

19 661



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

EL NIÑO:

ESE GRAN PROBLEMA EN ODONTOLOGIA

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

Jorge Alberto Meza Vicente

México, D. F.

15042

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

Página

CAPITULO I

Dentición Temporal.

- a) Formación de los Dientes
- b) Anomalías relativas al tiempo y orden de aparición de los Dientes Temporales.
- c) Oclusión.

4
6
8
10

CAPITULO II

Anatomía Externa e Interna de los Dientes Primarios.

- a) Dentición Temporal Superior.
- b) Dentición Temporal Inferior.

14
15

CAPITULO III

Tipos de Niños

- a) Niños Tímidos.
- b) Niños Coléricos.
- c) Niños Agresivos.
- d) Niño Problema.
- e) Niños Temperamentales.
- f) Niños Enfermizos.
- g) Niños Débiles Mentales.

31
31
32
33
33
34
34

CAPITULO IV

Síndrome de Down

- a) Introducción.
- b) Erupción.
- c) Lengua.
- d) Caries Dental.
- e) Enfermedades Parodontales.
- f) Atención Dental.
- g) Nutrición.
- h) Tratamiento.

36
39
40
41
42
43
44
46

CAPITULO V

Tratamiento del Paciente Infantil en la Clínica.

a) Introducción.	49
b) Exodoncia.	54
c) Recubrimientos Pulpaes.	60
d) Pulpotomía.	63
e) Pulpsectomía.	65
f) Coronas.	67

CAPITULO VI

Trastornos que afectan la estructura de los Dientes y sus áreas de soporte.

a) Caries.	71
b) Clasificación.	73
c) Tratamiento.	75
d) Parodontopatías.	77
e) Eructos.	79
f) Gingivitis.	81
g) Proteínas.	82
h) Enfermedades de tipo Hereditario.	84

CAPITULO VII

Anestesia.

a) Introducción.	91
b) Anestesia por Infiltración.	92
c) Anestesia General.	96

CONCLUSIONES	99
---------------------	----

BIBLIOGRAFIAS	102
----------------------	-----

INTRODUCCION

La estructura del niño no es aún la de un organismo adulto y estabilizado; es la de un ser vivo en proceso de formación, es un ser que se construye en cierta forma en lo Físico y lo Moral y que evoluciona rápidamente.

Al comienzo del primer período; el niño es un organismo muy frágil que debe de realizar un poderoso esfuerzo para adaptarse al medio en que acaba de entrar. Durante los primeros años todos sus actos estarán gobernados por la necesidad de alimentarse, necesitan además de oxígeno; alimentos, calor y reposo, pronto aparecerá la necesidad de movimiento, pues gracias al movimiento el niño podrá explorar los objetos que le rodean.

A los tres años de edad se produce en el niño la primera crisis de personalidad, parece reparar en su identidad personal y en su oposición a todo lo que no es de él. No predominará la sola necesidad de alimentarse sino la de afirmarse. Esta afirmación de sí, modificará notablemente su conducta y estamos ya ante una necesidad propiamente humana.

Veremos aparecer en él las primeras manifestaciones

nes de amor propio. De ahí sus enojos, su obstinación, su il-
 midez, su espíritu de dominación, esa necesidad de responder a
 las voluntades de los demás mediante contravoluntades.

Señalemos el instinto de propiedad; sin embargo, ~
 el niño tiene conciencia de su debilidad, de ahí su necesidad de ~
 afecto y sumisión a una firme autoridad.

Es la edad del preguntón por excelencia, el niño ~
 desea conocerlo todo, porque quiere dominarlo todo y relacionar-
 lo todo con él.

A partir de los siete años veremos al niño plegar-
 se más dócilmente a la acción de la realidad. El pensamiento ~
 del niño se orienta entonces hacia una visión más objetiva de las
 cosas manifestándose en él un gusto muy pronunciado por la ~
 acción, de ahí las fugas y las "pintas", los gustos por los ejer-
 cicios físicos y la manipulación, la atención llevada a las inven-
 ciones mecánicas y a la técnica del dibujo. A esa edad se man
 fiesta también en él, un vivo deseo de agruparse con otros ni-
 ños de su misma edad, porque en esa colaboración con otros, ve
 un medio cómodo de alcanzar con su acción efectiva la realidad-
 exterior.

En resumen: en torno de una única necesidad esencial gravitan todas las necesidades del niño, la de su conservación pero esta a su vez se dividirá en otras dos que corresponden a los modos opuestos de adaptación a los que el niño recurrirá separada y alternativamente, una necesidad de protección, de sumisión, de afecto, confesión de debilidad caracterizada por la dócil acomodación a las cosas y a las personas que lo rodean, luego una necesidad de libertad, de conquista, de expansión.

Los peligros físicos, las enfermedades, los defectos y los accidentes suelen oponerse todas las veces a la salud y otras, al crecimiento óptimo, conviene evitarlos proporcionando a los niños un ambiente seguro y vigilado.

La enfermedad constituye un peligro a la vez físico como psicológico para el infante y el pequeño ocasiona a veces tensión en la relación entre Padres e Hijos. Las enfermedades en este caso, Dentales, pueden dejar defectos permanentes - haciendo difícil que el niño lleve una vida feliz y normal.

El temprano descubrimiento de defectos físicos - (Prognatismo, Mal-Oclusiones, Dientes en mala posición) tiene importancia ya que permite corregirlos ó impedir los progresos para que estos no alcancen un nivel mayor, ya que de lo contra-

rio será o sería inevitable su curación.

Uno de los grandes problemas de salud en México, como en cualquier otra parte del mundo, es la Caries Dental.

La caries en los dientes temporales suele comenzar a poco de haber hecho erupción y después aumenta impresionantemente.

Uno de los responsables de esta enfermedad son los hidrocarburos especialmente, los azúcares.

Se acepta además que hay diversos grados de resistencia o susceptibilidad de los dientes a la Caries Dental que se desarrolla primeramente durante la formación y la maduración de los dientes proporcionando al niño un régimen alimenticio bien -- equilibrado reduciendo la ingesta de azúcares en su alimentación -- (en especial los dulces, caramelos, helados, refrescos) especialmente entre las comidas, proporcionando al niño las aplicaciones tópicas de fluor en su respectiva edad y enseñándole a cepillarse se contribuirá a prevenirlo contra la caries dental y a prevenir -- las diversas enfermedades que se manifiestan en la cavidad bucal.

CAPITULO I

DENTICION TEMPORAL

- a) Formación de los dientes.
- b) Anomalías relativas al tiempo de aparición de dientes.
- c) Oclusión.

a) Formación de los Dientes

Los dientes comienzan a formarse hacia la séptima semana de vida fetal y hacia el tiempo de nacimiento se encuentran ya en desarrollo los veinte dientes temporales y los primeros permanentes (los molares del sexto año). Su desarrollo es influido por la herencia, las condiciones prenatales, las enfermedades y ciertos factores endócrinos.

El orden en que aparecen los dientes parece coincidir con el aumento de la capacidad del niño para ingerir alimentos cada vez más complejos, aunque el paralelo no es muy estrecho.

Durante el primer año de vida, antes que broten los dientes, el niño ingiere alimentos líquidos y pastosos. Se le puede proporcionar alimentos desmenuzados cuando han brotado los incisivos, que el niño utiliza para morder y cortar.

Se puede proporcionar al niño alimentos sólidos, que exigen enérgica masticación antes de ser deglutidos, una vez que han aparecido los molares que están provistos de superficies triturantes. A últimos del primer año suelen nacer los incisivos, en el segundo año, brotan casi todos los demás dientes tempora-

les, incluso los molares, entre los dos y tres años el niño tiene 20 dientes y es capaz de comer los alimentos propios del adulto. Esta época señala la madurez en lo que se refiere a la erupción de la dentición temporal.

b) Anomalías relativas al tiempo y orden de aparición de los dientes temporales.

En los niños se observan desviaciones del orden de aparición de los dientes y a la edad en que brotan. Aunque a la mayoría de los niños los primeros dientes brotan antes de los ocho meses. A otros no les brota ninguno hasta después del primer año. Es raro que los dientes erupcionen antes de los cuatro meses y en ocasiones no lo hacen hasta el comienzo del segundo año. A los seis meses uno de cada tres niños tiene ya el primer diente, al año en casos excepcionales, el niño tiene menos de dos o más de 10 dientes.

Algunos niños ven brotar todos sus dientes en menos de un año, para otros transcurren casi tres años.

De esta manera, en la dentición, al igual que en otros aspectos del crecimiento, algunos niños son más rápidos y otros más lentos en su camino hacia la madurez.

El orden general de erupción es el siguiente: Aparecen primero los incisivos centrales inferiores, seguidos de los incisivos centrales superiores; después brotan los incisivos laterales inferiores, los primeros molares, los caninos y por últi-

mo, los segundos molares.

Los dientes suelen aparecer por pares, y entre cada brote sucesivo suele haber un lapso de inactividad.

Los estudios realizados sobre la dentición muestran que no hay diferencias importantes entre niños y niñas, aunque los varones suelen adelantarse algo a las muchachas en la primera dentición; por otra parte, el peso, la altura ó las medidas de la cara no guardan relación con el momento de la erupción de los dientes. Ya que las hijas de unas mismas madres en ocasiones muestran la misma dentición normal, es posible que la herencia desempeñe algún papel. Es necesario investigar más respecto a los factores que influyen sobre la edad en que los dientes brotan.

c) Oclusión.

La oclusión cambia constantemente en el curso del desarrollo y no sigue el mismo camino en todos los niños, la oclusión resulta del crecimiento de la cara y de especialmente, los maxilares y los dientes.

La configuración de la cara se va estableciendo en los primeros tres años, transcurriendo este lapso, las modificaciones de la cara se caracterizan no por cambios notables de la proporción, sino más bien, por el aumento más o menos proporcional de tamaño. Los maxilares crecen en altura, profundidad y anchura.

Al nacimiento, la mandíbula superior está más desarrollada que la inferior. Así, el maxilar superior sobresale.

La posición relativa a los maxilares del infante ayuda a la succión y el crecimiento ó desplazamiento anterior del maxilar inferior, durante los años preescolares contribuye a la buena oclusión.

Esto nos demuestra la eficiencia funcional de los dientes. En el niño pequeño, se produce un período de creci---

miento rápido del maxilar inferior hacia la misma época en que brotan los dientes temporales. Si el crecimiento del maxilar inferior es normal durante la erupción de los dientes, la oclusión lo será también. Si el crecimiento es anómalo o insuficiente, los dientes no tendrán suficiente espacio y se apiñarán. Cuando se producen irregularidades de la posición de los dientes y los dos maxilares no ajustan adecuadamente, se produce un defecto al que se llama "Mala-Oclusión". La Mala-Oclusión puede tener por causa en el que uno de los maxilares crezca con mayor rapidez que el otro, ó puede resultar del crecimiento desigual de Maxilares y Dientes.

No es común que la mala oclusión se manifieste ya en la primera dentición, pero suele aparecer en el curso de la dentición mixta ó de la permanente.

Cuando dificulta la masticación, la mala oclusión se convierte en un serio problema.

Las irregularidades en el desarrollo de los dientes y de las arcadas dentarias se corrigen a veces espontáneamente durante el desarrollo, en ciertos casos se trata de variaciones que no sobrepasan los límites de lo normal, pero en otros cong

tituyen un rasgo desahadamente anómalo que se hace permanente e incluso se agraba. Se cree que la causa de la Mala-Oclusión, es la acción conjunta de factores hereditarios y ambientales. Esta acción conjunta parece ser el factor más poderoso.

Es conveniente vigilar de cerca el crecimiento y desarrollo de los dientes y maxilares; conviene que el dentista examine al niño, que valore el desarrollo de los dientes y su oclusión, y advierta e interprete los cambios que ocurren; se considera buena práctica comenzar el examen del desarrollo de los maxilares cuando el niño tiene unos tres años de edad, de manera que puedan descubrirse las dificultades y poner el adecuado remedio.

La succión del pulgar es una de las causas de Protrusión de los dientes frontales superiores. El chuparse los dedos puede hacer que los incisivos se desplacen.

Suele ocurrir la corrección espontánea cuando el niño deja de chuparse los dedos, aún cuando el niño lo haga después de los años preescolares.

En ocasiones, en el período de la erupción dentaria, podría creerse que el niño se chupa los dedos, cuando lo

que hace es dar satisfacción a su deseo de morder, que es parte del desarrollo bucal normal que no debe ser obstaculizado. Si los padres intentan poner u oponer resistencia a que el niño se chupe los dedos, lo que consiguen es reforzar la tendencia y prolongarlo, lo mismo que su intensidad, factores que aumentan las consecuencias sobre la estructura dental.

La pérdida prematura de algún diente, por accidente o caída puede afectar la alineación de los dientes permanentes. Como la caída prematura de los dientes constituye un accidente un peligro para la buena alineación de la dentición permanente, hay que tener cuidado en conservar los dientes temporales. El ejercicio de los maxilares y los dientes al masticar desarrolla a los músculos masticatorios, los cuales a su vez, estimulan el crecimiento de los huesos maxilares y la circulación de la sangre en las encías. Estos factores contribuyen a mantener los dientes sanos; por consiguiente, importa dar al niño tempranamente ciertos alimentos como tostadas, galletas, que hacen trabajar los dientes y la mandíbula.

El niño debe de aprender a masticar y lo hará más fácilmente si se le da facilidad de masticar cuando ya este apto físicamente.

El niño mismo revela el momento oportuno, cuando comienza a manifestar deseos de morder, lo que suele ocurrir en la época en que se inicia la erupción de los dientes y del curso de esta suele cometerse el error de dar a los niños durante demasiado tiempo alimentos triturados ó en puré, después de haber brotado los dientes momento en que deberían aprender a masticar. Enseñar a los niños a masticar exige paciencia y estrecha vigilancia por parte de los padres y permitir que deglutan alimentos en grandes trozos es práctica inconveniente.

CAPITULO II

ANATOMIA DENTAL

Anatomía Externa e Interna de los Dientes Primarios.

- a) Dentición Temporal Superior.
- b) Dentición Temporal Inferior.

a) Dentición Temporal Superior

Tomaremos en cuenta tres factores primordiales:

1. - Forma de la Corona.
2. - Forma de la Raíz ó Raíces.
3. - Forma de la Cámara Pulpar.

Esto se observará tanto en dientes Anteriores como en dientes posteriores.

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.

En este diente vamos a ver la forma de la corona en relación al diente permanente, es más pequeña en todas sus dimensiones y presenta como característica especial, que su diámetro Mesio-Distal es mayor que el Inciso-Cervical.

Su borde incisal es completamente horizontal, no presenta la inclinación vestibular hacia palatino y forma ángulos ligeramente agudos ó casi rectos, debido a esto le va dar una forma a la corona de pala ó cincel.

Su caras proximales son completamente rectas en sentido Inciso-Cervical y en sentido Vestíbulo palatino.

Tampoco se presentan puntos de contacto; su ter-

cio cervical es más prominente que en los permanentes y debido a esto la cara Vestibular y la Palatina, van a converger hacia - Incisal, estas dos caras presentan una superficie lisa, no presentan Crestas Marginales, y en sentido Inciso Cervical es ligeramente cóncava y en sentido Mesio-Distal es plana. Su raíz es única y completamente recta y aplanada, dando la forma de un listón.

Su cámara pulpar sigue la unión amelo-dentinaria y es más amplia en relación a los permanentes, ya que en estos es más marcada la formación de Dentina Secundaria, y en los primarios es poco marcada.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR.

La forma de la corona también será como si fuese una pala ó cincel, pero su característica más importante es que su diámetro Mesio-Distal es menor que el Inciso-Cervical; sus características más importantes vienen siendo las mismas que el central pero en dimensiones más pequeñas.

Su raíz presenta también las mismas características, es recta pero más pequeña. La Cámara Pulpar viene siendo igual.

CANINO SUPERIOR.

Vamos a observar la forma de la corona:

Es muy parecida a los permanentes, en su tercio cervical presenta una prominencia mucho muy marcada, en sentido Inciso-Cervical y Mesio-Distal, esta prominencia es también marcada.

Su borde Incisal también llega a presentar sus dos brazos (uno Mesial y otro Distal), su diferencia es que los dos brazos son iguales. (Recordemos que en el canino permanente, el brazo Distal es mayor que el Mesial) Esto es debido a que no hay puntos de contacto, los dos brazos formarán un ángulo obtuso.

Su cara Vestibular es ligeramente aplanada, en sentido Mesio-Distal es convexa.

Se encontrará en su parte central la formación del lóbulo central de desarrollo, de Cervical a Incisal esta cara converge hacia Incisal. La cara Lingual ó Palatina en sentido Inciso Cervical, es ligeramente cóncava, en sentido Mesio-Distal es ligeramente aplanada. No presenta crestas Marginales, su tercio cervical es completamente convexo a ambos sentidos.

Mesial y Distal. - Divergen hacia el borde Incisal - y son ligeramente aplanadas en sentido Inciso-Cervical y ligeramente convexos en sentido Vestibulo Lingual, sus ángulos diedros son redondeados en ambos sentidos, su raíz es recta, aplanada, única, es aplanada en sentido Mesio-Distal, su cámara pulpar sigue la unión amelo-dentinaria y es más grande que los dos Incisivos.

PRIMER MOLAR INFANTIL.

La forma de la corona es triangular con base en Vestibular y un vértice en Palatino y presenta tres cúspides vestibulares y una palatina que hay ocasiones en que esta dividida en dos.

La cúspide más alta es la Medio-Vestibular, le sigue la Mesio-Vestibular, la Disto-Vestibular y la más pequeña es la Mesio-Vestibular.

La Cara Oclusal se encuentra dividida en dos porciones por la línea segmental ó media, esta línea dá origen a la formación de tres focetas, las cuales se llamarán: Foceta Central, Distal y Mesial.

La más profunda es la Central. - Sus caras vesti-

bular y palatino convergen hacia Oclusal, su cara vestibular es completamente plana en sentido Ocluso-Cervical y ligeramente convexa en sentido Mesio-Distal. En su tercio cervical presenta una prominencia muy marcada, es convexa Ocluso-Cervical, y aplanada en sentido Mesio-Distal. Esta es la que a veces ocasiona problemas en la colocación de la matriz, para las restauraciones de segunda clase.

Su cara palatina converge hacia Oclusal, y es ligeramente convexa en ambos sentidos.

También encontramos en el tercio cervical una prominencia convexa en ambos sentidos.

Sus caras proximales son ligeramente aplanadas en sentido Lingual ó Palatino. La cara Mesial es aplanada de Oclusal a Cervical y converge hacia Cervical.

Su cara Distal es ligeramente convexa en sentido Ocluso-Cervical y sus caras Vestibular y Lingual son ligeramente aplanadas.

Rafces.- Son dos vestibulares y una palatina, son completamente convexas ó abombadas hacia la parte externa y es

to es debido a que están protegiendo al germen dental permanente y como tiene esta posición, los tratamientos endodónticos serán muy difícil de realizar.

La cámara pulpar sigue la unión amelo-dentinaria y va a presentar el mismo número de cuernos pulpares como cúspides tenga.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

Es anatómicamente parecido al primer molar permanente. Su forma es ligeramente romboidal y está inclinado o aplana-do de la parte Mesial hacia Distal, presentan dos ángulos obtusos, que es el Mesio-Palatino y el Disto-Vestibular y dos ángulos agudos que son el Disto-Palatino y el Mesio-Vestibular.

Su cara Oclusal presenta cuatro cúspides y un tubérculo accesorio, la cara Oclusal está dividida en dos partes por la línea Segmental o Surco fundamental, este da origen a tres focetas; Foceta Central, Distal y Mesial.

La más profunda llega a ser la foceta Distal, hay ocasiones en que tanto la media como la Distal son iguales en profundidad. Pero el primer caso es el más común debido principalmente a la Cresta Oblicua ó Transversa.

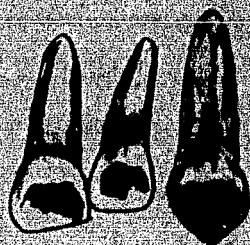
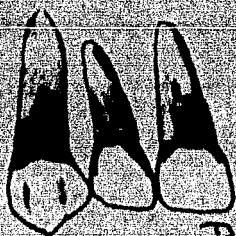
Esta cresta va de la cúspide Mesio-Palatina a la Disto-Vestibular, y en el ángulo Mesio-Palatino encontraremos el Tubérculo de Caravelli.

Su cara Vestibular es ligeramente aplanada en su tercio medio y oclusal, en sentido Mesio-Distal presenta una cavidad en sus dos extremos. Su tercio Cervical presenta una prominencia convexa en sentido Ocluso-Cervical y ligeramente convexa en sentido Mesio-Distal.

Su cara Palatina es ligeramente convexa en ambos sentidos pero interferida por el surco Ocluso-Lingual.

Su cara Mesial es completamente aplanada en ambos sentidos (Vestibulo-Lingual y Ocluso-Cervical) y aplanada en sentido Vestibulo-Palatino.

Rafces. - Presenta tres raíces también estas son iguales a la del primer molar, abombadas y muy convexas. La cámara pulpar sigue la unión amelo-dentinaria y presenta el mismo número de cuernos pulpares, como cúspides tenga.



Dientes
Anteriores Superiores



2^{do}
Molar
Superior



Vestibular.

Mesial

Vestibular

Mesial



Primer Molar



Carra Oclusal del
2^{do} Molar

b) Dentición Temporal Inferior.

Una de las características más importantes en todos los dientes es que en estos, sus coronas no se encuentran centradas en el eje axial.

INCISIVO CENTRAL INFERIOR.

Vamos a observar que su diámetro Mesio-Distal es menor que el Inciso-Cervical; presenta las mismas características que los permanentes; Sus caras Labial y Lingual, convergen hacia Incisal y son completamente lisas no presentan crestas marginales.

Su borde Incisal es completamente horizontal. Sus caras proximales convergen de Incisal a Cervical y son completamente aplanadas en ambos sentidos. Su raíz es única; completamente aplanada en sentido Mesio-Distal su cámara pulpar sigue la unión amelo-dentinaria.

INCISIVO LATERAL INFERIOR.

Es más grande que el central y su diámetro Mesio-Distal es mayor que el Inciso-Cervical. Su borde Incisal es completamente horizontal. Sus caras vestibulares y linguales también convergen hacia Incisal y no presentan crestas marginales ni if-

neas segmentales. Su raíz es única, recta, aplanada en sentido Mesio-Distal; su cámara pulpar sigue la unión amelo-dentinaria.

CANINO INFERIOR.

Presenta las mismas características que el superior únicamente que el inferior presenta una inclinación de Vestibular a Lingual sobre su eje axial.

PRIMER MOLAR INFERIOR.

La forma de la corona es ligeramente rectangular y presenta en su cara Oclusal cuatro cúspides: Dos vestibulares y dos linguales.

Su cúspide más alta es la Mesio-Vestibular; le siguen la Mesio-Lingual, la Disto-Vestibular y por último la Disto-Lingual.

También su cara oclusal se encuentra dividida en dos partes por la línea Segmental ó media que dá origen a la formación de tres foveas; la más profunda es la Central, le sigue la Mesial y por último la Distal.

Sus caras Vestibular y Lingual convergen hacia Oclusal y también sus caras Vestibulares sobre su tercio cervical pre

sentan una prominencia que es convexa en sentido Ocluso-Cervical y aplanada en sentido Mesio-Distal.

Su cara Lingual es ligeramente aplanada en sentido Inciso-Cervical y en sentido Mesio-Distal, en su parte media es cóncava y en sus dos extremos es ligeramente convexa.

Su cara Mesial es ligeramente aplanada en ambos sentidos.

Su cara Distal es ligeramente convexa en ambos sentidos.

Sus raíces. - Son dos; una Mesial y otra Distal y también son convexas y acintadas y su cámara pulpar sigue la unión amelo-dentinaria y presenta cuatro cuernos pulpares.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR.

Tiene la forma de su corona parecida a un trapecio, es muy parecido al primer molar inferior permanente.

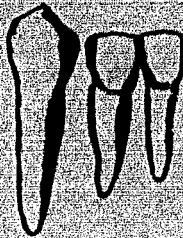
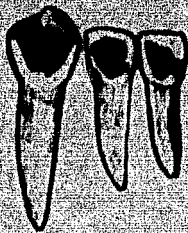
Presenta en su cara Oclusal 5 cúspides: tres vestibulares y dos linguales.

Sus caras Vestibular y Lingual convergen hacia Oclusal y en su tercio cervical presenta una prominencia mucho muy marcada la cual a veces ocasiona problemas para poder

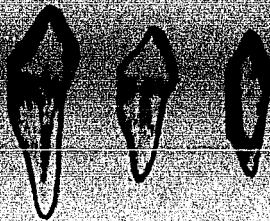
adaptar la matriz.

Sus caras proximales son ligeramente convexas en ambos sentidos y en su cara Oclusal presenta tres focetas.

Su cámara pulpar sigue la unión amelo-dentinaria y presenta el mismo número de cuernos pulpares como cúspides tenga. Tiene dos raíces, una Mesial y otra Distal, son acintadas y convexas.



Dientes Anteriores Inferiores



Vestibular

Mesial



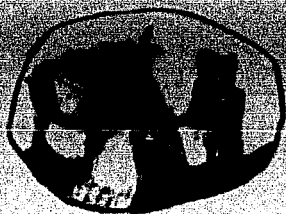
1^{ER} Molar Inferior.

Vestibular

Masial



2^{do} Molar Inferior



Cara Oclusal del
2^{do} Molar Inferior

**FORMACION DEL ESMALTE Y ERUPCION DE
LOS DIENTES TEMPORALES**

	1	2	3	4
Dientes Superiores				
Incisivos Centrales	4	1 1/2	7 1/2	1 1/2
Incisivos Laterales	4 1/2	2 1/2	9	2
Caninos	5	8	16	3
Primeros Molares	5	8	14	2 1/2
Segundos Molares	6	11	24	3
Dientes Inferiores				
Incisivos Centrales	4 1/2	2 1/2	6	1 1/2
Incisivos Laterales	4 1/2	3	7	1 1/2
Caninos	5	9	16	3
Primeros Molares	5	5 1/2	12	2 1/2
Segundos Molares	6	10	20	3

1.- Primera Formaci3n del esmalte; mes (prenatal)

2.- Esmalte completo; mes.

3.- Erupci3n; mes.

4.- Raiz completa; a1o.

La Primera Dentición tiene las siguientes características:

1. - Son de menor volúmen.
2. - Presentan un estrangulamiento en la región cervical, debido a la terminación brusca del esmalte.
3. - El cuello es continuado de forma anular, no existe el festoneado de la línea cervical y solo se advierte en las caras vestibulares de los primeros molares superior e inferior.
4. - El eje longitudinal del diente es el mismo en corona y raíz.
5. - La corona de los anteriores no sufre desgaste en las caras proximales.

A medida que se produce el desarrollo se producen pequeños diastemas entre uno y otro diente debido al crecimiento del arco.

6. - La implantación de los dientes se realiza perpendicular al plano de oclusión.
7. - La coloración del esmalte es más azulosa y traslúcida.
8. - El esmalte es menos duro debido a su menor densidad de calcificación.
9. - La relativa "suavidad" del esmalte es causa de que sea mayor el desgaste en las zonas de trabajo.
10. - Los mamelones de los bordes incisales y las cúspides en los

dientes posteriores se pierden rápidamente por el desgaste.

11. - El tejido del esmalte es de un espesor muy constante en toda la superficie coronaria, aproximadamente de medio milímetro.
12. - Los perloquimatos no se observan macroscópicamente en la dentadura infantil. La superficie del esmalte es brillante y lisa.

C A P I T U L O I I I

TIPOS DE NIÑOS

- a) Niños Tímidos.
- b) Niños Coléricos.
- c) Niños Agresivos.
- d) Niño Problema.
- e) Niños Temperamentales.
- f) Niños Enfermizos.
- g) Débiles Mentales.

a) Niños Tímidos.

Su característica principal es que siempre andan de la mano con la mamá y no lloran, lo único que hacen es resistirse a la entrada del consultorio ó a la habitación, también evitan miradas de frente.

La forma de tratarlos es, inspirarles confianza, - habiéndoles siempre con la verdad, mostrarle todas las cosas - que le rodean y darle explicaciones breves y entendibles de todas las cosas, también podemos hacerles varias preguntas de interés para ellos, como por ejemplo: ¿Cuál deporte te gusta?, - ¿Vas a la escuela?, ¿Cuál es tu animal preferido?, etc. Y de esta manera podremos abordarlo para infundirle confianza.

Es conveniente no tenerlos más de treinta minutos en el consultorio.

b) Niños Coléricos.

Se caracterizan por ser demasiado inquietos y la única solución que dan sus padres, es tratarlos con fuerza física, hay ocasiones en que no logran convercerlos y los llevan a la fuerza, al llegar al consultorio ó clínica van a reaccionar de di-

ferentes maneras.

Si logra sentarse, patear, muerde, insulta y hay --
ocasiones en que se vomitan.

Su tratamiento consiste en: Taparles la boca con la
mano hasta que estos se cansen de patear, gritar, llorar y en
caso de que el niño sea ya más grandecito, hablarle con dureza,
demostrarle que es uno el que domina la situación.

el Niño Agresivo

Es una consecuencia de los padres consentidores y
se observa primeramente cuando son dos hermanos.

Se caracterizan porque quieren destrozarlo todo, -
quieren acabar con todo lo que esta a su alcance y les encanta -
manipularlo todo.

Hay ocasiones en que el niño necesita toda la apli-
cación de nuestra Psicología. Si no se logra el objetivo, para -
que su atención dental sea voluntaria tendremos que usar sedan-
tes ó la Anestesia general, con estos niños.

d) Niño Problema

Nos encontramos con niños inquietos ó inestables - emocionales y la forma de tratarlos es que podemos usar sedantes, ó como barbitúricos e hipnóticos y entre los sedantes más - usados es ó era el Hidrato de Cloral que es lo que se conoce como "Noctec" y se debe de dar en soluciones de un cuarto a una - cucharada según la edad y el peso del niño, podemos utilizarlo en combinación con barbitúricos para inducir el sueño a la persona.

Las contraindicaciones a seguir, en este caso, son las afecciones renales ó hepáticas.

Se puede utilizar el Fenegan y en caso de que no se tenga ninguno de estos dos podremos utilizar el Nembutal Sólido.

Se les administrará por vía oral de 4 a 6 años de edad cinco gotas y si son mayores se saca por regla de tres.

e) Niños Temperamentales.

Se caracterizan porque siempre han vivido en problemas familiares y el tratamiento a seguir es infundarles confianza y tratarlos a su mismo nivel de vida a que ellos están acostumbrados para que nos puedan confiar su seguridad.

f) Niños Enfermizos.

Se caracterizan por estar siempre bajo tratamiento médico y pueden ser niños convalecientes ó desnutridos y la forma de tratarlos es pidiendo una responsiva ó autorización al médico que lo esta atendiendo y la intervención no debe de exceder de los treinta minutos.

g) Niños Débiles Mentales.

Entre estos tenemos a los sordomudos y a los ciegos. Tendremos cuidado de no traumatizarlos demasiado, siempre tenerlos concientes de lo que se les esta haciendo.

Los niños epilépticos. - La forma de tratarlos es - administrarles barbitúricos media hora antes del tratamiento en caso de que se presenten las convulsiones observar la coloración de las uñas y de la piel y efectuar los primeros auxilios de epilepsia, entre estos, los siguientes son los más importantes:

- 1) Bajarlo del sillón para evitar una caída y que -- se pueda lastimar.
- 2) Colocar una gasa ó un paño en su boca para prevenir que se pueda lastimar la lengua ó los labios.
- 3) Guardar la calma.

Y por último los niños con Trisomía 21 ó Síndrome de Down.

CAPÍTULO IV

SÍNDROME DE DOWN.

- a) Introducción.
- b) Erupción.
- c) Lengua.
- d) Caries Dental.
- e) Enfermedades Parodontales.
- f) Atención Dental.
- g) Nutrición.
- h) Tratamiento

a) Introducción.

En el año de 1866 fué descubierto este síndrome - por John Langdon Down, cuya astuta observación clínica es aún - realmente válida hasta hoy. En un principio el Síndrome de - - Down recibió el nombre de Mongolismo, debido a que los pacien - tes afectados, presentaban rasgos morfológicos similares a los - que poseen los individuos de raza mongólica.

En la actualidad este término a sido suplantado - por el de Síndrome de Down en reconocimiento a su descubridor - aunque también lleva el nombre de Trisomía 21, por la caracte - rística genética del padecimiento.

En el pasado numerosas ideas habían sido propues - tas como posibles causantes de este grave padecimiento. Down y Shuttleworth, en el año de 1883 observaron que la tuberculosis - familiar parecía ser la causa probable del Síndrome.

El mismo Shuttleworth, en el año de 1909 propuso que la edad avanzada de la madre podría ser un factor predispo - nente. Actualmente se piensa que las radiaciones pueden ser un agente casual de las alteraciones genéticas.

La presencia de un cromosoma extra, en el par del grupo G en los cariotipos, ha sido considerado como el factor responsable de la aparición fenotípica de la enfermedad.

Se ha demostrado, a través de observaciones realizadas en Pacientes afectados a través de un estudio genético, que la aparición de la trisomía en la fórmula cromosómica, estaba relacionada con defectos en la multiplicación de la serie autosómica normal.

Esta alteración es considerada como la más común y mejor conocida en todos los defectos genéticos y la importancia que ha adquirido este síndrome se debe a que su incidencia es cada vez mayor, presentándose en Europa en uno de cada 700 niños y en los Estados Unidos de Norteamérica en uno de cada 500.

Quizá alguna vez en la práctica dental particular llegue a presentarse un niño con el Síndrome de Down (Trisomía G-21).

Esta es la aberración cromosómica más frecuente y el índice de supervivencia es el más alto en todos los trastornos cromosómicos.

Es deber del Dentista tratar de educar a los padres con respecto a la importancia de la dentición.

El Síndrome de Down se caracteriza por una gran variedad de signos físicos, variaciones marcadas en el grado de retardo mental, un amplio espectro de patrones de conducta.

b) Erupción.

En la mayor parte de los niños que presentan Síndrome de Down hay una erupción tardía de los dientes primarios.

Este retraso se caracteriza porque los primeros incisivos pueden no erupcionar sino hasta los 9 meses de edad - en lugar de los 6 meses que se considera normal, e incluso pueden erupcionar primero los molares infantiles antes de haber erupcionado los incisivos, como normalmente ocurre. Por lo tanto la dentición primaria en ellos no se completa a los 2 años como debería suceder en un niño normal, sino hasta los 4 ó 5 años de edad.

Por lo contrario, la exfoliación de la dentición primaria ocurre tempranamente, principalmente en los incisivos.

Es característico también la ausencia congénita ó la fusión de los dientes primarios.

En el 64% de estos pacientes se observa mala-oclusión de tipo clase III combinada con mordida cruzada posterior.

c) Lengua.

La lengua fisurada es un hallazgo constante en el Síndrome de Down; con frecuencia en el 50% de pacientes llegamos a observar macroglosia, vemos casi siempre la protrusión de la lengua y la boca abierta a causa de la falta del desarrollo en el maxilar superior.

Estos pacientes llegan a presentar dientes pequeños ya sea por la primera ó segunda dentición.

La microdoncia llega a presentarse de un 35 a un 55%.

Las mujeres presentan mayor variación con respecto al tamaño de los dientes en 16 de los 18 que fueron estudiados.

En un estudio realizado para poder observar las irregularidades dentinarias se tomaron los moldes de yeso de 50 individuos afectados (25 hombres y 25 mujeres) de 11 a 35 años, se examinaron buscando irregularidades en sus dientes permanentes, además fueron comprobados con otros moldes de yeso de otras 50 personas sanas, estas eran de 18 a 28 años, se observaron 22 anomalías en la dentición de los afectados por la Trisomía.

d) Caries Dental.

Se ha visto con frecuencia que en los tejidos afectados por el Síndrome de Down la caries dental es baja.

Se han observado que en zonas con bajo contenido de fluor en el agua se encontró que un 41.5% de los pacientes -- con trisomía presentaban caries, mientras que en un 82% de personas normales había signos de esta enfermedad.

En áreas donde el contenido de fluor era alto se encontró en un 21.8% con personas enfermas, mientras que en un 43.5% de personas normales aparecía esta afección en todos sus dientes.

En un estudio realizado en los Estados Unidos y publicado en la revista "Clínicas Odontológicas de Norteamérica", -- demostraron, Winer y Cohen, que 58 por 100 de los pacientes -- con síndrome de Down no mostraban caries dental observables. Esto es bastante notorio ya que la higiene bucal en los pacientes estudiados era muy descuidada; además se vió que los afectados con la trisomía de 13 a 17 años tenía un índice bajo de caries -- mientras que los adolescentes de esa edad presentan todo lo contrario, es decir un porcentaje muy alto de esta afección.

e) Enfermedades Parodontales

A diferencia de la caries, la enfermedad parodontal en niños enfermos con Síndrome de Down, es bastante notoria.

Se ha visto que en un 98% de niños afectados llegan a presentar enfermedades parodontales y mientras que en un 8% de pacientes sanos presentan enfermedad parodontal.

Se observó la pérdida de hueso, movilidad dentaria, gingivitis marginal, exfoliación de dientes (esencialmente en los centrales superiores) eran los fenómenos más frecuentes.

Se ha encontrado también materia alba y sarro supragingival y subgingival.

En un estudio realizado por Cunning y Brown observaron que más de un 70% en mayores de 6 años de edad presentaban una gran pérdida oseo-alveolar.

Keyes, sugiere comentando sobre el estudio químico y microbiológico en niños y jóvenes-adultos; estos, reaccionan exageradamente a la infección bacteriana en la superficie de sus dientes que contamina además las superficies radiculares e

infectan al hueso alveolar dando como resultado enfermedades --
parodontales destructivas.

f) Atención Dental.

Prevención de Caries Dental.

Al niño con Síndrome de Down debe dársele, para --
prevenir la caries con 0.5 mg de fluoruro de una solución de fluo-
ruro de sodio de 1.1 mg, a los mayores de tres años debemos dar
los 1 mg de fluoruro de 22 mg de solución de fluoruro de sodio.
Hay tabletas que se presentan en forma masticable.

Es nuestro deber advertirles oportunamente que los --
niños con Trisomía G-21 presentan atraso en la erupción de sus --
dientes primarios y que las mal-oclusiones van a ser más frecuen-
tes.

g) Nutrición.

Como todos sabemos, existen tres normas dietéticas para prevenir la caries dental:

- 1.- Evitar la ingesta de alimentos con alto contenido de azúcar.
- 2.- Dieta equilibrada.
- 3.- Fijar horas para las comidas y los refrigerios ó bocadillos.

Se ofrecen más sugerencias con respecto a los alimentos que pueden ser tomados entre comidas.

Carnes frías: Salchichas, huevos duros, fruta fresca, verduras crudas.

Postres como: fruta, yogurt, helado, natillas y budín.

Si fuese posible proporcionarles diariamente tres ó más vasos de leche y mantequilla.

En lo concerniente a las carnes dos ó más raciones de carne, pescado, aves y huevos.

Verduras y frutas: frutas cítricas (lima, limón, na

ranja ó tomates), -vitamina "C".

Pan y cereales cuatro ó más raciones de pan integral.

A continuación se presenta un ejemplo de la manera en que podían servirse las comidas:

Desayuno

Jugo de naranja
Huevo revuelto, tocino ó chorizo.
Pan tostado con mantequilla
Leche

Comida

Sopa de verduras
Pollo ó pescado
Pan integral, jugo de naranja ó limón

Cena

Vaso con leche
Pan con mantequilla
Papas
Gelatina dietética

h) Tratamiento

El niño con problemas de Síndrome de Down, debe de hacer su primera visita al consultorio dental entre los dos años y medio y tres años de edad.

Los dientes deberán ser limpiados con una pasta que contenga fluoruro, si es posible tratar de no traumatizarlos demasiado y principalmente de ganarnos su confianza, habiéndoles con calma, suavemente y no impacientarnos mucho al perder el control de nosotros mismos con estos pacientes tan especiales y que requieren de una paciencia y atención especial.

Debe de advertírsele a los padres que estos niños tienen un alto grado de enfermedad parodontal, se les explicará con palabras que ellos entiendan, con dibujos ó con algún material didáctico, si es posible claro está, si logramos controlar la placa, retardaremos el progreso de la enfermedad parodontal.

Necesitamos enseñar las medidas de higiene necesarias hasta que el niño pueda realizar, por sí sólo, las técnicas de cepillado adecuadas.

La mayoría de los niños pueden ser tratados en la

clínica hay veces en que el mismo paciente coopera, cuando su gravedad no es muy notoria, pero hay otras en que necesitamos de la medicación para este tipo de pacientes para que dominen la aprensión y el miedo y reduzca su tensión muscular.

Cuando se haya administrado el medicamento, se le pedirá al padre ó acompañante evitar que el niño se agite y se le advertirá que el niño podrá dormir por varias horas.

El dique de hule es ventajoso ya que permite buena visibilidad, tracción gingival, mantenimiento de un campo seco, control de la lengua, carrillos y músculos linguales, además elimina la posibilidad de aspiración de material dental.

El cuidado dental de los niños incapacitados proporcionará al dentista la oportunidad de compartir con los padres, los diversos problemas complicados, encontrados en el desarrollo de los niños.

El cuidado dental y el tratamiento del niño son responsabilidad del cirujano dentista proporcionándole mejor imagen y a mejorar esa idea errónea del dentista.

C A P I T U L O V

TRATAMIENTO DEL PACIENTE INFANTIL EN LA CLINICA

- a) Introducción
- b) Etiología
- c) Recubrimientos Pulpaes
- d) Pulpotomía
- e) Pulpectomía
- f) Coronas

a) Introducción.

Trataremos en la primera cita de llevar con sencillez, armonía y sobre todo, principalmente hablar siempre en términos adecuados al paciente que estamos tratando, un paciente infantil es por decirlo de esta manera, un reto desde que éste pisa el consultorio, un reto porque debemos de ponernos siempre a su nivel, debemos de estar conscientes de lo que tratamos, es una estructura que capta todas las sensaciones en cualquier momento.

Para evitar cualquier rechazo del niño hacia nosotros, siempre en la primera cita habremos de revisar únicamente, la Historia Clínica, explicándole al padre, después, el porque de esta resolución.

Como dijimos anteriormente existen ciertos tipos de niños, que con paciencia y un trato amable habremos de dominar ampliamente la situación.

Se hará todo lo posible y lo que este a nuestro alcance para que el paciente conserve sus dientes, siendo estos tan importantes en la alineación y buena erupción de los dientes permanentes.

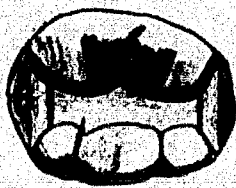
A la segunda cita, cuando el paciente se presente ya a atenderse clínicamente se iniciará con una profilaxis, tomando en cuenta la calcificación del esmalte empezando con un cepillado y tratando de que en nuestro "bracket" solamente estén nuestras pinzas y nuestro espejo, para no impresionar negativamente con la cantidad de instrumentos, porque quizás en citas posteriores sea mucho más difícil su tratamiento.

En los niños podemos realizar cuando se trate de algún diente o dientes cariados, los mismos pasos y técnicas en el desarrollo de la preparación de una cavidad y así podemos tener:

Cavidades de Primera Clase



Cavidades de Segunda Clase



Cavidades de Tercera Clase



Cavidades de Quinta Clase



Las cavidades de cuarta clase, en caso de que se tratase de un paciente Infantil, tendrán que realizarse mejor las coronas de policarbonato ó de acero inoxidable, debido a lo pequeño que es el diente y debido a lo angosto de su borde Incisal.

Preparación de Cavidades:

Concepto. - Es una serie de manipulaciones ó es un procedimiento para remover el tejido carioso y darle forma a la cavidad de tal manera que después de haber sido obturada le sea devuelta su función anatómica.

Devolverle la salud, forma y función y evitar que se produzca la reincidencia de Caries. En toda preparación de

cavidades debemos de tener en cuenta los siguientes aspectos:

Biológicos

Mecánicos

Instrumental y Material.

La Anatomía. - Los dientes nos sirven para la magticación. En su constitución interna tenemos que tomar en cuenta los Odontoblastos.

Por las terminaciones periféricas (tomando en cuenta que en el Odontoblasto existen dos terminaciones, una periférica y otra central) es donde se va a recibir un estímulo de ahí lo transmitirá a la parte central; por el Plexo de Rascoe formado -- por fibras nerviosas amielínicas que se localizan en la Zona de Well.

Recordando también que la evolución del Diente pasa por cuatro etapas:

- 1) La de Casquete
- 2) La de Campana
- 3) La de Histo y Morfodiferenciación
- 4) Erupción

En los aspectos mecánicos debemos tomar en consi

deración a todo lo que se refiere a preparación de cavidades, es
tos están basados en principios de Física y Mecánica.

Diseño para la preparación de cavidades:

- 1.- Diseño de la cavidad
- 2.- Forma de resistencia
- 3.- Forma de retención
- 4.- Forma de conveniencia
- 5.- Remoción del Tejido carioso
- 6.- Tallado de la pared coronaria
- 7.- Limpieza y obturación

b) Exodoncia.

Estas deben de realizarse de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- 1.- Caries de Cuarto grado.
- 2.- Retención (extracción de dientes por el espacio deficiente ó extracción prematura de dientes primarios).
- 3.- Aplasmiento Genuino (causas hereditarias) dientes demasiado grandes, se deben hacer las extracciones seriadas de los primarios.
- 4.- Aplasmiento Sintomático: Extracción prematura de laterales y caninos; así como molares primarios produciría -- retención en caninos y premolares.

Tenemos también ocho leyes de los movimientos dentarios por extracción, estas leyes están basadas en las leyes de Newton:

- 1.- Efectos de los movimientos dentarios a distancia, las cúspides y las formas de las mismas van a determinar el grado de movimiento y este va a estar en función a su carga durante los movimientos de masticación.
- 2.- Todos los movimientos dentarios siempre son de inclinación.

Inferior

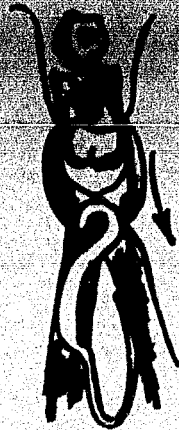
Superior



Ooonto-Section en Molares



Exooucia de un
Diente Anterior
Superior



Exooucia de un Molar
Superior.

3.- Los movimientos dentarios en dientes posteriores siempre son hacia Mesial y son más frecuentes en inferior que en superior y los movimientos Distales son ligeramente en anteriores.

Esto se debe principalmente a la posición de sus raíces ya que en inferior, las raíces están paralelas y en superior siempre van a converger hacia apical.

4.- Los espacios que existen entre un diente y otro son más fácil de cerrarse en superiores que en inferiores.

5.- Los movimientos dentarios se realizan más fácilmente en los dientes no erupcionados que en los ya erupcionados.

6.- Los movimientos corporales se realizan más fácil en los dientes no erupcionados que en los dientes erupcionados.

7.- Las extracciones prematuras de dientes primarios van a producir un retraso en la erupción de los permanentes.

8.- Las extracciones de 1 a 2 años de dientes primarios antes de que sufran exfoliación van a activar la erupción de los dientes permanentes.

Extracción de los Molares Infantiles por Odontosección. - Los molares infantiles, profundamente cariados, se fracturan con suma facilidad al presionarlos con la pinza ó forceps para extracciones. Tal accidente suele ser de difícil solución.

Antes de que procedamos a la extracción tomar -- nuestra radiografía y podemos realizar la sección de la corona -- separando los bloques radiculares, simplifica la tarea.

Se separan las raíces siguiendo la anatomía del -- molar a extraerse (corte en 2 segmentos para los molares inferiores ó corte en Y para los superiores).

Extracción de las Raíces de los Dientes Infantiles. - Separadas las raíces; se utiliza el instrumento adecuado; este puede ser una cucharilla de Black #61 ó 62 cuya hoja arqueada y robusta permite su uso sin temor a fracturarla.

Se pueden utilizar tanto para el Maxilar superior ó mandíbula.

Se las emplea aplicando la cara cóncava contra las caras proximales de las raíces a extraer.

Girando el mango del instrumento y apoyándose en el tabique interdentario ó en la cara proximal del molar vecino --

se eleva la raíz del alveolo. Algunas raíces más solidamente implantadas (porque aún no ha habido proceso de resorción ó solo esta efectuado en parte) requieren para su exodoncia el empleo de elevadores, rectos ó angulares para la extracción de raíces de molares infantiles.

Las raíces de los incisivos ó caninos que son abor-
dables con una pinza recta ó de Bayoneta se extraerán por este procedimiento, en su defecto se pueden emplear elevadores rec-
tos.

Un elevador de hoja fina colócase entre el hueso y la raíz; desplaza, como en la extracción de los permanentes, la raíz de los Infantiles.

Accidentes de la Extracción de los Dientes Infanti-

les. -

- a) Fractura del Diente.
- b) Lesión y extracción de los gérmenes de los dientes de adulto.
 - a) Accidente muy frecuente, si no se toman las debidas precauciones: Examen Radiográfico. - Presta grandes utilidades; los Infantiles como los Permanentes pueden presentar accidentes ó anomalías radiculares, que es menester saber que exis-

ten para emplear las técnicas ó procedimientos indicados para ta
les casos.

División del Molar, como se cito anteriormente pa
ra evitar los inconvenientes que significa el "estallido" de la co-
rona del diente y la búsqueda y extracción de la raíz.

Producido alguno de los accidentes citados; se tra-
tará de lavar el sitio de la extracción, se retirarán las esquir-
las y se investigará si las raíces están individualizadas, en caso
contrario, es necesario proceder a separarlas y se extraerán --
por medio de las cucharillas ya mencionadas.

b) Lesiones y extracción de los gérmenes de los -
dientes permanentes: Consiste este accidente en la lesión y aún -
avulsión del germen de los dientes permanentes en el intento de
extraer las raíces del temporario. Thoma cita varios casos de
estos accidentes. Por eso; ese autor aconseja en los casos en -
que radiográficamente las raíces del molar temporario son cur-
vas y encierran entre sí la corona del permanente, en caso de -
extracción accidental del diente permanente, puede intentarse su
reimplantación.

c) Recubrimientos Pulpaes.

A veces, debido a lo pequeño de nuestros dientes y a lo amplio de la cámara pulpar, llegan a presentarse lesiones en esta misma y debemos estar preparados para realizar los tratamientos más adecuados, estos podrían ser: Recubrimientos pulpaes, Pulpotomías ó Pulpectomías.

Primeramente, veremos la técnica a seguir en un recubrimiento pulpar:

1.- R.X.

2.- Anestésiar

3.- Aislar el campo operatorio (podremos usar el dique obscuro que sirva para refractar la luz en el conducto, podremos utilizar como dique de hule globos recortados y esterilizados antes de proceder a la colocación del campo para mantener - aislado a nuestro diente, así también podremos pedirle al niño -- que él mismo escoja el color que guste, parecerá un poco fuera de lo común en lo que se refiere a la asepsia a seguir en nuestro trabajo, pero un servidor mismo a utilizado este método con pocos niños, con cinco en total, y con ninguno de ellos se ha tenido problemas, se debe saber que estar con el dique de hule me

dia hora es molesto debido a la posición en que uno está con respecto a la boca claro está, pero estos niños al ver que se le daba la libertad de escoger el color que ellos gustasen daba más libertad de trabajo para poder realizar la técnica de pulpotomías).

4.- Apertura de la cavidad.- Hay dos técnicas, en dientes infantiles utilizamos la fresa de fisura #559 y 568 de carburo (si la cavidad es muy profunda.)

5.- Se procederá a hacer una limpieza y está limpia que sea con mucho cuidado, se podrá utilizar cualquier solución antiséptica, entre estas tenemos a la Cloramina-T y lavado y se seca completamente la cavidad con algodón y con aire caliente, - secar perfectamente.

Si hay sospecha de que estamos en proximidad haremos un recubrimiento pulpar Indirecto y si ya hubo exposición lo haremos Directo.

En caso de este último usaremos el hidróxido de calcio Ca(OH)_2 químicamente puro, mezclado con agua bidestilada se coloca en la superficie, esperamos que seque, colocamos una capa de Oxido de Zinc y Eugenol en una consistencia cremosa y

por último Fosfato de Zinc.

Dejámoslo por un período de 10 a 15 días pasado este tiempo se tomará otra radiografía y se comprobará si ha habido alguna mejoría comparándola con la primera.

Si ya hay una capa de dentina secundaria en el piso pulpar, se remueve toda la curación que se puso primero, se vuelve a hacer el mismo recubrimiento, pero ahora en vez de fosfato de zinc pondremos nuestra obturación.

d) Pulpotomía.

Para realizarla haremos todo lo anteriormente dicho, pero al llegar a la apertura de la cavidad, una vez hecha está, eliminaremos el paquete vasculo nervioso y para poder hacerlo hay ó existen dos maneras de hacerlo.

Ya hecha la cavidad y estando seguros de que estamos sobre el paquete, con una fresa de bola #5 ó #4 se hacen cuatro orificios sobre el piso de la cavidad y con una fresa se hacen estos cuatro puntos, se procede a levantar el techo y se observará el paquete expuesto.

Con una cucharilla estéril y filosa, se eliminará el paquete y veremos si el tiempo de sangrado no sobrepasa los tres minutos (puede llegar hasta cinco) hay posibilidad de que el tratamiento funcione, pero si llega a excederse más de cinco minutos está alterado y no es conveniente hacer la pulpotomía.

Una vez eliminado el paquete vasculo nervioso, con una fresa de bola penetraremos sobre la parte radicular más ó menos un milímetro con el fin de eliminar una parte del paquete vasculo nervioso.

En el siguiente paso cohibiremos y secaremos la cavidad, se procede a hacer el recubrimiento del paquete. Pondremos hidróxido de calcio químicamente puro con formocresol, se coloca sobre el paquete y ponemos la capa de Oxido de Zinc en una consistencia cremosa y por último el Fosfato de Zinc, tratando de dejar fuera de oclusión a nuestro diente. Esta curación se dejará, también por espacio de quince días (tomando una radiografía) y después de esos 15 días se tomará otra radiografía y en caso de que el tratamiento haya tenido éxito, se colocará una va curación y se pondrá una Corona a nuestro diente, en caso negativo se procederá a realizar una PULPECTOMIA.

e) Pulpectomía.

Esta se puede llevar a cabo tanto en dientes infantiles como en los permanentes jóvenes, si es en dientes infantiles, está indicada en todos los dientes anteriores tanto superiores como inferiores y en los posteriores únicamente en los molares inferiores, con excepción de los posteriores superiores.

En caso de que se trate de dientes infantiles se hace cuando se trata de una caries de cuarto grado y puede existir: Muerte pulpar, Mono artritis, Celulitis y complicaciones de hueso.

Hay veces en que llegamos a observar una Zona de un color rojo a nivel del ápice del diente enfermo, recibe comúnmente el nombre de "Flemón", aunque también se le puede llamar Parulis, esta alteración nos indica que el tejido pulpar está muerto y no hay dolor, por lo tanto se puede trabajar sin anestesia.

En caso de que se trate de dientes permanentes jóvenes conviene, como primer paso a seguir, tomar una radiografía para poder ver con claridad la forma de la anatomía interna del conducto radicular, sobre todo en dientes anteriores y esta se debe de tomar en diferentes direcciones para observar las paredes del conducto.



Diferentes maneras en que se observan las
paredes del conducto radicular.

f) Coronas.

Pueden existir de diferentes materiales:

- a) Coronas de acero inoxidable.
- b) Coronas de Policarbonato.

El Instrumental para llegar a realizarse varía: Podemos utilizar una fresa 169L cuando se trate de trabajar con alta velocidad y discos de carburo y piedras montadas en caso de que se trate de baja velocidad.

Tipos de Corte de los siguientes:

- 1.- Cortes proximales (paralelos ó divergentes a Incisal.)
- 2.- Corte del borde Incisal gastando únicamente 1mm y haciendolo completamente horizontal.
- 3.- Corte ó eliminación de las retenciones de Labial y Lingual.
- 4.- Redondear ángulos diedros.
- 5.- En caso de que se trate de un corte paralelo, se procederá a formar una muesca ó retención sobre el borde cervical (aproximadamente en su borde libre).

Podemos cementar nuestras coronas con óxido de zinc ó con el cemento de fosfato.

Ahora en caso de que se trate de una corona en algún diente posterior podremos usar los discos y las piedras, estas las utilizaremos para rebajar las caras oclusales, en esta preparación no se pondrá la muesca en el borde cervical.

Siguiendo la forma anatómica cortaremos en oclusal y con la misma fresa quitamos ángulos y eliminamos todas las relaciones existentes en Labial y en Lingual.

Estas coronas son de acero inoxidable, se adapta la corona, lo más importante es el diámetro Mesio-Distal, se recorta en la parte cervical siguiendo el contorno Gingival del diente; una vez adaptada a la altura, después se festonea la corona y finalmente la cementamos, ya sea con cemento de fosfato ó si el diente ó pieza dental está muy sensible con óxido de zinc y eugenol.

Una vez hecho esto se procede a tomar una radiografía para observar si esta bien adaptada nuestra corona al diente (es conveniente hacerlo antes de cementarlo).



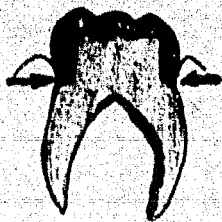
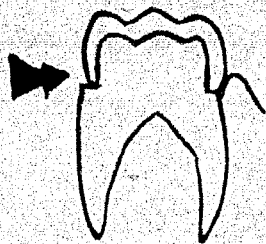
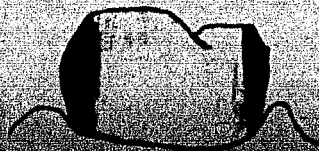
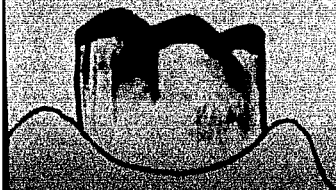
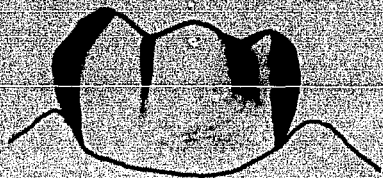
Indicaciones para el Uso de las Coronas de Policarbonato. -

- En dientes anteriores cuando se presentan caries demasiado avanzadas y presentan caries en el borde incisal.

- Dientes con Hipoplasia en el Esmalte.

- Tratamiento de pulpotomías:

En la colocación de mantenedores de espacio (estas son ya las coronas de acero inoxidable utilizadas en dientes posteriores) estos mantenedores de espacio son fijos, pueden ser con asa o con zapatilla, indicados para la fijación de brackets -- cuando se quieren hacer movimientos de rotación en los dientes.



CAPITULO VI

TRASTORNOS QUE AFECTAN LA ESTRUCTURA DE LOS DIENTES Y SUS AREAS DE SOPORTE

- a) Caries
- b) Clasificación
- c) Tratamiento
- d) Parodontopatías
- e) Los Frenillos
- f) Gingivitis
- g) Proteínas
- h) Enfermedades de Tipo Hereditario

a) Caries.

Es sin duda, una de las principales enfermedades, que atacan los dientes de los pequeños, principalmente por lo difícil que es controlar la alimentación, la desidia y descuido de los mismos padres.

Podemos definir a la caries como una afección de los tejidos mineralizados del diente caracterizada por las áreas de descalcificación (zonas, fosetas y fisuras) progresando hasta la pulpa.

Otra de las definiciones de la caries podría ser:

Un proceso patológico de origen Bioquímico, irreversible, lento, continuo y que causa la destrucción del diente. Debemos de tener en cuenta el alto índice de esta enfermedad ya que más del 50% de niños de 6 años en diferentes grupos la padecen; el número de dientes cariados y obturados a esa edad fué de 4.5 a 6% - por niños.

Las superficies más atacadas son:

Oclusal. - 43%

Proximal. - 31%

Bucal y Lingual. - 13%

El orden de susceptibilidad en niños es:

- 1. - Primer Molar.**
- 2. - Segundo Molar.**
- 3. - Anteriores Superiores.**
- 4. - Anteriores Inferiores.**

b) Clasificación.

Se ha clasificado de muchas maneras y la más común se basa en el sitio de ataque.

1. - La principal es: Caries de fosetas y fisuras, - caras oclusales de molares y surcos de molares superiores e inferiores.

2. - Caries de Superficies lisas: Bucal, Lingual y - Caras proximales.

Tenemos otro tipo de clasificación está relacionada con el grado de progreso.

1. - Caries Aguda ó de avance rápido. - Se caracteriza por una abertura pequeña, rápida penetración, se encuentra en las zonas de mayor retención alimenticia.

2. - Caries crónica o intermitente. - Es una lesión común en los períodos de actividad de caries moderada; la abertura es más grande y la penetración más lenta.

3. - Caries de avance lento. - Esta caries es característica de los adultos únicamente.

4. - Caries Retenida. - Cuando la lesión cariosa deja de avanzar se considera retenida.

5. - Caries Rampante. - Aparece repentinamente -- aún en bocas sanas y aseadas y complica notablemente el paquete vasculo-nervioso.

La etiología de todas ellas son las mismas y las podemos enumerar como sigue:

Acidos Salivales

Ingesta de carbohidratos en la dieta diaria del niño

Alimentación

Mala higiene oral

Traumatismos

En los rayos X podremos ver una zona radiolúcida y su aspecto clínico puede ser: Blanquesino, amarillento, café, grisáceo y negruzco.

c) Tratamiento.

Debemos enseñarle al niño, primero a que tenga una buena higiene oral: Dieta equilibrada, una alimentación con los llamados alimentos detergentes (manzana, pera, zanahoria), odontoxesis, Odontología restauradora, remoción de sarro, aplicaciones tópicas de fluor cuando sea necesario, técnicas de cepillado, sellador de fisuras. Hacer siempre todo lo posible por que el niño conserve sus dientes, ya que estos son tan importantes en el desarrollo y propicia de su dentadura permanente.

Además tratar de darle a los padres una educación adecuada, para que estos mismos enseñen a los niños a que cuiden su dentadura ya que tienen una idea equivocada de ellos debido a las innumerables interpretaciones erróneas y el uso de estos nombres a provocado confusiones lamentables.

A continuación se dan los más comunes que han sido adoptados:

- a) Dientes de leche
- b) Dientes mamonos
- c) Dientes caducos
- d) Dientes desiguos

Todas estas interpretaciones hacen creer que la --
dentadura infantil carece de importancia, si a la ignorancia, la --
negligencia, falta de higiene, se le une la desorientación que can --
sa el nombre inadecuado, se tiene como consecuencia un resulta --
do negativo y agresivo a la salud. Los podemos llamar; Dientes
Temporales ó Infantiles, éste último término es el más indicado.

Hay veces en que los mismos padres son los culpa --
bles, como se dijo antes a causa de la desidia, ignorancia y por
la incompreensión y falta de comunicación con sus hijos.

d) Parodontopatías.

Origen de estas en los niños desde el momento de la erupción.

Antes de los dos años encontramos cambios de color en la encía marginal, es más roja, el margen gingival es -- más prominente, más redondeado por la acción eruptiva de los dientes, en el período de los 2 a los 3 años debe observarse un color uniforme, después de los seis, habrá ya cambios en el color.

Forma.- Donde existen diastemas la papila no existe, sobre todo en los niños de canino a canino; hay un tejido mucho más queratinizado, y se empiezan a formar las papilas en la zona contigua a los molares. El primer col ó collado que se llega a formar es el del primer molar, se forma en la cara distal del primer molar por la acción del segundo molar, es una zona de menor queratinización.

Consistencia.- Esta depende en gran parte por que antes de la erupción dentaria la encía está muy insertada al hueso, además por que los lactantes, al no tener ningún diente se desarrolla mucha más colágena, hay veces en que se ocasiona una fibrosis que llega a ocasionar la tardía erupción dentaria, -

la encía insertada es bastante firme, más consistente y la marginal es menos consistente.

La adherencia epitelial en el niño no está muy bien desarrollada. Precisamente por los cambios fisiológicos de erupción y exfoliación.

Más bien en el niño existe una unión orgánica, las fibras gingivales en el niño están en menor grado de organización, la papila es más roma, y no llega a convertirse orientada como en el adulto.

e) Los Frenillos.

En el niño son mucho más prominentes, más grandes y notorios, ya que la dimensión oclusal apical de la encía insertada es menor en el niño un promedio de 6 mm, mientras que en el adulto es más ó menos de 9 mm.

Los frenillos con la edad se desplazan apicalmente, pero si el frenillo se encuentra muy bajo ó muy alto, que tenga vestibulo versión en dientes, será una indicación precisa para la frenilectomía, otra de las indicaciones sería la presencia de la resección gingival, y la pérdida de la tabla externa.

El frenillo es una huella de fusión embriológica de los procesos del desarrollo.

Las papilas retrocaninas son estructuras que se localizan en la parte mandibular en la porción lingual y por debajo de los caninos, estas son aberraciones número anatómicas y se presentan bilateralmente, a veces llega a confundirse con una patosis de origen pulpar ó parodontal, y son estructuras en forma de la cresta alveolar, esta dado generalmente por la unión cemento-esmalte, también depende de la posición de los dientes. En el adulto en la parte anterior la cresta termina en forma de pico de

flauta, en los posteriores tiene forma de meseta.

La cresta en su porción coronal, tiene forma de embudo, pero en el niño las crestas tendrán forma de meseta y ocasionalmente podremos encontrar una cresta en forma semilun-
nar.

f) Gingivitis.

La gingivitis en niños:

En esta etapa de la vida, la higiene bucal de los niños es mala, así que no debemos pasarla desapercibida, sin embargo no se ha establecido cual es el posible efecto acumulativo de la inflamación gingival infantil sobre el periodonto adulto.

g) Proteínas. (Deficiencias parodontales por falta de proteínas)

Síndrome de deficiencias de proteínas y calorías.

Todos estos problemas los podremos observar más claramente en los países subdesarrollados y generalmente son a causa de los problemas nutricionales que sufren, básicamente es una enfermedad de lactantes y niños pequeños y la frecuencia es máxima entre 1 y 3 años de edad.

Los factores etiológicos principales son:

La mala lactancia - La causa principal es, la mala alimentación de la madre. En esta enfermedad se observan lesiones de mucosa bucal.

Se ha visto que los niños de Nigeria, más o menos bien alimentados disfrutaban de mejor salud periodontal que los niños de la misma edad en zonas rurales pobres.

Además que es muy raro ver gingivitis ulceronecrosante en niños de países desarrollados, pero adquiere diferentes factores de distribución de edad en las naciones pobres y más de la mitad de los casos vistos en la India se registran en niños menores de 10 años.

Debemos tener en cuenta que los niños con deficiencia en calorías y proteínas tienen una frecuencia más alta de gingivitis Ulceronecrosante.

En algunos casos la ulceronecrotisante se extendía hacia los tejidos adyacentes produciendo necrosis extensa y destrucción de los tejidos bucofaciales.

h) Enfermedades de Tipo Hereditario.

Además de todas las enfermedades ya enumeradas podremos encontrar también, las enfermedades de tipo hereditario que afectan los componentes de la cavidad bucal y entre ellos a los dientes tanto Infantiles como de Adulto.

Tenemos principalmente de los trastornos del cráneo, maxilares y dientes a:

La Displasia Ectodérmica. - Se caracteriza por ser un trastorno durante la iniciación de la formación de los germenes dentarios.

La Hipoplasia del Esmalte. - Que se caracteriza por ser una enfermedad durante la aposición de los tejidos dentarios duros.

Tenemos también la Amelogénesis Imperfecta, la Dentinogénesis Imperfecta y por último la Odontodisplasia.

Todas ellas, como se ha dicho anteriormente, llegan a presentarse en ambas dentaduras por lo cual debemos de saber sus características clínicas, radiográficas, etc.

A continuación se explicará cada una de ellas:

Displasia Ectodérmica. - Se trata de una enfermedad hereditaria, que afecta a todas las estructuras derivadas del ectodermo. Es una mutación recesiva que se presenta mucho más en varones que en mujeres.

Sus manifestaciones clínicas, tanto generales como orales, consisten en ausencia ó escasez de pelo (hipotricosis), - ausencia de glándulas sudoríparas (anhidrosis) y sebáceas (asteatosis), elevación de la temperatura, a causa de la anhidrosis, - mala vista, pesada nariz hendida, protrusión de los labios, desarrollo mental deficiente y anodoncia parcial y completa, tanto de los dientes infantiles como de los permanentes con mal formación de cualquier diente que pudiera existir.

Disostosis Cleidocraneal. - Se caracteriza por el cierre tardío de las fontanelas y suturas craneanas, llegando a presentarse los huesos Wormianos (huesecillos irregulares entre los huesos principales del cráneo, subdesarrollo de la porción superior de la cara, sobre todo de los maxilares superiores, subdesarrollo de los senos paranasales, paladar alto y estrecho, prognatismo ó una relativa prominencia de la mandíbula.

Existe erupción tardía de los dientes, mala-oclusión

así como numerosos dientes super-numerarios y retenidos, alguno de los cuales puede estar en relación con quistes foliculares. Se observa ausencia ó hipoplasia de las clavículas, de modo que el paciente puede juntar los hombros con facilidad.

Hipoplasia del Esmalte. - El término Hipoplasia del esmalte, significa una disminución de la cantidad (espesor) de esmalte formado y no se refiere a la calidad de la calcificación. - La hipoplasia del esmalte puede ser consecuencia de factores locales, sistémicos ó hereditarios.

La hipoplasia del esmalte local afecta a un diente ó parte del mismo y se debe, principalmente, a una causa local; por ejemplo, infecciones periapicales, traumatismo de un diente infantil, estas causas pueden afectar la cantidad de esmalte que se forma en el diente permanente subyacente.

En la Hipoplasia sistémica del esmalte, la anomalía es el resultado de una enfermedad generalizada (por ejemplo, raquitismo ó viruela) afecta a todos los dientes que se están desarrollando en ese momento y el defecto se observa en -- aquellas zonas de las coronas, donde la amelogénesis estaba en vías de evolución en el momento del trastorno.

La Hipoplasia del Esmalte hereditaria se extiende no solo a todos los dientes, sino también en cada diente a la totalidad de su corona. Tanto la dentadura de adulto como la infantil son afectadas. El espesor del esmalte se reduce, en consecuencia las coronas pueden aparecer amarillas. También se habla en ese caso de dientes pardos hereditarios, poco tiempo después de la erupción de los dientes, la delgada capa de esmalte se gasta ó se descama, y los dientes suelen presentarse como si estuviesen preparados para ser soportes de coronas de porcelana, el estado se transmite como carácter mendeliano dominante.

Amelogénesis Imperfecta. - Amelogénesis Imperfecta es un término mal definido que denota hipoplasia hereditaria del esmalte, aplasia e hipocalcificación hereditaria.

Dentinogénesis Imperfecta. - (Llamada también Dentina Opalescente). Es un trastorno hereditario que afecta el desarrollo de la dentina y puede estar acompañado de un trastorno similar en los huesos (Osteogénesis Imperfecta) clínicamente participa tanto la dentadura infantil como la dentadura de adulto, los dientes están todos afectados, ofrecen un aspecto opalescente ó gris, la atrición es rápida y acentuada, puede presentarse caries,

el esmalte es normal pero se "descara" fácilmente y las coronas son bulbosas.

Las radiografías muestran raíces cortas y cónicas y cámaras pulpaes amplias en las primeras etapas, más tarde estrechas y obliteradas por completo.

Microscópicamente, la dentina inmediatamente debajo del límite dentina-esmalte (dentina de cubierta) es normal. El resto de la dentina muestra distorsión de lóbulos, lóbulos atípicos y numerosas líneas que confieren un aspecto de estratificación. Las cámaras y conductos pulpaes son amplios en las primeras etapas pero progresivamente se obliteran y son reemplazadas por dentina atípica.

La dentinogénesis imperfecta puede asociarse con otras anomalías del desarrollo (por ejemplo: albinismo, mal formación cardíaca, osteogénesis imperfecta y esclerótica azul).

En resumen: La Osteogénesis imperfecta se caracteriza por un tejido óseo atípico, de modo que los huesos se fracturan con facilidad.

Odontodisplasia. - En contados casos pueden verse dientes con coronas pequeñas, distorsionadas y descoloridas y una disminución del espesor del esmalte. Por lo general esos dientes no hacen erupción, y en las radiografías puede observarse zonas radiolúcidas alrededor de sus coronas. Poseen amplias cámaras pulpares. El examen microscópico revela distorsión de la matriz del esmalte, ausencia de bastones y calcificaciones focales en el tejido conectivo que circunda las coronas.

Casi toda la dentición pertenece al tipo hiperplásico y pueden encontrarse calcificaciones en la pulpa. Este trastorno no afecta a toda la dentadura, se desconoce su causa. Sin embargo, participan todas las estructuras del diente, por lo cual se le denomina Odontodisplasia.

CAPITULO VII

ANESTESIA

- a) Introducción
- b) Anestesia por Infiltración
- c) Anestesia General

a) Introducción

Las distintas maniobras que la Odontología emplea -- para el tratamiento de las afecciones provocan dolor.

La supresión de este dolor, una de las más grandes conquistas de la humanidad, se logra merced al empleo de la Anestesia.

Anestesia: Es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad.

En Odontología hay varios tipos de Anestesia: Local, Regional y General.

Los niños no son adultos en miniatura y por lo tanto, en ellos tendremos mucho cuidado en lo que se refiere a las drogas anestésicas que vayamos a utilizar.

En los niños, el hígado y los sistemas enzimáticos - están subdesarrollados, y estos son los principales factores desintoxicantes de las Drogas, y se ha comprobado que las drogas pueden causar un daño permanente irreversible.

b) Anestesia por Infiltración.

Ahora, en lo que respecta a la Anestesia, si en un paciente adulto este teme a la "mortal inyección", imaginémos - que puede ocurrir con un niño. Si estos pequeños van ya temero - sos, dispuestos a defenderse y repeler cualquier agresión que - ellos pudieren sufrir.

Existen dos maneras de poder conseguir la aplica - ción del anestésico:

Una de ellas es: Aplicación de toda nuestra Psico - logía, con toda nuestra comprensión y mucha paciencia, explicar - le al niño el porqué de esa necesidad de aplicarle una inyección. Que nuestra voz sea amable, muy clara para que él entienda y - tratar de que en ese momento no se encuentren los padres dentro del consultorio; ya que de lo contrario el niño se siente protegi - do y comenzará a llorar.

Aplicar el anestésico correctamente con la técnica adecuada y en el momento de estar inyectando bromear con el - niño, platicar, tratar de distraerlo para que este no sufra dema - siado con la inyección.

El modo de acción de los Anestésicos. - Todos los anestésicos locales importantes son sales de sustancias básicas.

Se supone que el mecanismo de acción es un fenómeno de superficie. La solución anestésica, provee una gran superficie libre de iones de la base con carga positiva que bien -- son absorbidos por las fibras y terminaciones nerviosas que tienen carga negativa.

Los Anestésicos son sustancias químicas de diversa índole las cuales por su estructura molecular tienen características y propiedades particulares que los hacen diferir uno del otro y -- gracias a lo cual el Odontólogo tiene la ventaja de hacer una selección idónea en cada caso en particular.

Una de tales propiedades, por ejemplo: La duración podrá ser una ventaja indiscutible de un Anestésico en operaciones prolongadas, pero no deja de ser inconveniente y molesto para el paciente si se usa el mismo anestésico en una operación -- sencilla.

Las técnicas que debemos aplicar pueden ser las mismas utilizadas en las personas adultas; aunque, debemos recordar que estamos trabajando en estructuras más pequeñas.

En los puntos locales, utilizaremos aguja corta y pueden ser puntos vestibulares ó palatinos (ó ambos a la vez).

El sitio de punsi3n ser3: en los puntos locales, vestibulares, en el pliegue muco-gingival (fondo de saco) a la altura de la pieza que se desee, esta t3cnica la podemos utilizar en el maxilar superior.

Anestesia en el Maxilar inferior. Utilizaremos aguja larga para poder estar una referencia del nervio dentario inferior, vamos a colocar la cara interna del dedo indice, lo pondremos en las caras occlusales y que nuestra yema toque la rama ascendente de la mand3bula.

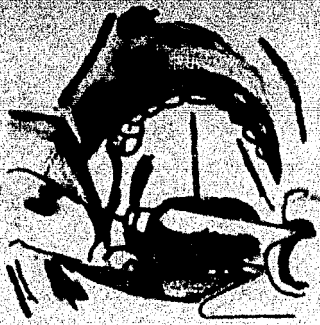
Dirigimos nuestra aguja a la mitad de la uña y entre los dos molares del lado contrario vamos a llegar hasta el hueso, vamos a dejar la mitad de nuestro cartucho. Pasamos después nuestra aguja del lado contrario, ahí penetramos 1 ó 2 milímetros más y llegaremos hasta la espina de Spix, volvemos a regresar a la posici3n primaria y dejamos lo restante del cartucho.

Ya que hayamos terminado nuestro tratamiento pondremos una pequeña gasa en el carrillo del pequeño para que es-

te no se esté mordiendo y lacerando sus tejidos y esto pueda ocasionar problemas posteriores, también advertirles a los padres que estén al cuidado del niño mientras el efecto del anestésico --
pase.



Anestesia en el Maxilar Superior



Anestesia en el Maxilar Inferior

c) Anestesia General.

La segunda manera de poder trabajar con los pequenos pacientes será la aplicación de anestesia general.

Para la supresión de la experiencia dolorosa podemos utilizar el óxido nítrico (N_2O), con una combinación de 50 a 50+; con esta mezcla lograremos producir un estado semejante a la de la intoxicación alcohólica acompañada de analgesia sin pérdida de la conciencia. una vez llegado a este estado será más sencillo balancear el anestésico, ya que una extracción, la incisión con bisturí o en algún tratamiento de conductos puede provocar dolor.

La voz constante y monótona del dentista puede mejorar la cooperación del paciente.

1. - Incisión y debridación de abscesos agudos.
2. - En pacientes sumamente aprensivos.
3. - En los niños que no son receptivos a las técnicas de anestesia local por inyección.
4. - En retrasados mentales.

* 50 de O_2 y 50 de N_2O

El restablecimiento de la Anestesia siempre es rápido, sin trastornos.

Las condiciones del Anestésico General ideal serían las siguientes:

- 1.- Debe ser de inducción rápida y placentera.
- 2.- No debe tener olor desagradable, ni irritar la mucosa.
- 3.- Debe ser potente en el sentido clínico utilizando sólo porcentajes de O₂.
- 4.- Producir una buena relajación muscular.
- 5.- No debe ser tóxico para el hígado ó el riñón.
- 6.- Económico y utilizarse sin aparatos complicados.

Las causas por las que se presentan problemas anestésicos son debidas a:

- 1.- El alto metabolismo infantil, que proporciona un reducido campo para la anestesia.
- 2.- Un volúmen sanguíneo relativamente bajo.
- 3.- Un sistema nervioso inmaduro e inestable.

El problema de la anestesia en los niños debe estudiarse desde dos puntos de vista: La operación a realizarse y el agente anestésico; ambos íntimamente ligados.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONES

Los niños no son tan difíciles de tratar como se tiene entendido; no son como muchos dicen "Pequeños Monstruos".

Teniendo paciencia, y mucho tacto con los pequeños se lograrán aciertos en el tratamiento dental.

Se habló en un capítulo especial, la manera de tratar en la práctica dental a los pacientes con Síndrome de Down; debido a la ignorancia que muchos de nosotros teníamos de esta aberración cromosómica. Todos estos niños deben ser atendidos cómodos y, por decirlo así, paternalmente; ellos también sufren y no están exentos de problemas a nivel bucal.

Como sabemos los niños siempre sufrirán de caries, debido a lo incontrolable que es la alimentación en ellos, aunque a veces la culpa no es de los niños sino de los mismos padres.

Así es que, en una manera particular de pensar se deberá educar primero a los padres, para que ellos tengan un buen control sobre sus hijos y llevarlos al dentista, no cuando el niño tenga ya sus molares totalmente destruidos y ponga, a veces, en peligro la vida del niño, sino mucho antes para tratar de prevenir y poder atacar

cualquier enfermedad que se pudiese presentar en los pequeños.

Con una manera y trato sencillo se puede ganar la confianza del niño; tratar de que jamás nos vea como enemigos y por último animarlo a que siempre sea él, el que pida ir al dentista y no sus padres, que hay veces que lo tienen que llevar a la fuerza.

Todo es posible si se pone un poco de cariño, de ganas de trabajar y no ver al niño como ese gran problema, que se cree que es en Odontología, sino todo lo contrario, ver a esos niños como lo que serán: Los Hombres del Futuro.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Periodoncia de Orban
(Teoría y Práctica)
Dr. Daniel A. Grant.
Editorial Interamericana
Cuarta Edición.
Pags. 152-157

Radiología Dental
Richard C. O'Brien
Editorial Interamericana
Segunda Edición
Pags. 121-136

Patología Bucal
Dr. Rafael Esponda
Editorial El Ateneo
Segunda Edición (1975)
Pags. 88, 90, 97, 100 y 101

Anatomía Dental
Dr. Rafael Esponda
Manuales Universitarios
Tercera Edición 1975
Pags. 24-28 y 325

Alteraciones de la Cavidad Bucal en Pacientes
con Síndrome de Down.
C.D. José Gurrutía
Revista F.O.
Volumen IV
Número 21; 1978
Pags. 42 y 43

Apuntes de "Patología Bucal"
Dra. Yolanda García
U.N.A.M.
Tercer Semestre

Apuntes de Odontología Infantil
Dr. Facundo Martínez
Clínica "Benito Juárez"
Ciudad Netzahualcoyotl.
Séptimo Semestre.

Apuntes de Odontología Preventiva
Dr. Guillermo González.
U. N. A. M.
Primer Semestre.

Apuntes de Anestesia
Dr. Grageda Cantú.
U. N. A. M.
Cuarto Semestre.

Emergencias en Odontología
F. M. McCarthy
Edit. El Ateneo
Segunda Edición.

Cirugía Bucal.
Dr. Guillermo R. Centeno
Edit. El Ateneo
Séptima Edición.

Práctica Endodóntica.
Louis I. Grossman
Editorial Mundí
Tercera Edición.

Manual Ilustrado de Odontología
Astra (1969).