



Coleccionando **Conocimientos**

5to AÑO

www.colgateprofesional.com

CARIES DENTAL

La caries dental es una patología localizada que resulta de un disturbio del equilibrio entre la superficie dental y el fluido de placa circundante. Inicia con la desmineralización del esmalte (lesión de mancha blanca) y si el desequilibrio continúa, involucra la pérdida de estructura dental.



Los microorganismos de la placa bacteriana son metabólicamente activos. Así, su interrupción lleva al control de la progresión de la caries dental.

Para diagnosticar caries valore:

- 1). En radiografías coronales y visualmente: presencia de caries coronal primaria, caries asociada a restauración, caries radicular.
- 2). La severidad de cada lesión con los criterios visuales ICDAS-II modificados:



Diente sin cambios visuales aparentes



Opacidad café o blanca en esmalte



Microcavidad



Sombra subyacente



Cavidad detectable



Cavidad extensa

3). El grado de progresión de cada lesión, categorizándola como activa si se presentan 2 o más aspectos:

- Color blanco en lesión no cavitacional / Pérdida estructural
- Sitio retentivo de placa bacteriana
- Presencia de Opacidad
- Rugosa en lesión no cavitacional / Estructura reblandecida en lesión cavitacional

4). Riesgo individual de caries dental según RIESGOGRAMA: bajo (0-40%), mediano (50-60%) o alto (70-100%). Categorice cada factor de riesgo en su paciente y al final sume los puntos para ver el correspondiente riesgo de su paciente de presentar caries.

Factores biológicos:

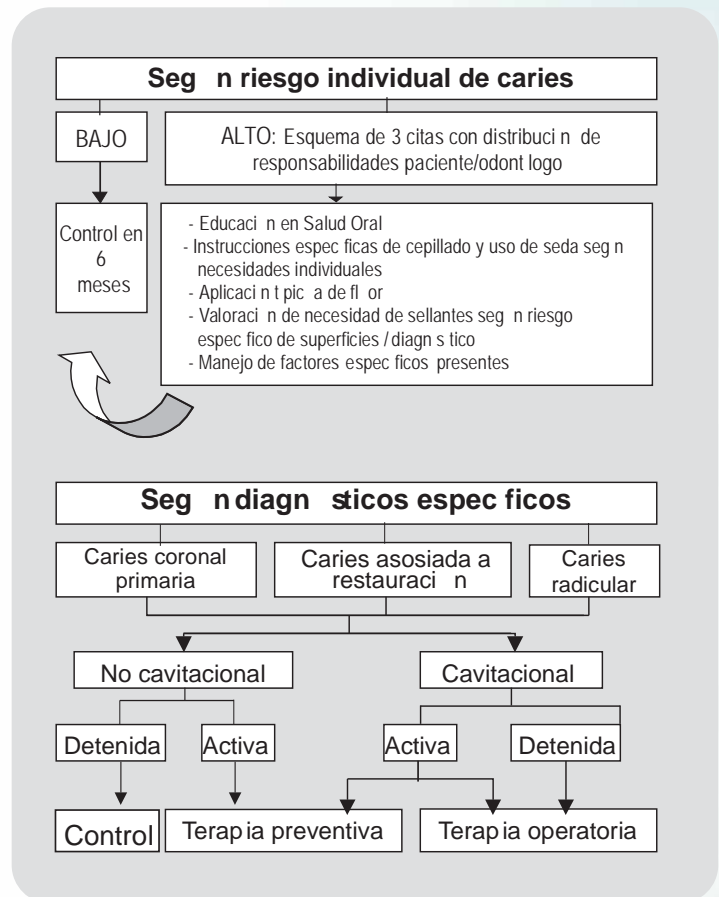
- Experiencia de caries ceo-d + COP-D (0-20).
- Índice de placa bacteriana (0-20).
- Retención de placa localizada o por entidad sistémica (0-10).
- Dieta en cantidad y frecuencia (0-20).
- Falta de uso diario de crema dental (0-20).

Factores sociales:

- Inasistencia a consulta en el último año / última consulta motivada por urgencia (0-10).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ekstrand KR, Martignon S, Ricketts DJ, Qvist V. Detection and activity assessment of primary coronal caries lesions: a methodologic study. *OperDent.* 2007 May-Jun; 32(3):225-35.
2. Bratthall D, Hänsel-Petersson G, Stjernsvard JR: Cariogram manual. Cariogram, Internet version 2.01. 2004. En internet: <http://www.db.od.mah.se/car/cariogram/cariograminfo.html>
3. ICDAS: International Caries Detection and Assessment System. En internet: <http://www.icdas.org/>
4. Martignon S, González MC, McCormick V, Ruiz JA, Jácome S, Guarnizo C. Guía de diagnóstico, prevención y tratamiento de la caries dental. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología - A.C.F.O., Secretaría Distrital de Salud - S.D.S. Secretaría Distrital de Salud - Bogotá, 2007.
5. Martignon S, Tellez M. Valoración individual de riesgo de caries RIESGOGRAMA. Colgate: Mes de la Salud Oral, Octubre 2006. Colgate Colombia: Bogotá; 2006.
6. Martignon S, Téllez M. Criterios ICDAS: Nuevas Perspectivas para el Diagnóstico de la Caries Dental. *Dental Main News* 2007; 3:14-19.
7. Thylstrup A, Fejerskov O. Clinical and pathological features of dental caries; in Thylstrup A, Fejerskov O (eds): *Textbook of clinical cariology*, ed 2. Copenhagen, Munksgaard, 1994, pp 111-158.



Tema desarrollado por

Dra. Stefania Martignon

Doctorado en Caries

UNIVERSIDAD DE COPENHAGEN

Especialización en Docencia Universitaria

Especialización en Odontología Pediátrica

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Dra. Liliana Caballero

Dra. Jeaneth López

Odontólogas Pediatras

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

MANTENEDORES DE ESPACIO

NOMBRE	INDICACIONES	OBSERVACIONES	FOTOS
BANDA-ABRAZADERA	Pérdida unilateral del primer molar temporal superior (antes, durante y después de la erupción del primer molar permanente).	Diseño de la abrazadera con diámetro vestibulo-palatino de aproximadamente 8 mm. Secuencia de erupción ideal en el maxilar superior. No aconsejable en maxilar inferior.	 
ESPOLÓN DISTAL	Pérdida de segundos molares temporales inferiores antes de la erupción de 36 ó 46.	Uso restringido en pacientes altamente colaboradores. Paciente sistémicamente sano, requiere control periódico estricto.	 
ARCO LINGUAL	Pérdida de caninos temporales inferiores. Pérdida de uno o varios molares temporales inferiores.	Anclado en 36 y 46 ó en 85 y 75 y en el 1/3 medio de la cara lingual de anteriores inferiores. Permite realizar guía de erupción.	 
BOTÓN DE NANCE BARRA TRANSPALATINA	Pérdida uni o bilateral de caninos temporales superiores. Pérdida de uno o varios molares temporales superiores.	Anclado en 16 y 26 ó en 55 y 65 y en el componente vertical del paladar duro (rugas palatinas). Permite realizar guía de erupción.	 
REMOVIBLE O PLACA HAWLEY MODIFICADA. BILATERAL DE ACRÍLICO	Pérdida de molares temporales superiores y/o inferiores. Ideal en pérdida de segundos molares temporales antes de la erupción del primer molar permanente.	Requiere molares remanentes que proporcionen retención al aparato. Alta colaboración del paciente y contra indicado a menores de tres años	 
PLACA ESTÉTICA	Pérdida múltiple de incisivos temporales y/o molares superiores e inferiores.	Para pacientes con alta colaboración, bajo índice de caries y excelente higiene oral.	 
FLIPPER	Pérdida prematura de 1 ó 2 incisivos temporales superiores. Anclado en 55 y 65.	Reestablece estética y función. Dificulta higiene oral indicando uso enhebrados. Controles periódicos estrictos.	 

FACTORES A TENER EN CUENTA EN EL MANEJO DE ESPACIOS

- Pérdida prematura de molares temporales.
- Presencia de cubierta ósea sobre diente permanente sucesor.
- Espacio disponible favorable (no pérdida de espacio).
- Secuencia de erupción normal.

- Imperativo cuando el primer molar permanente se encuentra en el período de mayor fuerza eruptiva (desde 2/3 partes de su raíz formadas hasta que logre máxima intercuspidad), ya que puede mesializar los segundos molares temporales.

- Presencia de dientes remanentes que permitan servir de apoyo al mantenedor.

CONTRAINDICACIONES

- Anodoncia del sucesor a menos que el ortodoncista indique lo contrario.
- Diente permanente próximo a emerger (sin cubierta ósea).

- Pérdida de espacio (se consideraría inicialmente colocar un reganador).
- Secuencia erupción alterada (aceleramiento de la emergencia del sucesor).
- Paciente discapacitado para mantener higiene oral adecuada.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Recuerde que siempre es necesario realizar un examen radiográfico para definir la colocación de un mantenedor de espacio.
- Es ideal planear la colocación del mantenedor en la misma cita en que se realiza la exodoncia.
- Excelente adaptación de bandas y elaboración con alambres muy rígidos, preferiblemente de 0.40 pulgadas de grosor.
- Uso de cementos que ofrezcan buena adhesión al metal y al esmalte dentario (cementos de ionómero de vidrio o de policarboxilato).
- Controles mínimo cada dos meses con el fin de detectar cualquier cambio o alteración que se pueda producir.
- Cuando se trate de aparatología fija: descementar cada 6 meses y realizar profilaxis y topicación de flúor.
- Se puede apoyar con bandas en molares restaurados con coronas de acero.
- Indicar uso de enhebradores en zonas inaccesibles al cepillado corriente.
- Antes de retirar un mantenedor es importante realizar un examen radiográfico.

PROCESO DE ELABORACIÓN MANTENEDORES DE ESPACIO: FIJOS Y REMOVIBLES

MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO: ARCO LINGUAL



Despeje en zona de molares
para adaptación de bandas



Bandas adaptadas en
36 y 46 vista oclusal



Contorneo del alambre



Marcado para doblaje
de las ansas



Elaboración de ansas a nivel
de 85 y 75



Soldador, fundente y
soldadura de plata



Retenciones en el alambre
en el sitio de la soldadura



Retenciones en lingual
de las bandas



Fijación del arco con cera
para la soldadura



Fijación con yeso refractario



Aplicación del fundente
sobre la banda y el alambre



Soldadura con soplete
de gas y aire



Arco Lingual se retira del modelo para proceso de Pulimento y Terminado Final



Arco Lingual Terminado

MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE: PLACA DE HAWLEY SUPERIOR MANTENEDORA DE ESPACIO



Doblaje de arco de Hawley convencional y ganchos de retención de Adams



Fijación completa de los
aditamentos con cera



Inmersión en agua para
hidratación del modelo



Acrilado placa superior



Acrilado completo
placa superior



Proceso de Termocurado



Placa acrilada lista
para pulimento

Proceso de Pulimento, Brillado y Terminado Final



Tema desarrollado por
Dra. Ximena Baquero Álvarez
Odontóloga, UNIVERSIDAD JAVERIANA
Odontopediatra, UNIVERSIDAD CES
Presidente Academia Colombiana de Odontología Pediátrica

Textos y fotografías clínicas:

Dra. Renata Erazo Cerón: Odontóloga Universidad Javeriana
Dra. Margarita Uzuga Vacca: Odontóloga Universidad de Antioquia
Residentes de Odontopediatría II año, Universidad Javeriana
• Fotografías procedimientos de laboratorio.

Agradecimientos a:

- I.G. Laboratorio Dental Jairo Rodríguez
- Técnico de Laboratorio

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO EN PRÓTESIS PARCIAL FIJA, REMOVIBLE Y TOTAL

PRÓTESIS FIJA:

Dentadura parcial, que es cementada o retenida a un diente natural, a una raíz dental y/o a un pilar de implante dental que facilitan el soporte primario para la prótesis.



G.T.P. Journal Prosthetic Dentistry 1999; 81: 1-142

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

Es cualquier prótesis que reemplaza algunos dientes en un arco parcialmente dentado. Esta puede ser removida de boca y ser reemplazada.



PRÓTESIS TOTAL:

Es la prótesis que reemplaza todos los dientes de un arco y puede ser removida de boca. No basta restaurar la boca de los pacientes y delegar a ellos, a través de la higiene, el mantenimiento de la salud bucal recuperada, porque aún las prótesis elaboradas dentro de las más rigurosas concepciones mecánicas, biológicas y estéticas son incapaces de evitar la reaparición de las afecciones, caries y periodontal.

Tras la colocación y cementación de una PPF, el tratamiento del paciente continúa con una secuencia cuidadosamente estructurada de visitas de seguimiento, diseñadas para monitorizar su salud dental, estimular unos hábitos de control de placa meticulosos, identificar la enfermedad incipiente e introducir el tratamiento correctivo que pueda requerir antes que se produzcan lesiones irreversibles.

Para que el Odontólogo monitoree la función y comodidad de la prótesis, así como para verificar el correcto control de placa que se ha enseñado al paciente, generalmente se planifica una cita al cabo de una semana de la cementación de la PPF.

Se efectúa un control cuidadoso de que el surco gingival continúe libre de cemento residual y que todos los aspectos de la oclusión sean satisfactorios. Dependiendo del riesgo del paciente, tanto para enfermedad periodontal como para caries, los pacientes con restauraciones coladas visiten al Odontólogo cada 3 a 6 meses.

Una atención de seguimiento bien organizada y eficaz es el mecanismo básico para asegurar el éxito de la prostodoncia fija.

Es probable que una restauración que se cimente, olvide e ignore, acabe por fracasar independientemente de la experiencia con que se haya diseñado y ejecutado.

Los dientes restaurados requieren una eliminación de placa y un mantenimiento más asiduos que los dientes sanos no restaurados. Una PPF requiere atención adicional.

Tras la colocación de una PPR, el paciente debe ser advertido acerca de la necesidad de que mantenga la prótesis y los dientes pilares escrupulosamente limpios. Para prevenir procesos cariogénicos, tiene que evitarse la acumulación de detritos tanto como sea posible, en particular alrededor de los dientes pilares y por debajo de los conectores menores.

Además, la inflamación de los tejidos gingivales se previene eliminando los detritos acumulados y sustituyendo por el masaje con cepillo dentalla estimulación normal de la lengua y del contacto de los alimentos con las áreas que serán cubiertas por el esqueleto de la prótesis. La boca y la prótesis deberán ser limpiadas después de cada comida y antes de dormir.

Una PPR y una prótesis total pueden ser limpiadas de manera efectiva utilizando un cepillo pequeño con cerdas rígidas. Los detritos pueden eliminarse efectivamente mediante el uso de cremas dentales.

Además del cepillado con cremas dentales, puede llevarse a cabo con una limpieza adicional usando alguna solución comercial apropiada. Se recomendará al paciente que sumerja la prótesis en la solución durante 15 minutos una vez por día, haciendo a continuación un cepillado integral con crema dental.

Aunque las soluciones con hipoclorito son efectivas para limpiar las prótesis, tienen tendencia a manchar los esqueletos de cr-co y por ello deben ser evitadas. En algunas bocas la precipitación de cálculos salivares sobre la PPR y Total, requiere adoptar medidas adicionales para su acumulación. El cepillado diario de la prótesis impedirá el depósito de cálculos en la mayoría de los pacientes.

Cuando ya hay depósito de cálculos es fácil de remover usando un limpiador ultrasónico en el consultorio. Si la prótesis es retirada por la noche para dormir debe permanecer cubierta de agua para evitar cambios dimensionales del acrílico. Dependiendo del riesgo del paciente, tanto para enfermedad periodontal como para caries, los pacientes con PPR deben ser citados de 3 a 6 meses. El ajuste en soporte, estabilidad y retención también deben ser evaluados para evitar y prevenir la atrofia alveolar y el trauma en la retención directa.

Instrumentos para el mantenimiento de una PPF:

Cepillo dental
Crema de dientes con flúor
Enebradores
Seda Dental
Cepillo interproximal
Enjuagatorios con Flúor

Instrumentos para el mantenimiento de una PPR:

Cepillo dental
Crema de dientes con flúor
Seda Dental
Enjuagatorios con Flúor
Cepillo Rígido para la prótesis
Pastillas antisépticas, antimicóticas para la prótesis

Instrumentos para el mantenimiento de una Prótesis Total:

Cepillo rígido para la prótesis
Pastillas antisépticas, antimicóticas para la prótesis

BIBLIOGRAFÍA

Prótesis Fija: procedimientos clínicos y de laboratorio.
Stephen F. Rosentiel, B.D.S., M.S.D. Editorial Salvat
Prótesis Parcial Removible. McCracken.
Editorial panamericana 1992. 8 edición



Tema desarrollado por
Dra. Olga Lucía Zarta Arizabaleta
Odontóloga
UNIVERSIDAD JAVERIANA
Prostodoncista
UNIVERSIDAD EL BOSQUE