

24, 1034

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PRINCIPIOS BASICOS EN
ODONTOPEDIATRIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
GILBERTO VILLAESCUSA LOPEZ



MEXICO, D. F.

1980



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.

INDICE

- I.- Introducción
- II.- Historia Clínica
- III.- Embriología y Morfología de los dientes temporales.-
 - Crecimiento y Desarrollo Facial
 - Crecimiento Prenatal
 - Crecimiento Posnatal
- IV.- Erupción Dental
 - V.- Orientación de la conducta del Niño en el Consultorio Dental
- VI.- Tratamiento Clínico
 - Recubrimiento Pulpar Directo
 - Recubrimiento Pulpar Indirecto
 - Principales Materiales Usados en Odontopediatría
 - Examen Radiológico
 - Aplicación de Fluor
 - Anestesia
 - Pulpotomía
 - Mantenedores de Espacio.-

Conclusiones

Bibliografía

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

Al hacer un estudio sobre Odon-
topediatria observé que es necesario, tratar al niño
con la mayor brevedad posible y además, que exista u-
na buena comunicación entre doctor y paciente, para -
que esto adquiera un resultado positivo: se debe de -
tener en consideración, lograr resolver sus problemas
dentales actuales.

En criterio propio, la principal
labor nuestra va a ser la prevención y preservación de
las piezas primarias, así obtenemos que nuestro pacient
te se encuentre en un estado saludable tanto físico co
mo psicológicamente.

TEMA II
HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un documento de archivo en la cual vamos a concentrar todos los datos personales y no personales que se refieran al paciente, es necesario letra clara y entendida y que sea lo mas concisa posible.

Para realizar una historia clínica considerable, debemos de tener en cuenta los principales datos que a continuación se mencionan.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre Doctor	Fecha
Nombre Paciente	Sexo Edad
Dirección	Teléfono
Origen	Ocupación
Motivo de visita	

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Sobre padres, hermanos, abuelos que padezcan o hayan padecido enfermedades como diabetes enfermedades cardiovasculares, cáncer obesidad, hemorragias.

ANTECEDENTES PERSONALES

Sobre enfermedades que haya padecido como: enfermedades de la infancia, alérgia a la Penicilina o alimentos.

Sobre sus condiciones de higiene, habitación sobre hábitos, ingesta diaria (calidad, cantidad).

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Si ha padecido alguna enfermedad general, Nombre del médico que lo atendió, número de teléfono.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Aparato Digestivo

Si existe dificultad para deglutir, si existen diarreas frecuentes, si sufre estreñimientos, anorexia, si presenta sangre en materias fecales, al presentar dolor abdominal, podemos sospechar de un transtorno en el hígado.

Aparato Cardiovascular

Si presenta diárreas, palpitaciones, dolor precordial, si presenta epistaxis podemos sospechar de una hipertensión arterial.

Aparato Respiratorio

Si existe tos con expectoración o sin expectoración, con dolor torácico o sin dolor (con pús o sangre), si existe pérdida de peso.

Aparato Génito Urinario

Número de minciones al día y noche, si existe pus, dolor o sangrado, número y cantidad

Sistema Endócrino

Si presenta polifagia (mucho hambre), polidixia, poliuria (ganas de orinar con frecuencia) temblor en los dedos, diarrea frecuente, hiperhidrosis, intolerancia al calor, si presenta hipotiroidismo (facilidad de cansancio).

Sistema Hematopoyético

Si existe palidez sangrado de encías, epistaxis, petequias.

Sistema Nervioso

Si existen cefaléas frecuentes, intranquilidad, trastornos en los órganos de los sentidos, pérdida de coordinación, pérdida de orientación.

FICHA PARADONTAL

Aquí vamos a observar las manifestaciones y alteraciones que se encuentren ligadas a este.

Placa Bacteriana - - - - -	Materia Alba - - - - -
Tartaro Dentario - - - - -	Piso de Boca - - - - -
Carrillos - - - - -	Paladar Duro - - - - -
Lengua - - - - -	Gingivitis - - - - -
Bolsas Paradontales - - -	Movilidad Dental - - - - -
Resorción Osea - - - - -	Paladar Blando - - - - -

Observar alteraciones tanto en el Maxilar Superior como en el Inferior.

EXAMEN CLINICO

Por medio de este examen nos damos cuenta de cualquier alteración que se presente en la primera o segunda dentición y además el plan de trato a realizar.

8 7 6 5 4 3 2 1 V IV III II I	1 2 3 4 5 6 7 8 I II III IV V
V IV III II I 8 7 6 5 4 3 2 1	I II III IV V 1 2 3 4 5 6 7 8

TEMA III

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL DIENTE

Cuando el embrión humano presenta su tercera semana de vida, el ectodermo se invagina y da lugar al mesodermo intraembrionario que es el que se encarga del desarrollo de estructuras óseas y musculares del individuo.

Se observa además que el embrión trilaminar se encorva por una serie de diferenciaciones de grupos celulares.

Los arcos branquiales vienen a ser invaginaciones de los cuales se observa lo siguiente:

- a) El primer arco branquial da origen al Maxilar Superior e Inferior.
- b) Sobre las invaginaciones aparece, un grupo de células mesodérmicas y sobre de estas se invagina un grupo de células ectodérmicas que vienen a ser la lámina dentaria primitiva.

Esto ocurre entre la sexta y séptima semana de vida intrauterina.

Posteriormente se observa que al invaginarse el ectodermo se cubre de mesodermo y existe entonces un crecimiento de

células en forma cilíndrica las cuales reciben el nombre de células ectodérmicas externas e internas.

Entre esta célula existe una entrada de líquido intracelular y separa las capas, el ectodermo se invagina, el líquido intracelular queda en el medio y aparece un grupo de células especializadas que vienen a formar la papila dentaria.

La papila dentaria desencadena el desarrollo celular y la diferenciación celular porque emigra y rodea al grupo de células existentes y aparece también un grupo de células mesenquimatosas que dan origen a elementos sanguíneos.

En el líquido aparecen un grupo de células de sostén que forman el retículo estrellado, (Etapa de Campana).

A la onceava semana, las células mesodérmicas y células epiteliales internas es cuando reciben aporte sanguíneo y las células epiteliales internas se transforman en ameloblastos por diferenciación y las mesodérmicas se transforman en odontoblastos; se duplican ameloblastos y odontoblastos empujando y desplazando el retículo estrellado y al mismo tiempo los odontoblastos se desarrollan para formar la dentina.

Posteriormente se presenta la etapa de formación de predentina, pre cemento y esto se presenta cuando las células precipitan sus sales de calcio y se calcifican primero las mas alejadas de la fuente nutriente y cuando los odontoblastos forman los túbulos dentinarios en la etapa de erupción desaparece una parte de la papila dentaria y esta presenta un crecimiento a la inversa y forma la raíz.

El tejido óseo va creciendo, aprisionando los dientes, las células se diferencian dando lugar al ligamento paradontal, la papila dentaria crece y da lugar a que se originen las encías.

NOTA: El organo dentario dá origen al esmalte; la papila dentaria origina la pulpa y la dentina, el saco dentario al ligamento paradontal y cemento.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FACIAL

Para una mejor comprensión y apreciación en lo referente a Odontopediatría, debemos de tener en cuenta el crecimiento y desarrollo facial.

La evolución de esto lo encontraremos dado por medio de fases que a consideración tenemos.

CRECIMIENTO PRENATAL

Durante las primeras semanas de vida embrionaria, el proceso frontonasal representa la mayor parte del frente de la cabeza, la región facial empieza a tomar forma. Al principio se observa semejante a una serie de pliegues en la porción lateral del extremo cefálico del embrión.

La cavidad bucal primitiva (estomodeo) está limitada por los procesos fronto nasal, maxilar y mandibular del primer arco branquial. Los procesos maxilares se dirigen hacia la línea media y se unen al pliegue nasal lateral del proceso frontonasal.

Al mismo tiempo, en línea media de cada proceso maxilar se desarrolla otro en forma de repisa, el proceso palatino que crece hasta unirse en la línea media con el lado opuesto y anteriormente con proyecciones intrabucales semejantes del proceso nasal para formar el paladar en la región premaxilar. Los dos procesos se fusionan en la línea media, poco antes de encontrarse con el maxilar y proceso nasal.

El crecimiento del maxilar superior es principalmente sutural, con algún depósito superficial en las paredes laterales para aumento de ancho.

Cuatro pares de suturas, contribuyen al crecimiento hacia abajo y adelante de este maxilar alejándolo de su base craneal. Esto aumenta simultáneamente la altura y la longitud de los maxilares.

- 1).- Sutura Frontomaxilar
- 2).- Sutura Cigomático Maxilar
- 3).- Sutura Ptérigo Maxilar
- 4).- Sutura Temporocigomática

Los procesos mandibulares se encuentran en la línea media y se fusionan para formar el maxilar inferior.

El punto principal de crecimiento del maxilar inferior está en la zona condílea, allí se produce una proliferación de producto hialino que es el cartilago que recubre los cóndilos, lo cual resulta que la mandíbula se proyecte hacia abajo y adelante.

Este centro de crecimiento condilar es único en el organismo, puesto que crece intersticialmente por medio de su cartilago, cuya capa más profunda se convierte en hueso, y por oposición a causa de la capa inmediata

de tejido conjuntivo que cubre el cartílago, mientras las profundas están siendo convertidas en cartílago.

CRECIMIENTO POSTNATAL

Después del nacimiento, la totalidad de la cara crece hacia abajo y adelante en relación casi constante con la porción anterior de la base del cráneo. En realidad, el crecimiento hacia abajo y adelante se efectúa normalmente sobre un eje que une la silla turca y el gnatión. Puesto que la mandíbula se halla aún más lejos de sus dimensiones definitivas que la parte superior de la cara, debe de crecer más rápidamente.

MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS

Las piezas primarias vienen a ser un número total de 20 y constan de :

- 1 Incisivo Central
- 1 Incisivo Lateral
- 1 Canino
- 1 Primer Molar
- 1 Segundo Molar

Estos los encontraremos en cada cuadrante de la boca, partiendo de la línea media hacia atrás.

En la primera dentición observamos las siguientes características.

- 1.- Son de menor volumen
- 2.- El estrangulamiento de la región cervical se hace por la terminación brusca del esmalte.
- 3.- El cuello es continuado, de forma anular; no existe el fostoneo de la línea cervical y solo se advierte en caras vestibulares de los primeros molares, Superior e Inferior.
- 4.- El eje longitudinal del diente es el mismo en corona y raíz.
- 5.- La corona de los anteriores no sufre desgaste en las caras proximales.

A medida que se produce el desarrollo se forman pequeños diastemas o separaciones entre uno y otro diente, debido a esto al crecimiento del arco.

6.- La implantación de los dientes se realiza perpendicular al plano de oclusión.

7.- La coloración del esmalte es mas azulada y translúcida.

8.- El esmalte es menos duro debido a su menor densidad de calcificación.

9.- La suavidad del esmalte es causa de que sea mayor el desgaste en las zonas de trabajo.

10.- Los mamelones de los bordes incisales y las cúspides en los dientes posteriores se pierden rápidamente por desgaste.

11.- Las coronas se desgastan con ritmo sincronizado al movimiento de erupción. Normalmente se puede observar 4/5 partes expuestas de la corona.

12.- Los perenquimatos no se observan macroscópicamente en la dentadura infantil, la superficie de esmalte es lisa y brillante.

13.- La inestabilidad del ápice es manifiesta, debido a su lenta formación y su reabsorción posterior.

14.- El tejido de esmalte es de un espesor muy constante en toda la superficie coronaria; aproximadamente de medio milímetro.

15.- Se tiene que el tamaño de la cavidad pulpular es muy grande en proporción a todo el diente.

TEMA IV

ERUPCION DENTAL

Erupción:

Movimiento natural que efectúa el diente al migrar en medio bucal.

En el recién nacido, el saco dentario de la primera dentición está colocado en el fondo de un amplio alvéolo que ésta cubierto solo por fibromucosa, sin que exista hueso en esta parte, por lo que la salida del diente encuentra menos dificultad y se realiza en corto tiempo (encontrándose algunas excepciones).

La erupción presenta 3 capas:

- 1.- Pre Eruptiva
- 2.- Pre Funcional
- 3.- Etapa Funcional

Etapa Pre Eruptiva:

Esta se inicia desde que empieza a mineralizarse el primer mamelón de la superficie oclusal o borde incisal de la corona y se sigue efectuando el movimiento conforme avanza la calcificación.

Etapa Pre Funcional:

Es el momento en que se presenta la perforación de la fibromucosa por la corona, esto provoca, en el individuo sobre todo en los lactantes, estados incómodos o pruritos.

Etapa Funcional:

Viene a ser propiamente la erupción o sea cuando las piezas han alcanzado su plano de oclusión.

ERUPCION DE DENTACION PRIMARIA

En la siguiente secuencia, podemos apreciar cual es el tiempo aproximado para que, cada una de las piezas primarias realizen su erupción.

MAXILAR

PIEZA	ERUPCION
Incisivo Central - - - - -	7 1/2 meses
Incisivo Lateral - - - - -	9 meses
Canino - - - - -	18 meses
Primer Molar - - - - -	14 meses
Segundo Molar - - - - -	24 meses

MANDIBULA

PIEZA	ERUPCION
Incisivo Central - - - - -	6 meses
Incisivo Lateral - - - - -	7 meses
Canino - - - - -	16 meses
Primer Molar - - - - -	12 meses
Segundo Molar - - - - -	20 meses

A continuación anoto tiempo necesario para que se realice erupción en la segunda dentición, sobre esto en comparación con la primera dentición, observaremos casos de dentición mixta.

MAXILAR

PIEZA	ERUPCION
Incisivo Central - - - - -	7 - 8 años
Incisivo Lateral - - - - -	8 - 9 años
Canino - - - - -	11 - 12 años
Primer Premolar - - - - -	10 - 11 años
Segundo Premolar - - - - -	10 - 11 años
Primer Molar - - - - -	6 - 7 años
Segundo Molar - - - - -	12 - 13 años

MANDIBULA

PIEZA	ERUPCION
Incisivo Central	6 - 7 años
Incisivo Lateral	7 - 8 años
Canino	9 - 10 años
Primer Premolar	10 - 12 años
Segundo Premolar	11 - 12 años
Primer Molar	6 - 7 años
Segundo Molar	11 - 13 años

TEMA V

ORIENTACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El éxito nuestro en el manejo de la primera experiencia dental de un niño en edad pre-escolar depende mucho de su sensibilidad a los factores que influyen en él, incluso antes de llegar al consultorio dental.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA DEL NIÑO

Problemas Emocionales:

El niño de corta edad suele experimentar temor a lo desconocido y a las experiencias nuevas y por consiguiente responde de manera inesperada con una conducta que se caracteriza por vergüenza, timidez, desafío o falta de cooperación.

Capacidad Intelectual:

Existen niños intelectualmente avanzados que no se adaptan bien a su primera experiencia dental. Generalmente no cesan de hacer comentarios o preguntas, esto lo hacen tal vez porque se dan cuenta de que no nos permiten actuar en estas circunstancias. Si nos mostramos pacientes, comprensivos y tranquilos y no

mostramos brusquedad generalmente obtendremos una respuesta favorable del niño.

EXPERIENCIAS MEDICAS U HOSPITALARIAS ANTERIORES

Los niños en edad preescolar con antecedentes de cuidados médicos frecuentes, suelen transferir sus reacciones favorables o desfavorables respondiendo de manera similar a las experiencias dentales por ejem: Los Alérgicos o Asmáticos suelen ser buenos pacientes porque están acostumbrados a los médicos. Sin embargo, también puede ocurrir lo contrario; tales niños pueden resultar pacientes dentales difíciles precisamente porque han sido superdoctorados. Por lo tanto debemos de conocer los miedos de un niño antes de iniciar el tratamiento.

ACTITUDES DE LOS FAMILIARES Y DE LOS COMPAÑEROS DE JUEGOS

Cuando un niño es miedoso o indócil, es posible que refleje actitudes familiares, conflictos del hogar o rivalidades con sus hermanos o sus compañeros de juegos.

TRATAMIENTO CLINICO
RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO

Es una serie de procedimientos con el fin de dar protección a una pulpa sana, ligeramente expuestas, por medio de medicamentos lograremos su recuperación normal, su función y vitalidad.

Generalmente esto ocurre después de una comunicación.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Anestesia
- 2.- Aislamiento inmediato con dique de hule
- 3.- Una vez hecha la comunicación, se lava con agua bidestilada.
- 4.- Controlar hemorragia por medio de torundas de algodón estéril y secar.
- 5.- Colocamos una capa de hidróxido de calcio sobre la pulpa expuesta.
- 6.- Sobre el material de protección se coloca una capa de óxido de Zinc-Eugenol y otra de cemento de fosfato de cinc que sirve de base para la obturación definitiva.
- 7.- Tomar radiografías de control para observar la formación de puentes dentinarios cada 4 meses.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO

Es una serie de procedimientos que se emplean con el fin de remineralizar la dentina con una sustancia frecuente medicamentosa que anula la acción de posibles gérmenes remanentes en los conductillos dentinarios.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Previo aislamiento del campo operativo
- 2.- Eliminamos la caries en las paredes de la cavidad y la dentina obviamente cariada la cual manifiesta un aspecto amorfo, con una cucharilla o con una fresa, de bola # 5 carburo hasta llegar a la dentina firme con aspecto de estar intacta.
- 3.- Limpiar perfectamente la cavidad.
- 4.- Procedemos a colocar hidróxido de calcio con metil celulosa.
- 5.- Pasamos a colocar una sobre base de óxido de zinc-eugenol hasta ángulo cabo superficial.
- 6.- Después rebajamos la sobre base para colocar la obturación permanente.
- 7.- Se revisa la pieza al término del mes por medio de radiografías, pruebas de vitalidad, si estas son normales, se considera un éxito el tratamiento.

Principales Materiales Usado en Odontopedi- tría.-

Uno de los materiales más usados en lo referente a --
Odontología Infantil viene a ser la amalgama de plata.
Se le han atribuído muchos fracasos, pero se ha demos-
trado que si no se obtiene éxito en la obturación es -
por una manipulación defectuosa o una contaminación de
amalgama.

Se debe de tener en cuenta de que
exista una aleación correcta, y además que el operador
termine adecuadamente la cavidad para recibir amalgama
y así evitar futuros fracasos.

Las amalgamas se clasifican en -
binaria, terciaria, cuaternaria y quinaria.

La amalgama que mas se utiliza en
la actualidad viene a ser la cuaternaria que no contie
ne zinc y la quinaria que si contiene zinc.

La fórmula actual para una amalga
ma quinaria viene a ser la siguiente:

Plata	65%	mínimo
Estaño	29%	máximo
Cobre	6%	máximo
Zinc	2%	máximo

Combinadas estas en proporciones iguales de mercurio.-
(5 partes de Aleación x 5 de Mercurio).

Efectos de los Componentes de la Aleación

- Plata.- viene a ser el principal componente, aumenta la resistencia de la amalgama y disminuye su escurrimiento.-
- Estaño.- Se caracteriza por reducir la expansión de la amalgama a aumentar su contracción.
- Cobre.- Aumenta la resistencia y la dureza de la amalgama y reduce su escurrimiento.
- Zinc.- Facilita el trabajo y la limpieza de la amalgama durante la trituración y la condensación.
- Nota.- En realidad se debería de usar la aleación que no contenga zinc, para así evitar expansión durante la manipulación.-

La resistencia de la amalgama a la compresión es de más de 45,000 libras sobre pulgada cuadrada a las 24 horas.-

Cementos.-

Los empleamos en la mayoría de los casos como aislantes térmicos por debajo de las obturaciones metálicas, para obturación temporal, para fijar restauraciones, como protector pulpar.-

Oxido de Zinc - Eugenol

Estos cementos se presentan habitualmente en forma de polvo y líquido, se utiliza como material de obturación temporaria, como aislante de choque térmico, como material para relleno en los conductos radiculares.-

Composición Química

Líquido.- Eugenol y aceite de oliva

Polvo.- Oxido de zinc

Hidróxido de calcio.-

Se utiliza para cubrir la pulpa cuando inevitablemente se expone durante una intervención dental, además acelera la formación de dentina secundaria.

Composición Química

Existen meras suspensiones de hidróxido de calcio en agua destilada. Otro producto contiene 5% de hidróxido de calcio y 6% de óxido de zinc suspendidos en una solución de un material resinoso en cloroformo

Barniz para Cavidades

Se recomienda la utilización de barnices en cavidades como complemento de otros materiales que utilizamos para obturación ya que al hacer uso de éste, sobre la cavidad queda una pequeña película adherida la cual sella los túbulos dentinarios e impide la entrada de elementos extraños.-

Coronas de Acero - Cromo

(prefabricadas)

Estas coronas nos ofrecen varias ventajas para conservar las piezas primarias; cuando estas piezas se encuentran muy destruidas con caries proximal extensa, además tenemos que estas coronas son durables, económicas y funcionales.-

ANESTESIA

Tópica, Local y General

Para llegar a realizar una buena práctica odontológica, nos veremos precisados a eliminar el dolor.-

En lo referente al niño, viene a ser donde con mayor frecuencia se manifiesta, por lo tanto es indispensable reducirlo al mínimo.

ANESTESICOS TOPICOS

Los anestésicos tópicos reducen muchísimo el ligero malestar de la inserción de la aguja.

El colorhidrato de diclonina al 0.5% ha sido utilizado con éxito, su sabor es agradable, su acción rápida y no causa irritación ni desprendimiento de los tejidos.-

Las inyecciones que se utilizan con más frecuencia durante el tratamiento dental del niño vienen a ser las siguientes:

ANESTESIA REGIONAL DEL DENTARIO INFERIOR

Cuando se emprenden procedimientos de operatoria dentaria o cirugía en los dientes inferiores permanentes o temporales, se debe de dar una anestesia regional en el dentario inferior.

En estudios realizados se informó que el agujero de entrada del dentario inferior está por debajo del plano oclusal de los dientes temporales del niño. Por lo tanto, la inyección debe de aplicarse algo mas abajo y mas atrás que en los adultos.

Se coloca el pulgar sobre la superficie oclusal de los molares con la uña sobre el reborde oblicuo interno y la yema del pulgar descansando en la fosa retromolar.

La jeringa estára orientada desde un plano entre los dos molares temporales del lado opuesto de la arcada. Se aconseja inyectar una pequeña cantidad de la solución tan pronto como se penetra en los tejidos y seguir inyectando cantidades pequeñas a medida que la aguja avanza hacia el agujero del dentario inferior.

TECNICA SUPRAPERIOSTICA

Al hacer uso de esta técnica en piezas temporales se -

emplea la infiltración. La inyección debe de ser efectuada más cerca del borde gingival en comparación de - pacientes con dentición permanente y se depositará la solución muy cerca al hueso.

Al anestesiar las piezas dentarias el sitio de función está en el surco vestibular y la solución se deposita lentamente y apenas por encima y cerca de los ápices dentales.

ANESTESIA GENERAL.

Este tipo de anestesia, nos veremos precisados a utilizarla en ocasiones donde los niños son incapaces de -- cooperar, pacientes con alergia a los anestésicos locales, en pacientes hemofílicos en los cuales el uso del anestésico puede provocar una hemorragia interna, en niños con trastornos generales y anomalías congénitas.

EXAMEN RADIOLOGICO

Una exploración clínica no puede considerarse completa si no se dispone de radiografías para hacer un buen diagnóstico.

Debemos hacer radiografías periapicales y coronales y así mismo basándonos sobre esto encontraremos hallazgos y trastornos dentales, a continuación anexo los siguientes casos por ejem:

TRANSTORNOS DENTALES EN LO QUE RESPECTA A FORMA

Geminación.- Es causada por invaginación del germen durante el desarrollo del diente. Aquí observamos 2 coronas con un solo conducto pulpar.

Fusión.- Viene a ser la unión de 2 ó mas piezas, esta se encuentra dada por regla general en dientes supernumerarios.

Concrescencia.- Cuando encontramos fusión nada más en raíz; se encuentra formada por traumatismos o dientes apañados.

Dilaceración.- Viene a ser una angulación ya sea de corona o de raíz, causada por un traumatismo durante el desarrollo dentario.

Dent's in Dent's.- Es causada por una invaginación de la superficie coronaria antes de que ocurra la calcificación, o sea se observa un diente sobre otro.

Raíces Supernumerarias.- Aquí encontramos una raíz de más y afecta a terceros molares superiores e inferiores.

GRADO DE DESARROLLO Y POSICION DE DIENTES PERMANENTES

Debemos observar dientes -- permanentes que se desarrollan en el seno de los maxilares: número presente, ausencia de uno o mas dientes permanentes, grado o desarrollo dental (avanzado o retrazado) y relación de los dientes permanentes en desarrollo con dientes temporales.

NOTA: Observaremos el grado evolutivo en lo que respecta a cáries y cualquier otra alteración.

APLICACION DE FLUOR

Se ha demostrado que el método más eficaz para hacer los dientes menos susceptibles (o más resistentes) a la caries dental es incorporar iones fluoruro a las estructuras de hidroxapatita de aquellos durante su desarrollo y exponer a los que ya hayan hecho erupción a un ambiente que contenga fluoruro constantemente.

La mejor fuente de fluoruro y la más económica, es el agua fluorada de los servicios públicos.

DIFERENTES METODOS DE ADMINISTRACION DE FLUORUROS

Para la administración de fluoruro a la mayoría de la población no protegida se encuentran otros medios que también protegen las superficies dentarias, entre los cuales se consideran Soluciones, geles, pastas y combinaciones.

En lo que respecta a dentífricos o pastas a emplear debemos de tener en consideración aquellos que contengan menos cantidad de abrasivos, o sea que se debe de preferir por aquellos que lleven en su composición algún antiséptico y a la vez que sean fluorados.

Entre las soluciones y combinaciones tópicas de fluoruro encontramos soluciones de fluoruro estannoso o de fluoruro fosfato ácido. A los pacientes libres de caries y los que la presentan con poca actividad se les debe de aplicar una solución de fluoruro al menos una vez al año y de preferencia dos veces.

Si existen caries más activas se deberán hacer hasta cuatro aplicaciones de fluor al año y de ser posible mas según el número de sesiones requeridas.

El flúor tópico con presentación en forma de gel al 1.23% APF (fluor fosfatado acidulado asegura mayor aprovechamiento ya que aumenta la penetración interproximal y una mayor resistencia al diente.

La aplicación se lleva a cabo por medio de unos aplicadores fabricados en poliestireno que se ajustan a la forma de cada arcada.

NOTA: Los preparados tópicos de fluoruro se han de aplicar a los dientes después de haberlos limpiado y pulido.

PULPOTOMIA

La pulpotomía consiste en la extirpación completa de los tejidos pulpares coronales conservando intactos los tejidos pulpares radiculares.

Las exposiciones de la pulpa traumáticas o cariosas de los dientes temporales se consideran en principio como candidatas a la pulpotomía.

TECNICA DE LA PULPOTOMIA

- 1.- Se anestesia el diente y se pone un dique de goma.
- 2.- Se excava el material carioso con una fresa redonda lo mayor posible.
- 3.- Se amputan tejidos de la pulpa coronal con una fresa redonda estéril, a velocidad relativamente alta y presión ligera.
- 4.- Para una amplia visión, irrigamos cámara pulpar con agua bidestilada para eliminar los residuos.
- 5.- En los puntos de amputación se colocan taponcitos de algodón humedecidos con agua, durante 3 ó 4 minutos para controlar la hemorragia posamputación.

La hemorragia en la posamputación es sumamente importante en la técnica de pulpotomía, por lo tanto evitaremos la utiliza --

ción de algún vasoconstrictor.

- 6.- Cuando ha cesado la hemorragia, procederemos a colocar con taponcitos de algodón, empapados en formocresol sobre los muñones de la pulpa durante unos cinco minutos.
- 7.- Posteriormente procedemos hacer una mezcla cremosa de óxido de Zinc en polvo, y partes iguales de formocresol y eugenol líquidos sobre el suelo de la cámara pulpar.
- 8.- Si no se coloca la restauración permanente y la próxima cita es para dentro de seis semanas, se procede a colocar una restauración temporal de óxido de Zinc-Eugenol.
- 9.- Se coloca una corona completa para prevenir la fractura pospulpotomía del diente.

INDICACIONES

- 1.- En dientes de niños en los cuales no se ha formado por completo el extremo apical.
- 2.- En exposiciones pulpares de los dientes anteriores por fracturas coronal de los ángulos mesial y distal, después de un traumatismo.
- 3.- En pulpas sanas con hiperemias persistentes o ligeramente inflamadas.
- 4.- En comunicaciones mecánicas, extensas contaminadas por el medio oral.

VENTAJAS

- 1.- No es necesario penetrar en el conducto radicular y esto es importante cuando se trata de piezas con agujeros apicales muy amplios.
- 2.- No se presentan accidentes, tales como ruptura de instrumentos dentro del conducto perforación del mismo, sobre obturaciones cortas.
- 3.- Puede ser realizada en una sola sesión.

DESVENTAJAS

- 1.- No se puede asegurar con certeza su éxito.

- 2.- Es frecuente la muerte pulpar después de haberse formado un puente dentinario que oblitere la entrada de los conductos, lo cual dificulta o hace imposible su trato de conductos.

MANTENIMIENTO DEL ESPACIO

El término mantenimiento del espacio significa la evitación de la pérdida de espacio en la circunferencia(longitud) del arco dental después de la pérdida extemporánea de un diente temporal o permanente.

Para mantener el espacio se utilizan restauraciones fijas o removibles.

La pérdida de longitud del arco en la dentición temporal, mixta o permanente puede producir una maloclusión o empeorar una ya existente.

Las causas principales de pérdida del espacio son las siguientes:

- 1.- La caries interproximal en los dientes posteriores con la pérdida subsiguiente de la estructura del diente, que da origen a un movimiento mesial de los dientes hacia las lesiones.
- 2.- La pérdida prematura de dientes permanentes.

- 3.- La pérdida prematura de los molares temporales -- (especialmente los segundos molares).
- 4.- La ausencia congénita de dientes permanentes con exfoliación normal de los dientes temporales.
- 5.- La fractura de los dientes permanentes anteriores en que se pierden los contactos interproximales de los dientes contiguos, lo cual produce pérdida de espacio.
- 6.- La alteración del orden de erupción de los dientes permanentes.
- 7.- La erupción ectópica (especialmente de los primeros molares superiores permanentes).
- 8.- La anquilosis de los dientes temporales.

DIFERENTES TIPOS DE MANTENEDORES

- 1.- Mantenedor de espacio removible.

El Mantenedor de espacio removible (funcional) se usa a menudo en casos de dentición mixta.

Este aparato suele hacerse de acrílico con ganchos de alambre y apoyos, o de acrílico con un armazón de oro colado.

Ambos mantenedores, el fijo y el removible conservan el espacio. La elección depende de las necesidades del individuo y de las --

preferencias que nosotros determinemos.

2.- Mantenedor de espacio con extensión distal.

Este se realizará cuando se nos presentan casos de que se pierda prematuramente un segundo molar temporal.

3.- Mantenedor de espacio con arco lingual y bandas ortodónticas.

Este tipo de mantenedores se utilizan en la pérdida de molares temporales.

CONCLUSIONES

En la referente a la práctica que va adquiriendo el --
Odontólogo en clínicas periféricas y durante el trans-
curso de su profesión, este se verá precisado a optar-
por alguna de las diferentes ramas de la Odontología.-

En lo que respecta a Odonto-
pediatría cabe señalar lo siguiente:

- 1.- Llegar a realizar una buena -
historia clínica, esta deberá
ser con letra clara, entendi-
da y lo mas concisa posible.-
- 2.- Conocer el desarrollo de crá-
neo y cara durante su proceso
evolutivo ya que de ahí depen-
de la formación tanto de maxi-
lar superior como de mandíbu-
la.-
- 3.- Tener en cuenta número de pie-
zas dentarias durante la pri-
mera dentición y tiempo apro-
ximado de erupción para cuan-
do se presente un caso de den-
tición mixta.-

4.- Tratar al niño con la menor -
brsuquedad posible y así se -
obtendrá la confianza necesaria y además se logrará el --
éxito deseado durante su tra-
tamiento.

5.- El Odontopediatra deberá re--
solver de acuerdo a su crite-
rio y a según el caso que se
le presente, el tipo de tratau
miento a realizar y además se
leccionar material e instru--
mental necesario.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana 4a. Edición
Sindney B. Finn
- 2.- Las Especialidades Odontológicas en la práctica
General.
Editorial Labor S: A.
Alvin L. Morris
Harry M. Bohannan
- 3.- Odontología Preventiva en Acción
Editorial Panamericana 1a. Edición
Kata S.
- 4.- Odontología para el niño y el adolescente
Editorial Mundi 5a. Edición
Ralph E. Mc. Donald
- 5.- Práctica Endodóntica
Editorial Mundi 3a. Edición
Louis I. Grossman

6.- Endodoncia

Editorial Mundi 2a. Edición

Oscar A. Maisto

7.- Embriología Humana

Editorial "El Ateneo" 5a. Edición

Bradley M. Patten

8.- Anatomía Dental y Oclusión

México 1978

Kraus Jordan Abrams

TESIS



Tesis per computadora

Medicina 25 Local 2
Tel. 550-87-98

Frente a la Facultad de Medicina
Ciudad Universitaria