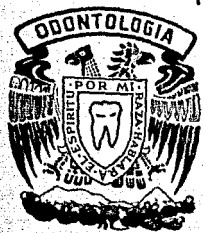


1 ej. 878

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE
ODONTOLOGIA PEDIATRICA

U. B. C. D. Juan de Dios Ortiz Medina

E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
GRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

LUIS ANTONIO RODRIGUEZ GARCIA

MEXICO, D. F.

1979

15267



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.

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CARA.....	5
1) Proceso frontonasal.....	5
2) Procesos maxilares.....	5
3) Proceso mandibular.....	6
CAPITULO II DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL DIENTE.....	10
1) Organó dentario.....	10
2) Papila dentaria.....	10
3) Saco dentario.....	10
Actividad funcional de la lamina dentaria... ..	13
Vaina radicular.....	13
Formación del ápice.....	14
1) Primordium.....	14
2) Etapa de copa.....	14
3) Etapa de campana.....	14
a) Histodiferenciación.....	14
b) Morfodiferenciación.....	15
4) Calcificación.....	15
5) Erupción dental.....	15

CAPITULO III	DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.....	18
	Patrones de conducta.....	18
	Tipos psicologicos del niño y su manejo.....	21
	1) Timido.....	21
	2) Consentido.....	21
	3) Caprichoso.....	22
	4) Desafiante.....	22
	5) Miedoso.....	22
	6) Cooperador.....	23
	7) Debil mental.....	23
CAPITULO IV	RECEPCION DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.....	25
	Ambiente en el consultorio dental..	25
	Visita al consultorio dental en condiciones normales.....	27
	Visita al consultorio dental en casa de urgencia.....	28
CAPITULO V	OPERATORIA DENTAL EN DIENTES INFANTILES.....	31
	1) Control del dolor y las molestias	31
	2) Uso del dique de hula.....	31
	Clasificación de cavidades del doctor BLAK.....	32
	Pasos para la preparación de cavidades.....	33
	Primera clase.....	33
	Segunda clase.....	34
	Tercera clase	34
	Cuarta clase.....	35

	Quinta clase.....	35
CAPITULO VI	ENFERMEDADES PARODONTALES EN LOS NIÑOS.....	38
	Encías normales en la infancia ..	38
	Naturaleza de la gingivitis.....	38
	Gingivitis.....	39
	1) Gingivitis de origen local...	39
	2) Gingivitis eruptiva.....	39
	3) Gingivitis por mala higiene bucal.....	40
	4) Gingivitis herpética.....	41
CAPITULO VII	FRACTURAS DENTARIAS	43
	Clase I.....	45
	Clase II.....	46
	Clase III.....	47
	Clase IV.....	49
	Clase V.....	50
	Clase VI.....	51
CAPITULO VIII	ENDODONCIA INFANTIL.....	53
	Dientes temporales.....	53
	Dientes permanentes.....	53
	Tratamiento de la pulpitis.....	54
	Pupotomia al formocresol.....	55
	Contraindicaciones en el tratamiento con pulpa necrótica.....	56
	Técnicas para la apicoformación..	57

	1) Técnica del hidroxido cálcico paraclorofenol alcanforado segun FRANK.....	57
	2) Técnica del hidroxido cálcico iodoformo segun MAISTO.....	58
	Pulpectomia total en dientes permanentes infantiles.....	61
CAPITULO IX	MANTENEDORES DE ESPACIO.....	63
	Clasificación de los mantenedores de espacio.....	64
	Mantenedores de espacio de tipo removible.....	64
	Indicaciones y consideraciones importantes para la colocación de un mantenedor de espacio.....	65
	Algunos tipos de mantenedores de espacio.....	67
CAPITULO X	PREVENCIÓN DE CARIES.....	71
	Formas de prevenir la caries.....	71
	1) Utilizando factores que tienden a eliminar el ataque bacteriano.....	71
	2) Modificando el medio ambiente en donde la bacteria se desarrolla....	72
	3) Cambiando la estructura del esmalte.	72
	Metodos para la aplicación de fluor.....	73
	I) Aplicación tópica de soluciones de fluor al esmalte.....	73
	II) Enjuagatorios de soluciones de fluor.....	74

III) Dentífricos y pastas para pulir adicionadas con derivados del fluor.....	75
Medios de acción por el cual el fluor confiere protección contra la caries.....	75
CONCLUSIONES.....	28

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

I N T R O D U C C I O N

Nuestro país es clasificado como joven, es decir que alrededor de un cuarenta por ciento de la población es menor de los 15 años y según las estadísticas solamente en edad de asistir a la escuela tenemos alrededor de veinte millones, cifra con la cual nos damos cuenta que resulta imposible la atención integral de todos los niños que la requieren, sin lugar a duda el único camino viable es la prevención, se le han dado varias acepciones y a sido explicada en diversas formas.

Así se penso que como prevenir significa evitar, y no siempre es posible aplicar este termino ya que en un gran número de casos se encuentra presente la enfermedad; por este motivo se a clasificado como, prevención primaria, y prevención secundaria lo que da un mayor margen para clasificar las actividades, que deberan tomarse ante el padecimiento y las que se deben seguir para combatirlo.

Esta clasificación la podemos dividir en cinco niveles.

Primer nivel:

Promoción de la salud.

Comprende todas las actividades generales a seguir para evitar que los individuos aparentemente sanos pierdan ese estado de salud.

Segundo nivel:

Se agrupan a todos los procedimientos específicos de protección contra un determinado padecimiento.

Tercer nivel:

DetECCIÓN oportuna.

Debe ser complementado con el tratamiento precoz para el control de la enfermedad.

Cuarto nivel:

Corresponde a la limitación del daño que pudo haber causado el padecimiento.

Quinto nivel:

Se toman en cuenta todos aquellos procedimientos que nos encaminen a lograr la rehabilitación.

Analizando los puntos descritos anteriormente vemos que con cierta facilidad podemos ubicar en ellos todas las actividades que desarrollamos dentro de nuestra práctica de la odontología pediátrica.

Considerando en términos generales diremos que la odontología infantil es la encargada de la aplicación de los conocimientos odontológicos a la niñez.

C A P I T U L O I

DESARROLLO EMBRIOLÓGICO DE LA CARA

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CARA

A partir de la cuarta semana de vida intrauterina cuando el embrión mide alrededor de 35.mm se inicia la formación de la cara en su extremo cefálico.

La cara comienza a organizarse tomando como centro de referencia una pequeña depresión o estomatodeo que sera la futura cavidad oral, a partir de esta cavidad se forman surcos o fisuras que se profundizan por el crecimiento de las estructuras o procesos que forman la cara.

Los procesos son:

1).- PROCESO FRONTONASAL.

De lugar al hueso frontal, huesos propios de la nariz segmentos orbitarios internos, se encuentra en sentido vertical, en la parte inferior va a tener tres pliegues, dos laterales y un central.

2).- PROCESOS MAXILARES.

Los encontramos separados en la linea media, uno a la derecha y otro a la izquierda; hacia la parte interna de la parte externa para encontrarse con los pliegues del frontonasal, palatino en la parte posterior van a juntarse en la premaxila dando origen al

tercio lateral de la cara, regiones maxilares y maxilares

3).- PROCESO MANDIBULAR.

Da origen a la mandíbula y se encuentra en el tercio anterior; en la primera semana de vida hay formación de tejido conjuntivo, va a formar un cartilago (segun MEKEL). Se va a diferenciar por la parte posterior y va a dar origen a los huesecillos del oido.

a).- Martillo y Yunque.

b).- Cóndilo y coronoides.

Se va a diferenciar la parte media del temporal, zona capsular para la articulación y el paquete vasculo nervioso que esta formado por venas y arterias.

Este proceso presenta las fisuras siguientes:

1).- Fisura oculonasal: que va del angulo interno del ojo primitivo a la base de la nariz separa el proceso frontonasal del maxilar.

2).- Fisura mandibular: va de la parte nas lateral del estomatodeo hasta el lado externo de la cara, y separa el proceso maxilar del mandibular.

En la cuarta semana, a los lados de la prominencia frontonasal, aparecen unas pequeñas depresiones o fositas

ópticas. Por debajo del proceso mandibular se observa una fisura llamada huido mandibular que separa el arco mandibular del huido de los bordes libres de la fisura huido mandibular, se formara el conducto auditivo externo y parte del cóndilo mandibular; de la cuarta a la octava semana las estructuras faciales sufren un proceso de medialización, se reúnen con su contra parte y los surcos que existían entre ellas desaparecen.

Los procesos mandibulares se unen en la línea media y forman la mandíbula, los procesos maxilares se unen a los mandibulares formando en su unión las mejillas y el ángulo externo de la boca.

Los procesos maxilares se fusionan con el proceso frontonasal formando el tercio medio de la cara, el labio superior y la nariz, Los ojos se desplazan de los lados de la cara hasta alcanzar su situación mas anterior y mas media.

Así tenemos al finalizar la octava semana de vida intrauterina.

Las fisuras desaparecen y los procesos quedan firmemente unidos unos con otros; la formación del paladar ocurre de la octava a la décimosegunda semana de vida intrauterina de la siguiente manera;

Existe al principio solo una gran cavidad oro-nasal ya que de el proceso maxilar emergen dos conchas palatinas que estan situadas a los lados de la lengua en el techo de la cavidad oro-nasal esta el septum nasal que comienza a descender. Las conchas palatinas se elevan por encima de la lengua y se unen al septum nasal, separando la cavidad oral y nasal.

Los segmentos quedan separados al principio por paredes epiteliales que posteriormente desaparecen y se hace una fusión solida entre ellos de tal manera que al final de la décimoséptima semana el paladar ya esta definitivamente formado dando lugar a la bóveda palatina.

En esta etapa la cara esta fuertemente flexionada sobre el torax posteriormente se presenta el proceso de flexión para permitir el crecimiento de la zona mandibular.

CAPITULO II

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL DIENTE

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL DIENTE

Aproximadamente a la sexta semana de vida embrionaria las células ectodérmicas de la capa basal del estomatodeo anterior empiezan a dividirse produciendo un engrosamiento prominente conforme se va desarrollando el epitelio, crece dentro del mesénquima adyacente y se establecen dos bandas anchas y solidas del epitelio; llamadas lamina dentales de las cuales una se localiza en el maxilar superior y la otra en el maxilar inferior.

Cada diente se va desarrollando a partir de una yema dentaria que consta de tres partes:

1).- ORGANOS DENTARIO.

Que deriva del ectodermo bucal y es el que produce el esmalte.

2).- PAPILA DENTARIA.

Deriva del mesénquima y de ella deriva la pulpa y la dentina.

3).- SACO DENTARIO.

Que deriva del mesénquima y dara origen al cemento y el ligamento parodontal.

El epitelio bucal en su capa de células basales comienzan a proliferar a un ritmo más rápido que las células adyacentes, originando un engrosamiento en la región del futuro arco dentario extendiéndose a lo largo del borde libre de los maxilares en forma simultánea con la diferenciación de la lámina dentaria, se originan de ella salientes redondeados y ovoideos en diez puntos diferentes que son los esbozos de las diez piezas dentarias primarias o deciduas.

El crecimiento provoca cambios de tamaño y proporciones de los germenos dentarios se caracteriza por una invaginación poco marcada, las células periféricas forman el epitelio dentario externo.

Las células situadas en el centro del órgano dentario forman el nódulo de esmalte y el cordón del esmalte el cual desaparece en unos días, el casquete se agranda y se transforma en una estructura en forma de campana. Aquí se presenta una histodiferenciación, cuando las células periféricas contiguas al epitelio interno dentario crecen y se diferencian hacia odontoblastos que son los productos de dentina.

Al presentarse la histodiferenciación las células suspenden su capacidad de reproducción al adquirir nueva función.

En esta etapa se hará el más alto desarrollo del órgano del esmalte y precede a la aposición del esmalte y la dentina; la cual se lleva a cabo del centro hacia las orillas. El órgano del esmalte adquiere forma de campana, conforme se produce la invaginación del epitelio y proliferación de sus márgenes.

El epitelio dentario externo se dispone en pliegues proporcionando aporte nutritivo para la actividad metabólica del órgano vascular del esmalte.

La lámina dentaria prolifera en su extremidad distal y dará origen al órgano dentario secundario el cual se separa de la lámina en el momento en que se forma la primera dentición.

Las células periféricas de la papila se diferencian en odontoblastos; esto se realiza antes de la producción del esmalte. Por la influencia organizadora de la capa externa de la vaina epitelial de HERTWIG se diferencian las células en cementoblastos.

Antes de comenzar el depósito de la matriz del esmalte las células formativas se disponen de tal manera que marcan la forma y el tamaño del futuro diente; en esta etapa el límite entre el epitelio dentario interno y los

odontoblastos, marca la futura unión amelodentinaria, además se da origen a la vaina epitelial de HERTWIG.

Actividad funcional de la lamina dentaria, se le puede dividir en tres fases.

1).- Iniciación de toda la dentición primaria a partir del segundo mes de vida intrauterina.

2).- Iniciación de los dientes secundarios.

3).- Prolongación de la lamina para la formación del primer molar permanente.

La actividad de la lamina dentaria se prolonga por unos cinco años y antes de desaparecer puede activarse en la región del tercer molar pudiendo persistir sus restos como perlas del epitelio.

La vaina radicular epitelial de HERTWIG esta constituida por epitelio dentario externo, modela las raices e inicia la formación de la dentina, cuando ha inducido la diferenciación de las celulas del tejido conjuntivo hacia odontoblastos, la vaina pierde su continuidad, persistiendo solamente como restos epiteliales de MALASSEZ en el ligamento periodontal.

Las celulas del tejido conjuntivo se ponen en contacto con la superficie de la dentina y se diferencian en cemento-blastos.

Formación del ápice:

El agujero apical se reduce primero hasta la anchura diafragmática y después se estrecha por la aposición de dentina y cemento en el vértice de la raíz.

Etapas evolutivas en el desarrollo del diente:

1).- PRIMORDIUM.

En esta etapa se presenta una banda que sigue el proceso alveolar por la parte superior e inferior dando origen a la lamina dentaria que es la primera parte ectodérmica del diente, así comienza el desarrollo del diente.

2).- ETAPA DE COPA.

Se presenta una invaginación que da origen al epitelio adamentino y así tenemos uno interno y otro externo.

3).- ETAPA DE CAMPANA .

Se presenta primero una histodiferenciación y en segundo término una morfodiferenciación.

a).- HISTODIFERENCIACION.

Se presenta una invaginación que da origen al esmalte y la dentina en forma de campana la cual marca la forma de la corona del futuro diente.

1).- Las células que forman la papila dentaria se transforman en odontoblastos que dan origen a la dentina.

II).- Las células que forman el epitelio adamantino se transforman en ameloblastos; se calcifican y dan origen al esmalte.

b).- MORFODIFERENCIACION

Se presenta una invaginación que da origen a la forma de la corona del diente y así la capa interna da origen a la dentina y la externa al esmalte.

4).- CALCIFICACION.

Al comenzar la aposición en la parte externa y la parte interna forman una matriz que se calcifica y así se da origen a la dureza del esmalte y de la dentina.

5).- Erupción dental.

En esta etapa hace su aparición la corona del diente en la cavidad oral.

Formación de la raíz y su papel en la erupción:

Las células proliferan y forman un tubo que va aumentando hacia abajo en el mesénquima, este tubo recibe el nombre de vaina radicular epitelial de HERTWIG, esta vaina establece la forma de la raíz y organiza las células más cercanas del mesénquima que las rodean para que se diferencien constituyendo odontoblastos.

Sin embargo aquí hay poco espacio para que se desarrolle

La raíz; por lo tanto hay que dejar espacio para que la corona sea impulsada a través de la mucosa de la boca y salga.

Para que la raíz termine de formarse, los dientes tienen que estar ya erupcionados y en función durante unos dos años.

C A P I T U L O I I I

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

Este desarrollo nos dará un patrón de conducta y un interés del niño a la adquisición de conocimientos destreza e interés. No obstante que la maduración está determinada por factores propios del individuo y el medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo.

PATRONES DE CONDUCTA DEL NIÑO.

1).- Del nacimiento a los dos años.

En esta etapa el niño depende completamente de su madre en lo que a cuidados se refiere por lo tanto se encuentra fuertemente unido a ella de tal manera que la considera como parte de él.

2).- De dos a tres años.

En esta etapa el niño trata de ser independiente en su medio ambiente familiar. Su conducta se caracteriza porque distrae su atención fácilmente de una cosa a otra teniendo un campo de interés amplio y variable.

Si el niño está asustado puede responder positivamente a un acercamiento hablándole con voz suave y cariñosa.

3).- De cuatro a seis años.

A esta edad el niño desea ser independiente y lo manifiesta

de manera agresiva; su medio ambiente es la familia, los sentimientos y emociones crecen y disminuyen rápidamente y sus enemistades son tan inestables como sus amistades.

A los cinco años se encuentra una amplia variedad de patrones de conducta, que van desde:

- a).- El niño que no coopera, que se encuentra asustado, inseguro y aun fuertemente unido a la madre.
- b).- El niño que se conforma, docil, sumiso.
- c).- El que coopera ampliamente porque se siente seguro y disfruta de una nueva experiencia.

4).- Edad: preescolar.

Los niños que aun no asisten al jardín de niños o no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos o poco sociales por lo general temen a los extraños hasta que se identifica con ellos. En cambio los niños que asisten a la escuela se vuelven más sociales y están dispuestos a relacionarse con extraños.

5).- Período escolar.

Se divide en tres etapas.

a).- Etapa temprana:

Comprende aproximadamente de los seis a los ocho años de

edad en la que el niño ya se encuentra listo para iniciar una existencia independiente, a llevar una vida social más amplia, aprende a llevarse con los demás y captar las normas y reglamentos de la sociedad al mismo tiempo aprenda a aceptarlos.

b).- Etapa intermedia.

Comprende aproximadamente de los nueve a los doce años de edad; de los ocho a los nueve comienza a romper sus relaciones con la casa, fase por la que debe de pasar antes de alcanzar su madurez e independencia.

A los nueve años el niño ya tiene experiencia para adaptarse y cooperar aun cuando el procedimiento sea doloroso.

Diez años: Le gusta demostrar que es capaz de realizar acciones muy difíciles con raras excepciones.

Doce años: Tienden a desdeñar todas las actitudes del niño y son firmemente independientes, están llenos de curiosidad.

c).- Etapa final.

Comprende de los trece a los dieciocho años, durante esta etapa se introducen muchas alteraciones importantes como resultado del marcado desarrollo físico, mental y emocional, en esta edad a dejado de ser un niño, no ha alcanzado la madurez necesaria para ser considerado como adulto.

Adolescencia: se encuentra el problema de quererse independizar rompiendo con muchos principios familiares basados en la autoridad, responsabilidad, respeto, afecto alejándose de su casa.

El adolescente pide privilegios, pero no desea asumir ninguna responsabilidad.

En la adolescencia temprana quiere aceptar los principales privilegios del niño y del adolescente.

Todas estas etapas son necesarias y de gran valor para llegar a alcanzar la madurez individual.

TIPOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO Y SU MANEJO

1).- TIMIDO.

Son aquellos que sus padres no los relacionan con la sociedad, son aquellos fáciles de reconocer, generalmente no quiere entrar en el consultorio, busca esconderse detras de la madre; en este caso se le convencera sin demostrar una exigencia excesiva, dominando poco a poco su temor y teniendo la oportunidad de entrar en el terreno de sus afectos demostrando interes en lo que a el le gusta.

2).- CONSENTIDO.

Son aquellos que sus padres los tratan con excesiva indulgencia, rechazo o indiferencia lo cual hace que el niño manifieste una conducta consentida que por lo general se caracteriza por su desobediencia.

Esta acostumbrado a conseguir todo lo que se propone, ya sea gritando, llorando, manoteando y pateando.

En este caso hay que imponerse al niño con la autorización de los padres, con este tipo de niños las citas deben ser cortas no mayores de treinta minutos, hay que estar concientes de que se debe hacer el tratamiento o parte de él, para que el niño comprenda de que no se hará su capricho, en citas posteriores.

3).- CAPRICHOSSO.

Generalmente es niño único, el más pequeño de la familia, adoptado, o a permanecido enfermo durante mucho tiempo por estos motivos se le complace en casi todo, normalmente se comporta bien pero le disgusta que se le pida algo que le molesta.

4).- DESAFIANTE.

Son aquellos que siempre creen tener la razón y creen saberlo todo, esta actitud la presentan niños que han sido sobreprotegidos por sus padres.

5).- MIEDOSO.

Son aquellos que han tenido conversaciones con personas que han sido tratadas, o tenido experiencias en ellos mismos.

6).- COOPERADOR.

Es el niño al que se debe manejar con mayor cuidado, para no hacer de él un mal paciente.

7).- DEBIL MENTAL.

Constituyen un problema que debe tratarse en forma individual en cada caso en particular.

Se caracterizan por la lentitud en que siguen las indicaciones. Se procurará manejarlos de acuerdo al grado o etapa de debilidad mental.

En estos casos deberá valorarse si el tratamiento se efectuará bajo anestesia general o local.

CAPITULO IV

RECEPCION DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

RECEPCION DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Para tener éxito en el manejo del niño hay que hacerle sentir que el odontólogo y su asistente son sus amigos y se encuentran interesados en ayudarlo, esto puede lograrse que el niño tome conciencia de la importancia que puede tener para él la odontología.

En relación con los padres.

Informarles lo que le deben decir al niño que es lo que no deben mencionarle señalar que no es conveniente manifestar sus temores al niño, ni asegurarle que no se le hará ningún tratamiento.

Nunca tratar a la odontología como un castigo sino siempre como un beneficio, no darle información detallada respecto al tratamiento que se le realizará.

Ambiente en el consultorio dental.

Se debe tener presente que el aspecto del consultorio dental no va a controlar la conducta de nuestro paciente, pero sí puede ser de gran importancia la influencia que ejerce sobre su estado de ánimo.

La primera impresión que recibirá será a la sala de recepción por lo cual debe ser un ambiente agradable y cordial. Agradable por parte de la asistente dental, para la exclusiva atención del paciente infantil, el consultorio dental

deberá ser decorado con colores pastel que junto con una música suave den al paciente una atmósfera de confianza y tranquilidad.

A partir de los tres años los niños no entran al consultorio dental acompañados de sus padres, si el niño no quiere entrar debemos salir por él, si esto ocasiona que el niño lllore lo dejaremos llorar un rato despues se le dirá que no se permite llorar dentro del consultorio, para esto hay que emplear una actitud firme pero con amabilidad explicándole las razones y la necesidad de efectuar el tratamiento.

Si grita se hará alguna maniobra no agresiva para impedir que lo haga, ya que si no establecemos comunicación con él no podremos realizar ningún tratamiento.

Se debe tomar en cuenta la importancia de realizar siempre algún tratamiento por corto que sea para que se grave en la mente del niño que no se saldrá con su capricho, y que en citas posteriores tendrá que ir predispuesto a un tratamiento siempre respetarlo, no engañarlo sobre lo que se va a hacer, pero si evitar asustarlo utilizando otros terminos dejandolo creer que es el quien maneja la situación, se le dirá "sientate, ponte comodo, coloca tu brazo izquierdo sobre el brazo del sillón."

Si en algún momento sientas alguna molestia, levántalo y en el

momento detendremos todo lo que estamos haciendo y nos explicará cual es el problema, pero recuerda que solamente debemos levantar el brazo cuando haya un problema.

Sera importante la brevedad del tratamiento tratando siempre que no sean mayores las sesiones de treinta minutos.

Pero estar conciente de que nunca hay que sacrificar la tecnica por la velocidad, principio muy importante para no tener fracasos en los tratamientos.

Nuestro objetivo principal es la conservación de las piezas de la primera dentición, para lograrlo necesitamos de la cooperación de los padres, adiestrar, inculcar el habito de la limpieza dental de los niños, la mayor preservación de los dientes ya que sus puntos vitales son:

- 1).- Contribuir a la función masticatoria cuya eficacia redondea en el perfecto funcionamiento digestivo y en la asimilación de los alimentos.
- 2).- Es de suma importancia la tarea de mantener el espacio apropiado de los dientes para evitar posibles maloclusiones y lograr una buena articulación cuando hacen su erupción los dientes permanentes.

VISITA AL CONSULTORIO DENTAL

En condiciones normales estas son las visitas de caracter

preventivo o de rutina con respecto a un tratamiento a seguir, no se debe hacer esperar al paciente ya que la espera excesiva alterara su conducta despues de veinte minutos.

Es importante ponerse a su nivel intelectual y preguntarle cual es el motivo de su visita, usando palabras comprensibles para él, logrando así una mayor confianza, tratar de familiarizarlo con todo lo que se encuentra en el consultorio dental ya que para él es una experiencia nueva.

Si fuera necesario darle una breve explicación del funcionamiento de algunos aparatos logrando así su mayor tranquilidad.

En esta primera visita se le tomaren radiografias de rutina y se explicara el plan a llevar con respecto a su tratamiento, en cuantas citas se llevara a cabo, con lo cual se ganara su confianza asegurando así el éxito de las citas posteriores. Posteriormente se le pedira al acompañante que entre y se le indicara el tratamiento a seguir.

Visitas al consultorio dental en caso de urgencia.

En estas siempre se encontrara el factor dolor o molestia, este tipo de visitas son las que requieren de todo el ingenio del odontólogo para que por medio de platicas y mostrandole objetos que distraiga la atención que trae hacia el dolor, ya que hay que tomar en cuenta que regularmente

son pacientes que llevan de dos a tres noches sin poder dormir, motivo por el cual se encuentran irritados, mal-humorados presentando una actitud de rebeldía, así en esta forma se lograra que inconscientemente el paciente abra la boca y se dejará tratar.

Previamente se había hecho el interrogatorio al acompañante para poder precisar el pronóstico y ya comprobado por medio de la exploración de la boca, elaborar el plan de tratamiento.

C A P I T U L O V

OPERATORIA DENTAL EN DIENTES INFANTILES

OPERATORIA DENTAL EN DIENTES INFANTILES

La meta principal de la odontopediatria es preservar la integridad de los dientes caducos, para que se mantengan funciones normales y ocurra la exfoliación natural.

Un odontólogo no debe condenar un diente permanente o primario a extracción sin antes haber agotado todos los esfuerzos para llegar a una evaluación adecuada.

Procedimientos operatorios para dientes primarios.

1°.- Control del dolor y las molestias.

La clave de una operatoria dental acertada es el manejo adecuado y comodo de los niños usando un anestésico local o medicaciones ligeras, hacen cualquier procedimiento más agradable y menos doloroso.

Las inyecciones realizadas con cuidado, precavidas de aplicaciones de anestesia tópica en forma de pasta en el lugar de la inyección, ayudan mucho a desvanecer los temores del niño y mejora la calidad de la operatoria dental.

2°.- Uso del dique de hule.

Es importante el uso del dique de hule debido a:

1°.- Que se aumenta la cantidad y la calidad del trabajo producido por unidad de tiempo porque retrae las mejillas y la lengua lejos del campo operatorio y disminuye la posibilidad de

lesiones en los tejidos y la deglución o aspiración de materiales extraños.

b).-Proporciona un campo seco cuando es necesario para la colocación de bases, de recubrimientos pulparos o pulpoto-
mías y para la inserción y condensación de amalgama.

c).- Permitir el uso de rociadores de aire y agua en fresas de alta velocidad y facilita el uso de los eyectores de saliva.

d).- Permite al operador mayor visibilidad y mayor accesibilidad para los procedimientos necesarios.

Clasificación para la preparación de cavidades originada por el DOCTOR BLAK: puede modificarse ligeramente y aplicarse a dientes primarios.

PRIMERA CLASE:

Las fosetas y fisuras de las superficies oclusales de los molares y las fosetas bucales y linguales de todos los dientes.

SEGUNDA CLASE:

Todas las superficies proximales de los molares con acceso establecido desde la superficie oclusal.

TERCERA CLASE:

Todas las superficies proximales de dientes anteriores que pueden afectar o no a extensiones labiales o linguales.

CUARTA CLASE:

Todas las superficies proximales de dientes anteriores que afectan a la restauración de un ángulo incisal.

QUINTA CLASE:

En el tercio cervical de todos los dientes incluyendo la superficie proximal.

Pasos para la preparación de cavidades.

- 1).- Diseño de la cavidad.
- 2).- Forma de resistencia.
- 3).-Forma de retención
- 4).-Forma de conveniencia.
- 5).-Eliminación del tejido carioso.
- 6).-Tallado y bicelado de paredes adamantinas.
- 7).- Limpieza y desinfección de la cavidad.

Cavidades de primera clase:

En lesiones insipientes se usan fresas de cono invertido para penetrar en el esmalte y la dentina, terminado el delineado de la cavidad y la extensión por prevención se usará una fresa de fisura para pulir las paredes y terminar la cavidad; si el área careada es extensa pueda usarse fresa de bola llevada a menor velocidad para eliminar la caries, posteriormente se aplica una base de hidróxido de calcio.

A continuación una base de óxido de zinc y eugenol la cual ya seca y endurecida será tallada para dar forma al piso de la cavidad que debe ser plano y formar ángulo de noventa grados con relación a las paredes de la cavidad, a continuación se procede a la obturación de la cavidad con amalgama.

Cavidades de segunda clase.

Esbozo de la forma de la caja proximal utilizando fresa de cono invertido, se prepara la forma de la caja proximal tallando hacia oclusal.

Delineado del escalón oclusal usando fresa número treinta y cuatro, se pasa a través del escalón oclusal haciendo pequeños movimientos de fricción hasta que la profundidad oclusal sea correcta se procederá a la preparación de las áreas de retención con fresa de cono invertido y si se considera necesario se tomará la cara oclusal para tallar la retención.

Si el área careada es extensa se deberá colocar base de hidróxido de calcio sobre la porción más profunda y para cubrir esta se colocará base de óxido de zinc y eugenol la cual ya endurecida se tallará para dar lugar a la cavidad; se adapte la matriz para obturar con amalgama.

Cavidades de tercera clase.

Cuando la lesión es insipiente se prepara la cavidad con un mínimo de extensión labial y lingual.

Si la caries es mas extensa y el angulo incisal permanece intacto, se puede hacer una preparaci3n de cola de milano preparada en la cara lingual.

Esta forma de retenci3n se tallara despues de estar bien limpia la caries, al hacer el corte se debera hacer el cierre de la cola de milano a expensas de la parte gingival y no hacia incisal debido a que se debilitara el angulo del diente.

Se colocan las bases de hidroxido de calcio, se barniza con copalite.

Para hacer la obturaci3n se coloca la matriz metalica si se obturara con amalgama o la matriz plastica si se obtura con resina.

Cuarta clase.

En los dientes anteriores primarios en donde la caries es extensa y afecta al angulo incisal en estos casos es posible realizar restauraciones totalmente esteticas, usando resinas compuestas o coronas de policarbonato prefabricadas, bandas ortodonticas inoxidables, esto se hara segun el criterio de cada odont3logo.

Quinta clase.

Son caries localizadas en los tercios gingivales de todos los dientes, a este tipo de cavidades se les da forma de

riñon y el piso se talla siguiendo la convexidad del diente para así obtener la retención del material obturante.

Una vez limpia y desinfectada la cavidad se colocará base de hidróxido de calcio; la cual se barnizará antes de obturar la cavidad, se puede obturar con amalgama o con resina.

C A P I T U L O VI

ENFERMEDADES PARODONTALES EN LOS NIÑOS

ENFERMEDADES PARODONTALES EN LOS NIÑOS

Encías normales en la infancia.

Las encías infantiles deberan ser de color rosado palido mas semejante al color de la piel de la cara que al de los labios; deberan estar firmemente unidas al hueso alveolar.

La encía está más cerca de las superficies oclusales de las piezas dentales; son voluminosas y llenan completamente el espacio interproximal.

El margen libre de la encía se extiende hacia la protuberancia coronaria.

Naturaleza de la gingivitis.

Cuando se inflama el tejido gingival lo primero en observarse es hipereemia.

El color rosado palido pasa a rojo vivo, debido a la dilatación de los capilares aumentando el contenido sanguineo en los tejidos y hay un aumento de volumen en el parodonto.

Todo esto puede ser ocasionado por irritantes locales como cuando la encía y la mucosa de la boca estan constantemente recibiendo traumatismos físicos durante la masticación de alimentos, recibiendo irritaciones mecanicas con los movimientos de la lengua, labios y mejillas y por el humedecimiento de saliva y secado de saliva alternativamente al aire,

la acidez, la alcalinidad de los alimentos produciendo irritaciones químicas.

GINGIVITIS.

La gingivitis es un proceso inflamatorio que avanza siguiendo planos profundos, a través del tejido perivascular.

Los problemas parodontales más comunes propiamente dichos son:

1).- Gingivitis de origen local.

Entre los problemas que encontramos por este tipo de gingivitis son alteraciones y trastornos de la dentición.

2).- Gingivitis eruptiva.

El niño se encuentra intranquilo e irritable y se niega a comer, duerme mal, hay un aumento en la secreción de la saliva y se le irrita mucho la piel alrededor de la boca.

Las encías se encuentran inflamadas y adoloridas sobre la parte más prominente del diente en erupción, se abulta y es sensible al tacto, presenta diversos grados de gravedad, su severidad puede ser influenciada por la higiene bucal.

En los cambios fisiológicos en relación con la erupción de los dientes primarios o permanentes se describen tres tipos de alteraciones.

a).- Aparecen abultamientos pre-eruptivos antes de que la corona aparezca en la cavidad bucal; el cual está bien loca-

lizado, firme y blanquecino siguiendo un contorno preciso en la corona subyacente.

b).- Formación del margen gingival.

Se hace visible la corona del diente en la cavidad bucal apareciendo un contorno semilunar en el margen gingival.

c). Agrandamiento del margen fisiológico.

Que se presenta como principal característica y notable en la encía durante la dentición.

En la superficie vestibular de los dientes anteriores donde la encía se encuentra adherida a la corona.

3).- Gingivitis por mala higiene bucal.

Es causada por deficiente técnica de cepillado o por la falta total de esta.

Encontrándose materia alba, movilidad dentaria, mal aliento por la descomposición de residuos alimenticios.

a).- Materia alba.

Es notable la inflamación en el borde libre de la encía y de la papila, el borde marginal se vuelve rojo brillante y liso, los restos de comida se encuentran en descomposición, la mu- sine y los microorganismos son los responsables de estas alteraciones inflamatorias.

b).- Movilidad dentaria.

Al efectuar la masticación, la irritabilidad de los bordes irregularmente erosionados de dientes reabsorbidos da origen a cambios en la encía, que varían desde un ligero enrojecimiento hasta la formación de absesos y supuraciones.

Los niños pueden tomar durante este periodo hábitos de masticación unilateral, favoreciendo la acumulación de materia alba, residuos alimenticios, ocasionando gingivitis del lado no utilizado.

4).- Gingivitis Herpética.

Se manifiesta a manera de papilas de coloración roja en forma de bolla que al reventarse deja expuesto el tejido conjuntivo y forma una úlcera sumamente dolorosa y altamente contagiosa, ataca frecuentemente los carrillos, la parte interna del labio, la encía alveolar, la lengua, y en algunos casos el paladar.

Los síntomas comunes son:

Dolor, fiebre, malestar general y dificultades al deglutir los alimentos.

A pacientes con esta clase de alteración se les sugiere una dieta a base de líquidos, se les señala una técnica de cepillado adecuada y el uso de antisépticos.

CAPITULO VII

FRACTURAS DENTARIAS

FRACTURAS DENTARIAS

Una lesión traumática pueda crear situaciones que pongan en peligro la pulpa dentaria dañandola de manera irreversible, interviniendo su vascularización y su inervación provocando la necrosis pulpar.

Para su estudio y tratamiento a seguir, las agrupamos de la siguiente manera:

CLASE I. Dientes sin fractura, ni lesión periodontal ni otras fracturas en el esmalte.

CLASE II. Dientes con fractura de la corona abarcando esmalte y dentina.

CLASE III. Dientes con fractura de la corona muy cercana a la pulpa o con exposición pulpar.

CLASE IV. Dientes con fractura de la raíz con o sin fractura coronaria.

CLASE V. Dientes con luxación completa y avulsión.

CLASE VI. Dientes con subluxación con intrusión y extrusión.

En las cuatro primeras clases el problema a resolver será solamente pulpar.

Ya que el periodonto no se encuentra lesionado o con un leve daño, en las clases V y VI el problema sera periodontico endodontico, con doble objetivo a reparar ya que se encuentran el periodonto y la pulpa eventualmente desvitalizada por lesión vascular a nivel apical.

Para su tratamiento se debe tomar en cuenta que la reacción de los tejidos dentales y periodontales ante un traumatismo es el siguiente.

1).- El esmalte no se regenera, por lo tanto cualquier lesión fisura y fractura, en el esmalte, sera biologicamente irreparable.

2).- La dentina formada tampoco se regenera pero ante una dentina fisurada o fracturada se pueda producir la reparación en las siguientes maneras:

a).- Formación de dentina terciaria o reparativa.

b).- Regeneración del cemento formando un callo periferico alrededor de la linea de fractura.

c).- Interposición entre los fragmentos de una fractura radicular.

3).- El cemento se regenera con facilidad especialmente en ausencia de infección y con inmovilidad de los fragmentos.

4).- Los tejidos epitelial y conjuntivo de la encía tienen una capacidad extraordinaria de cicatrización.

5).- El ligamento periodontal se regenera y cicatriza relativamente bien.

6).- El tejido óseo se regenera y repara también fácilmente.

7).- La pulpa posee una capacidad de regeneración y reparación extraordinaria, pero necesita dos requisitos básicos que son:

a).- Debe mantener integralmente la vascularización e inervación apical ya que de ello depende todo su metabolismo su defensa y su vida.

b).- Que la pulpa no se infecte para que pueda repararse

CLASE I. Dientes sin fractura ni lesión paradontal.

Esta es cuando el diente recibe un golpe violento que aunque aparentemente no muestra síntomas exteriores, provoque severas lesiones pulpares que pueden ser:

a).- Inmediatas: como la necrosis por lesión de los vasos apicales.

b).- Mediatas: como la calcificación masiva y las reabsorciones dentinarias internas o cemento dentinarias externas; las cuales pueden presentarse en un lapso de meses o años después del accidente.

Es muy importante para el pronóstico en estos casos la edad del diente.

Dientes jóvenes: tienen ápice amplio debido a su inmadurez lo cual permite una buena circulación con la cual el diente tiene muchas posibilidades de conservar su vitalidad.

Dientes adultos: la circulación es más difícil por la estrechez apical sucumbe más fácilmente a la necrosis pulpar.

Diagnóstico y tratamiento.

La hemorragia pulpar se caracteriza por cierta coloración rosada que puede tener la corona del diente y por su alteración a la respuesta vitalométrica debido al éstasis sanguíneo.

a).- En dientes jóvenes: tomaremos una conducta expectante ya que algunas veces puede restablecerse la normalidad de la pulpa, pasados algunos días, lo que se ratifica por la coloración normal y la obtención de respuestas adecuadas.

b).- En dientes adultos y jóvenes donde se conceptua un proceso irreversible de necrosis habra que practicar la pulpectomia.

CLASE II. Dientes con fractura de la corona a nivel dentina.
 Cuando el traumatismo produce una fractura coronaria sin alcanzar la pulpa, se deben seguir las siguientes maniobras.

- a).- Vigilar y resolverla si se presenta la necrosis, calcificación y reabsorción interna o externa.
- b). Proteger la superficie fracturada para evitar la infacción pulpar y estimular la dentinificación.
- c).- Resolver el problema funcional y estetico, de la pérdida de substancia amelodentinaria.

Si al cabo de tres a cuatro meses de observación la respuesta vitalométrica es normal debe procederse a la restauración, pero si la respuesta es disminuido notablemente lo cual significa que esta presenta un estado degenerativo, y es preferible practicar la pulpotomia vital si el diente lesionado es joven o la pulpectomia total si el diente es adulto.

CLASE III. Dientes con fractura coronaria muy proxima a la pulpa o con exposición pulpar.

Cuando se presenta este caso hay que considerar los siguientes factores:

- 1).- Efectuar una buena exploración, revisando todas las piezas dentarias logrando su localización y evaluación.
- 2).- Tipo de fractura puede ser completa, incompleta o conminuta en este caso la semiología debe ser muy cuidadosa en especial la búsqueda de líneas fracturarias por medio de la variación en la angulación de los rayos X.

3).- Edad del diente.

a).- Si el diente es adulto o maduro la terapéutica sera la pulpectomia total.

b).- Si el diente fracturado con exposición pulpar es inmaduro y no ha terminado de formarse el ápice "en cuyo caso hay que provocar la apicoformación mediante técnicas especiales." Se procede a la pulpectomia parcial o pulpotomia vital.

4).- Tiempo transcurrido entre el accidente y la visita a tratamiento.

a).- Cuando esta visita es inmediata; a pesar de la gravedad de la lesión pulpar es factible practicar de inmediato la pulpectomia total en una sola sesión, o la pulpotomia vital si es diente inmaduro.

b).- Cuando la visita al consultorio se efectua despues de varios dias de ocurrido el traumatismo se puede presentar el paciente con una pulpitis no tratable, de tipo exudativo o una necrosis pulpar con eventual complicación periapical hay que instituir la correspondiente conducto-terapia en dientes maduros; y al no ser posible la pulpotomia vital en dientes juvenes sera necesaria inducir la apicoformación.

5).- Restauración.

La pérdida de la corona de un diente implica la restauración protésica correspondiente haciendo una evaluación del tamaño de la corona clínica, existente para decidirse si sera una protesis soportada por un pivote o perno o por una corona no pivotada.

CLASE IV. Dientes con fractura radicular.

Las fracturas radiculares son generalmente horizontales o ligeramente oblicua y se clasifican segun el tercio radicular donde se producen y son.

a).- Fracturas del tercio apical.

Son aquellas que tienen mejor pronóstico y pueden repararse muchas veces conservando la vitalidad pulpar sobre todo en dientes juvenes.

b).- Fracturas del tercio medio.

Son de pronóstico más dudoso y si hay inmovilidad y buena nutrición pulpar pueden repararse conservando la vitalidad pulpar con la formación de un callo interno de dentina reparativa y otro externo de cemento.

c).- Fracturas de tercio cervical o gingival.

Debido a la movilidad del fragmento coronario y la facilidad con que pueden infectarse tienen el peor pronóstico de las fracturas radiculares.

La actitud del profesional ante una fractura debe ser:

1).- Semiología minuciosa y delicada poniendo una especial atención a la coloración del diente, la vitalometría y sobre todo a la movilidad.

2).- Si existe vitalidad pulpar, la terapia estará encaminada a mantenerla mediante las siguientes normas:

a).- Se ferulizará la corona del diente tratando de inmovilizar los fragmentos para que se inicie la reparación.

b).- Se evitará la infección siendo ocasional la administración de antibióticos, la colocación de un pequeño fastón de cemento quirúrgico a nivel gingival.

3).- Si hay infección pulpar de carácter irreversible se practicará la pulpectomía total con la obturación de conductos inmediata; ferulizando a continuación para así intentar al menos lograr el callo cementario.

En cualquiera de los casos anteriores el diente lesionado deberá quedar fuera de oclusión y su evolución será controlada periódicamente.

CLASE V. Dientes con luxación completa y avulsión.

Cuando uno o varios dientes son luxados totalmente y avulsionados de sus alveolos, la terapia indicada es la reimplantación dentaria la cual podrá hacerse sin o con conducto tera-

pia segun la siguiente técnica.

a).- Si el accidente se acaba de producir, el diente no ha salido de la boca, tiene el ápice sin formar y la pulpa voluminosa es factible hacer la reimplantación del diente vivo para intentar su consolidación en el alveolo, y que la pulpa viva siga en su función formadora apical y dentinal.

b).- Si el diente ha estado fuera de la boca varias horas, o tiene la raíz completamente formada, podrá ser reimplantado despues de practicarle la pulpotomia total por via apical.

CLASE VI. Dientes con subluxación "intrucción y extrucción."

Un traumatismo puede separar parcialmente de su alveolo a un diente, sin llegar a avulsionarlo, esta subluxación puede ser.

a).- Intrucción:

Penetración del diente en el alveolo, en este caso la conducta sera expectante en espera de que se produzca la recuperación del diente, controlando la vitalidad pulpar para en caso necesario practicar la pulpectomia total.

b).- Extrucción.

Salida parcial del alveolo y esta puede ser; oclusal, vestibular o lingual. En este caso seran llevados los dientes con delicadeza a su alveolo, vigilando posteriormente la vitalidad pulpar. Aunque muchas veces hay que hacer la pulpectomia total, desde el primer momento, al comprobar la lesión pulpar irreversible por la sección traumatica de los vasos apicales.

CAPITULO VIII

ENDODONCIA INFANTIL

ENDODONCIA INFANTIL

DIENTES TEMPORALES.

La pulpa de los dientes temporales es grande, lo que motiva que con cierta frecuencia sea herida durante la preparación de cavidades en la odontología operatoria.

DIENTES PERMANENTES.

La anatomía de los dientes permanentes en el niño pueden diferir a la de los adultos; siendo dos factores a considerar.

1).- La pulpa cameral y radicular.

Lo cual da lugar a que la cámara pulpar y los conductos radiculares sean mucho mayores en el niño que en el adulto; lo que significa que una vez eliminado el techo pulpar no habrá casi necesidad de rectificar la cámara pulpar; y los conductos son más fáciles de ubicar, recorrer y preparar siendo aconsejable enzancharlos varios calibre más que los recomendados en dientes adultos.

2).- Si el diente por tratar tiene erupcionado menos de tres años es probable que su ápice no este totalmente formado; en este caso se procedera a la apicoformación.

Anestesia:

Debido a las condiciones anatómicas, la anestesia en niños es relativamente fácil y se consigue una inducción rápida y gran profundidad con las técnicas conocidas.

En niños con policarías, con varios tratamientos por practicar, con problemas psíquicos o poco colaboradores es aconsejable tratarlos bajo anestesia general.

Aislamiento:

Debe realizarse con grapas y dique de goma, la asepsia es óptima se evita cualquier peligro se trabaja mejor y más rápido.

Tratamiento de la pulpitis.

El tratamiento más recomendado consiste en la extirpación de la pulpa cameral y en la impregnación de la pulpa residual radicular por medicamentos conteniendo formol; o sea por la momificación pulpar o necropulpotomía esta técnica es conocida con el nombre de pulpotomía al formocresol.

Como ventajas de esta técnica tenemos.

- 1).- Es fácil y puede practicarse con poca instrumental, pocos medicamentos y en breves minutos.
- 2).- No provoca reabsorción dentinaria interna y la rizo-clasia o reabsorción fisiológica radicular se produce paulatinamente en su correcta cronología.

3).- El pronóstico es excelente pues se a observado un cien por ciento de exitos clinicos un noventa y tres por ciento de exito con criterio radiografico, y un noventa y dos por ciento con base microscópica.

Técnica de la pulpotomia al formocresol.

1).- Anestesia.

2).- Aislamiento con grapa y dique de goma.

3).- Apertura y acceso a la cámara pulpar previa eliminación de la caries existente.

4).- Eliminación de la pulpa cameral con fresa de baja velocidad o con escabadores hasta la entrada a los conductos.

5).- Control de hemorragia con torundas de algodón humedecidas en peróxido de hidrógeno al tres por ciento, suero fisiológico o simplemente con torundas secas y estériles.

6).- Una vez limpia y seca la cámara pulpar colocar durante cinco a diez minutos una torunda empapada en una solución de formocresol con las siguientes características.

Tricresol----- 35 ml.

Formalina----- 19 ml.

Glicerina----- 25 ml.

Agua----- 21 ml.

7).- Retirar la torunda de formocresol y limpiar con una to-

runda estéril.

8).- Obturar la cámara pulpar con una mezcla de óxido de zinc y eugenol y una gota de formocresol, procurando que quede bien adaptada en la entrada de los conductos y con un espesor aproximado de dos milímetros.

9).- Después de lavar bien las paredes dentinarias, cementar una corona prefabricada de acero inoxidable o amalgama.

Contraindicaciones en el tratamiento con pulpa necrótica.

1).- Faltar menos de un año para la época normal de exfoliación.

2).- No existir soporte óseo o radicular.

3).- Presencia de una gran zona de rarefacción perirradicular involucrando el folículo del diente permanente.

4).- Presencia de una fístula ápico-gingival.

5).- Persistencia o intermitencia de otros síntomas clínicos como; dolor intenso, osteoperiostitis con edema.

6).- Enfermedades generales del niño que contraindiquen la eventual presencia de un foco infeccioso o alérgico.

a).- Dientes jóvenes:

Con el ápice inmaduro que presentan forma divergente en estos casos la terapéutica está encaminada a lograr la apicoforma-

ción. En procesos reversibles; y por medio de un estímulo o inducción que actúe sobre la pulpa.

En procesos irreversibles un estímulo que actúe sobre los tejidos apicales y periapicales.

TECNICAS PARA LA APICOFORMACION

Estas dos técnicas pertenecen a las pastas alcalinas reabsorbibles.

1).- Técnica del hidróxido cálcico-paraclorofenol alcanforado sesión inicial, según Frank.

a).- Aislamiento con dique de hule y grepa.

b).- Apertura y acceso pulpar, proporcionados al diámetro del conducto.

c).- Conductometría.

d).- Preparación biomecánica hasta el ápice controlando radiográficamente.

Limar las paredes con presión lateral, irrigar abundantemente con hipoclorito de sodio.

e).- Secar el conducto con conos de papel.

f).- Preparar una pasta espesa, mezclando hidróxido de calcio con paraclorofenol alcanforado, dándole una gran consistencia casi seca.

g).- Llevar la pasta al conducto evitando que pasen excesos más allá del ápico.

h).- Colocar una torunda seca y sellar con Cavit o con óxido de zinc y eugenol y despues con fosfato de zinc.

Sesiones siguientes: (Cuatro o seis meses despues de la primera sesión).

a).- Tomar una radiografía para evaluar la apicoformación.

Si el ápico no se ha cerrado lo suficiente, repetir la primera sesión.

b).- Nueva conductometria para observar la diferencia de longitud del diente.

c).- Control del paciente con intervalos de cuatro a seis meses hasta comprobar la apicoformación, no existe un tiempo específico para el cierre apical, pudiendo ser desde seis meses hasta dos años.

2).- Técnica del hidroxido calcico-iodoformo segun Maisto.

a).- Anestesia, aislamiento apertura y acceso.

Aplicación de bioxido de sodio y agua oxigenada. Eliminación de restos pulpares de los dos tercios coronarios del diente lavado y aspiración con agua oxigenada. Colocación de clorofenol alcanforado. Preparación del tercio apical, lavado y

aspiración con agua oxigenada y solución de hidróxido cálcico. Secar y colocar clorofenol alcanforado.

b).- Obturación y sobreobturación apical con una mezcla de:

Polvo.

Hidróxido cálcico.

Iodoformo.

Usando proporciones aproximadas iguales en volumen.

Líquido.

Solución acuosa de carboximetilcelulosa o agua destilada.

Aplicando una cantidad suficiente para una pasta de la consistencia deseada.

c).- Se eliminara todo resto de obturación de la cámara pulpar y se colocara un cemento translucido.

La pasta sobreobturada y parte de la del conducto se reabsorben paulatinamente, al mismo tiempo que se termina de formar el ápice. Si al cabo de un tiempo esto no sucede, puede reobturarse el conducto con el mismo material.

La ventaja de esta técnica es que se realiza en una sesión y es sencilla.

Lesiones pulpares por caries en dientes permanentes.

El primer molar permanente ofrece la mayor prevalencia de ca-

ries involucrando la pulpa en la edad infantil, por tal motivo hay que dar la mayor atención a la prevención y tratamiento de la caries y sus secuelas en estos dientes.

En las lesiones pulpares reversibles la terapéutica sera la protección pulpar directa o indirecta y la biopulpectomia parcial (pulpotomia vital).

En las pulpitis crónicas de tipo hiperplástica tanto en niños como en adolescentes, es recomendable practicar la pulpotomia vital al hidroxido cálcico.

En las lesiones irreversibles por caries y traumatismos; la edad del diente divide la terapéutica en dos tipos distintos.

a).- Los dientes con ápice inmaduro o divergente, seran tratados con la técnica de inducción a la apicoformación.

b).- Los dientes con ápice maduro seran tratados por pulpectomia total y en cualquiera de los dos casos se puede practicar eventualmente la momificación pulpar. La cual puede ser recomendada en endodoncia infantil en los siguientes casos:

1).- En niño poco colaboradores.

2).- En instituciones rurales "por falta de equipo".

3).- Planificada como tratamiento de urgencia en centros asis-

tenciales y escolares con el fin de que posteriormente se practique la endodoncia convencional con el objeto principal de evitar la pérdida de los primeros molares permanentes.

Pupectomía total en dientes permanentes infantiles.

- 1).- Como la pulpa es mayor en el diente joven; la apertura, el acceso y la rectificación del techo pulpar se harán mas amplias que en dientes adultos.
- 2).- Debido a que el diente tiene amplio el foramen apical no opone resistencia al paso de los instrumentos, habra que poner especial cuidado en no sobrepasar el ápice durante la conductometría preparación del conducto, y la obturación.
- 3).- Frecuentemente para terminar la preparación del conducto hay que lograr una ampliación mayor, de dos a cuatro números más, de las recomendadas en dientes adultos.
- 4).- En la obturación de ápices amplios es muy importante que el cono principal tenga el calibre exacto que obture correctamente, pero que no pueda deslizarse en el momento de la obturación sobrepasando el ápice. Si se sospecha que haya posibilidad de que pase a través del ápice el cemento de conductos, es recomendable colocar un poco de pasta reabsorbible al hidróxido cálcico en la punta del cono principal, para que si pasare algo transapicalmente sería la pasta reabsorbible al hidróxido cálcico.
- 5).- El control postoperatorio a los seis, doce y veinticuatro meses, es indispensable, para seguir la evolución y evaluar la reparación lograda.

C A P I T U L O IX

MANTENEDORES DE ESPACIO

MANTENEDORES DE ESPACIO

Los efectos perjudiciales de la pérdida extemporanea de uno o más de los dientes temporales difiere mucho en pacientes de la misma edad y etapa de la dentición no obstante todos terminaran con una maloclusión de un mayor o menor grado segun la influencia de los siguientes factores generales.

1).- La anomalía de la musculatura bucal.

Una posición lingual anormalmente alta sumada a un musculo mentoniano puede ser muy dañosa para la oclusión despues de la pérdida de uno de los molares temporales; el resultado final sera el colapso del arco dental y el desplazamiento distal del segmento anterior.

2).- La presencia de hábitos bucales.

Hábito de succión del pulgar u otros dedos que ejercen fuerzas anormales sobre el arco dental sumando a esto la pérdida extemporanea de los dientes.

3).- La existencia de una maloclusión.

La insuficiencia de la longitud del arco y otras formas de maloclusión, las cuales empeoran progresivamente despues de la pérdida extemporanea de los dientes temporales inferiores.

Para tratar de evitar problemas que puedan sucitarse por causas de los factores anteriores se indican estos procedimientos en casos en los que la intervención pueda evitar o aliviar ciertas afecciones que dejadas sin tratar, desarrollarían normalmente en ciertos problemas ortodónticos.

Mantenedores de espacio.

Los mantenedores de espacio pueden clasificarse de varias maneras.

- 1).- Fijos, semifijos y removibles.
- 2).- Con bandas o sin ellas.
- 3).- Funcionales o no funcionales. (Puede el paciente masticar sobre parte del aparato).
- 4).- Activos o pasivos. (Se espera que el mantenedor mueva las piezas dentarias).

Mantenedores de espacio de tipo removible.

Ventajas:

- 1).- Fácil de limpiar.
- 2).- Permiten la limpieza de las piezas.
- 3).- Mantiene o restaura la dimención vertical.
- 4).- Puede usarse en combinación con otros procedimientos.

Preventivos.

- 5).- Puede ser llevado parte del tiempo, permitiendo la

circulación de la sangre a los tejidos blandos.

- 6).- Puede construirse en forma estetica.
- 7).- Facilita la masticación y el habla.
- 8).- Estimula la erupción de los dientes permanentes.
- 9).- Ayuda a mantener la lengua en sus limites.
- 10).- No es necesaria la construcción de bandas.
- 11).- Se efectuan facilmente las revisiones dentales en busca de caries.
- 12).- Puede hacerse lugar para la erupción de los dientes permanentes sin necesidad de construir un aparato nuevo.

Desventajas:

- 1).- Puede perdarse o romperse.
- 2).- El paciente puede desidir no llevarlo puesto.
- 3).- Puede restringir el crecimiento lateral de la mandibula.
- 4).- Puede irritar los tejidos blandos.

Indicaciones y consideraciones importantes para la colocación de un mantenedor de espacio.

- 1).- Tiempo transcurrido desde la pérdida de un diente.

Este factor es el más importante ya que es mejor colocar un aparato para mantener el espacio despues de la extracción, o inclusive confeccionar el aparato antes de la extracción

y colocarlo en la misma posición.

Cuando la extracción se a realizado meses antes e inclusive años, en este caso es recomendable la aplicación de un aparato activo recuperador del espacio perdido, para despues mantenerlo hasta la erupción de los dientes permanentes.

2).- Edad dental del paciente.

En este caso es importante la edad evolutiva ya que las fechas promedio de erupción presentan variantes; y nos podemos dirigir por estudio en el desarrollo de la raíz ya que normalmente un diente erupciona cuando se han formado tres cuartas partes de la raíz.

3).- Cantidad de hueso que recubre el diente no erupcionado.

Si el hueso ha sido destruido por la infección la aparición del diente permanente suele estar acelerada inclusive pudiendo emerger con un minimo de formación radicular.

Si hay hueso cubriendo la corona la erupción tardara unos meses y en este caso esta indicado un mantenedor de espacio.

4).- Sacuencia de erupción de los dientes.

Hay que observar la relación de los dientes en formación y en erupción con los dientes adyacentes al espacio creado por la pérdida prematura de un diente.

5).- Erupción retrasada del diente permanente.

Cuando un diente permanente esta parcialmente retenido o con una desviación en la via de erupción que provocara una erupción retrasada o anormal en este caso suele ser necesario extraer el diente temporal, y construir un mantenedor de espacio y permitir que el diente erupcione y asuma su posición normal.

6).- Ausencia congénita del diente permanente.

En este caso hay que decidir si es prudente intentar la conservación del espacio por muchos años hasta que se pueda realizar la restauración fija o si es mejor dejar que el espacio cierre.

Algunos tipos de mantenedores de espacio.

1).- Mantenedor de banda y ansa.

Las ventajas de este mantenedor incluye la facilidad de construcción y la facilidad de adaptación del ansa, se debe comprender que no se restaura la función masticatoria en la zona y que no impedira la erupción continua de los dientes antagonistas. Cualquier aparato que incluya bandas debe ser quitado todos los años, se pulirá e inspeccionará el diente, se aplicara fluor estañoso y se cementara la banda para prevenir la posibilidad de que falle el sellado y que el diente padezca caries.

2).- Mantenedor de corona y ansa de acero al cromo.

Este tipo de mantenedores esta indicado si el diente pilar posterior tiene caries extensa y necesita una restauración coronaria o si se le efectuo alguna terapia vital pulpar, en cuyo caso conviene la protección por recubrimiento total; despues se podra cortar el anea y dejar que la corona siga funcionando como restauración para el diente pilar, ya erupcionado el diente permanente.

3).- Mantenedor de oro colado de Willet.

Fue uno de los primeros recomendados y es muy conveniente cuando hace falta un mantenedor solido.

4).- Mantenedor de tipo puente fijo modificado.

Se puede usar un mantenedor de este tipo para mantener las relaciones de los dientes en el arco, despues de la pérdida prematura del primer molar temporal.

5).- Mantenedor colado de extensión distal.

Se emplean como pilares el canino y el primer molar temporal los cuales se preparan para corona total colada, al preparar el patron de cera se le hace una extensión distal que entrara en el modelo, en la posición de la raíz distal del segundo molar temporal para que dicha extensión sirva de guia para la erupción del primer molar permanente; la posición de la extensión dentro de los tejidos debe ser establecida por mediciones directas en las radiografías periapicales.

6).- Prótesis parcial activa.

Este tipo de aparato se requiere cuando a habido una pérdida de espacio y antes de colocar un mantenedor de espacio es necesario llevar a los dientes existentes a su lugar lo cual se pueda lograr de la siguiente manera:

A los molares se les pueden adaptar ganchos cervicales de acero para la retención de la prótesis; a los dientes por reubicar se les adaptan resortes simples.

El alambre debe estar ubicado lo más hacia cervical que sea posible, los resortes serán ajustados no más de medio milímetro cada dos o tres semanas evitando así una retracción desagradable de los tejidos por presión excesiva y se obtiene un movimiento lento y ordenado de los dientes.

7).- Mantenedores de espacio en zonas de pérdida de varios dientes.

En este caso es necesaria la elaboración de un aparato que mantenga la relación de los dientes remanentes y guie la erupción de los dientes permanentes.

CAPITULO X

PREVENCIÓN DE CARIES

PREVENCIÓN DE CARIES

Para prevenir un padecimiento; es decir para evitar su aparición podemos combatir el agente causal; convertir un organismo susceptible en inmune o cuando menos más resistente, o modificando el medio ambiente para dificultarle la acción al agente.

Formas de prevenir la caries.

I).- Utilizando factores que tienden a eliminar el ataque bacteriano:

En estos encontramos el grado de viscosidad y la secreción salival es abundante y su poder, o capacidad amortiguadora es buena, su viscosidad es baja y su secreción es abundante; presenta menor número de caries.

Por lo contrario si la secreción es escasa y la saliva muy viscosa facilita la formación de la placa bacteriana facilitando la formación de caries, contribuyendo la malposición de piezas dentarias; obturaciones y prótesis mal ajustadas facilitando el empaquetamiento de alimentos dificultando la autoclisis.

Podemos detener el ataque bacteriano con las ditas detergentes las cuales se basan en los nutrientes de carácter fibroso para que aumenten el volumen de la saliva y por su acción mecánica directa no permitan el empaquetamiento; se a reco-

mendado el uso de dentríficos con sustancias antibacterianas, en el laboratorio se han usado sales de amonio con excelentes resultados, aunque clínicamente no siempre comprobaban estos hechos.

2).- Modificando el medio ambiente en donde la bacteria se desarrolla más libremente.

Se puede lograr mediante la racionalización de la dieta en carbohidratos reduciendo su consumo.

3).- Cambiando la estructura del esmalte, haciendo más resistente al ataque de las bacterias; se puede considerar dos aspectos distintos.

a).- Modificación de morfología del diente, ya que cuando el diente tiene fisuras y fosas demasiado profundas es más susceptible a desarrollar un proceso carioso, debido a que habrá mayor estancamiento de alimentos y bacterias.

En dientes cuya morfología sea defectuosa se usan los procedimientos de odontología profiláctica o bien los selladores, los cuales se encuentran en proceso de desarrollo, por lo cual no están suficientemente valorados como para poder afirmar su buen resultado clínico.

b).- Cambiando la estructura bioquímica del esmalte.

Ya que a pesar de ser casi totalmente mineralizada permite

cierto diadoquismo y cambios de iones que pueden modificar su estructura química fijando iones y al mismo tiempo cediendo otros.

Basandose en estos hechos, se han utilizado las aplicaciones de fluoruro de sodio en forma tópica en la superficie dentaria, para proveer al esmalte de fluor adicional y se ha obtenido un método valioso en la prevención de caries.

Se han usado principalmente:

Fluoruro de sodio, fluoruro de estaño, fluoruro fosfato acidulado; utilizando como vehículo para disolver estas sales agua bidestilada, glicerina anhidra y algunos geles de alto peso molecular; y para su aplicación se han usado los siguientes métodos.

1).- Aplicación tópica de soluciones de fluor al esmalte.

Para hacer esta aplicación se debe efectuar una cuidadosa profilaxis de las superficies dentales, se pueden utilizar pastas abrasivas, cepillos o discos de hule que pulen perfectamente las superficies dentarias y eliminan los restos de materia alba, mucina o placa proteica, poniendo especial cuidado en aquellas zonas donde es más fácil la adherencia de microorganismos y donde es más difícil la autocleisis, para tener un menor margen de error es conveniente usar un enjuague con algun colorante que nos muestre si todas las superficies han sido debidamente preparadas.

Posteriormente se aíslan las piezas dentarias con objeto de eliminar totalmente la humedad, este aislamiento lo podemos hacer mediante rollos de algodón los cuales deben liberar íntegramente la corona del diente, de esta manera se procede a secar la superficie del diente mediante una corriente de aire, lo cual facilita la absorción de la solución de fluor al depositarla en el esmalte, debemos estar seguros de que el diente queda totalmente impregnado teniendo cuidado que los rollos de algodón estén en su sitio por lo menos durante treinta segundos para que la absorción de fluor sea efectiva, posteriormente se le recomendará al paciente no enjuagarse ni ingerir líquidos ni alimentos durante treinta minutos.

Usando fluoruro de sodio al dos por ciento en agua bidestilada es recomendable hacer cuatro aplicaciones con intervalos de tres a cuatro días entre cada una y debe repetirse a los tres, seis, diez y doce años de edad obteniendo un resultado aproximado de reducción del sesenta por ciento de la incidencia de caries.

Usando el fluoruro fosfato acidulado, en un vehículo de gel, esta es una solución acidulada con ácido ortofosfórico de fluoruro de sodio haciendo una aplicación única.

II).- Enjuagatorios de soluciones de fluor.

Se recomienda hacerlos en forma diaria con objeto de que tengan algún efecto, se usan las soluciones de fluoruro de sodio al diez por ciento para enjuagarse la boca.

Esta medida es usada solamente bajo control en escuelas o bajo la responsabilidad de los padres en niños de siete a ocho años en adelante.

III).- Dentífricos y pastas para pulir adicionadas con derivados del fluoruro.

Parece ser que al mismo tiempo que se efectúa la profilaxis se facilita el intercambio de iones que fija una mayor cantidad de fluoruro sobre el esmalte mediante la presión del cepillo o la copa de hule.

Se han comprobado cuatro medios de acción por el cual el fluor confiere protección contra la caries.

1).- Modifica la composición del esmalte ya que el ion fluor puede reemplazar al ion carbono de la sustancia proteica interprismática, y al ion oxhidrilo de la porción mineral así mismo al depositarse sobre la superficie dentaria forma una capa protectora de fluoruro de calcio.

2).- Disminuye el grado de solubilidad del esmalte.

3).- Tiene un efecto antibacterial y produce disminución en la producción acidogénica de las bacterias, probablemente debido a la acción inhibitoria que tiene el fluoruro sobre

las enzimas de ciertas bacterias.

4).- Se obtiene una estructura adamantina más perfecta observando una reducción notable en lo que se refiere a hipoplasias, igualmente los surcos y cuspides son más redondeadas.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El cirujano dentista que dedique su profesión a solucionar los problemas dentales del niño, debe tener la experiencia necesaria para el buen éxito de sus tratamientos.

Aplicando un amplio sentido común teniendo mucha paciencia y tratar de comprender ampliamente los temores naturales que con respecto a su corta edad tiene el niño.

En el presente trabajo se hace referencia de los padecimientos más comunes en el niño y su tratamiento, del comportamiento por parte del odontólogo y su asistente para que desde la primera visita del niño al consultorio dental sea enfocada a lograr disipar todos sus temores y ganar su entera confianza, ya que esta primera experiencia quedara muy grabada siendo un punto clave para que el niño acceda a las sucesivas visitas que hara en el transcurso de su vida ante el odontólogo.

Hay que convencerlo verbalmente para que entienda que lo que se le esta haciendo no es ningun daño.

Tambien se hizo notar que se debe tener ciertos conocimientos de psicología infantil para poder analizar algunas reacciones del niño ya sean positivas o negativas y comprender su comportamiento y como actuar ante el.

El como orientar a los padres para un buen cuidado de la salud en la dentición infantil y un continuo contacto con el odontólogo para la vigilancia del buen desarrollo y estado de la boca.

El estudio detallado de todos los padecimientos haciendo una evaluación de los signos y síntomas para poder dar un diagnóstico acertado y así elaborar un plan de tratamiento el cual estara encaminado a resolver los problemas existentes y evitar cualquier tipo de problemas posteriores como malposiciones dentarias con consecuentes mal oclusiones por pérdida prematura en dientes infantiles.

El presente trabajo esta elaborado con el firme propósito de que sea util y sirva como guía a las generaciones siguientes.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Histología y Embriología bucales.
Orban. 1976.
2. Tratado de Histología
Arthur W. Ham, 1970
3. Histología y Embriología Odontológica
Provenza Vincent, 1974.
4. Psicología del desarrollo infantil
Bijou Sidney and Baer Donald, 1969.
5. Odontología Pediátrica
Sidney B. Finn, 1976.
6. Periodoncia Clínica
Goldman.
7. Odontología para el niño y el adolescente
Mc. Donald E. Ralph.
8. Endodoncia
Angel Lasala, 1971.
9. Odontología para niños
Brauer Jihon Charles, 1955.