

## Diagnóstico terapéutico para la atención de pacientes con caries dental

### Therapeutic diagnosis for the care of patients with dental caries

Maylen Gumila Jardines<sup>1</sup>

Katiuska Cuenca Garcell<sup>1</sup>

Ana Doris Soto Cortés<sup>1</sup>

Verónica Pérez Bondar<sup>1</sup>

Lilian Rivalta Del Río<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Clínica Estomatológica Docente. La Habana, Cuba.

#### RESUMEN

La caries dental es tan antigua como la humanidad misma, es considerada por la Organización Mundial de la Salud como el primer problema de salud bucal, su incremento se ha asociado al desarrollo social y a las variaciones en los hábitos dietéticos de las poblaciones. En estudios realizados en los últimos años, se ha determinado una tendencia a la disminución de esta enfermedad. El problema fundamental en el diagnóstico y tratamiento de la caries dental es la decisión de cuándo y cómo obturar un diente afectado por caries. El objetivo primario es ampliar la visión sobre las posibilidades terapéuticas y profundizar en los conocimientos teóricos y prácticos sobre los tratamientos preventivos, curativos no invasivos e invasivos utilizados contra

la caries dental. Se realizó una revisión bibliográfica de textos impresos y búsqueda en internet sobre caries dental, frecuencia y conducta adecuada por parte los estomatólogos generales. Se concluye que todo estomatólogo general, debe conocer la importancia de la promoción y la prevención permanente en los pacientes para evitar las caries dentales, así como las indicaciones, técnica de empleo y los requisitos para aplicar en la práctica diaria, los materiales restaurativos.

**Palabras clave:** caries dental; cariología; tratamiento preventivo; tratamiento curativo.

## ABSTRACT

Dental caries is as old as human race, it is considered by the World Health Organization as the first oral health problem, its increase has been associated with social development and variations in dietary habits of populations. In studies carried out in recent years, a tendency to decrease this disease has been determined. The fundamental problem in the diagnosis and treatment of dental caries is the decision of when and how to seal a tooth affected by caries. The primary objective is to broaden the vision of the therapeutic possibilities and to deepen the theoretical and practical knowledge about preventive, non-invasive and invasive curative treatments used against dental caries. A literature review of printed texts and internet search on dental caries, frequency and appropriate behavior of general stomatologists was carried out. It is concluded that every general stomatologist should know the importance of the promotion and permanent prevention in patients to avoid tooth decay, as well as the indications, technique of use and requirements to apply restorative materials in daily practice.

**Keywords:** dental caries; cariology; preventive treatment; healing treatment.

## INTRODUCCIÓN

La evidencia más antigua existente de la caries dental, se haya en un dinosaurio, que se estima tiene 100 millones de años. Su esqueleto se exhibe en el museo nacional de Ottawa, Canadá y es el único caso conocido de caries en dinosaurios. En las minas de asfalto del rancho La Brea en Los Ángeles, California, se encontró la mandíbula de un camello, con una antigüedad estimada de 75.000 años, la cual contiene dientes con clara evidencia de caries. En cuanto a los antecesores del hombre se supone que alguno de los cráneos encontrados (neanderthales) les faltan dientes a causa de caries dental.<sup>(1,2)</sup>

La caries dental es tan antigua como la humanidad misma, es la enfermedad más frecuente, considerada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como el primer problema de salud bucal. Se considera una enfermedad universal, pues hay evidencias de su aparición desde épocas remotas, que la vinculan con el surgimiento del hombre, sin distinción de raza, sexo, edad, situación geográfica o nivel socioeconómico.<sup>(2,3,4)</sup>

Afecta a más del 90 % de la población. Su incremento se ha asociado al desarrollo social y a las variaciones en los hábitos dietéticos. En estudios realizados en los últimos años, se ha determinado una tendencia a la disminución, fundamentalmente en menores de 15 años. Su comportamiento presenta variaciones entre países porque influyen factores como el sistema de salud, cultura, hábitos de alimentación y medio ambiente.<sup>(2,3,4,5)</sup>

En Cuba, se observa un incremento del índice CPO-D (el más utilizado para expresar la prevalencia de caries) en la medida en que se incrementa la exposición de las personas con la edad. El índice CPO-D considera toda la historia de enfermedad de las personas, al incluir los dientes que están afectados por caries, los que ya han sido obturados y aquellos que fueron extraídos o perdidos por esta causa. Se interpreta como el promedio de dientes cariados, obturados y perdidos de las personas de una población y edad determinada.<sup>(4,5)</sup>

La salud bucal de la población es garantizada por una red de unidades que conforman el subsistema de atención estomatológica, formada por clínicas estomatológicas, departamentos de estomatología en policlínicos, hospitales y otros centros, que realizan acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Estas se ejercen, sobre los individuos, la familia, la comunidad y el ambiente, sustentado en la participación comunitaria y en la intersectorialidad, vinculadas con los elementos del sistema.<sup>(4,5)</sup>

El objetivo de esta revisión, es ampliar la visión sobre las posibilidades terapéuticas y profundizar en los conocimientos teóricos y prácticos sobre los tratamientos preventivos, curativos no invasivos e invasivos utilizados contra la caries dental.

Se realizó una revisión de la literatura científica sobre tratamiento preventivo y curativo en cariología, en las bases de datos SciELO, Hinari y Medline. Se revisaron artículos en idioma inglés y español. Los descriptores empleados para la búsqueda fueron: cariología, caries dental, tratamiento actual de la caries dental, combinaciones de tratamiento para caries dental, y sus equivalentes en inglés.

## DESARROLLO

A partir de los nuevos conocimientos acerca de la etiopatogenia de la caries dental, puede ser definida como un proceso de origen infeccioso y transmisible, condicionado por diversos factores bio-socio-ambientales, que se caracteriza por un desequilibrio bioquímico, que afecta los tejidos duros dentarios y de no ser revertido a favor de los factores de resistencia, conduce a desmineralizaciones sucesivas, con la posterior cavitación, alteraciones del complejo dentinopulpar, pérdida dentaria, repercusión en la salud general y en la calidad de vida.<sup>(5,9,10,12,14)</sup>

Las clasificaciones más utilizadas por los profesionales cubanos son:<sup>(2,5)</sup>

Según su localización

- Caries de corona
- Caries de fosas y fisuras
- Caries radicular

- Caries proximales
- Caries de superficies lisas

Según la profundidad

- Caries de esmalte (interno)
- Caries de esmalte (externo)
- Caries en dentina superficial
- Caries en dentina media
- Caries en dentina profunda

Según su actividad

- Caries activa
- Mancha blanca (sin cavitación)
- Cavitación
- Caries detenida

Según su velocidad de progresión

- Caries de avance lento o crónica
- Caries de avance rápido o agudo

Según extensión de la afectación

- Caries de la temprana infancia
- Caries rampante

Según sus causas

- Primaria
- Secundaria
- Recurrente

Además, se encuentran como clasificaciones las siguientes:

- Odontoclasia (incluye la melanodoncia infantil y la melanodontoclastia y excluye la reabsorción dentaria interna y externa)
- Otras caries dentales especificadas
- Caries dental, no especificada

## Diagnóstico clínico

Se utilizan los elementos siguientes: anamnesis, observación visual, exploración táctil, examen radiográfico, transiluminación y sustancias detectoras de caries.<sup>(14,17,18)</sup>

Factores de riesgo. El factor de riesgo puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica, social o enfermedad anterior.<sup>(25)</sup>

- Alto grado de infección por *Streptococcus mutans*
- Alto grado de infección por lactobacilos
- Experiencia anterior de caries en personas muy afectadas por la enfermedad
- Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido
- Deficiente capacidad de mineralización
- Dieta cariogénica
- Mala higiene bucal
- Baja capacidad *buffer* salival
- Flujo salival escaso (xerostomía)
- Viscosidad salival
- Apiñamiento dentario moderado y severo
- Anomalías del esmalte
- Enfermedad periodontal
- Factores sociales

Otros factores de riesgo: el bajo peso al nacer, la diabetes mellitus, embarazo, malnutrición, hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, pacientes epilépticos, parálisis cerebral, discapacitados físicos y/o mentales, déficit vitamínico, lactancia con biberón, personas sometidas a radioterapia, personas medicadas con ansiolíticos, psicofármacos, antihistamínicos, sedantes y tranquilizantes.<sup>(2,9,10,11)</sup>

## Historia clínica

Es el documento oficial que recopila los datos relacionados con el paciente, la historia de su estado de salud, los diagnósticos, el tratamiento y seguimiento.

La historia de salud familiar<sup>(6,11)</sup> es un instrumento de trabajo básico, recoge la información relacionada con las características biológicas, socioeconómicas e higiénicas de la familia y sus integrantes; factores de riesgo, examen bucal, evolución de la familia, identificación de los problemas y medidas.

La historia clínica individual recoge los datos de valor para seguir al paciente o hacer un análisis de sus características, comenzando por sus generales.<sup>(7,8,21)</sup> Incluye además:

- Antecedentes patológicos personales
- Hábitos
- Examen bucal
- Dentigrama
- Diagnóstico
- Plan de tratamiento
- Evolución

## Promoción y educación para la salud

Algunas acciones que se realizan, tanto en la consulta, como durante las visitas a los hogares u otros espacios de la comunidad, mediante las técnicas participativas, con medios de enseñanza y técnicas educativas, de trabajo en grupo e individual, se mencionan a continuación:<sup>(18,20,27)</sup>

- Orientar a las embarazadas y sus familiares de la importancia de la higiene bucal, sus beneficios y la lactancia materna.
- Practicar el cepillado correcto.
- Ante alguna discapacidad permanente o temporal, es fundamental prestar ayuda para la realización de la higiene bucal.
- Educar en una cultura nutricional saludable.
- Orientar visitar al estomatólogo al menos una vez al año.
- Aprovechar la comunicación cara a cara o grupal como vías idóneas para promover la salud bucal.
- Proyectar las acciones de la consejería de salud bucal hacia la comunidad, para fortalecer la interrelación con el médico y la enfermera de familia, y las organizaciones sociales.

### **Prevención de la enfermedad**

Las acciones preventivas contra la caries dental, tienen como objetivo, su incidencia, prevalencia y gravedad. Pueden ser implementadas a los niveles individual, familiar y comunitario.

Dentro de este contexto, para que un ejercicio orientado preventivamente sea factible, deben existir dos condiciones: 1) la necesidad de prevención y 2) la prevención debe ser aceptada por el público.<sup>(7)</sup>

Se utilizan diferentes agentes preventivos, como los contentivos de flúor:

- Laca con fluoruro de sodio al 2,23 y 2 %. Se utiliza en aplicaciones con frecuencia trimestral, cuatrimestral o semestral, de acuerdo con el grado de riesgo.
- Barniz con fluoruro de sodio al 0,1 %. Se utiliza en aplicaciones con frecuencia trimestral, cuatrimestral o semestral, de acuerdo con el grado de riesgo. En forma intensiva se emplean tres aplicaciones durante 10 días una vez al año.
- Cremas dentales con fluoruro de sodio, monoflúor fosfato o ambos, a concentraciones de 500 ppm (partes por millón) para niños menores de 6 años y en territorios, con flúor sistémico en el agua o la sal, a concentraciones mayores a este valor. Se utiliza con el cepillado diario.
- Solución de fluoruro de sodio al 2 % combinado con laserterapia. Se utiliza en enjuagatorios bucales, seguido de la aplicación de láser 15 J/cm<sup>2</sup>, durante 5 días continuos, cada 6 meses o una vez al año en dependencia del grado de riesgo.

Técnicas de aplicación:

- Enjuagatorios: buchadas con 10 ml de la solución, indicado durante 1 minuto.
- Lacas: limpieza y pulido de la superficie dentaria, aislamiento del campo, secar, aplicación de la laca, esperar 1 minuto, no ingerir alimentos en 2 horas, no cepillarse los dientes hasta pasadas 12 horas y dieta blanda durante 12 horas.
- Barnices: limpieza y pulido de la superficie dentaria, aislamiento del campo, secar, aplicación del barniz y esperar 30 segundos.

En cuanto a los sellantes de fosas y fisuras, existen dos tipos, los compuestos por bisphenol glicidil metacrilato (Bis-GMA) y los compuestos por ionómeros de vidrio. Las indicaciones son:

- Alto o moderado riesgo de caries.

- Molares con fosas y fisuras retentivas con hasta 2 años de brotados (primeros molares permanentes: niños de 6 a 7 años de edad; segundos molares permanentes: niños de 11 a 13 años de edad; segundos molares temporales: niños de 2 a 4 años de edad).
- Lesiones incipientes del esmalte sin cavitación o manchas blancas que no responden a otras medidas preventivas.
- Fosas y fisuras con restauraciones de extensión limitada.
- Fosas y fisuras retentivas en molares cuyo contralateral este cariado o restaurado.

Técnica de aplicación operatoria:

- Retirar la placa dentobacteriana de la superficie a sellar.
- Aislamiento del campo operatorio y secar.
- Grabado del esmalte: En las fosas y fisuras, extender 2 mm al plano inclinado de las cúspides, el tiempo de grabado depende del tiempo de brotado el diente (dientes con menos de 1 año de brotado: hasta 30 segundos; dientes con más de 1 año de brotado: entre 15 y 20 segundos y diente temporal: aproximadamente 60 segundos).
- Observar siempre las indicaciones de los fabricantes, pues puede haber variaciones que dependen del tipo de ácido y su concentración.
- Lavar con agua, sin que el diente entre en contacto con la saliva.
- Secado total si el sellado se realiza con resina y superficial si es con ionómero de vidrio.
- Aplicar el sellante con explorador o dispensadores, retirar los excesos.
- Si es autopolimerizable, esperar el tiempo de polimerización según las instrucciones del fabricante, si es fotopolimerizable aplicar la luz halógena.
- Comprobar la oclusión, de existir interferencias o excesos, retirar con puntas de diamante o discos y pulir con goma.

El control de la placa, se realiza con:

Medios mecánicos: cepillo dental, suplementado con hilos dentales, cepillos interproximales, palillos interdentes, auxiliados con sustancias reveladoras de la biopelícula dental.

Medios químicos: clorhexidina, antimicrobiano catiónico de amplio espectro. Su acción está dada por la reducción de la formación de la película adquirida, reducción de la adhesión microbiana a la superficie dental y previene la transmisión de microorganismos cariogénicos. Está indicada en la prevención de caries dental, disminuir la alta infección por *Streptococcus mutans* y disminuir la cantidad de placa dentobacteriana. Se presenta en solución al 0,12 % (se utiliza en enjuagatorios bucales dos veces al día durante 15 días continuos, mensualmente, o cada 2 o 3 meses, en dependencia del grado de riesgo); en solución al 0,2 % (se utiliza en enjuagues bucales una o dos veces al día durante 15 días continuos mensualmente o cada 2 o 3 meses en dependencia del grado de riesgo); en crema dental con acetato de clorhexidina al 0,3 % (se utiliza en el cepillado una vez al día durante 15 días continuos cada 3 o 4 meses) y en barniz o gel con clorhexidina al 1 % (se utiliza en aplicación tópica, trimestral, cuatrimestral o semestral, en dependencia del grado de riesgo identificado).

Cariostáticos: son agentes que inhiben la progresión de la caries dental, disminuyen la sensibilidad dentinaria y remineralizan la dentina cariada. Se indican para la remineralización de lesiones cariosas incipientes en dentición temporal y permanente, en el sector posterior de niños con elevada susceptibilidad a caries dental.

La técnica operatoria incluye la eliminación de la placa dentobacteriana con aspersión agua aire, aislamiento del campo operatorio, secar la zona a tratar y cubrir con vaselina los tejidos adyacentes, aplicar el carioestático con bolilla de algodón o pincel aproximadamente 1 minuto y lavar la zona y tejidos adyacentes.<sup>(4)</sup>

También forma parte de la prevención, el análisis de la situación de salud, que incluye:

- Identificación de los riesgos.
- Clasificación de los individuos de acuerdo con el riesgo.

Ello permite planificar la ejecución de exámenes periódicos, de acuerdo con el grado de riesgo e influir en el control de la placa dentobacteriana y la dieta cariogénica.

### **Tratamientos curativos**

La caries del lactante conlleva una labor educativa con los padres o familiares y el tratamiento curativo de las lesiones.<sup>(14,15,16,17,18)</sup>

Se pueden realizar tratamientos curativos no invasivos, como remineralización y carioestáticos.

En los tratamientos curativos invasivos están:

- Técnica restaurativa atraumática: es un proceder basado en la remoción del tejido dental cariado en la dentición temporal, con el empleo de instrumentos manuales y la restauración posterior con ionómeros de vidrio.
- Preparaciones cavitarias: cavidades para restauraciones con amalgama, para restauraciones con compuestos adhesivos y preparaciones para restauraciones con coronas metálicas.
- Protectores del complejo dentinopulpar: para la elección del material de protección se debe considerar los factores siguientes; diagnóstico pulpar, permeabilidad dentinaria, edad del paciente, material de restauración, oclusión y profundidad de la preparación cavitaria.

Se pueden realizar cavidades superficiales (caries de 1er grado) con selladores dentinarios como barnices y adhesivos.

En las cavidades con profundidad intermedia (caries de 2do grado) se utilizan bases intermedias, como el policarboxilato y el ionómero de vidrio.

En las cavidades profundas (caries de 3er grado), pueden o no existir micro exposiciones pulpares reales no visibles, y en estas cavidades, será necesario utilizar un forro cavitario de hidróxido de calcio o un recubrimiento pulpar indirecto.

En las cavidades profundas (caries de 4to grado) con exposición real y visible, se realizará una protección directa de la pulpa con la finalidad de mantener la integridad pulpar y lograr la cicatrización.

Las restauraciones pueden ser:



Restauraciones con amalgama: la amalgama de plata ha sido empleada como material restaurador desde hace más de 100 años. A pesar de su antigüedad sigue siendo motivo de estudio. Está indicada en cavidades sin socavamiento de esmalte; cavidades donde no afecte la estética; cavidades oclusales de bicúspides y molares, cavidades del tercio medio y gingival de las caras proximales de bicúspides y molares sin diente contiguo; cavidades ocluso proximales de bicúspides y molares, cavidades gingivales bucales y linguales de bicúspides y molares y cavidades en fositas bucales y linguales de molares.

Está contraindicada en cavidades en dientes anteriores y en toda cavidad donde se requiera la estética.

Debe tenerse en cuenta que dos cavidades proximales contiguas, no deben obturarse con amalgama en la misma sesión de tratamiento.

Restauraciones con resinas compuestas: el advenimiento de las resinas compuestas y la técnica de grabado a finales de la década del 60, representó una verdadera revolución en la estomatología. Las resinas compuestas son materiales para restauraciones estéticas y están indicadas en dientes posteriores con cavidades extensas y paredes socavadas; para sellar fosas, fisuras y donde se requieran factores de adhesividad.

Están contraindicadas en aquellos casos donde sea imprescindible una resistencia máxima y no utilizar ningún material que contenga eugenol, ni sellarse temporalmente con óxido de zinc y eugenol, dientes en los que posteriormente se van a utilizar resinas compuestas.

Restauraciones con ionómeros de vidrio: desde hace más de 2 décadas aparecen en el mercado los cementos ionómeros de vidrio. Estos cementos han pasado un proceso de perfeccionamiento y adecuaciones a las técnicas de la estomatología moderna, que no solo pondera cualidades externas, sino que obliga a que los materiales cumplan con condiciones de seguridad y garantía para el paciente y sean avalados por minuciosas investigaciones y certificaciones. Están indicados como base intermedia para cualquier material restaurador; obturante temporal y/o provisional de dientes temporales y permanentes; relleno de paredes donde haya quedado esmalte sin soporte; en sustitución de la dentina; obturante en la técnica atraumática en dientes temporales; obturante en las abrasiones cervicales; obturante en cavidades proximales de dientes anteriores y en cavidades cervicales, y en todas las cavidades preparadas en la dentición temporal, exceptuando las que incluyen ángulos de dientes anteriores.

Están contraindicados en las restauraciones complejas.

Restauraciones con compómeros: es un material híbrido resina ionómero de vidrio. Asocia las principales ventajas de los ionómeros de vidrio como la adhesión al tejido dental, la liberación de iones flúor, la excelente biocompatibilidad, a las ventajas de las resinas actuales: estética, manipulación y cualidades mecánicas como buena resistencia al desgaste y la compresión. Son fotopolimerizables. Están indicados en restauraciones cervicales y proximales de dientes anteriores; restauraciones provisionales en cavidades oclusales y proximo-occlusales de dientes posteriores permanentes y restauraciones de todo tipo en dientes temporales.

Se contraindica en restauraciones de cavidades oclusales y proximo-occlusales de dientes posteriores permanentes.

Restauraciones con coronas metálicas: se utilizan en dientes temporales que no sea posible restaurar por los procedimientos convencionales. No son sustitutos de otros materiales, pero son importantes para brindar una atención estomatológica completa. Constituyen un gran progreso por la ventaja de restaurar muchos dientes primarios que hubieran sido extraídos o reconstruidos con procedimientos laboriosos y extensos. Se indican en caries extensas en molares temporales, donde es difícil lograr una satisfactoria restauración; en dientes temporales que han sido tratados con pulpotomía o tratamiento pulpo radicular (TPR), pues estos se tornan frágiles con el tiempo y pueden fracturarse si no se protegen con una corona; dientes temporales en niños que tienen caries rampantes; dientes temporales con trastornos en la formación del esmalte (hipoplasia o hipocalcificación), dentinogénesis imperfecta u otros defectos de desarrollo y gran destrucción coronaria; en dientes temporales de pacientes retrasados mentales, que presentan mala higiene bucal con pocas posibilidades de mejoramiento y control de caries y en dientes temporales que van a ser utilizados como soporte o anclaje de mantenedores de espacio o aparatos de ortodoncia interceptiva y para retención de prótesis.

Tratamiento con exodoncia: debe ser considerada como último recurso en la estomatología. Se insiste en realizarlas solo cuando estén bien justificadas.

Todo estomatólogo general, debe conocer la importancia de la promoción y la prevención permanente para evitar las caries dentales, así como las indicaciones, la técnica de empleo y los requisitos para aplicar en la práctica diaria los materiales restaurativos; brindar atención estomatológica integral y consecuentemente, mejor estado de salud general para los pacientes.

## Conflictos de interés

Las autoras plantean que no existen conflictos de interés relacionados con el presente artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección Nacional de docencia médica superior. Higiene y epidemiología para estudiantes de Estomatología. Parte II. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1988.
2. Sosa Rosales MC. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
3. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Patología bucal. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y educación; 1982.
4. Sosa Rosales MC. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
5. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.

6. Alcolea Rodríguez JR, León Aragoneses Z, Pérez Cabrera DL, Reyes Fonseca AL, Rosales Chacón M, et al. Manual para la confección de la historia clínica. Atención Primaria de Salud en Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
7. Cuenca Garcell K, Soto Cortés AD, Rodríguez Linares ML, Beauballet Fernández B. Sitio web para el aprendizaje de la historia clínica estomatológica. Rev Cub Med Mil. 2015 Dic;44(4):[aprox. 6 pant]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572015000400011&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000400011&lng=es)
8. Cuenca Garcell K, Rodríguez Linares ML, Soto Cortés AD, Pentón Rodríguez O. La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. Rev Cub Med Mil. 2014 Dic;43(4):534-40. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572014000400012&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400012&lng=es)
9. García Martínez A, Martínez Brito I, Ojeda Cabrera A, Rivero Llop ML. Publicaciones de autores cubanos sobre caries dental, periodo 2012-2015. Un enfoque bibliométrico. Rev Med Electrón. 2016 Oct;38(5):666-76. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242016000500002&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500002&lng=es)
10. Mayor Hernández F, Pérez Quiñones JA, Cid Rodríguez MC, Martínez Brito I, Martínez Abreu J, Moure Ibarra MD. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. Rev Med Electrón. 2014 Jun; 36(3):339-49. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000300010&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000300010&lng=es)
11. Martínez Abreu J, Gispert Abreu E de los A, Castell-Florit Serrate P, Llanes Llanes E, Morales Aguiar D R, Sánchez Barrera O. Componente bucal y determinantes sociales en el análisis de la situación de salud. Rev Cubana Estomatol. 2015;52(Suppl 1):53-61. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072015000500007&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500007&lng=es)
12. Duque de Estrada Riverón J, Hidalgo-Gato Fuentes I, Pérez Quiñónez J A. Current techniques in dental caries treatment. Rev Cubana Estomatol. 2006 Jun; 43(2):[ aprox. 15 pant.]. Access: 13/07/2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072006000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200009&lng=es)
13. Lavastida Fernández M A, Gispert Abreu E de los A. Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres. Rev Cubana Estomatol. 2015; 52(Suppl 1):30-41. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072015000500005&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500005&lng=es)
14. Chaple Gil AM, Gispert Abreu Ed. Generalidades sobre la mínima intervención en cariología. Rev Cubana Estomatol. 2016;53(2):[aprox. 7 p.]. Acceso: 13/07/2013. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/973>
15. Chaple Gil A M, Gispert Abreu E de los A. Recomendaciones para el empleo práctico de resinas compuestas en restauraciones estéticas. Rev Cubana Estomatol. 2015 Sep;52(3):293-313. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072015000300007&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000300007&lng=es)

16. Barrancos Mooney J. Operatoria dental. Ciudad de La Habana: Editorial Científico técnica; 1981.
17. Barrancos Mooney J. Operatoria dental 3ra edición. Buenos Aires Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1985.
18. Rodríguez Llanes R, Bécquer Águila J L, Gispert Abreu e de los A. Por el camino de la excelencia. Rev Cubana Estomatol. 2015 Dic;52(4):[aprox. 2 pant.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072015000400001&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000400001&lng=es)
19. Pérez Ruiz AO. El estomatólogo y su relación con el dolor y la sangre. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
20. Hernández Cuétara L, Gispert Abreu E de los A. En defensa de la calidad. Rev Cubana Estomatol. 2013 Sep;50(3):239. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072013000300001&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300001&lng=es)
21. Padrón Chacón R, Montalvo Villena M. Propedéutica clínica y fisiopatología odontológica fundamental. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
22. Mirabal Peón M S, Tabares Alonso Y, Duque Reyes M V, Alfonso Biart B, Reyes Martín B, Villegas Rojas I. Urgencias por caries dental en pacientes de 4 a 12 años. Municipio Píritu, Venezuela. 2011. Rev Med Electrón. 2014 Feb;36(1):25-33. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000100004&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000100004&lng=es)
23. Gómez Capote I, Hernández Roca C V, León Montano V, Camacho Suárez A M, Clausell Ruiz M. Caries dental en los primeros molares permanentes en escolares. Rev Med Electrón. 2015 Jun;37(3):207-17. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242015000300003&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300003&lng=es)
24. Valdes-Martínez Sánchez N, Cid Rodríguez M del C, Garay Grespo M I, Quiñones Pérez J A, Soler Cárdenas S F, Hernández Falcón L. Estado del primer molar permanente en niños de 6 a 11 años de edad. Rev Med Electrón. 2016 Jun;38(3):383-93. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242016000300008&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000300008&lng=es)
25. Bouza Vera M, Martínez Abreu J, Carmenate Rodríguez Y, Betancourt González M, García Nicieza M. El embarazo y la salud bucal. Rev Med Electrón. 2016 Ago;38(4):628-34. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242016000400013&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400013&lng=es)
25. Nasco Hidal N, Gispert Abreu E de los A, Roche Martínez A, Alfaro Mon M, Pupo Tiguero R J. Factores de riesgo en lesiones incipientes de caries dental en niños. Rev Cubana Estomatol. 2013 Jun;50(2):[aprox. 11 pant.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072013000200002&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000200002&lng=es)
26. Gispert Abreu E de los A, Castell-Florit Serrate P, Herrera Nordet M. Salud bucal poblacional y su producción intersectorial. Rev Cubana Estomatol. 2015;52(Suppl1):62-7. Acceso: 13/07/2017.

Disponible en: [http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072015000500008&lng=es](http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500008&lng=es)

27. Rodríguez Llanes R, Bécquer Águila J L, Gispert Abreu E de los A. Por el camino de la excelencia. Rev Cubana Estomatol. 2015 Dic;52(4):[aprox. 3 p.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072015000400001&lng=es](http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000400001&lng=es)

28. Gispert Abreu E de los A, Bécquer Águila J L. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. Rev Cubana Estomatol. 2015 Sep;52(3):231-34. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: [http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072015000300001&lng=es](http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000300001&lng=es)

29. Vilvey Pardillo LJ. Caries dental y el primer molar permanente. Gac méd espirit. 2015;17(2):[aprox. 14 p.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/356>

30. Hernández Marín CA, González Fortes B, Yero Mier I, Rivadeneira Obregón AM. Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años. Área Norte Sancti Spíritus. 2010. Gac méd espirit. 2013;15(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/212>

31. Yero Mier IM, García Rodríguez M, Rivadeneira Obregón AM, Nazco Barrios LE. Comportamiento de las urgencias estomatológicas en embarazadas. Barquisimeto. Lara. Venezuela. 2011. Gac méd espirit. 2013;15(1):[aprox. 6 p.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/213>

32. Yero Mier IM, García Rodríguez M, Rivadeneira Obregón AM, Nazco Barrios LE. Conocimiento sobre salud buco-dental de las embarazadas. Consultorio La California. 2012. Gac méd espirit. 2013;15(1):[aprox. 6 p.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/214>

33. Domínguez Santana L, Valdés Herrera MA, Cabrera Cabrera D, Rodríguez Pérez L. Estado de salud bucal de la población geriátrica de un consultorio del Policlínico Rampa. Medimay. 2016;22(1):[aprox. 10 p.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/927>

34. González Rodríguez S, Pedroso Ramos L, Rivero Villalón M, Reyes Suárez VO. Epidemiología de la caries dental en la población venezolana menor de 19 años. Medimay. 2014;20(2):[aprox. 10 p.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/382>

35. Gómez Capote I, Hernández Roca CV, León Montano V, Camacho Suárez AM, Clausell Ruiz M. Caries dental en los primeros molares permanentes en escolares. Rev medica electrónica. 2015;37(3):[aprox. 10 p.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1209>

36. Pérez Quiñones JA, Mayor Hernández F, Pérez Padrón A. La caries dental como urgencia y su asociación con algunos factores de riesgo en niños. Rev medica electronica. 2014;32(2):[aprox. 7

p.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/710>

37. Chaple Gil AM, Gispert Abreu Ed. Generalidades sobre la mínima intervención en cariología.

Rev Cubana Estomatol. 2016;53(2):[aprox. 7 p.]. Acceso: 13/07/2017. Disponible en:

<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/973>

Recibido: 18/06/2018

Aprobado: 11/09/2018

*Maylen Gumila Jardines*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Clínica Estomatológica

Docente. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: [hfinlay1@infomed.sld.cu](mailto:hfinlay1@infomed.sld.cu)