



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**ASPECTOS GENERALES DE LA  
ODONTOLOGIA INFANTIL**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pérez'.

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
\*  
**MA. DEL CARMEN FERNANDEZ VALENCIA**



MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

	Págs.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: DEFINICION Y FINALIDAD DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL.	4
CAPITULO II: CONSULTORIO DENTAL.	7
1) SALA DE RECEPCION.	8
2) SALA OPERATORIA.	8
3) RECEPCIONISTA Y ASISTENTE DENTAL.	9
CAPITULO III: DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.	13
1) DIVISION EN ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO.	14
2) EVOLUCION DE LA MENTE.	15
3) FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL COMPORTA- MIENTO DEL NIÑO.	19
4) ESTADO FISICO DEL NIÑO.	24
CAPITULO IV: COMPORTAMIENTO DEL NIÑO FRENTE AL ODONTOPEDIATRA.	35
1) NIÑO TIMIDO, ASUSTADIZO, VERGONZOSO.	36
2) NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO.	37
3) NIÑO DESAFIANTE.	38
4) NIÑO MIEDOSO.	39
5) NIÑO ENFERMO.	39
6) NIÑO COOPERADOR.	39

CAPITULO V: PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL E INDICACIONES A LOS PADRES.	41
1) PACIENTES CON CITA.	42
2) PACIENTES DE EMERGENCIA.	43
3) INDICACIONES A LOS PADRES.	43
CAPITULO VI: PRIMERA DENTICION.	53
1) CRECIMIENTO.	55
2) CALCIFICACION.	56
3) ERUPCION.	57
4) ABRASION.	58
CAPITULO VII: PRINCIPALES MATERIALES USADOS EN ODONTOPIEDIATRIA.	65
1) AMALGAMA.	66
2) CORONAS DE ACERO-CROMO.	69
3) INCRUSTACIONES.	71
4) CEMENTOS.	71
CAPITULO VIII: ENDODONCIA.	77
1) PROTECCION PULPAR.	78
2) PULPOTOMIA VITAL.	80
3) PULPOTOMIA NO VITAL.	81
CAPITULO IX: FRACTURAS DE LOS DIENTES ANTERIORES.	85
1) SIMPLES.	86
2) COMPUESTAS.	87

	Págs.
3) CONMINUTAS.	87
4) FRACTURAS CORONARIAS.	87
5) FRACTURAS RADICULARES.	90
6) FRACTURAS MIXTAS.	
CAPITULO X: MEDIDAS PREVENTIVAS.	92
1) EXAMENES BUCALES PERIODICOS.	94
2) EXAMENES RADIOLOGICOS.	94
3) PROFILAXIS BUCAL.	94
4) FLUORACION Y APLICACIONES TOPICAS DE FLUOR.	95
5) HIGIENE BUCAL.	97
6) ODONTOLOGIA PROFILACTICA.	99
7) NUTRICION.	101
8) MANTENEDOR DE ESPACIO.	
CONCLUSIONES.	103
BIBLIOGRAFIA.	106

## I N T R O D U C C I O N . -

La Odontopediatría como rama de la Odontología General trata al niño en su totalidad física y mental, con bases científicas para los problemas de la salud mental.

Tomando las medidas preventivas necesarias para conducir en forma adecuada la salud general del individuo que ocupa la atención: EL NIÑO.

Está completamente comprobado que el problema físico más común en los escolares es la caries dental. Se debe considerar el rápido crecimiento de la población infantil y por lo tanto, en las necesidades futuras de una atención Odontológica adecuada.

El ejercicio Odontológico demanda la necesidad de aceptar más niños en práctica general y ejercer la Odontología Preventiva en su más amplio sentido.

La Odontología es una experiencia que el niño debe tratar de dominar, y que al dominar su papel como paciente odontológico, muestra cierta flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede a su alrededor.

Puede considerarse la Odontopediatría como el servicio más necesitado, sin embargo, el más olvidado entre los servicios que presta el Odontólogo.

A pesar de la gran importancia que tiene, algunos odontólogos tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia o por indiferencia a los conceptos más recientes de la Odontología Actual y las metas finales que han de lograrse.

El valor de éste servicio nunca será suficientemente -ponderado, ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo -con muchos de los problemas dentales tan comunes hoy en día en la población adulta.

Cuando el dentista asume la responsabilidad de traba--jar con niños, debe prever que la tarea le resultará algo -difícil, ya que practicar una Odontología modelo para niños no es fácil.

Requiere la adquisición y utilización de amplios cono--cimientos Odontológicos, de los cuales gran parte es común\_\_a lo que se utiliza para adulto, pero otra parte es única y pertinente para niños.

Si el Odontólogo consciente en hacer el esfuerzo adi--cional que se requiere para dominar el tema, se dará cuenta de que trabajar con niños es una experiencia de las más sa--tisfactorias que puedan experimentarse en todas las prácti--cas odontológicas.

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



C A P I T U L O I.-

DEFINICION Y FINALIDAD DE LA  
ODONTOLOGIA INFANTIL.-

## DEFINICION Y FINALIDAD DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL.-

DEFINICION.- Odontología Infantil es la rama de la - - Odontología General que estudia al niño, tanto física como psicológicamente y trata de resolver sus problemas dentales actuales aplicando las medidas preventivas necesarias para conducirlo a un futuro de salud.

Existen diferentes términos para llamarla como: Odontología de Niños, Pediatría Dental, Odontología Pediátrica; - las más comunes son: Odontopediatría y Paidodoncia.

Como fines de la Odontología Infantil podemos señalar los siguientes:

- 1.- Inculcarle al niño hábitos de limpieza, que mantendrán su boca en buenas condiciones de higiene y en un estado saludable.
- 2.- La preservación de sus dientes primarios cuya importancia puede resumirse en los siguientes puntos.
  - a) Proporcionar una función masticatoria eficiente con lo que tendrá una mejor digestión y asimilación de alimentos.
  - b) Mantener el espacio adecuado para los futuros - dientes, contribuyendo con ello a la articulación dentaria normal.
  - c) Contribuir al desarrollo físico y mental del niño.

- 3.- Prevenir y corregir cualquier hábito o condición - que pueda influir en una futura maloclusión.
- 4.- Preservar los dientes permanentes.
- 5.- Con todas las medidas preventivas a su alcance prevenir en lo posible futuras caries u otras condi--ciones indeseables.
- 6.- Crear en el niño un sentido de cooperación y res--ponsabilidad con respecto al cuidado de su boca, - para que él mismo vele por ella.
- 7.- Instruir a los padres para obtener su completa co--laboración.

Como el Odontopediatra ve pacientes jóvenes, está en condiciones de detectar y reconocer los signos y sínto--mas precoces de estados que requieren tratamiento preventi--vo y pueden recomendarse las consultas con otros especialis--tas.

El futuro dentista general forzosamente tendrá que - - orientarse hacia la prevención. El tiempo que antes dedica--ba a tratar la caries, lo dedicará a diagnosticar y tratar precozmente la enfermedad periodontal, evitando con ello - futuros problemas; a guiar la oclusión, previniendo así en algunos niños la necesidad de un tratamiento ortodóntico im--portante o trabajando con los niños minusválidos, se conver--tirá en diagnosticador no sólo de niños en la segunda infan--cia, sino en la primera.

C A P I T U L O    I I . -

CONSULTORIO DENTAL

## CONSULTORIO DENTAL.-

El gabinete dental es muy importante para que el Paído doncista, ya que es el reflejo de su personalidad.

El consultorio dental debe estar ubicado en una zona - accesible para los padres del niño, con esto quiero decir - que el sitio donde se encuentre tenga lugar para estacionar se y que los medios de transporte sean frecuentes.

SALA DE RECEPCION.- Desde luego debe ser agradable, - con buena iluminación para que el paciente no sienta temor.

El miedo a lo desconocido es natural en todo ser huma- no.

Un bonito cuadro que recuerde un cuento de hadas le - hará sentirse bien y una música suave le dará una agradable sensación de tranquilidad, tanto al niño como a sus acompa- ñantes. Los libros no deben faltar pues los distraerán mien- tras esperan.

La limpieza debe apreciarse en todos sus detalles y - por todas partes.

Un consultorio sucio revela el nivel y eficiencia del\_ dentista.

SALA OPERATORIA.- Al igual que todo el consultorio es- tará decorada con motivos infantiles, de preferencia el si-

llón chico para mayor comodidad del niño.

RECEPCIONISTA Y ASISTENTE DENTAL.- Ambas personas deberán vestir con pulcritud, amables y de voz agradable ya que son los primeros contactos que tiene el niño dentro del consultorio dental.

La recepcionista al establecer la primera cita se informará del nombre y edad del paciente porque será de gran utilidad para el Cirujano Dentista.

La recepcionista también se encargará de cobrar a los pacientes y de dar las citas subsecuentes.

La enfermera o asistente dental estará bien entrenada para la realización de sus tareas, como el conocimiento absoluto del instrumental y de los medicamentos incluyendo un trato amable hacia los pacientes.

CIRUJANO DENTISTA.- El trato con el niño es lo más importante, así que el Cirujano Dentista está obligado a ser cortés y para infundirle confianza puede llamarle por su nombre y de ser posible por su mote familiar, platicar con el niño sobre algo importante, o sobre algo que a él le interese o le agrade, establecerá una simpatía mutua, sin embargo el Odontólogo demostrará autoridad y seguridad en todos sus actos.

Es extremadamente importante en un consultorio de Odon

topediatria la utilización eficiente de las ayudantes porque:

- 1.- Disminuye el período de tiempo de la visita dental y ésto ayuda al manejo del niño.
- 2.- Estudios de tiempo y movimiento muestran que un ayudante hace disminuir el número necesario de pasos y movimientos, lo que reduce el cansancio del dentista.
- 3.- El dentista practica con más eficiencia y rapidez, con lo que se vuelve más productivo y aumenta su ingreso.

Para obtener el máximo rendimiento de este tipo de situación es importante tener un equipo moderno.

Las unidades giratorias han resultado las más eficaces en un consultorio para niños.

El paciente descansa en posición inclinada, con el cuerpo paralelo al suelo y los pies ligeramente elevados. Los brazos de la ayudante permanecen en posición ligeramente superior al pecho del niño, dándole sensación de seguridad.

Como no hay escupidera disponible, no se puede utilizar la tactica de expectoraciones frecuentes. Se elimina la saliva por aspiración.

El dentista en posición sentada, en un cómodo taburete giratorio.

La ayudante se sienta enfrente de él colocandose de manera que la unidad no le estorbe. Todo el equipo está convenientemente situado junto a la ayudante. Se montan las piezas de mano de alta y baja velocidad en una bandeja que se extiende parcialmente sobre la unidad y también las jeringas de aspiración de agua y de aire.

Si la instrucción es integrada, estos instrumentos podrían ser entregados al dentista, cuando éste los necesite.

La ayudante tiene a su alcance todo lo que necesita para un procedimiento determinado, sin necesidad de abandonar el lugar.

En un armario portátil junto a ella tiene un amalgamador y todos los materiales y drogas que generalmente se necesitan.

La ayudante toma y entrega de la mano del dentista todos los instrumentos que se seleccionen y se puede denominar un intercambio fluido, sin necesidad de que el dentista se distraiga.

El concepto de "Odontología a cuatro manos" implica que constantemente se emplean las manos de la ayudante en el tratamiento del niño.



Este concepto se usa ampliamente en la actualidad en -  
prácticas modernas de Odontopediatría.

C A P I T U L O    I I I . -  
DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

## DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.-

Iniciaremos el estudio psicossomático del niño como el análisis de su carácter o sea su índole especial, y posteriormente con el de su conducta, como consecuencia del primer aspecto.

El ciclo del desarrollo humano es continuo. El proceso de crecimiento es, por lo tanto, una mezcla de creación y perturbación.

A los cinco años, su psicología es el resultado de todo lo sucedido antes, durante los cuatro años ulteriores y las cuatro semanas anteriores al nacimiento.

## DIVISION EN ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO.-

- I.- Etapa de embrión (de 0 a la octava semana de vida intrauterina).
- II.- Etapa de Feto (de la octava semana de vida intrauterina al nacimiento).
- III.- Infancia (desde el nacimiento a los dos años de edad).
- IV.- Edad Pre-escolar (de los dos a los cinco años de edad).
- V.- Niñez (de cinco años a los doce años de edad).
- VI.- Pre-adolescencia (de los once a los trece años de

edad).

VII.- Adolescencia (de los quince años a los veinte años de edad).

VIII.- Madurez.

COMO EVOLUCIONA LA MENTE.- El niño es una unidad, el sistema nervioso lo hace serlo, éste consta de billones de neuronas conectadas con todas las partes sensibles y móviles del organismo, neuronas de diversas especies:

Vegetativas, motoras, asociativas y sensitivas.

La mente es parte integrante de ésta basta red de tejido vivo. Las neuronas tienen un poder prodigioso de crecimiento, se multiplican a gran velocidad en los períodos embrionarios y fetal durante los cuales se forman los centros de crecimiento de la conducta.

Estas células siguen creciendo y organizandose durante todo el ciclo de desarrollo, por lo tanto, se puede asegurar que el desenvolvimiento psicológico del niño se va realizando en una forma progresiva y ordenada.

EL RECIEN NACIDO.- El verdadero comienzo de un individuo se remonta a los períodos embrionarios y fetal, durante ellos toman forma los tejidos y órganos del cuerpo e inclusive se insinúa profundamente la naturaleza de la futura conducta.

CUATRO SEMANAS.- El bebé de un mes ha dejado de ser un neófito en el arte elemental de vivir, atiende a las sensaciones de bienestar gástrico y a la comodidad de un baño tibio. Sus emociones son muy sencillas a juzgar por la tranquilidad de su semblante. Sin embargo reacciona positivamente a las comodidades y negativamente a los dolores y privaciones.

DIECISEIS SEMANAS.- En ésta época el sistema neuromotor se ha desarrollado de tal manera que el niño ya no se contenta con estar de espaldas.

Le agrada que le mantengan durante breves períodos en posición sedante.

VEINTIOCHO SEMANAS.- A ésta edad la capacidad del niño guarda buen equilibrio, su conducta y su tendencia están de acuerdo, se haya tan armoniosamente constituido que origina poca perplejidad a quienes lo atienden.

CJARENTA SEMANAS.- Durante ésta etapa el niño puede sentarse por sí solo y permanecer de pie con ayuda de algo o de alguien. También progresa el sistema motor fino.

UN AÑO.- En ésta edad las habilidades motrices gruesas muestran mayor variación individual que la conducta motriz fina y que la conducta adaptativa en ésta edad también saca conclusiones en las situaciones sociales. Le gusta tener un auditorio; repite las acciones que provoca la risa de quie-

nes lo rodean.

QUINCE MESES.- En ésta edad el cuadro de conducta parece perder equilibrio y armonía. Es la edad de las precipitaciones, del apresuramiento, de los choques. La relación de dar y tomar es reemplazada por una conducta unilateral.

DOS AÑOS.- El niño de ésta edad está dando término a su infancia.

A partir de ésta edad, empieza a hacer un sin número de cosas como emplear palabras al expresarse y controlar sus necesidades corporales, además los músculos de la mandíbula están mejor controlados, la masticación no exige tanto esfuerzo y empiezan a ser rotatorios.

TRES AÑOS.- El niño de ésta edad es muy susceptible, sus relaciones personales son más flexibles. La independencia y la sociabilidad están bien equilibradas, es la época del "YO TAMBIEN" y acepta situaciones nuevas si se le sabe conducir.

CUATRO AÑOS.- Es la edad del "PORQUE" y del "COMO" de las cosas, esto expresa cierta independencia y resistencia ya que a esta edad puede vestirse solo, satisfaciéndole hablar con sus amigos sobre sus posesiones.

CINCO AÑOS.- Esta es la etapa en la que el niño ya distingue entre la mentira y la verdad.

El efecto emocional con la madre es sumamente fuerte - todavía, se siente seguro todavía a su lado. Es dócil, obediente, cariñoso, le gusta ayudar a todo lo que su capacidad le permite. Las decisiones no son fáciles de tomar.

Durante ésta etapa de la vida se procurará corregir to dos los malos hábitos que haya adquirido en años anteriores; como morderse las uñas, chuparse los labios o el dedo; no - por medio de regaños ni castigos, sino buscando las causas psicológicas que originan éstos.

SEIS AÑOS.- El niño de seis años ha cambiado, muestra interés por los lugares de recreo, escuela y formar grupos con sus compañeros. Hay en su vida cambios fundamentales, - pasa de la cólera a la tranquilidad absoluta; están desapareciendo los dientes de leche, aparecen los primeros molares permanentes, incluso la química del cuerpo sufre cambios sutiles que se reflejan en un aumento de susceptibilidad a las enfermedades infecciosas.

SIETE AÑOS.- Llamada edad de los sentimientos, mejoran sus relaciones con los demás, motivo por el cual se les puede exigir más de ellos mismos pues su razonamiento es más - claro.

OCHO AÑOS.- A ésta edad el niño tiene conciencia de lo bueno y de lo malo; quiere que se aprecie su bondad y le - gusta agradar exigiendo que el adulto lo trate como a una - persona mayor.

NUEVE AÑOS.- Es la edad intermedia entre la infancia y la pubertad.

Los niños de ésta edad, no les gusta ni necesitan que se les proteja.

Emplea el lenguaje para expresar emociones sutiles y refinadas.

DIEZ AÑOS.- Los niños de ésta edad tienen bien definida su individualidad y su penetración es tan madura que facilmente puede considerársele como un preadulto.

Esta edad es la más propicia para comenzar la planificación de su futuro.

En el presente capítulo ha explicado brevemente el desarrollo psicológico del ser humano desde su vida fetal hasta los diez años de edad.

A partir de ésta época tanto en la mujer como en el varón empiezan a manifestarse una serie de trastornos biológicos, morfológicos y psicológicos que los transforma en preadolescentes.

#### FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.-

El comportamiento de un niño frente al Cirujano Dentista está relacionado por los siguientes factores:



- 1.- Influencia Parenteral.
- 2.- Actitud del padre hacia el niño.
- 3.- Filosofía de los padres respecto a la enseñanza y disciplina del niño.
- 4.- Estado Físico del Niño.
- 5.- La escuela.
- 6.- El Miedo.
- 7.- Factor Religioso.
- 8.- Factor Social.
- 9.- Herencia.

HERENCIA PARENTERAL.- El Cirujano Dentista que desea lograr éxito en la práctica de la Odontopediatría, debe conocer a fondo, la influencia de los padres sobre la conducta del niño. Es el padre quien con frecuencia se convierte en el principal problema para el logro de una buena intervención con el niño. Ejercer Odontología Infantil sin la confianza del padre y su colaboración podría conducir al fracaso.

ACTITUD DEL PADRE FRENTE AL NIÑO.- El afecto, protección, indulgencia, ansiedad, autoridad exagerada, desafecto o rechazo por parte del padre, se refleja en la conducta del niño, y son problemas que el Odontólogo tiene que vencer.

AFECTO EXAGERADO.- El afecto exagerado dado al hijo único o al adoptado les perjudica ya que les falta valor en el Consultorio Dental.

**SOBRE PROTECCION.**- Hay padres que monopolizan el cariño de sus hijos a tal grado que los vuelven irresponsables. Este tipo de niños quiere controlar cada situación que se le presente; no se somete casi a ninguna autoridad, las rabietas y fanfarronerías son muy comunes en estos niños.

**DEMASIADA INDULGENCIA.**- Si un niño goza de ella es caprichoso, exigente y se lleva mal con todos, es un niño "daño". Son frecuentes sus arranques de mal humor o acceso de llanto, ya que con eso le dan todo lo que pide.

Este niño hará lo mismo en el Consultorio Dental, a la menor molestia.

**ANSIEDAD EXCESIVA.**- Cuando el padre manifiesta un afecto exagerado y se opone a que su hijo conviva con niños de su misma edad. Cuando se exageran las enfermedades leves y se le deja faltar a la escuela y a sus citas. Muy pronto pasa a depender de sus padres para todo y responde con timidez, miedo, reserva y cobardía.

**AUTORIDAD EXCESIVA.**- Cuando los padres son demasiado estrictos y a veces hasta exagerados, el niño manifiesta un negativismo total, no confía en nadie es tímido y hasta agresivo lo que hace difícil un acercamiento con él.

Puede adoptar una actitud de hastío que no se modifica por la razón ni por la persuasión.

**DESAFECTO.**- Debido a que los padres se preocupan muy poco de sus hijos este tipo de niños presenta una inseguri-

dad muy marcada; es asustadizo, no da a entender todo lo que quiere claramente, prefiere estar solo, es indeciso y tímido, vacila para decidirse y llora fácilmente. Puede desarrollar malos hábitos como negarse a comer o morderse las uñas.

RECHAZO.- Las causas por las que los padres rechazan a sus hijos son muy variadas, pero las más comunes son:

- a) Falta de madurez de los padres.
- b) Por no haber deseado a ese hijo.
- c) Por haber deseado que fuera de otro sexo.
- d) Por falta de responsabilidad.

Cuando los niños rechazados por sus padres por cualquiera de estas causas el niño al verse rechazado tiende a ser vengativo, egoista, resentido, desobediente, levantisco; siendo en el frecuentes arranques de mal humor, la mentira y el robo.

EL HIJO UNICO.- En estos casos los padres se inclinan a ser demasiado cariñosos, protectores e indulgentes. El niño puede responder siendo tímido, miedoso y retraído.

#### LA FILOSOFIA DE LOS PADRES

##### RESPECTO A LA ENSEÑANZA Y DISCIPLINA DEL NIÑO.-

Los Barwin (Psychology Care During Infancy And Childhood) creen que después de los dos o tres años de edad la

forma más eficaz de castigar es por medio de las reprimendas, privación de privilegios y aislamiento.

Indican más adelante que luego de aplicar el castigo, debe de despejarse la atmósfera y en ninguna circunstancia debe el padre de mostrar venganza o resentimiento.

El odontólogo también, debe conocer los principios citados y emplearlos con propiedad cuando el caso sea necesario.

Gasell e Ilg se refieren a las tres tendencias principales de la filosofía que trata de los principios y prácticas del cuidado del niño.

- 1.- El Autoritarismo.
- 2.- El "Dejar Hacer".
- 3.- El Evolucionismo.

1.- EL AUTORITARISMO.- Esta ideología profesa el perfeccionamiento, según la cual los padres sostienen que sus hijos son individuos formadores de hábitos y pueden ser moldeados en determinados factores de conducta. La disciplina bajo éste régimen tiende a ser severa y hasta cruel.

Estas exigencias parenterales producen negativismo en el niño y un sentimiento de inseguridad que seguramente se expresará en el Consultorio Dental.

- 2.- EL "DEJAR HACER".- Esta filosofía está expresada

en la teoría "El mundo va solo". Los padres se contentan - con pensar que las cosas irán de lo mejor si el niño no es confinado ni restringido en sus actividades.

Creer que el niño sabe y eligirá lo mejor para él. Los padres ejercen poco esfuerzo físico o mental en tal programa de guía para el niño. El resultado suele ser que ese niño muestra síntomas comunes al desafecto.

3.- EL EVOLUCIONISMO.- Este enfoque del cuidado y guía del niño es intermedio entre los dos extremos citados. Reconoce y admite las fuerzas del crecimiento psicológico, así como también el crecimiento individual del niño. Cree en la autoregulación y la autoadaptación, dentro de los controles bien conducidos e inteligentes. El objetivo es conservar - todas las potencialidades mejores del niño. Un chico así - guiado se adaptará rápidamente a las rutinas del consulto--rio dental.

#### ESTADO FISICO DEL NIÑO.-

EL NIÑO ENFERMO.- El niño que ha estado enfermo en su casa durante largo tiempo y que ha sido mimado por su enfermedad, quiere protección, indulgencia y afecto excesivo cada vez que la ocasión lo requiera. El padre sensato puede - dedicar una guía racional a su hijo durante la enfermedad y los períodos que siguen.

Los niños que han sido hospitalizados y han estado en ca

salas con otros niños durante algún tiempo son casi siempre buenos pacientes dentales.

Existen demasiados tipos de invalidez para manejarlos\_ en categorías pero se pueden considerar las siguientes:

1.- CORAZON:

- Congénito
- Reumático (adquirido)

2.- SENTIDOS:

- Ceguera
- Sordera

3.- EXTREMIDADES:

- Movimientos defectuosos del brazo
- Movimientos defectuosos de la pierna

4.- DEFECTOS MENTALES:

- Continuos
- Periódicos           Pequeño Mal  
                                  Gran Mal

5.- ENFERMEDAD GENERALIZADA:

- Leucemia

1.- ENFERMEDAD CONGENITA DEL CORAZON.- Es imperativo - aquí un control de la higiene bucal, protegidos con antibióticos, para todo procedimiento que podría provocar bacterie-

nia. El aumento en la dosificación antibiótica puede ser necesario durante el tratamiento dental, para aquellos que ya están en terapia antibiótica mantenida regularmente.

La cardiopatía congénita se debe a anomalías estructurales del corazón; estas anomalías se dividen en:

a) CARDIOPATIA CONGENITA ACIANOTICA.- Los pacientes de éste grupo sufren corto circuito de izquierda a derecha y - diversidad de efectos cardiacos como efecto del ataque auricular, estenosis aórtica congénita, estenosis pulmonar.

b) CARDIOPATIA CONGENITA CIANOTICA.- Los pacientes de este grupo nacen con defectos que causan cortos circuitos - de derecha a izquierda y al hacer ejercicio se vuelven cianóticos. Como ejemplo de defectos cardiacos de éste grupo - podemos citar; la transposición de los grandes vasos, atrasia de la válvula tricúspide.

Las cardiopatías congénitas aparecen frecuentemente - con una anomalía asociada en niños mongoloides y niños con paladar o labio hendido o ambos. La mayoría de los niños - afectados por estos trastornos del desarrollo también sufren problemas dentales de diversa gravedad. Los niños con cardiopatía congénita no presentan problemas dentales específicos, diferentes de mayor grado de caries y enfermedad - parodontal.

Al tratar a niños que sufren enfermedades cardiacas, - uno de los primeros objetivos del Odontólogo debe ser evi- - tar endocarditis bacteriana. Esta grave complicación la - - causa generalmente el Streptococcus Viridans encontrado co- - mumente alrededor de las piezas dentarias.

Muchos tratamientos dentales van seguidos de bactere- - mias, lo que puede causar una endocarditis en niños con de- - fectos cardiacos. Es esencial emplear antibióticos profilác- - ticos antes y durante 48 horas después de comenzar este ti- - po de tratamiento.

El medicamento más empleado es la Penicilina Potásica\_ - sin embargo, en todos los casos habrá de obtener la comple- - ta aprobación del médico familiar antes de llegar a emplear cualquier tipo de antibiótico.

ENFERMEDAD REUMATICA DEL CORAZON.- Requiere de las mis- - mas consideraciones anteriores y con estos pacientes es más prudente una cobertura permanente de antibióticos.

El riesgo para estos pacientes cardiacos es, por su- - puesto, la posibilidad de endocarditis bacteriana. Todas - - las zonas sépticas deben ser removidas bajo protección con\_ - quimioterapia.

El tratamiento de estos pacientes dependerá de una his- - toria clínica cuidadosa, registros y la estrecha coopera- - ción todo el tiempo del médico del paciente.



## 2.- ENFERMEDAD DE LOS SENTIDOS; CEGUERA Y SORDERA.-

Las dificultades que deben ser superadas en la enseñanza de los métodos del cuidado bucal son: La comunicación y la demostración.

EL SORDO.- Se beneficiará con ayudas visuales e instrucciones cuidadosamente escritas, para ser leídas en su casa.

Un intérprete que utilice el lenguaje de los dedos, puede ayudar a resolver sus problemas de comunicación.

La atención dental del niño sordo puede ser muy gratificante para el Odontólogo si recuerda que ese niño debe aprender através de los demás sentidos. El preescolar sordo puede ser más difícil de abordar, pues no ha sido adiestrado aún en la comunicación.

Sus experiencias suelen ser las relaciones con el medio familiar.

Después el niño entra en la escuela y aprende a comunicarse con las personas. En estos casos la Odontología puede ser explicada sobre una base de ver, tocar y gustar. Muchos niños son capaces de leer los labios y de asociar gestos y expresiones faciales con significados de palabras. Si se les deja tomar y sentir los instrumentos odontológicos, el niño sordo se mostrará más receptivo a los procedimientos habituales.

Si el niño es retardado y requiere un extenso tratamiento odontológico la conducta podrá ser controlada con premedicación o anestesia general.

Al ciego invidente se le brindará ayuda por medio de la enseñanza táctil de gran tamaño, tales como modelos y cepillos grandes, los que colaborarán considerablemente. Pueden prepararse cintas magnéticas para ser escuchadas en casa.

EL CIEGO O INVIDENTE.- Este niño puede ser más fácil de abordar por el Odontólogo, pues está acostumbrado a la comunicación verbal, a tocar y a gustar. El preescolar invidente no cooperará y requerirá mayor atención y premedicación. Rara vez estos niños necesitan anestesia general. Después de crear una imagen verbal, se procurará que el niño sienta y toque los objetos.

3.- MOVIMIENTO DEFECTUOSO DE LAS EXTREMIDADES.- Esto reclama la asistencia de una tercera persona; en invalidez menor se requiere el uso de diversas ayudas, tales como el cepillo eléctrico, pinzas para sostener la seda dental, los cuales pueden probarse hasta que el paciente se sienta cómodo con algunos de ellos.

4.- INCAPACIDAD MENTAL.- Es esencial para aquellos que usan Epamin (Dilantin) para el control de ataques epilépticos, enseñarles o garantizar algún modo de control de la placa para evitar la tendencia al crecimiento de las en-

cías. No hay duda de que esto no ocurrirá en bocas limpias\_ (esto es más difícil en la mayoría de los epilépticos).

\* Epilepsia se refiere a un síntoma, no a una enfermedad, es de origen griego y significa apoderarse. Diversos trastornos pueden causar descarga nerviosa anormal en el cerebro, que producirá un ataque.

Si estos ataques son frecuentes, se denomina a la - -afección epilepsia y afecta a las personas produciendo un cambio en el estado de la conciencia, experiencias senso--riales anormales, contracciones musculares tónicas o un - -trastorno de conducta.

5.- ENFERMEDAD GENERALIZADA.- La limpieza bucal, libre de trauma como sea posible es esencial en los leucémicos y\_ una cobertura de antibióticos se requiere a menudo. Ninguna extracción debe llevarse a cabo sin tomar precauciones muy\_ especiales y es mejor remitir al niño a un hospital para su atención.

Debe mencionarse entre los incapacitados a los diabéticos, los de paladar hendido, lo esencial será la conserva--ción de los dientes, evitar la mayor intervención y en consecuencia una prevención primaria, de ser posible en los momentos más tempranos para ayudar a prevenir el estableci- -miento de una enfermedad destructiva.

EL NIÑO IMPEDIDO.- Niños con parálisis, que pueden o -

no ser retrazados mentales, han recibido poca atención dental en el consultorio general. Esos pacientes requieren un manejo especial y consideraciones en el tratamiento, ya que carecen de control muscular en grado variable. Gellin (1955) sugiere se disminuya el uso de la anestesia general, ya que la educación del niño impedido constituye una meta mayor. - Album (1953) considera la anestesia general un buen enfoque al tratamiento cuando se prepara debidamente a estos niños en un hospital. Cataldi (1956) y Wessele (1956) al presentar los muchos y variados problemas del tratamiento de éstos niños, indican que una gran cantidad de los que tienen impedimentos menos graves, pueden ser tratados adecuadamente por el Odontólogo en su consultorio privado.

Si bien la parálisis cerebral uno de los problemas capitales otros estados como anteriormente producen dichos - también dichos efectos.

LA ESCUELA.- El niño que asiste al jardín de niños se adaptará rápidamente a los distintos procedimientos dentales ya que estos centros tienen relaciones con otros niños por lo tanto será accesible al Odontólogo.

EL MIEDO.- Es una de las emociones primarias del recién nacido y es una de las causas que motivan y modifican la conducta humana.

El propósito de la enseñanza adecuada no es eliminar el miedo sino guiar al niño para que él mismo sea una pro-

tección contra el peligro.

El miedo se puede deber a estímulos objetivos (cosas - que oye, siente o ve) y subjetivos (algo que ha escuchado o imaginado).

Los estímulos del miedo deben ser canalizados hacia - una mayor respuesta a un programa de higiene dental correcto, apropiadas medidas dietéticas, ventajas sociales y no - encaminar estos estímulos de miedo hacia el Cirujano Dentista.

FACTOR RELIGIOSO.- La influencia religiosa, cualquiera que ésta sea es un factor positivo en el desarrollo psicológico del niño, basada fundamentalmente en la influencia familiar.

Aunque no debe generalizarse la importancia de la influencia religiosa sobre el desarrollo del carácter del niño, estudios realizados por Crow, demuestran que el niño ha crecido con educación religiosa, tiene mayor sentido de responsabilidad, respecto a la honestidad y el respeto, que - aquel que fué educado en un ambiente carente de estas normas.

Los niños durante sus primeros años no tiene bien definido el concepto de la moral. La educación religiosa la favorece o incrementa y contribuye a la formación de una conciencia más sana.

FACTOR SOCIAL.- El mundo no es únicamente su familia - y sus compañeros de escuela sino que se relaciona con su vida social, llamémosle así, con otras personas y niños que - puedan ser capaces de modificar favorablemente o desfavora- blemente el carácter y la conducta.

HERENCIA.- El patrón de maduraz es generalmente simi- lar para cada especie, de aquí que el género humano tenga - muchas características en común.

A pesar de los razgos humanos son biológicos y heredi- tarios, otros se desarrollan como resultado de la influen- cia que ejerce el medio ambiente, aún no se ha determinado\_ si éste puede tener influencia posterior sobre los razgos - adquiridos.

Al decir que el género humano tiene muchas caracterís- ticas en común nos referimos a:

- 1).- Físicas.
- 2).- Mentales.
- 3).- Enfermedad.

1).- CARACTERISTICAS FISICAS.- Por lo general pueden - encontrarse parecidos familiares en lo referente a estructu- ras anatómicas.

2).- CARACTERISTICAS MENTALES.- Resultados de investi- gaciones sobre las características hereditarias, demuestran que la capacidad hereditaria de la actividad mental es un -

factor muy importante en el desarrollo psicológico del niño. También se ha demostrado que ciertos tipos de debilidad mental son hereditarios y son transmitidos por el progenitor, más no por eso, todos los casos de debilidad mental se pueden explicar por concepto.

La mayoría de las enfermedades mentales tienen su origen en trastornos orgánicos o son funcionales hasta el grado de que un individuo puede haber heredado una constitución especial susceptible a los efectos de las tensiones se veras.

**ENFERMEDAD.**- Son como el daltonismo, sífilis, hemofílis y albinismo.

Hay otras que son hereditarias por predisposición, como lo son: la diabetes y las cardiopatías entre las más importantes.

C A P I T U L O    I V . -

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO FRENTE AL ODONTOPEDIATRA



### COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ANTE EL PAIDODONCISTA.-

Hemos visto que son varios los factores que contribuyen y a veces son determinantes para establecer la conducta del niño de manera que el cirujano dentista debe tomarlos en cuenta para establecer la forma correcta de tratar los problemas dentales del niño.

Después de haber analizado el desarrollo psicológico y los diferentes factores que influyen en la vida del niño vamos a ver el comportamiento de éste ante el Cirujano Dentista y la actitud conveniente hacia el pequeño paciente.

- 1.- Niño tímido, asustadizo o vergonzoso.
- 2.- Niño incorregible o consentido.
- 3.- Niño desafiante.
- 4.- Niño miedoso.
- 5.- Niño enfermo.
- 6.- Niño cooperador.

1.- NIÑO TIMIDO, ASUSTADIZO O VERGONZOSO.- Son varias las causas por las cuales el niño puede ser así; poco afecto de los padres, sermones, excesiva autoridad y ninguna oportunidad de alternar con personas fuera del ambiente hogareño. Puede tratarse también de un niño psicológicamente y emocionalmente inmaduro.

Generalmente estos niños se esconden detrás de su madre, miran al suelo o a otras partes, cuando les dirigimos

la palabra; responderán a pocas preguntas y no cooperarán - con nosotros. Este tipo de niños es muy frecuente entre los que no asisten al jardín de niños cuando ya tienen edad y a quien sus padres no mandan por no quererse separar de ellos; también son de este tipo los niños que habitan en zonas rurales o semirurales.

En éstos casos hay que lograr que el niño se sienta lo más cómodo posible, llamandole por su nombre o diminutivo, - podemos hablarle sobre su pasatiempo favorito, para lograr su confianza, la cual debemos conservar.

Después se introduce a la sala operatoria, le explicaremos de acuerdo a su edad lo referente a su tratamiento y\_ comenzaremos el mismo.

2.- NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO.- Es el resultado - de excesivos mimos de los padres. Estos niños se caracterizan por llorar, patear, tirarse al suelo, intentando por - esos medios sus padres los saquen del consultorio dental. - Antes éstas circunstancias el dentista debe mantenerse sereno, procurando estar a solas con el niño para convencerlo - de que debe portarse correctamente, hablandole con autoridad.

Nunca posponer para la siguiente cita el tratamiento - que ya se haya empezado con el niño rebelde, ya que nada se conseguirá en una nueva cita.

Es pobre psicología ridiculizar o avergonzar al niño.-

Además es una pérdida de tiempo colocarlo en el sillón dental, con el propósito de subirlo y bajarlo, ya que esto nos quita tiempo y no conseguiremos su cooperación.

Si continua llorando y se niega a responder a nuestras preguntas le hablaremos de manera enérgica, diciéndole que no queremos lastimarlo, deteniéndole fuertemente y así curarlo ya que ésto lo haremos con o sin su cooperación.

Pero si a pesar de ello el niño no cesa de llorar, como último recurso nos veremos en la necesidad de sostenerle firmemente las manos y los pies, colocaremos nuestra mano sobre su boca y nariz durante unos 5 a 10 segundos, explicándole que no es agradable hacer eso, pero que se repetirá la maniobra si no deja de llorar.

3.- NIÑO DESAFIANTE.- Es el protegido por el padre y desafía al Odontólogo cuando trata de examinarlo. Este tipo de niño se presenta más frecuentemente en los varones que no lloran ni contestan a las preguntas que se le hacen.

Este niño no quiere habrir la boca y así nos lo indica también, suele decir "no quiero que me haga nada" o "no me importa que mis dientes esten mal".

En estos casos lo indicado es quedarse sólo con el niño y convencerlo de que lo que vamos ha hacer es en beneficio de él; si esto no le convence puede aplicarse el tratamiento del niño incorregible.

Algunos autores recomiendan el uso de la fuerza, pero éste procedimiento es poco recomendable ya que los resultados ulteriores serán contraproducentes aún cuando de momento sean útiles.

4.- NIÑO MIEDOSO.- Las publicaciones que se hacen del dentista, en forma humorística no hacen más que ridiculizarlo y esto aumenta la tensión emotiva del niño exteriorizándola al presentarse ante él, cuando éste sucede el Odontólogo debe decirle, que no va a causarle ninguna molestia, sino que por lo contrario tratará de quitarle ese malestar y procurará por medio de un tratamiento adecuado eliminar todas sus molestias.

5.- NIÑO ENFERMO.- El niño enfermo cuyo estado físico no justifica un esfuerzo adicional, debe recibir el tratamiento mínimo necesario para calmar el dolor y la eliminación de cualquier fuente importante de infección si esto es aconsejable, a esos niños se les debe hacer un servicio de emergencia, hasta que esten suficientemente bien para completarles su tratamiento dental.

6.- NIÑO COOPERADOR.- Desde el momento que llega a la sala de recepción se porta de manera normal, de acuerdo a su edad. Al pasarlo a la sala operatoria obedece todas nuestras indicaciones sin reparar en nada.

Le indicaremos el uso de nuestro instrumental dental y aparatos para que al usarlos, no desconfíe de nosotros.

Procuraremos hacer rápidamente nuestras preparaciones para no descuidar y molestar incesantemente al niño, ya que si abusamos de ello podemos convertirlos en pacientes - problemas lo cual irá en contra de nuestro profesionalismo.

Esta primera visita es la más importante ya que de ella dependerá el éxito o el fracaso del Odontólogo con su paciente.

Para la primera visita habrá:

- a) Pacientes con cita.
- b) Pacientes de emergencia.

a) Pacientes con cita. - Son aquellos que sus padres llevan al consultorio dental, por prescripción médica.

Los niños de primera cita, no vendrán alterados por ninguna molestia, por lo que en esta primera cita, se introduce al consultorio mostrándole el instrumental y aparatos que emplearemos en su tratamiento con el objeto de que se familiarice con ellos y pierda el miedo; cuando el niño tenga muchas manchas o sarro deberá hacerse una profilaxis, explicándole que se le limpiarán sus dientes para poder después efectuar un examen clínico, radiográfico y en caso necesario se toman impresiones para modelo de trabajo.

La aplicación tópica de fluor está indicada cuando no haya caries profunda.

C A P I T U L O   V . -

PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL E  
INDICACIONES A LOS PADRES

PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL E  
INDICACIONES A LOS PADRES.

Esta primera visita es la más importante ya que de ella dependerá el éxito o el fracaso del Odontólogo con su paciente.

Para la primera visita habrá:

- a) Pacientes con cita.
- b) Pacientes de emergencia.

a).- Pacientes con cita.- Son aquellos que sus padres llevan al consultorio dental, por prescripción médica.

Los niños de primera cita, no vendrán alterados por ninguna molestia, por lo que en esta primera cita, se introduce al consultorio mostrándole el instrumental y aparatos que emplearemos en su tratamiento con el objeto de que se familiarice con ellos y pierda el miedo; cuando el niño tenga muchas manchas o sarro deberá hacerse una profilaxis, explicándole que se le limpiarán sus dientes para poder después efectuar un examen clínico, radiográfico y en caso necesario se toman impresiones para modelo de trabajo.

La aplicación tópica de fluor está indicada cuando no haya caries profunda.

Hecho lo anterior se planea el tratamiento a seguir, - ya elaborado, se le explica al padre y una vez aceptado se empieza en la próxima cita.

b) Pacientes de emergencia.- Tratándose de un niño que llega de emergencia, procuraremos pasarlo a la sala operatoria lo más pronto posible, también se debe enseñar nuestra área de trabajo así como el instrumental y aparatos que usaremos, esto se hará para que su miedo disminuya y se gane - el odontólogo su confianza. Acto seguido se tratará el problema que aqueja al paciente, procurando al hacer esto, molestar lo menos posible al paciente. En ésta forma se disminuye el dolor y se le prepara mentalmente para que en la - siguiente sesión acepte la intervención indicada.

A continuación se le explicará a los padres la necesidad de un tratamiento dental para el niño, pues generalmente cuando un paciente acude por emergencia a un consultorio es porque los padres han dejado avanzar el mal hasta llegar a una situación grave.

Nuestra obligación es la de indicarles la conveniencia de lograr la salud buco-dental del niño y encaminarlos para un futuro de salud.

INDICACIONES A LOS PADRES.- El Cirujano Dentista debe saber valorar y comprender a cada padre para determinar de ese modo el tratamiento a su hijo en particular.



Indicaciones a los Padres.-

- 1.- Indicarles que no manifiesten sus propios temores frente al niño.
- 2.- Llevar a sus hijos al consultorio para que se vayan familiarizando con el mismo y establezcan relación con el Odontólogo.
- 3.- Nunca traten de utilizar los tratamientos del Cirujano Dentista como castigo hacia sus hijos.
- 4.- No deberán sobornar a sus hijos para que asistan al Dentista.
- 5.- Hacerles notar el valor del cuidado dental no solo desde el punto de vista de la conservación de los dientes, sino por la formación de buenos pacientes dentales.
- 6.- No deberá el padre asegurarle al niño lo que hará o dejará de hacer el Odontólogo.
- 7.- Indicarles que deberán permanecer fuera de la sala operatoria y no entrar a ella a menos que se les indique.

No siempre es fácil convencer a los padres de niños en edad preescolar de la importancia que tiene una exploración oral precoz para la futura salud dentaria de su hijo.

Las personas adultas educadas durante una era en que - la odontología no estaba orientada hacia la prevención, están acostumbradas a visitar al dentista cuando ya se ha desarrollado la enfermedad dental, no antes. Una madre que no fue al dentista antes de los dieciocho años es muy probable que esté dispuesta a llevar a su hijo en edad preescolar, especialmente si no tiene dolor o molestias.

El dentista general tiene el deber de informar a sus pacientes adultos acerca de las ventajas de la exploraciones orales precoces para sus hijos y convencerles de que un poco de prevención por su parte contribuirá a proteger a sus hijos de problemas dentales futuros.

#### HISTORIA CLINICA.-

La historia clínica tiene una función importante, porque proporciona al dentista los hechos esenciales referentes a la salud física y emocional de niño, así como sus problemas específicamente dentales.

Constituye un medio para averiguar "el C.I. dental" de los padres y sirve de guía para planear las citas, futuras y para hacer la exposición del tratamiento a los padres.

Al llegar la madre y el niño a la sala de recepción la ayudante entregará a la primera un cuestionario impreso y un lápiz, mientras la ayudante se puede llevar al niño a la sala operatoria. Esto proporciona una oportunidad para sepa

rar al niño de la madre.

Un cuestionario clínico impreso de oportunidad a la madre para que anote por escrito la razón de la consulta al - dentista.

Las respuestas a las preguntas escritas pueden ser más reveladoras que las respuestas orales é infoman al dentista acerca de los datos que podrían pasar por alto en su interrogatorio oral.

El progenitor ansioso se mantiene ocupado mientras examinan al niño, y la ayudante no se siente atada por tener - que contestar a las posibles preguntas. Además el cuestionario da el nombre correcto para las fichas del consultorio.

Para elaborar la Historia Clínica debemos tomar en - - cuenta los siguientes aspectos:

1.- HISTORIA DEL CASO:

- a) Queja principal del paciente.
- b) Historia prenatal, natal, posnatal y de la Infan--  
cia.

2.- EXAMEN CLINICO:

- a) Apreciación general del paciente.
- b) Examen bucal detallado.
- c) Exámenes suplementarios y pruebas especiales.

### 3.- DIAGNOSTICO:

- a) Resumen de todas las anomalías, naturales, - -  
etiológicas importantes.

#### DISEÑO DEL EXAMEN CLINICO ODONTOPEDIATRICO.-

1.- Perspectiva general del paciente (incluyendo estatura, porte, lenguaje, manos, temperatura).

2.- Examen de cabeza y cuello.

- a) Forma y tamaño de la cabeza.
- b) Pelo y piel.
- c) Inflamación facial y asimetría.
- d) Articulación Temporomandibular.
- e) Oídos.
- f) Ojos.
- g) Naríz.
- h) Cuello.

3.- Examen de la cavidad bucal.

- a) Aliento.
- b) Labios, mucosa labial y bucal.
- c) Saliva.
- d) Tejidos gingivales y espacio sublingual.
- e) Paladar.
- f) Faringe y amígdalas.
- g) Dientes.

#### 4.- Fonación y deglución.

- a) Posiciones de la lengua durante la fonación.
- b) Balbuceos y ceceos anteriores o laterales.
- c) Forma de la lengua en posición de descanso.
- d) Acción mentalis en el momento de tragar.
- e) Posición de los labios en descanso.

A continuación muestra una forma de una Historia Clínica, que contenga los datos más importantes para que el dentista pueda llegar a un diagnóstico.

HISTORIA CLINICA.-

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Señale una de las casillas.

SI NO

- 1.- ¿Goza su hijo de buena salud? ( ) ( )
- 2.- ¿Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida? ¿Por qué Motivo? \_\_\_\_\_ ( ) ( )
- 3.- ¿Ha estado hospitalizado? ( ) ( )
- 4.- ¿Ha estado sometido a tratamiento en la sala de urgencia? ( ) ( )
- 5.- ¿Es alérgico a algún alimento o medicamento? ¿Qué clase de medicación? \_\_\_\_\_ ( ) ( )
- \_\_\_\_\_
- 6.- ¿Toma su hijo alguna medicación actualmente? ¿Qué clase de medicación? \_\_\_\_\_ ( ) ( )
- \_\_\_\_\_
- 7.- ¿Ha presentado alguna reacción desfavorable a algún preparado médico? ( ) ( )
- ¿A que medicamento? ¿Cual fue la reacción? \_\_\_\_\_

- 8.- ¿Ha tenido trastornos nerviosos, men  
tales o emocionales? ( ) ( )  
¿Qué trastornos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Señale con una cruz la casilla corres-  
pondiente si su hijo ha padecido algu-  
na de las afecciones siguientes:

Asma	( )	Cardipatía	( )	Trastorno
Paladar hendido	( )	Hepatitis	( )	hepático ( )
Epilepsia	( )	Enfermedad		Trastorno
		Renal	( )	lenguaje ( )

- 10.- ¿Ha presentado su hijo hemorragias  
excesivas en operaciones en acci--  
dentes? ( ) ( )  
¿Presenta equimosis con facilidad? ( ) ( )
- 11.- ¿Tiene dificultades en la escuela? ( ) ( )
- 12.- ¿Padece o ha padecido su hijo algu-  
no de los trastornos o enfermeda--  
des siguientes?
- a) Diabetes ( ) ( )
- 1.- ¿Tiene casi siempre sed? ( ) ( )
- 2.- ¿Tiene la boca seca con fre-  
cuencia? ( ) ( )
- b) ¿Pérdida del conocimiento o ata-  
ques? ( ) ( )

- c) ¿Hinchazón o dolor en las arti-  
culaciones? ( ) ( )
- 13.- ¿Ha ido su hijo alguna vez al dentis-  
ta? ( ) ( )
- 14.- Señale con una cruz la casilla - -  
correspondiente si su hijo ha presen-  
tado alguno de los trastornos denta-  
les siguientes:
- |                      |     |                    |     |
|----------------------|-----|--------------------|-----|
| Dolor de muelas      | ( ) | Caries             | ( ) |
| Dientes sensibles a  | ( ) | Dientes deformados | ( ) |
| los dulces           |     | Manchas en los - - |     |
| Dientes sensibles al | ( ) | dientes            | ( ) |
| calor o al frío      |     | Dientes mellados o |     |
|                      |     | astillados         | ( ) |
- 15.- ¿Padece su hijo algún trastrono den- ( ) ( )  
tal distinto a los mencionados arri-  
ba? ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 16.- ¿Da a sus hijos algún preparado de -  
fluoruro?  
(gotas, tabletas, etc.) ( ) ( )
- 17.- ¿Ha aplicado algún dentista fluoruro  
a los dientes de su hijo? ( ) ( )



18.- ¿Se chupa el pulgar o algún otro dedo?

¿Tiene algún otra hábito similar? ( ) ( )

---

19.- ¿Ha heredado alguna característica dental familiar? ¿Cuál?

( ) ( )

---

20.- ¿Ha prometido a su hijo alguna recompensa por venir al dentista?

( ) ( )

¿Porqué motivo? \_\_\_\_\_

---

Firma \_\_\_\_\_ Padre u otros familiares \_\_\_\_\_

Por favor, utilice el espacio para dar al dentista los informes que considere interesante con relación a los antecedentes de su hijo.

C A P I T U L O VI.-

PRIMERA DENTICION

## PRIMERA DENTICION.-

GENERALIDADES.- Desde la gestación las piezas dentarias se van desarrollando al igual que toda la economía y van siendo calcificadas por el organismo con un ritmo que ha sido perfectamente establecido con el tiempo.

Asimismo, las piezas van creciendo y haciendo su aparición en la cavidad bucal en determinados momentos y evolucionan con el transcurso de la vida.

Esto permite que podamos dividir el desarrollo de la dentición en los siguientes períodos:

- a) Vida intrauterina.
- b) Desde el nacimiento hasta la erupción del primer diente.
- c) Período de la dentadura temporal (desde los 6 meses hasta los 6 años de edad).
- d) Período de la dentadura permanente.
- e) Erupción de los terceros molares o muelas de juicio.
- f) Vida adulta.

El Período Intrauterino.- Desde los 4 meses de gestación y hasta los 6 meses ya se ha iniciado el proceso de calcificación en todas las piezas temporales.

Período Neo-Natal.- Comprende del nacimiento hasta - los 6 meses de vida, el recién nacido no tendrá piezas dentarias aunque es un período durante el cuál se está completando la formación de los tejidos duros del diente.

Ya al mes y medio de vida completa la formación del esmalte en los incisivos centrales superiores y a los 10 meses ya ha terminado dicha formación en todas las piezas caídas ó "de leche".

CICLO VITAL DEL DIENTE.- Cada pieza dentaria pasa por sucesivos períodos de desarrollo durante su ciclo vital y - estos son:

Crecimiento.-

- a) Iniciación.- Formación del brote dentario a partir del epitelio bucal.
- b) Proliferación.- Elaboración del órgano del esmalte dentario.
- c) Histodiferenciación.- Las células del epitelio interno del órgano del esmalte, se transforma en ameloblastos y las células periféricas del órgano de la dentina (pulpa) se convierte en odontoblastos.
- d) Morfodiferenciación.- Formación de las células que van a formar la unión amelodentinaria.
- e) Aposición.- Depósito de la matriz del esmalte y dentina en capas incrementales.

Este crecimiento apositivo va a hacerse por grupos de diferentes dientes y en una regular y definida secuencia.

Grupo I.- Prenatal, los dientes fundamentales inician la aposición de la matriz desde el incisivo central hasta el segundo molar (entre cuatro a seis semanas en útero).

Grupo II.- Del nacimiento a los tres meses, en éste grupo hacen aposición el primer molar permanente y los dientes anteriores permanentes excepto los incisivos laterales superiores que comienzan a los 10 meses.

Grupo III.- Hacen su aposición entre el año y medio y los tres años de edad los premolares tanto superiores como inferiores y los segundos molares permanentes.

Grupo IV.- Hacen su aposición entre los siete y diez años los terceros molares tanto en superiores como en inferiores.

Estas cinco etapas comprenden el crecimiento del germen dentario y después se procede a la calcificación, una vez que la matriz orgánica tanto del esmalte como de la dentina han sido depositados estarán listos a ser calcificados.

CALCIFICACION.- Es el endurecimiento de la matriz por la precipitación de sales de calcio tanto en el esmalte co-

mo en la dentina.

Todas las enfermedades de tipo eruptivo producen alteraciones en la calcificación y traen como consecuencia hipoplasias o hipocalcificaciones del esmalte.

Una vez que las piezas dentarias han terminado la calcificación de la corona y empiezan la calcificación de la raíz estarán listas a hacer erupción entendiéndose por erupción, la migración que empieza a efectuarse dentro de los maxilares con el objeto de iniciar la salida a la cavidad oral.

ERUPCION.- Es la migración de la pieza dental hacia la cavidad oral.

La erupción tiene tres fases que son:

- 1.- Pre-eruptiva.
- 2.- Prefuncional.
- 3.- Fase funcional.

Durante estas fases el diente se va moviendo hacia -- oclusal y con movimientos de rotación.

1.- Fase Pre-eruptiva.- Es aquella en que las piezas dentarias efectúan movimientos hacia oclusal y bucal para irse acomodando conforme van creciendo.

2.- Fase Prefuncional.- Es cuando las piezas dentales están listas para hacer erupción (calcificación total de la

corona), comienza la formación de la raíz, del diente sigue haciendo movimientos para erupcionar dentro de la cavidad oral.

3.- Fase Funcional.- Esta se logra hasta que las piezas alcanzan el plano de oclusión y en este momento es cuando se inicia la presente fase.

ABRACION.- Es la disminución del tejido del esmalte debido principalmente a maloclusiones.

#### PERIODO DE LA DENTADURA TEMPORAL.-

Comprende desde que erupciona el primer diente hasta los 6 años de edad.

La erupción de los dientes temporales queda completada hacia los 20 ó 22 meses de edad, tenemos entonces, a los dos años de vida, un niño con todas las piezas dentarias temporales en la arcada.

La secuencia de la erupción empezaría:

- A los 6 meses: El niño presenta incisivos centrales inferiores.
- A los 7 meses: Incisivos laterales inferiores.
- A los 7 1/2 meses: Se agregan los incisivos centrales superiores.
- A los 8 meses: Incisivos laterales superiores.

Se podría decir que de los 7 a los 10

meses encontramos incisivos centrales superiores y laterales superiores e inferiores.

- A los 12 meses: Se agregan los primeros molares inferiores.
- A los 14 meses: Se agregan los primeros molares superiores.
- A los 16 meses: Se agregan los caninos inferiores.
- A los 18 meses: Se agregan los caninos superiores.
- A los 20 meses: Se agregan los segundos molares superiores.
- A los 24 meses: Se completa la erupción temporal con los segundos molares superiores.

Generalmente las piezas inferiores erupcionan antes que su correspondiente superior.

#### PERIODO DE LA DENTADURA MIXTA.-

Comprende desde la erupción del primer molar permanente llamado: "Molar de los seis años", hasta los doce años.

- A los 6 años: El niño además de sus piezas temporales presenta el primer molar definitivo, en el cual su calcificación empieza al nacer y terminar a los diez años de edad.
- A los 7 años: Se produce la caída de los incisivos



centrales inferiores y superiores, -  
reemplazándose por los definitivos; -  
la calcificación empieza a los tres -  
meses del nacimiento y termina a los -  
9 años de edad.

- A los 8 años: Se sustituyen los incisivos laterales tanto superiores como inferiores su -  
calcificación se inicia a los 4 meses  
después del nacimiento y termina a -  
los 10 años de edad.

Entre los 9 y 11 años: Los molares temporales son reem-  
plazados por los premolares per-  
manentes; su calcificación co-  
mienza a los dos años y termina  
entre los doce y catorce años.

Entre los 11 y 13 años: Los caninos temporales cambia-  
dos a su vez por los caninos -  
permanentes; su calcificación -  
principia a los cinco meses -  
después del nacimiento y fina-  
liza a los catorce años de - -  
edad.

- A los 12 años: Erupciona el segundo molar permanen-  
te; su calcificación comienza entre -  
los dos y tres años de vida y conclu-

ye entre los catorce y diez y seis -  
años de edad.

#### PERIODO DE LA DENTADURA PERMANENTE.-

Se cuenta a partir de los doce años en adelante. Los -  
dientes permanentes quedan sometidos a influencias de todo -  
tipo, tales como: Trauma, Caries, Desgaste, Atrofia que per -  
judican de manera considerable la estructura dental.

La época de aparición de las piezas dentales en la ca -  
vidad oral no es tan importante a menos que se desvíe del -  
promedio normal de la erupción. Sin embargo, el orden en -  
que se efectúa la erupción sí lo es, porque ayuda a determi -  
nar la posición de los dientes en el arco.

En algunas ocasiones se observan dientes supernumera--  
rios en la dentición fundamental, sobre todo en la región -  
de los incisivos laterales superiores.

Es raro que las piezas fundamentales estén ausentes -  
congenitamente. En ésta dentición hay menos anomalías numé -  
ricas que en la dentición permanente.

#### IMPORTANCIA DEL MOLAR DE LOS 6 AÑOS.-

A través del tiempo se ha comprobado que muchos tras--  
tornos se pueden atribuir de modo directo a la falta del -  
oportuno cuidado de los primeros molares permanentes. Esta -

pieza hace erupción en la cavidad oral aproximadamente a la edad de seis años por detrás de los segundos molares primarios o temporales.

En la mayoría de los niños el primer molar permanente es la primera pieza de la segunda dentición que hace erupción. Los arcos primitivos deben tener antes de su erupción un plano terminal recto o todavía mejor, un escalón mesial el cual puede ser resultado del crecimiento hacia adelante por parte del maxilar inferior, que se efectúa por desgaste oclusional. Es importante que los primeros molares permanentes inferiores hagan erupción antes que los superiores, porque de esta manera ejercen una fuerza mesial potente que en algunas ocasiones movilizan al segundo molar primario inferior de uno a dos milímetros produciendo un escalón, de no ser así se obtiene una relación vértice a vértice de las cúspides de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, la cual es normal en la dentición mixta, posteriormente se mesializa ligeramente al efectuarse la erupción del segundo molar permanente, dando por resultado un principio de oclusión favorable. Por lo cual el primer molar permanente está considerado en Ortodoncia como "la clave de la articulación", ya que mantiene la relación entre los maxilares cuando existe dentición mixta.

## CARACTERISTICAS GENERALES DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

Es el único diente permanente que se desarrolla directamente de la lámina dental.

Es el único diente permanente cuya corona está perfectamente calcificada en la época en que el niño está utilizando sus propios recursos para la nutrición.

Cuando los dientes primarios van cayendo los primeros molares permanentes mantienen la relación de posición entre los maxilares.

Durante este período es cuando se agrava la maloclusión, si los primeros molares permanentes no sostienen entre sí estas debidas relaciones.

Erupción de los terceros molares o "muelas de juicio", su calcificación se presupone empieza, a los trece años -- (tomando en cuenta las variables que se pudieran suscitar) -- y erupciona entre los diez y veintiocho años; o sencillamente no se produce su erupción, por la ausencia del germen.

Con todas las reservas que hay que tener con respecto a esta pieza, la observación radiográfica de su evolución -- puede servir de ayuda en este período para la determinación de delitos en menores de diez y ocho años y mayores de doce años de edad.

Vida Adulta. -- Aquí ya no es utilizable la cronología --

de la evolución dentaria que hemos analizado, pero se toman en cuenta otros factores.

C A P I T U L O   V I I . -

PRINCIPALES MATERIALES USADOS EN ODONTOPEDIATRIA

## PRINCIPALES MATERIALES USADOS EN PAIDODONCIA.-

AMALGAMA.- Es uno de los materiales más usados en la Odontología Infantil moderna.

A la amalgama de plata se le han atribuido muchos fracasos, pero se ha demostrado que si no se tiene éxito en la obturación es por la manipulación defectuosa o una contaminación de la amalgama.

Cabe pensar también en que la aleación no sea correcta o por que el operador no termine adecuadamente una cavidad que va a recibir amalgama.

Las amalgamas se clasifican en:

- a) Binaria.
- b) Terciaria.
- c) Cuaternaria.
- d) Quinaria.

La binaria más utilizada es la amalgama de cobre, la cuál fué diseñada para modelos de laboratorio y para obtener dientes temporales, pero en la Odontología Infantil tiene poco uso igual que en el laboratorio, esto se debe a la gran concentración que presenta esta aleación; en caso de usarla se debe calentar para que pase al estado plástico y al llegar a la temperatura ambiente endurece.

La amalgama que más se usa es la cuaternaria que no contiene zinc.

La amalgama quinaría sí contiene zinc.

La fórmula actual de la aleación para una amalgama quinaría es la siguiente:

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

En la actualidad existe en el mercado aleación que no contiene zinc y preferentemente deberá usarse en Odontología ya que elimina el peligro de expansión durante la manipulación.

En las amalgamas al principio ocurre una pequeña contracción, lo realmente importante es que esa expansión natural no siga y para ello deberá evitarse la contaminación de la amalgama por la humedad.

La expansión tardía se realiza una semana después y es debida a la contaminación.

El flujo o escurrimiento es la propiedad que tienen algunos cuerpos de cambiar de forma o acortarse mediante una carga constante e intermitente.

La amalgama no presenta ningún escurrimiento debido a



que es un material cristalino, permitiendonos un máximo de escurrimiento del 4%.

Su resistencia a la compresión es de más de 45,000 libras sobre pulgada cuadrada a las 24 horas. Es muy importante saber la resistencia a la compresión para ver si la amalgama resiste la masticación.

La proporción de mercurio-aleación que deberá usarse será diferente si lo hacemos en el mortero o en un buen amalgamador; en el primero serán cinco partes de aleación por ocho partes de mercurio y después con un pedazo de hule se amasará la amalgama, exprimir después con un pedazo de tela el mercurio sobrante quedando así una proporción de cinco a cinco. En el amalgamador se usará la medida de Eames que recomienda se usen cinco partes de aleación y cinco partes de mercurio.

La condensación de la amalgama deberá de hacerse en una cavidad terminada y seca. Es necesario aislar la cavidad ya sea con dique de hule o con rollos de algodón.

El empacado de la amalgama se hace en varias etapas y utilizando un instrumento adecuado; se pondrá una capa y se condensa en la cavidad quitando la parte superior en la cual se encuentra el exceso de mercurio, así sucesivamente hasta terminar de condensar en toda la cavidad y dejar ésta obturada, para luego poder darle detalles anatómicos para eliminar más mercurio y así el producto final será más re--

sistente.

Ya en el mercado existe el empacador automático, que es muy útil.

Las amalgamas deben pulirse para impedir corrosión, formación y fijación de placa bacteriana en la superficie de la amalgama. Se pule después de 24 horas de condensada y así quitarle las irregularidades con bruñidores estriados luego con copas de hule sin abrasivo y cepillo con una substancia abrasiva y finalmente con óxido de estaño.

En las caras proximales se pueden pulir con tiras o discos de papel.

CORONAS DE ACERO-CROMO.- Las coronas de acero-cromo nos ofrecen varias ventajas para conservar las piezas primarias con caries proximal extensa; con lo que obtendremos coronas durables, económicas y funcionales.

Para tener una corona bien adaptada en la zona gingival que mantendrá la altura oclusal y los puntos de contacto y que además aportará la presión de la oclusión sin desgaste deberá seguirse una técnica operatoria cuidadosa.

Se prepara la pieza desgastando sus caras labial, lingual y caras proximales con una fresa en forma de flama; dejando una terminación gingival en forma de filo de cuchillo. Si en las caras proximales las piezas se encuentran en inti

ma relación o contacto, el desgaste se hará expensas de la pieza obturada. Luego con una piedra montada en forma de rueda de coche se desgasta la cara oclusal siguiendo la anatomía de la pieza. Se deberá quitar toda convexidad para que no exista retención. Las piezas muy destruidas se re- construyen con fosfato de zinc.

Para adaptar la corona se seguirá la técnica que des- cribimos a continuación:

- 1.- Primero se toma la medida mesio-distal del diente en milímetros y se elige una corona que ya viene prefabricada y que corresponde a esa abertura.
- 2.- Se recorta la corona de manera que se adapte justo debajo del borde libre de la encía.
- 3.- Para darle forma a la corona se usará un alicate número 114 de Rocky Mountin, se estira alrededor de oclusal contra el pulgar y el índice.
- 4.- Después se prosigue con el contorneado gingival con una alicate del número 112 de Rocky Mountin, para que se adapte bien alrededor del diente y debajo del borde libre de la encía.
- 5.- Se alisa y contornea el cuerpo de la corona.
- 6.- Se hace un pequeño agujero con fresa de bola en la parte lingual de la corona que nos ayuda a quitarla más tarde y así evitamos lastimar la encía, tam- bién nos servirá para la salida del exceso de ce--

mento cuando se coloca la corona en su lugar.

### INCRUSTACIONES EN PIEZAS PRIMARIAS.-

Las incrustaciones de metal en las piezas primarias se consideran eficaces y prácticas, a la vez que económicas fá-  
ciles de hacer y llevan menor tiempo al dentista.

El tiempo para la preparación de una cavidad para una-  
incrustación no debe ser mayor que para la de una amalgama.

Existe un tiempo adicional para tomar impresiones y ce-  
mentar y éste no debe ser mayor que el requerido para la -  
preparación de matriz, condensación, tallado y pulido de la  
amalgama.

### CEMENTOS.-

Los cementos dentales son muy utilizados en Odontolo-  
gía por su relativa resistencia aplicandose en zonas denta-  
rias que no estén sometidas a grandes tensiones.

Es lamentable que no forma una verdadera unión con el\_  
esmalte y la dentina, pues son solubles y se desintegran -  
poco a poco; motivo por el cual no se les considera como ob-  
turación permanente sin embargo los cementos tienen sus ven-  
tajas que justifican el uso en un 40% a 60% en las restaura-  
ciones.

Pudiéndoseles emplear en una multitud de casos como -  
son:

- a) Como aislante térmico por debajo de las obturaciones metálicas.
- b) Para obturación temporal.
- c) Para fijar restauraciones.
- d) Como protector pulpar.

#### CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC.-

En la actualidad se ha limitado la acción de este cemento, pues se ha comprobado que por medio del ácido ortofósforico que contiene provoca problemas pulpares así pues, se utiliza en bases permanentes de cavidades profundas a las que con anterioridad se les haya puesto una base de óxido de zinc; en las pulpotomías se coloca sobre el óxido de zinc y eugenol o sobre pasta momificante, también se emplea para cementar coronas, incrustaciones y bandas.

Estos cementos de fosfato de zinc están contruidos de un polvo y un líquido. El polvo contiene óxido de zinc y un agente modificador que es el óxido de magnesio y el líquido está compuesto de fosfato de aluminio de ácido fosfórico y en algunos casos de fosfato de zinc.

#### CEMENTOS DE OXIDO DE ZINC Y EUGENOL.-

Estos cementos se presentan en forma de polvo y líquido

do, se hace una mezcla de éstos materiales para obtener la consistencia deseada.

Se le considera ideal para obturaciones temporales en piezas primarias ya que el eugenol tiene acción paliativa sobre la pulpa. Los estudios con indicadores reactivos para medir la adaptación de algunos materiales a la estructura dentaria, ha demostrado, que éstos dos elementos (zinc y eugenol) son excelentes desde el punto de vista de la disminución de la filtración, pues no permite el paso de organismos que puedan producir procesos pulpares patológicos cuando la pulpa está irritada.

Es frecuente utilizar el cemento de zinc y eugenol para cementar puentes fijos. Se usa como una medida preventiva para dar tiempo a los dientes y la pulpa para recuperarse y logren defenderse.

Cuando ya se ha logrado esto, se cementa definitivamente con fosfato de zinc.

El cemento de óxido de zinc y eugenol también se ha usado como aislante del choque térmico debajo de las obturaciones. Su PH en el momento de ser llevado a la cavidad es de 7-8 y el eugenol tiene propiedades antisépticas.

La composición química de estos cementos es:

POLVO.- óxido de zinc, resina hidrogenada y acetato de zinc.

LIQUIDO.- Eugenol y aceite de oliva.

HIDROXIDO DE CALCIO.-

El hidróxido de calcio se utiliza para cubrir la pulpa cuando inevitablemente se le expone durante una intervención dental o bien como protector pulpar en cavidades profundas pues tiende a acelerar la formación de la dentina secundaria.

El hidróxido de calcio se utiliza en suspensión acuosa, haciéndolo fluir por las paredes de la cavidad. El espesor de la capa debe ser de dos milímetros por lo menos; por sí sola, ésta substancia no adquiere suficiente dureza o resistencia, por lo tanto es conveniente cubrirla con cemento de óxido de zinc y eugenol o fosfato de zinc.

La composición de los productos es variable, algunos de ellos son meras suspensiones de hidróxido de calcio en agua destilada, otro de los productos conocidos contiene 6% de hidróxido de calcio y 6% de óxido de zinc suspendido en una solución de material resinoso en cloroformo.

Otra de las soluciones es la de metil-celulosa, que constituye un solvente para algunos de ellos; otras de las presentaciones es la de pasta que contiene suero humano, cloruro de calcio y bicarbonato de sodio.

### BARNIZ PARA CAVIDADES.-

La utilización de barnices en cavidades como complemento de otros materiales de obturación se les recomienda por varias razones.

Al pintar la cavidad con barniz, queda adherida una película que tiene por objeto sellar los túbulos dentinarios e impedir la entrada de elementos extraños a través de la obturación o el material del cemento.

### CEMENTO DE SILICATO.-

Estos se usan principalmente para restaurar las estructuras dentarias que se eliminaron durante el tratamiento de caries en dientes anteriores.

El silicato se presenta en forma de polvo y líquido, éste último contiene ácido fosfórico. Al fraguar ésta mezcla resulta una masa que posee cierta dureza, siendo además translúcido, que asemeja la porcelana dental aunque no se puede clasificar como tal.

Este tipo de cemento se suministra en una amplia gama de matices, que permite imitar el color de los dientes naturales.

Desgraciadamente ésta restauración después de algunos meses pierde su color desintegrandose gradualmente por los fluidos bucales motivo por lo que se les considera un mate-



rial permanente.

Su vida útil se ha estimado en 4 años, algunas de éstas restauraciones han durado hasta 25 años, mientras que otras sólo 6 meses.

En piezas fundamentales, por su anatomía interna, el uso de éste material se encuentra sumamente limitado ya que su retención y resistencia están dados en gran parte por su profundidad.

## C A P I T U L O   V I I I . -

## E N D O D O N C I A

### ENDODONCIA.-

La endodoncia es la ciencia y el arte que se ocupa del estado normal, profiláxis de la terapia del endodonto o con ducto dentario y sus relaciones con éste.

Hay varios métodos diferentes de tratamientos pulpar - para el caso de exposición pulpar vital en el diente primario.

Estos métodos son:

- 1.- Protección Pulpar.
- 2.- Pulpotomía Vital.
- 3.- Pulpotomía No Vital o Necropulpotomía.

La pulpectomía no está indicada en piezas primarias de bido a la irregularidad de sus conductos y la marcada curva tura de sus raíces haciendo que fracase el tratamiento.

- 1.- Protección Pulpar.- La protección pulpar tiene su función primaria en la conservación de la vitali-- dad del diente afectado con la formación de denti-- na secundaria en el sitio del recubrimiento pulpar.

Existen dos clases de protección pulpar:

- a) Directa.
- b) Indirecta.

- a) Protección Pulpar Directa.- Se llama protección pulpar directa, cuando el apósito de hidróxido de calcio se coloca directamente sobre la herida pulpar.

Indicaciones:

- 1.- Exposición mecánica leve sin contaminaciones.
- 2.- Exposición por caries en ausencia de infección.

Contraindicaciones:

- 1.- Infección o Necrosis.
- 2.- Exposiciones múltiples.
- 3.- Contaminación.

Técnicas para la protección Pulpar Directa.-

- A) Anestesia.
- B) Colocación del dique de hule.
- C) Control de la hemorragia por medios de torundas de algodón estéril.
- D) Aplicación de una mezcla cremosa de hidróxido de calcio.
- E) Colocación de óxido de zinc y eugenol.
- F) Colocación de cemento de oxifosfato, librando zona de oclusión.
- G) Control Radiográfico.

- b) Protección Pulpar Indirecta.- Cuando se coloca el hidróxido de calcio en una cavidad profunda, pero -

sin que haya franca comunicación pulpar.

### Técnicas para la Protección Pulpar Indirecta.-

- 1.- Remoción de tejido carioso superficial.
- 2.- Colocación de hidróxido de calcio.
- 3.- Colocación de óxido de zinc y eugenol hasta ángulo cabo superficial.

Se recomienda un período de tres a cuatro semanas para permitir que se forme una capa de dentina secundaria y luego la dentina cariada pueda ser removida sin daño para la pulpa.

- 2.- Pulpotomía Vital.- La pulpotomía vital es una intervención quirúrgica que comprende la amputación de la pulpa cameral viva.

### Indicaciones:

- 1.- Cuando se presente una hiperemia.
- 2.- Contaminación de la porción coronaria.
- 3.- Pulpar sanas por necesidad protésica.

### Contraindicaciones:

- 1.- Pulpa Necrótica.
- 2.- Reacción apical.
- 3.- Imposibilidad anestésica.
- 4.- Cuando hay evidencia de reabsorción radicular interna.

### Técnica en la Pulpotomía Vital.-

- 1.- Anestesia.
  - 2.- Colocación del dique de hule.
  - 3.- Limpieza de la zona que se trata.
  - 4.- Remoción del tejido carioso.
  - 5.- Localización de los cuernos pulpaes.
  - 6.- Unión de los puntos localizados de cada cuerno pulpar.
  - 7.- Remoción del techo pulpar.
  - 8.- Amputación de la pulpa coronaria con una cucharilla - - bien afilada.
  - 9.- Control de la hemorragia con adrenalina a una solución\_\_ de 1:1000.
  - 10.- Recubrimiento de los filetes con hidróxido de calcio.
  - 11.- Capa de cemento de óxido de zinc y eugenol, de una - - - consistencia blanda o cremosa, con el objeto de que no\_\_ haga presión sobre la pulpa.
  - 12.- Capa de cemento de fosfato de zinc, reconstruyendo con\_\_ él las superficies del diente.
  - 13.- Se mantiene la pieza en observación y si no se presen-- tan datos anormales clínica y radiográficamente, se obturará definitivamente.
- 3.- Pulpotomía No Vital o Necropulpotomía.- Es la amputa- - ción de la pulpa cameral previamente desvitalizada.

### Indicaciones:

- 1.- Dientes posteriores.
- 2.- En dientes primarios cuyos conductos tan curvos harían\_ imposible su tratamiento.
- 3.- En casos con imposibilidad de anestesia.

### Contraindicaciones:

- 1.- En dientes anteriores, porque puede alterar su color.
- 2.- Pacientes no cooperadores. Aquellos que pueden no acudir al consultorio al sentir la primera molestia perirradicular o no presentarse a la cita fijada para quitar el desvitalizador.
- 3.- En piezas dentarias que no brinden la seguridad de cerrar herméticamente el desvitalizador.
- 4.- En dientes jóvenes que no han terminado su calcificación apical.

El desvitalizador más usado es el trióxido de arsénico. En los niños se utiliza mucho el paraformaldehído.

### Técnica de la Necropulpotomía.-

#### A) Primera Sesión:

- 1.- Preparación de la pieza removiendo tejido carioso.

- 2.- Se busca la comunicación pulpar, que es el punto preferente de aplicación del desvitalizador, con el objeto de que actúe más rápidamente y con mayor seguridad; o cerca de ella si se usa el arsénico.
- 3.- Se cubre herméticamente el desvitalizador con una capa de óxido de zinc y eugenol.
- 4.- Se completa la obturación con cemento de oxifosfato.
- 5.- Se cita al paciente de 24 a 48 horas si se utiliza el arsénico y de dos semanas, si se emplea el paraformaldehído, diciéndole que si siente alguna molestia lo comunique de inmediato para la pronta remoción del apósito; advirtiéndole los inconvenientes si no cumple las instrucciones.

B) Segunda Sesión:

- 1.- Se examina la mucosa y la pieza dentaria con percusión.
- 2.- Se aísla con dique de hule.
- 3.- Se desinfecta el campo.
- 4.- Con fresas esteriles se quita la obturación.
- 5.- Remoción del techo pulpar.
- 6.- Con cucharillas afiladas y estériles se extrae la pulpa cameral necrosada.



- 7.- Se deposita en la entrada de cada filete radicular la pasta momificante (trio de gysi).
- 8.- Se cubre con cemento de fosfato de zinc dejando una base.
- 9.- Obturación permanente.
- 10.- Control radiográfico.

C A P I T U L O    I X . -

FRACTURAS DE LOS DIENTES ANTERIORES

## FRACTURAS DE LOS DIENTES ANTERIORES.-

Las fracturas de los dientes anteriores son causadas - por golpes accidentales.

Los incisivos centrales y laterales superiores son los dientes que se fracturan con mayor frecuencia por ser los - más prominentes y más anteriores recibiendo la mayoría de - los golpes directos.

El canino es raro que esté implicado por ser más fuer- te y estar un poco oculto por el labio.

Los molares y premolares están más protegidos que los \_ dientes anteriores, pero en ocasiones un golpe serio fractu\_ ra una pieza posterior.

Cuando un paciente llega al consultorio con un diente \_ fracturado el examen debe llenar un mínimo de cuatro requi- sitos que son:

- a) Debe obtenerse la historia del accidente.
- b) Determinar la movilidad del diente afectado.
- c) Control de la vitalidad.
- d) Un examen radiográfico.

Las fracturas dependiendo del trazo de fractura pueden ser:

- 1.- Simples. (con un solo trazo)

2.- Compuestas. (con dos trazos).

3.- Conminutas. (con más de dos trazos).

Fracturas Coronarias.- Las fracturas coronarias pueden ser del tercio cervical, tercio medio y tercio incisal.

Dependiendo del tejido que abarquen se clasifican en:

Clase I Fracturas que comprenden esmalte.

Clase II Fractura en esmalte y gran parte de la denti  
na sin llegar a la pulpa.

Clase III Fracturas coronarias estensa que comprende -  
esmalte, dentina e incluye pulpa.

FRACTURAS CLASE I.- Este tipo de fractura en que el --  
diente está firme y vital sin complicaciones radiculares,-  
en la mayoría de los casos no se trata por no estar compre  
nida la pulpa, solo se eliminarán los bordes filosos de la la  
porción coronaria con una piedra o disco de papel de lija -  
y se protege con un barníz.

FRACTURAS CLASE II.- Aquí se trata de proteger la pul-  
pa contra la irritación química, térmica y mecánica y así -  
reemplazar el tejido dentario perdido.

Los materiales nuevos permiten un reemplazo inmediato  
estético y conveniente para el tejido, además se protege la  
pulpa. Este doble objeto se logra con el uso de hidróxido  
de calcio, óxido de zinc, fosfato de zinc y resinas auto-po

limerizables, que pueden ser coronas completas de este material.

-Se aísla el diente lesionado con dique de hule o con rollos de algodón.

-Se limpian los detritus con peróxido de hidrógeno o cualquier otra substancia no irritable.

-Después se regulariza el trazo de fractura.

-Se seca y sobre la dentina se pone una capa de hidróxido de calcio, óxido de zinc-eugenol y otra capa de fosfato de zinc.

Para mantener estos protectores en su lugar mientras la pulpa sede, se usa una corona temporal durable.

Las propiedades de las resinas autopolimerizables son:

- Su resistencia.
- Su facilidad de manejo.
- Su variedad de colores motivo por el cual son ideales para la fabricación de coronas.
- Se adapta una corona de celuloide sobre el diente dañado.
- Se contornea para que quede debajo del borde libre de la encía y solo en determinadas ocasiones hay que separar las superficies proximales con un disco fino.

...

La oclusión debe controlarse con la corona en posición para arreglarse un espacio satisfactorio cuando los dientes ocluyen en relación céntrica, Dentro de la corona de celuloide se introduce una mezcla de las resinas autopolimerizables del tono elegido hasta llenarla.

Luego se lleva al diente fracturado para alcanzar la posición pre-establecida.

Debe eliminarse el exceso de resina, pasando un explorador afilado alrededor de la corona. También se hace a dicha corona una perforación por la parte lingual para que por ahí salga el excedente del material de obturación.

FRACTURAS CLASE II.- Los dientes fracturados en clase II, pueden restaurarse con acrílico.

- Se prepara el diente cortando bordes proximales quitando retenciones.

- Se toma impresión con anillo de cobre y modelina o silicón y se fabrica una corona de acrílico.

Este es un método estético, funcional y más durable -- que las coronas con resinas autopolimerizables.

Ultimamente se ha estado usando las coronas prefabricadas de acero inoxidable; vienen en diferentes tamaños.

Se cementan en la pieza fracturada previa aplicación -

de hidróxido de calcio y base.

Se hace un agujero a nivel del cingulo con dos fines;

- Dejar una vía de escape al cemento.
- Para hacer pruebas de vitalidad.

FRACTURAS CLASE III.- El objeto de tratar éstas fracturas es el de promover la cicatrización de la pulpa, estimular el crecimiento de dentina secundaria, proteger los tejidos lastimados de más irritación y brindar una restauración durable del tejido perdido.

Probablemente la mayoría de las exposiciones traumáticas y accidentales están contaminadas se prefiere la pulpotomía más que la protección pulpar.

Para ello se siguen los lineamientos descritos anteriormente cuando hablamos de pulpotomía, reemplazando los tejidos perdidos de la misma manera que en la Fractura Clase II. Dando preferencia a la corona de acero-cromo con frente estético, hasta que el niño tenga edad suficiente y se le pueda hacer una preparación para corona combinada.

#### FRACTURAS RADICULARES.-

Las fracturas radiculares en complicación con la corona no son frecuentes en los niños cuyos dientes aún no han terminado de desarrollarse completamente.

...

Estos problemas aumentan en los adolescentes que practican deportes rudos.

Estas fracturas se clasifican en tres grupos:

- 1.- Tercio Cervical.
- 2.- Tercio Medio.
- 3.- Tercio Apical.

Si la fractura se efectúa en el tercio apical o medio de la raíz, sin haberse movido la pieza de su lugar y la línea de la fractura no está en contacto con la saliva o zona de infección el pronóstico es favorable.

Si la fractura es en el tercio cervical de la raíz generalmente se tiene que hacer la extracción de la pieza.

Cuando la fractura se produce en el tercio medio o apical de la raíz, el único tratamiento posible será la ferulización del diente.

Se le aplicará una banda, así como al diente vecino de cada lado y se les ligará.

Otro procedimiento es la contrucción de una férula -- completa de acrílico para la arcada que impida por completo todo movimiento.

Se deja en esa posición de seis a ocho semanas.



C A P I T U L O X,-

MEDIDAS PREVENTIVAS

### MEDIDAS PREVENTIVAS.-

Prevención en Odontología se llama a los tratamientos o mecanismo empleado, para impedir o interceptar afecciones y estados dentarios generales que tienden a destruir o a hacer menos efectivas las estructuras bucales y su función.

Hasta la actualidad se ha dado mayor interés a las fases curativas y restauradora de la Odontología y se ha olvidado el aspecto de prevención en los problemas dentales como caries, paradontosis y la maloclusión.

Es de vital importancia el desarrollo de la odontología preventiva en bien de la comunidad.

Aunque no hay droga, suero o vacuna específica que inmunice a un individuo contra la caries, paradontosis o maloclusión, hay gran cantidad de medidas preventivas que ayudarán a la reducción de la enfermedad dentaria.

Tales medidas son:

- 1.- Exámenes bucales periódicos.
- 2.- Exámenes radiográficos.
- 3.- Profiláxis Bucal.
- 4.- Fluoración y aplicaciones tópicas de Fluor.
- 5.- Higiene Oral (Técnicas de cepillado).
- 6.- Odontología Profiláctica.

7.- Nutrición.

8.- Mantenedores de Espacio.

Las medidas preventivas están sujetas a un programa -- esencial que comprende:

Examen Bucal.- En la actualidad es imprescindible que el niño comience a visitar a su dentista desde los dos o -- tres años de edad pues aún cuando la mayoría de los niños -- a esa edad, todavía no tienen ningún problema dental, es im-- portante que empiece a relacionarse con el dentista para -- que en el momento que necesite de sus servicios esté habi-- tuado a su presencia.

Esta visita ó examen bucal tiene por objeto revisar si hay caries ó algún padecimiento parodontal.

Se mencionó ya la importancia de la primera visita del niño al consultorio dental.

Examen Radiográfico.- Posterior al examen clínico bucal se deberá tomar series radiográficas a partir de los -- cuatro o cinco años de edad sobre todo el tipo de aleta mor-- dible para descubrir y tratar caries incipientes interpro-- ximales.

Profiláxis Bucal.- Sabido es que los problemas denta-- les son ocasionados en parte por la mala higiene bucal y -- que aún en las personas que practican con normalidad su --

...

aseo bucal diario, es común ver la acumulación de depósitos de tártaro dentario, por lo cual es absolutamente necesario que los niños acudan con el Odontólogo por lo menos dos veces al año a realizarse una Odontoxésis.

Se examinan los dientes y zonas vecinas a la encía con un explorador, en caso de que haya depósitos calcáreos se eliminarán con curetas del tamaño y diseño comunes, a los utilizados para los adultos. Para quitar las pigmentaciones de los dientes, se usa piedra pómez fina.

Si las manchas persisten, una gota de iodo añadida a la piedra pómez, ayuda a su remoción.

Los cepillos pequeños son una gran ayuda en la limpieza de los dientes con surcos profundos, así como en las zonas excesivamente pigmentadas.

También pueden usarse piedras montadas pequeñas y suaves, para eliminar pigmentaciones verdes o negras.

Siempre que se usa una piedra, se continua con una punta de hule con pómez para alizar y pulir la superficie.

Después de la limpieza se aplica una solución reveladora como el mercurio-cromo al 2% para determinar si todas las placas han sido eliminadas.

Fluoración y Aplicación Tópica de Fluor.— Dentro de los métodos preventivos el sistema de Fluoración de las

aguas potables debe ser mencionado ya que es el más efectivo en la actualidad, pues su eficacia en los dientes que -- acaban de hacer erupción esta altamente comprobada, además su fácil aplicación y su costo reducido lo colocan en situación preferente.

La proporción adecuada para la solución de ésta sustancia es la siguiente:

Una parte de fluoruro de sodio por un millón de agua - (1 mg. por litro), pues en mayores concentraciones puede -- ser perjudicial.

Las aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio al 2% reducen la caries hasta un 40%, según datos estadísticos obtenidos después de haberse empleado con numerosos grupos de niños.

Se harán cuatro aplicaciones directas de fluoruro de sodio al 2%, distanciadas entre sí por un lapso de tiempo comprendido entre 2 y 7 días; las mejores épocas para ejecutar estos tratamientos son a los 3, 7, 10 y 13 años de edad, pero se puede aplicar a niños de otras edades a juicio del dentista.

Para la aplicación tópica de fluoruro de estaño al 8%, se tendrá gran cuidado en limpiar y pulir minuciosamente todas las superficies dentales factibles. Inmediatamente después de la profilaxis, los dientes por tratar deben quedar completamente aislados con rollos de algodón y serán seca--

dos minuciosamente con aire.

Se aplica entonces el fluoruro estañoso con un aplicador de algodón y se mantiene húmeda la superficie de los --dientes con la solución de fluoruro durante un período de 4 minutos, lapso en el cual se humedecerán repetidamente los \_dientes con la solución de fluoruro.

Esto significa habitualmente una reaplicación cada 15 \_o 30 segundos según la particular afinidad del esmalte por \_la solución de fluoruro.

Después de haber tratado en forma similar todos los --dientes de una boca, se despide al paciente, con la adver--tencia de que no coma ni beba, por lo menos durante 30 minu\_tos.

Higiene Oral..- Es responsabilidad de los padres ayudar y supervisar a sus hijos en el mantenimiento de un programa adecuado de higiene bucal. El odontólogo tiene la obliga--ción de enseñar al padre y a sus hijos los métodos exáctos \_a emplear en el cuidado de su boca.

El profesional debe tener en el consultorio dental, - una adecuada provisión de cepillos correctamente diseñados \_y de dureza mediana para poder hacer la demostración de la \_

técnica de cepillado.

Se conversará con el padre respecto al tamaño y forma deseados del cepillo y se hará énfasis al hecho de que un cepillo con cerdas gastadas o blandas no tiene valor práctico.

Debe informarse a la madre que es muy práctico y eficaz que cada niño tenga por lo menos, dos cepillos dentales, de manera que las cerdas puedan secarse entre los períodos del cepillado.

La pasta dentífrica es preferible al polvo en los primeros años ya que el niño puede manejarla mejor.

El cepillo es el mecanismo principal, que limpia los dientes y estimula los tejidos gingivales; la pasta o el polvo dentífrico es complemento del cepillado. Esta pasta debe tener un sabor agradable y propiedades detergentes y pulidoras.

Debe enseñarse al niño a enjuagarse la boca antes y después del cepillado. Este enjuague eliminará partículas de alimentos alojados en los espacios interproximales.

El método del cepillado que se le inculque al niño debe de ser sencillo y eficaz y debe llenar ciertos requisitos como:

- a) Eliminar todos los restos alimenticios.

- b) Eliminar acumulaciones de microorganismos y materia alba.
- c) Debe desalojarse los restos y acumulaciones de los espacios interproximales.
- d) Debe proporcionar un masaje suave a los tejidos gingivales con el objeto de activar la circulación y conservar sanas esas entidades.

Odontotomía Profiláctica. - Este término se refiere a la eliminación de un punto o fosa precariado, por medio de una preparación de cavidad clásica y la obturación de ésta para prevenir la iniciación de la caries.

Muchas complicaciones se pueden evitar si se aplica como rutina éste método preventivo en los niños; tales problemas pueden ser por ejemplo: La pérdida prematura de un diente primario o permanente provoca el desajuste de la oclusión, además de provocar problemas parodontales y la necesidad de hacer un tratamiento ortodóntico.

Mantenedores de Espacio. - Son ideales para impedir que el espacio que queda al hacer la extracción prematura de una pieza primaria o cuando la erupción de las piezas permanentes está retardada, ese espacio se cierre y cause problemas de erupción y maloclusión posterior.

Aspectos Preventivos de la Ortodoncia. - El Odontopediatra debe realizar tratamientos preventivos enfocados a la ortodoncia.



El dentista debe vigilar a sus pacientes jóvenes desde los cinco años en adelante, para que el desarrollo de los arcos y la relación entre ambos.

El tamaño, forma y calidad de los arcos y la relación entre ambos y calidad de los dientes deben ser tomados en cuenta, porque el apiñonamiento que involucra un factor genético, tal como los dientes grandes y arcos pequeños, pueden llevar en sí alguna dificultad para resolverlos, puede no ser necesario el uso de aparatos.

Durante los exámenes regulares del niño, debe haber un registro cuidadoso de posibles hábitos perjudiciales tales como:

- a) Chuparse el dedo pulgar.
- b) Empujar la lengua hacia adelante.
- c) Hábito de morderse el labio.
- d) Forma incorrecta de deglutir.
- e) Respiración Bucal.

Muchas deformidades tales como mordida abierta anterior asociada con la succión del pulgar se corregirán sólo con el tiempo, si el niño suspende el hábito y por lo tanto el dentista deberá estar consiente de lo anterior para prevenir.

El Odontopediatra cuidadoso, que ha preparado modelos de estudio de su paciente, pronto se dará cuenta si está

...

tratando con una relación defectuosa de clase II o clase III. Referirá a un Ortodoncista para su prevención y tratamiento. No se debe aventurar a hacer un tratamiento ortodónico sin una consideración muy cuidadosa.

Sin embargo lo siguiente bien se puede considerar dentro de la atención preventiva.

1.- Dientes temporales retenidos, pueden causar mal alineamiento del diente permanente.

2.- Pérdida de contacto debido a caries o contornos inadecuados de obturaciones pueden llevar a la pérdida del espacio y provocar apiñonamiento anterior.

3.- Mordida cruzada en los arcos deciduales, usualmente no requiere de intervención ortodóntica.

4.- Los dientes supernumerarios, que hayan o no brotado pueden causar mal alineamiento.

Nutrición.- Un aspecto muy importante es la prevención es la nutrición. Pues sabido es que los niños bien nutridos son saludables y con bajo índice cariogénico.

Por lo tanto es conveniente mejorar la dieta en niños desnutridos o propensos a caries, mediante la administración de alimentos ricos en Proteínas, Minerales y Vitaminas.

En cuanto a la ingestión de Hidratos de Carbono nunca

debe prohibirsele a los niños, aunque si debe reducirseles.

La nutrición se define como la suma de los procesos relacionados con el crecimiento, mantenimiento y reparación - del cuerpo humano en total o en alguna de sus partes constitituyentes.

La nutrición es más importante durante el período en - que las piezas están experimentando formación de matriz y - calcificación.

Menciono este tema como medida preventiva ya que desa- rrollarlo sería salirme del tema central.

## C O N C L U S I O N E S . -

La Odontopediatria trata generalmente de la prevención. En realidad, no hay ninguna fase importante de este campo - que no sea preventiva en su perspectiva más amplia.

Desde este punto de vista, Odontopediatria es en verdad un servicio de dedicación, puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad.

El dentista que trabaja con niños tiene tres responsabilidades fundamentales:

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

Si no se hace hincapié en la prevención en la asistencia dental de los niños, en el futuro resultará imposible - que la profesión atienda los problemas de la restauración - de la población total. Y sin embargo, en la actualidad la prevención es probablemente la faceta odontológica de que - más se habla y menos se practica.

No debe descuidarse la importancia del diagnóstico en la prevención. Debido a los cambios rápidos en el desarrollo de la oclusión y a los diversos períodos de susceptibilidad a la caries, puede resultar difícil hacer el diagnóstico correcto en un niño.

Como la Odontopediatría es esencialmente la aplicación de la práctica general a los mismos, en el tratamiento del paciente infantil se utilizan todas las facetas de la Odontología. Aunque muchas de las técnicas usadas ahora, no son nuevas, han sido perfeccionadas y mejoradas de manera que puedan aplicarse a los niños con mayor facilidad.

Casi todas las técnicas clínicas descritas están relacionadas con la prevención en una u otra forma.

Se trata la pulpa del diente temporal con el fin de conservar su función en la arcada y evitar los problemas dentales que podrían producirse si se extraía.

Los dientes muy rotos, que con tanta frecuencia se observan en los niños, se restauran con coronas de acero que proporcionan el apoyo necesario para salvar los dientes y para mantener el arco.

Cuando se pierden prematuramente los dientes caducos o los permanentes, se utiliza un mantenedor de espacio durante la dentición temporal y la dentición mixta, o un puente fijo en la dentición permanente, para evitar el desplazamiento de los demás dientes.

Cuando se realiza un tratamiento de urgencia en caso de lesión traumática de los incisivos, el objetivo es prevenir la pérdida de estos dientes mediante el tratamiento precoz adecuado y los cuidados subsiguientes.

...

La finalidad de todas estas operaciones es mantener --  
una dentadura sana y funcional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

- ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - Alvin L. Morris y Harry  
EN LA PRÁCTICA GENERAL. M. Bohannon,  
Editorial Labor, S.A.  
Cuarta Edición.  
México, 1980,
- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO - Ralph E. McDonal,  
Y EL ADOLESCENTE. Editorial Mundi,  
Buenos Aires, Argentina 1971
- ODONTOLOGIA PEDIÁTRICA. - Sidney B. Finn,  
Cuarta Edición.  
Editorial Interamericana  
México, 1976..
- ODONTOLOGIA PREVENTIVA. - John O'forrest,  
Editorial El Manual Moderno  
México, 1979,
- ODONTOLOGIA PREVENTIVA - Simón Katz, James L. McDonal  
EN ACCION. Editorial Médica Panamericana.  
Buenos Aires, Argentina,
- OPERATORIA DENTAL EN - Kennedy,  
PEDIÁTRIA. Editorial Médica Panamericana.  
Buenos Aires, Argentina 1977,