

FACULTAD DE
ODONTOLOGIA



CATEDRA DE OPERATORIA DENTAL 2º

Dr. VARTAN BEHSNILIAN

BIBLIOTECA
Facultad de Odontología
MONTEVIDEO - URUGUAY

PLANO DE TRATAMIENTO EN OPERATORIA DENTAL

F. 331



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
departamento de publicaciones

1974



PLANE0 DE TRATAMIENTO EN OPERATORIA DENTAL

Por el Dr. VARTAN BEHSNILIAN

DONACION
UNIVERSIDAD

Hasta no hace mucho tiempo, la Odontología estaba dedicada principalmente o únicamente al tratamiento de las lesiones agudas, al alivio del dolor, y a restaurar o reponer dientes. La mayor parte del tiempo era dedicada a realizar extracciones de dientes y a colocar restauraciones y prótesis, sin tener en cuenta que la dentición es una parte integrante del sistema masticatorio o estomatognático.

En las últimas décadas, investigadores, docentes y clínicos de todo el mundo, han dedicado mucho tiempo y esfuerzo en aclarar los conceptos fisiológicos y patológicos, y en establecer los objetivos y procedimientos de un Diagnóstico Integral del sistema estomatognático.

Sin embargo, el progreso era incompleto, pues los principios y procedimientos para realizar un correcto Planeo del Tratamiento (el paso más importante siguiente a la diagnosis), estaban descuidados u olvidados tanto en la literatura científica como en la práctica profesional.

En la actualidad, es un hecho indiscutido que sin un bien organizado planeo de tratamiento, la terapia en sí es riesgosa e incompleta. Una perfecta planificación de cada paso, es el fundamento del tratamiento exitoso en todos --

los casos. El planeo del tratamiento es en sí, el fundamento de la práctica eficiente de la Odontología. Una perfecta comprensión de los principios y fundamentos del Planeo de Tratamiento es esencial pues, si deseamos ofrecer el mejor tratamiento con los mejores resultados a largo plazo.

El ejercicio de la Odontología es una ciencia y un arte que requiere el perfecto dominio, no sólo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados, sino también de la secuencia en la cual toda la terapia debe ser aplicada.

El paciente visita al odontólogo para consultar sobre el estado de salud de su dentición, con la esperanza de que se hará todo lo posible no sólo para reparar o curar cualquier enfermedad presente, sino también para prevenir que esa u otra enfermedad oral pueda ocurrir en el futuro.

El odontólogo debe entonces primeramente, investigar el estado de salud (general y local) existente, por medio de procesos de diagnóstico; y luego debe aplicar procedimientos terapéuticos ordenados en una secuencia lógica de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Debe reconocerse que las instancias individuales de cada enfermedad y de cada enfermo son tan infinitamente variables, que no siempre existe un sólo método de tratamiento, ni una sola secuencia para aplicarlo.

La terapia definitiva debe estar basada en todos los casos, en la minuciosa recopilación de datos, su interpretación, su evaluación, y ulterior planificación de los procedimientos terapéuticos.

Las medidas terapéuticas caen por su naturaleza, en ciertas divisiones: de urgencia, -- sistémicas, preparatorias, restauradoras. En algunas instancias existe algo que debe ser hecho de inmediato; alguna medida urgentemente -- necesaria que debe ser aplicada por síntomas -- agudos. En la mayoría de los casos afortunadamente, el tratamiento puede ser planeado con -- la idea de una terapia general, y de la prevención de males mayores.

En la formulación de cualquier programa terapéutico que involucre un número de técnicas, es necesario establecer un plan que permita lograr los objetivos establecidos en cada caso; el uso indiscriminado de métodos frecuentemente conduce a fracasos. Existen en Odontología diversas disciplinas en las cuales el -- práctico general debe ser eficiente; y cada -- disciplina (operatoria dental, endoconcia, periodoncia, etc.), tiene una diversidad de técnicas, que deben ser conocidas y aplicadas en una secuencia lógica; a veces en forma escalonada, otras veces en forma conjunta o combinada. Por lo tanto, el profesional debe planificar la terapia con un enfoque integral de los problemas de tratamiento, empleando los diversos métodos en secuencias definidas y relacionadas con el factor Tiempo.

Un plan de tratamiento puede ser establecido correctamente, después que los datos obtenidos por el examen son evaluados en factores definidos: causales, de extensión de procesos, predisponentes, etc. Recíprocamente, el examen, evaluación y diagnóstico de un caso son de valor, solamente si el plan de tratamiento concebido es lógico, y es ejecutado de tal manera que logre la reparación biológica y/o funcional necesarias, en forma total.

Aunque se puede ofrecer (y se ofrecerá) - una lista-guía o Plan-Tipo de procedimientos terapéuticos, el profesional debe comprender que no todos los casos pueden ser conducidos en la misma forma. En algunos, la terapia periodontal debe ser realizada en primer término, seguida de procedimientos endodóncicos, exodóncicos, y finalmente las restauraciones. En otros casos, puede ser necesario reparar las grandes áreas cariosas en primer lugar, para seguir con las terapias periodontal y ortodóncica, con ferulizaciones temporarias y ajuste oclusal, incorporando la ferulización definitiva en la fase de tratamiento restaurador.

Cada caso pues, debe ser evaluado sobre sus propios factores. ¡Este es el desafío que debemos recoger!

Naturalmente, el paciente como individuo juega un tremendo rol en la formulación de un plan de tratamiento. En algunos casos puede lograrse en cada visita un gran progreso, mientras que en otros puede hacerse muy poco, lo cual afecta notablemente el tiempo total de la terapia. Hay ciertas enfermedades sistémicas que dificultan la reparación biológica pudiendo determinar que el plan de tratamiento se modifique notablemente, sobre todo en problemas periodontales. Un paciente con reumatismo cardíaco requiere tanto premedicación como postmedicación con antibióticos para prevenir daños posibles al corazón. Una diabetes no controlada deberá recibir un tratamiento específico, antes de iniciar la terapia odontológica. De modo que el estado de salud y la personalidad del paciente pueden influir en forma decisiva al plan de tratamiento.

Un planeo racional de tratamiento odontológico integral, debe ser hecho teniendo in -- mente las siguientes consideraciones: la urgen -- cia del tratamiento, la secuencia del trata -- miento, y los resultados que se esperan.

La existencia de una condición de naturaleza Urgente, compele al odontólogo a realizar su tratamiento; pues si no se ejecutara de in -- mediato podría resultar en molestias o dolores innecesarios del paciente, y en algún caso poner en peligro su salud general y aún su vida.

La secuencia en que se aplican los procedimientos terapéuticos, puede significar la di -- ferencia entre el éxito y el fracaso. Una se -- cuencia bien organizada de tratamientos evita comienzos falsos, repetición de terapias, y en muchos casos pérdida de energía, tiempo, dinero, prestigio, y lo más importante, pérdidas -- en la salud presente o futura del paciente.

Los resultados que se esperan da un plan de tratamiento odontológico, no deben estar -- limitados a la cura de una enfermedad existente; sino que deben ser dirigidos a la correc -- ción y prevención de todas las formas de enfer -- medad oral. El objetivo debe ser obtener sa -- lud biológica, funcional y estética de todo el sistema estomatognático, al término del trata -- miento, y a muy largo plazo.

PRINCIPIOS PARA PROYECTAR UN PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.

1.- Importancia de la queja principal. Un principio básico que nunca debiera ser olvidado, es que siempre debe tratarse y resolverse

la queja principal del paciente, antes de presentarle planes de Rehabilitación Oral completa. Cuando llega un paciente con alguna molestia o dolor, su único pensamiento es el alivio; no está psicológicamente preparado para escuchar y mucho menos aceptar un complejo y ambicioso plan de tratamiento para todos sus posibles problemas bucales.

En los casos en que la terapia para el -- alivio inmediato debe ser seguido por algún -- tratamiento que elimine la posibilidad de repetición, o se oriente a la eliminación radical de las fuentes del mal que aqueja al paciente, ese plan de tratamiento debe ser naturalmente sugerido como necesario; pero siempre después del alivio del dolor.

2.- Consideración de las enfermedades sistémicas pasadas y presentes. Es lógico que en un paciente con enfermedad sistémica que terminará fatalmente en un plazo no muy lejano, el plan de tratamiento odontológico se orientará al alivio de las molestias y a soluciones paliativas. En pacientes con diabetes, se deberá evitar durante el tratamiento, la menor posibilidad de infecciones.

El diagnóstico de problemas hemorrágicos y su estudio conjunto con el médico, deben -- orientar el planeo del tratamiento, si se quieren evitar serias complicaciones quirúrgicas.

Recordar la importancia de la fiebre reumática y enfermedades congénitas del corazón.

Pacientes con hipertensión o que están -- siendo tratados con anticoagulantes, deben merecer especial atención.

Siempre que hayan dudas sobre el estado general del paciente, el plan de tratamiento deberá basarse en informes médicos precisos, que den al odontólogo total seguridad durante el desarrollo de la asistencia.

3.- Influencia de la historia personal, social y económica. La historia personal contiene información sobre los hábitos de higiene oral del paciente. Pueden ser pobres, como resultado de falta de instrucción sobre la importancia de la higiene oral, o como resultado de una actitud negligente hacia la salud oral. Los planes de tratamiento para estos pacientes se adecuarán a las posibilidades de mejorar el cuidado personal de su salud bucal.

La historia social y económica de un paciente, provee información sobre su ocupación, familia, ingresos, etc. Muchas veces es un factor determinante del tipo de tratamiento a prescribir, puesto que pacientes con ingresos limitados y obligaciones familiares grandes, no están en condiciones de afrontar los gastos que representan ciertos tipos de restauraciones odontológicas (extensos puentes fijos de oro, porcelana fundida sobre metal, etc.). Naturalmente se deberán ofrecer soluciones sustitutivas en base a otros trabajos, quizás menos estéticos o confortables, pero siempre dentro de un nivel mínimo aceptable de salud biológica y funcional.

4.- Efectos de tratamientos odontológicos anteriores. Un preciso análisis de los resultados obtenidos con tratamientos anteriores, puede ser determinante a veces para intentar nuevos tratamientos conservadores o ir a extracciones. Caries incontrolables, enfermedades periodontales de progreso rápido, o demostra--

ciones de falta de interés del paciente en conservar su salud oral, pueden aconsejar no intentar complejos planes de tratamiento conservador.

Las razones de los fracasos anteriores, - deben ser perfectamente aclaradas; a veces es culpa del propio paciente, en ocasiones es culpa de tratamientos equivocados; otras veces -- son problemas insalvables de terreno. La naturaleza de los tratamientos anteriores puede -- ofrecer por el contrario un panorama favorable para el planeo de tratamiento. Hay pacientes que no muestran signos de alteración periodontal, a pesar de la presencia de restauraciones con bordes gingivales desajustados, cálculos, y trauma oclusal. Otros pacientes que han recibido correctos tratamientos restauradores, desearán seguir recibiendo los mejores trabajos.

5.- Significado de los procesos patológicos y su etiología. En general, las enfermedades de los tejidos orales blandos que el odontólogo trata, son de naturaleza de desarrollo, inflamatorios o neoplásicos; y las alteraciones de los dientes, son el resultado de disturbios de desarrollo, caries o trauma.

a) En el planeo de tratamiento de las enfermedades de los tejidos blandos de la boca, el odontólogo debe determinar primeramente su naturaleza, y de ella su etiología; el tratamiento es siempre específico.

Los procesos inflamatorios de los tejidos orales blandos y de las encías, son frecuentemente resultado de irritación local, infecciones, o manifestaciones de enfermedades sistémicas.

Los irritantes locales más comunes productores de inflamación, son la injuria traumática directa, cúspides filosas, restauraciones o prótesis mal ajustadas, mordida habitual de mejillas, cálculos, etc. Su tratamiento consistirá simplemente en la eliminación del agente causal.

El planeo de tratamiento de las infecciones, depende naturalmente del microorganismo causal. En infecciones bacterianas comunes como las complicaciones pulpares y la enfermedad periodontal, el tratamiento con antibióticos es lo indicado.

Las reacciones inflamatorias orales por causas sistémicas, requerirán la consulta médica y terapia conjunta.

b) El tratamiento de las alteraciones de los dientes, absorbe el mayor tiempo de la práctica general odontológica. La responsabilidad total del planeo del tratamiento recae en el profesional, quien debe realizarlo con la única limitación de sus propias posibilidades técnicas.

El tratamiento de la caries dental depende de la extensión de la destrucción dentaria, la intensidad del progreso de la actividad cariosa, la edad del paciente, y la condición de las estructuras soportantes. El grado de actividad cariosa del paciente, debe ser evaluada. Dientes que se destruyen rápidamente a pesar de cuidados del paciente y profesional, deberán ser recubiertos totalmente. En los casos indicados, se aplicarán métodos de control y reducción de actividad cariosa. Es de primordial importancia la prevención de la pérdida de dientes en individuos jóvenes, para evitar el

colapso de la dentición en edad temprana. En pacientes susceptibles a la caries, los pilares de prótesis fijas y/o removibles deberán ser recubiertos totalmente.

Dientes con alteraciones de desarrollo -- (hipoplasias, hipocalcificaciones, etc.), deberán ser constantemente controlados. La amelogénesis y la dentinogénesis imperfecta, deberán ser atendidas especialmente por razones de prevención y estética.

El tratamiento de las disfunciones oclusales debe merecer especial atención, tanto para prevenir como para curar posibles severas alteraciones del sistema estomatognático (bruxismo, abrasión patológica, trauma periodontal, artritis traumática de las ATM).

6.- Modificaciones del plan de tratamiento ideal. En el ejercicio privado de la profesión, el plan de tratamiento debe ser realizado y ofrecido con sus máximas posibilidades -- biológicas funcionales y estéticas. No siempre podemos preveer los deseos y las posibilidades de los pacientes y no debemos caer en el error de ofrecer menos de lo que él espera.

Cuando el plan de tratamiento ideal no -- puede ser aplicado, se deberá ofrecer uno o -- más planes sustitutivos. Esto no significa que que se va a ofrecer una odontología pobre en -- calidad, sino sólo otra forma de tratamiento -- que podrá variar en confort y/o estética, pero nunca en las condiciones de salud ofrecidas.

PLAN TIPO DE TRATAMIENTO INTEGRAL.

El plan de tratamiento odontológico integral de un paciente, debe ser realizado estableciendo las medidas terapéuticas indicadas, y su ubicación en el tiempo, es decir su secuencia. Se deben programar las etapas evolutivas del proceso de curación, determinando qué medida terapéutica será la inicial, cual será la respuesta a la terapia, cuales serán las condiciones existentes al comienzo de la segunda etapa, y así sucesivamente hasta el término del tratamiento.

Naturalmente este programa escalonado de un tratamiento odontológico no siempre podrá ser ejecutado fielmente como un proyecto arquitectónico; no debemos olvidar que estamos actuando en un terreno biológico donde tanto los procesos patológicos como las condiciones del enfermo, pueden variar en el curso del tratamiento. Si en un momento determinado las condiciones presentes no correspondieran a lo esperado en el plan, se variarán las etapas siguientes de acuerdo a las nuevas necesidades.

No existen normas o reglas inflexibles para el establecimiento de las etapas de un tratamiento odontológico integral, pues las combinaciones de condiciones de enfermedad y condiciones de enfermo, son infinitas; prácticamente no hay dos casos clínicos iguales.

En términos muy generales, podríamos decir que en primer término se tratarán las afecciones agudas, se prestará atención a las alteraciones sistémicas, se mejorarán las condiciones bucales (eliminación de inflamaciones, ulceraciones, cálculos, restos dentarios, etc.), luego se atenderán los problemas endodóncicos,

periodontales, procesos de caries, ajuste oclusal, terminándose con los trabajos restauradores de operatoria dental y prótesis. Puede establecerse como guía, el siguiente Plan-Tipo de tratamiento odontológico integral.

I. TERAPIA DE URGENCIA. Ya fué establecido que los problemas de dolor, molestias, infecciones, etc., deberán ser atendidos antes de pensar siquiera en un procesos de diagnosis y planeo de tratamiento integral.

II. TERAPIA SISTEMICA. La profesión odontológica es bien conciente de la influencia de enfermedades sistémicas en el tratamiento bucal. Una historia médica con enfermedades sistémicas, puede influir en forma notable en la planificación de la terapia y en la secuencia de su aplicación. Una paciente que está en tratamiento médico, y que también requiere tratamiento odontológico, puede presentar problemas especiales. La inter-relación en los tratamientos médico y odontológico, debe ser bien apreciada; debiéndose planificar un tratamiento conjunto en beneficio de la salud general y bucal del paciente. Pueden presentarse diversas circunstancias.

a) Envío al médico.- Cuando de la historia clínica del paciente surgen evidencias de enfermedades sistémicas, el odontólogo debe enviar el paciente en consulta médica. Esto debe ser hecho por medio de una carta de referencia, conteniendo una precisa descripción de los síntomas y signos sugestivos de la enfermedad sistémica, y un pedido específico de información médica relativa a los aspectos bucales de la enfermedad.

b) Tratamientos sistémicos en marcha. Puede ser necesario consultar al médico de un paciente que está recibiendo tratamiento general en el momento de la consulta odontológica, de modo que cualquier terapia médica potencialmente riesgosa durante nuestro tratamiento, pueda ser analizada. Determinadas drogas pueden tener contraindicaciones específicas. Determinadas enfermedades sistémicas pueden contraindicar todo tipo de tratamiento odontológico.

c) Terapia preventiva. Cuando hay historia de fiebre reumática, o enfermedad cardíaca (reumática o congénita), se requiere premedicación por antibióticos previo a procedimientos odontológicos que puedan causar hemorragias. - Pacientes aprehensivos pueden requerir sedativos previos al tratamiento; pero este tipo de premedicación debe ser consultada con el paciente y con el médico en caso de existir condiciones sospechosas.

d) Terapia curativa. La terapia sistémica con antibióticos y otras drogas para combatir infecciones, es generalmente de naturaleza urgente. Sin embargo, antes de instituir tal tratamiento, se debe preguntar al paciente con referencia a posibles historias de sensibilidad a drogas.

III. TRATAMIENTOS PREPARATORIO. Tratamiento preparatorio es aquella parte del plan terapéutico que se emplea en preparar la boca para recibir el tratamiento correctivo o restaurador final. Si bien muchos de los procedimientos incluidos en este capítulo pueden ser considerados como correctivos en naturaleza, - en la mayoría de los casos ellos están preparando la boca para los procedimientos correctivos finales de reconstrucción y restauración.

En los casos de Disfunciones del sistema estomatognático, se harán en primer término -- los tratamientos Neuromuscular y/o de las ATM, indicados en cada caso específico (estas terapias fueron estudiadas en clases anteriores, o pueden leerse en el libro "Oclusión y Rehabilitación"). De modo que podemos iniciar esta parte del Plan-Tipo, con:

A. Terapia Neuromuscular.

B. Terapia Articular (de las ATM).

C. Cirugía Oral. Cuando existen lesiones en los tejidos blandos, su eliminación quirúrgica tiene prioridad en el tratamiento odontológico. Dientes insalvables en estado de emergencia por razones de dolor o infecciones severas, deben ser eliminados de inmediato. Dientes incluidos, con fracturas radiculares o con problemas periodontales insolubles, deben ser extraídos. En casos de enfermedad periodontal sin esperanzas, la secuencia de las extracciones debe ser planificada en forma que mejor -- convenga a la futura topografía de los rebordes maxilares residuales. La cirugía para-protética debe ser hecha también lo antes posible.

D. Terapia Endodóncica. En muchos casos, la terapia endodóncica debe ser realizada en las primeras etapas del tratamiento, por su naturaleza de emergencia. Pero aunque no haya dolor ni infección presentes, si la endodoncia está indicada, es mejor realizarla cuanto antes. Si hay dientes con cavidades cariosas -- muy profundas, y no se puede asegurar la conservación de la pulpa, deberá hacerse la limpieza total de la caries; y si la pulpa no es salvable, continuar con la endodoncia; pues es muy molesto encontrarse en las etapas finales

del tratamiento, y tener que realizar una endo
doncia inesperada.

En caries profundas en que la pulpa puede ser salvada, se deberá hacer su limpieza total y la inserción de obturaciones provisorias adecuadas que ayuden a esa pulpa a defenderse -- mientras se progresa con otros aspectos del -- plan de tratamiento; y por otro lado se evita la posibilidad que en ese lapso de tiempo, la pulpa inicialmente sana se vea involucrada por el progreso de la lesión cariosa.

E. Control de caries. En casos que se ha diagnosticado una gran actividad cariosa, por el recuento de lactobacilos o por el test de Snyder, este es el momento de aplicar el programa de control de caries (cuidados higiénicos, dieta, etc.). La comprensión y cooperación del paciente, previamente analizadas, serán decisivas en la prescripción o no prescripción de este tipo de terapia.

F. Terapia Periodontal. El cuidado de las estructuras periodontales, tanto en sus aspectos preventivos, conservadores y terapéuticos, está dentro de los objetivos, responsabilidades y alcances de la práctica general de la -- odontología. Sólo casos muy avanzados y/o con factores generales en juego, serán enviados al es
pecialista.

En todos los casos, el tratamiento periodontal debe ser realizado previo al tratamiento restaurador. Sólo una vez terminada la tera
pia periodontal, se puede juzgar si un diente tiene estructuras de soporte suficientes para su propia función; y en el caso de pilares de prótesis, si está en condiciones de sobrellevar trabajo extra.

G. Tratamiento Ortodóncico. Los detalles del plan de tratamiento ortodóncico serán decididos por el especialista correspondiente. Sin embargo, el odontólogo general debe estar capacitado para determinar si el tratamiento está indicado, sea en niños o adultos, y saber qué se puede esperar del tratamiento. En muchos casos, un tratamiento ortodóncico simple, mejora notablemente la posición de dientes en la arcada, tanto para su propia función como para servir de pilares de prótesis fijas o removibles. Algunos casos de Disfunción, tanto Pura como Patogénicas, requieren la aplicación de terapias ortodóncicas en el adulto.

H. Ajuste Oclusal. El equilibrado oclusal por desgaste selectivo es una técnica que debe ser conocida y aplicada por todo odontólogo general, que está realizando continuamente modificaciones en la oclusión con sus trabajos de restauraciones individuales, puentes, y prótesis removibles.

Cualquier tipo de reconstrucción oclusal más o menos extensa debe estar siempre precedida por la eliminación de interferencias oclusales, el establecimiento de un plano oclusal satisfactorio, y el mejoramiento de la función oclusal. Muchas prótesis fijas y removibles fracasan frecuentemente por relaciones oclusales inadecuadas, al no haberse preparado la oclusión previamente en forma adecuada. El ajuste oclusal es un punto decisivo en el tratamiento de todas las disfunciones, como bruxismo, trauma periodontal y artritis traumática de las ATM. En casos agudos de problemas funcionales en las ATM, este ajuste oclusal puede ser necesario al comienzo mismo del plan terapéutico, junto con el tratamiento neuromuscular.

IV. TRATAMIENTO RESTAURADOR. Una vez que el plan de tratamiento ha estudiado la preparación adecuada de la boca para recibir el tratamiento restaurador final por operatoria dental y/o prótesis, estos procedimientos podrán ser aplicados, en la seguridad que las estructuras de soporte, el mecanismo neuromuscular, y las relaciones funcionales de dientes y todo el sistema estomatognático, están en una situación óptima para el caso individual.

Cuando los procedimientos restauradores se aplican a bocas pobremente preparadas en los aspectos mencionados, se constituyen meramente en remiendos temporarios conducentes a las prótesis completas.

PLANEAMIENTO DE TRATAMIENTO EN OPERATORIA DENTAL.

La formulación de un plan de tratamiento específico en cualquier rama de la Odontología, en este caso de Operatoria Dental, no puede ser realizado sin una simultánea consideración de la diagnosis, prognosis y planeamiento de otros servicios odontológicos referentes a la restauración de la salud biológica, funcional y estética, del sistema estomatognático del paciente.

Con relación a los procedimientos de Operatoria Dental, debe conocerse perfectamente el diagnóstico, pronóstico y planeamiento integral; incluyendo las indicaciones de terapia periodontal, endodóncica, extracciones, análisis de pilares para prótesis fijas, localización de retenedores y apoyos para prótesis parciales removibles, plan de ajuste oclusal, etc.

Y a su vez, es lógico que se deba conocer el pronóstico y planeo de tratamiento de Operatoria Dental referente a los dientes remanentes, cuando se planean los otros servicios mencionados.

Al planear el tratamiento de Operatoria Dental, debe darse la debida consideración al tipo de paciente. La selección de la terapia para un diente, no está determinada enteramente por las necesidades dentales del paciente; se deben considerar además, la salud general, edad, estado psíquico, status económico, y los objetivos y deseos del paciente al solicitar asistencia odontológica.

La selección de un tratamiento específico puede variar también con la capacidad y la experiencia de cada operador; un profesional puede ser excelente en ciertos procedimientos de Operatoria, y ser de capacidad o experiencia insuficiente en otros.

Finalmente, el operador debe considerar los objetivos que desea obtener de su tratamiento de operatoria dental. ¿Intenta sólo detener el proceso carioso por un corto tiempo hasta que se pueda ofrecer al paciente un procedimiento restaurador más extenso? ¿O está planeando una completa rehabilitación de la boca? ¿O está intentando salvar los dientes por unos pocos años hasta realizar las inevitables prótesis completas? Todos estos factores deben ser evaluados cuando se planea un tratamiento de Operatoria Dental.

1. Programa de control de caries.

Un programa de control de caries debe ser instituido cuando se ha determinado que el paciente es altamente susceptible a la caries, y

su historia revela visitas regulares continuadas al consultorio o centro asistencial en busca de tratamientos restauradores. Debe hacerse una clara diferenciación entre los pacientes - que presentan un elevado número de lesiones cariosas por real susceptibilidad, y aquellos -- que las presentan por falta de atención odontológica o simple negligencia. El siguiente criterio puede servir de guía para la selección - de pacientes en los cuales un programa de control de caries está indicado. a) cuando 5 o -- más lesiones cariosas se presentan en el momento del examen, a pesar de cuidados periódicos por el profesional y buena higiene oral del paciente. b) Cuando existe una historia acumulativa de 10 o más caries durante los últimos -- años. c) Cuando el interés, inteligencia y cooperación del paciente, son adecuados. d) si el paciente es un niño, cuando se puede confiar - en la cooperación y comprensión de los padres.

Un paciente comprensivo y bien informado, cooperará. Cuando el examen clínico indica la conveniencia de un programa de control de caries, se debe fijar una consulta para discutir sobre el programa íntegro. El paciente debe - ser motivado a ayudarse a sí mismo, siguiendo las recomendaciones. Para que sean seguidas, - es necesario que sean perfecta y claramente explicadas las razones. Esto puede exigir hablar sobre la etiología de la caries dental, y los métodos de prevención y tratamiento, presentados en un lenguaje familiar al paciente y de acuerdo a su edad.

El control de la caries significa la introducción de medidas que, a) reduzcan o eliminen los mecanismos desintegrantes del esmalte, y b) aumenten la resistencia del diente. Los métodos disponibles no son efectivos invaria--

blemente; pero pueden por lo menos reducir el número de caries y/o limitar su progresión.

Un programa de control exitoso, es doble responsabilidad del odontólogo y del paciente. La comprensión del paciente de todas las fases del tratamiento, es responsabilidad del odontólogo. Es importante que las razones de las recomendaciones sean explicadas claramente. El paciente debe comprender que los cambios en los tests de actividad cariosa, reflejan los cambios en la intensidad del proceso de caries; y que el resultado de estos cambios en la actividad cariosa, se apreciarán clínicamente en futuros exámenes bucales.

a) Responsabilidad del odontólogo. 1) Cavidades y depósitos alrededor de los dientes, favorecen el crecimiento bacteriano y mantienen un alto recuento de lactobacilos. Por lo tanto, el odontólogo debe hacer una profilaxis oral completa y obturación de todas las cavidades por lo menos temporariamente antes de recibir el tratamiento permanente; ofrecerá así la mejor protección a la pulpa dentaria en un tiempo limitado, y reducirá la intensidad de la actividad cariosa presente.

2) Cuando los dientes son restaurados con materiales permanentes, deben aplicarse ciertos principios fundamentales de la operatoria dental, para obtener la futura protección del diente y la permanencia de la obturación. Esto significa extensión de los márgenes cavitarios a áreas de auto-limpieza, inclusión de puntos y fisuras adyacentes, y el adecuado contorneado y terminado de las restauraciones. El cumplimiento de estos principios reduce las posibilidades de caries en los dientes vecinos y de recidivas en los márgenes de restauración realizada.

3) La aplicación tópica de una solución de fluoruro de sodio al 2% es altamente recomendable para pacientes por debajo de 15 años de edad. Es importante que los padres comprendan las razones del método, la secuencia de las aplicaciones, y qué se espera de sus resultados. Los pacientes deben ser prevenidos que la aplicación no es una panacea, pero que aumenta la resistencia de los dientes, retardando y muchas veces impidiendo la acción de los mecanismos desintegrantes del esmalte.

4) En un análisis estadístico de la localización de las lesiones cariosas en varios miles de dientes. Hyatt encontró que las posibilidades de que se desarrollen caries en puntos y fisuras eran de 2.5000 a 1. Por lo tanto, la eliminación de un punto o fisura sospechoso y su restauración con una pequeña amalgama, en pacientes altamente susceptibles a la caries, es buena odontología preventiva.

5) Las áreas descalcificadas de color blanco tiza, sin cavidad aparente, pueden ser dejadas sin tratamiento y controladas periódicamente en pacientes de baja susceptibilidad. En cambio, en bocas de alta susceptibilidad comprobada, serán tratadas y restauradas, pues este tipo de lesiones parecen no recibir los beneficios de impregnaciones químicas (fluoruros). En casos afortunadamente poco frecuentes, en que estas pequeñas áreas decalcificadas se presentan en casi todos los dientes, y su tratamiento inmediato resulta evidentemente poco práctico, se deben intensificar los programas de control de caries y los exámenes periódicos.

b) Responsabilidad del paciente. La cantidad de carbohidratos fermentables en la dieta, debe ser reducida. Un método obvio de reducir

la intensidad de los mecanismos desintegrantes, es la eliminación de las fuentes de los productos finales deletéreos. La eliminación de los carbohidratos fácilmente fermentables reduce la cantidad del ácido producido en la placa dental, y al eliminar la fuente de nutrición de las bacterias asociadas con la caries dental, su número se verá reducido. Los hábitos de comidas del paciente deberán ser mejorados, en relación a su salud oral y general. La decalcificación de la estructura inorgánica del esmalte y dentina, consiste de una serie de ataques intermitentes, que se producen cuando existe en la boca un sustratum adecuado. Reduciendo la frecuencia de la ingestión de carbohidratos, se disminuye el número de ataques y toda la actividad cariosa es así reducida.

Por lo tanto, el paciente debe eliminar todos los alimentos conteniendo carbohidratos, de sus ingestiones entre comidas, y en la noche.

Cuánto más rápidamente es eliminado el sustratum de la boca, menos posible será el crecimiento y actividad bacterianas. Es imperativo que el sustratum alimentario sea removido inmediatamente después de las comidas por cepillado de los dientes, o si esto no es posible, por un poderoso enjuagatorio de la boca con agua. Existe una estrecha relación entre el número de lactobacilos en la saliva, y el grado de actividad cariosa. El recuento de lactobacilos o el test de Snyder serán usados como índice para evaluar la efectividad del tratamiento recomendado, lo mismo que la cooperación brindada por el paciente. La actividad cariosa reflejada hoy por el recuento, ses un índice del cuadro clínico que puede esperarse meses después.

2. Selección de los materiales restauradores.

Una restauración correcta es más que una simple obturación de una cavidad con perfecto ajuste; debe restaurar la función normal del diente y de toda la oclusión, prevenir la recidiva de caries en sus márgenes, proveer contornos fisiológicos, restaurar las áreas de contacto, mantener la calidad estética, y ser mecánicamente resistente al uso.

Tres consideraciones generales de importancia en la determinación del material a usar, son: las propiedades requeridas del material para restaurar cada diente en la forma más favorable posible, el tipo de paciente, y la habilidad del operador.

Las propiedades del material necesarias para cada caso, están especificadas por el tamaño de la cavidad, la resistencia de la estructura remanente del diente, las fuerzas mecánicas a las que estará sujeta, la condición de las estructuras de soporte del diente, la importancia de la armonía de color, y el ambiente general de la boca.

El tipo de paciente, por su edad, salud, temperamento, status económico y exigencias, influye y a veces determina la selección del material restaurador.

Finalmente, el operador debe valorar honestamente su habilidad para utilizar cada material restaurador para obtener de él las mejores cualidades. Por ejemplo, es mucho mejor realizar una amalgama correcta, que una incrustación de oro incorrecta en ajuste, contorno y/u oclusión.

Los requisitos que deben cumplir los materiales restauradores, son muy exigentes, porque el medio bucal donde deben actuar es altamente destructivo. Deben ofrecer: insolubilidad en los fluidos orales, resistencia a la distorsión y al desgaste por las fuerzas oclusales, adaptabilidad a las paredes cavitarias, cambios volumétricos mínimos debido a reacción entre sus constituyentes, coeficiente de expansión térmica similar a las estructuras dentarias, baja conductividad térmica, capacidad de recibir y retener un pulido, armonía de color, facilidad de manipulación, bajo costo accesible a todos los niveles de la población.

Es bien sabido que hasta el presente no existe ningún material que reúna todas estas propiedades. Algunos son mejores que otros en algunos requisitos; otros son excelentes en algunos, y totalmente deficientes en otros. De ahí que la selección del material más adecuado en cada caso, es siempre una cuestión de juicio clínico y de compromiso.

Una consideración primaria en los dientes anteriores, es la armonía de color. Cuando la estética es un factor importante, la selección está limitada a cementos de silicato, resinas compuestas o composites, incrustaciones y coronas fundas de acrílico, incrustaciones y coronas fundas de porcelana, y variadas combinaciones de restauraciones metálicas con materiales que simulen colores dentarios.

En los dientes posteriores, los materiales indicados son los metálicos (amalgamas, incrustaciones de oro u otro metal resistente); recurriéndose a las coronas fundas de porcelana en los casos muy exigentes del punto de vista estético. Veamos en particular las posibilidades de diversos materiales.

a) Cemento de silicato. Es el menos deseable de los materiales restauradores permanentes. Por su facilidad de manipulación y buenas cualidades estéticas, es extensamente utilizado en los dientes anteriores, para restaurar pequeñas cavidades visibles. Sin embargo, el silicato tiene más desventajas que ventajas. Su solubilidad en los fluidos orales hace que deban ser renovados periódicamente; su fragilidad y baja resistencia contraindican su uso en zonas de esfuerzo incisal u oclusal; su contracción de fraguado impide adecuada adaptación; es irritante de la pulpa cuando es colocada próxima; irritante de los tejidos gingivales cuando es colocada debajo o en contacto con el margen; se impregna de pigmentos con facilidad, y sufre perjudiciales cambios irreversibles de carácter físico-químico cuando se seca al aire (respiradores bucales), que se evidencian por mayor contracción y pérdida de translucidez.

Sin embargo, la recidiva de caries esperable por los cambios dimensionales, es impedida en algún grado por las propiedades anticariogénicas de alguno de sus constituyentes. En dientes posteriores es obvio que las restauraciones de silicato están contraindicadas. En los dientes anteriores, están contraindicadas: en áreas expuestas a las fuerzas masticatorias, en cavidades que se extienden debajo del margen libre de la encía, y cuando el factor armónico de color no es transcendente.

b) Acrílicos auto-curables. Estos materiales son completamente inadecuados para obturación de cavidades. Contracción en la polimerización, alto coeficiente de expansión térmica, y pobre sellado periférico, además de inestabilidad y alteración gradual, son problemas tan

serios que obligan a descartar este material -- como obturación permanente.

c) Resinas compuestas o composites. Estos nuevos materiales, vienen a sustituir a los --acrílicos auto-curables en vista de su total --fracaso. Evidentemente han superado algunas de sus propiedades más negativas, y surgen como --una esperanza en la difícil solución de restauraciones estéticas en dientes anteriores. Pero requieren más comprobaciones clínicas, antes --de opinar favorablemente sobre ellos.

d) Porcelanas. La porcelana cocida presenta propiedades magníficas como material restaurador, pero ciertas dificultades de manipulación y su fragilidad en capas delgadas, reduce notablemente su empleo en obturación de cavidades. Prácticamente su única indicación es en las cavidades de Clase V (gíngivo-vestibulares) en dientes visibles o cuando existen problemas gingivales (por su histofilia). Y naturalmente es el material de elección en los casos de coronas fundas o jackets.

e) Acrílicos termo-curables. Cuando por --razones económicas no es posible realizar incrustaciones de Clase V o coronas fundas de --porcelana, un material sustitutivo aceptable --es el acrílico termo-curable. Por su falta de resistencia a la abrasión, las indicaciones de coronas fundas de acrílico se reducen al sector anterior.

f) Incrustaciones metálicas. Como todo material restaurador, tiene sus ventajas e inconvenientes, pero el balance general es altamente positivo. La incrustación de oro colado --ofrece gran dureza, rigidez y resistencia; es insoluble en los fluídos orales, recibe y re--

tiene un alto pulido que resiste a la corrosión y a la impregnación. La conductividad térmica y el coeficiente de expansión térmica del oro colado, no son muy favorables; pero si la pulpa está protegida por una capa suficiente de dentina o por algún material de base adecuado, no hay contraindicación.

El número de pasos necesarios para la construcción de una incrustación de oro colado, particularmente por el método indirecto, permite más oportunidades de error; cambios volumétricos atribuibles a las técnicas de impresión, de confección de troqueles, etc., pueden ser controlados y compensados en gran medida por la prueba del patrón de cera en la boca y por técnicas adecuadas de revestido y colado.

La mayor virtud de las incrustaciones de oro colado, es que permite muchas veces aumentar la resistencia de dientes cuyas cúspides o paredes están débiles o no bien soportadas. Por la técnica del reforzado (tallado y recubrimiento), la incrustación metálica se constituye en el único medio de restaurar con seguridad dientes con paredes débiles y/o sujetas a fuerzas oclusales concentradas.

Uno de los mayores inconvenientes de las incrustaciones de oro colado, más notable en los últimos tiempos, es su costo relativamente alto. Desde hace varios años, están en marcha estudios experimentales destinados a desarrollar aleaciones apropiadas y procedimientos técnicos satisfactorios, para colados de incrustaciones, coronas y puentes, utilizando metales no nobles.

En Gran Bretaña, donde la odontología socializada está exigiendo en forma urgente un -

sustituto económico del oro, se está trabajando en forma casi desesperada. Pero hasta el momento los resultados no son favorables porque los puntos de fusión son excesivamente altos, la dureza es exagerada, y hay gran contracción de colado que hace difícil la obtención de un ajuste perfecto.

En Alemania se está trabajando con cierto éxito, en la creación de nuevos metales para la odontología restauradora. Por ejemplo, ya están en el mercado internacional nuevas aleaciones de metales no nobles, para armazones de puentes de porcelana (metal Wirón).

Está próximo el día en que podamos disponer de metales no nobles adecuados para trabajos de incrustaciones coronas y puentes, en -- sustitución del oro. Esto significará una gran conquista para la odontología restauradora, -- que podrá hacer llegar los enormes beneficios de las restauraciones coladas y los puentes fijos, a todos los niveles económicos de la sociedad.

g) Amalgamas. La relativa facilidad de manipulación y bajo costo de la amalgama de plata, indican su uso en muchos casos donde la salud, edad, status económico, tiempo o temperamento del paciente, contraindican largas y complicadas sesiones clínicas. Con amalgama de -- plata se pueden obtener excelentes restauraciones. Sin embargo, las restauraciones de amalgama incorrectas, superan como causa de fracasos, a todos los otros materiales restauradores juntos. La razón está en que sus propiedades varían notablemente de acuerdo a cuánto se aleja el profesional de los requisitos de manipulación mínimos (lo cual sucede con demasiada frecuencia).

La amalgama es insoluble en los fluídos orales; y la impregnación y la corrosión se reducen al mínimo cuando el material es adecuadamente manipulado y pulido. Tiene la ventaja -- que es construída directamente sobre el diente, adaptándose fácilmente a las paredes cavitarias. Con este material no es posible aumentar la resistencia de las paredes débiles, como con la incrustación de oro colado. La amalgama tiene una alta resistencia a la compresión, pero es débil en resistencia a la tracción y tensión; esto contraindica biseles cavitarios finos cuando la amalgama está sujeta a fuerzas directas. La restauración de amalgama funciona muy bien en las cavidades típicas medianas. En cavidades profundas o dientes muy sensibles necesita protección pulpar debido a su alta conductividad térmica. Su ciclo de cambios volumétricos pasa por estados de contracción, de expansión, y una ligera contracción final; cambios que pueden ser reducidos o acentuados según el grado de corrección técnica. La penetración de los túbulos dentinarios por iones metálicos de la restauración de amalgama, causa una ligera decoloración del diente; por esta razón está contraindicada en dientes anteriores.

Los materiales restauradores deben tener una dureza similar a la estructura dentaria -- que están reemplazando y con las cuales ocluyen. Si el material es demasiado blando, se desgastará rápidamente; si es demasiado duro, el desgaste por uso de los demás dientes puede dejar a la restauración alta, lo cual disturba el equilibrio oclusal, con posibles repercusiones en todo el sistema estomatognático.

Se deben evitar los contactos de restauraciones de amalgama con restauraciones de oro,

por el traslado iónico resultante, con múltiples inconvenientes. En bocas con prevalencia de amalgama, se deberá continuar con restauraciones de amalgama; y en bocas donde ya existen varias restauraciones de oro colado, se debe seguir con incrustaciones de oro.

h) Materiales de base. La irritación pulpar causada por materiales restauradores depende de un número de variables: intensidad y capacidad de penetración del irritante, su proximidad a la pulpa, y la capacidad reaccional -- pulpar. El efecto sedante, estimulante o irritante, de un material, varía con el espesor de la dentina interpuesta. Un material puede actuar como estimulante a determinada profundidad, pero si es colocada muy próxima a la pulpa, puede actuar como un irritante, y aún causar la degeneración pulpar. En todos los casos, la pulpa debe estar protegida de los materiales que son irritantes en la profundidad colocada.

El cemento de oxifosfato de zinc usado en una cavidad que involucra a la dentina superficialmente, tiene una acción estimulante sobre la pulpa, Pero si es usado en cavidades muy profundas, puede ser irritante y aún producir degeneración y muerte pulpar. Esto varía por supuesto con la permeabilidad de la dentina, la presencia de dentina secundaria, y otros factores asociados.

El hidróxido de calcio en diversas preparaciones, colocado en exposiciones pulpares, si bien es inicialmente irritante, tiene un -- efecto definido de estimulación y promoción -- de la cura. Cuando la aplicación es colocada sobre una capa intermedia de dentina, el efecto estimulante del hidróxido de calcio sobre --

el tejido pulpar es cuestionable; sin embargo, tiene por lo menos un efecto de separación o -
aislación de otros agentes o restauraciones --
irritantes tales como cementos de silicato o -
cementos de fosfato de zinc.

El eugenato de zinc es irritante cuando -
está en contacto directo con el tejido pulpar;
pero puede ser estimulante y promover la cura
cuando es usado en cavidades muy profundas que
conservan una fina capa de dentina recubrien-
do la pulpa. Su empleo como aplicación perma-
nente, es fundamentalmente como una sub-base
debajo de cementos de fosfato de zinc. Nunca -
debe ser usado como base soportante debajo de
una restauración que está sujeta a fuerzas --
oclusales, porque tiene muy pobre resistencia
a la compresión. Cuando el eugenato de zinc es
usado como sub-base, la capa que lo cubre de -
fosfato de zinc debe ser soportada alrededor -
del apósito de eugenato, por una plataforma de
dentina sana. El material base de elección es
el cemento de fosfato de zinc, por sus propie-
dades aislantes y su alta resistencia a la com-
presión; sin embargo, como es irritante en ca-
vidades muy profundas, en estos casos deberá -
ser usada una sub-base.

Los silicatos deben siempre tener una ba-
se para aislar la pulpa de la acción del ácido
ortofosfórico libre que persiste. Aunque --
otros materiales restauradores permanentes no
son irritantes en el sentido químico, los pro-
cedimientos traumáticos necesarios para su in-
serción, o su alta conductividad térmica, con-
traindican su uso en cavidades profundas a me-
nos que sean aplicados sobre una base.

3.- Secuencia del tratamiento de los dientes.

La secuencia del tratamiento de varios -- dientes, se planea después que se haya detenido el progreso de las lesiones cariosas profundas, y se haya seleccionado para cada cavidad el material restaurador más indicado. Deberán ser primeramente atendidos los dientes que están causando molestias al paciente, contribuyendo a la ineficacia masticatoria, afectando la estética, interfiriendo con otras fases del tratamiento integral, o con pronóstico dudoso en operatoria dental. El orden preciso varía en cada caso de acuerdo a la importancia e influencia relativa de cada diente con relación al plan integral.

El operador no debe ser influenciado por las preferencias del paciente en cuanto al orden del tratamiento. Se deberá emplear el -- tiempo necesario en la educación del paciente y en ganar su confianza, para que acepte el -- juicio clínico en cuanto a la secuencia del -- tratamiento. Se deben restaurar los dientes -- posteriores primero, aún cuando el paciente -- tenga interés principalmente o solamente en su problema estético anterior. Se debe aprovechar precisamente ese deseo de solucionar problemas estéticos, para lograr la comprensión -- y cooperación del paciente para realizar en -- forma urgente y previa, la recuperación de los dientes posteriores.

El tratamiento por cuadrantes es conveniente, porque permite ganar tiempo y esfuerzo, lo que se traduce en reducción del costo. El -- uso de instrumentos rotatorios de alta velocidad y materiales de impresión elastómeros, ha contribuido grandemente al desarrollo de este

tipo de tratamientos. El trabajo por cuadrantes en amalgama, requiere que todos los dientes del sector sean preparados en una sesión, y se restauren con amalgama dientes alternados. Después que estas restauraciones son modeladas, contorneadas y pulidas, se hará la condensación de las amalgamas en los dientes intermedios, en la sección siguiente; dándose especial consideración a los contornos correctos, anatomía, relaciones oclusales, y áreas de contactos proximales.

En bocas donde uno o dos pares de dientes con caries son los que mantienen la dimensión vertical, el orden del tratamiento aconseja la restauración de todas las otras áreas primero, obteniendo una oclusión correcta; y luego con esa oclusión como guía, tallar y restaurar a los dientes que mantenían inicialmente la dimensión vertical.

4.- Terapia de cada diente.

El planeo de tratamiento para cada diente, es tan importante como la determinación de la secuencia del tratamiento general de la dentición. Estará basado en los Principios Básicos de Preparación de Cavidades, ya estudiados y conocidos. El operador experimentado realiza este razonamiento en forma automática, inconsciente, siguiendo en forma automática una secuencia clásica: 1) apertura y establecimiento del contorno; 2) remoción del tejido enfermo; 3) obtención de formas de resistencia y retención; 4) terminación de paredes de esmalte y ángulos cavo-superficiales (biselado). En algunos casos estas etapas pueden superponerse o transponerse, según condiciones específicas.

5.- Prótesis fijas y/o removibles indicadas.

En el planeo de tratamiento restaurador, debe determinarse el tipo de prótesis (fija o removable); y en el caso de removibles, si su retención será en base a ganchos o attaches. Diversos factores entran en juego en estas críticas decisiones.

Tanto en el caso de prótesis fija como removable, se debe analizar la necesidad de ferulizar pilares; esto dependerá de múltiples factores concernientes al estado de las estructuras coronarias remanentes, características de las raíces, estado de las estructuras periodontales, longitud del tramo, fuerzas oclusales, etc.

* * *

En síntesis, el Planeo de Tratamiento en Operatoria Dental requiere cuidadoso análisis, de modo que las restauraciones sean colocadas primero en los dientes que muestren la mayor destrucción. Es muy recomendable la operatoria dental por cuadrantes; si en una sesión se realiza la preparación cavitaria en los dientes de un sector, se gana mucho tiempo y esfuerzo con beneficio para todos.

La selección del material restaurador dependerá de los requerimientos funcionales, de las exigencias estéticas, y de las posibilidades económicas de cada caso.

El tratamiento de Operatoria Dental debe ser planeado siempre teniendo in mente el tipo de prótesis que reemplazará a los dientes ausentes. Los pilares para prótesis fijas o removibles requieren especial consideración; a -

veces deben ser restaurados en forma temporaria, hasta que todas las restauraciones individuales sean terminadas en otras áreas. Estas restauraciones temporarias pueden ser necesarias para evitar complicaciones provenientes del proceso de caries, o para mantener las correctas relaciones oclusales. Cuando se deben realizar prótesis fijas posteriores, éstas deben ser colocadas antes de insertar coronas fundas de porcelana en los dientes anteriores. Por el contrario, si se debe realizar una prótesis parcial removible posterior, los dientes remanentes anteriores deberán ser restaurados primeramente. En algunos casos, la operatoria dental puede hacerse simultáneamente con las prótesis fijas, en reconstrucciones oclusales utilizando el mismo material; puentes de porcelana junto con coronas fundas, o puentes de oro junto con incrustaciones.

El planeo de tratamiento en Operatoria Dental tiene variantes lógicas según sea aplicado en servicios asistenciales del Estado, en Seguros de Salud Colectivos, o en la consulta privada.

Con los conceptos fundamentales expuestos, se podrá adaptar a cada caso, el mejor plan de tratamiento en Operatoria Dental.

* * *

Impreso en el Departamento
de Publicaciones de la Uní
versidad.-

Depósito Legal No. 70269/74