



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

## GENERALIDADES EN ODONTOPEDIATRIA

# T E S I S

Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA  
P r e s e n t a

ROBERTO SANTOS



México, D. F.

1985



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## INDICE .

### Introducción

- 1.- Definición y finalidades de la Odontología Infantil
- 2.- El Parodonto y su Morfología
- 3.- Morfología de la dentición Primaria
- 4.- Cambios gingivales fisiologicos correspondientes a la erupción dentaria
- 5.- Enfermedades de la niñez que afectan el parodonto
- 6.- Hiperplasia fibrosa de la encia
- 7.- La endodoncia en el paciente infantil
- 8.- Tratamientos pulpares
- 9.- Mantenedores de espacio
- 10.- Primer visita del niño al consultorio Dental e indicaciones a los Padres
- 11.- Factores que intervienen en el comportamiento del niño frente al Cirujano Dentista.
- 12.- Comportamiento del niño ante el Odontologo

### Conclusión

### Bibliografía

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

Uno de los principales motivos que me llevo a realizar este trabajo, es que estoy convencido de que él niño para tener un desarrollo general ideal, necesita de cuidados especiales y atenciones que solo puede brindarle sus Padres y especialistas en cada una de las ramas de la Medicina, en este caso de la Odontología.

Por lo tanto puedo decir que es de suma importancia -- tener los conocimientos necesarios para saber como atender a un niño y en especial los pasos a seguir con cada tipo -- de paciente infantil que se nos presente.

Las experiencias adquiridas durante el trayecto de mi carrera me obligan a hacer conciencia de la importancia que tiene la niñez y la forma en que debemos cuidarla.

Espero sea de utilidad a todo Cirujano Dentista que se interese por conocer los aspectos fundamentales de la salud bucodental y el comportamiento del niño en el Consultorio Dental.

## DEFINICION Y FINALIDADES

ODONTOLOGIA INFANTIL.- También conocida o llamada -- como Odontología Pediátrica, Pediatría Dental, Paidodon-- cia, Odontopediatría, etc.

Definición.- Es una rama de la Odontología general - que se encarga del estudio del niño, tanto físico como -- psicológicamente y trata de resolver sus problemas denta-- les y aplicar las medidas preventivas para encaminarlo a -- una buena salud futura.

Las principales finalidades de la Odontología Infan-- til son:

A.-) La Prevención.- Que consiste principalmente en - inculcarle al niño hábitos de limpieza que mantengan su - boca en buenas condiciones de higiene y salud.

( Un 50% del estado higiénico de la boca depende del paciente )

El Cirujano Dentista puede influir en la mente del - niño para el cuidado que debe tener en su boca, poniendo-- le ejemplos caricaturescos que a su vez crean el sentido-- de cooperación y responsabilidad en él.

Es muy importante dar al niño una instrucción adecuada de limpieza de dientes.- En caso de que él niño sea muy pequeño, se le dejara que practique y sera la madre la que realice el cepillado correcto previa instrucción.

Cuando el niño sea mayor se le volvera a dar la tecnica adecuada.

Los metodos o tecnicas de cepillado que se le den al niño debe de ser sencillo y eficaz y debe de llenar ciertos requicitos como:

- a).- Eliminar todos los restos alimenticios, materia Alba y la acumulacion de Micro-Organismos.
- b).- Deben de desalojarce los restos y acumulacion de alimentos de los espacios inter Proximales y a su vez proporcionarce un masaje suave en los tejidos gingivales, con el fin de activar la circulación y conservar sanas estas zonas.

#### **METODO O TECNICA DE LIMPIEZA DE DIENTES EN NIÑOS PEQUEÑOS.**

1).- Cepillarce separadamente los dientes y encias superiores hacia abajo.

Los dientes inferiores y encias hacia arriba.

2).- Aplicarce presion en el cepillo sobre las caras

Oclusales para obtener buenos resultados.

3).- Aplicarse tambien mucha presión al cepillo, de fondo de saco a el borde de los dientes.

4).- Cepillarse el paladar al mismo tiempo que se cepilla la cara palatina de los dientes superiores.

5).- Cepillarse por lo menos 8 ó 10 veces cada area en cada sección.

Para niños mayores y adultos es conveniente la siguiente tecnica.

Se coloca el cepillo en angulo recto con el eje mayor del diente, las puntas de las cerdas en contacto con las superficies dentales. Se presiona suavemente el cepillo entre las superficies dentales.

Guiar no lastimar las encias, evitando que se claven las cerdas en ellas, dar movimientos rotatorios, de manera que los lados de las cerdas se pongan en contacto con el borde de la encia lo que produce un masaje ideal.

Dentro de los Metodos Preventivos Tenemos:

A).- Aplicación tóptica de Fluor de Sodio al 2%.

(Se hacen cuatro aplicaciones directas distanciadas entre si de dos a siete días)

La mejor edad para estas aplicaciones son de los tres, siete, y diez años. Pero puede aplicarse a niños de otras edades esto depende del Juicio del Odontologo.

B).- Aplicación Tópica de Fluoruro de Estaño al 8% en esta tecnica se pondra mucho cuidado de limpiar y pulir minuciosamente todas las superficies dentales factibles.

Los dientes a tratar deben quedar aislados con rollos de algodón y secados minuciosamente con aire.

Se aplica el Fluor Estañoso con un aplicador de algodón, se mantiene humeda la superficie de los dientes en un periodo de 4 minutos, con la solución de Fluor.

Esto significa una reaplicacion cada 20 ó 30 segundos.

Despues de haber tratado en una forma similar todos los dientes, se despide al Paciente con la advertencia que no debe comer, ni beber nada por lo menos durante los 30 minutos siguientes.

En la actualidad existe en el mercado el Fluor estañoso en consistencia de Gel, con diferentes sabores lo que hace más agradable al niño y más facil de aplicar al Cirujano Dentista.



B.-) Otra de las finalidades de la Odontología Infantil es preservar los dientes primarios dada la importancia que tienen para proporcionar una función masticatoria -- adecuada y así dar como resultado una buena degestión -- y asimilación de los alimentos.

Mantener los espacios para los dientes permanentes es muy importante ya que así se logra una articulación dentaria normal u óptima.

Es necesario hacer un estudio de los dientes primarios persistentes ya que si no existe su sucesor se trata de conservar.

C.-) Corregir los hábitos o factores que pueden influir en futuro a una mala oclusión, esto es eliminando mal -- posición dentaria en su inicio y desechando las posibles complicaciones.

D.-) Exámenes bucales periódicos.

Indicar a los padres, la importancia y ventaja que tiene el reconocimiento dental periódico cada 6 meses ya que -- esto evitara tratamiento futuros dolorosos.

## PARODONTO Y MORFOLOGIA DE DIENTES PRIMARIOS

El parodonto está formado por dos partes blandas y dos partes duras ellas son:

ENCIA

LIGAMENTO PARODONTAL

CEMENTO

HUESO ALVEOLAR

Su unidad funcional y estructural da protección y sosten al diente.

**ENCIA.-**

Es la parte de la membrana bucal mucosa que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

Presenta un color rosa palido, y una zona bien definida de encia insertada.

Las papilas interdientarias tienden a ser angostas en sentido mesio distal.

La profundidad del surco gingival es mayor que en la de los adultos, por lo que existe relativamente una mayor retracción gingival.

La encia se divide en :

Encia libre o marginal.- Adherida al diente, de color rosa palido y un poco queratinizada.

Encia Insertada, aspecto de cascara de naranja más -- queratinizada y adherida al hueso.

Encia alveolar, delgada, suave muy movil, sin que --- ratina, y va de la encia insertada al vestibulo.

Una de las zonas más importantes de diferencia en la niñez es la interdientaria, ya que suele haber diastemas y los tejidos interdientarios son comparables, desde el punto de vista estructural y silla de montar. Estas sillas no estan presentes en la zona del molar primario ó del --- primer molar secundario y son reemplazadas por el col ó -- collado. Producido y determinado por los contactos proximales de los dientes posteriores.

Las papilas retrocaninas se componen fundamentalmente de vasos de paredes delgadas y representan una forma de -- desarrollo hematomatoso, en muchos de los casos los vasos son linfaticos.

Es muy común verlos en niños de cuatro años y en adolescentes, y pocas veces en personas de cuarenta años de -- edad, aunque hace pensar que esta estructura clinica involuciona con la edad, y estas papilas se les puede tomar co mo abscesos parodontales.

## LIGAMENTO PARODONTAL.-

Este es un tejido conectivo que mantiene a los dientes al hueso alveolar. Es más ancho que los dientes secundarios y tiene menor cantidad de fibras por unidad de superficie.

Contiene mayor aporte sanguíneo y linfático y mayor hidratación.

Sus principales funciones son cuatro:

1).- Sostener al diente por medio de fibras de la encía libre, que son crestas alveolares, transeptales horizontales, oblicuas, apicales e interradiculares.

2).- Formativa.- Que esta a cargo de células especiales como los cementoblastos, osteoblastos y fibroblastos.

3).- Nutricional.- Que proviene de las arterias alveolares de los vasos apicales y del aporte vascular.

4).- Sensorial.- A cargo de las fibras nerviosas sensitivas que provienen del nervio trigémino.

## CEMENTO:

Tejido conectivo calcificado especializado, de origen mesenquimatoso que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente.

Se caracteriza por ser más delgado y menos denso que

él cemento de los dientes permanentes.

Existen microscópicamente dos tipos de cemento;

1).- **Cemento Acelular:** Sus células no se incluyen -- en la matriz orgánica y se encuentra desde la zona cer-- vical hasta la mitad de la raíz aproximadamente.

2).- **Cemento Celular.** -- Sus células están incluidas -- en la matriz orgánica, de la mitad de raíz hasta el api-- ce siendo más abundante en dicho apice.

Las funciones del cemento son las siguientes:

- a).- Mantener al diente en el alveolo por medio de las -- fibras de Sharpey.
- b).- Proteger a la dentina.
- c).- Mantener la relación del diente y el ligamento paro-- dental.
- d).- Equilibrar el fenómeno de erupción dentaria activa.

#### **HUESO ALVEOLAR.**

Su cortical alveolar es más delgada, tiene menor can-- tidad de trabeculas.

Sus espacios medulares son más amplios.

Presenta menor grado de descalcificación y tiene ma-- yor aporte sanguíneo y linfático.

Sus crestas alveolares son más planas, asociados con

los dientes primarios.

En general es un poco difícil la descripción del --- Parodonto Infantil, ya que en esta etapa se encuentra en constante cambio debido a la exfoliación y erupción de -- los dientes; sin embargo se puede comparar con el parodonto del adulto.

## MORFOLOGIA DE LA DENTICION PRIMARIA

Cuando ya está establecida la cavidad bucal en vida -- intrauterina comienzan a aparecer en la encía agrupaciones de células epiteliales que van cambiando y dando origen -- a los folículos dentarios.

La dentición primaria está compuesta por 20 dientes.

Encontrandonos diez en cada arcada ó sea cinco en ca -- da cuadrante.

Se forma de incisivos centrales, incisivos laterales -- caninos, primeros molares, segundos molares.

La dentición primaria en cuanto a tamaño se refiere -- es más pequeña que la secundaria.

Se utilizan varios sistemas de simbolos para localizar los. Uno de estos es enumerarlos del uno al veinte en números romanos. Empezando por el segundo molar superior derecho y terminando en el segundo molar inferior derecho.

Otro sistema es a base de las letras A. B. C. D. E. Partiendo de la línea media y marcando el cuadrante corres -- pondiente.

EDCBA ABCDE  
EDCBA ABCDE

Otro sistema es a base de números romanos partiendo -  
igual que en el anterior.

V IV III II I I II III IV V  
V IV III II I I II III IV V

### Características de los dientes primarios.

#### Incisivo Central Superior. a a I I

Diametro Mesio-Distal de su corona.- Es mayor a la --  
longitud cervico incisal, su superficie vestibular es li--  
sa, el borde incisal es casi recto, presenta rebordes mar--  
ginales en la cara lingual y un cingulo bien desarrollado--  
su raiz es cónica.

#### Incisivo Lateral Superior. b b II II

Su forma es muy semejante a la del central, pero su -  
corona es más pequeña en todas sus dimensiones, el largo -  
de la corona, del borde incisal es mayor que el ancho me--  
siodistal.

La forma de su raiz es similar a la del central pero--  
más larga en proporción de la corona.

La raiz en central y lateral a nivel apical es de for--  
ma de bayoneta del lado palatino.

#### Canino Superior. c c III III



Su corona es más estrecha, en cervical que la de los -- incisivos. Sus caras mesial y distal son convexas.

Presenta una raíz conica que supera el doble de lar--- go de la corona y suele estar inclinada hacia distal por -- apical del tercio medio.

Presenta el brazo mesial más largo que el distal a di-- ferencia de los caninos permanentes.

#### Primer Molar Superior d d IV IV

La mayor dimensión de la corona esta en mesio distal y- de estas zonas convergen hacia cervical, su cara oclusal --- presenta 4 cúspides, tres vestibulares, y una palatina, esta cara oclusal esta cruzada por un surco profundo, formando -- tres fosetas. ( mesial, central y distal )

La cara vestibular presenta una eminencia que la divide en dos, haciendo que la cúspide media sea la más grande ó la más alta, tiene tres raíces, dos vestibulares y una palatina que es la más larga.

Las raíces son largas, afinadas y en forma de gancho -- para alojar al germén del permanente.

#### Séguno Molar Superior. e e V V

Su cara oclusal es de forma cuadrada, con cuatro cus--- pides dos vestibulares y dos palatinas.

Las dos cúspides vestibulares bien definidas con un sur- co de desarrollo entre ellos, la corona es bastante mayor --

que la del primer molar.

La bifurcación entre las raíces vestibulares esta ---  
proxima a la region cervical.

Presenta tres raíces más largas y gruesas, dos vestibulares y una palatina está la más larga, la cara palatina presenta un surco que viene de la foceta distal y la cuspide --- más alta en este molar es la mesio palatina.

Nos presenta el tuberculo de Carabelli.

La camara pulpar sigue la union amelodentinaria con cuatro cuernos y un accesorio para el tuberculo de Carabelli.

Esta es la excepcion porque a pesar que la cuspide mesio palatina es la más alta el cuerno mesio vestibular va a ser el más alto, presenta tres conductos radicales, uno en cada raíz.

INCISIVO CENTRAL INFERIOR     a a     I I

Es más pequeño que su antagonista, su espesor linguo --- vestibular es menor solo un milimetro, su cara vestibular es lisa, en lingual presenta rebordes marginales y cingulo.

El borde incisal es recto y divide la corona linguo vestibularmente por la mitad.

La raíz tiene más ó menos el doble de largo que la corona.

INCISIVO LATERAL INFERIOR     b b     II II

Su forma es muy similar a la del incisivo central pero es mayor en todas sus dimensiones excepto en vestibulo lingual.

Puede tener una concavidad mayor en la cara lingual, entre los rebordes marginales. El borde incisal se inclina hacia distal.

CANINO INFERIOR  $\overline{c\ c}$   $\overline{III\ III}$

La forma de este diente es muy semejante a la de su antagonista con muy pocas excepciones.

La raiz puede ser dos milímetros mas corta. No es tan ancha en lingu vestibular como su antagonista.

La raiz es conica, recta, delgada y en forma de bayoneta.

PRIMER MOLAR INFERIOR  $\overline{d\ d}$   $\overline{IV\ IV}$

Su forma mesial vista de vestibular, es casi recta desde la zona de contacto hasta cervical.

La zona distal es más corta que la mesial.

Su cara oclusal presenta forma cuadrada con cuatro cuspides, dos vestibulares y dos linguales.

Las cuspides mesiales se juntan más que las distales, las recorre un surco que forma tres fosetas., mesial central y distal, debido a que las cuspides mesiales se juntan for-

mando una cresta de esmalte.

La cara vestibular presenta dos cúspides divididas por un surco que proviene de la fovea central.

La cara lingual también presenta dos cúspides y un surco medio.

Presenta dos raíces, una mesial y una distal, largas -- delgadas y en forma de gancho para alojar el germen del permanente.

La cámara pulpar presenta cuatro cuernos, uno cada cúspide y el más alto es el mesiovestibular, tiene dos conductos radiculares.

#### SEGUNDO MOLAR INFERIOR.

Su cara oclusal presenta cinco cúspides, tres vestibulares y dos linguales y está recorrida por un surco sinuoso y muy profundo, formando tres fosetas : mesial central y distal.

La cara vestibular está dividida en dos surcos.

La cara lingual está dividida por un surco que proviene de la foseta central visto desde oclusal, parece rectangular con una ligera convergencia de la corona hacia distal.

Las raíces son largas y finas con una separación característica mesio distal en los tercios medio y apical, son -- dos una mesial y otra distal.

La cámara pulpar sigue la unión amelo dentinaria con el cuerno mesio vestibular más alto.

Los conductos radiculares son tres, dos en la raíz mesial y uno en la raíz distal.

## CAMBIOS GINGIVALES FISIOLÓGICOS CORRESPONDIENTES A LA ERUPCIÓN DENTARIA.

Durante el periodo de transición del desarrollo de la dentición, en la encía se producen cambios correspondientes a la erupción de los dientes.

Es importante reconocer estos cambios fisiológicos y diferenciarlos de la enfermedad gingival que muchas veces acompaña a la erupción dentaria.

Los cambios fisiológicos de la encía correspondientes a la erupción dentaria son:

### A).- Abultamiento previo a la erupción:

Antes de que la corona aparezca en la cavidad bucal, la encía presenta un abultamiento que es firme, algo palido y se adapta al contorno de la corona subyacente.

### B).- Formación del margen gingival:

El marco gingival y el surco se desarrollan cuando la corona perfora la mucosa bucal.

En el curso de la erupción, el margen gingival es además redondeado y levemente enrojecido.

### C).- Prominencia normal del margen gingival:

Durante el promedio de la dentición mixta, es normal que la encía marginal que rodea los dientes secundarios sea bastante prominente, en particular la región anterior superior.

En este estadio de la erupción dentaria, la encía todavía esta unida a la corona y hace prominencia cuando se su-

perpone al volumen del esmalte subyacente.

## ENFERMEDADES DE LA BOCALIDAD QUE AFECTAN EL PARODONTO

**Sarampión.**- Enfermedad aguda y febril y extremadamente contagiosa.

Su transmisión es por medio de la saliva ya que en ella se transporta el virus.

La manifestación en boca es tres o cuatro días antes de que haga erupción en el resto del cuerpo. A estas manchas se les denomina de Koplik.

Se les encuentra más frecuentemente frente a los primeros molares o en la parte interna de los labios inferiores. Su color es rosa y en el centro un punto blanco azulado.

Está enfermedad da lugar a complicaciones tan importantes que por eso es necesario prevenirla.

**Viruela.**- Enfermedad contagiosa aguda.- Causada por el virus relacionado con el de la vacina.

Su brote de lesiones cutáneas es en una sola sección evolucionando al mismo tiempo en cuatro fases que son:

MACULOSA

PAPULOSA

VESICULOSA

PASTULOSA

Su duración es de cuatro a doce días aproximadamente.

La mucosa de la boca y faringe están totalmente enrojecidas, la lengua presenta una inflamación de bastante grosor por lo que provoca una difícil deglución.



Los labios se presentan muy inflamados. En casos graves se puede observar destrucción gangrenosa de las estructuras -- orales.

**Varicela.**- Altamente transmisible causada por un virus con características semejantes al herpes zoster.

Más común en la niñez y más grave en los adultos.

Se manifiesta con una lesión en forma de macula progresando rápidamente en papula, vesícula y escara. Las vesículas contienen líquido vesicular que es el resultado de la -- lisis reticulante de las células espinosas y en este líquido se encuentra el virus.

Su duración es de 5 a 20 días aproximadamente.

La mucosa de la boca y faringe están totalmente enrojecida, la lengua presenta inflamación de bastante grosor, por lo que hay dificultad para la fonación y la deglución.

Ataca a paladar duro y blando, siendo ocasional el ataque a faringe y tráquea y cuando sucede las vesículas ubicadas en esta zona causan disnea intensa y dolor, puede presentar neumonía por la infección de la laringe.

**Rubeola (Sarampión Alemán)** .- Está enfermedad es moderada, autolimitante y se presenta con fiebre ligera, malestar y engrosamiento de los ganglios linfáticos cervicales occi--

pitales y mastoideos.

Su manifestación en boca se presenta el primer día del exantema con pequeñas maculas planas que pueden ulcerarse estando presentes principalmente en el paladar blando.

En ocasiones se presenta una ligera hemorragia gingival

**Parotiditis Epidémica (Paperas).**- Esta enfermedad puede ser unilateral o bilateral.

Es una enfermedad infecto contagiosa de los niños y jóvenes que se caracteriza por la inflamación de las glándulas salivales, especialmente las parótidas.- En ocasiones las glándulas se presentan dolorosas y duras y los orificios de los conductos presentan inflamación ( Stenon, Parótida, (— Wharton) Submaxilares)

**Herpes simple.**- Infección muy común con tendencia a ser recurrente.

Su agente es un herpes Virus que se haya en las vesículas.

Se presentan vesículas juntas ubicadas en los labios,-- cara y en ocasiones en los ojos y cuando se generaliza puede causar también encefalitis graves y en la boca una gingivo estomatitis aftosa herpética.

Es recomendable el análisis y diagnóstico diferencial.-

ya que el herpes simple puede confundirse con el herpes --  
zoster, aunque este último se presenta con dolores más fuer-  
tes y sus lesiones son mayores.

## HIPERPLASIA FIBROSA DE LA ENCIA

El difenilhidantoinato de sodio (Epamin), es de uso -- difundido para el tratamiento de la epilepsia. Lamentable-- mente, uno de los efectos secundarios de esta droga es la -- tendencia a producir una gran hiperplasia gingival.

En personas propensas a desarrollar esta alteración -- gingival, la aparición se produce entre las dos semanas y -- los tres meses ó posiblemente más.

Es importante la edad que tiene la persona en el momen-- to en que se inicia el tratamiento con este medicamento.

Por lo general los niños y los adolescentes experimentan mayor hiperplasia que los adultos, sin embargo la duración -- del tratamiento como la dosis presentan una importancia dudo-- sa.

No se ha establecido aun el proceso y mecanismo de acci-- ón de esta droga.

La encía con hiperplasia por dilantina sodica es extre-- madamente fibrosa y su aspecto clinico varia, según la edad-- del paciente al iniciar el tratamiento.

El tratamiento que comienza en niños antes de que sus -- piezas dentarias hagan erupción pueden originar el retardo -- de la erupción de estos y la apertura de la oclusion, debi-- do al abultamiento del tejido gingival.

En estos casos los dientes erupcionan normalmente pero -- se tardan más debido a la naturaleza fibrosa del tejido.

Como consecuencia, existe sola exposición parcial de -- las coronas anatómicas de un diente ó más y ellos parecen-- "Chiquitos"

Cuando el tratamiento comienza en la adolescencia las-- lesiones adoptan una forma completamente diferente. A está-- edad las lesiones comienzan en la papila interdientaria y el-- margen gingival libre y su aspecto es granular y lobulado.

En algunos adolescentes las papilas interdientarias se-- agrandan tanto que se encuentran las superficies vestibula-- res de los dientes dando la apariencia de una falaa grieta.

En otros pacientes el agrandamiento de la encia es tal-- que virtualmente oculta los dientes y debido al volúmen y -- la naturaleza fibrosa actua como aparato ortodontico movien-- do los dientes y desplazandolos de su alineación adecuada.

Cuando el control de la placa es malo, se producen al-- teraciones inflamatorias secundarias y él aspecto granular-- y lobulado se pierde.

Las zonas de la boca más frecuentemente afectadas en -- órden de intensidad son las superficies vestibulares ante-- riores superiores, las superficies vestibulares inferiores-- anteriores, las superficies vestibulares superiores poste-- riores y las superficies vestibulares posteriores inferiores

El tratamiento depende del grado de intensidad de la -- hiperplasia.

El control de la placa y la eliminación de los factores irritativos locales es esencial para prevenir ó retardar el nuevo crecimiento del tejido gingival hiperplásico.

#### Fibromatosis Gingival:

La fibromatosis gingival hereditaria ó idiopática es una afección poco conocida y se caracteriza por el agrandamiento de la encía libre ó insertada.

En algunos pacientes la encía se torna tan firme y densa que a la palpación se le percibe como si fuera hueso.

El agrandamiento es indoloro y puede aparecer hasta la unión mucogingival pero no afecta la mucosa bucal.

El color de la encía es normal o ligeramente más pálido que lo normal.

La única queja que presenta el paciente es la deformidad que experimenta.

El agrandamiento fibroso suele ser simétrico, pero puede ser unilateral, generalizado o localizado.

El agrandamiento fibroso suele localizarse afectando las zonas de los molares y tuberosidad del maxilar superior, particularmente en la zona palatina.

Cuando el agrandamiento fibroso se localiza en la zona de molares inferiores, es menor que la de su antagonista y se extiende más hacia lingual que hacia vestibular.

No hay predilección de sexo en la aparición de esta -- enfermedad. En algunas personas el agrandamiento gingival -- fibroso es producido por la erupción de los dientes prima- -- rios, en otros por la dentición anterior de secundarios y en algunos casos por los dientes secundarios posteriores. Esto- se explicaría por que en algunas personas la hiperplasia fibrosa es generalizada mientras que en otros está localiza- da en las zonas molares y tuberosidad.

El agrandamiento fibroso puede llegar a ser tan firme - y resistente que realmente retarda la erupción de los dien- tes hacia la cavidad bucal, aunque la salida del alveolo sea normal.

Se desconocen los factores que impiden que el diente -- atraviere el tejido blando en dirección a la boca. Tampoco - se sabe como el tejido blando que cubre las coronas es capaz de soportar la fuerza de la masticación sin ulcerarse ni ge- nerar dolor.

Con el tiempo las superficies oclusales de los dientes- posteriores quedan invariablemente expuestas como resultado- de la masticación aunque las caras vestibulares, proximales- y linguales siguen cubiertas hasta la superficie oclusal.

La forma hereditaria de la enfermedad es transmitida -- por un gene dominante autosómico con expresión variable y - posiblemente penetración incompleta.

Los factores locales cuando están presentes son factores etiologicos secundarios y no primarios.

En los casos generalizados avanzados en los cuales la erupción activa a través del tejido gingival fibroso engrosado esta retardada, hay que decidir cual es el momento adecuado para operar.

Si la cirugía se pospone demasiado tiempo se corre el riesgo de producir una mordida anterior abierta.



## LA ENDODONCIA EN EL PACIENTE INFANTIL

La endodoncia.- Es la ciencia y el arte que se ocupa--- del estado ideal, profilaxis de la terapia del endodonto y-- sus relaciones son este.

Las causas de las enfermedades pulpares, pueden ser de origen exterior (Exogenas).- o bien provienen de estados o-- disposiciones especiales del organismo (Endogena).

Basandonos en la clasificación anterior podemos resumir en un cuadro lo siguiente:

Mecanicos

Termicas

Electricas

### Causa Exogena:

Quimica: Citocasticas, Cito-toxicas

Biologica: Bacterianas, Micoticas

### Causa Endogena:

Procesos Regresivos

Ideopaticas o Esenciales

Enfermedades Generales

Causa Exogena Fisica.- ( Mecánica).- El trabajo odontológico en lo que se refiere al instrumental utilizado y los cambios-barometricos.

tricos.

(Termicas).- Alimentos que o--  
silan entre los 0 y 55 grados-  
En el trabajo odontologico él-  
producido por instrumentos ro-  
tatorios ó materiales de obtu-  
ración que generan calor.

(Electricas).-Lesión Pulpar:

Causada por 2 obturaciones me-  
talicas ó entre una obturación  
metálica y un puente fijo ó re-  
morable de la misma boca.

Radiaciones: (Necrosis de Odoñ-  
toblastos).- Pacientes sometidos a radioterapia por tumores malignos de la cavidad bucal.

**Causa Exogena Quimica.- Citocasticas (Farmacos).-**

Antisepticos, alcohol, cloro--  
formo, fenol, nitrato de plata.  
etc.

Materiales de obturación.- Re-  
sinas acrilicas autopolimeriza-  
bles, silicatos.

Citotoxicas. (Farmaco) Trioxido  
de arsenico él más citotoxico-

conocido, siendo esta acción -  
 toxica farmacologica la uti---  
 lizada en la desvitalización --  
 pulpar.

**Causa Exogena Biologica.- (Producen Infección Pul-**  
**par)**

**Bacterias.-** Estrptococo alfa --  
 y gama.

**Estafilococo dorado.**

**Se han encontrado hongos de los**  
**generos candida y actinomyces.**

**Causa Endogena.- (Lesión Pulpar).-** La edad senil,--  
 procesos regresivos ó idiopa- -  
 ticos, enfermedades generales -  
 como diabetes ó hipofosfate-- -  
 mia.

## TRATAMIENTOS PULPARES

- (Metodos):
- 1) Recubrimiento Pulpar, directo ó indirecto.
  - 2) Pulpotomia Vital
  - 3) Necropulpotomia
  - 4) Pulpotomia con formocresol
  - 5) Pulpectomia

I).- Su finalidad conserva la vitalidad del diente y estimular la formación de dentina secundaria.

Hay dos formas de recubrimiento pulpar estas son:

Recubrimiento Directo y Recubrimiento Indirecto, éi --- primero se le llama así por que el aposito de hidroxido de calcio se coloca directamente en la herida pulpar.

Indicaciones: Exposiciones mecanicas leve sin contaminaciones.

Exposiciones por caries en ausencia de infecciones.

Contraindicaciones.- Infecciones ó necrosis.

Exposiciones multiples

Contaminación

Tecnica.- Remoción de tejido carioso superficial

Colocación de Hidroxido de Calcio

Colocación de Oxido de Zinc y Eugenol hasta éi angulo cavo superficial.

( Se recomienda que pase a tres ó cuatro

semanas para que se forme una capa de -----  
 dentina secundaria y se puede remover -----  
 la dentina cariada sin daño para la -----  
 pulpa.

2).- Pulpotomia Vital.- Es la extirpación completa de -----  
 los tejidos pulpaes coronales, conservando intactos los ---  
 tejidos pulpaes radiculares.

Indicada: Cuando hay hiperemia  
 Cuando se presenta contaminación de porción--  
 coronaria.

Despues de la exposición traumatica ó expo---  
 sición cariosa.

Contraindicada cuando: Se presenta pulpa ne--  
 crotica.

Hay imposibilidad anestesia

Hay evidencia de reabsoción radicular interna

Tecnica .-

Aplicación de Anestesia.

Colocacion de dique de hule

Limpia zona a tratar con Metaphen

Remover tejido carioso

Localizar los cuernos pulpaes

Unir los puntos de cada cuerno pulpar

Remover el techo pulpar

Amputacion de la pulpa coronaria con una  
 cucharilla bien afilada y esteril.

Recubrir con Hidroxido de Calcio

Colocar una capa de cemento de oxido de zinc y eugenol, de una consistencia blanda y cremosa con el objeto de no presionar a la pulpa.

Colocación de cemento de oxifosfato de zinc, reconstruyendo con él las superficies del diente afectado.

Obturación definitiva.

3).- **Pulpotomia no vital ó necropulpotomia.**- Es la amputación de la pulpa cameral sin vida, desvitalizada.

**Indicada.**- En dientes posteriores

Quando hay ó existe herida pulpar

En dientes primarios cuando sus conductos se presentan curvos.

Quando se presenta pulpitis clasica

En casos de imposibilidad de anestesia

**Contraindicada:**

Quando existe proceso inflamatorio

En dientes anteriores, por que se puede alterar su color.

Quando se presentan pacientes que no cooperan ó no asisten a la cita señalada para retirar él desvitalizador.

En dientes que no den la seguridad de cerrar-hermeticamente con el desvitalizador.

Nota: El desvitalizador más usado es el trióxido de arseni-  
co.

En niños se usa el oxpora y la pasta trio de gysi.

Técnica:

Remoción de tejido carioso

Buscar la comunicación pulpar, que es el preferente de aplicación del desvitalizador, con el objeto de que actúe más rápidamente y con mayor seguridad.

Cubrir hermeticamente el desvitalizador con una capa de óxido de zinc y eugenol.

Completar la obturación con cemento de óxido-fosfato (Desvitalizadores: en forma de cristales (White pasta))

Segunda cita: Mínimo a las 24 y máximo a las 72 horas.

Examinar el diente y percudir

Se aísla el diente con dique de hule

Desinfectar el campo

Con fresa esteril se remueve la obturación

Remoción del techo pulpar

Con cucharilla afilada y esteril se extrae la pulpa caneral necrosada

No debe existir sangrado ni dolor

Depositar en la entrada de cada conducto

pasta momificante (trio de Gysi)

Curar con cemento de fosfato de zinc dejando una base de oxido de zinc y eugenol-

Obturación permanente

Control radiografico

#### 4).- Pulpotomia con formo cresol:

El Formocresol es un combinado de formaldehido y tricresol en vehiculo de 15% de glicerina y agua ademas de ser bactericida fuerte tiene efecto de unión proteica.

##### Indicada:

Pulpas Hiperemicas

En dientes con dolor a un estimulo y que cuando cesa el estimulo desaparece el dolor.

En caries muy profundas con contaminación-pulpar en dientes con 2/3 de Raiz.

En dientes que no tengan movilidad

Cuando no exista patologia periapical

Cuando no resulta satisfactoria la pulpotomia vital con hidroxido de calcio.

**Contraindicada:** En niños con historia de fiebre reumatica, ya que existe el riesgo para cualquier terapeutica pulpar, ya que se puede presentar necrosis pulpar ó infecciones.



Quando existe supuración ó evidencia necrotica.

En historias de dolor espontaneo se considera generalmente indicaciones de degeneración avanzada.

**Tecnica:**

Aplicación de anestesia

Aislar el diente con dique de hule

Remover la dentina cariosa

Eliminar el tejido pulpar con escavadores esteriles.

Amputaciones limpias hasta los orificios de los canales.

Se empapa una pequeña torunda de algodón en solución de formocresol, se coloca en una gasa absorbente para eliminar el exceso del liquido y se coloca en la cámara pulpar.

Se retira la torunda despues de cinco minutos y se coloca una curación de oxido de zinc y eugenol.

Para sellar la cavidad pulpar. (El liquido de esta curación debera contener partes iguales de formocresol y eugenol)

En caso de persistir la hemorragia se coloca una torunda de algodón de formocresol a presión contra los orificios de la raíz, si continua la hemorragia es preferible hacer dos visitas para terminar el tratamiento.

En este caso la torunda de algodón con formocresol se deja en contacto con la pulpa y se sella temporalmente con óxido de zinc y eugenol.

Se cita al paciente después de 4 ó 5 días y se desaloja la curación y se extrae la torunda y se coloca una base de cemento de óxido de zinc y formocresol-eugenol, en los orificios de los canales.

Se obtura preferentemente con corona de acero.

#### 5).- Pulpectomia en dientes primarios:

**Pulpectomia.**- Esto es la eliminación de todo el tejido pulpar ó sea la porción coronaria y radicular de la pieza.

En este tratamiento se puede ó no hacer uso de la anestesia según la condición del diente (Vital ó no vital)

Indicada cuando: Se presenta pulpitis

Ha fallado la pulpotomia

Existe patología periapical

Los conductos radiculares sean de facil acceso

**Contraindicada:** Cuando el diente a tratar tenga solo un tercio de la raiz.

Quando él paciente no coopera.

Se deben de tomar en cuenta los siguientes puntos dentales.

Importancia de la pieza dentaria

Tiempo que permaneciera funcionando en la boca

Presencia ó ausencia del sucedaneo y de estar presente su grado de desarrollo.

Desarrollo oclusal.

Importancia psicologica de la retención de un diente en boca.

Debe existir suficiente estructura dentaria - para soportar una grapa para el aislamiento - con dique de hule.

Quando existe una pequeña fistula ó una ligera movilidad no debe considerarse esto como - contraindicación para el tratamiento.

Hay que evaluar el tejido gingival circundante.

Por ultimo radiograficamente se debe considerar que exista un minimo de dos tercios de estructura radicular.

Quando existan zonas radiolucidas a nivel de-  
bi ó trifurcación no contraindica el trata-  
miento. Pero si existe una reabsorción inter-  
na avanzada, así como quistes foliculares ---  
subyacentes entonces si esta contraindicado---  
el tratamiento.

**Técnica:**

Tomar radiografía periapical

Aplicación de anestesia, si es indicada.

Aislar el diente con dique de hule

Eliminación de pulpa cameral y localización-  
de los conductos.

Se toma la conductometria con sonda lisa.

Se remueve el tejido pulpar con tiranervios--

Se liman los conductos pulpares

Se ensanchan

Se lava con agua bidestilada

Se seca con puntas de papel

Si el diente estaba vital se obtura definiti-  
vamente.

Si no estaba, se deja una torunda con formo-  
cresol ó paramonoclorofenol y se sella con --  
oxido de zinc para una acción germicida y an-  
tiseptica.

Despues de 4 o'5 dias se cita al paciente y -  
se aísla la pieza y se retira el obturante.

Si se percibe un olor fetido en la torunda --  
se repite la operación.

Se obtura con oxido de zin y eugenol, es in--  
portante que sea material absorbible de con--  
sistencia cremosa.

Se obtura con lentulo ó con geringa a presión  
Se coloca y cementa la corona.

## MANTENEDORES DE ESPACIO

Un mantenedor de espacio es un aparato bucal que va a conservar el espacio de uno ó varios dientes perdidos ó avulcionados en forma extemporánea.

Siempre que se pierde un diente antes de lo normal, pre dispone a una maloclusión; muchas veces se colocan mantenedores de espacio por razones estéticas o fisiológicas, sobretodo cuando son los dientes anteriores.

Se clasifican en:

- 1.- Fijos, semifijos o removibles.
- 2.- Con bandas o sin ellas.
- 3.- Funcionales o no funcionales.
- 4.- Activos ó pasivos.
- 5.- Combinación de los anteriores.

Los mantenedores de espacio deben reunir los siguientes requisitos:

- 1.- Mantener la dimensión mesiodistal de los dientes perdidos.
- 2.- Debe ser funcional.
- 3.- De fácil construcción.
- 4.- Debe resistir las fuerzas de masticación.
- 5.- No debe lesionar los dientes remanentes cargándolos con fuerzas excesivas.
- 6.- No debe obstruir el proceso normal de crecimiento y desarrollo o interferir con las funciones de la masticación, habla y deglución.

a).- Indicaciones y Contraindicaciones. El uso de los mantenedores de espacio evitan hábitos nocivos, traumatismos físicos o maloclusiones. Las indicaciones de los mantenedores de espacio son:

1.- Cuando se pierde un segundo molar primario antes de que el segundo premolar esté preparado para ocupar su lugar.

No es necesario usar este aparato si el segundo premolar ya está haciendo erupción o si sabemos por medio de radiografías que pronto erupcionará.

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

Luego, preferentemente cada mes, deberá medirse el espacio y compararse con la medida original. Si el espacio se cierra a un ritmo mayor que el de erupción del segundo premolar, es muy aconsejable la inserción de un mantenedor de espacio.

2.- El método precedente, de medición y espera, puede ser suficiente para atender pérdidas prematuras de primeros molares primarios. Las estadísticas indican que se producen cierres de espacio después de pérdidas prematuras de primeros molares primarios, en menor grado y frecuencia que la

pérdida siguiente prematura del segundo molar primario.

Sin embargo, las estadísticas aplicadas al total de la población, por muy tranquilizantes que sean, no deberán inducir a desatender situaciones que pueden crear problemas en casos "individuales".

3.- Para los casos de ausencias congénitas de segundos - premolares, es probablemente mejor dejar el molar permanente hacia adelante por sí solo, y ocupar el espacio.

Es mejor tomar esta decisión tardíamente que temprano, - puesto que a veces los segundos premolares no son bilateralmente simétricos al desarrollarse. Ya que algunos no aparecen en las radiografías hasta los seis ó siete años de edad.

4.- Los incisivos laterales superiores muy a menudo faltan por causas congénitas. Los caninos desviados mesialmente casi siempre pueden tratarse para resultar en sustituciones laterales de mejor aspecto estético que colocando un puente-fijo en los espacios mantenidos.

5.- Cuando existe pérdida prematura de los dientes temporales, siempre es necesario el uso del mantenedor de espacio ya que si no, esto traería como consecuencia la pérdida del espacio, la continuidad del arco y otros factores, como son: el hábito de la lengua, defectos del lenguaje ya que -- acentuarían y prolongarían, además de posibles problemas emocionales que afectarían psicológicamente al niño.



6.- Cuando se pierde el segundo molar primario, antes de erupcionar el primer molar permanente, una protuberancia en la cresta del borde alveolar indicará el lugar de erupción del primer molar permanente.

Por medio de la radiografías nos daremos cuenta de la superficie distal del primer molar primario a la superficie mesial del primer molar permanente no brotado. Cuando el caso, es bilateral es aconsejable el uso de un mantenedor de espacio funcional inactivo y removible, construido para incidir en el tejido gingival inmediatamente anterior a la superficie mesial del primer molar permanente no brotado, o incluso cuando el primer molar primario se pierde en el otro lado. Hay que reforzar el anclaje del arco labial con resina de curación rápida, ayuda a mantener la extremidad distal de silla libre en contacto con el borde alveolar.

7.- Dentro de todas las situaciones antes mencionadas, solamente usaremos mantenedores de espacio pasivos.

Si se presenta un caso en el cual no existe lugar suficiente para el segundo premolar inferior, pero sí existe espacio entre el primer premolar y el canino, y el primer premolar está inclinándose distalmente, y está relación de extremidad con el primer molar superior; se puede usar un mantenedor de espacio activo para presionar distalmente o hacia arriba un primer molar permanente que haya emigrado o se haya inclinado mesialmente, evitando la erupción del segundo premolar. Entonces abrirá un espacio para el segundo premolar y restaurará el primer premolar a oclusión normal.

**Contraindicaciones.-** Las contraindicaciones de los mantenedores de espacio son:

1. **No ser rígidos.-** Ya que se colocan en niños y continuamente se está cambiando el hueso maxilar donde se colocarán los dientes.

2.- **No deben interferir con las funciones de masticación fonación y deglución.**

## PRIMER VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL E INDICACIONES A LOS PADRES

De esta primer visita dependera el éxito ó fracaso del Odontologo con su paciente.

Para la primera visita habra.-

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

a).- Son aquellos que sus padres llevan al consultorio dental por prescripción medica.

Los niños de previa cita no vendran alterados por alguna molestia por lo que esta primera cita, se introduce al consultorio mostrandole el instrumental y aparatos que emplearemos para su tratamiento con el objeto de que se familiarice con estos y pierda el miedo, cuando el niño tenga manchas ó tartaro dentario debera hacerse una profilaxis explicandole que se limpiaran los dientes para despues efectuar un exámen clinico, radiografico y en caso necesario se tomaran los modelos de trabajo.

La aplicación de fluor está indicada cuando no exista caries muy profunda.

Despues se procede a la curación sedante a dientes con caries profundas. Hecho lo anterior se planea el tratamiento a seguir.

Ya elaborado, se le explica al padre y una vez aceptado se empieza en la proxima cita.

b).- Este niño lo pasaremos lo más rápido posible a la sala operatoria se le mostrara el área de trabajo así como el instrumental y aparatos que usaremos, esto con el fin de ganarse la confianza del niño., Acto seguido se tratará el problema que aqueja al paciente, procurando molestar lo menos posible y esta forma disminuir el dolor y prepararlo mentalmente para la siguiente sección.

A continuación se le explica a los padres la necesidad del tratamiento.

Nuestra obligación es la de indicarles la conveniencia de lograr la salud bucodental del niño y encaminarlos para una buena salud futura.

#### Indicaciones a los Padres:

El cirujano dentista debe saber valorar y comprender a cada Padre para determinar de este modo el tratamiento a seguir a su hijo en particular.

- 1).- No manifestar sus propios temores frente a los niños.
- 2).- Llevar a sus hijos al consultorio para que se vayan familiarizando con el mismo y establecer una relación amistosa con el odontólogo.

- 3).- Nunca tratar de usar los tratamientos del cirujano dentista como castigo hacia sus hijos.
- 4).- No sobornar a sus hijos para que asistan al Odontologo.
- 5).- Hacerles notar el valor del cuidado dental no solo desde el punto de vista de la conservación de los dientes, sino tambien para la formación de buenos pacientes dentales.
- 6).- No debera el Padre asegurarle al niño lo quehara el Odontologo.
- 7).- Indicarles que deberan permanecer fuera de la sala operatoria y no entrar en ella hasta que se les indique.

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO  
FRENTE AL CIRUJANO DENTISTA.**

1).- ACTITUD DEL PADRE HACIA EL NIÑO

2).- ESTADO FISICO DEL NIÑO

3).- LA ESCUELA

4).- EL MIEDO

5).- SOCIAL

6).- HEREDITARIO

1).- Esta actitud de afecto, protección, indulgencia, ansiedad, autoridad exagerada, desafecto ó rechazo del Padre, se reflejan en la conducta del niño y son problemas que el C.D. tiene que vencer.

a) Afecto Exagerado.- Este generalmente es el dado a un niño unico ó al adaptado, les perjudica tanto que son los niños a quienes les falta valor en el consultorio.

b) Sobreprotección. Existen padres que monopolizan el cariño de sus hijos al grado de volverlos irresponsables.

Este niño quiere controlar cada situación que se le presenta: No se someten casi a ninguna autoridad.

Las rabietas y fanfarronerías son muy comunes en estos niños.

c) Demasiada indulgencia.- Si un niño goza de ella es caprichoso, exigente y se lleva mal con todas las personas que lo rodean, es un niño "Dafino". Son frecuentes sus arranques de mal humor ó llanto ya que así consigue lo que quiere.

Este niño hara lo mismo en el consultorio dental a la menor molestia.

d) **Ansiedad Excesiva.**- Cuando el Padre manifiesta un -- afecto exagerado y se opone a que su niño alterne con otros de su misma edad, se exageran las enfermedades leves, y se le deja faltar a la escuela y a sus citas.

Muy pronto pasa a depender de los Padres para todo y -- cuando es entrevistado responder con timidez, miedo, reserva y cobardía.

e) **Autoridad Excesiva.**- Esto es cuando los Padres son -- muy estrictos y exagerados, el niño manifiesta un negativismo total, no confía en nadie y es difícil el acercamiento a él.

Puede adoptar una actitud de hastio, que no modifica ni por la razón ni la persuasión.

f) **Desafecto.**- Es asustadizo, no se da a entender claramente, prefiere la soledad, vacila al tomar una decisión -- llora fácilmente y frecuentemente desarrolla malos hábitos.

g) **Rechazos.**- Las causas por las que los padres rechazan a su hijo son muy variadas, pero las más comunes:

Falta de madurez de los Padres por no desear a ese hijo ó por lo deseaban de otro sexo y otros por falta de responsabilidad. Este niño tiende a ser vengativo, egoísta, resentido, desobediente, siendo frecuente en él arranques de mal -- humor.

h) **El hijo Único.**- En este caso los Padres se inclinan a ser demasiado cariñosos, protectores ó indulgentes.

El niño puede responder siendo tímido, miedoso y retraído.

## 2).- Estado Físico del Niño.

En los niños que están enfermos durante mucho tiempo en su casa, han sido mimados por enfermedad, quieren más protección, indulgencia y afecto excesivo cada vez que la ocasión lo requiera.

Un Padre sensato puede brindar una guía racional a su hijo durante la enfermedad y los periodos que siguen.

a) Los niños que han sido hospitalizados y han estado en salas con otros niños durante algún tiempo, casi siempre son buenos pacientes dentales.

b) Nutrición.- Irritabilidad, Fatiga é Inquietud, son unos de los síntomas relacionados con la mala nutrición y puede afectar seriamente la visita dental y la oportunidad de finalizar un determinado tratamiento.

c) El niño Impedido.- Niños con Parálisis, que pueden ser ó no retrasados mentales. Han recibido poca atención dental en el consultorio general. Estos pacientes requieren un manejo especial y consideraciones en el tratamiento ya que carecen de control muscular en grado variable.

d) Si bien la parálisis cerebral presenta uno de los problemas capitales u otros estados como la epilepsia, ceguera, sordera, problemas ortopedicos resultantes de la Poliomielitis, paladar hendido, crean también impedimentos se-



rios. Con estos pacientes se necesita mayor comprensión y un servicio profesional consistente en lo mejor de su experiencia.

### 3).- LA ESCUELA.

El niño que asiste a la primaria ó kinder, se adaptará rápidamente a los distintos procedimientos dentales, ya que en esos centros tienen relación con otros niños mostrándose accesible al Odontólogo.

### 4).- MIEDO

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

a) El propósito de la enseñanza adecuada no es eliminar el miedo sino guiar al niño, como protección contra el peligro.

b) El miedo es debido a estímulos que pueden ser objetivos ( lo que oyen, sienten ó ven y es captado por sus sentidos).

Subjetivos.- Algo que les cuentan ó se imaginan.

c) Los estímulos del miedo deben ser analizados hacia una mayor respuesta a un programa de higiene mental correcto tomando medidas dialécticas, ventajas sociales y no encaminar estos estímulos de miedo hacia el C.D.

### 5).- FACTOR SOCIAL.

En el mundo del niño su vida social es muy extensa por lo cual puede ser capaz de modificar favorablemente ó des favorablemente su carácter ó su conducta.

### 6).- HEREDITARIO.

El patrón de la madurez es generalmente similar para cada especie, de aquí que el género humano tenga muchas características en común, como son: Físicas, mentales y las enfermedades.

a) Dentro de las características físicas es común encontrarlos con parecidos familiares en lo referente a estructuras anatómicas.

b) Características Mentales.- Resultados de investigaciones 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 él progenitor la mayoría de las enfermedades mentales tienen su origen en trastornos orgánicos, ó son funcionales hasta el grado de que un individuo puede haber heredado una constitución especial susceptible a los efectos de las tensiones severas.

c) Enfermedad.- Es la pérdida del equilibrio que guarda él organismo con su medio ambiente, causada por un agente

morboso.

Los diferentes trastornos infecciosos en la niñez siguen un curso clínico que para el Odontólogo tiene especial importancia, ya sea por los síntomas faciales ó bucales presentes durante la fase aguda de la enfermedad, ó por los efectos a largo plazo en el desarrollo de maxilares y dientes.

Al iniciarse una enfermedad, la edad, sexo y etapa de crecimiento del niño puede influir en su susceptibilidad al ataque infeccioso, así como en la gravedad del mismo.

Los padecimientos más importantes son: Daltonismo, sífilis, hemofilia, albinismo. Existen otras que son heredadas por predisposición como son: Tuberculosis, diabetes y cardiopatías entre las más importantes.

## COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ANTE EL ODONTOLOGO

Hemos visto que existen varios factores y a veces determinamos para establecer la conducta del niño, de manera que el C.D. debe tomar en cuenta estos para tratar adecuadamente los problemas dentales del niño. Veremos ahora el comportamiento del niño ante el C.D. y la actitud conveniente hacia el pequeño paciente.

- 1).- Niño Asustadizo ó Vergonzoso
- 2).- Niño Consentido
- 3).- Niño Desafiante
- 4).- Niño miedosa
- 5).- Niño Enfermo
- 6).- Niño Cooperador

1).- Niño Timido, Asustadizo ó Vergonzoso.- Entre los factores que causan que el niño sea así tenemos:

" 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 la madre, miran al suelo ó a otras partes, cuando les dirigimos la palabra.

Responden a pocas preguntas y no cooperan.

Este tipo de niños es muy común entre los que asisten-

al Jardín de niños, cuando ya tienen edad y a quienes sus --  
Padres no mandan por no quererse separar de ellos.

También los niños que habitan en zonas rurales ó se---  
mirrulaes por lo general son de este tipo.

En estos casos hay que lograr que el niño se sienta lo--  
más comodo posible, llamandole por su nombre ó diminutivo, -  
podemos hablarle sobre su pasatiempo favorito, para lograr -  
su confianza y conservar está.

Despues se introduce a la sala operatoria, y le expli--  
caremos de acuerdo a su edad lo referente a su tratamiento -  
y comenzamos él mismo.

2).- Niño Consentido.- Es el resultado del excesivo mimo --  
de los Padres.- Estos niños se caracterizan por : llorar, -  
patear, tirarse al suelo, intentando por esos medios que los  
Padres lo saquen del consultorio.

Ante estos casos el C.D. debe mantenerse sereno, pro--  
curando estar a solas con el niño para convenserlo de que --  
debe portarse correctamente, hablándole con autoridad.

Nunca posponer para la siguiente cita el tratamiento que  
se haya empesado con él niño rebelde ya que nada conseguira--  
en estas citas.

Es pobre psicología ridiculizar ó avergonzar a un niño--  
delante de otros niños por lo tanto la labor de convecimien--  
to debe ser con mucho tacto.

Si el niño continua llorando y se niega a responder a nuestras preguntas le hablaremos de manera energica, diciendole que no queremos lastimarlo deteniendolo fuertemente y asi curarlo ya que esto lo haremos con su cooperaci3n o sin ella.

Pero si a pesar de esto el niño no ces3 de llorar, como 3ltimo recurso nos veremos precisados a sostener firmemente sus manos y pies, colocaremos nuestra mano sobre su boca unos 10 a 15 segundos, explicandole que no es agradable hacer esto pero que se repetira si no deja de llorar.

3).- Niño Desafiante.- Es 3l niño protegido por el Padre y desafia al Odontologo cuando trata de examinarlo. Este tipo de niño es más frecuente en varones que no lloran ni contestan a las preguntas que se hacen. Este niño no quiere abrir la boca y asi nos lo indica, también suele decir "No quiero que me hagan nada" 3 "No me importa si mis dientes estan malos".

En estos casos lo indicado es quedarse solo con el niño y convencerlo de que lo que vamos a hacer es en su bien: Si esto no resulta se puede aplicar el tratamiento del niño-consentido.

4).- Niño Miedoso.- Las publicaciones que se hacen del dentista, en forma humoristica no hacen más que ridicularizarlo

Y esto aumenta la tensión emotiva del niño, cuando provocando más miedo al presentarse ante él, cuando esto sucede se debe decir al niño que no se le va a hacer ningún daño que - por el contrario se le tratara de quitarle el malestar y procuraremos por medio de un tratamiento adecuado eliminar todas sus molestias.

5).- Niño Enfermo.- Este niño, 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, esto es muy aconsejable.

A estos niños se les debe hacer un servicio de emergencia hasta que estén suficientemente bien para completar su tratamiento.

6).- Niño Cooperador.- Desde el momento que llega a la sala de recepción se porta de manera normal de acuerdo a su edad.

Al pasar a la sala operatoria obedece a todas nuestras indicaciones sin reparar en nada.

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

Procuraremos hacer rápido nuestra preparaciones para no molestar incesantemente a nuestro paciente, ya que si abusamos de ellos podemos convertirlos en pacientes problema lo cual iría en contra de nuestro Profesionalismo.

## CONCLUSION

Como nos dimos cuenta es muy importante saber conducir --- al niño durante la primera visita al consultorio. Pues de ello depende el éxito o fracaso que tenga el odontólogo con el niño.

Aunque la dentición primaria se parece mucho a la secun--- daria tiene rasgos anatómicos propios que el Cirujano Dentista debe conocer para trabajar con mayor seguridad.

Los peligros de la extracciones en odontología infantil -- son; fractura de raíz, luxacion del germen dentario y en casos de extracciones prematuras, perdidas de espacio mesio distal -- que ocupaba ese diente.

La protección pulpar y su pulpotomias son medidas que --- deberán tomarse para evitar la pérdida de los dientes primarios

En forma general nos damos cuenta de que el C.D. tiene la obligación respecto al paciente infantil en cuestion de prevención, hay una gran cantidad de medidas preventivas que ayudan -- a la reducción de la enfermedad dentaria, no hay que hacer caso omiso a éstas

Este trabajo lo realizo con la intención basica de servir -- a los seres más difíciles de atender y comprender, "Los Niños"--



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

Odontologia Pediatrica.

Sidney B. Finn

Ed. Interamericana 4a. Edición 1978.

Odontologia Dental y Oclusión

Dr. Bertram S. Kraus

Dr. Ronald E. Jordan

Dr. Leonard Abrams.

Ed. Interamericana

1a. Edición

1972

Infermedad Periodontal en niños y adolescentes

Baer P.N.

Ed. Mundi

1a. Edición

1975

Enfermedades Orales

Bernier J.L.

Ed. Omega

3a. edición

1976

**Endodoncia en la practica clinica.**

**F.J. Harty**

**Editorial. El manual Moderno S.A.**

**1979**

**Odontología para el niño y el adolescente**

**Ralph E. Mc. Donal**

**Segunda Edición**

**Editorial Mundi, S.A.I.C. Y . F.**

**Odontopediatria**

**Horz P. Rudolf**

**Editorial Medica- Panamericana**

**1979**