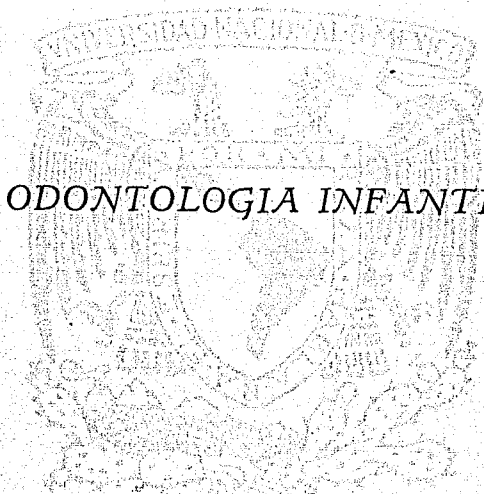


14. 897

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ODONTOLOGIA INFANTIL

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n

MARGARITA OLIVIA ROMERO ABARCA

MERCEDES MIREYA ROMERO ABARCA

México, D. F.

1979

15285



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

SUMARIO

INTRODUCCION

1. DEFINICION DE ODONTOLOGIA INFANTIL
2. COMPORTAMIENTO DEL NINO
3. FUNCION DE LAS PIEZAS PRIMARIAS
4. CICLO DE VIDA DE LOS DIENTES
5. DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES INFANTILES.
6. APLICACION TOPICA DE FLUOR
7. EXAMEN RADIOGRAFICO
8. OPERATORIA DENTAL
9. DIAGNOSTICO CLINICO Y RADIOGRAFICO
10. RECUBRIMIENTO PULPAR
11. PULPOTOMIA
12. PULPECTOMIA EN PIEZAS PRIMARIAS
13. ENDODONCIA
14. MANTENEDORES DE ESPACIO
15. RESTAURACION DE DIENTES FRACTURADOS
16. EXODONCIA
17. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

AL "HONORABLE JURADO" presentamos este trabajo de investigación sobre "ODONTOLOGIA INFANTIL", ya que es un problema muy frecuente en nuestra población.

No tenemos la pretensión de presentar una "TESIS" absolutamente original, ya que nos documentamos en varios libros de esta índole, acerca de las nociones de esta materia y la forma de exposición muy personal de los profesores, tratando siempre de interesar a los alumnos en el estudio de la Odontología.

Actualmente la Profilaxis y Tratamiento se encamina en la salvación de piezas dentarias de nuestra niñez.

Será el mejor medio para obtener la conservación de las mismas en óptimas condiciones y evitar extracciones prematuras y llevar a cabo en ellas el tratamiento adecuado y salvar dichas piezas, sea cual fuere, ya que forma parte íntegra del aparato masticador.

Si con nuestro esfuerzo hemos logrado contri-
buir en algo en la enseñanza de la ODONTOLOGIA INFANTIL, -
facilitando hacia nuestros compañeros la realización de su
curso, nos damos por satisfechas, exponemos a Ustedes lo -
antes dicho y de esta manera, sepan disculpar las fallas -
que sin duda existen.

ODONTOLOGIA INFANTIL

Es la rama de la Odontología que se encarga de la atención del niño. Trata generalmente de la prevención, y tiene otros aspectos como el tratamiento y la rehabilitación.

Se requiere la adquisición y utilización de amplios conocimientos odontológicos, de los cuales gran parte es común a los que se utilizan para los adultos, pero parte es única y pertinente sólo para niños.

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en período de formación. Tan solo en los niños se encuentra este crecimiento y desarrollo rápidos donde los individuos están en constante cambio.

El Odontopediatra tiene tres responsabilidades:

1. Para con su paciente.
2. Para con su comunidad.
3. Para consigo mismo.

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño, está regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio ambiente.

La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites estrechos no puede evitarse.

El comportamiento consecuencia del miedo si puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra.

Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas.

Cuidados dentales puede ser una de sus necesi-

dades físicas.

El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido contratadas. El acondicionamiento -- emocional de los niños hacia la odontología al igual que -- hacia las otras experiencias que forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

Si el dentista va a realizar trabajos dentales -- satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar -- con su total cooperación, ya que tan solo podrá obtener -- esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres.

Si no comprende esto, le resultará difícil manejar niños.

El dentista tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes, y para manejarlos con éxito debe estar, consciente de los factores psicológicos -- y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología.

El estudio de la ciencia que ayuda a comprender el desarrollo de miedos, ansiedades y furia, cuando se aplica al niño en una situación dental, puede denominarse odon

topediatria de la conducta. El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión.

También los padres deben acondicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales. Si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperativo, es de suponerse que la falla es ta en los padres.

La preparación emocional del niño, hecha de manera inteligente, proporcionará una de estas ventajas esenciales, porque puede decidir que tenga éxito o no.

El dentista tiene que ser tan competente como el médico al ofrecer consejos sobre el comportamiento del niño.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes.

También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión, pero como muestra la experiencia clínica pueden controlar estos temo

res si los racionalizan. Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales.

El dentista tendrá éxitos más duraderos al manejar al paciente si trata de reconocer estos problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en períodos de tiempo muy pequeños. Puede que a los 2 años y medio se vuelva difícil y contradictorio.

A los tres años es amigable y tiene buen dominio de sí mismo.

A los cuatro o cuatro y medio puede volverse atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él puede interpretar como una amenaza para su bienestar.

Puesto que los niños, actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse, a pesar del deseo -- que tiene el niño de agradar se le hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoportable al dolor.

El dentista tiene aveces dificultades para comprender esta actitud a veces es incluso difícil para el niño dar cuenta de su comportamiento. Puesto que el miedo -- proviene de un nivel cerebral inferior, que la razón se -- comprende que se manifiesta con base más emocional que intelectual, y por lo tanto no se puede interpretar basándose en la razón tan solo.

Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas adquiridas durante la vida entera del niño.

Su lógica se basa totalmente en sus sentimientos. La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

a) temores objetivos; son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmen

te no son de origen paterno.

- b) Temores subjetivos; están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean sin que el niño los haya experimentado personalmente.

Un niño de corta edad es muy sensible a, la sugestión, además también tienen un miedo intenso a lo desconocido.

Podemos decir categóricamente: nunca hay que sobornar al niño raras veces da resultados positivos el soborno, el resultado sería que el niño seguiría portándose mal para obtener más sobornos.

Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa, la línea divisoria es en realidad muy tenue, una recompensa después de la visita puede servir de soborno para que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da el soborno para inducir buen comportamiento.

Recompensar es reconocer que hubo buen comportamiento después que se terminó la operación, sin que anteriormente se hubiera prometido.

Los sobornos no tienen lugar en la odontología.

Por eso cuando se trate con niños hay que ser realistas y razonables, no se condene a un niño porque está asustado, hay que tratar de ponernos en su lugar y comprender por qué actúa de esa manera, respetemos sus emociones, pero si no están de acuerdo con el patrón deseado para trabajos dentales, trate de alterarlas.

El ego del niño le permitirá ajustarse a la tensión, tratemos al niño como un individuo, y no como objeto inanimado en la silla dental.

Uno de los factores que distinguen la odontología para niños de la de adultos es que el dentista, cuando trata niños, está tratando con dos denticiones, que son el juego de piezas primario y el permanente.

Los dientes primarios son 20 y constan de:

1. Un incisivo central
2. Un incisivo lateral
3. Un canino
4. Un primer molar
5. Un segundo molar en cada cuadrante de la boca desde la línea media hacia atrás.

Las piezas permanentes son 32 y constan de los-
incisivos centrales sucedáneos, incisivos laterales y caní-
nos que reemplazan a dientes primarios similares; los pri-
meros premolares y los segundos premolares que reemplazan
a los primeros molares, y los primeros, segundo y tercer-
molares que no desplazan piezas primarias, sino que hacen-
erupción en posición posterior a ellas.

FUNCIÓN DE LAS PIEZAS PRIMARIAS

Va que las piezas primarias se utilizan para la preparación mecánica del alimento del niño para digerir y asimilar durante uno de los periodos más activos -- del crecimiento y desarrollo, realizan funciones muy importantes y críticas.

Otra destacada función que tienen estos dientes es de mantener el espacio en los arcos dentales para las piezas permanentes.

Las piezas primarias también tienen la función de estimular el crecimiento de las mandíbulas por medio de la masticación, especialmente en el desarrollo de la altura de los arcos dentales.

También se tiende a olvidar la importancia de los dientes primarios en el desarrollo de la fonación. La dentición primaria es la que da la capacidad para usar -- los dientes para pronunciar, la pérdida temprana y accidental de dientes primarios anteriores puede llevar a varias dificultades para pronunciar los sonidos de las letras f,-

v, s, z, y th, incluso después que hace erupción la dentición permanente pueden persistir dificultades en pronunciar la letras s, z, y th, aquí se requiere una corrección sin embargo en la mayoría de los casos la dificultad se corrige por sí misma con la erupción de los incisivos permanentes.

Los dientes primarios también tienen función estética, ya que mejoran el aspecto del niño.

La fonación del niño puede ser afectada indirectamente si al estar consciente de sus dientes desfigurados hace que no abra la boca lo suficiente cuando habla.

CICLO DE VIDA DE LOS DIENTES

Todos los dientes, primarios y permanentes, al llegar a la madurez morfológica y funcional, evolucionan en un ciclo de vida característico y bien definido compuesto de varias etapas, estas etapas progresivas no deberán considerarse como fases de desarrollo sino más bien como puntos de observación de un proceso fisiológico en evolución en el cual los cambios histológicos, bioquímicos y simultáneamente.

Estas etapas del desarrollo son

1. Crecimiento.
2. Calcificación.
3. Erupción.
4. Atrición.
5. Resorción y exfoliación (piezas primarias).

Las etapas de crecimiento pueden seguir dividiéndose en:

- I. Iniciación.
- II. Proliferación.

- III. Diferenciación histológica.
- IV. Diferenciación morfológica.
- V. Aposición.

La primera etapa del crecimiento es durante la sexta semana de vida embrionaria.

El brote del diente empieza con la proliferación de células en la capa basal del epitelio bucal, desde lo que será el arco dental.

Al llegar a la décima semana de vida embrionaria, la rápida proliferación ha continuado profundizando el órgano del esmalte dándole aspecto de copa.

Diez brotes en total emergen de la lámina dental de cada arco para convertirse en el futuro, en dientes primarios. En esta etapa el órgano de esmalte envalnado consta de dos capas: un epitelio de esmalte exterior, que corresponde a la cubierta, y uno de esmalte interior que corresponde al recubrimiento de la copa.

Durante las etapas de desarrollo del ciclo de vida de los dientes ocurren varios defectos y aberraciones.

La naturaleza del defecto se ve gobernada por la capa de gérmenes, afectada y la etapa de desarrollo en la que se produce.

Kraus da el siguiente orden del principio de calcificación de los dientes primarios.

1. Incisivos centrales (superiores antes que inferiores).
2. Primeros molares (superiores antes que inferiores).
3. Incisivos laterales (superiores antes que inferiores).
4. Caninos (los inferiores pueden ser ligeramente anteriores).
5. Segundos molares (simultáneamente).

DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO
PARA PACIENTES INFANTILES

Equipo para diagnóstico.

El niño deberá estar sentado cómodamente, en una silla dental diseñada para niños.

Instrumental disponible, pero fuera de la vista del niño.

1. Alcohol
2. Material de impresión de alginato
3. Articulador
4. Papel de articulador
5. Flama Bunsen
6. Transparencias microscópicas de cristal -- transparente.
7. Torundas de algodón
8. Pinzas de algodón
9. Hilo dental.
10. Cloruro etílico o hielo
11. Solución fijadora
12. Gutapercha

13. Porta impresiones
14. Taza para mezclar y espátula
15. Clavo parodontal
16. Dique de caucho de 5 x 5 pulg.
17. Esponjas de 2 x 2 pulg.
18. Espátula de acero inoxidable
19. Espátulas para la lengua
20. Cera calibrada de 28
21. Vitalómetro.

EXAMEN CLINICO PARA EL NINO

Se hace con una secuencia lógica y ordenada de manera sonriente y amable.

Evitar palabras que inspiren miedo al niño, no sobornarlo, pero también ser firmes si la situación lo requiere, ser realistas y razonables. Nunca perder el dominio ni enfadarse.

HISTORIA CLINICA

- a) Estadísticas vitales
- b) Interrogatorio a los padres
- c) Historia Pre-Natal, Post-Natal y de Lactancia.

INSTRUMENTAL

1. Grapas o clamps para niños.

a) Grapa para molar permanente del No. 7 de -- Ivory, que se utiliza para dientes superiores e inferiores.

b) Grapa No. 201 de S.S.W. se utiliza cuando hay algún problema en dientes anteriores.

c) Grapa No. 14 ó 14A, se utiliza para molar permanente parcialmente erupcionado.

d) Grapa No. 3 de Ivory, si el diente más distal es un segundo molar temporal, esta grapa se adapta a la mayoría de los dientes, de ambos maxilares.

e) Grapa No. 209 de S.S.W. suele adaptarse al canino temporal y ayuda a asegurar el dique en el aislamiento de los dientes anteriores, o puede ser colocada sobre un primer molar temporal cuando este es el diente más distal en la hemiarcada.

2. Fresas de Carburo

a) Fresas de fisura.

1. Fresas No. 557 y 558 si no se encuentran ex posiciones por caries, se utilizan para paralelizar las pa redes de la cavidad para establecer una caja en las caras-linguales y para analizar y terminar las paredes de la cavidad.

2. Fresa No. 700, se utiliza para tallar surcos de retención axiovestibular y axiolingual, para la -preparación de muñones para coronas totales.

3. Fresa 69L

3. Fresas esfericas o redondas.

a) Fresa No. 1/4, sirve para eliminar la ca-ries remanente.

b) Fresa 1/2, se utiliza para abrir la cavidad.

4. Fresas de cono Invertido.

a) Fresa No. 33 1/2, se utiliza para llevarla- más allá del limite amelodentinario y para establecer la -forma de la cavidad, y para formar los escalones cervica--les.

b) Fresas No. 35, 36 y 37, las utilizamos para ampliar la cavidad.

5. Fresas en forma de lágrima.

a) Fresas Nos. 331 y 332, 332L y 333L, se utilizan para formar la parte oclusal y proximal de la cavidad, ayudando a tallar la cavidad con los bordes redondeados que son los más apropiados.

6. Piedras de diamante.

a) Piedra de fisura troncocónica, se utiliza para desgastar el esmalte en superficies proximales.

b) Piedra troncocónica, se utiliza para redondear el ángulo formado por las caras proximales, vestibulares y linguales.

c) Piedra en forma de disco, se utiliza para reducir las caras proximales.

d) Piedra en forma de rueda, se utiliza para reducir la superficie oclusal en dientes posteriores y superficies linguales en anteriores.

7. Piedra de carborundo

a) Piedra en forma de cono, se utiliza para analizar los bordes cervicales de las coronas de acero.

8. Rueda abrasiva de goma.

a) Se utiliza para pulir el tercio cervical de las coronas de acero.

9. Pinza para contornear.

a) Pinza No. 112, se utiliza para contornear caras oclusales por vestibular y lingual, tercio medio y gingival y caras proximales de las coronas de acero.

b) Pinzas No. 114, se utilizan para modelado final del tercio oclusal y ajustar el margen gingival de las coronas de acero.

c) Pinzas No. 139, se utilizan también para contornear el borde o margen gingival de las coronas de acero.

PROFILAXIS EN LA ODONTOLOGIA INFANTIL

Antes de hacer la profilaxis nos podemos valer de las pastillas reveladoras, estas nos darán un diagnóstico, al paciente se le demostrará que su aseo bucal no está bien realizado y a nosotros nos revelarán el gran depósito mucinoso y calcáreo en los dientes.

INSTRUMENTAL

1. Instrumental y equipo de exploración.
2. Un godete de vidrio, de plástico o metálico
3. Un agitador de madera, de plástico, de cristal o metálico.
4. Pasta abrasiva.
5. Un cepillo para profilaxis. (Evitar el de forma de rueda, a menos que se empleen con mucho cuidado, ya que laceran la encla y cortan el cemento verticalmente.
6. Copas de hule.
7. Disco de hule

Aquí el cepillado se hace con baja velocidad.

APLICACION TOPICA DE FLUOR

Es un método que se realiza para la prevención de la caries. Es con el objeto de proveer al esmalte de fluor adicional.

Estas aplicaciones deberán hacerse cada seis meses.

Los Fluoros que se usan principalmente son:

1. Fluoruro de Sodio
2. Fluoruro de Estaño
3. Fluoruro Fosfato, acidulado.

Fluoruros con resultados no satisfactorios:

1. Fluoruro de magnesio
2. Fluoruro de Silicato
3. Fluoruro de Potasio.

Los vehículos utilizados para disolver estas sales, han sido el agua bidestilada, la glicerina anhídrida y algunos geles de alto peso molecular, la forma de aplicación puede ser: Tópica sobre el esmalte enjuagatorios, dentífricos // pastas para pulir.

La técnica de aplicación tópica de fluor, cualquiera que sea la solución usada es básicamente la misma - diferencia que consiste en la dosis, frecuencia de aplicación y efectos.

Previa profilaxis se lleva a cabo la técnica.

INSTRUMENTAL PARA APLICACION DE FLUOR

1. Instrumental y equipo de exploración
2. Aislamiento del campo operatorio
3. Jeringa para aire
4. Un godete de vidrio
5. Un agitador de madera
6. Fluor
7. Solvente, según el tipo de fluor
8. Isopos d de madera para aplicación del --- fluor.

EXAMEN DE CARIES

Caries Dental, son padecimientos químico-biológicos que se caracterizan por la destrucción parcial o total de los tejidos que componen al diente.

La superficie de los dientes temporales y permanentes poseen una predisposición a la caries, las zonas más susceptibles son aquellas en las cuales se puede formar la placa bacteriana y el proceso de caries puede progresar inalterado.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO

1. Instrumental y equipo de exploración
2. Instrumental y equipo para radiología
3. Excavador
4. Lámpara de transiluminación

EXAMEN RADIOGRAFICO

La radiografía tiene aplicaciones extremadamente amplias en la práctica odontopediátrica. Los niños -- tal vez necesitan más de la radiografía que los adultos, -- ya que en ellos la preocupación principal en todo momento son los problemas de crecimiento y de desarrollo y los -- factores que los alteran. El éxito en la práctica de la -- odontopediatria se logra si se basa en la radiografía.

RADIOGRAFIAS USADAS EN ODONTOLOGIA INFANTIL

1. Radiografía maxilar lateral. Ofrece una -- vista excelente de los primeros molares permanentes superiores e inferiores en desarrollo, así como de los molares inferiores temporales y de los premolares que los -- reemplazarán (película médica Kodak 5 x 7).

2. Radiografía de aleta mordibles. Se emplean cuando los molares temporales se encuentran en contacto -- proximal, y sea imposible el descubrimiento visual o instrumental de la caries.

3. Pellicula ultra rápida. Esta se emplean en la técnica oclusal anterior inferior. Los tiempos de exposición serán: lateral maxilar 2 seg., oclusal maxilar posterior, 1 seg., oclusal anterior superior 0.75 seg., - oclusal anterior inferior 0.75 seg.

El tiempo de revelado de estas pelliculas es de 4 1/2 seg. a 68°F.

4. Radiografía panorámica. Es bastante aceptable y se emplea para evitar colocarle a los niños varias radiografías y evitarle alarmarlo ya que el niño a veces está nervioso o alterado y se rehusa a varias pelliculas bucales.

EXAMEN RADIOGRAFICO PREESCOLAR

Este examen se practica con el fin de obtener un examen radiográfico adecuado del niño de tres a seis años, incluye:

- a) Pellicula oclusal anterior superior (periapical del No. 2)
- b) Una pellicula oclusal anterior inferior (periapical No. 2)
- d) Una pellicula oclusal posterior izquierda.-

(periapical No. 2)

d) Una película oclusal posterior derecha (periapical No. 2)

e) Una película lateral de los maxilares derechos.

f) Una película lateral de los maxilares izquierdos.

EXAMEN BUCAL DE DOCE RADIOGRAFIAS

Esta técnica se emplea para niños de seis a doce años y se emplea la película periapical No. 2

a) Cuatro películas periapicales de los molares temporales.

b) Cuatro películas periapicales de los caninos.

c) Dos películas periapicales de los incisivos

d) Dos películas periapicales posteriores de aleta mordible.

EXAMEN BUCAL DE DIECISIS RADIOGRAFIAS

Se emplea para niños de doce años o más, se utilizan películas periapicales del No. 2

- a) Cuatro películas periapicales para los molares.
- b) Cuatro películas periapicales para los pre molares.
- c) Cuatro películas para los caninos.
- d) Dos películas periapicales para los incisi vos.

OPERATORIA DENTAL

Es el preservar la integridad de las piezas ca ducas, para que se mantengan funciones normales y ocurra la exfoliación natural.

DIAGNOSTICO Y ELECCION DEL TRATAMIENTO

La decisión de restaurar piezas primarias debe basarse en varias cosas, además del hecho de ser afectadas por caries. Lo que el dentista decida hacer se basará en su habilidad para manejar al niño.

Algunos factores que deben considerarse antes de restaurar una pieza son:

1. Edad del niño
2. Grado de afección de la caries
3. Estado de la pieza y del hueso de soporte observado en radiografías.
4. Momento de exfoliación normal
5. Efectos de la remoción o retención en la salud del niño.

6. Consideración de espacio en el arco.

PREPARACION DE CAVIDADES

La clasificación de las preparaciones de cavidad en piezas permanentes originadas por Black, puede modificarse ligeramente y aplicarse a piezas primarias.

Estas modificaciones pueden describirse como -

sigue:

- I Clase. Caras oclusales de los dientes posteriores.
- II Clase. Caras proximales en premolares y molares.
- III Clase. Caras proximales en premolares y molares.
- IV Clase. Caras proximales de los dientes anteriores abarcando el ángulo o borde incisal.
- V Clase. En los 1/3 inferiores o gingivales - de las caras bucales y linguales de todas las piezas.

Las cavidades deben tener forma de caja, paredes paralelas, fondo plano y ángulo de 90°.

No se debe dejar esmalte sin soporte dentario, siempre se debe abarcar extensión por prevención.

ETAPAS DE PREPARACION DE CAVIDADES

- a) Forma de resistencia
- b) Forma de retención
- c) Forma de conveniencia
- d) Remoción de la dentina cariosa
- e) Alisado de las paredes

PISO DE CAVIDAD EN INFANTE

Debe ser redondeada, haciendo movimiento de péndulo con paredes retentivas. Cavidades pequeñas y no profundas.

CORONAS DE ACERO CROMO

Cuando se está tratando de decidir si deberá buscarse una corona o prepararse una restauración de aleación, el siguiente criterio puede proporcionar algunas guías verdaderamente importantes.

Se aconseja el uso de coronas cuando:

- a) La pieza tiene caries extensa que afecta a tres o más superficies.
- b) Un molar primario que ha sufrido tratamiento pulpar.
- c) Un paciente que tiene caries rampante

d) Están presentes piezas malformadas tales como esmalte hipoplásico.

e) Un factor importante es la higiene bucal de un niño con graves problemas físicos.

RESTAURACION CON CORONAS DE ACERO CRÓMO

Es una restauración muy útil en los casos selectos como los que mencionaremos aquí:

a) Restauración de dientes temporales o permanentes jóvenes con caries extensas.

b) Restauración de dientes temporales o permanentes hipoplásicos que no pueden ser restaurados adecuadamente con amalgama de plata.

c) Restauración de dientes con anomalías hereditarias como amelogenesis o dentinogenesis imperfectas.

d) Restauraciones consecutivas a pulpectomías en dientes temporales o permanentes, cuando haya peligro de fractura de los tejidos remanentes.

e) Soporte cuando está indicado un mantenedor de espacio de corona y ansa.

f) Soporte para aparato destinados a la disua
ción de hábitos.

g). Restauración de un diente fracturado.

PREPARACION DE LAS CORONAS DE ACERO CROMO

Se hacen cortes en Mesial, Distal, Vestibular,
lingual y oclusal.

1. Corte en gingival
2. Se quitan las aristas cortantes, con piedra montada y disco de hule.
3. Se abomba la corona
4. Se rectifica
5. Se cementa.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO

1. Instrumental y equipo de exploración
2. Instrumental y equipo de radiología
3. Instrumental y equipo para anestesia
4. Instrumental y equipo para aislar el campo operatorio
5. Achuelas o cinceles
6. Excavador
7. Fresa esférica de carburo No. 1/2, 1, 2, y 3
8. Discos de diamante plano y cóncavo

9. Piedra de diamante en forma de círculo
10. Piedra de diamante troncocónica
11. Fresa de fisura Nos. 557, 558 y 700
12. Coronas de acero adecuadas al caso
13. Tijeras curvas para oro
14. Piedra de carborundo cónica
15. Pinzas para contornear Nos. 112, 114 y 139
16. Rueda abrasiva de goma

RESTAURACION CON CORONAS FUNDAS DE ACRILICO

Esta restauración puede hacerse en una sesión para los incisivos temporales con caries extensas y restauraciones temporales de incisivos permanentes y fracturados.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO

- a) Instrumental y equipo de exploración
- b) Instrumental y equipo para radiología
- c) Instrumental y equipo para anestesia
- d) Instrumental y equipo para aislar el campo operatorio
- e) Elección de la corona de acrílico antes de la preparación del diente.
- f) Tijeras curvas
- g) Piedra de fisura de diamante troncocónica

- h) Piedra fusiforme de diamante
- l) Fresas de fisura de carburo Nos. 170L, 171L, 700L y 701L
- j) Discos de diamante
- k) Disco de carburo
- l) Fresa fusiforme de carburo No. 242
- m) Manteca de cacao
- n) Vaso dappen
- o) Espátula para cemento
- p) Lozeta para cemento
- q) Piedras de carburo en forma de cono

OBTURACIÓN CON AMALGAMA DE PLATA

Es el material de más amplio uso en la restauración de los dientes de los niños. El éxito de este material de obturación depende de la adhesión estricta a -- los procedimientos aceptados en la preparación cavitaria y la manipulación y colocación de la amalgama de plata.

Se usa en piezas anteriores y posteriores aunque su frecuencia de uso en incisivos primarios está disminuyendo.

La amalgama de plata es una mezcla de plata y estaño con pequeñas cantidades de cobre y zinc, cada cons

tituyente tiene una función específica.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO

- a) Instrumental y equipo de exploración
- b) Instrumental y equipo para radiología
- c) Instrumental y equipo para anestesia
- d) Instrumental y equipo para aislar el campo operatorio.
- e) Fresa esférica del No. 1/2
- f) Fresa de cono invertido No. 33 1/2
- g) Fresas de cono invertido Nos. 35, 36 y 37
- h) Fresa esférica No. 14
- l) Fresa de fisura No. 700
- jl) Fresas en forma de lágrimas Nos. 331 y 332, 332L y 333L.
- k) Fresas de fisura Nos. 557 ó 558
- l) Jeringa de alre
- m) Lozeta para cemento
- n) Espátula para cemento
- o) Obturador para cemento
- p) Porta-matriz
- q) Matriz
- r) Porta amalgama
- s) Obturadores para amalgama
- t) Recortadores de margen gingival
- u) Recortadores para modelar

RESTAURACION ESTETICA DEL ACRILICO

Esta técnica se utiliza para las restauraciones de incisivos temporales en los cuales la caries se aproxima al borde incisal o lo afecta.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO

1. Instrumental y equipo de exploración
2. Instrumental y equipo para radiología
3. Instrumental y equipo para anestesia
4. Instrumental y equipo para aislar el campo operatorio
5. Cinceles
6. Fresa de fisura No. 69L
7. Fresa de carburo cilíndrica No. 330
8. Fresa de cono invertida No. 33 1/2
9. Fresa en forma de estrella
10. Jeringa de aire
11. Lozeta de papel encerado
12. Espátula para resina acrílica
13. Obturador
14. Tira de material plástico
15. Fresa No. 69L
16. Piedras de diamante esférica y de fisura
17. Taza abrasiva de goma.

DIAGNOSTICO CLINICO Y RADIOGRAFICO

Antes de empezar a efectuar terapéutica pulpar en piezas primarias, habrá que examinar clínica y radiográficamente al paciente. El examen clínico incluye, historia del caso, utilizando el formato clásico con las alteraciones adecuadas: por ejemplo queja principal, que le ocurre, cual diente es el que le duele, le duele ahora, cuando toma agua fría, cuando mastica, etc. Este tipo de preguntas determinará si está tratando por caso de pulpititis o de parodontitis apical.

El examen del área se empieza mejor con un examen de los tejidos blandos, cualquier señal como cambios de color, fístulas de drenaje o inactivas o inflamación, deberá crear dudas serias sobre si se debe proceder con terapéutica pulpar sin endodoncia.

Después debe examinarse la pieza para comprobar si existe destrucción clínica de la corona y la posible presencia de pulpa hipertrofiada. Deberá comprobarse también la movilidad de la pieza ya que si existe, puede ser advertencia de una posible pulpa necrótica.

Deberá seguir la percusión de la pieza, ya que - si el paciente experimenta algún tipo de sensibilidad, la - posible afectación periapical nos hará dudar del éxito de la terapéutica pulpar.

Puede hacerse una prueba de vitalidad, pero los - resultados obtenidos en piezas primarias utilizando esta - técnica han sido poco seguros.

Para lograr esto, deberá realizarse anestesia -- profunda y adecuada.

Usando adecuadamente anestésicos locales, esto - se puede lograr en la casi totalidad de los casos. Cuando el aspecto indica que la pulpa está afectada deberá lograr se suficiente analgesia al principio del tratamiento, espe - cialmente en los casos de tratamiento de niños, parece po - co aconsejable someter al paciente a más inyecciones.

Inyecciones bucales longitudinales e inferiores - alveolares lograrán los resultados deseados en el arco man - dibular. La inyección alveolar inferior anestesiara las - piezas mandibulares en ese lado de la boca, la bucal longi - tudinal evitará cualquier molestia en la aplicación de gra - pas del dique de caucho al primer molar permanente a segun - do molar primario.

Las piezas maxilares se anestesian bien y de mejor manera con inyecciones realizadas bajo el perlostio en bucal y lingual; con demasiada frecuencia se omiten las inyecciones linguales y diminutas fibras nerviosas permanecen sensibles, especialmente las que entran en la raíz lingual de los molares maxilares.

El dique de caucho es otro valioso auxiliar para terapéuticas pulpares de piezas primarias. Da al operador un campo estéril en donde operar, ya que aísla la pieza o piezas afectadas, y también controla actos inadvertidos de la lengua y labios. Contribuye a dar sensación de seguridad y recuerda vivamente al niño, cuya atención puede alejarse, que el tratamiento sigue progresando.

Son esenciales buenas radiografías para completar el diagnóstico que llevará a la elección de tratamiento y pronóstico.

Son necesarias películas periapicales y de alta con mordida. Al utilizarlas, se puede adquirir cierta idea del estado de la pulpa. Por ejemplo, si existe algún tipo de resorción interna en las porciones coronal o apical, es poco probable que la pulpa responda bien al tratamiento, de igual manera, la radiografía puede indicar problemas de bifurcación o periapicales que sugerirían

pulpa degenerada.

Se ha dicho que la presencia de cuerpos calcificados o piedras pulpaes es evidencia de degeneración pulpar.

Un hazlazo tan obvio como raíces resorbidas prematuramente contra indicarian totalmente la terapéutica -- pulpar.

En resumen, cuando sea posible, es aconsejable evaluar la mayor cantidad de criterios para diagnóstico antes de proseguir con terapéuticas pulpaes y especialmente antes de anestesiar, si ha de decidirse sobre la realización de terapéutica pulpar despues de abrir la pieza, habrá que basarse en radiografías y síntomas clínicos.

PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO

Existen ciertos procedimientos y técnicas aplicables a todas las formas de tratamiento que afectan la pulpa dental.

En primer lugar, son esenciales técnicas *indoloras*.

RECUBRIMIENTO PULPAR

La forma más sencilla de terapéutica pulpar es el recubrimiento de la pulpa. Como indica su nombre, consiste simplemente en colocar una capa de material protector sobre el lugar de exposición pulpar antes de restaurar la pieza.

El hidróxido de calcio es una droga que estimula la curación favoreciendo el desarrollo de dentina secundaria. Sin embargo puede sobreestimularse o estimular actividades odontoclásticas hasta el punto de que ocurra frecuentemente resorción interna de la dentina.

En dentaduras primarias se logran mejor los recubrimientos pulpares sólo en aquellas piezas cuya pulpa dental ha sido expuesta mecánicamente con instrumentos cortan

tes al preparar la cavidad.

Al limpiar el área, se aplica una pequeña cantidad de hidroxido de calcio sobre la exposición, esto se logra en forma de polvo seco, llevado al lugar con una cucharilla o transportador de amalgama, o también se puede mezclar el polvo con agua esterilizada hasta formar una pasta espesa aplicable con un bruñidor de bola esférica. Tomando en cuenta que el hidroxido de calcio no se fija en consistencia dura, se hace fluir entonces sobre el material recubridor una capa de cemento más allá de los límites del material recubridor para lograr base firme contra la que se pueda empaçar amalgama u otro material restaurativo.

TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO

Es el procedimiento en el cual no solo se elimina caries superficiales de la lesión y se sella la cavidad con un agente germicida.

Este procedimiento solamente se pueden emplear en dientes que se consideren libres de síntomas de pulpitis.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO

- a) Instrumental y equipo de exploración.
- b) Instrumental y equipo de radiología

- c) Instrumental y equipo de anestesia.
- d) Instrumental y equipo para aislar el equipo-operatorio.
- e) Excavador filoso.
- f) Fresas esféricas de carburo Nos. 2, 3 ó 4.
- g) Fresa de fisura de carburo No. 557 y 558.
- h) Jeringa de aire.
- i) Lozeta para cementos
- j) Espatula para cemento.
- k) Banda de acero inoxidable para adaptarla --- cuando no queda suficiente tejido dental para mantener la obturación.
- l) Instrumental para obturación de amalgama.

TRATAMIENTO PULPAR DIRECTO

En este tratamiento son muy importantes el aspecto de la pulpa y la cantidad de sangre.

Con pocas excepciones, la situación más favorable para la terapéutica pulpar vital es la exposición en punta de alfiler, rodeada por dentina sana y que fueron -- productos accidentales durante la preparación cavitaria o las verdaderas exposiciones por caries en punta de alfiler rodeada por dentina sana. También cuando haya traumatismo que se pueden atender a la hora o dos de haber ocurrido, -- si la exposición es pequeña y queda corona suficiente para

retener una restauración temporal que mantenga el material de recubrimiento e impide el ingreso de los líquidos bucales.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO

1. Instrumental y equipo de exploración.
2. Instrumental y equipo de radiología.
3. Instrumental y equipo para anestesia.
4. Instrumental y equipo para aislar el campo operatorio.
5. Excavador filoso
6. Fresas esféricas de carburo Nos. 2, 3 y 4.
7. Solución salina.
8. Hidróxido de calcio.
9. Loleta para cementos
10. Espátula para cemento
11. Instrumental para obturar con amalgama

PULPOTOMIA

La pulpotomía puede definirse como la eliminación completa de la porción coronal de la pulpa dental, seguida de la aplicación de curación o medicamento adecuado que ayude a la pieza a curar y a preservar su vitalidad.

Es un procedimiento aceptado para el tratamiento de dientes temporales y permanentes, la indicación de este

procedimiento es por que el tejido pulpar coronario tejido adyacente a la exposición por caries suele contener microorganismos y dará muestras de inflamación y alteración degenerativa puede ser con hidróxido de calcio o la técnica con formocresol y crésota.

Desde hace tiempo se ha reconocido la importancia de mantener la longitud del arco en dentaduras primarias y una pieza sana es el mejor mantenedor de espacio.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO

1. Instrumental y equipo de exploración.
2. Instrumental y equipo para radiología
3. Instrumental y equipo para anestesia.
4. Instrumental y equipo para aislar el campo operatorio.
5. Fresas esféricas Nos. 2, 3 y 4.
6. Piedras de diamante troncoconicas
7. Fresa de fisuras de carburo Nos. 700 y 699.
8. Excavadores filosos
9. Solución salina, o torundas con cloramina
10. Hidróxido de calcio
11. Óxido de Zinc y Eugenol.
12. Lozeta para cementos.
13. Espátula para cementos
14. Instrumental para obturar con amalgama

PULPECTOMIAS EN PIEZAS PRIMARIAS

Pulpectomía quiere decir eliminación de todo tejido pulpar de la pieza, incluyendo las porciones coronarias-radiculares.

Aunque la anatomía de las raíces de la pieza quede en algunos casos complicar estos procedimientos existe interés renovado por las posibilidades de retener las piezas primarias en vez de crear los problemas de mantenedores de espacios a largo plazo.

Andrew y Rablnowitch, han defendido largo tiempo las pulpectomías, en molares y también las de incisivos, en caso de piezas primarias no vitales.

Piezas jóvenes permanentes.

En las piezas permanentes jóvenes, procedimientos similares a los utilizados en piezas primarias son recubrimiento pulpar directo e indirecto y pulpotomías con hidróxido de calcio, ya sea con agua y con un preparado patentado como material de elección.

Se emplea recubrimiento pulpar indirecto en piezas jóvenes permanentes, cuando observando radiográficamente

te vemos que la caries llega hasta la pulpa vital, pero aún no la ha invadido.

Se aconseja recubrimiento pulpar directo cuando existe pequeña exposición de tejido pulpar vital, en particular cuando la exposición se debe más a excesos en el uso de la instrumentación que a caries.

ENDODONCIA

En piezas primarias deberá tenerse cuidado de no penetrar más allá de las puntas apicales de la pieza al -- alargar los canales pues puede dañar el brote de la pieza - permanente en desarrollo.

Usar compuesto resorbible de gutapercha o de plata, porque no son resorbibles y causan irritación.

No presionar el material de obturación.

Si se requiere tratamientos endodónticos en piezas permanentes jóvenes, especialmente en las anteriores, - se necesita modificar en cierto grado, la técnica común para obtener sellado adecuado en piezas con diques amplios y - tal vez en forma de embudo.

Al tratar obturaciones endodónticas en un canal - ampliamente abierto, deberán seguirse técnicas determina-- das, tales como proporcionar campos estériles, acceso ade-- cuado al área pulpar, limpieza e irrigación de los canales, esterilización de los canales y su sellado adecuado.

La técnica para realizar la endodoncia es de tres sesiones.

1.- Se eliminan los restos coronarios de la pulpa; para no forzar material necrótico a través de la porción apical la cámara pulpar se sellará con una torunda de algodón.

2.- Se retirará del conducto, resto del tejido pulpar.

1.- Instrumental y equipo de exploración.

2.- Instrumental y equipo para radiología.

3.- Instrumental y equipo para aislar el campo operatorio.

4.- Excavador.

5.- Lima barbada.

6.- Jeringa de vidrio con aguja acodada.

7.- Irrigación con cloramina.

8.- Puntas de papel.

9.- Punta de papel con creosota se haya, sellado en el conducto por dos o tres días.

10.- Oxido de Zinc y Eugenol.

3.- Tercera sesión se retirará la medicación y se hace la obturación.

1.- Instrumental y equipo de exploración.

2.- Instrumental y equipo de radiología.

3.- Instrumental para aislar el campo operatorio.

4.- Jeringa de vidrio con aguja acodada.

5.- Irrigación con solución fisiológica.

6.- Puntas de papel.

7.- Loseta para cementos.

8.- Espátula para cementos.

9.- Léntulos.

10.- Mezcla plástica de oxido de zinc y Eugenol.

11.- Restauración inmediata, con amalgama de plata.

12.- Restauración definitiva con corona de acero o de oro.

MANTENEDORES DE ESPACIO

Los mantenedores de espacio pueden clasificarse de varias maneras y hay varios tipos como son:

- a).- Fijos, semifijos o removibles.
- b).- Con bandas o sin ellas.
- c).- Funcionales o no funcionales. (Aqui el paciente puede masticar sobre el instrumento).
- d).- Activos o pasivos (Aqui se espera que el mantenedor mueva las piezas).
- e).- Ciertas combinaciones de las clasificaciones arriba mencionadas.

INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO

Si la falta de un mantenedor de espacio llevaria a malaoclusión, a hábitos nocivos o a traumatismo físico, entonces se aconseja el mantenedor de espacio.

INDICACIONES

- a).- Cuando se pierde un segundo molar primario antes de que el segundo premolar esté preparado para ocupar su lugar, se aconseja el uso de un mantenedor de espacio, no hará falta usar este instrumento si el segundo premolar está ya haciendo erupción o se tiene evidencia radiográfica de que pronto lo va a hacer.

La cantidad de espacio entre el primer molar y el primer premolar puede ser mayor que la dimensión radiográfica del segundo premolar. Esto permitiría una desviación mesial mayor de lo normal del primer molar permanente y aún quedaría lugar para la erupción del segundo premolar.

En este caso, deberá medirse el espacio por medio de divisiones. Luego, preferentemente cada mes, deberá medirse el espacio y compararse con la medida original.

Si el espacio se cierra a un ritmo mayor que el de erupción del segundo premolar, es muy aconsejable la inserción de un mantenedor de espacio.

- b).- El método precedente, de medición y espera, puede ser suficiente para atender pérdidas tempranas de primeros molares primarios. Las estadísticas indican que se producen cierres de espacio después de pérdida -- prematura de primeros molares primarios, en menor -- grado y frecuencia que la pérdida prematura de primeros molares primarios en menor grado y frecuencia -- que la pérdida siguiente prematura del segundo molar primario. Sin embargo, las estadísticas aplicadas al total de la población, por muy tranquilizantes que -- sean, no deberán inducir a desatender situaciones que pueden crear problemas en casos individuales.
- c).- En casos de ausencias congénitas de segundos premolares, es probablemente mejor dejar emigrar el molar -- permanente hacia adelante por sí solo y ocupar el espacio. Es mejor tomar esta decisión tardíamente que temprano, puesto que a veces los segundos premolares -- no son bilateralmente simétricos al desarrollarse.
- d).- Los incisivos laterales superiores muy a menudo faltan por causas congénitas. Los caninos desviados mesialmente, casi siempre pueden tratarse para resultar en substituciones laterales de mejor aspecto estético que los puentes fijos en espacios mantenidos abier--

tos. Lo mejor es dejar que el espacio se cierre.

- e).- La pérdida temprana de piezas primarias deberá remediarse con el emplazamiento de un mantenedor de espacio. Muchas fuentes indican que la localización de las piezas permanentes en desarrollo evita el cierre en la parte anterior del arco. Esto no se verifica en todos, los casos. No solo se pueden cerrar los espacios, con la consiguiente pérdida de continuidad del arco, sino, que otros factores entran en juego, la lengua empezará a buscar espacio y con esto se pueden favorecer los hábitos. Pueden acentuarse y prolongarse los defectos del lenguaje. La ausencia de piezas en la sección anterior de la boca, antes de que esto ocurra en otros niños de su edad, hace que el niño si es vulnerable emocionalmente se sienta diferente y mutilado psicológicamente.
- f).- Muchos individuos están aún en la niñez, cuando pierden uno o más de los molares permanentes. Esta situación es muy deplorable, pero en muchas secciones del país es una realidad. Si la pérdida ocurre varios años antes del momento en que hace erupción el segundo molar permanente, este, último puede emigrar hacia adelante y brotar en oclusión normal, tomando lugar -

del primer molar permanente. Si el segundo molar permanente ya ha hecho erupción, o está en erupción parcial, se presentan dos caminos a elegir.

1.- Mover ortodónticamente el segundo molar hacia adelante.

2.- O mantener el espacio abierto para emplazar un puente permanente en etapas posteriores.

g).- Si el segundo molar primario se pierde poco tiempo antes de la erupción del primer molar permanente, una protuberancia en la cresta del borde alveolar indicará el lugar de erupción del primer molar permanente.

h).- En estos 7 puntos se aconseja mantenimiento de espacio pasivos. Existen situaciones en las cuales los odontólogos generales pueden usar mantenedores de espacios activos con grandes beneficios.

En términos generales, la mayoría de los casos de mantenedores de espacio pueden hacerse por la inserción de pasivos y removibles, hechos con hilos metálicos y resina acrílica.

VENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO TIPO REMOVIBLE

- 1.- Es fácil de limpiar.
- 2.- Permite las limpiezas de las piezas.
- 3.- Mantiene o restaura la dimensión 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 estética.
- 7.- Facilita la masticación y el hablar.
- 8.- Ayuda a mantener a la lengua en sus límites.
- 9.- Estimula la erupción de las piezas permanentes.
- 10.- No es necesaria la construcción de bandas.
- 11.- Se efectúan fácilmente las revisiones dentales en busca de caries.
- 12.- Puede hacerse lugar para la erupción de piezas sin necesidad de construir un apartato

nuevo.

DESVENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE

- 1.- Puede perderse.
- 2.- El paciente puede decidir no llevarlo puesto.
- 3.- Puede romperse.
- 4.- Puede restringir el crecimiento lateral de la mandíbula, si se incorporan grapas.
- 5.- Puede irritar los tejidos blandos.

La construcción de los mantenedores de espacio -- funcionales, pasivos y removibles deberá mantenerse lo más sencilla posible.

MANTENEDOR DE BANDA Y ANSA

Las ventajas de Este mantenedor incluyen la facilidad de construcción y la facultad de adaptación del Ansa, si fuera necesario en la cambiante dentadura.

MANTENEDOR DE CORONA Y ANSA DE ACERO CROMO

Esta indicado si el diente pilar tiene caries ex-

tensas y necesita una restauración coronaria o si se le ---
 efectuó alguna terapéutica pulpar vital.

Después se podrá cortar el Ansa y dejar la corona
 como restauración para el diente pilar, producida ya la ---
 erupción del permanente.

MANTENEDOR DE ORO COLADO DE MILLETT

Es muy conveniente cuando hace falta un mantene--
 - dos sólido el diente pilar puede requerir una preparación -
 - para eliminar las zonas retentivas y hay que realizar cor--
 - tes proximales para anular, los contactos. La cara oclusal
 no se toca, pues las cúspides asoman de la restauración. -
 Este mantenedor se puede usar para mantener las relaciones-
 de los dientes en el arco después de la pérdida prematura -
 del primer molar temporal. Se talla el canino y el segundo
 molar temporales para coronas coladas enteras, se puede co-
 - lor el mantenedor en una sola pieza.

MANTENEDOR DE ESPACIO COLADO DE ORO EXTENSION DISTAL

Este mantenedor es utilizado con éxito cuando se-
 produce la pérdida del segundo molar temporal antes de la -
 erupción del primer molar permanente. Se emplean como pila-
 - res el canino y el primer molar temporal, que se preparan -

como para corona colada tipo Willett tras la impresión y --
confección del modelo de revestimiento de la hemiarcada, se
prepara el patrón de cera con una extensión distal que en--
trará en el modelo en la posición de la raíz distal del ---
diente que se extrae, la extensión hacia los tejidos sirve
de guía para la erupción del primer molar permanente. Des-
pués de la erupción del primer molar permanente, se puede -
retirar el colado de los dientes para quitar la porción de-
extensión que va adentro de los tejidos se vuelve el apata-
to a la boca para que así sirva como mantenedor hasta la --
erupción del segundo premolar.

RESTAURACION DE DIENTES FRACTURADOS

Para elegir una restauración temporal intermedia o la llamada permanente, hay que tener en cuenta el pronóstico de la curación pulpar, la cantidad de tejido dental remanente, la etapa de erupción del diente, el tamaño de la pulpa y el grado del cierre apical, la normalidad de la oclusión.

a).- Corona 3/4

Se considera como restauración de tipo intermedio en los dientes jóvenes con gran pérdida de tejido dental.

Es una restauración adecuada y servicial cuando no ha sido afectada la pulpa o cuando hubo exposición pulpar y protección o amputación.

b).- Restauración tipo Pin-ledge o respaldo espigado.

Es la restauración de preferencia en dientes con pérdida mínima de estructura coronaria.

Se le considera una restauración de tipo medio -- por ser menor la cantidad de tejido dental que se pierde en su preparación que para funda.

c).- Restauración angular de acrílico.

Esta indicada cuando la pulpa coronaria sea pequeña para permitir la colocación del alambre de sosten en forma de U. esta limitada esencialmente a los dientes anteriores superiores si la oclusión es favorable.

d).- Construcción del muñón colado.

Este se puede hacer en la boca del paciente o indirectamente en un troquel sacado de una impresión de material a base de caucho.

EXODONCIA

Las indicaciones para las extracciones son muy similares a las dadas en adultos:

- 1.- Caries de cuarto grado.
- 2.- Fracturas de las coronas o raíces.
- 3.- Mantenimiento prolongado de los dientes temporales a causa de una reabsorción radicular de dos terceras partes de la misma, o anquilosis.
- 4.- Dientes supernumerarios.

El instrumental para los procedimientos exodónticos es muy similar a la de adultos, pero las partes anatómicas son menores.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS PRIMARIAS

Al considerar si se deben extraer piezas primarias, deberá siempre tenerse presente que la edad, por sí -

sola no es criterio aceptable para determinar si es necesario extraer una pieza primaria. Un segundo molar primario por ejemplo, no deberá extraerse solo porque el niño tenga 11 ó 12 años, a menos que se presente alguna, indicación especial.

En algunos pacientes los segundos premolares están listos para brotar a los 8 ó 9 años de edad, mientras que en otros casos las mismas piezas no muestran suficientes desarrollo radicular a la edad de 12 años.

Una pieza primaria que esté firme e intacta en el arco nunca deberá ser extraída, a menos que se haya realizado una evaluación completa clínica y radiográfica, de la boca completa, especialmente del área particular. Oclusión - desarrollo del arco, tamaño de las piezas primarias afectadas, estado de desarrollo del sucesor permanente subyacente y de las piezas adyacentes, presencia o ausencia de infección, todos estos factores deberán tomarse en consideración al determinar cuándo y cómo deberá extraerse una pieza.

Teniendo presente las anteriores consideraciones, las indicaciones para la extracción de piezas primarias son las que se enumeran a continuación.

a).- En casos en que las piezas estén destruidas a tal grado que sea imposible restaurarlas; si la destrucción alcanza la bifurcación o si no se puede establecer un margen gingival duro y seguro.

b).- Si se ha producido infección del área periapical o interradicular y no se puede eliminar por otros medios.

c).- En casos de abscesos dentoalveolar agudo -- con presencia de celulitis..

d).- Si las piezas están interfiriendo en la --- erupción normal de las piezas permanentes.

e).- En casos de piezas sumergidas.

Las extracciones se pueden volver relativamente libres de peligro por medio del uso juicioso de antibióticos antes y después de la operación.

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DE PIEZAS PRIMARIAS

1.- La estomatitis infecciosa aguda, la infección de Vincent aguda o la estomatitis herpética y lesiones similares deberán ser eliminadas antes de considerar cualquier extracción.

Las excepciones a esto son afecciones como los abscesos dentoalveolares agudos con celulitis, que exigen extracción inmediata.

2.- Las discrasias sanguíneas vuelven al paciente propenso a infección posoperatria y a hemorragia.

Deberán realizarse extracciones solo después de consultar con un hematólogo y de preparar adecuadamente al paciente.

3.- Las cardiopatías reumáticas agudas o crónicas y las enfermedades renales requieren protección antibiótica adecuada.

4.- Las pericementitis agudas, los abscesos dentoalveolares y la celulitis. Se administrará medicación antibiótica pre y posoperatoria.

5.- Las infecciones sistémicas agudas contraindican las extracciones electivas para los niños, a causa de la menor resistencia del cuerpo y la posibilidad de infección secundaria.

6.- Los tumores malignos cuando se sospecha su existencia, son una contraindicación de las extracciones dentales.

El traumatismo de la extracción tiende a favorecer la velocidad de crecimiento y extensión de tumores.

Por otro lado, se indican claramente las extracciones si las mandíbulas o tejidos circundantes van a recibir terapéutica de radiación para el tumor maligno; esto se hace para evitar hasta donde sea posible el riesgo de una infección en el hueso que ha sido expuesto a la radiación.

7.- Las piezas que han permanecido en una formación ósea irradiada deberán de extraerse solo como último recurso y después se haber explicado detalladamente las consecuencias a los padres.

8.- La diabetes sacarina plantea una contraindicación relativa. Es aconsejable consultar al médico para asegurarse de que el niño esta bajo control médico. En los casos controlados de diabetes no se observan más infecciones que en casos de niños normales por lo que los antibióticos no son prerrequisito.

Es importante que el niño diabético prosiga con su dieta en igual composición cuantitativa y cualitativa -- después de la operación.

Cambios en este aspecto pueden alterar el metabo-

lismo de grasa y azúcar del niño.

Siempre debemos valernos de previa radiografía para realizar la extracción (-nes), así nos evitaremos problemas, y no maltratamos al paciente, ya que la cavidad bucal es pequeña, y se presentan mayores dificultades para lograr acceso al campo operatorio.

Las mandíbulas están en proceso de crecimiento y desarrollo, y la dentadura está en continua transformación, con erupción y resorción de piezas primarias y erupción de piezas permanentes en forma simultánea.

Cualquier interferencia en los centros de crecimiento de los maxilares o la extracción prematura de piezas primarias puede llevar a malformaciones de los maxilares de las piezas permanentes o de los maxilares y las piezas.

La estructura ósea contiene un porcentaje más alto de material orgánico, que la vuelve más flexible que la de los adultos y menos propensa a las fracturas.

Algunos operadores clínicos aconsejan el uso de anestésicos tópicos antes de inyectar. Es difícil determinar hasta qué grado son eficaces, indudablemente, poseen va

lor psicológico, pero no son substitutos de una buena técnica de inyección.

La anestesia por lo general y de preferencia debe ser local, que no es muy diferente a la de adultos.

La menor densidad ósea acelera la difusión del anestésico local a través de las capas compactas de hueso.

Por otro lado, el menor tamaño de las mandíbulas reduce la profundidad a que habrá de penetrar la aguja en ciertas anestésias de bloqueo. Se encontrará que, con excepción del bloqueo dental inferior, no son necesario otros bloqueos en los niños.

Nunca deberá decirsele una mentira al niño, es más seguro decir al niño que va a experimentar alguna molestia, como una picadura o un rasguño, que prometerle un proceso indoloro y luego no poder cumplirle la promesa.

Los fórceps utilizados en la extracción de piezas primarias son los mismos que utilizamos para los adultos.

Algunos operadores prefieren fórceps infantiles especiales, porque pueden esconderse en la palma de la mano.

No consideramos que esto sea necesario, ya que -- una explicación deberá preceder a la extracción, y los fórceps con mangos mayores pueden controlarse mejor.

La extracción de piezas anteriores primarias es sencilla, generalmente requiere una rotación constante en una dirección, lo que desaloja la pieza de su ligadura.

Esto se puede llevar a cabo en el maxilar superior con fórceps de balloneta o núm. 150 y en el maxilar inferior con un fórceps núm. 151.

Se utilizan los mismo instrumentos para las piezas posteriores.

Los molares primarios superiores se extraen con un movimiento buco-lingual; el movimiento hacia el aspecto-lingual frecuentemente ofrece menos resistencia.

Pueden presentarse dificultades para aplicar los fórceps, especialmente en molares inferiores, a causa de la inclinación lingual de la corona y la incapacidad del niño para abrir suficientemente la boca.

La técnica para la extracción de primeros molares

permanentes no difiere de la aplicada a adultos, excepto -- que habrá que considerar el mantenimiento de espacio en casos en que el segundo molar ya haya hecho erupción a través de la encla.

Las complicaciones posoperatorias que pueden producirse después de extracciones son las mismas que en caso de los adultos y se tratan de acuerdo con ello

Afortunadamente, los alveolos secos constituyen un caso muy raro en los niños. Si un niño de menos de diez años desarrolla un alveolo seco el dentista deberá considerar inmediatamente la existencia de alguna infección poco común, como actinomicosis o alguna complicación de trastorno sistémico, como anemia, trastorno nutricional etc.

Las infecciones en los niños son de especial importancia para el odontopediatra, porque a menudo está en posición de prevenirlas o interceptarlas.

Puede acortar su curso y prevenir su expansión.

MANIFESTACION DE INFECCIÓN

a).- Fiebre, que particularmente en los niños de corta edad tienden a alcanzar niveles más elevados que en -

Los adultos, con pulso rápido y respiración rápida, pero su superficial.

b).- Malestar general, náusea y vómito, Estas -- dos últimas manifestaciones se ven con mayor frecuencia en los niños.

c).- Aumento de la cuenta leucocitaria especialmente de neutrófilos. En infecciones graves más prolongadas, como osteomielitis, puede seguir amenia.

d).- Deshidratación debida a pérdida de agua por transpiración y falta de ingestión de líquidos.

El tratamiento de la infección consiste en:

- 1.- Tratamiento local.
- 2.- Tratamiento general.

CONCLUSIONES

Resumiendo todos estos datos expuestos en los temas, llegamos a la conclusión de que el tratamiento a seguir es "Preventivo", teniendo los cuidados y precauciones necesarias para que en la niñez no haya daños irreparables y así conservar la vitalidad de la piezas dentarias.

Se debe contar con el equipo necesario y el mínimo de materiales, en esta forma, se facilita todo trabajo terapéutico, tanto del C. D. como del especialista.

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA;
DR. SIDNEY B. FINN.
CUARTA EDICION.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

ODONTOLOGIA PARA EL NINO Y EL ADOLECENTE.
RALPH EL McDONAL.
EDITORIAL MUNDI 1971
JUNIO 895 - PARAGUAY 2100
BUENOS AIRES - ARGENTINA.

DICCIONARIO ODONTOLOGICO
CIRO DURANTE AVELLANAL
EDITORIAL MUNDI
JUNIN 831
BUENOS AIRES - ARGENTINA.