

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TERAPEUTICA PULPAR EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

María de Lourdes Olivera Rodríguez

María de Lourdes Vázquez Avila



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

S U M A R I O

INTRODUCCION.

I.-Odontopediatria.

- 1).-Definición.
- 2).-Importancia.

II.-Historia Clínica.

III.-Orientación en el manejo del niño.

- 1).-Paciente de primera vez.
- 2).-Reacciones a la experiencia odontológica.
- 3).-Sistema cuatro manos.
- 4).-Dique de Goma.

IV.-Examen Radiográfico.

V.-Técnica de Anestesia.

VI.-Terapia Pulpar.

- 1).-Recubrimiento Pulpar Directo.
- 2).-Recubrimiento Pulpar Indirecto.
- 3).-Pulpotomía.
 - a).-Formocresol.
 - b).-Hidróxido de Calcio.

VII.-Pulpectomía.

- 1).-Indicaciones.
- 2).-Contraindicaciones.

3).-Técnica.

VIII.-Corona de Acero Inoxidable.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

De acuerdo a los conocimientos que hemos adquirido al finalizar el ciclo de enseñanza en la facultad de Odontología (UNAM), hemos pretendido elaborar nuestra tesis profesional, mostrando la importancia de la terapéutica pulpar en odontopediatría.

Sabemos que el trato de un paciente adulto varía - al de un niño, ya que éste va a adquirir diversas actitudes en el consultorio. Por lo tanto la calidad odontológica va a depender del trato adecuado del niño, y de la elaboración de un historial clínico y radiográfico - que se realizará con la ayuda de la persona que lo -- acompaña.

También es importante infundir al pequeño paciente confianza y darle comodidad con la ayuda de la asistente persona que nos facilitará también toda lo adecuado para poder reducir el tratamiento de la visita.

Es importante señalar que tanto la caries como las fracturas son los factores principales que nos llevan a elaborar diversos tratamientos, según el grado de le-sión pulpar que presente el diente.

El objetivo que se persigue al realizar tratamientos pulpares es la conservación de las piezas dentarias.

De ahí que es indispensable la visita a temprana edad con el odontólogo para que se le apliquen bases de prevención conocidas en la consulta como: buena técnica de cepillado, aplicación de flúor, pequeñas obturaciones, etcétera. Que pueden evitar llegar a presentar alteraciones pulpares.

Uno de los últimos tratamientos para la conservación de la pieza dental es la pulpectomía, logrando así que el diente siga ocupando su sitio y ejerciendo su función adecuada.

Existen varios tipos de restauraciones. Una de las técnicas más eficaces cuando se realizan tratamientos pulpares es el uso de coronas de acero inoxidable, sobre todo cuando existe gran destrucción de corona.

Si se ha establecido ya la lesión pulpar de dientes, se deberá estudiar la técnica de rehabilitación, según las necesidades del caso, y devolver el buen funcionamiento, así mismo favoreciendo el metabolismo.

CAPITULO I

ODONTO P E D I A T R I A

DEFINICION.-Es una rama de la ciencia odontológica que trata al niño en su totalidad física y mental, con bases científicas por ejemplo: cirugía bucal, operatoria dental parodencia, prostodoncia, etc.; para los problemas de la salud dental, tomando las medidas preventivas de caries, paradentosis, anomalías de posición dentaria y de mordida para conducir en forma adecuada a la salud general.

IMPORTANCIA.-Según estadísticas la caries dental es el problema físico más común en los escolares. Por consiguiente la práctica odontológica se ha preocupado en ayudar más niños ejerciendo la odontología preventiva en su más extenso sentido.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

Es importante que el odontólogo antes de entrar en contacto clínico con el niño, se encuentre familiarizado con la historia clínica, que con la ayuda de los padres o acompañante se obtendrá.

Por medio del historial el odontólogo podrá valorar las condiciones físicas y mentales del niño para poder llegar al diagnóstico.

También es importante obtener antecedentes familiares, ya que a menudo se encuentran íntimamente relacionados con el paciente.

Es indispensable la exploración bucal, puesto que nos ayuda a detectar posibles anomalías.

El estudio radiográfico es el complemento de la historia clínica pues permite llegar a un plan de tratamiento - lo más acertado posible, ya que nos ayuda a descubrir cualquier problema que no esté al alcance clínico como pueden ser: dientes incluidos, supernumerarios no erupcionados, abscesos, fracturas, etc.

El cirujano dentista elabora con frecuencia una ficha de examen que le resulta adecuada para sus procedimientos de consultorio.

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

INFORMACION GENERAL.

Nombre _____ Edad _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____
 Lugar de Nacimiento _____ Dirección _____
 Teléfono _____ Grado Escolar _____
 Nombre del Padre o Acompañante _____
 Fecha de examen _____

ANTECEDENTES FAMILIARES.

HISTORIA PRENATAL. (Madre)

Tuvo ud. alguna enfermedad durante su embarazo. _____
 Cual. _____
 Llevó algún plan de tratamiento durante el embarazo. _____
 Tomó antibióticos. _____
 Cuales. _____
 Cuanto tiempo y con que frecuencia. _____
 Existe incompatibilidad sanguínea entre ud. y su conyugue. _____
 Tomó ud. tabletas con fluoruro o existía en el agua --
 que bebía durante su embarazo. _____

HISTORIA NATAL.

Fué prematuro su hijo. _____
 Se le hicieron transfusiones sanguíneas. _____
 Se utilizaron forceps. _____
 Fué normal el parto. _____

HISTORIA POSNATAL.

Presentó convulsiones durante la lactancia. _____
 Fué amamantado. _____ Cuanto tiempo. _____

Se le alimentó con biberón. _____ Cuanto tiempo. _____
 Le administraron suplementos de fluoruro, fluoruro en
 el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro, u otros -
 minerales. _____
 Cuales. _____
 Usó chupetes de azucar. _____

ENFERMEDADES INFANTILES.

	Edad		Edad.
Fiebre Reumática.	_____	Rubeola.	_____
Diabetes.	_____	Escarlatina.	_____
Afecciones Renales.	_____	Difteria.	_____
Afecciones del Corazón.	_____	Tifoidea.	_____
Anemias.	_____	Paperas.	_____
Hepatitis.	_____	Epilepsia.	_____
Sarampión.	_____	Trastornos de Lenguaje.	_____
Tosferina.	_____	Otros.	_____
Varicela.	_____		
Recibió antibióticos.	_____	Cuales y cuanto tiempo.	_____
Dificultad para aprender a caminar.	_____		
Operaciones.	_____	Cuales.	_____
Fracturas.	_____	Cuales y como ocurrieron.	_____
Concidera a su hijo enfermiso.	_____	Porque.	_____
Tiene alguna incapacidad física o mental.	_____		
Toma su hijo golosinas entre comidas.	_____		
Sufre frecuentes dolores de dientes.	_____		
Sangran sus encías con facilidad.	_____		
Le salen erupciones facilmente.	_____		
Es alergico a algún medicamento o alimento.	_____	Cual.	_____
Sufre asma.	_____		
Tiene dificultad en el sangrado cuando se corta.	_____		
Le salen facilmente hematomas.	_____		
Hemofilico.	_____		
Se chupa el dedo o algún otro objeto.	_____		

Tiene problemas con sus amiguitos. _____
 Tiene hermanos. _____ Edades. _____
 Teme al dentista. _____ Porque. _____
 Con que frecuencia visita al dentista. _____
 Motivo de la consulta. _____
 Por quien fué recomendado. _____
 Ha tenido experiencias odontológicas. _____
 Actitud del niño hacia el odontólogo.
 Favorable _____ Desfavorable _____

EXAMEN BUCAL.

Tejidos blandos. _____ Amígdalas. _____
 Labios. _____ Tej. Gingival. _____
 Mucosa Bucal. _____ Lengua. _____
 Paladar. _____ Piso de Boca. _____
 Velo de Paladar. _____ Ganglios. _____
 Glándulas Salivales. _____
 Observaciones. _____

EXAMEN DENTAL.

Higiene Oral. Buena _____ Regular _____ Mala _____
 Métodos y frecuencia. _____
 Dientes: _____ Faltantes _____ Ausencia Congénita. _____
 Anomalías de: Forma _____ Tamaño _____ Color _____ No. _____
 Posición _____ Textura _____ Fractura _____
 Observaciones. _____
 Oclusión.-
 Neuroclusión _____ Mordida Abierta _____
 Distocclusión _____ Mordida Cruzada Ant. _____
 Mesiocclusión _____ Mordida Cruzada Post. _____
 Sobremordida _____ Observaciones _____
 Apilamiento Ant. _____
 Hábitos.- _____

Succión del pulgar _____ Otros dedos. _____
Mordedura de labios _____ Protrucción de Lengua _____
Respirador Bucal _____ Otros _____
Análisis de Dentición Mixta. _____

DIAGNOSTICO.

PRONOSTICO.

PLAN DE TRATAMIENTO.

CAPITULO III

ORIENTACION EN EL MANEJO
DEL NIÑO

La mayoría de los autores están de acuerdo en que el afecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio.

Es indispensable tener gran capacidad para tratar al niño ya que si no es así se puede frustrar todo intento de realizar odontología de gran calidad. Para poder lograr este objetivo es necesario tener información completa sobre las características de identidad del paciente y su historia clínica.

El manejo del niño se basa tomando en cuenta diferentes factores individuales como son: principalmente la edad sexo y también considerando distintos ambientes sociales - en el que se encuentra.

También se considera que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a la edad cronológica, esto no es de suma importancia para el dentista sin embargo en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación de tratamiento deben considerarse ambas edades, fisiológicas y psicológicas.

El primer objetivo en el manejo exitoso es establecer la comunicación y demostrarle que tanto el doctor como sus

asistentes son sus amigos y están interesados por ayudarlo. El comportamiento del niño mucho depende de la capacidad que tenga el dentista para tratarlo, dando como resultado cooperación.

Es importante que se trate de impresionar de buena forma al niño para así poder ganar su confianza.

Habiendo logrado nuestro propósito se procederá a realizar el plan de tratamiento sin retraso, ya que el niño puede desesperarse. Por lo tanto si el caso fuera de un niño asustado y temeroso, primeramente deberemos eliminar el miedo por medio de sensaciones agradables y afecto al dentista.

Si el dentista de antemano sabe que el tratamiento va a producir dolores aunque sean mínimos, es preferible prevenir al niño que dejarle creer que ha sido engañado, esto es mediante explicaciones.

TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO

-Por medio de preguntas que se le hagan a los padres, se sabrá si el niño ha tenido alguna experiencia odontológica.

-Familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo el equipo.

-Se debe de mantener una conversación entendible con el niño y tener en cuenta que en la primera visita se harán tratamientos sencillos a menos de que sea una emergencia. Es indispensable invitar a los padres al gabinete para informarles la importancia que tiene la higiene de su hijo.

ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA

Para que el cirujano dentista tenga buen éxito con sus pacientes son necesarias ciertas características tales como:

-Mostrar actitud natural comprensiva.

- La voz debe ser agradable y natural.
- Ante todo ser siempre sincero.
- Infundir confianza.
- El trato con el niño debe ser en forma familiar y dirigirse a él por su nombre de pila.
- No deberá dirigirse al niño con voz autoritaria ni insistir en lo que no le agrada.
- No es conveniente compararlo ni ponerlo en vergüenza - para que se comporte adecuadamente, ya que el ridículo puede producir frustraciones y resentimientos.

El hablar demasiado confundirá al niño, se debe de tener cuidado en no utilizar palabras difíciles y que inspiren miedo tales como "aguja o fresa" etc. Se podrá elegir algún tema de conversación de situaciones que le sean familiares, esto puede ser en el momento en que se está trabajando y al mismo tiempo tomándole toda la atención al niño

Un factor muy importante es el de alagar y recompensar. El odontólogo deberá realizar sus trabajos con destreza, rapidéz y mínimo de dolor y nunca llegar a enfadarse o perder su dominio.

Los aparatos e instrumentos que no se necesitan para los tratamientos normales, si es posible no deben estar a la vista.

Otro método para aumentar la cooperación del paciente y -- disminuir las molestias puede ser por medio de sedantes, -- analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos y anestesia general.

RESPECTO AL GABINETE DENTAL

Se debe tener atención en el arreglo del consultorio -- creando un ambiente atractivo en el cual el niño se sienta bienvenido y confortable. En la sala de recepción deberá -- de haber muebles adecuados, juegos interesantes, cuadros,--

flores, libros para niños, revistas y algunas otras cosas - apropiadas para él.

MOMENTO Y DURACION DE LA VISITA

El comportamiento del niño depende también de la hora y duración de la visita. Los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda más los niños - se pueden volver menos cooperativos hacia el final. La hora de la siesta puede influir, no deben ser traídos al consultorio después de una experiencia emocional fuerte.

CONTROL DEL NIÑO SEGUN SU EDAD

El odontólogo debe prestar atención a las pautas de conducta y grado de desarrollo que pueda haber en cada edad.

A la edad de dos años los niños difieren en su capacidad de comunicación. Es demasiado pequeño para llegar a él solamente con palabras, se le debe permitir tocar y manejar los objetos con el fin de que se familiarize con ellos.

Edad pre escolar. Aquí es recomendable usar alguna distraacción verbal. Se le puede permitir a alguno de los padres permanecer dentro del gabinete de las primeras visitas. En casos de niños rebeldes se requiere de firmeza de parte del doctor, y una comunicación positiva en los límites mientras se efectúa el tratamiento.

Escolares. Estos niños suelen tener más independencia - por que no sienten temor de dejar a los padres en la sala - de espera, posiblemente son más comunicativos la relación - social y personal están mejor definidas.

Adolescentes. A ésta edad tratan de agradar y ser admirados por todos, tienden a adoptar posturas de un adulto, detestan los mimos así como las críticas a cerca de su vestimenta. Como sea posible las citas deben ser hechas directamente con el adolescente, para hacerlo sentir importante.

PACIENTE DE PRIMERA VEZ.- El objetivo de la primera - visita es introducir al niño a la odontología, principalmente desarrollando una historia clínica.

Es muy importante que los padres no prevengan al niño de su visita al consultorio ya que el odontólogo lo puede hacer satisfactoriamente. Se deben dar instrucciones a los padres y al niño en un lugar agradable donde no cause tensión al paciente. Estas instrucciones son referentes a la higiene bucal, donde se dará técnica de cepillado, totalmente explicada, se hará mención del hilo dental.

Es recomendable educar a los padres para que supervisen al niño cuando realice las instrucciones en casa.

También se les informará el horario ya que si se les cita a la hora en que realizan sus juegos, hora de la siesta o se les priva de sus programas favoritos, se obtendrá menos cooperación.

En ésta misma sección podremos elaborar el estudio radiográfico.

REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA.-Las reacciones que se producen en el niño dependen de varios factores tales como:

- 1.- El que acepten el tratamiento dental o lo rechazan, dependerá de la manera en que han sido condicionados.
- 2.- Las referencias que tengan hacia la odontología.
- 3.- El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista. Pero también los padres tienen la responsabilidad de inducir a los niños hacia los servicios dentales.

El miedo es el principal problema para el odontólogo. Se le debe enseñar al niño que el consultorio no tiene nor que inspirarle miedo. Este temor o miedo muchas veces es producido por los padres, al tomar como amenaza la odontología. Llevar al niño al dentista nunca deberá implicar --

castigo.

ACTITUDES PSICOLOGICAS

La mayoría de los temores en niños han sido adquiridos objetiva y subjetivamente.

Temores objetivos: generalmente no son de origen paterno. Son producidos por estimulación física directa. Anteriormente el niño ha tenido contacto con el dentista en donde por algún motivo se le ha infligido dolor innecesario, y en tratamientos posteriores tendrá miedo.

Temores subjetivos: miedo natural a lo desconocido. Personas que rodean al niño también pueden infundir antecedentes sin que el niño haya experimentado personalmente.

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica:

1.- Temor.- Es una reacción frecuente en la infancia - que puede ser adquirida en el hogar o mediante experiencias médicas. Por medio de la conversación obtendremos su confianza.

2.- Ansiedad.- Ante toda nueva experiencia el niño puede mostrarse asustado por lo tanto su reacción puede ser violentamente agresiva. Si el niño realmente demuestra estar asustado se deberá de procurar tratarlo comprensivamente. En caso de que su reacción sea un 'berrinche' el doctor deberá mostrar su autoridad y dominio.

3.- Resistencia.- Es cuando el niño se revela contra el miedo. El niño puede mostrar reacciones exageradas como golpearse, hacer rabetas.

Ante ésta situación se deberá proceder con energía para de mostrarle que aún expresando resistencia se le deberá efectuar algún trabajo por mínimo que sea.

Es necesario explicar a los padres el porqué de ésta actitud con su hijo.

4.- Timidez.- Es la reacción que se observa ocasionalmente en particular en el caso del paciente de primera vez.

SISTEMA CUATRO MANOS.-Es importante seleccionar la ayuda adecuada y eficiente de las enfermeras. Por medio del sistema cuatro manos tendremos que:

- 1.- Disminuye el periodo de tiempo de la visita y eso ayuda al manejo del niño.
- 2.- Por medio de la asistente se pueden disminuir pasos y movimientos, los que reduce el cansancio del dentista.
- 3.- Hay mayor eficiencia y rapidez en la práctica.

Es importante que el niño llegue a sentir que todas las personas del consultorio le infunden confianza.

El dentista deberá asegurarse de que el personal que emplea aprecia a los niños, los trate bien y que sepa como manejarlos.

Es necesario tener un equipo moderno y comodo que resulte para el paciente satisfactorio.

El paciente debe descansar en posición inclinada con el cuerpo paralelo al suelo y los pies ligeramente levantados. Los brazos de la ayudante permanecerán en posición -- ligeramente superior al pecho del niño, dándole sensación de seguridad.

El dentista opera en posición sentada en un comodo taburete.

La ayudante se sienta frente a el colocandose de manera que la unidad no estorbe.

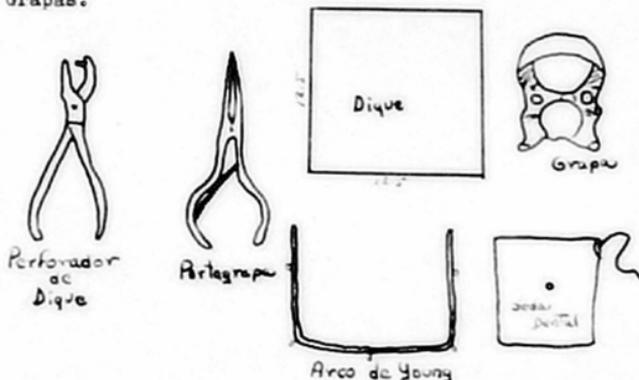
Todo el equipo está convenientemente situado junto a la asistente, quien debe tener a su alcance todo lo que se necesita.

DIQUE DE GOMA.-La colocación del dique de goma es una técnica de gran importancia para lograr mejor tratamiento en niños. Posee algunas ventajas:

- 1.- Control adecuado en el paciente.
- 2.- Aumenta la cantidad y calidad de trabajos favoreciendonos en el tiempo. Ayudandonos a retraer carrillos y lengua lejos del campo operatorio en movimientos involuntarios.
- 3.- Nos proporciona un campo seco para obtener un tratamiento benéfico.
- 4.- Protección mayor al paciente al trabajar y contra el hecho de aspirar cuerpos extraños.
- 5.- Menor tiempo operatorio y permite más visibilidad y accesibilidad para los procedimientos necesarios.
- 6.- Usando el dique se eliminan los empujes involuntarios de la lengua hacia las piezas aisladas, lo que ocurre con frecuencia si se usan rollos de algodón.

EQUIPO NECESARIO PARA UTILIZAR EL DIQUE.

- a) Dique de goma. (Semi o extra pesado)
- b) Perforador de dique.
- c) Portagrapa.
- d) Arco de Young.
- e) Seda dental encerada.
- f) Tijeras.
- g) Grapas.



TECNICA.

Ya preparado el instrumental se procederá a seleccionar la grapa de acuerdo al diente en que se va a trabajar.

Empezaremos colocando la grapa en el dique, se toma ésta con el porta grapas y la asistente nos ayudará a sostener el dique al mismo tiempo en que se va a colocar la grapa. Después de asegurarla en el diente se enganchará el dique en el arco de Young. Si es necesario aislar más dientes se estira el dique sobre ellos y se hace pasar por los puntos de contacto con el hilo de seda dental.

Los dientes **más** anteriores, y otros si fuera necesario, se ligan para ayudar en la retención del dique y en la prevención de la filtración cervical.

CAPITULO IV

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El estudio radiográfico es el complemento de la historia clínica para el diagnóstico del niño.

El objetivo de la radiografía consiste en obtener la -- máxima información para el buen tratamiento con un riesgo - mínimo para el paciente. Por medio de ésta podemos descu--- brir anomalías:

- 1.- De número: Anodoncia parcial o total, dientes super numerarios.
- 2.- De formas: Dientes de Hutchinson, dislaceraciones, - hipoplasia de Turner, desidente, raices supernumerarias, Ge minación, etc.
- 3.- De posición: por ejem. erupción ectópica y girover- ción.
- 4.- De tamaño: macrodoncia, microdoncia.
- 5.- De erupción: retardo.

Además de éstas anomalías se podrá descubrir el índice de - reabsorción.

A pesar del valor enorme de la radiografía, ésta puede engañar al odontólogo haciendole pensar que no hay patologi a periapical o intraradicular, cuando en realidad existe. Además de la superposición de los sucesores permanentes en- mascarará el aspecto real.

VENTAJAS.

Permite una visión más allá de las limitaciones de nuestros ojos

EXPERIENCIAS CON EL NIÑO.

La toma de la serie radiográfica deberá ser lo más placentera posible. La reacción del niño frente al equipo radiográfico puede ser de miedo o de curiosidad; por lo tanto se le dará una breve explicación del funcionamiento del aparato y a la vez dejar que toque la cabeza del equipo y que oprima el botón.

Si es posible se tomarán las radiografías más sencillas

PREPARACION PARA LA TERAPEUTICA ENDODONTICA

Está basada en el instrumental apropiado y la radiografía.

Los resultados de la terapéutica endodóncica han mejorado desde el punto de vista diagnóstico y tratamiento, debido a la actualización de los equipos y la calidad fotográfica de las películas.

Para obtener buena información de la radiografía se deben de comprender los factores que afectan su producción e interpretación.

Pasos que deben seguirse en cualquier procedimiento:

- 1.- Examen oral y facial: reconocimiento del segmento a radiografiar.
- 2.- Posición de la cabeza: orientación de la dentadura en el espacio.
- 3.- Posición de la película.
- 4.- Dirección del rayo central.
- 5.- Exposición apropiada.
- 6.- Si el rayo central está bien orientado se puede e--

fectuar una interpretación más exacta.

7.- Revelado correcto.

PRODUCCION DE RADIOGRAFIA.

Ubicación de la película-cono. Si se utiliza adecuadamente la técnica de la bisectriz o la del ángulo recto (paralela) proporcionará películas libres de distorsión o superposición.

Exposición apropiada. El mal uso de kilovoltaje y miliamperaje y de la selección de tiempo pueden afectar la calidad diagnóstica de la película dando por resultado modificaciones en la densidad y contraste.

Revelado. Recomendado por el método tiempo-temperatura.

PRINCIPIOS BASICOS PARA LA INTERPRETACION.

Una de las fuentes más valiosas de información en el diagnóstico endodóncico es la exacta inspección radiográfica. No obstante la radiografía es un instrumento auxiliar, la información obtenida de su debida inspección no siempre es absoluta y debe integrarse con la información reunida de la historia clínica en un examen clínico en las pruebas pulpares.

POSICION DEL NIÑO.

Se coloca al paciente de acuerdo a la técnica y a la zona que se va a radiografiar:

En niños menores de tres años va a ser más complicada la toma de la serie radiográfica. En éste caso debe recurrirse a la ayuda de los padres. La madre tendrá que sostener al niño y a la placa: ambos se colocan en el mismo sentido y la cabeza del niño descansa sobre el hombro de la madre, ésta con la mano izquierda sostiene el cuerpo y los brazos del niño y con la derecha coloca y mantiene la placa en su sitio.

TECNICA.

- 1.- Colocación del paciente.
- 2.- La punta del cono debe tocar siempre ligeramente la cara.
- 3.- El plano sagital debe estar perpendicular al piso. La línea ala-trago debe ser paralela al piso cuando se tomen películas del maxilar superior y las de tipo bite wing. La línea trago-ángulo de la boca estará paralela al piso en todas las periapicales del maxilar inferior.
- 4.- La película debe estar bien apoyada contra el tejido
- 5.- Para la inspección de anteriores superiores e inferiores las coronas deben estar perpendiculares al piso.
- 6.- Para caninos y zonas posteriores el plano oclusal debe ser paralelo al piso.
- 7.- Para evitar náuseas se le indica al paciente que respire intensamente por nariz.

PUNTOS DE INCIDENCIA FACIAL.

Diente.	Lugar de incidencia.
Central	Arriba de la punta de la nariz
Lateral	Ala de la nariz
Canino	Surco naso-labial
Premolares	Línea media del ojo
1er. molar	Angulo externo del ojo
2do. molar	Borde externo de la orbita
3er. molar	Cola de las cejas

Para la dentadura inferior.- A un centímetro sobre el borde inferior de la mandíbula (palpación). Frente a los puntos antagonistas o debajo de ellos estando la boca cerrada.

CAPITULO V

TECNICAS DE ANESTESIA EN
ODONTOPEDIATRIA

Uno de los aspectos más importantes en la orientación de la conducta del niño es la eliminación del "dolor". Si el niño siente dolor durante los procedimientos operatorios, su futuro como paciente dental será dañado. Por lo tanto es -- importante en cada visita que el malestar quede reducido al mínimo, y evitar toda situación real de dolor.

Como suele haber malestar o dolor asociado al procedi -- miento, dental en dientes permanentes.

El servicio dental puede llevarse a cabo más eficazmente si el niño está comodo y libre de dolor.

Para una buena técnica de anestesia se tomará en cuenta:

- 1.- La historia clínica. Para asegurarse de que el niño puede físicamente resistir el procedimiento de la anestesia local.
- 2.- Elección del anestésico adecuado.
- 3.- Elegir una buena técnica.
- 4.- Agujas bien afiladas y estériles.

ANESTESICOS TOPICOS.

Los anestésicos tópicos actuales reducen el malestar de la inserción de la aguja antes de la inyección del anestésico

local. La anestesia tópica se logra en un minuto y es aconsejable por dos razones:

- a) Limpia el sitio donde se hace la punción.
- b) Produce anestesia parcial en el area de la punción.

Se le debe preparar al niño para la inyección no sólo con una descripción detallada, sino también con la indicación de que el diente se va a 'dormir' para que la caries pueda ser quitada sin ninguna molestia.

"Técnicas para dientes inferiores"

Anestesia Regional del Dentario Inferior.-

Olsen 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 ser un poco más abajo y más atrás que en los adultos.

Según una técnica adoptada se colocará el dedo índice o 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. Se puede obtener un apoyo firme durante el procedimiento de inyección si se apoya la yema del dedo medio en el borde posterior de la mandíbula. La jeringa estará orientada desde un plano entre los dos molares temporales del lado opuesto de la arcada.

Se inyectará una pequeña parte de solución al penetrar los tejidos y a medida que la aguja abanza hacia el agujero del dentario inferior se introducirán cantidades pequeñas.

La profundidad de la penetración es de 15 mm. aproximadamente pero varía con el tamaño del maxilar inferior y la edad del paciente. Se infiltrará más o menos 1.5 ml. de la solución en la proximidad del dentario inferior.

Anestesia Regional del Nervio Lingual.-

Este nervio puede ser bloqueado si se lleva la jeringa al lado opuesto con la inyección de una pequeña cantidad de solu-

ción al retirar la aguja.

Anestesia Regional del Bucinador.-

Se depocita una buena cantidad de anestesia en el surco vestibular por distal y vestibular del diente indicado.

Todos los dientes del lado inyectado estarán anestesiados -- para los procedimientos operatorios con la posible exepción de los incisivos centrales y laterales que pueden recibir innervación cruzada del lado opuesto.

"Técnicas para dientes superiores"

Técnica Supraperiostica.-

Para incisivos y caninos temporales y permanentes.

Para anestésiar los dientes anteriores temporales se emplea la infiltración (técnica supraperiostica).

La inyección debe ser efectuada más cerca del borde gingival que en el paciente con dientes permanentes; y se depocitará la solución muy cerca del hueso.

Al anestésiar los incisivos permanentes centrales, el sitio de punción está en el surco vestibular y la solución se depocita lentamente y apenas por encima y cerca del ápice dental. En caso del uso del dique de goma es aconsejable inyectar -- una o dos gotitas de anestesia en la encía marginal libre para impedir el malestar ocasionado por la colocación de grana y ligadura para dique.

Anestesia Regional del Nervio Dentario Superior.-

Inerva los molares temporales y premolares superiores y la raíz mesio-vestibular del primer molar permanente.

Se depocitará la solución anestésica frente a los ápices de las raíces vestibulares cerca del hueso y lentamente.

Anestesia Regional del Nervio Nasopalatino.-

Con ésta técnica quedarán anestesiados los seis dientes ante

riores, ésto es si se introduce la aguja en el conducto. La vía de inserción de la aguja corre a lo largo de la papila - incisiva, justo por detrás de los incisivos centrales. Se dirige la aguja hacia arriba dentro del conducto palatino anterior. Cuando hace falta anestesia del canino, puede ser necesario inyectar una pequeña cantidad de solución por palatino para anestesiar las ramas superpuestas del palatino anterior.

Anestesia Regional del Nervio Palatino Anterior.-

Con ésta técnica quedará anestesiado el mucoperiosteo palatino desde la tubercidad hasta la región del canino y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado. Esta inyección se emplea en conjunción con la regional del - dentario superior, medio o posterior.

En el niño con sólo la dentición temporal, la inyección debe ser unos 10 mm. posterior a la cara distal del segundo molar temporario.

No es necesario penetrar en el agujero palatino posterior. - se inyectarán unas gotas donde el nervio emerge del foramen.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL.

Se les informará a los padres de los niños que recibieron anestésico local, que sitio blando puede carecer de sensaciones por una hora o más. Por lo tanto el niño deberá ser observado para que no se muerda los tejidos, inadvertida o intencionalmente.

PREMEDICACION.

La premedicación a veces puede ser una ayuda para el manejo del niño.

Hay niños que llegan al consultorio mal adaptados, física o mentalmente incapaces de encarar la situación; éstos niños deben ser considerados para la premedicación.

La empleamos para procedimientos operatorios y quirúrgicos prolongados y para los niños temerosos, nerviosos y agresivos.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la dosis de medicamento debe estar basada sobre factores distintos. - Por lo tanto se deben considerar los siguientes puntos:

- 1.- Edad del niño.
- 2.- Peso.
- 3.- Actitud mental del niño.
- 4.- Actitud física del niño.
- 5.- Contenido estomacal.
- 6.- Momento del día.

Barbitúricos.- Depresores del Sistema Nervioso Central y la experiencia ha demostrado que hay una probabilidad de que - estimulen reacciones impredecibles.

Ataraxicos.- Son eficaces en la reducción de la ansiedad y la tensión, sin poner al paciente en estado de sedación o hipnótico.

CAPITULO VI

T E R A P I A P U L P A R

El objetivo en terapia pulpar es realizar tratamien--
tos acertados de pulpas afectadas por caries o traumatismos para la conservación de la pieza en condiciones favorables y seguir realizando su función adecuada.

Un problema de importancia es la preservación de las piezas primarias con pulpas lesionadas.

La ciencia odontológica ha estado buscando durante -- mucho tiempo métodos eficaces de tratamiento. Han sido -- propuestas muchas técnicas tales como: recubrimiento pulpar directo, recubrimiento pulpar indirecto, pulotomía -- parcial, pulpotomía y pulpectomía.

Existe gran variedad respecto al tratamiento endodónico convencional cuando se han de tratar dientes temporarios, ésto es debido a que: los conductos radiculares -- tienden a ser más planos como acitados particularmente, -- cuando el diente madura la reabsorción radicular presenta problemas para el buen sellado apical.

Al elegir el tratamiento se deberán de tomar en cuenta los siguientes factores, además de la afección que sufre la pulpa dental. Estos serán:

- a) Tiempo que permanecerá la pieza en la boca.
- b) Salud general del paciente.

- c) Estado de la dentadura.
- d) Tipo de restauración que se empleará.
- e) Uso a que será sometida la pieza.
- f) Tiempo que requerirá el tratamiento.
- g) Cooperación del paciente.
- h) Costo.

Antes de realizar el tratamiento se deberá valorar la historia clínica y estudio radiográfico.

En el examen de área nos daremos cuenta del estado de los tejidos adyacentes del diente a tratar, movilidad de la pieza, reacción a la percusión y prueba de vitalidad. Con las radiografías preoperatorias se podrá completar el diagnóstico que llevará al pronóstico y al tratamiento.

Existen ciertos procedimientos y técnicas aplicables a todas las formas de tratamiento que afecta a la pulpa. Se tomarán muy en cuenta las técnicas indoloras, ésto se lo--gra realizando anestesia profunda y adecuada.

En todo momento se debe de tomar en cuenta la asepsia y antisepsia. Deberán esterilizarse las fresas y además --instrumental a la vez el empleo del dique.

RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO:— Consiste en la colocación de materiales antisépticos y sedantes sobre una exposición pulpar vital con el fin de producir dentina secundaria y evitar que el daño sea irreversible.

Este recubrimiento se realiza en piezas que presentan exposición pequeña causada por agentes físicos, químicos y microbianos.

INDICACIONES.

- 1.- En exposiciones pequeñas y asintomáticas.
- 2.- La pulpa debe estar con vitalidad.
- 3.- Exposiciones mecánicas o por caries de menos de 1 milímetro.

CONTRAINDICACIONES.

- 1.- Dolor espontáneo y agudo.
- 2.- Edema.
- 3.- Fístula.
- 4.- Sensibilidad dolorosa a la percusión.
- 5.- Movilidad patológica.
- 6.- Reabsorción radicular externa e interna.
- 7.- Radiotransparencia interradicular o periapical.
- 8.- Calcificaciones pulpares.
- 9.- Hemorragia profusa del sitio de exposición.

Para obtener el éxito del tratamiento tendremos que:

- 1.- Efectuar una evaluación preoperatoria correcta.
- 2.- Prevenir que las bacterias lleguen a la pulpa.
- 3.- Evitar presión sobre la pulpa expuesta.

PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO.

- 1.- Obtener una radiografía preoperatoria.
- 2.- Prueba de vitalidad.
- 3.- Anestesia del diente.
- 4.- Aplicación del dique, desinfección del diente.
- 5.- Secar el área con aire caliente y verificar si no hay filtración de saliva.
- 6.- Preparación de la cavidad.
- 7.- Excavación de caries remanente sobre la pulpa con cucharilla.
- 8.- En la exposición se aplica una bolita de algodón, con solución antiséptica y se deja 5 min. Esto reprimirá la hemorragia mientras se coloca el material de recubrimiento pulpar, hay que evitar la presión.
- 9.- El material de elección inmediatamente es el Hidroxido de Calcio.
- 10.- Colocación de Oxido de Zinc y Eugenol consistente.

- 11.- Sellador de túbulo dentinarios.
- 12.- Capa de cemento de fosfato de zinc.

Después del recubrimiento se deberán de tomar en cuenta:

- a) No colocar restauración final de orificación des -- pués de seis semanas.
- b) Se deberá proteger del pulido; hay que evitar todo calentamiento excesivo del diente.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.- Es otra forma de terapia pulpar vital.

Este tratamiento representa un esfuerzo por mantener y proteger la vitalidad de un diente que tiene lesiones de - caries profunda y tiene por objeto detener el proceso carioso.

INDICACIONES.

- 1.- Lesiones profundas asintomáticas.
- 2.- Pulpa con vitalidad y grado de caries abanzado que involucre a la pulpa.
- 3.- El paciente debe gozar de buena salud.

CONTRAINDICACIONES.

- 1.- Dolor provocado y espontáneo.
- 2.- Edema.
- 3.- Sencibilidad dolorosa a la percusión.
- 4.- Sencibilidad a la palpación vestibular.
- 5.- Pistula.
- 6.- Alteraciones radiográficas perianapicales relacionadas con la pulpa.
- 7.- Calcificaciones pulpares.
- 8.- Movilidad patológica y reabsorción.
- 9.- Ejeciva constricción de la camara pulpar o conductos.

VENTAJAS.

- 1.- Se detiene el proceso de deterioro.
- 2.- Hay reducción de la flora bacteriana.
- 3.- La boca recupera su función y suprime el dolor dentario.
- 4.- Se evita la exposición de la pulpa por medio del tratamiento.

TECNICA.

- 1.- Obtención de radiografías periapicales y de aleta mordible del diente a tratar.
- 2.- Determinación de la vitalidad del diente con las pruebas pulpares eléctrica y térmica.
- 3.- Aplicación de la anestesia.
- 4.- Aislamiento del diente con el dique de goma.
- 5.- Remoción de la dentina cariada, sin llegar a exponer la pulpa y dando forma a la cavidad cuidando que todos los bordes queden con soporte adecuado y de quitar toda la caries periférica con fresa de bola.
- 6.- Colocación de hidróxido de calcio, mezclado con agua destilada sobre la dentina desmineralizada más profunda.
- 7.- Restauración temporaria de amalgama.
- 8.- Toma de radiografías.
- 9.- Citar al paciente después de tres o seis meses para ver si tuvo éxito el tratamiento.

PULPOTOMIA.-Es el corte de tejido pulpar coronario parcialmente inflamado y posteriormente la colocación de medicamentos sobre los muñones pulpares amputados y la ubicación final de la obturación.

INDICACIONES.

- 1.- Exposiciones por caries o traumas mecánicos, en dientes temporarios con vitalidad.
- 2.- En fracaso de algún recubrimiento.
- 3.- Cuando no existan infecciones apicales o pulpitis - necróticas.
- 4.- Cuando hay más de dos tercios de raíz.

CONTRAINDICACIONES.

- 1.- Enfermedades sistémicas.
- 2.- Fiebre reumática.
- 3.- Dolor espontáneo.
- 4.- Dolor a la percusión.
- 5.- Supuración y Pistula.
- 6.- Movilidad patológica.
- 7.- Resorción radicular.
- 8.- Calcificaciones pulpares.
- 9.- Hemorragia incontrolable de los muñones pulpares - amputados.

FINALIDAD.

Curar y preservar su vitalidad para que pueda continuar ejerciendo su función.

PULPOTOMIA CON HIDROXIDO DE CALCIO.

Esta técnica puede realizarse en una sola sección. El procedimiento incluye la amputación coronaria, repreción de hemorragia y colocación de hidróxido de calcio sobre el tejido pulpar de los conductos radiculares.

Actualmente, no se suele recomendar la técnica de pulpotomía con hidróxido de calcio para dientes temporarios, en razón de su baja proporción de éxitos.

TECNICA.

- 1.- Anestesia adecuada.
- 2.- Colocación del dique de goma y limpieza del area --
circundante.
- 3.- Tallado de la cavidad y extracción de toda la caries
periferica antes de abrir la pulpa.
- 4.- Con fresa esterilizada de fisura es removido el te-
cho de la camara pulpar.
- 5.- Con una fresa redonda grande o cucharilla bien afi-
lada completamente estériles, se extrae la pulpa coronaria -
hasta la entrada de los conductos radiculares, 1 mm. por de-
bajo de cada conducto.
- 6.- Irrigación de la cámara pulpar. Si persiste la hemo-
ragia se colocarán torundas de algodón impregnadas con solu-
ción fisiológica sobre los muñones de 3 a 5 min.
- 7.- Aplicación de hidróxido de calcio sobre los muñones
amputados.
- 8.- Colocación de la base (óxido de cinc y eugenol).
- 9.- Restauración.
- 10.- Radiografías posoperatorias.
- 11.- La pieza deberá ser examinada en intervalos regulares

PULPOTOMIA CON FORMOCRESOL.

En años recientes se ha usado con más frecuencia el for-
mocresol como substituto del hidróxido de calcio al realizar
pulpotomías en piezas primarias.

INDICACIONES.

- 1.- Este tratamiento se aconseja sólo para piezas prima-
rias.
- 2.- Indicada en todas las exposiciones por caries o acci-
dentes.

- 3.- Piezas con vitalidad.
- 4.- Libres de supuración y evidencias necróticas.

CONTRAINDICACIONES.

- 1.- Degeneraciones abanzadas.
- 2.- Resorción radicular anormal o temprana pérdida osea
- 3.- Fistulas.

PROCEDIMIENTO.

- 1.- Anestesia adecuada.
- 2.- Colocación del dique de goma.
- 3.- Eliminación de caries.
- 4.- Se elimina el techo de la cámara pulpar.
- 5.- Con escabadores se retira el tejido pulpar coronal hasta los orificios de canales.
- 6.- Hemostasia.
- 7.- Se sumerge una torunda de algodón con solución de formocresol.

8.- Después de 5 min. se quita el algodoncito y se coloca óxido de cinc y eugenol para sellar la cavidad. (El líquido tendrá partes iguales de formocresol y eugenol).

Nota: Si la hemorragia no cesa se puede aplicar dos veces - el formocresol, se dejan las torundas y se sella con una obturación temporaria con óxido de cinc eugenol. Se cita al paciente de 5 a 7 días más tarde, removiendo las torundas - y se sella la cavidad.

- 9.- Restauración. Corona de acero-cromo.
- 10.- Radiografías.

Como alternativa a la base óxido de cinc con formocresol se puede utilizar la pasta 'Oxpara'.

CAPITULO VII

PULPECTOMIA

Es la remoción de la pulpa tanto coronaria como radicular y que posteriormente consiste en la obturación permanente de conductos radiculares.

La pulpectomía es uno de los tratamientos más valiosos de la terapéutica pulpar en pacientes infantiles ya que en determinado momento nos ayuda a la conservación de un diente.

Al realizar la pulpectomía se tomará en cuenta la anatomía de los conductos y una gran digitación para operar con instrumentos delicados en una zona tan pequeña como es el conducto radicular.

Es muy importante la esterilización en endodencia, para evitar la contaminación en la cámara pulpar y la de los conductos.

INDICACIONES.

En todas las lesiones que se consideren irreversibles o no tratables.

- 1.- Exposición pulpar por caries, eroción o traumatismo
- 2.- Extirpación pulpar intencional en la colocación de una corona.
- 3.- Pulpitis crónica, parcial o total.

- 4.- Reabsorción dentinaria interna.

CONTRAINDICACIONES.

- 1.- Enfermedades sistémicas.
- 2.- Reabsorción radicular.
- 3.- Movilidad dentaria.
- 4.- Raíces enanas.

INSTRUMENTAL.

En tratamientos endodóncicos se emplea la mayor parte - del instrumental utilizado en la preparación de cavidades - tanto rotatorio como manual.

Utilizamos también: regla milimétrica, geringa hipodérmica, dique de hule, sondas lisas, tiranervios, limas, ensanchado res, instrumental para obturación de conductos y puntas de papel absorbentes.

MATERIALES PARA OBTURACION.

Oxido de cinc y eugenol, Hidróxido de calcio, Oxpara y N_2 .

PREPARACION PARA EFECTUAR LA TECNICA.

Hay que evitar el cansancio y la angustia del paciente durante la sección.

Tener listo antes de comenzar todo lo necesario.

El Dr. recibirá de la asistente la historia clínica y - radiografías preoperatorias.

Revisará el instrumental totalmente estéril y completo.

Se verificará el buen servicio de la unidad: luz, agua, eyector, etc.

Colocación adecuada del paciente.

PULPECTOMIA PARCIAL EN UNA SECCION.

Es aplicable en dientes con vitalidad.

- 1.- Anestesia.
- 2.- Colocación del dique de goma.
- 3.- Se extrae con una lima toda la pulpa radicular accesible, sin sobrepasar el tercio apical.
- 4.- Se limarán los conductos para agrandarlos.
- 5.- Irrigación de conductos, con solución fisiológica o clo^ramina T (Zonite).
- 6.- Se seca con puntas de papel estéril.
- 7.- Obturación con óxido de cinc, óxido de cinc formocresolizado, pasta oxpara, con una lima se puede pasar una mezcla cremosa alderredor de las paredes de los conductos, después se presiona una pasta más firme.

Es recomendable colocar una base adecuada y restaurar el diente con amalgama para que en una sección posterior se prepare el diente y restaurarlo con una corona de acero-cromo.

PULPECTOMIA PARCIAL EN SECCIONES MULTIPLES.

Este procedimiento se emplea en dientes temporales sin vitalidad. La técnica es similar a la pulpectomía de una sola sección.

No se recomienda la instrumentación de los conductos en la primera visita si el diente presenta movilidad, si hay edema o fistula.

En ausencia de signos y síntomas puede procederse a la instrumentación.

- 1.- Anestesia.
- 2.- Colocación del dique.
- 3.- Después de la instrumentación se irrigan los conductos como se describió anteriormente.

Entre secciones se coloca una droga antibacteriana en la cámara pulpar mantenida con un cemento temporario.

En caso de cualquier patología presente que no fué eliminada por anibióticos será necesario establecer un drenaje.

4.- Con una lima se perforarán los ápices dejandose --abierto el diente para que drene no más de un día.

Para evitar la acumulación de alimentos en el conducto se le dan instrucciones a los padres para que el niño haga enjuagues con solución fisiológica tibia y colocar un algodoncito en la cavidad.

Se le recetan antibióticos.

5.- Las secciones se fijan con una diferencia de 7 a 10 días (Las que se requieran).

No se obturan los conductos hasta que haya desaparecido todo signo y sintoma.

6.- Se elige la pasta de obturación y se introduce como ya se indicó anteriormente.

7.- Restauración final de corona-cromo.

PULPECTOMIA TOTAL.

No es prudente conservar dientes temporales infectados, motivo por el cual deberán ser tratados.

La morfología de los conductos radiculares de los dientes temporales torna difícil el tratamiento endodóncico por que a veces son tan estrechos que son inaccesibles aún para la sonda barbada más fina, pueden presentar también fibrillas conectantes, ramificaciones apicales y fución parcial de los conductos, ésto explica las complicaciones para la -terapéutica radicular.

La técnica para el tratamiento endodóncico de los dientes temporales es similar al procedimiento de pulpectomía -parcial; pero es esencial que en la primera sección se elimi-nen sólo los restos coronarios de la pulpa.

Si se entrara en el conducto con un instrumento, habría el peligro de forzar material necrótico a través de la porción apical con la resultante reacción inflamatoria aguda dentro de las 24 hrs. En la cámara se sellará una bolita de algodón con formocresol por 2 o 3 días.

En la segunda sesión, si el diente se mantuvo asintomático, se puede retirar la curación y entrar en el conducto con una lima barbada para retirar el resto del tejido pulpar.

Después de una limpieza mecánica de los conductos, como fue descrita para la pulpectomía parcial, los conductos pueden ser irrigados con peróxido de hidrógeno seguido por cloxamina. Se secan los conductos y se aplica creosota de haya con una punta de papel sellada en el conducto por 2 o 3 días.

En la tercera sesión, se retira la medicación y se irrigan los conductos con solución fisiológica estéril y se secan con puntas de papel.

Si el diente permaneció asintomático y si los conductos están libres de exudado, se puede completar la obturación - radicular con una mezcla plástica de óxido de cinc y eugenol con formocresol y con pasta oxpara.

TRATAMIENTO DE CONDUCTOS CON NECROSIS PULPAR.

El niño que se presenta con necrosis pulpar plantea un problema totalmente distinto para el tratamiento. En ciertas situaciones el diente puede presentar un absceso agudo o crónico: tiene movilidad, duele y presenta los tejidos -- periodontales tumefactos. En ésta sesión el niño puede sentirse aprensivo e irritable, de modo que el alivio del dolor y la tumefacción tiene prioridad.

Tras anestesiarse con delicadeza, se abre cuidadosamente la cámara pulpar para aliviar la presión. Se limpia la cámara pulpar con una fresa redonda accionada a alta velocidad y con un excavador en forma de cucharilla y luego se irriga.

En éste punto, la cámara de un diente con lesión aguda puede dejarse abierta, cubriéndola sólo con una torunda de algodón, o si es un caso crónico, se puede cerrar con curación de formocresol sellada en la cámara pulpar. En ninguno de los dos casos se hará la instrumentación del conducto.

El niño con síntomas agudos deberá tratarse con antibióticos y se le resetarán analgésicos para aliviar el dolor.

Al cabo de una semana, o cuando los síntomas agudos desaparecan se vuelve a abrir la cámara con el dique de goma colocado y se quitan los restos pulpares del conducto mediante irrigación y limpieza con tiranervios y limas.

Se toma la conductometría exacta, y una vez más se deja una curación "seca" de formocresol en la cámara.

Si hay fistula, se punza para favorecer el drenaje, -- procedimiento que es indoloro.

Al cabo de una semana, si todos los síntomas, incluida la fistula han desaparecido, se completa la preparación definitiva del conducto, irrigando se quitan restos pulpares y se ensancha con limas.

Entonces los conductos pueden obturarse con pasta de óxido de cinc y eugenol.

La pasta de obturación se introduce con espiral de lén tulo o con jeringa.

Se toma una radiografía de las obturaciones de los conductos y se observa si han quedado espacios vacíos que se corrigen ejerciendo más presión sobre el cemento de óxido de cinc y eugenol de la cámara.

Se hace la restauración definitiva con corona de acero inoxidable.

CAPITULO VIII

CORONAS DE ACERO
INOXIDABLE.

La corona de acero inoxidable es uno de los tratamientos más eficaces actualmente en odontopediatría para la -- restauración de grandes caries.

La preparación del diente presede a la adaptación, recortado y cementado de la corona, todo lo cual se realiza en una sesión.

INDICACIONES.

- 1.- En caries extensas que afectan a dientes temporarios y permanentes jóvenes.
- 2.- Restauración de dientes temporales ó permanentes - hipoplásicos que no pueden ser restaurados adecuadamente - con amalgama de plata.
- 3.- Restauración de dientes con anomalías hereditarias como amelogénesis ó dentinogénesis imperfecta.
- 4.- Restauración de dientes fracturados.
- 5.- Restauración consecutiva a pulpotomías en dientes temporales o permanentes cuando haya aumento del peligro - de fractura de la estructura coronaria remanente.
- 6.- Como opturación preventiva.
- 7.- Como soporte de un conservador de espacio.

PREPARACION DEL DIENTE.

Anteriores.

La finalidad de la reducción del diente es proporcionar suficiente espacio para la corona de acero y remover caries.

Los primeros cortes serán en las caras mesial y distal para quitar contactos interproximales sin dejar hombro en el borde gingival libre, se requiere de la reducción incisal para evitar el innecesario alargamiento del diente.

La reducción lingual es necesaria cuando la mordida superior es completa de manera que los incisivos inferiores están en contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores, con una fresa de diamante se desgastarán aproximadamente dos milímetros.

Cuando la mordida superior, es incompleta o abierta - hay indicaciones de que no ha de cerrarse, no debe reducirse la superficie lingual solamente en labial.

La corona de acero en anteriores puede ser cerrada o con carilla abierta.

Posteriores.

Recorte proximal: se requiere de la reducción mesial y distal, aún cuando no existan dientes adyacentes.

El corte debe ser vertical sin borde saliente, de preferencia los cortes se harán con fresa troncoconica de fatura plana. La fresa se acciona en dirección buco-lingual, comenzando en la superficie oclusal a uno o dos milímetros de distancia del diente adyacente.

Reducción oclusal: se debe seguir la anatomía del diente - hasta una profundidad de 1.5 a 2 mm.

Terminación: se quitará todo resto de caries con fresa redonda accionada a baja velocidad. Se completa la preparación redondeando los ángulos agudos.

SELECCION DE LA CORONA.

Hay que elegir una corona de cierta resistencia que - recubra la preparación por completo.

La altura de la corona será reducida con tijeras curvas hasta que la oclusión sea correcta y que el borde gingival penetre 1 mm. debajo del borde libre de la encía.

El profesionalista puede establecer donde deberá eliminar más material para no dañar la incerción gingival. Con pinzas se reorientan hacia cervical, los bordes cortados de la corona y se reubica en la preparación, se pide al niño que muerda sobre un rollo de algodón para asentar con fuerza la corona y poder verificar los margenes gingivales. En ésta etapa se verifica la oclusión para asegurarse que la corona no está abriendo la mordida o provocando un desplazamiento de la mandíbula hacia una posición incorrecta respecto al maxilar superior.

Antes del cementado se tomará una radiografía para asegurarse si la corona quedó bien adaptada.

La corona terminada para su colocación deberá tener una forma uniforme y lisa, sin cambios notables en su contorno.

PULIDO Y CEMENTADO.

Antes de cementar la corona, se pulirán los bordes con un disco de goma para limar las imperfecciones.

Se colocarán bases protectoras de la pulpa en las superficies profundas de la preparación y a continuación un barniz antes del cementado el diente tiene vitalidad.

La corona se cementará en superficie limpia y seca y la mezcla de cemento será espesa. El exedente de cemento se retirará con un explorador antes del pulido final de la corona con piedra pomex y un cono de goma.

CONCLUSIONES

Sin duda nos hemos dado cuenta que en odontopediatría, el factor inicial que nos lleva a realizar tratamientos pulpares es la "caries". Regularmente el paciente se presenta al consultorio con un alto índice de caries, posiblemente a que los padres no han tenido gran interés en él o a que el niño siente temor a la visita con el odontólogo.

Ya que está presente la lesión en la pulpa, se tendrá que elegir el tratamiento adecuado evitando así mayor infección a los tejidos adyacentes y a la vez presindir de la extracción que posteriormente nos traería como consecuencia malposición dentaria permanente.

Habrán ocasiones en que la pieza no cubra los requisitos para realizar la terapia pulpar y como alternativa se proceda a la eliminación de ésta, en este caso se tendrá que elaborar un mantenedor de espacio para lograr así mantener una dimensión mesio-distal.

El pronóstico del recubrimiento pulpar directo puede ser favorable en aquellos casos en que la caries no ha progresado demasiado y no ha destruido ca

mara pulpar, es decir cuando clínicamente se descubre en su face inicial.

La pulpectomía es uno de los tratamientos más valiosos de la terapéutica pulpar siempre que sea usada la técnica adecuada por el cirujano dentista. Debe recordarse que en lo que respecta a la radiografía, su valor será la máxima interpretación.

También es importante el conocimiento de los hábitos ya que en un tratamiento odontológico cuya etiología se sospeche un hábito principalmente, el éxito dependerá del conocimiento de éste y de sus causas para eliminarlo.

De cualquier manera el pronóstico de las piezas dentarias permanecerá dudoso y solamente la observación continua y el control cuidadoso del paciente de terminará el futuro de sus dientes.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
Ralph E. Mc Donald.
Ed. Mundi.
Buenos Aires
- 2.- ODONTOPEDIATRIA.
Rudolf P. Hotz.
Ed. Médica Panamericana.
Buenos Aires
- 3.- ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLOGICA.
Floyde Eddy Hogeboom.
Unión Topográfica.
Ed. Hispano América, 1958.
Sexta Edición.
- 4.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
Dr. Sidney B. Finn.
Cuarta Edición.
Interamericana 1976.
- 5.- ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.
John Charles Braver.
Cuarta Edición.
Ed. Mundi.
Buenos Aires, 1959.

- 6.- ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA.
Law Lewis Davis.
Ed. Mundi.
- 7.- OPERATORIA DENTAL EN PEDIATRIA.
D. B. Kennedy.
Ed. Médica Panamericana.
Buenos Aires
- 8.- ENDODONCIA.
Stephen Cohen.
Richard C. Burns.
Inter-Medica Editorial.
Buenos Aires Argentina 1979.
- 9.- ENDODONCIA.
Dr. John I de Ingle.
Dr. Edward Edgerton Beveredge.
Segunda Edición 1979.
Interamericana.