELARÁ DATOS DE GRAN AYUDA EN NUESTRO TRABAJO; SI FUÉ AMAMANTADO POR LA MADRE Y EN QUÉ MOMENTO SE LE DESTETÓ, SI USÓ EL BIBERÓN Y EL CHUPÓN Y CUÁNDO LE FUERON RETIRADOS, A QUÉ EDAD ERUPCIONARON LOS DIENTES, Y QUÉ TRASTORNOS SE PRESENTARON DURANTE SU APARICIÓN.

LAS ENFERMEDADES QUE EL NIÑO HA PADECIDO Y LA EVOLUCIÓN DE ÉSTAS, SON DATOS MUY NECESARIOS QUE NOS AYUDARÁN A CONOCER EL ESTADO GE-

GENERAL DE SALUD DEL NIÑO, SI PRESENTA ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA A ALGÚN ALIMENTO O MEDICAMENTO.

LA DURACIÓN Y ENFOQUE DE LA HISTORIA DEPENDE DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN A CADA CASO, EN SITUACIONES DE URGENCIA, LA HISTORIA SE LIMITA A PUNTOS ESENCIALES EN RELACIÓN CON LA LESIÓN QUE SE TRATA EN EL MOMENTO, Y TAMBIÉN A LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ENFERMEDADES GENERALES QUE TENGAN IMPORTANCIA EN EL TRATAMIENTO INMEDIATO.

EXAMEN ORAL.

3.2. UNA VEZ RECOPIADOS LOS DATOS PRIMORDIALES PARA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO CERTERO, PROCEDEREMOS CON LA PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO, SE RECOMIENDA NO SEGUIR CON ÉSTE EN UNA SÓLA SESIÓN YA QUE EL NIÑO SE IMPACIENTA, SOLO EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TRATAMIENTO SEA CONSERVADOR, POR LO QUE SE HA LLEGADO A LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

- A) EN NIÑOS PEQUEÑOS E INTRANQUILOS HAY QUE PREFERIR INSTRUMENTOS DE MANO EN LUGAR DEL FRESADO PARA LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES.
- B) TODOS LOS INSTRUMENTOS DEBEN SER FILOSOS PARA PODER TRABAJAR RÁPIDO Y SUAVEMENTE.
- C) PARA NO AUMENTAR LOS TEMORES, EL NIÑO NO DEBERÁ DARSE CUENTA DE LOS PREPARATIVOS PARA EL FRESADO.
- D) EL EMPLEO DE LA FRESA DEBE SER LO MÁS BREVE POSIBLE, SI SE TARDA MÁS, DEBERÁN INTERCALARSE MÁS PAUSAS O DISTRIBUIRSE EL TRATAMIENTO EN VARIAS SESIONES.
- E) SIEMPRE QUE SE SOSPECHE QUE EL NIÑO NO TOLERA LA FRESA CONVIENE EMPLEAR ANALGÉSICOS Y UNA PREMEDICACIÓN ADECUADA.

f) A LOS NIÑOS MIEDOSOS SE LES DARÁ LA OPORTUNIDAD DE PARAR EL --
FRESADO CUANDO ELLOS NOS LO INDIQUEN, PERO SIN DEJAR DE SENTIR --
NUESTRA AUTORIDAD Y DISCIPLINA.

EL SECADO DE LA CAVIDAD PREPARADA LO HACEMOS CON EL MÁXIMO CUIDA--
DO, CON AIRE CALIENTE, HAY QUE EVITAR CURACIONES Y MATERIALES QUE
IRRITEN LA PULPA O PUEDAN CAUSAR DOLORES, LA PRUEBA DE VITALIDAD
ELÉCTRICA NO ES RECOMENDABLE PORQUE ASUSTA A LOS NIÑOS.

EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO USAREMOS UNA BUENA TÉCNICA DE ANESTE--
SIA Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN COLOCAREMOS UNA GASA SOBRE LA HE--
RIDA, ESTO ES PARA QUE EL NIÑO NO VEA SANGRE Y NO SE ASUSTE;

a) EL ODONTÓLOGO CUENTA TAMBIÉN CON MÉTODOS AUXILIARES COMO SON:
LAS RADIOGRAFÍAS, MEDIOS PARA DETERMINAR LA VITALIDAD PULPAR, E --
INSTRUMENTOS MANUALES PARA COMPROBAR LA CANTIDAD DE TEJIDO DENTA--
RIO DESTRUÍDO Y LA PROXIMIDAD DE LA CARIES A LA PULPA, TODOS ES--
TOS DEBEN EMPLEARSE PARA DECIDIR SI SE DEBE RESTAURAR O EXTRAER --
UNA PIEZA DENTAL.

b) OTRO MÉTODO AUXILIAR CON QUE CUENTA EL DENTISTA SON LOS EXÁME--
NES DE LABORATORIO, QUE EN OCASIONES SON MUY INDISPENSABLES.

EL EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL ES LA META PARA OBTENER UN BUEN --
DIAGNÓSTICO, PORQUE REPRESENTA EL VERDADERO COMIENZO DEL TRATAMIE--
NTO YA QUE ES EL PRIMER CONTACTO DIRECTO DEL NIÑO CON EL DENTISTA,
ESTA PROXIMIDAD PROVOCA EXCITACIÓN EN EL NIÑO Y EN OCASIONES DIFI--
CULTA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, CUANDO EL NIÑO NO TIENE EXPE--
RIENCIAS DESAGRADABLES, PIERDE TODO TEMOR Y SE SOMETE CON TRANQUI--
LIDAD AL TRATAMIENTO, HAY QUE ENTRETENER AL NIÑO POR MEDIO DE UNA
CONVERSACIÓN EN LA QUE NO SE DÉ CUENTA DEL INICIO DEL TRATAMIENTO.

AL EMPEZAR EL EXAMEN DE LA DENTADURA, DEBE PREVENIRSE DE NO CAUSAR DOLOR O TEMOR AL NIÑO, NO DEBE ESCONDERSE EL EXPLORADOR YA QUE PODRÍA RESULTAR SUSPECHOSO, SE MOSTRARÁ DE TAL MODO QUE LA PUNTA NO ASUSTE AL NIÑO, NO SE SONDEARÁ PROFUNDAMENTE EN LA CAVIDAD PORQUE PODRÍA CAUSAR DOLOR, LOS NIÑOS NO TEMEN AL ESPEJO PERO CONVIENE - MANIPULARLO EN LA BOCA DE MANERA QUE NO PROVOQUE NÁUSEAS, LA DURACIÓN DEL EXAMEN DEBE SER BREVE, NO DEBE OLVIDARSE QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DESAGRADABLE.

SE EXAMINARÁ POR CUADRANTE, SI NOTAMOS QUE LA PACIENCIA DEL NIÑO ESTÁ AGOTADA ES MEJOR POSPONER EL TRATAMIENTO, A NO SER QUE POR LA TARDANZA EXISTA ALGÚN PELIGRO, EL NIÑO TIENE OPORTUNIDAD DE ESTUDIAR LA CARA Y MANOS DEL DENTISTA, POR ÉSO ES IMPORTANTE TENER UNA BUENA PRESENCIA Y DOMINAR LA MÍMICA YA QUE UN FRUNCIR DE FRENTE U OTROS CAMBIOS DE EXPRESIÓN PODRÍAN INTRANQUILIZAR AL NIÑO.

AL INICIAR EL EXAMEN ORAL EMPEZAREMOS CON LOS LABIOS QUE SON LA ENTRADA DE LA CAVIDAD, SE OBSERVARÁ TAMAÑO, FORMA, COLOR Y TEXTURA DE LA SUPERFICIE, SER PALPADOS USANDO EL PULGAR Y EL ÍNDICE, FRECUENTEMENTE SE OBSERVAN EN LOS LABIOS ÚLCERAS, VESÍCULAS, FISURAS Y COSTRAS, LOS LABIOS PROTEGEN LOS DIENTES DE TRAUMAS, Y POR LO TANTO SON LUGAR FRECUENTE DE CONTUSIONES, NOTAREMOS EL ALIENTO, CUANDO ES SANO ES AGRADABLE, EL MAL ALIENTO O HALITOSIS PUEDE -- ATRIBUIRSE A CAUSAS LOCALES O GENERALES, LOS FACTORES LOCALES INCLUYEN HIGIENE BUCAL INADECUADA, PRESENCIA DE SANGRE EN LA BOCA O ALIMENTOS FUERTES COMO SON EL AJO Y LA CEBOLLA, LOS FACTORES GENERALES PUEDEN DEBERSE A DESHIDRATACIÓN, SINUSITIS Y TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.

OBSERVAREMOS LA MUCOSIDAD LABIAL Y BUCAL, CUALQUIER CAMBIO DE COLOR O CONSISTENCIA DEBERÁ EVALUARSE CUIDADOSAMENTE, ÉSTA DEBE DE SER DE COLOR ROSADO, SE OBSERVARÁ SI LOS CARRILLOS NO SE ENCUENTRAN INFLAMADOS, VEMOS LA CALIDAD DE LA SALIVA, ÉSTA DEBE DE SER MUY DELGADA, NORMAL O EXTREMADAMENTE VISCOSA, EXAMINAREMOS TEJIDO GINGIVAL Y LAS UNIONES GINGIVALES, DEBE DE TOMARSE EN CUENTA FORMA, TAMAÑO, COLOR Y CONSISTENCIA Y LA FRAGILIDAD CAPILAR DE LA ENCÍA, EL COLOR ROJO E HINCHAZÓN PUEDEN DEBERSE A INFLAMACIÓN PRODUCIDA POR HIGIENE BUCAL INADECUADA, CAMBIOS METABÓLICOS Y NUTRICIONALES A CIERTAS DROGAS Y A TRASTORNOS DEL DESARROLLO, EL FRENILLO LINGUAL SE OBSERVARÁ TAMBIÉN, SI ES CORTO O LARGO.

SE INSPECCIONA LA LENGUA, SE VÉ FORMA, TAMAÑO, COLOR Y MOVIMIENTOS UN AGRANDAMIENTO PATOLÓGICO PUEDE DEBERSE A AVITAMINOSIS, AUSENCIA, TRASTORNOS POR TENSIÓN, SI EL FRENILLO LINGUAL ES ANORMALMENTE -- CORTO PUEDE EVITAR QUE LA PUNTA DE LA LENGUA SE INCLINE HACIA ADELANTE Y PRODUCE EFECTOS DE FONACIÓN, LA SEQUEDAD DE LA LENGUA SE DEBE A DESHIDRATACIÓN O EN CASO DE QUE EL NIÑO RESPIRE POR LA BOCA.

LA CABEZA DEL NIÑO DEBERÁ INCLINARSE LIGERAMENTE HACIA ATRÁS PARA PODER OBSERVAR DIRECTAMENTE LA FORMA, EL COLOR Y LA PRESENCIA DE CUALQUIER TIPO DE LESIÓN EN EL PALADAR BLANDO Y DURO, LA CONSISTENCIA DE LAS DEFORMIDADES O INFLAMACIONES DEBERÁ SER INVESTIGADA CON CUIDADO POR MEDIO DE PALPACIÓN; LAS CICATRICES EN EL PALADAR PUEDEN SER EVIDENCIA DE TRAUMAS PASADOS Ó DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE HICIERON PARA REPARAR ANOMALÍAS DEL DESARROLLO, LOS -- CAMBIOS DE COLOR PUEDEN SER CAUSADOS POR NEOPLASIAS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SISTEMÁTICAS, TRAUMAS Ó AGENTES QUÍMICOS.

AL EXAMINAR EL AREA DE LA FARINGE Y AMÍGDALAS SE DEPRIME LA LENGUA CON UN ESPEJO Ó CON UN ABATELenguas PARA OBSERVAR CUALQUIER CAMBIO DE COLOR, ÚLCERAS Ó INFLAMACIONES, AL HACER EL EXAMEN DE LAS PIEZAS DENTARIAS VEMOS EL NÚMERO DE PIEZAS QUE EXISTEN, SI HAY ANODONCIA, DIENTES SUPERNUMERARIOS, OBSERVAMOS EL TAMANO DE LAS PIEZAS, VEMOS SI HAY MACRODONCIA Ó MICRODONCIA, QUE PUEDE DEBERSE A ANOMALÍAS HORMONALES Y DEL DESARROLLO, TAMBIÉN EL COLOR DE LAS PIEZAS, LA TINCIÓN ANORMAL DE LAS PIEZAS DENTARIAS DE LOS NIÑOS PUEDE DEBERSE A CAUSAS EXTRÍNSECAS O INTRÍNSECAS.

LA EXTRÍNSECA SE DEBE A FACTORES QUE PUEDEN INVADIR DEPÓSITOS DE MATERIA ALBA Y CÁLCULOS; LA INTRÍNSECA SE DEBE A DISCRACIAS SANGUÍNEAS, A MELOGÉNESIS IMPERFECTA Y DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA, ÉSTAS HACEN QUE SE PRODUZCAN LOS CAMBIOS DE COLOR, GENERALIDADES DEL ESMALTE Y LA DENTINA.

OBSERVAREMOS LA OCLUSIÓN, SI SE DETECTA MALOCLUSIÓN EN UNA ETAPA TEMPRANA, SE INFORMA A LOS PADRES QUE DEBERÁN CONSULTAR A UN ORTODONCISTA, OBSERVAREMOS LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR PARA DISCERNIR LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS, SUBLACCIÓN, DISLOCACIÓN O DISMINUCIONES MANDIBULARES.

3.3. LOCALIZACIÓN DE CARIES.

MEDIANTE EL USO DEL ESPEJO Y DEL EXPLORADOR SE PUEDEN DESCUBRIR LAS CARIES DE DEFECTOS ESTRUCTURALES COMO SON: FOSETAS, FISURAS, Y LAS CERVICALES; SIN EMBARGO LAS LESIONES SE APRECIAN MEJOR SI HACEMOS UNA PROFILAXIS A CONCIENCIA ANTES DE LA REVISIÓN DE LOS DIENTES, Y UN ESTUDIO RADIOLÓGICO COMPLETO, ASÍ LOCALIZAREMOS LAS LESIONES EN AQUELLOS LUGARES POCO ACCESIBLES AL ESPEJO Y EXPLORA-

-DOR, COMO SON LAS ÁREAS PROXIMALES, LLEGANDO A LA CONCLUSIÓN DE QUE TODOS LOS MÉTODOS CLÍNICOS A NUESTRO ALCANCE DEBEN UTILIZARSE PARA LOGRAR DESCUBRIR EL MÁXIMO DE CAVIDADES.

EN TÉRMINOS GENERALES CADA DIENTE TIENE UNA SUSCEPTIBILIDAD PARTICULAR A LA CARIES; POR ESTA RAZÓN ALGUNOS DIENTES NO SON AFECTADOS, A MENOS QUE LA CARIES SEA DE CARÁCTER EXUBERANTE NO RESTRINGIDO. SE HAN HECHO ESTUDIOS SOBRE LA SUSCEPTIBILIDAD DE LA CARIES EN TIPOS MORFOLÓGICOS DE DIENTES TEMPORALES Y SE HA OBSERVADO QUE LOS SEGUNDOS MOLARES SUFREN UN ALTO PORCENTAJE DE ATAQUE CARIOSO, SEGUIDOS POR LOS PRIMEROS MOLARES, CANINOS E INCISIVOS.

SE HA VISTO TAMBIÉN QUE HAY SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES EN DIENTES DONDE EXISTEN DEFECTOS ESTRUCTURALES, O DONDE NO ALCANZA LA AUTOCLISIS NORMALMENTE, SE ENCUENTRA CARIES EN FOSAS O FISURAS DE LOS MOLARES Y DIENTES ANTERIORES Y CERVICALES, PROXIMALES, ASÍ COMO LAS HIPOPLÁXICAS.

MEDIDAS OPERATORIAS:

4.1. MANEJO DEL DOLOR.

EL DOLOR ES MÁS QUE UNA SENSACIÓN, TIENE COMPONENTES DE COMPORTAMIENTO EMOCIONALES Y AUTÓNOMOS, CONSCIENTES E INCONSCIENTES. LAS MEDIDAS QUE REDUCEN EL MIEDO TRAEN CONSIGO ELEVACIÓN DEL UMBRAL DEL DOLOR Y REDUCCIÓN DE LAS REACCIONES AL MISMO. SIMILARMENTE LA REDUCCIÓN DE PERCEPCIONES AL DOLOR DEBERÁN REDUCIR LA ANSIEDAD Y LAS REACCIONES AL TEMOR.

DURANTE LA PRIMERA VISITA, EL ODONTÓLOGO Y EL NIÑO PUEDEN EVALUAR SE UNO AL OTRO. EL DENTISTA PUEDE EVALUAR LA REACCIÓN DEL NIÑO A SUS INSTRUCCIONES Y SU FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL E INTELECTUAL. Y SIENDO EL ODONTÓLOGO Y SUS AUXILIARES AMABLES, COMPETENTES, CON CONFIANZA EN SÍ MISMOS E INTERESADOS EN EL BIENESTAR DE SUS PACIENTES, SUS ACCIONES CREARÁN CONFIANZA Y REDUCIRÁN EL MIEDO, SIENDO EFICACES CUANDO CONOCEN LAS DIFERENCIAS CULTURALES, EDUCACIONALES Y SOCIOLOGICAS ENTRE LOS NIÑOS Y SUS FAMILIARES. EN ESTE MOMENTO SE PUEDE DECIR QUÉ MÉTODOS DE COMPORTAMIENTO Y CONTROL DEL DOLOR DEBEN USARSE.

UNA DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA LA PREVENCIÓN DEL DOLOR ES EL REFUERZO POSITIVO O NEGATIVO QUE ALIENTE EL COMPORTAMIENTO DESEABLE Y FINALMENTE ASOCIACIÓN POSITIVA QUE PUEDE USARSE PARA EXTINGUIR LAS ASOCIACIONES NEGATIVAS QUE PRODUCEN MIEDO.

EL USO EFICAZ DE UN VOCABULARIO ADECUADO, CON FRASES TRANQUILIZANTES TALES COMO DECIR DESGASTAR EN VEZ DE "REBAJAR" O "PINCHAR" EN VEZ DE DOLER; PUEDE CALMAR A LOS NIÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO.

EL USO DE INSTRUMENTOS DE MANO DEBIDAMENTE AFILADOS, ASÍ COMO DE

PIEDRAS Y FRESAS DISMINUYEN EL GRADO DE DOLOR EXPERIMENTADO, ASÍ COMO EL USO DE LA PIEZA DE MANO O DEL CONTÁNGULO CON ADITAMENTOS PARA ENFRIAR EL DIENTE CON UNA MEZCLA DE AIRE Y AGUA, ESTO DISIPA EL CALOR GENERADO DISMINUYENDO EL DOLOR. TAMBIÉN SE PUEDE DISMINUIR EL DOLOR CON EJERCER SÓLO LIGERA PRESIÓN AL USAR LA FRESA O EL INSTRUMENTO MANUAL (EXCAVADOR, EXPLORADOR, ETC.).

SE PUEDE HACER USO DE LOS ANALGÉSICOS, LOS CUALES SON AGENTES PARA REDUCIR EL DOLOR SIN AFECTAR A LA CONCIENCIA, ACTÚAN ELEVANDO EL UMBRAL DEL DOLOR O MODIFICAN LA PERCEPCIÓN CENTRAL, LA INTERPRETACIÓN Y REACCIÓN, O DISMINUYENDO LA ACTIVIDAD REFLEJA Y REDUCIENDO LOS ASPECTOS PSICOGÉNICOS DEL DOLOR. ALGUNOS COMO EL FOSFATO DE CODEÍNA, LA MEPERIDINA SE HAN USADO PARA ODONTOLOGÍA OPERATIVA Y DOLORES INTOLERABLES, NO SON RECOMENDABLES YA QUE SON DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO Y PRESENTAN PELIGRO DE SOBREDOSIS, COMO ESTIMULACIÓN CEREBRAL, TAQUICARDIA, DESORIENTACIÓN, ESPASMO MUSCULAR Y DEPRESIÓN RESPIRATORIA. LA ASPIRINA EN COMBINACIÓN CON LA FECITINA Y CODEÍNA CONOCIDA COMO APC SON EFICACES PARA ANALGÉSICA BUCAL, SU ACCIÓN ANALGÉSICA SE DEBE A UN BLOQUEO PERIFÉRICO, EXISTE UN EFECTO CENTRAL AL NIVEL TALÁMICO. EL ÓXIDO NITROSO COMO ANESTÉSICO, DISMINUYE LA APRENSIÓN Y MOLESTAS ASOCIADAS CON LAS INYECCIONES.

LAS INYECCIONES REALIZADAS CON CUIDADO, PRECEDIDAS DE APLICACIONES DE ANESTÉSICOS TÓPICOS EN FORMA DE PASTA O SPRAY EN EL LUGAR DE LA INYECCIÓN, PUEDEN AYUDAR MUCHO A DESVANECER LOS TEMORES DEL NIÑO Y MEJORAR LA CALIDAD DE LA OPERATORIA DENTAL. LA INFILTRACIÓN DE UN ANESTÉSICO LOCAL DE CORTA ACCIÓN BUCAL O LABIAL A LAS PIEZAS DENTALES ES DE GRAN AYUDA EN LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES EN OPERA

-TORIA DENTAL, YA QUE DISMINUYE EL DOLOR FAVORABLEMENTE.

EN NIÑOS PSÍQUICAMENTE IMPREPARADOS, ES MUY DIFÍCIL OBTENER COOPERACIÓN; PUEDEN UTILIZARSE PREMEDICACIÓN MODERADA O FUERTE CON -- ELIXIR DE CLORALHIDRATO, SECONAL, NEMBUTAL SÓLO O COMBINADO CON VARIOS TRANQUILIZANTES. EN JÓVENES ADOLESCENTES PUEDE AYUDARLES A DESVANECER TRAUMAS PSÍQUICOS SI SE LES ADMINISTRA PRESEDACIÓN CONTROLADA DURANTE CIERTO TIEMPO. DESPUÉS LA DOSIS PARA CADA VISITA PUEDE DISMINUIRSE A MEDIDA QUE SE VENDE LA ANSIEDAD Y SE ESTABLECE CONFIANZA.

SÓLO DEBERÁ ADMINISTRARSE ANESTESIA GENERAL A LOS NIÑOS IMPEDIDOS QUE SON PSÍQUICAMENTE INESTABLES, Y DEBE ADMINISTRARSE EN HOSPITALES Y BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO ANESTESISTA.

4.2. AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.

LA CONSERVACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO QUE PUEDE SER RELATIVA Y ABSOLUTA. ES RELATIVA CUANDO SE AISLAN LOS DIENTES DE LA SALIVA, PERO QUEDAN EN CONTACTO CON EL MEDIO BUCAL, ESTO SE PUEDE LLEVAR A CABO CON ALGODÓN EN FORMA DE ROLLO Y CÁPSULAS AISLANTES DE GOMA - (DENHAM Y CRAIGO). ES ABSOLUTO CUANDO LOS DIENTES AISLADOS SEPARADOS TOTALMENTE DE LA CAVIDAD ORAL Y COLOCADOS EN CONTACTO CON EL AMBIENTE DE LA SALA DE OPERACIONES, ESTO SE REALIZA CON EL DIQUE DE GOMA.

ROLLOS DE ALGODÓN, DEL ESPESOR Y LARGO DESEADO, PUEDEN SER CONFECCIONADOS POR EL ODONTÓLOGO CON LA AYUDA DE UNA PINZA PARA CURACIÓN O CON UN MANGO DE INSTRUMENTO, O UTILIZAR LOS DE CONFECCIÓN INDUSTRIAL. ESTOS ACTÚAN COMO SUBSTANCIAS ABSORBENTES DE LA SALIVA Y HAY QUE CAMBIARLOS CON FRECUENCIA, PUEDEN SER USADOS SOLOS, O CON

DIVERSOS ADITAMENTOS COMO:

- A) DISPOSITIVOS DE ALAMBRE PARA INSERTAR EL ROLLO DE ALGODÓN.
- B) CLAMPS ESPECIALES PARA UBICAR EL ROLLO DE ALGODÓN, ÉSTOS SE FIJAN EN EL CUELLO DE LOS DIENTES Y NO PERMITEN EL DESPLAZAMIENTO DE LOS ROLLOS POR LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA O LOS CARRILLOS.
- C) CLAMPS CON ALETAS Y UN ALAMBRE PARA FIJAR EL ALGODÓN.
- D) EL AUTOMATON DE EGGLEER PARA EL MAXILAR INFERIOR, QUE CONSISTE EN UN VÁSTAGO VERTICAL PROVISTO DE UN RESORTE EN ESPIRAL. EN SU PARTE INFERIOR TIENE UNA PIEZA PARA FIJARLO EN EL MENTÓN, Y EN SU PARTE SUPERIOR UN DISPOSITIVO PARA COLOCAR ROLLOS INTERCAMBIABLES, LAS CUALES TIENEN DOS ALETAS: UNA PARA MANTENER EL ROLLO POR VESTIBULAR Y OTRA PARA LINGUAL Y LA QUE SE EMPLEA PARA LA PARTE MEDIA DE LA BOCA ES UN BAJALENGUA QUE INMOVILIZA A LA LENGUA.
- E) EL DISPOSITIVO DE IVORI PARECIDO AL AUTOMATON, CON LA DIFERENCIA QUE NO TIENE PIEZAS INTERCAMBIABLES; SE FABRICA UNO PARA CADA LADO. AMBOS POSEEN UNA PORCIÓN INTRABUCAL, ALETAS Ó RAMAS PARA -- APRISIONAR EL ROLLO DE ALGODÓN. LA SUGESIÓN EN LA ZONA MENTONIANA SE REALIZA CON UN TORNILLO MARIPOSA AJUSTABLE.

AISLANTES DE GOMA, USADOS EN EL AISLAMIENTO RELATIVO, LAS CÁPSULAS DE DEMHAM Y LOS AISLANTES DE CRAIGO. LAS PRIMERAS TIENEN FORMA DE SEMI-ESFERA O TAZA Y LOS HILOS AISLANTES DE CRAIGO DE FORMA TRIANGULAR. SON DE GOMA Y SE PERFORAN EN SU BASE PARA SER LLEVADOS AL DIENTE CON UN CLAMPS QUE LO SOSTENDRÁ EN POSICIÓN. LOS ROLLOS DE ALGODÓN Y LOS EYECTORES DE SALIVA COMPLEMENTAN EL AISLAMIENTO.

ASPIRADORES DE SALIVA. SON ELEMENTOS INDISPENSABLES EN TODO TIPO DE AISLAMIENTO, SE EMPLEAN COLOCÁNDOLOS EN EL EYECTOR DE SALIVA. TIENEN LA FINALIDAD DE EVACUAR LA SALIVA PARA IMPEDIR SU ACUMULA-

-CIÓN .LOS HAY METÁLICOS, LOS MÁS RESISTENTES Y DURABLES, TENIENDO EL INCONVENIENTE QUE NO SE PUEDE OBSERVAR SU LIMPIEZA INTERNA. LOS DE VIDRIO SON MÁS HIGIÉNICOS PERO SON POCO SEGUROS YA QUE SE ROM--PEN AL CERRAR BRUSCAMENTE LA BOCA O CON ALGÚN MOVIMIENTO INVOLUNTA--RIO. LOS DESECHABLES LOS CUALES SE USAN UNA SOLA VEZ, POR LO GENE--RAL SON DE HULE Y SON LOS MÁS RECOMENDABLES, YA QUE SE PUEDEN ADAP--TAR FÁCILMENTE A LA BOCA.

EL AISLAMIENTO ABSOLUTO SE LLEVA A CABO MEDIANTE EL DIQUE DE GOMA (CAUCHO), ES UNA DE LAS TÉCNICAS MÁS VALIOSAS QUE PUEDE DESARRO--LLAR EL DENTISTA PARA LOGRAR EXCELENTES CUIDADOS EN LOS TRABAJOS DE RESTAURACIÓN EN NIÑOS.

- A) ES LA CLAVE PARA EL BUEN TRATAMIENTO DE CASI TODOS LOS NIÑOS.
- B) AUMENTA LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL TRABAJO PRODUCIDO POR UNIDAD DE TIEMPO, PORQUE RETRAE LAS MEJILLAS Y LA LENGUA LEJOS DEL CAMPO DE OPERACIÓN, DISMINUYE LA POSIBILIDAD DE LESIONES DE FRESA EN - LOS TEJIDOS Y DE DEGLUCIÓN O ASPIRACIÓN DE MATERIALES EXTRAÑOS.
- C) PROPORCIONA UN CAMPO SECO PARA LA PREPARACIÓN DE BASES, RECUBRI--MIENTOS DE PULPA O PULPOTOMÍA, Y PARA LA INSERCIÓN Y CONDENSACIÓN DE OBTURACIÓN DE AMALGAMAS.
- D) PERMITE EL USO DE ROCIADOR DE AIRE Y DE AGUA EN FRESA DE ALTA VELOCIDAD, Y FACILITA EL USO DE PUNTAS DE ASPIRACIÓN DE ALTA VELO--CIDAD, Y FACILITA EL USO DE PUNTAS DE ASPIRACIÓN DE ALTO VOLUMEN.
- E) PERMITE AL OPERADOR MAYOR VISIBILIDAD Y MAYOR ACCESIBILIDAD PA--RA LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS.

CON EL DIQUE SE PUEDEN ELIMINAR LOS EMPUJES INVOLUNTARIOS DE LA - LENGUA HACIA LAS PIEZAS AISLADAS, LO QUE OCURRE A MENUDO CUANDO - SE USAN ROLLOS DE ALGODÓN.

4.3. PREPARACIÓN DE CAVIDADES.

BLACK CLASIFICÓ LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES EN DIENTES PERMANENTES, ESTA PUEDE MODIFICARSE LIGERAMENTE Y APLICARSE A DIENTES DECIDUOS.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE I CLASE.

LAS FOSAS Y FISURAS DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES MOLARES Y LAS FOSAS BUCALES Y LINGUALES DE TODAS LAS PIEZAS DENTARIAS.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE II CLASE.

TODAS LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE DIENTES MOLARES CON ACCESO - ESTABLECIDO DESDE LA SUPERFICIE OCLUSAL.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE III CLASE.

LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE DIENTES ANTERIORES QUE PUEDEN AFECTAR O NO A EXTENSIONES LINGUALES O LABIALES.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE IV CLASE.

PREPARACIONES DE PROXIMAL EN DIENTES ANTERIORES QUE AFECTEN UN ÁNGULO INCISAL.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE V CLASE.

EN EL TERCIO CERVICAL DE TODOS LOS DIENTES, INCLUYENDO LA SUPERFICIE PROXIMAL, EN DONDE EL BORDE MARGINAL NO ESTÁ INCLUIDO EN LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD (OBTURACIÓN DE PUNTO).

LAS RECOMENDACIONES DE BLACK (1924), RESISTIERON LA PRUEBA DEL TIEMPO Y SON APLICABLES A LA ODONTOLOGÍA ACTUAL.

SE RECOMIENDA, DURANTE LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES OBSERVAR LA SIGUIENTE FRECUENCIA:

- 1.- ELECCIÓN DEL LUGAR DE ACCESO.
- 2.- ESTABLECER SU FORMA.

3.- ELIMINAR LA CRIES.

4.- ESTABLECER LA FORMA DE RESISTENCIA Y RETENCIÓN.

5.- PULIDO Y LIMPIEZA DE LA CAVIDAD.

DE ESTOS PRINCIPIOS DEBEMOS MENCIONAR CIERTAS CONDICIONES PARA LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES PARA DIENTES DECIDUOS.

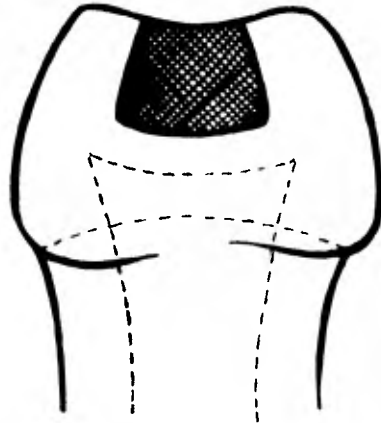
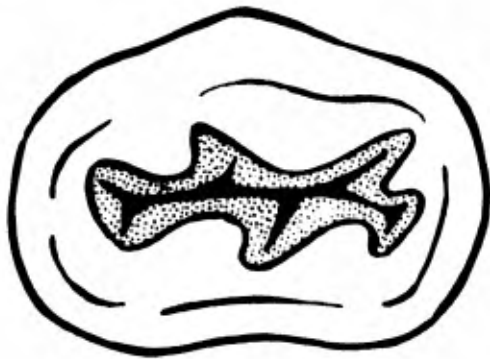
A) DEBE HACERSE LA COMPLETA REMOCIÓN DE TODO TEJIDO CARIADO. ESTO SE HACE CON EXCAVADORES FILOSOS Y CON FRESAS REDONDAS A POCA VELOCIDAD. LA REMOCIÓN DE LA CRIES DEBE EFECTUARSE SIN TEMOR A UNA - EVENTUAL EXPOSICIÓN DE LA PULPA.

B) LA REGLA DE BLACK DE EXTENSIÓN POR PREVENCIÓN, SOLO ES VÁLIDA PARA LA DENTICIÓN PERMANENTE, YA QUE LA CÁMARA PULPAR DE DIENTES DECIDUOS ES DEMASIADO AMPLIA, PUDIENDO PROVOCAR COMUNICACIÓN EN - LOS CUERNOS PULPARES.

C) PARA EVITAR PULPITIS SECUNDARIAS O NECROSIS PULPARES DEBAJO DE OBTURACIONES EN DIENTES DECIDUOS, DEBE QUEDAR ENTRE EL PISO DE LA CAVIDAD Y LA PULPA UNA CAPA DE DENTINA VISIBLE RADIOLÓGICAMENTE, DE 0,3 A 0,5 MM. DE ESPESOR. CUANDO EXISTE DENTINA COLOR MARRÓN, PERO TODAVÍA DURA, PUEDE DEJARSE COMO RECUBRIMIENTO INDIRECTO A LA PULPA.

CAVIDADES DE I CLASE.

EN UNA CAVIDAD OCLUSAL DEL PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR INFERIOR Y PRIMERO MOLAR SUPERIOR, DEBERÁ INCLUIRSE PUNTOS Y FISURAS, CONSERVANDO UN ANILLO DE ESMALTE DE 1,5 A 2,0 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 CAJA, O SEA
QUE LOS ÁNGULOS DE LA LÍNEA INTERNA DEBEN SER REDONDEADOS, ESTO -
SE PUEDE LOGRAR UTILIZANDO FRESAS DE CARBURO DEL NÚMERO 330, 331,
332 EN FORMA DE PERA, TERMINADO EL DELINEADO DE LA CAVIDAD, SE -
USAN FRESAS DE FISURA NÚMERO 556 Ó 557 PARA ELIMINAR LOS PRISMAS
LIBRES DEL ESMALTE, TRATANDO DE NO TOCAR EL PISO PULPAR. LA CARIES
DE UN SEGUNDO MOLAR SUPERIOR SE PREPARA EN LO POSIBLE EN DOS CAVI-
DADES SEPARADAS, UNA MESIOCENTRAL Y UNA DISTOPALATINA, CONSERVAN-
DO EL PUENTE CENTRAL DE ESMALTE.

CAVIDADES II CLASE.

SE PREPARA CON UN ANCLAJE OCLUSAL Y UNA CAJA INTERPROXIMAL QUE SE
UNE EN EL ISTMO.

ES UNA PREPARACIÓN DIFÍCIL, YA QUE POR UNA PARTE REQUIERE EL CUI-

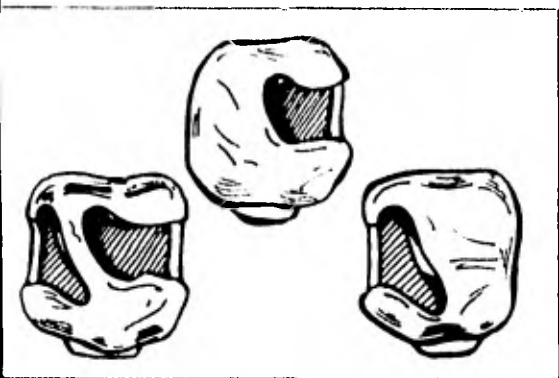
-DADO DE LA PULPA Y LA SUBSTANCIA DENTARIA, Y POR OTRA, LA OBTURACION DEBE TENER ESPESOR SUFICIENTE PARA EVITAR UNA FRACTURA POSTERIOR.

LA PROFUNDIDAD MINIMA DE LA CAVIDAD ES DE 0,5 MM. PULPAR HACIA LA UNION AMELODENTINARIA. SI QUEDA TEJIDO CARIOSO SE PUEDE ELIMINAR CON FRESAS REDONDAS DE BAJA VELOCIDAD O CON EXCAVADORES.

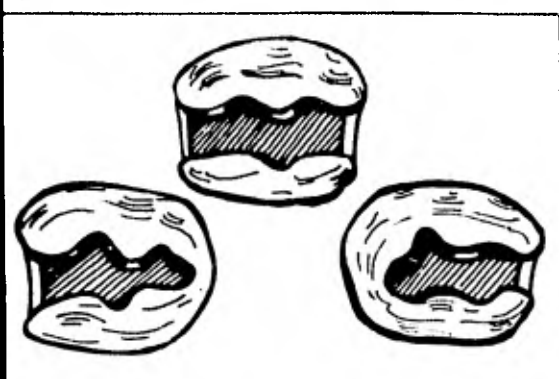
LOS ANGULOS DE LA LINEA INTERNA SERAN REDONDEADOS ALIVIANDO ASI TENSIONES MASTICATORIAS, Y PROPORCIONANDO UN ELEMENTO MECANICO DE RETENCION. LOS BORDES DE LA CAJA PROXIMAL DEBEN EXTENDERSE HASTA LA SUPERFICIE AUTOLIMPIANTES.

SI FUERA POSIBLE SE DEBE PASAR LA PUNTA DE UN EXPLORADOR ENTRE LAS PAREDES BUCAL, LINGUAL Y GINGIVAL, DE LA CAJA PROXIMAL Y EL DIENTE ADYACENTE. ESTE GRADO DE EXTENSION ES ESENCIAL PARA QUE LOS BORDES QUEDEN EN SUPERFICIE AUTOLIMPIANTE Y PERMITIR LA COLOCACION DE UNA BANDA MATRIZ. LAS AREAS DE CONTACTO ANCHAS, APLANADAS, ELIPTICAS, DE LOCALIZACION GINGIVAL DE LOS MOLARES TEMPORALES, DETERMINAN QUE EL PISO GINGIVAL DE LA CAJA INTERPROXIMAL SEA TAN AMPLIO COMO PARA QUE LOS BORDES GINGIVOBUCAL Y GINGILINGUAL, RESULTEN AUTOMATICAMENTE AUTOLIMPIANTES. LA CONVERGENCIA OCLUSAL DE LAS PAREDES BUCAL Y LINGUAL ORIGINA QUE EL ANCHO OCLUSAL DE LA CAJA PROXIMAL SEA MENOR QUE EL ANCHO GINGIVAL, IMPIDIENDO LA EXCESIVA EXTENSION Y DEBILITAMIENTO DEL ESMALTE OCLUSAL.

ASI LAS PAREDES DE LA CAJA PROXIMAL DIVERGEN DE OCLUSAL A GINGIVAL, DE MODO QUE QUEDAN CASI PARALELAS A LA RESPECTIVA SUPERFICIE EXTERNA DEL DIENTE, DANDO POR RESULTADO UNA FORMA RETENTIVA A LA CAJA PROXIMAL.



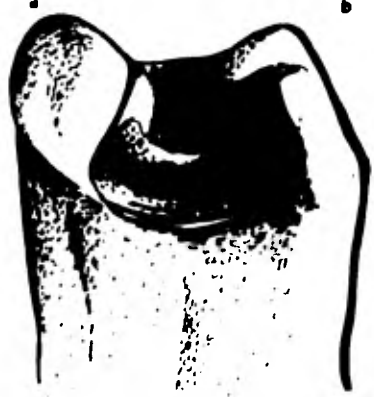
323



correcta

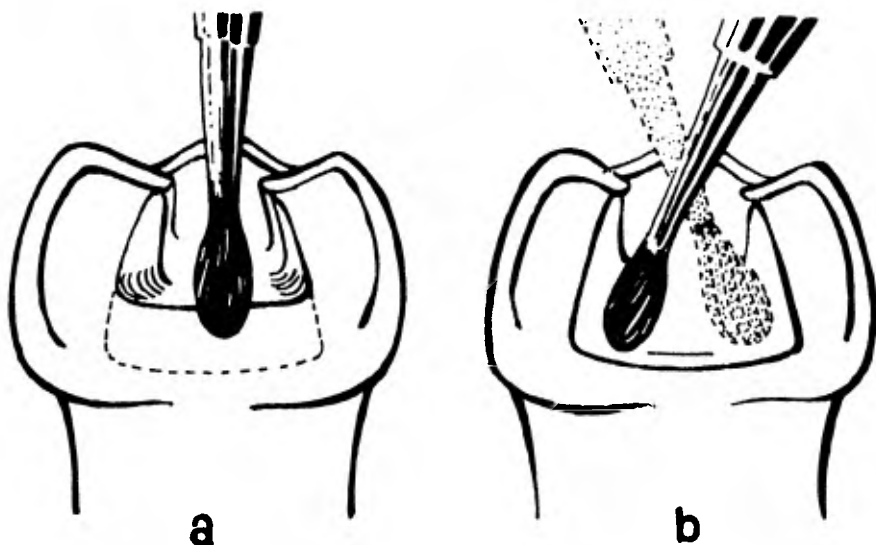


incorrecta



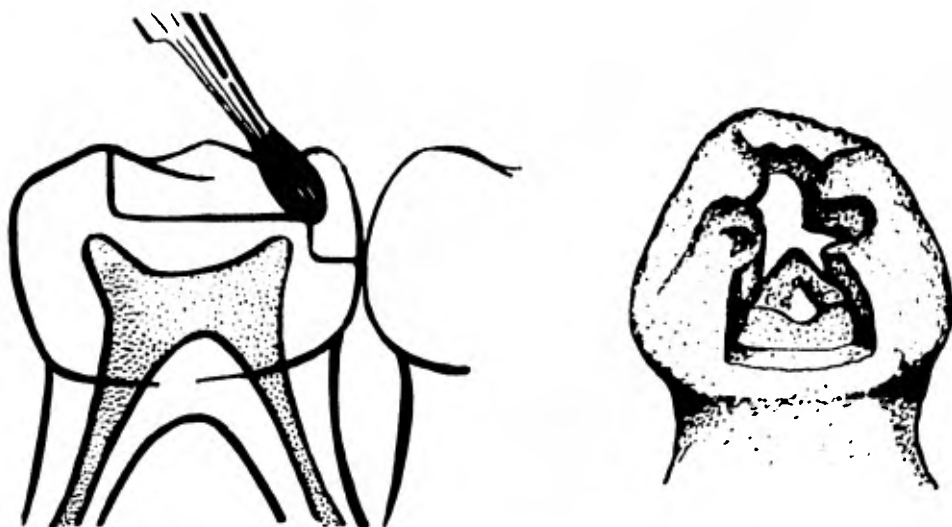
EL ANCLAJE OCLUSAL SE PREPARA ANTES QUE LA CAJA PROXIMAL, YA QUE ASÍ OBTENDREMOS MAYOR VISIBILIDAD PARA LA PREPARACIÓN DE ESTA ÚLTIMA

ESTO TIENDE A ELIMINAR EL RIESGO DE DESGASTAR EL DIENTE ADYACENTE. LA CAJA PROXIMAL SE PREPARA CON UNA FRESA NÚMERO 330, UTILIZANDO UNA ACCIÓN DE PÉNDULO.



SE LLEVA LA FRESA EN SENTIDO GINGIVAL A LO LARGO DE LA LESIÓN INTERPROXIMAL; CUANTO MÁS HACIA GINGIVAL SE LLEVA LA FRESA, MÁS ANCHO SERÁ EL ARCO DEL PÉNDULO, LO QUE ASEGURA QUE LOS BORDES RESULTEN AUTOLIMPIANTES GINGIVALMENTE. LA PARED AXIAL QUEDA APROXIMADAMENTE A 90 GRADOS EN RELACIÓN CON EL PISO DE LA CAJA OCLUSAL. LAS FRACTURAS EN LA OBTURACIÓN, SE EVITAN REDONDEANDO EL ÁNGULO AXIO-PULPAR. ESTE REDONDEADO ES IMPORTANTE PARA LA DISTRIBUCIÓN DE -- FUERZAS, Y SE REALIZA SIN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN PULPAR, YA QUE LA FORMA ANATÓMICA DE LA PULPA LO PERMITE. LOS PRISMAS LIBRES DEL ESMALTE EN LA CAJA PROXIMAL, SE ELIMINAN CON FRESA DE BOLA DE BA-

-JA VELOCIDAD O CON CUCHARILLA.



CAVIDADES DE III CLASE.

CUANDO EXISTEN LOS ESPACIOS DE DESARROLLO O FISIOLÓGICOS Y LA LESIÓN ES INCIPIENTE, PUEDE PREPARARSE DIRECTAMENTE LA CAVIDAD; NO HAY NECESIDAD DE UN ANCLAJE PARA MEJOR ACCESO Y RETENCIÓN. LA FORMA DEL CONTORNO SERÁ TRIANGULAR CON LA BASE DEL TRIÁNGULO EN LA CARA GINGIVAL DE LA CAVIDAD. LAS PAREDES BUCAL Y LINGUAL DE LA CAVIDAD SERÁN PARALELAS A LA SUPERFICIE EXTERNA DEL DIENTE, HASTA LLEGAR AL ÁPICE DEL TRIÁNGULO, PARA PREPARAR LA CAVIDAD SE UTILIZA UNA FRESA PEQUEÑA DE CONO INVERTIDO.

LA PARED GINGIVAL DE LA CAVIDAD SE INCLINA LIGERAMENTE HACIA INCISAL, OBTENIENDO UNA POSICIÓN PARALELA A LA ESTRUCTURA DE LOS PRISMAS DEL ESMALTE, PERMITIENDO ASÍ EL ESCALÓN DE RETENCIÓN MECÁNICA. LA CARA INCISAL DE LA CAVIDAD NO DEBE SER RECORTADA PORQUE ESTO AFECTA EL ESMALTE INCISAL, QUE MÁS ADELANTE ESTÁ SUJETO AL DESGASTE OCLUSAL. LOS CANINOS TEMPORALES PRESENTAN UN GRAN DESGASTE EN

ESPECIAL CUANDO LOS CONTACTOS PREMATUROS FACILITAN UNA DEVIACIÓN LATERAL, QUE PROVOCA UNA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR. LA PROFUNDIDAD DE LA CAVIDAD SERÁ DE 0.5 MM. PULPAR HACIA LA UNIÓN AMELODENTINARIA.

LOS SURCOS DE RETENCIÓN SE HARÁN A LO LARGO DE LA UNIÓN AMELODENTINARIA CON UNA FRESA DE FISURA PIRAMIDAL NÚMERO 170 L, A BAJA VELOCIDAD, ALTERNATIVAMENTE PUEDEN HACERSE FOSITAS DE RETENCIÓN EN EL PUNTO INTERNO DE LOS ÁNGULOS BUCOGINGIVAL Y LINGUOGINGIVAL.

CON FRECUENCIA ES NECESARIO UN ANCLAJE PARA FACILITAR EL ACCESO A LA LESIÓN DE LA CARIES, Y PARA CONTRIBUIR A LA RETENCIÓN DE LA -- OBTURACIÓN. ESTO SE HARÁ SÓLO EN DIENTES ANTERIORES TEMPORALES, -- GENERALMENTE SE NECESITA EN LOS CANINOS TEMPORALES, SOBRE TODO -- CUANDO EL ÁREA DE CONTACTO ESTÁ CERRADA Y LA LESIÓN ES MÁS GRANDE QUE LA INCIPIENTE. EL ANCLAJE SE HARÁ EN EL TERCIO MEDIO DEL DIENTE A UNA PROFUNDIDAD DE 0.5 MM. EN LA DENTINA Y SIN EXTENDERSE -- HASTA LA LÍNEA MEDIA.

SE EVITA EL TERCIO INCISAL DEL DIENTE POR EL DESGASTE QUE EL MISMO SUFRE Y EL TERCIO GINGIVAL PORQUE LA OBTURACIÓN PUEDE FACILITAR LA RETENCIÓN DE LA PLACA BACTERIANA, Y ES NECESARIO IMPEDIR, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LA IRRITACIÓN GINGIVAL. EL ÁREA INTERPROXIMAL DE LA CAVIDAD DEBE ADOPTAR LA FORMA DE LA LETRA "C"; EL EXTREMO -- ABIERTO DE LA "C" SE ENCUENTRA CON ANCLAJE RETENTIVO, LA CAVIDAD ES SIMILAR A LA DE II CLASE.

CAVIDADES DE IV CLASE.

LAS CAVIDADES DE CUARTA CLASE SE LIMITAN ÚNICAMENTE A LA ELIMINACIÓN DE LA CARIES Y PLANEAR SU RESTAURACIÓN DE ACUERDO A LAS LESIONES CARIOSAS. ES POSIBLE REALIZAR RESTAURACIONES TOTALMENTE --

ESTÉTICAS, GENERALMENTE ESTARÁ INDICADA LA CORONA TOTAL.

CAVIDADES DE V CLASE.

LA FORMA DE LA CAVIDAD ESTARÁ LIMITADA A LA CARIES Y A LAS ZONAS ADYACENTES DESCALCIFICADAS. LAS REGIONES DESCALCIFICADAS Y LAS CARIES QUE SE ENCUENTRAN A 2.0 MM. DE SEPERACIÓN SE INCLUIRÁN EN LA MISMA CAVIDAD, COMO EXTENSIÓN PREVENTIVA, Y NO COMO LESIONES SEPARADAS. LA CAVIDAD PUEDE TENER FORMA ARRINONADA, UNA FORMA LIGERAMENTE CURVA ES TAN ACEPTABLE COMO UN CUADRADO EN LOS BORDES MESIAL Y DISTAL.

SE UTILIZA UNA FRESA DE CONO INVERTIDO DEL NÚMERO 35 PARA PROFUNDIZAR LA CAVIDAD 0.5 MM, EN LA DENTINA, SE HARÁN ESCALONES DENTINARIOS PARA LOGRAR LA DEBIDA RETENCIÓN MECÁNICA.

SE RETIRA TODO EL RESTO DE CARIES CON UNA FRESA REDONDA DEL NÚMERO 2 A BAJA VELOCIDAD, PARA LOGRAR MAYOR RETENCIÓN SE PUEDEN REALIZAR PEQUEÑAS FOSITAS CON LA FRESA DE FISURA PLANA NÚMERO 170 L EN LA PUNTA DE LOS ÁNGULOS MESIAL Y DISTAL GINGIVAL PULPAR. EL BORDE DEL ESMALTE GINGIVAL SEGUIRÁ UNA CURVA PARALELA A LA INSERCIÓN GINGIVAL, A MENOS QUE LA LESIÓN SE EXTIENDA HACIA SU PORCIÓN GINGIVAL.

LOS BORDES SERÁN TALLADOS CON CINCELES DE ESMALTE PARA EVITAR PORCIÓN DE ESMALTE SIN APOYO DENTINARIO, ÉSTE ES MUY IMPORTANTE DEBIDO A LA POSIBLE DESCALCIFICACIÓN ADYACENTE A LA LESIÓN.

SELECCION DE MATERIALES DE OBTURACION E INDICACIONES.

EN ESTE CAPÍTULO TRATAREMOS LOS MATERIALES DENTALES UTILIZADOS EN ODONTOPEDIATRÍA, SUS PROPIEDADES Y ELECCIÓN PARA LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS DE RESTAURACIÓN EN DIENTES DECIDUOS.

LOS MATERIALES DE OBTURACIÓN O RESTAURACIÓN SE DIVIDEN EN DOS GRUPOS: POR SU DURABILIDAD Y POR SUS CONDICIONES DE TRABAJO.

DURABILIDAD	TEMPORALES	GUTAPERCHA CEMENTOS
	SEMIPERMANENTES	SILICATOS ACRÍLICOS
	PERMANENTES	ORO AMALGAMAS PORCELANAS COCIDAS
POR SUS CONDI CIONES DE TRA BAJO.	PLÁSTICOS	GUTAPERCHA CEMENTOS SILICATOS AMALGAMAS ORIFICACIONES
	No PLÁSTICOS	INCRUSTACIONES DE ORO PORCELANAS COCIDAS

5.1. AMALGAMAS.

AMALGAMA DE PLATA.

ES LA UNIÓN DEL MERCURIO CON LIMADURA DE OTROS METALES, REALIZADA POR EL PROCESO DE AMALGAMACIÓN.

LA AMALGAMA DE PLATA SE PREPARA LIMANDO O CORTANDO EN LAMINILLAS MUY DELGADAS UN LINGOTE, LAS LIMADURAS SE VENDEN EN POLVO O PUEDEN INCORPORARSE EN GRANOS PARA MAYOR FACILIDAD DE MANEJO.

LA AMALGAMA DE PLATA ES UNA MEZCLA DE PLATA Y ESTAÑO, CON PEQUEÑAS CANTIDADES DE COBRE Y ZINC.

LAS UNIONES ESFÉRICAS SE PRODUCEN EN PROCESOS DE ATOMIZACIÓN. SE ROCÍA UNA NUBE FUNDIDA DE METAL EN UNA ATMÓSFERA INERTE, LO QUE PRODUCE GOTITAS SOLIDIFICADAS RELATIVAMENTE ESFÉRICAS.

YA SEA QUE SE SELECCIONE UNA UNIÓN ESFÉRICA O UNA DE GRANO, EN ÚLTIMA INSTANCIA SERÁ LA MANIPULACIÓN DEL MATERIAL QUE REALICE EL ODONTÓLOGO O SU AYUDANTE LO QUE DETERMINE EL ÉXITO O EL FRACASO DE LA RESTAURACIÓN EN CUALQUIER CAVIDAD PREPARADA ADECUADAMENTE.

COMPOSICION DE LA AMALGAMA DE PLATA.

CONSTITUYENTE	PREPARACIÓN APROXIMADA	FUNCIÓN
PLATA	65%	LE DA DUREZA AUMENTA LA EXPANSIÓN AUMENTA LA RESISTENCIA A OPACARSE. DISMINUYE EL FLUJO.
ESTAÑO	25%	AUMENTA LA PLASTICIDAD Y ACELERA EL ENDURECIMIENTO DISMINUYE LA EXPANSIÓN DISMINUYA LA FUERZA
COBRE	6%	EVITA QUE LA AMALGAMA SE SEPARE DE LOS BORDES DE LA CAVIDAD. AUMENTA LA EXPANSIÓN AUMENTA LA FUERZA DISMINUYE EL FLUJO
ZINC	2%	COMPENSA VARIABLES DE FABRICACIÓN DA ALEACIÓN LIMPIA DURANTE PROCESOS DE FABRICACIÓN EVITA QUE LA AMALGAMA SE ENNEGRECICA.

MERCURIO

- VENTAJAS: A) FACILIDAD DE MANIPULACIÓN
B) ES INSOLUBLE A LOS FLUIDOS BUCALES
C) PULIDO RÁPIDO Y FÁCIL
D) ES ECONÓMICA

- DESVENTAJAS: A) ANTIESTÉTICA
B) TENDENCIA A LA EXPANSIÓN, ESCURRIMIENTO Y CONTRACCIÓN.
C) CONDUCTORA ELÉCTRICA Y TÉRMICA,
D) TIENE QUE PULIRSE EN UNA SEGUNDA CITA.

MANIPULACION.-

SE COLOCAN LAS CANTIDADES DESEADAS DE LIMADURA Y MERCURIO EN UN MORTERO O AMALGAMADOR ELÉCTRICO CON EL FIN DE OBTENER LA TRITURACIÓN. UNA VEZ HECHA LA MEZCLA Ó TRITURACIÓN, SE COLOCA LA AMALGAMA EN UN PAÑO SUAVE Y SE PRESIONA PARA QUITAR EL EXCEDENTE DE MERCURIO, YA PREPARADA SE LLEVA A LA CAVIDAD LIMPIA Y AISLADA, UTILIZANDO UN PORTAAMALGAMAS PARA NO CONTAMINARLA CON LA MANO O EVITAR LA INSEGURIDAD DE LLEVARLO CON OTRO INSTRUMENTO POCO APROPIADO. SE EMPACA PRIMERO EL PISO DE LA CAVIDAD, SI ES UNA PREPARACIÓN COMPUESTA SE EMPIEZA POR EL ESCALÓN, COLOCANDO ANTERIORMENTE UN PORTA-MATRIZ. AL IR DEPOSITANDO LA AMALGAMA SE PRESIONA HASTA EMPACAR TODA LA CAVIDAD DEJANDO UN PEQUEÑO EXCEDENTE. ÉSTE PROCESO ES LLAMADO CONDENSACIÓN. YA CONDENSADA LA AMALGAMA EN LA CAVIDAD, SE TALLA LA RESTAURACIÓN HASTA REPRODUCIR LA ANATOMÍA DENTARIA CORRESPONDIENTE. SI USAMOS PORTA-MATRÍZ SE RETIRA CON CUIDADO VOLVIENDO A REMODELAR.

EL PULIDO FINAL DE LA RESTAURACIÓN DEBERÁ HACERSE 48 HORAS DES--

-PUÉS DE LA CONDENSACIÓN; ÉSTE LO REALIZAREMOS CON UN CEPILLO PROFILÁCTICO DE CERDAS DURAS CON AMAGLOS Y BRUNIDORES.

ADVERTENCIA AL PACIENTE: SE DEBE ADVERTIR AL NIÑO Y A SUS PADRES PARA QUE NO TOME ALIMENTOS DUROS DURANTE LAS 8 HORAS SIGUIENTES, PARA EVITAR QUE EL NIÑO HAGA OCLUSIÓN LIBREMENTE Y FRACTURE LA -- AMALGAMA. LA RESTAURACIÓN QUEDARÁ TERMINADA UNA VEZ PULIDA.

5.2. CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC.

EL CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC SE UTILIZA COMO AGENTE DE RECUBRIMIENTO Y COMO BASE PARA DAR AISLAMIENTO TÉRMICO EN CAVIDADES PROFUNDAS POR SU ALTA FUERZA DE COMPRESIÓN.

LOS CEMENTOS DE FOSFATO DE ZINC ESTÁN COMPUESTOS DE UN POLVO, ÓXIDO DE ZINC, Y UN LÍQUIDO, QUE ES ÁCIDO FOSFÓRICO CON APROXIMADAMENTE 30 A 50% DE AGUA. SE AÑADEN FOSFATO DE ALUMINIO Y FOSFATO DE ZINC PARA ACTUAR COMO AMORTIGUADORES, PARA RETRASAR LA ACCIÓN DE ENDURECIMIENTO CUANDO SE COMBINAN LÍQUIDO Y POLVO. POR SU NATURALEZA ÁCIDA (PH INICIAL 1,6), ES IRRITANTE DE LA PULPA SI SE COLOCA EN CAVIDADES MUY PROFUNDAS O QUE TIENEN TÚBULOS JÓVENES DENTINARIOS. LA ACIDEZ ES NEUTRALIZADA A MEDIDA QUE SE ASIENTA LA MEZCLA, Y LAS PROPIEDADES PERNICIOSAS A LA PULPA SON MITIGADAS. SIN EMBARGO, DESPUÉS DE UNA HORA PH ESTÁ AÚN POR DEBAJO DE 7, Y NO ALCANZA LA NEUTRALIDAD HASTA APROXIMADAMENTE 48 HORAS DESPUÉS DE HABER SIDO COLOCADA.

DEBE EVITARSE DAÑO A LA PULPA, UTILIZANDO UNA SUB-BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO U ÓXIDO DE ZINC-EUGENOL, O AMBAS, SOBRE LOS TÚBULOS DENTINALES RECIÉN CORTADOS Y EXPUESTOS ANTES DE LA INSERCIÓN DEL CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC.

COMO AGENTE RECUBRIDOR, TIENE DESVENTAJAS. CUANDO AL CEMENTAR UNA CORONA DE ACERO INOXIDABLE, LA IRRITACIÓN A LA PULPA SE INTENSIFICA POR LA CANTIDAD MAYOR DE ÁCIDO LIBRE EN MEZCLA MÁS FLUÍDA, Y EL GRAN NÚMERO DE TÚBULOS DENTINALES EXPUESTOS. CUANDO SE UTILIZA PARA CEMENTAR BANDAS A LAS PIEZAS, SE HA ASOCIADO AL ÁCIDO LIBRE CON LA DESCALCIFICACIÓN DEL ESMALTE SOBRE EL CUAL ACTÚA. CUANDO SE EXTRAEN LAS BANDAS, PUEDE APARECER UN ÁREA DE DESCALCIFICACIÓN POCO ESTÉTICA, DEBIDO A QUE EL CEMENTO DE ZINC ES SOLUBLE EN LOS LÍQUIDOS BUCALES Y PROPORCIONA UN ENCADENAMIENTO MECÁNICO DÉBIL ENTRE LA PIEZA Y LA BANDA.

SOBRE UNA LOSETA DE CRISTAL A TEMPERATURA AMBIENTE, SE COLOCAN DE 1 A 3 GOTAS DE LÍQUIDO Y UNA PORCIÓN DE POLVO, UNO DE CADA EXTREMO, INCORPORAMOS UNA PORCIÓN DE POLVO HACIA EL LÍQUIDO Y COMENZAMOS A BATIRLO, CON UNA ESPÁTULA DE ACERO INOXIDABLE, ESPATULANDO AMPLIAMENTE DURANTE UN MINUTO MIENTRAS SEGUIMOS AGREGANDO UNA NUEVA PORCIÓN DE POLVO, HASTA LOGRAR LA CONSISTENCIA; QUE AL SEPARAR LA ESPÁTULA DE LA LOSETA, HAGA HEBRA. SI LA MEZCLA ES PARA BASE DE CEMENTO SOBRE CEMENTO MEDICADO, DEBE SER BASTANTE ESPESA, DE CONSISTENCIA DE MIGAJÓN.

5.3. CEMENTO DE POLICARBOXILATO.

SE PRESENTA EN POLVO Y LÍQUIDO, QUE SE MEZCLAN ANTES DE USARSE. EL POLVO ES UN ÓXIDO DE ZINC MODIFICADO, EL LÍQUIDO ES UNA SOLUCIÓN ACUOSA DE ÁCIDO POLIACRÍLICO.

LOS CEMENTOS DE POLICARBOXILATO NO PRODUCEN IRRITACIÓN A LOS TEJIDOS Y SON BIOLÓGICAMENTE MÁS ACEPTABLES. POR SU SUPERIORIDAD BIOLÓGICA Y SU MAYOR POTENCIAL DE UNIÓN, ESTÁ REEMPLAZANDO AL CEMENTO

-TO DE FOSFATO DE ZINC, ESPECIALMENTE COMO AGENTE RECUBRIDOR. EN ODONTOPEDIATRÍA SE UTILIZA EL CEMENTO DE POLICARBOXILATO AL CEMENTAR CORONAS DE ACERO INOXIDABLE Y BANDAS DE ORTODONCIA.

ANTES DE CEMENTAR UNA BANDA DE ORTODONCIA O UNA CORONA DE ACERO INOXIDABLE, DEBE LIMPIARSE EL METAL Y LA PIEZA CON UNA PASTA ACUOSA DE PIEDRA PÓMEZ, LA PELÍCULA RESTANTE DEBE ELIMINARSE CON ALCOHOL, Y DEBE SECARSE LA SUPERFICIE CON AIRE. LA MEZCLA DE CEMENTO SE HACE SEGÚN LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE Y SE CEMENTA DE LA MANERA NORMAL.

5.4. CEMENTO DE SILICATO.

LOS CEMENTOS DE SILICATO SON UNA COMBINACIÓN DE POLVO Y LÍQUIDO. EL POLVO CONTIENE ÓXIDOS DE ALUMINIO Y DE SILICIO, CON ALGO DE CALCIO Y APROXIMADAMENTE 12% DE FLUORURO. EL LÍQUIDO CONTIENE ÁCIDO FOSFÓRICO QUE CONTIENE APROXIMADAMENTE 35% DE AGUA. CUANDO EL LÍQUIDO Y EL POLVO SE COMBINAN EN PROPORCIONES CORRECTAS, EL CEMENTO RESULTA UN MATERIAL TRASLÚCIDO, PARECIDO EN CIERTA MANERA AL COLOR NATURAL DE LA PIEZA. LA MEZCLA COMBINADA EN FORMA DE GELatina IRREVERSIBLE JUNTO CON LAS PARTÍCULAS QUE NO HAN HECHO REACCIÓN TIENE RIGIDEZ Y FUERZA ACEPTABLES, PH BAJO, COEFICIENTE LINEAL DE EXPANSIÓN TÉRMICA SIMILAR AL DE LA ESTRUCTURA DEL DIENTE, Y ALTA SOLUBILIDAD EN LÍQUIDOS BUCALES Y ÁCIDOS.

POR SU COMPONENTE DE ÁCIDO FOSFÓRICO, EL SILICATO YA ASENTADO TIENE PH INICIAL BAJO, QUE UN MES DESPUÉS DE LA COLOCACIÓN AÚN PERMANECE POR DEBAJO DE LA NEUTRALIDAD. LOS COMPONENTES ÁCIDOS DEL SILICATO PENETRAN EN LA DENTINA Y PUEDEN AFECTAR LA VITALIDAD DE LA PULPA. LA PENETRACIÓN DEL ÁCIDO SE VE MÁS FAVORECIDA EN PIEZAS JÓVENES CON TÚBULOS DENTINALES ANCHOS Y SIN OBSTRUCCIONES. UNA BASE

DE HIDRÓXIDO DE CALCIO Y ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL FORMARÁ UNA BARRERA A LA PENETRACIÓN DEL ÁCIDO, MIENTRAS QUE LOS RECUBRIMIENTOS DE BARNIZ PARA CAVIDADES FORMARÁN SÓLO BARRERAS PARCIALES.

A CAUSA DE LA ALTA SOLUBILIDAD DE LOS CEMENTOS DE SILICATO EN LOS LÍQUIDOS BUCALES, LA LONGEVIDAD DE LAS RESTAURACIONES PREPARADAS CON ESTOS MATERIALES ES DEFICIENTE. EL PROMEDIO DE VIDA SE CONSIDERA GENERALMENTE COMO DE CUATRO AÑOS. ESTOS CEMENTOS SON SUSCEPTIBLES A EROSIONES OCASIONADAS POR BEBIDAS CÍTRICAS.

ESTÁN CONTRAINDICADOS EN NIÑOS, QUE RESPIRAN POR LA BOCA O QUE -- MUESTRAN INCISIVOS PROTRUSIVOS YA QUE EN ESTOS CASOS ES POSIBLE -- QUE HAYA EXPOSICIÓN AL AIRE, CON LA CONSIGUIENTE DESECACIÓN; YA -- QUE LOS SILICATOS AL SECARSE, TOMAN ASPECTO DE TIZA Y SUFREN CONTRACCIÓN Y ABLANDAMIENTO.

LA ÚNICA VENTAJA AL COLOCAR UNA RESTAURACIÓN DE SILICATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ES EL POTENCIAL ANTICARIOGÉNICO DEL MATERIAL. EL POTENCIAL ANTICARIOGÉNICO DEL MATERIAL DEBE CONTRAPESARSE CON LA IRRITACIÓN PULPAR QUE PUEDE CAUSAR Y SU VIDA CLÍNICA RELATIVAMENTE CORTA, ESPECIALMENTE EN BOCAS EN LAS QUE LA HIGIENE BUCAL PUEDE SER DEFICIENTE Y EXISTAN CONDICIONES ÁCIDAS.

POR SUS PROPIEDADES ADVERSAS, NUNCA SE HAN RECOMENDADO LOS SILICATOS PARA RESTAURACIONES DE PIEZAS ANTERIORES PRIMARIAS, Y SU UTILIDAD EN PIEZAS ANTERIORES PERMANENTES HA SIDO LIMITADA, CON LA LLEGADA DE LAS RESINAS COMPUESTAS.

5.5. HIDRÓXIDO DE CALCIO.

EL HIDRÓXIDO DE CALCIO ES UN POLVO QUE, AL MEZCLARSE CON AGUA DESTILADA, FORMA UNA PASTA CREMOSA DE ALTA ALCALINIDAD (PH DE 11 A 13).

SE RECOMIENDA EL HIDRÓXIDO DE CALCIO COMO BASE O SUB-BASE EN PIEZAS EN DONDE EXISTA PELIGRO DE EXPOSICIÓN PULPAR DEBIDO A CARIES PROFUNDAS. SE APLICA SOBRE DENTINA SANA DESPUÉS DE LA EXCAVACIÓN COMPLETA DEL MATERIAL CARIADO, O, SI SE UTILIZA LA TÉCNICA DE TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO, SE PUEDE APLICAR SOBRE UNA CAPA RESIDUAL DE DENTINA CARIADA.

"MJOR, KLEIN, EIDELMAN Y COL." INDICAN QUE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO AUMENTA LA DENSIDAD Y DUREZA DE LA DENTINA QUE ESTÁ DEBAJO EN PIEZAS DECIDUAS.

SE HA OBSERVADO UN AUMENTO DE DUREZA EN LA DENTINA ENTRE EL PISO DE LA CAVIDAD Y LA CÁMARA PULPAR EN PERÍODOS DE TIEMPO TAN CORTOS COMO 15 DÍAS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO. - LOS CAMBIOS SE PRODUCEN POR DEPÓSITO INTRATUBULAR DE MATERIAL CALCIFICADO Y POR CALCIFICACIÓN INTERTUBULAR DE DENTINA SECUNDARIA.

CUANDO SE USA HIDRÓXIDO DE CALCIO EN TÉCNICAS DE TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO, PARECE DETENER LA LESIÓN, ESTERILIZAR LA CAPA RESIDUAL PROFUNDA DE CARIES, REMINERALIZAR LA DENTINA CARIADA Y PRODUCIR DEPÓSITOS DE DENTINA SECUNDARIA.

SI SE UTILIZA SOBRE LA PULPA DENTAL EXPUESTA, O DESPUÉS DE UNA AMPUTACIÓN PULPAR CORONAL, ESTIMULA LA ACTIVIDAD ODONTOBLÁSTICA CONTÍNUA Y LA POSIBLE FORMACIÓN DE UN PUENTE DE DENTINA.

CUANDO SE USAN BASES DE HIDRÓXIDO DE CALCIO, SE RECOMIENDA QUE -

SOBRE ELLAS SE COLOQUE UNA BASE MÁS FUERTE DE CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC ANTES DE INSERTAR LA RESTAURACIÓN.

EL MANEJO DE LAS PREPARACIONES COMERCIALES DE HIDRÓXIDO DE CALCIO ES BASTANTE FÁCIL. SE UTILIZAN GENERALMENTE PEQUEÑOS TUBOS DE CATALIZADOR Y DE BASE Y SE HACE SALIR POR PRESION EL CONTENIDO EN CANTIDADES IGUALES, DEPOSITÁNDOLO EN UNA LOSETA DE PAPEL. SE MEZCLA CUIDADOSAMENTE LA PASTA CON UN INSTRUMENTO DISEÑADO PARA ESE FIN, Y QUE VENDE EL FABRICANTE. UTILIZANDO EL MISMO INSTRUMENTO, SE HACE FLUIR LA PASTA SOBRE EL PISO DE DENTINA DE LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD.

DESPUÉS DE DOS MINUTOS APROXIMADAMENTE, CUANDO EL MATERIAL SE HA FIJADO, SE ELIMINA EL EXCESO DE LAS PAREDES DE LA CAVIDAD CON LA PUNTA DE UN EXPLORADOR AFILADO.

5.6. ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL.

EL ÓXIDO DE ZINC EUGENOL EN ODONTOPEDIATRÍA SE USA:

- 1.- COMO BASE PROTECTORA BAJO UNA RESTAURACIÓN DE AMALGAMA.
- 2.- COMO OBTURACIÓN TEMPORAL.
- 3.- COMO CURACIÓN ANODINA PARA AYUDAR A LA RECUPERACIÓN DE PULPAS INFLAMADAS.
- 4.- COMO AGENTE RECUBRIDOR PARA CORONAS DE ACERO INOXIDABLE Y DE OTROS TIPOS.

TAMBIÉN SE PUEDE USAR COMO OBTURADOR DE CANAL DE LA RAÍZ EN PIEZAS PRIMARIAS EN TRATAMIENTOS PULPARES.

CUANDO SE MEZCLAN EL ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL, SE FORMA UNA MATRIZ DE CRISTALES ALARGADOS DE EUGENOLATO. LA MATRIZ Y EL EXCESO DE --

POLVO DE ÓXIDO DE ZINC ABSORBEN EL EUGENOL QUE NO HA REACCIONADO Y FORMAN UNA MASA DURA.

PUEDE UTILIZARSE COMO BASE PROTECTORA BAJO RESTAURACIONES DE AMALGAMA, CUANDO SE REQUIERE AISLAMIENTO TÉRMICO. A CAUSA DE SU PH CASI NEUTRO, EL ÓXIDO DE ZINC-EUGENOL NO PRODUCE LA IRRITACIÓN PULPAR QUE COMÚNMENTE SE OBSERVA EN LOS CEMENTOS DE FOSFATO DE ZINC. EL ÓXIDO DE ZINC EUGENOL TAMBIÉN POSEE EFECTO SEDANTE, SE CREE -- QUE TIENE RELACIÓN CON SU CONTENIDO DE EUGENOL, PARADÓJICAMENTE, EL EUGENOL TAMBIÉN PUEDE SER IRRITANTE SI SE COLOCA MUY CERCANO O EN CONTACTO DIRECTO CON LA PULPA. CUANTO MÁS ESPESA SEA LA CAPA DE DENTINA INTERPUESTA, MENOS DEBERÁN SER LOS EFECTOS IRRITANTES OBSERVADOS.

PARA EVITAR LA IRRITACIÓN CRÓNICA QUE PUEDA CAUSAR EL EUGENOL LIBRE, SE UTILIZA UNA CAPA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO EN CAVIDADES MUY PROFUNDAS DONDE EXISTA LA POSIBILIDAD DE EXPOSICIONES NO DETECTABLES CLÍNICAMENTE. SI ES NECESARIO, SE PUEDE COLOCAR UNA CAPA DE ÓXIDO DE ZINC EUGENOL SOBRE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO, PARA EL AISLAMIENTO TÉRMICO.

LAS FÓRMULAS PATENTADAS DE ÓXIDO DE ZINC EUGENOL SE PRESENTAN EN FORMA DE PASTA EN DOS TUBOS SEPARADOS, O EN UNA COMBINACIÓN DE -- POLVO Y LÍQUIDO. PUESTO QUE LA REACCIÓN NO ES EXOTÉRMICA, NO SE NECESITA UNA LOSETA DE VIDRIO PARA MEZCLAR. SI SE UTILIZA LA COMBINACIÓN DE POLVO Y LÍQUIDO, SE COLOCAN VARIAS GOTAS EN UNA LOSETA Y SE INCORPORA RÁPIDAMENTE EL POLVO EN INCREMENTOS, HASTA QUE SE PRODUZCA UNA CONSISTENCIA PESADA Y QUE NO SE PEGUE. SE MEZCLA APROXIMADAMENTE UN MINUTO. SE LLEVA LA BASE A LA PIEZA, CON UN INSTRUMENTO DE PUNTA APLANADA. PUEDE SUMERGIRSE EL INSTRUMENTO EN

UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE POLVO DE ÓXIDO DE ZINC, SE UTILIZA PARA MOLDEAR LA BASE EN LA FORMA DESEADA. SI SE VA A USAR EL MATERIAL PARA RECUBRIMIENTO, SE PREPARA UNA MEZCLA MÁS FLUÍDA.

COMO ESTE CEMENTO SE FIJA RÁPIDAMENTE, DEBERÁ ASENTARSE LA CORONA CON LA MAYOR RAPIDEZ POSIBLE, ANTES DE QUE AUMENTE LA VISCOSIDAD DE LA MEZCLA E INTERFIERA EN EL ASENTADO CORRECTO.

COMO EL EUGENOL AFECTA A LAS RESINAS, NO DEBERÁN USARSE PRODUCTOS DE ÓXIDO DE ZINC EUGENOL COMO BASE DEBAJO DE RESINAS ACRÍLICAS, RESINAS COMPUESTAS, O CORONAS DE FUNDA ACRÍLICA.

5.7. RESINAS ACRÍLICAS.

LOS REQUISITOS DE UNA RESINA DENTAL SON LOS SIGUIENTES:

- A) DEBE SER SUFICIENTEMENTE TRANSLÚCIDA PARA REPRODUCIR ESTÉTICAMENTE LOS TEJIDOS QUE HA DE REEMPLAZAR.
- B) NO DEBE EXPERIMENTAR CAMBIOS DE COLOR NI DENTRO, NI FUERA DE LA BOCA.
- C) DEBE TENER ESTABILIDAD DIMENSIONAL.
- D) DEBE POSEER RESISTENCIA, RESILENCIA Y RESISTENCIA A LA ABRASIÓN.
- E) DEBE SER INSOLUBLE A LOS LÍQUIDOS BUCALES.
- F) NO DEBE SER TÓXICA NI IRRITANTE PARA LOS TEJIDOS BUCALES, SIENDO INSÍPIDA E INODORA.
- G) SI SE LLEGA A FRACTURAR DEBE DE SER FACTIBLE DE REPARAR FÁCIL Y EFICAZMENTE.

COMPOSICIÓN:

POLÍMERO (POLVO)

POLIMETRACRILATO DE METILO

PERÓXIDO DE BENZOILO

MONÓMERO (LÍQUIDOS)

METACRILATO DE METILO

DIMETACRILATO DE ETULENO.

ÉTER DE HIDROQUINONA.

PARA LA OBTURACIÓN DE RESINA ACRÍLICA EN UNA CAVIDAD TALLADA EXISTEN DIFERENTES TÉCNICAS: A) TÉCNICA DE ATAQUE EN MASA

B) TÉCNICA DE COMPRESIÓN

C) TÉCNICA DEL PINCEL O SIN COMPRESIÓN

D) TÉCNICA DEL ESCURRIMIENTO.

A) TÉCNICA DE COMPRESIÓN.- EL POLVO Y EL LÍQUIDO SE MEZCLAN SUAVEMENTE EN UNA LOSETA DE VIDRIO, CUANDO EL MATERIAL ADQUIERE CONSISTENCIA PLÁSTICA, SE LE COLOCA EN LA CAVIDAD Y SE LE MANTIENE ALLÍ BAJO PRESIÓN MEDIANTE UNA MATRIZ, HASTA QUE POLIMERICE.

B) TÉCNICA DEL PINCEL O SIN COMPRESIÓN.- SE LLEVA A CABO APLICANDO LA MEZCLA DE MONÓMERO Y POLÍMERO POR CAPAS. EL POLÍMERO SE COLOCA EN UN RECIPIENTE Y EL MONÓMERO EN OTRO. PRIMERO SE HUMEDECE CON MONÓMERO LA CAVIDAD TALLADA, A CONTINUACIÓN SE MOJA LA PUNTA DE UN PEQUEÑO PINCEL EN EL MONÓMERO Y LUEGO SE COLOCA EL POLÍMERO E INMEDIATAMENTE SE COLOCA EN EL PISO DE LA CAVIDAD; SE REPITE ESTE PROCESO HASTA LLENAR ADECUADAMENTE LA CAVIDAD.

DESPUÉS SE CUBRE LA SUPERFICIE DE LA RESTAURACIÓN CON MANTECA DE CACAO, GRASA DE SILICONA, CERA O ACEITE. ESTA CAPA EVITA LA EVAPORACIÓN DEL MONÓMERO.

C) TÉCNICA DE ESCURRIMIENTO.- SE HACE UNA MEZCLA FLUÍDA DE POLÍMERO Y MONÓMERO, DESPUÉS EL GEL ES LLEVADO CON UN INSTRUMENTO DE PLÁSTICO O UN PINCEL A LA CAVIDAD PREPARADA, LLENA LA CAVIDAD SE APLICA UNA MATRIZ PARA ASEGURAR CONTACTO Y CONTORNOS ADECUADOS. HAY QUE HACER LA TERMINACIÓN POR LO MENOS 24 HORAS DESPUÉS DE REALIZADA LA OBTURACIÓN; SE ELIMINA EL SOBRENTE CORTANDO CON BISTURÍ O DESGASTANDO CON FRESA. A CONTINUACIÓN SE PULE LA SUPERFICIE CON

FRESA, EL ACABADO FINAL SE RETOCA CON TIZA MOJADA EN UNA RUEDA PULIDORA O CON PIEDRA PÓMEZ MOJADA EN UNA TAZA DE HULE BLANCO.

CIERTAS CARACTERÍSTICAS INHERENTES AL POLIMETACRILATO DE METILO - LIMITAN SU USO Y EFICACIA COMO MATERIAL DE RESTAURACIÓN, EL BAJO GRADO DE DUREZA Y RESISTENCIA, EL ALTO COEFICIENTE DE EXPANSIÓN - TÉRMICA Y LA FALTA DE ADHESIÓN A LA ESTRUCTURA DENTARIA RESTRINGEN LAS ZONAS DONDE SE LE PUEDE EMPLEAR.

5.8. RESINAS COMPUESTAS.

LAS RESINAS COMPUESTAS PARA OBTURACIÓN DIRECTA SE EXPENDEN EN DIVERSAS FORMAS COMO POLVO Y LÍQUIDO, DOS PASTAS O COMBINACIONES DE PASTA Y LÍQUIDO.

ESTE TIPO DE RESINAS COMPUESTAS SON MUY ABRASIVAS Y DESGASTAN LOS INSTRUMENTOS METÁLICOS QUE SE UTILIZAN PARA MEZCLAR, AL DESGASTAR SE EL INSTRUMENTO, LAS PARTÍCULAS DE METAL DESPRENDIDO SE INCORPORAN A LA MEZCLA MODIFICANDO EL COLOR DEL MATERIAL, POR LO TANTO, SE DEBEN UTILIZAR ESPÁTULAS DE PLÁSTICO O MADERA.

LAS RESINAS POLIMERIZAN CON RAPIDEZ POR ELLO, HAY QUE TERMINAR LA MEZCLA EN 30 SEGUNDOS, INMEDIATAMENTE SE LLEVA LA MEZCLA A LA CAVIDAD, INTRODUCIENDO CON CIERTA PRESIÓN, SE REPITE LO MISMO HASTA LLENAR LA CAVIDAD.

EL CONTORNO DE LA OBTURACIÓN SE CONSIGUE COLOCANDO UNA MATRIZ, QUE SOSTIENE LA RESINA HASTA QUE ENDUREZCA.

LA TERMINACIÓN SE REALIZA DESPUÉS DE QUITAR LA MATRIZ, ES DECIR, UNOS CINCO MINUTOS A PARTIR DEL COMIENZO DE LA MEZCLA. LA TERMINACIÓN SE PUEDE HACER CON PUNTAS ABRASIVAS DE CAUCHO BLANCO CUBIERTAS CON GRASA DE SILICONA O PASTA DE PIEDRA PÓMEZ.

SI LA CAVIDAD ES PROFUNDA PONEMOS UNA BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO ANTES DE HACER LA OBTURACIÓN DE RESINA.

PROPIEDADES: LA RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN ES DE 49 NKD LA ABRA SIÓN ES DE 1MG/HORA Y LA SOLUBILIDAD AL AGUA ES DE 0.3 EN 24 HO- RAS.

BIBLIOGRAFIA

BRAUR JOHN CHARLES
ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.
EDITORIAL MUNDI
4A. EDICIÓN, 1959.
BUENOS AIRES, ARGENTINA

COHEN M. MICHAEL D.M.D.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, ARGENTINA.

ESPONDA VILA RAFAEL
ANATOMIA DENTAL
MANUALES UNIVERSITARIOS
4A. EDICIÓN, MÉXICO, 1977.

FINN, SIDNEY B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
EDITORIAL INTERAMERICANA.
4A. EDICIÓN, MÉXICO, 1977.

GARCÍA VILLEGAS RAFAEL.
UN CAPITULO IMPORTANTE PARA LA BUENA HISTORIA CLINICA.
TESIS, 1976.
U. N. A. M.

HARNDT EWALD-WEYERS HELMUT
ODONTOLOGIA INFANTIL
EDITORIAL MUNDI.
2A. EDICIÓN, 1969.
BUENOS AIRES, ARGENTINA.

HARRY SICHER-JILUIS TANDLER
ANATOMIA PARA DENTISTAS
EDITORIAL LABOR
2A. EDICIÓN, 1960.
MÉXICO.

HELLMAN M. LOUIS-PRITCHARD A. JACK.
WILLIAMS OBSTETRICIA
EDITORIAL SALVAT
1975, MÉXICO.

JORDAN M. EVANGELINE
TRATAMIENTO ODONTOLIGICO DE LA INFANCIA.
EDITORIAL MUNDI,
2A. EDICIÓN
BUENOS AIRES, ARGENTINA.

Mc. DONALD E. RALPH
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
EDITORIAL MUNDI,
2A. EDICIÓN, MÉXICO.

PATENN BRADLY M.
EMBRIOLOGIA HUMANA
EDITORIAL EL ATENEO
2A. EDICIÓN, 1953.
MÉXICO.

RITACCO A. ANGEL
OPERATORIA DENTAL
EDITORIAL MUNDI,
3A. EDICIÓN, 1972.
BUENOS AIRES, ARGENTINA.

RODRÍGUEZ CRUZ ALICIA
CONCEPTOS DE PSICOLOGIA DENTRO DEL CAMPO DE LA ODONTOPEDIATRIA.
TESIS, 1976. U.N.A.M.

S. SCHUMACHER-MARIENFRED
COMPENDIO DE HISTOLOGIA HUMANA
EDITORIA NACIONAL.
MÉXICO.

SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA.
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
U.N.A.M.

SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA.
ODONTOPEDIATRIA.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
U. N. A. M.

SKINNER EUGENE W., PHILLIPS RALPH W.
LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES:
EDITORIAL MUNDI.
6A. EDICIÓN.
BUENOS AIRES, ARGENTINA.

CONCLUSIONES

CON LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO, TRATO DE DEMOSTRAR QUE LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PADECIMIENTOS BUCALES EN EL PACIENTE INFANTIL ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA, YA QUE, CUANDO LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS DEL PACIENTE NIÑO CON EL CIRUJANO DENTISTA SON TRAUMÁTICAS, OCASIONAN QUE EL NIÑO TENGA UNA DESCUIDADA HIGIENE, ASÍ - COMO UNA ABERRACIÓN MUY MARCADA HACIA EL DENTISTA, LO QUE TRAERÁ COMO CONSECUENTE, QUE EVITE EN EL FUTURO LAS VISITAS AL DENTISTA, MANTENIENDO EL ESTADO DE SALUD BUCAL EN CONDICIONES DEPLORABLES.