



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

“Medios de Conservación de
los Dientes y Tejidos Blandos
de la Cavidad Oral”

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Sara Maldonado Calderón

Morelia, Mich.

1 9 7 4

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"Medios de Conservación de los Dientes
y Tejidos Blandos de la Cavidad Oral"

TESIS

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

Sara Maldonado Calderón

Asesor: *Dr. J. Rosario López Jacinto*

A mis papás:

J. JESUS MALDONADO Y
MA. GUADALUPE CALDERON DE MALDONADO,

con mi cariño y gratitud eternos.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mis hermanos:

LIC. ELIA MALDONADO C.
ING. RUBEN MALDONADO C. Y FAMILIA
ING. SAUL MALDONADO C.
ESPERANZA M. DE CHAVEZ Y FAMILIA
DRA. MA. DE LOS A. ROCIO MALDONADO
ROSARIO M. DE CHAVEZ Y FAMILIA
JUAN JOSE MALDONADO C.
ELIZABETH MALDONADO C.

Como incentivo de su propia superación.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A MI ESPOSO:

LIC. BETHEL REYNA PASTENES

quien con su amor, comprensión y apoyo moral me impulsó para que culminara mis estudios y obtuviera un título profesional. Y a mis queridos hijos: Betzabet, Bethel, Jabin y Samir, fuentes de toda mi inspiración, esperando tengan un futuro lleno de éxitos.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A los señores:
FILEMON REYNA Y
RITA PASTENES DE REYNA,
con profundo agradecimiento y respeto.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A la Srita. Profra:
MA. DEL REFUGIO REYNA

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

y al Sr. Ing.
ROBERTO REYNA,
con sincero afecto.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Respetuosamente, al Sr. Dr.
J. ROSARIO LOPEZ JACINTO,
bajo cuya dirección elaboré este trabajo.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

AL SR. DR. LEOPOLDO ARROYO ZENTENO,
*quien asesoró mi Servicio Social en el Centro de Salud de esta
ciudad, con todo respeto.*

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

AL SR. DR. SAMUEL CHAVEZ FRAGA.
*Director de la Facultad de Odontología de la Universidad de
Michoacán.*

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mi querida Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, porque en sus aulas y gracias a las sabias enseñanzas de mis Maestros, adquiri los concimientos necesarios para ser dignamente útil a los demás y a mí misma.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mis compañeros de estudio y en forma especial a todas aquéllas personas con quienes me ligán sinceros lazos de amistad.

INDICE

	Pág.
Introducción.	
Estudio de los Dientes en Estado Normal.	7
Causas que Afectan al Diente.	12
Formas de Restauración en el Diente Mutilado.	19
Requisitos de la Restauración Anatómica.	23
Estudio Normal de los Tejidos Blandos de la Cavidad Bucal.	25
Causas que Afectan los Tejidos Blandos.	30
Profilaxis en los Tejidos Blandos.	39
Bibliografía.	42

HONORABLE JURADO:

Desde la antigüedad hasta nuestros días, se han venido realizando una serie de investigaciones con el objeto de ver y tratar de prever las enfermedades que aquejan al aparato buco dental; así como las alteraciones e infecciones de los tejidos duros y blandos del mismo.

Esa constante investigación clíica ha hecho que el Médico Cirujano Dentista u Odontólogo deba prepararse mediante el estudio, para con ayuda de materias como la Química, Física, Radiología, Microbiología, Post-Dental, etc., y rigurosos métodos de investigación, estar en posibilidades de efectuar en sus pacientes una aplicación terapéutica racional y prudente, reduciendo de esta manera gran número de enfermedades tanto bucales como generales.

Estas han sido las razones que me indujeron a intentar breve estudio relacionado con las diferentes causas que afectan a la cavidad bucodentaria, así como de los medios para conservar la salud bucal y general.

Esperando que el esfuerzo realizado, sea justamente catalogado por Uds., señores miembros del Jurado, me permito exponerles a continuación mi trabajo.

TEMA I.

"ESTUDIO DE LOS DIENTES EN ESTADO NORMAL".

El aparato dental realiza la función activa de la masticación, contribuyendo en el organismo humano no solo a la estética y la fonética, sino a la salud general del individuo, ya que en ella se encuentran también signos clínicos que pueden darnos un diagnóstico de alguna enfermedad de la boca y de enfermedades generales. En estos casos el diagnóstico correcto nos proporciona una base segura para que el plan terapéutico sea el más correcto.

La exploración de la boca es una medida muy importante que debe realizarse como procedimiento de rutina antes de aplicar cualquier forma de tratamiento dental, tanto si el enfermo se presenta a consulta de urgencia o con el propósito de realizar una revisión dental rutinaria. Evidentemente en los casos muy urgentes debe dejarse para una ocasión más propicia la exploración más minuciosa de la boca, pero la urgencia no debe servir de excusa para omitir la exploración en forma indefinida.

Cada enfermo nuevo así como el que se presenta para una revisión, se debe someter a una amplia exploración de la boca, ya que salvo contadas excepciones es el mejor servicio que puede prestar el Odontólogo. Además, la exploración de la boca es una responsabilidad profesional del dentista, así como el cuidado dental general.

La dentición humana es heterogénea; comprende incisivos, caninos, premolares y molares, los cuales difieren marcadamente en su forma y se adaptan a las funciones masticatorias

especializadas de incisión, presión y trituración.

....El hombre ha sido dotado de dos dentaduras; la primera que se conoce con el nombre de temporal o desídua, debido a que se pierde totalmente entre los diez y doce años; consta de veinte dientes: diez en el maxilar superior y diez en el inferior; y, la segunda o permanente, que es la que nos sirve para el resto de la vida y consta de treinta y dos dientes: dieciseis para el maxilar superior e igual número para el inferior.

Cada diente se divide anatómicamente en dos porciones: corona y raiz clínica; corona anatómica y raiz anatómica.

La CORONA ANATOMICA es la parte del diente cubierta de esmalte; la RAIZ ANATOMICA es la parte del diente cubierta de cemento.

La CORONA CLINICA es la parte del diente que es visible en la cavidad bucal; la RAIZ CLINICA es la parte del diente que está implantada firmemente en el tejido de sostén y por lo tanto no es visible.

A la aparición de un diente en la cavidad bucal se le llama ERUPCION.

Por otra parte, la corona clínica viene a ser toda la corona anatómica del diente, junto con la parte de la raiz anatómica que es visible en la cavidad oral. La raiz clínica se define como la parte del diente que está implantada en los tejidos de la encía y del hueso alveolar. En el punto de unión entre ambos, corona anatómica y raiz del diente, encontramos una constricción en mayor o menor grado que se denomina cuello del diente. En los dientes multiradicales las raíces se unen en una base común en el cuello de la región radicular antes de llegar a la corona.

Entre la corona y la raiz hay una línea precisa de separación conocida con el nombre de LINEA CERVICAL, que circunscribe totalmente al diente. La línea cervical es un lindero anatómico fijo que separa la capa del diente de la corona ana-

tómica y el cemento, de su raíz anatómica.

La raíz del diente se divide para fines anatómicos descriptivos en: APICE, que es la parte final de la misma; CUERPO y CUELLO.

Cada raíz de los dientes multiradiculares tiene su ápice y su cuerpo propios, pero solo hay en ellos un cuello común.

Estructuralmente, el diente se compone de cuatro tejidos:

- a).—Esmalte.
- b).—Cemento.
- c).—Dentina.
- d).—Pulpa.

ESMALTE.—Es el tejido que recubre la corona dentinaria, su color es blanco azulado, ligeramente transparente, apareciendo de color amarillento por traslucir la coloración de la dentina; su espesor es variable a nivel de la porción cervical, siendo muy delgado en este sitio, aumentando paulatinamente de espesor al aproximarse a la porción oclusal o incisal. El máximo espesor está a nivel de las cúspides y bordes incisales, disminuyendo al aproximarse a los surcos; así mismo, su espesor varía entre diversos dientes y entre dientes homólogos de una sola boca y entre dientes temporales permanentes. El esmalte es también el tejido más duro del organismo, ya que su contenido de sustancias orgánicas es más alto y su extraña dureza lo hace muy frágil.

CEMENTO.—Es el tejido que cubre la raíz de los dientes de superficie rugosa y color amarillento; es de menor dureza que los demás tejidos del diente. Las funciones del cemento son anclamiento del diente en el alveolo; compensar mediante su crecimiento el desgaste oclusal; debido a su continuo crecimiento, la erupción vertical y migración mesial continúa.

DENTINA.—Es la porción envuelta por cemento en la raíz y por esmalte en la corona. Constituye la mayor parte del diente; es tejido duro de origen pulpar que constituye el esqueleto del diente, contribuyendo a darle forma y color en íntima

relación externa con el esmalte en la parte coronaria y con el cemento en la parte radicular. Sus funciones son defender la pulpa contra los ataques externos, es el caparazón protector de la pulpa dentaria. La dentina es un tejido sensible, menos duro que el esmalte y comprimible; su color en los jóvenes es blanco amarillento, en ocasiones con un tinte sonrosado; en el adulto se vuelve opaco, color pardo más oscuro.

DENTINA PRIMITIVA—Es la capa dentaria que constituye el diente en el momento de hacer erupción; **DENTINA ADVENTICIA**, es la capa dentinaria fisiológica que se deposita durante toda la vida del diente por debajo de la dentina primitiva sin deformar la cámara pulpar. **DENTINA SECUNDARIA**, es el resultado de una reacción defensiva de la pulpa: se deposita por dentro de la adventicia en los sitios irritados deformando la cámara pulpar. **DENTINA TRANSPARENTE**, o zona de defensa es la obliteración cálcica de los túbulos dentinarios que se realiza por encima de la dentina primitiva inmediatamente por debajo de la zona de irritación.

PULPA.—Es la parte del diente que contiene más elementos vitales y orgánicos que los demás tejidos del mismo diente y está caracterizado por su excelente sensibilidad; se encuentra ocupando un canal delgado que corre a lo largo de la porción central en toda la extensión de la raíz y se extiende a una cavidad central que se halla en la corona y parte en el cuello de la raíz. El canal radicular se conoce también con el nombre de **CANAL PULPAR**; la cavidad central se denomina **CÁMARA PULPAR**. En el ápice de la raíz encontramos un pequeño agujero a través del cual se comunica con el aparato circulatorio y se denomina **AGUJERO APICAL**.

Las funciones de la pulpa son: formativas, nutritivas, sensitivas y defensivas.

Las cavidades del hueso dentro de las cuales están implantadas las raíces de los dientes, se conocen con el nombre de **ALVEOS**.

Las salientes óseas del maxilar y de la mandíbula están en íntimo contacto con las raíces de los dientes se denominan

APOFISIS ALVEOLAR, que es una lámina ósea compuesta por una capa externa o CAPA CORTICAL y una capa interna en contacto con la membrana que reviste las raíces de los dientes y se denomina LAMINILLA PERIDENTAL ambas compactas y separadas por una porción ósea esponjosa. La porción de la apófisis alveolar que está colocada entre las raíces de los dientes multiradiculares se denomina TABIQUE. La membrana peridental envuelve a la raíz del diente extendiéndose ligeramente en dirección cervical hasta más allá del margen de la apófisis alveolar; es una membrana muy vascular firmemente adherida al cemento de la raíz por un lado, y a la laminilla peridental por el otro. La presencia de esta membrana permite un ligero movimiento de amortiguación de los dientes dentro de su soporte óseo.

El borde marginal de la encía que rodea al diente, recibe el nombre de LINEA GINGIVAL, que es un lindero anatómico fijo entre la corona y la raíz.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

TEMA II.

"CAUSAS QUE AFECTAN AL DIENTE"

Las causas que afectan al diente son todos aquéllos factores que intervienen en forma directa o indirecta sobre la formación anatómica del diente; dichas causas se clasifican en directas e indirectas.

CAUSAS DIRECTAS.—Son las que, como su nombre lo indica, están en contacto directo con la pieza dentaria, a saber: atrición, abrasión, erosión, caries, etc.

CAUSAS INDIRECTAS.—Las que intervienen en la modificación anatómica del diente por alteraciones glandulares o de algún órgano que contribuye a interrumpir el desarrollo de los tejidos del diente: hipoplasias, fluorosis, amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta, osteomalasia y raquitismo acromegalia, etc.

Entre las causas directas tenemos, como se dijo, la **atrición** que se define como la destrucción y caída de las estructuras dentales por las fuerzas activas de la masticación, como por ejemplo: la pérdida de estructura dentaria de la superficie de oclusión en los dientes posteriores y del borde de corte de los dientes anteriores. La atrición puede relacionarse con los procesos seniles: cuanto más vieja es la persona, mayor es la atrición. Los masticadores de tabaco son también buenos candidatos a la atrición.

La **abrasión** es también una destrucción de la substancia dental, pero debida a procesos mecánicos anormales y no por

medio de la masticación.

Causas de la abrasión:

- a).—Los dentríficos abrasivos.
- b).—Uso inadecuado del cepillo de dientes.
- c).—La masticación de la pipa.
- d).—Morder el hilo.
- e).—Abrir imperdibles.
- f).—Otras costumbres semejantes en las que los dientes están expuestos a fuerzas abrasivas anómalas.

La **erosión** de los dientes se refiere también a la pérdida de substancia dental, pero este proceso se debe a una acción química, generalmente a un ácido o a un líquido de PH bajo, por lo que se distingue de la pérdida de substancia dental debida a un proceso patológico (abrasión), o a la destrucción patológica (atrición).

Las causas de la erosión son todas de naturaleza química, de carácter ácido y de efecto descalcificante. Es importante que el Dentista esté atento e identifique el origen del químico agresor. Es más frecuente que el líquido erosivo sea extrínseco, como el que proviene de frutas (limones, uvas, etc.); bebidas carbonadas (refrescos); y medicamentos líquidos de bajo pH que no intrínseco.

Las substancias erosivas intrínsecas pueden ser los vómitos que cuando son persistentes y crónicos pueden causar descalcificación de los dientes, sobre todo en las superficies linguales.

La **caries dental** es una enfermedad bacteriana de los tejidos calcificados del diente que produce lesiones típicas y que se origina en sitios característicos. La teoría que Miller lanzó a la ciencia en 1882 aún prevalece en nuestros días: el factor etiológico activo del proceso careoso es el ácido producido por bacterias que actúan sobre las áreas restringidas durante un tiempo lo suficientemente grande para desintegrar la estructura mineral dentaria. El ácido a su vez es producido por la fermentación bacteriana de los alimentos hidrocarbonados con-

finados en estos sitios característicos.

CAUSAS DE LA CARIES.—Son indirectas y directas.

Causas indirectas: Dieta.

Causas directas: Repetido alojamiento de alimentos; producción recurrente de saliva; flora microbiana.

CONDICIONES SISTEMICAS DE LA CARIES:

a).—Relaciones sanguíneas.

b).—Glándulas endócrinas.

c).—Nutrición.

d).—Embarazo.

PREVENCIÓN DE CARIES.—

1.—Restricción de alimentos hidrocarburoados, desmineralizados.

2.—Restauración adecuada de la estructura dentaria perdida.

3.—Higiene bucal efectiva.

Entre las **causas indirectas** que afectan al diente se encuentran las siguientes:

Hipoplasia del esmalte.—Se presenta como unas ondulaciones o estrías situadas horizontalmente de coloración normal, en las superficies labiales y bucales de los dientes; anomalías que solo se pueden apreciar en un examen minucioso. La hipoplasia es consecuencia de alteraciones metabólicas en la capa ameloblástica del órgano del esmalte. Los agentes etiológicos son: traumatismos mecánicos localizados; factores hereditarios y enfermedades hereditarias.

Pigmentación de los dientes.—Ciertos pigmentos contenidos en los alimentos, el cigarrillo y el tabaco pueden colorear los dientes; varía el color desde amarillo hasta negro.

Los depósitos de color blanco acumulados sobre los dientes se llaman Materia Alba, formada por restos celulares, partículas de alimentos, bacterias y precipitados solubles en las

zonas que no han sido limpiadas por el cepillo dental. Las manchas verdes ocurren en niños con mala higiene bucal y provienen de sangre, comida, drogas o gérmenes. La película café se observa en individuos que usan solo agua o dentríficos sin abrasivos para limpiar su dentadura. La FLUOROSIS o esmalte moteado, es una forma de hipoplasia del esmalte y en algunos casos, de hipocalcificación que procede de la ingestión de fluoruros durante el periodo de formación de los dientes. No se conoce totalmente la patogenia; sin embargo, se sabe que la fluorosis produce una alteración de los ameloblastos cuya exacta naturaleza es desconocida, dando lugar a una matriz de esmalte deficiente.

Amelogenesis imperfecta, es un trastorno hereditario que se transmite como carácter mendeliano dominante no ligado al sexo; se caracteriza por la agenesia o hipoplasia del esmalte, tanto de los dientes caducos como de los permanentes. Cuando el esmalte es hipoplásico su estructura es muy delgada y alterada de color, generalmente en varias tonalidades del pardo. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, los antecedentes familiares positivos y los datos radiográficos.

Dentinogénesis imperfecta, es una anomalía dentaria hereditaria que se transmite en forma de carácter mendeliano dominante no ligado al sexo. Las especiales alteraciones de la estructura de la dentina originan coloraciones que van desde tonalidades del gris al violeta parduzco y pardo amarillento. En algunos casos los dientes tienen un matiz translúcido u opalescente. La dentinogénesis imperfecta se diagnostica por lo general sencillamente a base del característico aspecto clínico de los dientes, los antecedentes familiares positivos y los datos radiográficos específicos.

Osteomalasia y raquitismo, son enfermedades óseas metabólicas que resultan de una inadecuada ingesta, una inadecuada absorción de calcio y vitamina D, o ambos. El inadecuado depósito de sales de calcio en los lugares de formación del hueso, produce defectos en las mandíbulas maxilares y en los dientes de crecimiento de los niños.

Caracteres clínicos del raquitismo.

Los dientes que en el momento del raquitismo se encuentran en estado de formación, serán afectados por la enfermedad, ya que ésta se presenta generalmente entre los seis y los veinticuatro meses de edad. Los más afectados suelen ser los incisivos central y lateral y a veces los caninos. Los defectos hipoplásicos pueden ser: coronas anormales pequeñas y de forma alterada que a su vez constituyen a un anormal espaciamiento entre los dientes; la superficie de los dientes es áspera e irregular debido a la presencia de hoyos y fisuras de distinto tamaño y profundidad. Cuando nos enfrentamos a un niño sospechoso de tener un raquitismo activo deben realizarse estudios bioquímicos sanguíneos.

ENFERMEDADES DE ORIGEN ENDOCRINO, como son: hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperpituitarismo, acromegalia, hipopituitarismo.

Por otra parte, entre las causas generales que afectan al diente, tenemos las FRACTURAS.

Las fracturas en los dientes pueden ser **expontáneas** y **accidentales**. Las primeras suelen presentarse en aquéllos organismos cuyo metabolismo del calcio está perturbado (anemias, desnutrición), repercutiendo sobre todo en los dientes en los cuales basta con una celusión brusca para fracturarse o la trituración de alimentos duros. Suele presentarse también en personas artríticas, en las que la mineralización de los dientes alcanza una preponderancia marcada y a los que les bastó lo anteriormente anotado para fracturarlos.

Las fracturas **accidentales** son aquéllas que se producen al obrar un agente traumático sobre una pieza fracturándola, pudiendo ser estas fracturas **simples** o **parciales**, cuando interesa solo el esmalte o la dentina o el esmalte únicamente, sin interesar el paquete vásculo nervioso, y, fracturas **completas**, cuando sí lo afectan.

El tratamiento en estos casos corresponde a la prótesis.

Los accidentes que afectan a los dientes pueden tener diversas consecuencias; evidentemente dependerán de la intensidad y dirección del diente, así como de los procesos que afectan a los dientes, como es el grado de caries y de afectación periodontal, la prominencia y angulación de los dientes.

MALOS HABITOS ORALES.

Los niños pueden adquirir una serie de hábitos que pueden perjudicar temporal o permanentemente a los dientes y tejidos de sostén. Un hábito es una costumbre fija producida por la constante repetición de un acto; a cada repetición el acto se hace menos consciente y si se repite lo suficientemente a menudo puede ser relegado por completo al inconsciente. Entre estos hábitos está la succión del pulgar o de cualquier otro dedo, interponer la lengua entre las arcadas o el frenillo labial entre los centrales, morderse los carrillos, el labio o las uñas o uniclofagia, la respiración bucal y los hábitos de posición.

LA AVITAMINOSIS DENTAL.—

Deficiencia de vitamina A: Esta vitamina está relacionada primordialmente con la integridad normal de las células epiteliales y la función de los conos y bastones de la retina.

Síntomas bucales: Constituidos por la disminución de la secreción salival que ocasiona sequedad y ardor de boca. Puede alterarse la sensación gustativa. La mucosa bucal que normalmente está tapizada de epitelio escamoso estratificado puede resultar estimulada a la producción de más cantidad de queratina y retención de la misma, ocasionando así lesiones queratócicas. También pueden afectarse los ameloblastos secretores y los dientes en curso de formación pueden resultar hipoplásicos, como lo manifiestan las depresiones, fisuras o irregularidades del esmalte.

Tratamiento.—La mayor parte de las manifestaciones de deficiencia pueden modificarse completamente con administración adecuada de vitamina A.

Deficiencia de vitaminas D2 y D3.—La deficiencia de vitamina D en los niños se manifiesta en forma de raquitismo. Si se presenta en los adultos se denomina Osteomalasia. Pueden ser pronunciados los efectos del raquitismo sobre los maxilares y los dientes que se encuentran en periodo de formación cuando existe la deficiencia de vitamina D. los dientes caducos no suelen afectarse pero pueden estarlo las coronas y los incisivos centrales permanentes y primeros molares, los primeros molares y en ocasiones los incisivos laterales y las cúspides. Hay defectos hipoplásicos de las coronas.

Las necesidades diarias de vitamina D en el niño son de 400 unidades al día; los adultos requieren de 100 a 150 unidades diarias.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

TEMA III.

"FORMAS DE RESTAURACION EN EL DIENTE MUTILADO"

Toda restauración debe cumplir los siguientes fines:

- 1.—Reposición de pérdida de la estructura dentaria por caries o distintas causas.
- 2.—Prevención de reincidencia de caries.
- 3.—Mantenimiento de espacios interproximales y áreas de contacto.
- 4.—Establecimiento de oclusión adecuada.
- 5.—Resistencia a las fuerzas masticatorias.

Para reconstruir la pérdida total o parcial de las funciones de una pieza, necesitamos efectuar una serie de maniobras basándonos en técnicas establecidas para ponerla en condiciones de recibir una restauración precisa. Según el material que empleamos para elaborar nuestra restauración, requiere una manipulación totalmente diferente; así tenemos: **restauración metálica**, la vamos a obtener por medio del investido y colado; **restauración en porcelana**, obtenida por medio de la condensación y cocción de la misma; y, **restauración de material plástico**, por medio de prensado y curado del material.

MATERIAL DE OBTURACION.

Entre los materiales de impresión tenemos MATERIALES RIGIDOS, que se usan en bocas desdentadas; MATERIALES TERMO-PLÁSTICOS, que se usan en bocas con dientes (modelinas); y, MATERIALES ELÁSTICOS, para desdentados parcial

mente, hidrocoloides solubles o irreversibles (siliconas, hules o elastómeros).

Entre los materiales de obturación se encuentran los **CEMENTOS**, que son cuerpos que se utilizan en Odontología como material temporal, ya que la mayoría son solubles y se desintegran poco a poco con los fluidos bucales; se usan como medios cementantes para fijar y mantener restauraciones; en piezas dentales como aislantes y protector pulpar, ante los choques térmicos cuando se colocan debajo de obturaciones, y como materiales de obturación temporal. Entre los cementos tenemos:

Fosfato de zinc.—Su uso principal como medio cementante para fijar restauraciones elaboradas fuera de la boca. En obturación temporaria, aislador térmico.

Oxido de zinc, Eugenol.—Obturación temporaria, aislador térmico; protector pulpar, para obturar conductos.

Hidróxido de calcio.—Protector pulpar.

Silicato.—Obturación permanente, por medio cementante para restauraciones.

Sílico fosfato.—Medio cementante para fijar restauraciones elaboradas fuera de la boca; restauraciones para dientes posteriores.

Resinas acrílicas (cementos).—Medio cementante para fijar restauraciones elaboradas fuera de la boca; obturación temporaria.

AMALGAMA.—Es la unión de mercurio con una aleación de dos o más metales. La amalgama de plata es uno de los principales materiales que se utilizan para restauraciones de los dientes temporales. En estos dientes se puede usar tanto en anteriores como en posteriores; en los permanentes su uso está restringido exclusivamente en las piezas posteriores por razón de estética.

La aleación de plata es una composición de plata, estaño y una pequeña cantidad de cobre y zinc. Esta mezcla de amalgama con mercurio forman una masa plástica, la cual al fraguar endurece.

INCRUSTACION.—La incrustación es una restauración que se ha construido fuera de la boca y cementando después la cavidad preparada de una pieza dentaria, para que se realice la función de obturación.

Las **incrustaciones** las podemos clasificar en **simples y compuestas**.

a) Cuando afectan una sola cara de la pieza; las que se encuentran en cuello de todas las piezas; en el síngulo de piezas anteriores; en el tercio medio de piezas posteriores; en caras vestibulares de piezas anteriores.

b) Sin afectar el ángulo y cuando afectan el mismo: En cara vestibular y proximal sin afectar cara palatina; en caras palatina y proximal sin afectar el ángulo, cara vestibular, proximal y palatina. Las compuestas que afectan el ángulo (uno o dos de ellos); borde incisal y un ángulo, uno o dos ángulos con borde incisal.

SILICATO.—En piezas temporales debido a su pequeño tamaño no se puede realizar una preparación correcta de la cavidad y en donde no está indicada la amalgama por causas de coloración y de estética.

Restauración de las funciones en su totalidad existiendo la pieza.

PIEZAS PROTESICAS.—Para aquéllos casos en que se utiliza la corona, como medio de sustentación cualquiera que sea su estado.

Piezas protésicas para aquéllos casos en que se ha perdido la corona parcial o totalmente y en donde se va a aprovechar el canal radicular como base de sustentación de la restauración.

Coronas completas (totales); coronas incompletas (tres cuartos).

Dientes espiga, que pueden ser de oro y porcelana, oro y acrílico, porcelana y acrílico.

PORCELANA DENTAL.—Según su uso se dividen en dos tipos: porcelanas para construcción de dientes artificiales, completos, placas provisionales, puentes removibles o fijos, y porcelanas para la construcción de yaquets o incrustaciones, carrillas Steel (para restauraciones en piezas anteriores).

Presentación: Es en forma de polvo cerámico que se mezcla con agua para formar una masa para modelarse y cocerse y de esta manera se adquiere un material de gran transparencia y propiedades estéticas.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

TEMA IV.

"REQUISITOS DE LA RESTAURACION ANATOMICA"

La restauración, como su nombre lo indica, consiste en devolver al diente toda su forma y funciones normales, cuando se encuentra destruido parcial o totalmente. Para ésto se hace necesario que la pieza restaurada recupere sus funciones y estética.

Para preparar una cavidad que vá a ser restaurada se hace lo siguiente:

I.—Diseño de la cavidad delimitando lo que vá a abarcar la preparación incluyendo el proceso careoso en el cual se tomarán en cuenta surcos, hoyos y fisuras hasta áreas de auto-clisis.

II.—Forma de conveniencia.—Consiste en la facilidad o dificultad que presente una pieza a su preparación de acuerdo al material y equipo con que se vá a preparar.

III.—Forma de retención.—Esté dada por la profundidad que se le vá a dar a la cavidad y su vez, de resistencia.

IV.—Forma de resistencia.—Consiste en que las paredes no queden débiles o delgadas, y el mismo material.

V.—Remoción de tejido careoso remanente.—Se elimina en este paso cuidando de no dejar ninguna partícula de tejido careoso.

VI.—Tallado de la pared adamantina.—Consiste en hacer

un bicelado a 45 grados formado por la pared interna de la cavidad y la superficie externa de la pieza o ángulo cabo superficial.

VII.—Lavado o toilette.—Consiste en hacer un barrido mecánico de los residuos que han quedado en la pieza.

VIII.—Forma fisiológica.—Vá incluido diseño y retención. Se trata de cuidar la integridad anatómica y fisiológica de la pulpa dentaria. Es necesario cuando se está operando con fresas, vigilar el calentamiento que se produce al momento de cortar ya que éste provoca que las fibrillas dentinarias sean cocidas, la pared adamantina se hace quebradiza desvitalizándose; la producción de calor depende de tres factores: velocidad empleada, presión ejercida y el tiempo que nosotros mantenemos la presión. Es también forma fisiológica, si ponemos el piso horizontal lesionaremos el cuerno pulpar; así pues, el plano deberá ser paralelo al plano cúspide buco lingual.

Otra forma fisiológica, la colocación de una membrana natural protectora entre la estructura y la restauración ya sea por medio de barniz o bases de cemento. Cuando se obtura con silicato debemos proteger la pulpa, ya que si no se hace habrá muerte pulpar.

TEMA V.

"ESTUDIO NORMAL DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL".

BOCA.—

La boca está situada en la parte inferior de la cara entre las fosas nasales y la cavidad suprahioides; se divide en dos partes, una pequeña cavidad exterior o vestibulo y otra interna o cavidad mayor, que es la boca propiamente dicha. Se comunican por los espacios interdentarios o interdentarios.

Las paredes de la boca se dividen en seis partes.

- 1.—Pared anterior (labios).
- 2.—Paredes laterales (mejillas).
- 3.—Pared superior (bóveda palatina).
- 4.—Pared inferior (suelo de la boca).
- 5.—Pared Posterior (velo del paladar, amígdalas).
- 6.—Desarrollo de los dientes.

LABIOS.—

Los labios están formados en número de dos, uno superior y otro inferior; los labios son repliegues músculo-membranosos.

Constitución anatómica.—Los labios están constituidos por las cuatro capas siguientes.

1.—La piel: Gruesa, adherente, rica en folículos pilosos.

2.—Una capa muscular. Comprende el orbicular de los labios (constrictor del orificio); cierto número de músculos cutáneos de la cara (dilatadores); y fisuras propias de dirección anteroposterior (músculo compresor de los labios).

3.—Una capa sub-mucosa: tejido conjuntivo y glándulas labiales, perceptibles al tacto por su relieve.

4.—Una capa sub-mucosa grisácea y abollonada en la cara posterior de los labios, delgada, adherente y rosada a nivel de su borde libre. Se compone de un córeon termopapilar y de un epitelio muy parecido al tegumento cutáneo, difiriendo del mismo por la ausencia de queratinización; corresponde según el punto en que se le considere, a la zona cutánea, a la zona intermedia y a la mucosa propiamente dicha.

MEJILLAS.—

Limitadas arriba de la órbita, abajo por el maxilar, adelante por los surcos naso-genianos y labio-genianos y atrás por el pabellón de la oreja. Las mejillas ocupan la mayor parte de la cara y su espesor varía según el estado de gordura de los individuos.

Conformación anatómica.—Están constituidas por:

1.—La piel: Fina, rica en vasos y glándulas sebáceas, sus pelos constituyen la barba.

2.—Un tejido celular subcutáneo rico en grasa, que constituye en este punto una formación especial, la bola adiposa de Bichat, que presenta manojos musculares pertenecientes a los músculos cutáneos de la cara.

3.—Una capa muscular formada por el macetero y businador revestidos de sus aponeurosis.

4.—La mucosa bucal, que reviste la mejilla, está formada de tejido hidro elástico bastante denso y penetra en el epitelio

constituyendo papilas elevadas. La parte más profunda se une con lo que llamamos la sub-mucosa del revestimiento de la mejilla. Esta capa contiene fibras elásticas planas y gran número de vasos sanguíneos; bandas de tejido fibroelástico de la lámina propia que penetran a través de la mucosa elástica y grasa para unirse con el tejido situado debajo de la mucosa, la parte más consistente de la mejilla es decir, de la pared de ésta.

Hay pequeñas glándulas mucosas, algunas de ellas con unas pocas formas secretorias semilunares de tipo ceroso en la parte interna de la mejilla. Hay que notar además en la mejilla la presencia del conducto de Sténon que la recorre transversalmente antes de abrirse a nivel del segundo molar mayor superior.

PARED SUPERIOR O BOVEDA PALATINA.—

La bóveda palatina ósea (por oposición a la bóveda palatina membranosa, que es el velo del paladar), es una región en forma de herradura circunscrita por los arcos dentales.

Constitución anatómica.—La bóveda palatina está constituida de arriba a abajo, por los tres planos siguientes:

- 1.—Una capa ósea.
- 2.—Una capa glandular.
- 3.—Una capa mucosa.

Tanto la cara superior, como la inferior del velo del paladar están cubiertas por una mucosa cuyas características son iguales a la mucosa que continúan. Así se observa en la mucosa superior glándulas diseminadas semejantes a las de la pituitaria; mientras la mucosa inferior contiene glándulas en racimos semejantes a las salivales que se encuentran en el resto de las paredes de la boca.

El velo del paladar está constituido por una aponeurosis palatina, músculos y un revestimiento mucoso; la mucosa de la cara inferior del velo es de color rosado, lisa, de epitelio pa-

vimentoso; la de la cara superior es roja, desigual, de epitelio vibrátil, en su parte anterior hay glándulas anexas a esta mucosa (las de la pituitaria); en la cara inferior las glándulas salivales forman una gruesa capa.

PARED INFERIOR O SUELO DE LA BOCA.—

La pared inferior de la boca está formada por la lengua y la región sublingual, cuyo suelo está constituido por el músculo milohioideo.

LENGUA U ORGANNO DEL GUSTO.—

Constitución anatómica.—La lengua presenta un esqueleto osteo-fibroso, músculos, un revestimiento mucoso, la mucosa lingual que envuelve la lengua en toda su extensión, excepto la base, alrededor de la cual se le ve reflejarse para continuarse con las mucosas vecinas (de la faringe, laringe, del velo del paladar, de las encías y del centro de la boca).

Caracteres físicos.—Delgada y transparente en la cara inferior engrosándose al llegar a los bordes; su máximo espesor corresponde a la cara dorsal.

Consistencia.—Escasa en la cara inferior y en los bordes, y mayor en la cara dorsal.

Color.—Rosada la cara inferior; en la cara superior es rosada después de las comidas, blanco amarillento después de alguna abstinencia de varias horas y principalmente por la mañana en ayunas.

REGION SUB-LINGUAL O PISO DE LA BOCA.—

De forma triangular con vértice dirigido hacia delante limitado por la porción anterior del arco dentario inferior, adelante y a los lados, y por la parte más posterior de la cara inferior de la lengua por atrás. Presenta en la línea media el frenillo de la lengua y a los lados de éste un tubérculo con un orificio en su vértice donde desemboca el canal de Wharton. Atrás y a los lados del tubérculo se encuentran los canales de

excreción de las glándulas sub-linguales y por delante de ellos la presencia sub-mucosa de las glándulas sub-linguales. La mucosa de la región sublingual es lisa y limita por arriba un espacio comprendido entre ella y el milohioideo por abajo. Por delante y a los lados el espacio está limitado por la rama horizontal del maxilar y presenta la fosita sub-lingual; por atrás el geniogloso y el hiogloso; dicho espacio contiene la glándula sub-lingual, sus canales de excreción, los vasos, los nervios, el canal de Wharton y parte de la glándula sub-maxilar.

AMIGDALAS.—

Las amígdalas o toncilas son duras y ocupan las fosas amigdalinas; son de dimensiones variables, tienen forma de almendra.

Constitución anatómica.—Por su estructura la amígdala constituye una formación adenoidea rodeada de una cápsula y a la cual van anexas glándulas arracimadas que vierten su producto en su misma superficie o en uno de sus divertículos. Normalmente su coloración es rosada.

ENCIAS.—

Se dá este nombre a la parte de la mucosa bucal que cubre los arcos alveolares en los cuales están implantados los dientes; cubren las partes internas y externas del arco alveolar y los espacios interdentarios constituyendo a este nivel una especie de doble festón; está íntimamente adherida al periostio.

TEMA VI.

CAUSAS QUE AFECTAN A LOS TEJIDOS BLANDOS.

La cavidad bucal es, en primer término, la puerta de entrada de todos los alimentos sólidos y líquidos, siendo además albergue de un sinnúmero de microorganismos. Esto hace que la boca tenga que ser considerada como una región del cuerpo peligrosa por las infecciones a que puede dar lugar, ya que en ella además de existir gérmenes que habitan saprofiticamente, también hay gérmenes patológicos.

Aunque todos los tejidos pueden estar afectados, son los labios y lengua, y en algunos casos la encía, los que principalmente ofrecen manifestaciones de enfermedad.

El Cirujano Dentista que opera en la boca o el Odontólogo deben conocer las afecciones más frecuentes e importantes de la mucosa bucal, aunque su tratamiento no corresponda a su territorio profesional.

CAUSAS LOCALES.—

Entre dichas causas tenemos: Lesiones traumáticas en los tejidos blandos. Las lesiones de los tejidos blandos son muy variables, dependiendo de la intensidad y del tipo de fuerza ejercida de la zona anatómica afectada y de la acción de la estructura esquelética subyacente. Entre las mismas tenemos:

ABRASION.—La abrasión es una fricción de la piel o mucosas que puede afectar solo las capas externas no vasculari-

zadas o puede penetrar en el coreon dando lugar a una hemorragia.

CONTUSION, (chichón).—Es el resultado de presión mantenida en el tejido sin que haya una rotura visible de su continuidad y que se caracteriza por la aparición precoz de tumefacción y de sangre extravasada.

LACERACION.—Es una lesión causada por un aplastamiento o por una fuerza de expansión que dá lugar a una separación de los tejidos, Ejem. tártaro dentario.

El traumatismo es producido por huesos agudos que se llevan a la boca con la carne, o consiste en cortaduras por modos diversos, o acompaña a la fractura de los maxilares. Las heridas en la boca cicatrizan bien, probablemente en virtud de la gran vascularidad del tejido más que por las propiedades antisépticas que se supone tiene la saliva.

TIPOS ESPECIALES DE TRAUMATISMOS.—

Ulceraciones por el cepillo de dientes; la gingivitis causada por el rollo de algodón; y, úlceras por acción traumática prolongada.

ULCERAS TRAUMATICAS.—

En caso de traumatismos prolongados el labio y la lengua con frecuencia están sujetos a tales lesiones; el morderse los labios o el carrilla produce un efecto semejante. Suele ocurrir el traumatismo crónico por irritación causada por el contacto con dientes ásperos o con dentaduras que tienen salientes.

TRATAMIENTO.—

Es importante la eliminación del factor irritante, como el ajuste de las prótesis; en las úlceras crónicas de larga duración se recomienda la extirpación.

QUEMADURAS TERMICAS.—

Las quemaduras con frecuencia son producidas por ali-

mentos calientes; ocasionalmente se deben a la introducción en la boca de un cigarro por su extremo encendido o a la lesión accidental del cauterio cuando se está usando para la extirpación de un tumor en la boca.

TRATAMIENTO.—

Consiste principalmente en la prevención de la infección de la mucosa lesionada; se recomienda el empleo de la penicilina y aplicación tópica con violeta de genciana.

LESIONES QUÍMICAS.—

En los tejidos de la boca son raras. La lesión directa puede ser causada por el uso prolongado de astringentes, germicidas, ciertos enjuagatorios (perborato de sodio). Se han visto los siguientes efectos del uso arbitrario de esta sustancia, como son quemaduras dolorosas de la mucosa bucal, manchas blancas del epitelio especialmente en el borde gingival, inflamación de la mucosa de la boca, lengua pilosa.

El uso de los aceites volátiles que en virtud de su aroma usan con frecuencia los higienistas dentales, provoca estomatitis. La aplicación imprudente de ácidos, álcalis, yodo, fenol, sulfato de cobre y gotas para la odontalgia que son fuertes contra irritantes, puede causar serias quemaduras de la mucosa. Otros medicamentos como son aspirina o el sulfatiasol, pueden causar irritación local si se retienen en la boca.

TRATAMIENTO.

Algunas de las quemaduras químicas agudas en la boca cicatrizan sin tratamiento especial. En la lesión extensa es necesario prevenir la infección; en los casos crónicos pueden haber ocurrido alteraciones irreversibles que requieren la extirpación quirúrgica.

QUEILITIS ACTÍNICA.—

Causada por la exposición prolongada al sol o a efectos

intensificados, tales como los que produce un campo de nieve o el agua en la pesca o navegación.

TRATAMIENTO.—

Se recomienda el uso de emolientes para evitar las costras y conservar el labio blando sin grietas.

QUEMADURAS GALVANICAS.—

Ciertas lesiones de la boca se producen por una corriente galvánica generada en la cavidad bucal. La presencia de metales diferentes en la boca forma una pila galvánica con la saliva como electrólito; la corriente en si y su efecto electrólito no son los agentes primarios que causan las lesiones, sino que la corriente obra por catáforesis introduciendo los iones en el tejido vecino a las obturaciones y dentadura; así la lesión debe verse como una verdadera epitelitis por el estaño, oro, níquel o mercurio.

TRATAMIENTO.—

Consiste en la eliminación de todas las obturaciones y cementos metálicos; si los antecedentes señalan la colocación de una restauración o puente en particular como punto de partida su eliminación puede dar buen resultado sin quitar las otras obturaciones. Las nuevas restauraciones deben ser todas de una misma potencialidad.

ESTOMATITIS DE LA NICOTINA.—

El tabaco produce una forma de lesión química que afecta la mucosa bucal, las glándulas mucosas y la faringe, donde provoca tos. El tabaco en cualquier forma, ya sea fumado o masticado, tiene acción irritante y produce una leucoplasia inflamatoria periódicamente exofilante.

TRATAMIENTO.—

La abstinencia total de fumar mejorará la condición sin necesidad de tratamiento. En caso en que ha progresado hasta una fase peligrosa, se recomienda la biopsia.

LEUCOPLASIA.—

Se le dá este nombre a las lesiones claramente asociadas con el uso del tabaco que se ha reconocido como causa importante de la leucoplasia o lesión precancerosa.

CAUSAS GENERALES INDIRECTAS.—

También existen causas indirectas que afectan a los tejidos blandos de la boca, como son:

DISCRASIAS SANGUINEAS—

Muchas y variadas son las enfermedades de la sangre, como las anemias, policitemias, leucopenia púrpura y hemofilia, que afectan con frecuencia a los tejidos blandos y duros de la boca.

Pueden afectar el color de los tejidos produciendo por ejemplo encías pálidas o blanquecinas (anemia); encías rojo púrpura (policitemia); pueden ocasionar una hipertrofia gingival (leucemia y policitemia); pueden originar o contribuir a las infecciones como las úlceras mucosas, infección de Vincent, moniliasis (leucopenias y leucemias); pueden ser causantes de hemorragias o episodios y lesiones hemorrágicas (púrpuras y hemofilia); pueden ser causantes de tumefacciones ganglionares submaxilares o cervicales (leucemias); originar alteraciones de color de los dientes (eritoblastosis fetal); o afectar el hueso medulado de los maxilares (anemia por hematíes falsiformes, talasanemia y eritoblastosis fetal).

Para poder establecer un diagnóstico son necesarios los estudios de laboratorio, especialmente el análisis citológico, determinación de hemoglobina y la prueba del torniquete. Debe hacerse exámen físico completo y recoger una historia cuidadosa registrando con detalle posible los medicamentos que haya usado el enfermo.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA BOCA.—

Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos; entre éstas tenemos la ESTOMATITIS INFECCIOSA, que puede ser simple, causada por estreptococos hemolítico; y, la catarral, para las alteraciones que acompañan a los trastornos estomacales, catarrros y enfermedades de las vías respiratorias. La ESTOMATITIS ESCARLATINOSA es una infección estreptocócica de la erupción de índole tóxica.

PIGMENTACION DE LOS TEJIDOS.—

Cambios de coloración por depósitos de sustancias extrañas como: amalgamas (pigmentación negro-azulado), se produce por la introducción accidental de amalgama de cobre o plata en los tejidos durante las intervenciones de reparación quirúrgica bucal o dentaria.

El tabaco ocasiona una tinción negra o parduzca en las capas superficiales de la mucosa; el bismuto, plomo, mercurio, plata, etc., también producen cambios de coloración en la mucosa.

ALTERACIONES DEL COLOR RELACIONADAS CON ENFERMEDADES GENERALES.—

ENFERMEDAD DE ADISON.— Color parduzco o negro-azulado, debido a depósitos de melanina en la capa basal del epitelio.

ARRIBOFLAVINOSIS.—Deficiencia de riboflavina (vitamina B²), afecta a los ojos, piel y mucosas de la boca. La mucosa bucal, lengua y bordes del rojo de los labios, adquieren un color azul púrpúreo difuso; se aplica con propiedad el término descriptivo de "lengua magenta".

ICTERICIA.—Normalmente se caracteriza por un color amarillo limón o verde oliva de la piel; escleróticas y mucosas, ocasionado por el exceso de pigmentos biliares en la sangre. Las alteraciones de color bucales se observan especialmente en la unión del paladar duro con el blando en la cual aparece un

característico color amarillo pálido o vivo difuso; sin embargo la lengua y la mucosa bucal también pueden estar afectados.

CIANOSIS.—Las alteraciones de color de la cianosis varían considerablemente desde un azul purpúreo oscuro hasta un color rojizo azulado. Esa coloración es especial de la piel y de las mucosas debida a la presencia de hemoglobina reducida en el sistema vascular.

ALERGIAS.—Todas las reacciones alérgicas presentan un solo aspecto clínico; sin embargo, por desgracia las reacciones alérgicas no son específicas ni peculiares en cuanto a sus manifestaciones en la boca o en sus alrededores.

Existen alergias por medicamentos, soluciones antisépticas, mercurio cromo, mertiolato, metafenc, etc. La sintomatología es: edema, eritema, urticaria, vesículas y ulceraciones.

Alergias por artículos de tocador: jabones caucho (guantes protectores digitales), dentaduras de vulcanita. Sintomatología: queilitis, estomatitis, glositis.

Alergias por alimentos: alérgenos, sustancias químicas, aceites, vegetales, productos de hongos y raras veces proteínas.

Las relaciones son diferentes, como urticaria, excema, edema, eritema, etc. También los materiales acrílicos producen alergias.

TRATAMIENTO.—Consiste en la eliminación del alérgeno; puede intentarse la hiposensibilización profiláctica específica.

REACCIONES TOXICAS.—Las lesiones bucales pueden producirse por la aplicación local de sustancias tóxicas, como el fenol, la aspirina, el nitrato de plata, o pueden ser debidas a medicamentos administrados por vía peroral o parenteral y que tienen acción tóxica secundaria. Pueden ser causas de lesiones en la boca la intolerancia a las dosis medias, las dosis excesivas y las acciones secundarias precoces. En algunos casos la sustancia tóxica se ingiere accidental o deliberadamente con fines suicidas.

Manifestaciones Clínicas.—Estas lesiones pueden presentarse en cualquier lugar de la boca y tener diferentes tamaños, formas y contornos. Pueden presentarse como reacciones inflamatorias localizadas o generalizadas (estomatitis, gingivitis, glositis, etc.), erosiones, lesiones vesículo-ulcerativas, necrosis, lengua pilosa, un punto hemorrágico, atrofia de la mucosa, etc.

TRATAMIENTO.—En las lesiones tóxicas el tratamiento tiene primordial importancia por lo que vé a la eliminación del agente causal. Cuando las lesiones son debidas a medicamentos y sustancias químicas, la decisión de interrumpir la medicación pertenece al internista que atiende al paciente. Existen numerosos medicamentos útiles para aliviar el dolor y las molestias que acompañan estas lesiones: el tratamiento local puede comprender la aplicación de agentes protectores (tintura de benjuí), colutorios y lavados suaves o ligeros preparados con corticoesteroides y anestésicos locales. Para las infecciones sobre añadidas están indicados los antibióticos locales. Cuando esté indicado deben aplicarse los antidotos específicos como el cloruro sódico para las lesiones por el cloruro de plata, etc.

HALITOSIS (mal aliento).—Cuando un paciente se queja de halitosis se hacen necesarios exámenes completos no solo de la cavidad bucal, sino también de los aparatos respiratorio y digestivo. Las causas bucales o locales comprenden:

1.—Mala higiene dentaria (residuos de alimentos, penetración de alimentos, precipitaciones calculosas), que permiten que los componentes orgánicos entren en fermentación o putrefacción.

2.—Poca limpieza de las prótesis.

3.—Afecciones del periodontio, especialmente las que tienen un intenso componente infeccioso.

4.—Las lesiones abiertas de caries rellenas de partículas de alimentos.

5.—Las lesiones de los tejidos blandos con ulceraciones, hemorragias o necrosis.

6.—Los puntos en que se han practicado intervenciones o extracciones.

7.—El exceso de fumar o de otros usos del tabaco, la ingestión de alimentos o bebidas de olor intenso.

Con frecuencia existen causas generales responsables de la halitosis, comprenden:

1.—Enfermedades del aparato respiratorio.

2.—Aire expirado que contiene sustancias odoríficas eliminadas a través de los tejidos pulmonares.

3.—Acumulación anormal de componentes de la sangre, como el olor amoniacal que acompaña a la uremia o acetona de la diabetes.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

TEMA VII.

PROFILAXIS EN LOS TEJIDOS BLANDOS".

La razón de que muchas veces enferman personas con perfecta salud y boca limpia, es verosíblemente que la mayor parte de las afecciones inflamatorias bucales (estomatitis), se evitarían si la encía tuviera estructura higiénica ideal; la irritación que sufre a causa de los odontolitos y otros depósitos constituye seguramente una predisposición, por éso vemos que la extracción cuidadosa del sarro y la consecutiva limpieza bucal meticulosa llevada a cabo por el paciente, no solo constituye el tratamiento más importante de la estomatitis ulcerosa, sino también una profilaxis eficaz tanto de esta enfermedad como de la ulitis (inflamación de la encía). y de la paradontosis.

TRATAMIENTO POR LIMPIEZA LOCAL.—

El tratamiento consiste fundamentalmente en la limpieza total, pero delicada, de todos los depósitos, principalmente en el borde gingival, en los espacios interdentarios, lo cual a causa de la gran sensibilidad del tejido gingival ulcerado, tiene que realizarse en algunos casos con anestesia en la mucosa con pantocaína al 2%, adrenalina al 1%, soluciones que se aplican con una torunda de algodón; o bien hay que operar con escarifodontos muy delicados que casi no toquen la encía. Además se irrigan los espacios interdentarios con jeringa de conducto muy fino que funciona a gran presión y por el cual se hace pasar agua caliente estéril.

Es muy frecuente que el dolor impida concluir una lim-

pieza perfecta en una sesión y entonces se termina al cabo de uno o dos días.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO LOCAL.—

Consiste en la aplicación de medicamentos, tales como antibióticos, analgésicos y en algunos casos antiinflamatorios.

TRATAMIENTO GENERAL.—

En todos los casos es indispensable practicar lo que siempre hacemos, la remoción de los depósitos blandos y duros sobre los dientes, por medio de una labor odontológica metódica y continuar los cuidados bucales por parte del enfermo. También hay que advertir al paciente que es especialmente importante la limpieza bucal practicada por él mismo tres veces al día; hacer restauración de piezas o prótesis; prevención de procesos careosos profundos.

Una profilaxis bucal abarca varios puntos, principalmente los siguientes:

- a).—Remoción de depósitos.
- b).—Manchas y concreciones de los dientes.
- c).—Pulimiento de todas las porciones expuestas del diente.
- d).—Remoción de todas las porciones sobresalientes de obturaciones, coronas, puentes, etc.
- e).—Restauración de contornos dentarios defectuosos y puntos de contacto.
- f).—Protección y obturación de hoyos, surcos y fisuras, etc., en general, de defectos estructurales, prevención o alivio de oclusión traumática, estípulo de tejidos blandos y remoción de las evidencias de infección séptica.

g).--Instrucción al paciente de la importancia de la higiene bucal diaria y de los medios para realizarla y mantenerla.

h).--Insistencia del exámen regular y periódico por el dentista.

i).--Cuidados pre y post operatorios.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, estimo que el Dentista debe efectuar, entre otras, las siguientes tareas:

1.—Tratar de disciplinar o educar al paciente para que acuda por lo menos dos veces al año al consultorio dental.

2.—Realizar correcciones de procesos careosos.

3.—Reponer piezas o hacer prótesis a fin de ayudar al paciente a que tenga una mejor trituración y por lo tanto, mejor metabolismo.

4.—Prever las enfermedades de la boca para estar en condiciones de establecer un diagnóstico e indicar su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA.

"DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL".

Edward V. Zegarelli.

Austin H. Kutscher

George A. Hyman.

"COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA"

L. Testut - A. Latarjet.

"ANATOMIA DENTAL"

M. Diamond.

"ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL".

Velázquez.

"DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS .

APUNTES DE "CLINICA DENTAL" Y "CLINICA DE LOS MATERIALES DENTALES".