

187
Zéy



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**GENERALIDADES DE ODONTOLOGIA
INFANTIL**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentada por:

GOMEZ LINARES DOLORES

ORTIZ TENORIO MA. TERESA



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I Crecimiento y desarrollo.

- a) Desarrollo embriológico.
- b) Desarrollo postnatal.
- c) Desarrollo embriológico de diente.

CAPITULO II Psicología Infantil.

- a) Periodos del desarrollo psicológico del niño.
- b) Manejo del niño en el consultorio dental.
- c) Papel del Odontopediatra.
- d) Ambiente del consultorio.
- e) Instrucciones a los padres.

CAPITULO III Generalidades de la dentición primaria.

- a) Anatomía dental en niños.
- b) Características de la primera dentición.
- c) Nomenclatura y cronología.
- d) Diferencias entre los dientes primarios y los dientes secundarios.
- e) Desarrollo de la dentición mixta.

CAPITULO IV Historia Clínica.

CAPITULO V Preparación de cavidades en niños.

CAPITULO VI

Principales tratamientos pulpares en Odontopediatría.

- a) Recubrimiento pulpar indirecto.
- b) Recubrimiento pulpar directo.
- c) Pulpotomía.
- d) Pulpactomía.
- e) Pulpactomía en pulpa permanente joven.

CAPITULO VII

Tipos de obturaciones en niños.

CAPITULO VIII

Manejo del niño ante la extracción dental.

- a) Generalidades de exodoncia.
- b) Preparación preoperatoria de los padres.
- c) Preparación del niño.
- d) Indicaciones y contraindicaciones de los dientes primarios.
- e) Instrumental y técnicas de extracción de dientes primarios.
- f) Complicaciones postoperatorias.
- g) Indicaciones postoperatorias para el paciente y los padres.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El trabajo que a continuación se presenta, tiene como finalidad, hacer ver la importancia que tiene la odontopediatría dentro de la práctica de la odontología general.

El odontólogo debe tener la capacidad para manejar todas las situaciones del niño, desde el aspecto psicológico, preventivo y restaurativo, por lo tanto, es importante conocer ciertas técnicas y tratamientos más frecuentemente usados en odontopediatría, para un mejor y completo ejercicio en su profesión.

A continuación presentamos el trato o manejo que debe de tener el odontólogo desde el momento en que el niño se presenta al consultorio, el tipo de historia clínica que debe realizarse para un buen diagnóstico, y algunos tratamientos que se realizan teniendo en cuenta el conocimiento del odontólogo acerca de las diferencias que existen entre los dientes primarios y secundarios.

Otra finalidad que debe cumplir el odontólogo, es la conscientización de los padres ante la prevención y los tratamientos a los que se deben someter sus hijos. Este aspecto es muy importante para tener éxito ante la consulta infantil.

CAPITULO I
I N T R O D U C C I O N
CRECIMIENTO Y DESARROLLO

a) Desarrollo embriológico.

EL desarrollo y crecimiento de las estructuras craneofaciales, son estudios realizados por diversas ciencias, una de ellas es la odontología.

Los estudios mas precisos y actualizados sobre la vida prenatal, especialmente crecimiento y desarrollo de las estructuras ya mencionadas, se encuentran desde el tercer mes de la vida prenatal. En este periodo, el mesodermo recubre la porción anterior cerebral, que crece hacia abajo, formando el proceso frontonasal. El estomodeo o boca primitiva - está limitado por el proceso frontonasal y el pericardio; -- por el lado del pericardio y el estomodeo se desarrollan - proyecciones mesodermicas que crecen en sentido vertical formando seis arcos branquiales o faringeos en partes, para más tarde formar paredes laterales del vestíbulo, que es lo que posteriormente forma la faringe, la cual presenta hendiduras recubiertas en la parte externa por el ectodermo, y la parte interna por el endodermo. La capa mesodermica origina una - banda cartilaginosa primitiva.

El primer arco mandibular, crece en sentido ventral, para encontrarse con el arco del lado opuesto hasta que se fusio-

nan en la línea media, de esta manera se separa el estomóideo del proceso frontonasal, que se divide en proceso medio y nasal, en estos dos procesos bilaterales se forman engrosamientos ectodermicos llamados placas olfatorias, estas desaparecen durante el crecimiento transformandose en narinas anteriores. Los procesos nasales medios originan dos procesos -- globulares que posteriormente constituyen el paladar primitivo. Los extremos de los procesos nasales laterales, se fusionan a medida que progresa el desarrollo en esta línea de unión, el ectodermo penetra en los tejidos para formar el conducto nasolagrimal. El crecimiento hacia adelante y hacia la línea media de los procesos maxilares, su contenido mesodermico invade y sobrepasa los procesos globulares que corresponden a la rama maxilar del quinto par craneal que inerva también el labio superior.

Entre la sexta y la octava semana de vida intrauterina -- los procesos maxilares se dirigen hacia la línea media y crecen hacia abajo a cada lado de la lengua en desarrollo, las narinas anteriores se abren hacia el hecho del estomóideo que no se haya separado de la cavidad nasal, en la porción anterior del paladar primitivo se forma con los procesos globulares del proceso nasal medio.

En la duodécima semana al crecer y desarrollarse la región mandibular, la lengua crece hacia abajo y adelante y permite el crecimiento hacia la línea media de los dos procesos palatinos y su fusión en forma de Y. En esta etapa la boca se se-

para de la cavidad nasal, también se fusionan los procesos palatinos con el proceso nasal que crece hacia abajo.

MANDIBULA.- A medida que se desarrolla el cartílago mandibular aparecen de cada lado una prolongación cartilaginosa, que se extiende desde la porción del oído en desarrollo hacia la línea media. La osificación de este comienza en el tejido fibroso adyacente al cartílago. Hacia la quinta semana de vida intrauterina, aparece un centro de osificación de cada lado, en este período se forma el nervio dentario inferior, y el proceso de osificación empieza en la región donde se bifurca este nervio en sus ramas incisiva y mentoniana, estas zonas de osificación se identifican porque se diferencian los osteoblastos a partir del tejido mesenquimatoso, la osificación a medida que se va desarrollando envuelve al nervio.

El cartílago se absorbe mientras que se va formando la mandíbula, pero este cartílago nunca se recubre por hueso en toda su extensión.

En el segundo mes de vida intrauterina, se forma el cartílago secundario en la región de los cóndilos, apófisis coronoides y región mentoniana, la mandíbula empieza a tomar su forma característica, en la región mentoniana se osifican nódulos cartilagosos accesorios (osculo-mentonianos). El extremo posterior del cartílago forma el martillo y el yunque, la conexión de la mandíbula es el ligamento fibroso esfenomandibular y el ligamento anterior del martillo formado a par

tir del pericondrio.

Hacia la mitad de la vida intrauteriana se completa la mandíbula ósea, el cartílago condileo permanece con una capa pericondral.

Al nacer la hipófisis coronoides es pequeña. En este período el proceso condileo está hacia atrás y los gérmenes dentarios yacen en una canaleta ósea. Las dos mitades de la mandíbula se unen por tejido fibroso. El agujero mentoniano se encuentra cerca del borde inferior del hueso.

MAXILAR.- Se osifica a partir del tejido conjuntivo, en relación estrecha con el cartílago de la cápsula nasal. En la región de la fosa canina se encuentran centros de osificación de donde se forman los maxilares de cada lado, este centro de osificación se encuentra en relación con el quinto par craneal.

Al nacer, los premaxilares se encuentran parcialmente separados por suturas que tienen tejido conjuntivo, por medio de sutura similar. se unen el cigoma, los huesos frontales y el esfenoides. Al nacer el maxilar, es una réplica en pequeño del adulto, no se encuentra ahuecado el seno, los dientes temporales se encuentran cubiertos de hueso.

BASE CRANEANA.- Está formado de cartílago originado del mesenquima, situado por debajo del cráneo. Estos elementos -

cartilagosos, consisten en una cápsula nasal en la parte anterior que ocupa una sección en la línea media que posteriormente quedará incluida en el esfenoides, la parte posterior del cartilago forma la porción bacilar del hueso occipital. Los tejidos del oido se encuentran cubiertos por una cápsula ótica de cartilago que poco a poco se substituye por hueso, el cartilago queda en algunos sitios que permanece como centro de crecimiento.

Al rededor de la novena semana de vida intrauterina, se forman los dos primeros centros de osificación en la porción preesfenoidal del cuerpo, en este mismo consta de dos partes, una enfrente de la silla turca y otra por atrás, la porción preesfenoidal se une con las alas menores del esfenoides. Después de la fusión de ambas partes, permanece una cuna de cartilago en la porción inferior de la línea de fusión el esfenoides permanece separado del occipital por parte de cartilago, hasta los doce o catorce años se fusionan.

Hacia el segundo año de vida la porción escamosa se une con la condilea, no se fusiona con la bacilar hasta el sexto año, finalmente el hueso occipital queda dividido en cuatro partes por cartilago que persiste hasta el sexto año de vida, la base craneana es corta y estrecha a esa edad.

BOVEDA CRANEANA.- Se forma por tejido conjuntivo membranoso, algunos huesos de esta porción son producto de la base craneana con extracciones laterales. El desarrollo óseo su-

lleva a cabo en el mesenquima que rodea al cerebro en formación.

A la octava semana de vida intrauterina aparecen dos centros de osificación uno arriba del otro. Al nacer, la porción posterior de la bóveda está formada por la porción escamosa - del occipital, una parte de éste se haya formada de cartilago, la mayor parte se osifica por osteogénesis, y se une con la porción inferior en el tercer mes de vida intrauterina. Al nacer la bóveda craneana no es un casco óseo completamente - cerrado, existen seis espacios membranosos sin osificar llamados fontanelas, dos de los cuales se encuentran en la línea media; la fontanela anterior en la unión del frontal con el parietal es de forma romboidal, la fontanela posterior es de forma triangular, se encuentra en la unión del hueso parietal y occipital, la fontanela posterior se cierra al año de vida, y la fontanela anterior a los dieciocho meses de vida.

TEJIDOS BLANDOS.- En las primeras semanas de vida intrauterina, a partir del mesenquima se forma tejido muscular y migra con su aporte nervioso para obtener sus inserciones en las partes duras. Los músculos debido a la migración pierden su inserción con los elementos primitivos del esqueleto, mientras que el aporte nervioso se implanta.

En el embrión de seis semanas se reconocen los elementos musculares. Hacia el primer mes de vida intrauterina, se -- desarrolla la lengua, a partir de un caudal de los cuatro ar

cos branquiales, estos se fusionan terminando el segundo mes, en este tiempo las masas musculares migran de la región occipital.

La lengua es roma al nacer sin desarrollarse la punta, - llena la mayor parte de la boca y se encuentra en contacto con el labio inferior, en los costados hace contacto con las mejillas.

b) Desarrollo posnatal.

MANDIBULA.- Al nacer la rama ascendente es corta, el cóndilo y las apófisis coronoides son pequeñas e inclinadas hacia atrás, se presentan como un hueso largo, que presenta un proceso alveolar y dos procesos musculares. El crecimiento de este tejido, tendrá el efecto de proyectar la mandíbula hacia abajo y adelante, la masa cartilaginosa se reemplaza poco a poco por hueso, hasta que cesa el crecimiento al rededor de los dieciocho o veinte años.

El espesor óseo aumenta por aposición superficial en la porción externa. Durante el primer año de vida hay pequeños cambios, se comienza a formar el proceso alveolar con la erupción de algunos dientes temporales, se observa el crecimiento del hueso hacia abajo y adelante, cuando crece el proceso alveolar hay absorción en el borde anterior de la rama, se va alargando el hueso y formando el alveolo, a lo largo de esta superficie inclinada se forman los dientes sucesivos.

Hay aposición ósea a lo largo de la porción posterior de la rama y procesos musculares, el ángulo condileo se agudiza, la eminencia mentoniana no existe en el niño, a medida que va creciendo se hace visible, esto se encuentra asociado con aposición ósea leve en la región mentoniana, el proceso alveolar continúa su crecimiento hasta la erupción de los últimos molares, hay migración continua hacia adelante de los dientes junto con el proceso alveolar.

El ángulo condileo aumenta durante la vejez. Por causa de la absorción alveolar y alteraciones en las fuerzas musculares, sobre todo por cambios del contorno goníatico, que -- había permanecido constante.

CAVIDAD NASAL.- Se encuentra contenida por las órbitas, - al finalizar el segundo año alcanza la mitad del tamaño del adulto, y hacia el séptimo año las dos terceras partes de su tamaño normal, su crecimiento se lleva a cabo junto con el - del maxilar, la órbita no cambia notablemente, a los siete - años adquiere el tamaño adulto. El seno es una pequeña depreción sobre la red nasal del maxilar superior, aumenta conforme crece el maxilar y alcanza la mitad de su tamaño a los siete años, su crecimiento es lento y durante toda la vida.

El paladar se duplica de tamaño a los seis años de edad, y al completarse la dentadura aumenta cuatro veces más que - su tamaño primitivo.

BASE CRANEANA.- La mandíbula se encuentra unida a la porción posterior de la base craneana y está en relación con el crecimiento de los maxilares. Entre la porción basilar del occipital y el cuerpo del esfenoides se encuentra un cartilago llamado sincondrosis esenooccipital, este crece por actividad celular intersticial y permanece activo hasta la pubertad.

BOVEDA CRANEANA.- Al nacer es de la mitad del tamaño que en el estado adulto, este lo alcanza a los siete años de edad, el desarrollo del cerebro estimula el crecimiento de la bóveda craneana, normalmente la obliteración de las suturas de la bóveda no se realiza hasta los treinta o cuarenta años.

MAXILAR.- Toda la estructura crece hacia abajo, adelante y afuera, por debajo de la base craneana, ésta a su vez se alarga. Hay dos mecanismos principales que intervienen en el crecimiento: El crecimiento intersticial que es a base de tejido conjuntivo en las suturas que unen al maxilar con los huesos vecinos proyecta al maxilar hacia abajo, afuera y adelante, contra el refuerzo pterigoideo y el crecimiento por aposición. El crecimiento del tamaño del paladar se debe a la oposición de la superficie y la absorción del modelado de la cara nasal y al crecimiento del proceso alveolar conforme -- crece el maxilar, también crece el paladar y la base craneana. El crecimiento hacia afuera del cuerpo del maxilar, va ensanchando también el proceso alveolar, asimismo aumenta en sentido anteroposterior por el constante crecimiento del proceso -

alveolar; esto da lugar a una erupción sucesiva.

El proceso cigomático se encuentra por encima de la cara del segundo molar temporal en desarrollo. El tabique nasal-compuesto en su mayor parte por cartilago, sigue el crecimiento hacia abajo y hacia adelante del resto del maxilar.

TEJIDOS BLANDOS.- En el mismo tiempo que crece el esqueleto craneano, se produce el crecimiento de los elementos musculares, en este caso existe una influencia genética sobre el patrón de crecimiento. Al nacer, los músculos faciales se encuentran más desarrollados que los músculos masticadores, pero después del destete, cuando el niño comienza a masticar los alimentos sólidos y semisólidos, los músculos masticadores aumentan de tamaño, el músculo temporal migra, hacia las porciones laterales del craneo como parte del patrón de crecimiento, los músculos de la masticación son más voluminosos que los faciales.

La lengua, al igual que el cerebro termina su crecimiento al rededor de la pubertad y las estructuras faringeadas cambian sus relaciones en el cuello.

c) Desarrollo embriológico del diente.

Cuando el embrión tiene seis semanas de edad, las células ectodérmicas de la capa basal del estomodeo anterior, comienzan a dividirse y engrosarse, el epitelio crece dentro

del mesenquima, en una semana se establecen las láminas dentales del maxilar y la mandíbula.

Cada diente se desarrolló a partir de una yema dentaria - que constan de tres partes; órgano dentario derivado del ectodermo, papila dentaria derivada del mesenquima, y saco dentario que también proviene del mesenquima. El órgano dentario produce el esmalte, la papila dentaria origina la pulpa y la dentina, el cemento y el ligamento parodontal los forma el saco dentario.

Las células situadas en el centro del órgano dentario forman una malla llamada retículo estrellado, estas células forman el nódulo u el cordón del esmalte.

Las células formadoras de los germenos dentarios sufren - cambios tanto morfológicos como funcionales, y se van multiplicando conforme adquieren su función. En esta fase alcanzan su más alto desarrollo el órgano, el esmalte y procede a la - aposición del esmalte y la dentina.

Antes de comenzar el depósito de la matriz del esmalte las células formativas se disponen de tal manera que bosquean la forma y tamaño del futuro diente. En esta etapa el límite entre el epitelio dentario interno y los odontoblastos, marcará la futura unión amelodentinaria, además dará origen a la vaina epitelial de Hertwig.

La actividad funcional y cronológica se considera en tres fases:

a) Iniciación de toda la dentición primaria a partir de los dos meses de vida intrauterina.

b) Iniciación de los dientes secundarios.

c) Formación del primer molar.

La migración del diente hacia la cavidad bucal comienza cuando se encuentra dentro del maxilar. La primera erupción del diente es un proceso evolutivo que continúa toda la vida, pero a una velocidad disminuida. El aumento de erupción de los dientes es valioso índice de ritmo, de maduración del niño.

CAPITULO II

PSICOLOGIA INFANTIL

a) Períodos de desarrollo psicológico del niño.

Para poder estudiar el desarrollo psicológico y emocional del niño, existe una clasificación, que consta de cuatro períodos:

1.- INFANCIA:

- A) NEONATAL. La cual va del nacimiento a los diez días de nacido.
- B) RECIEN NACIDO. Va de los diez días de nacido a un mes.
- C) LACTANTE. Que va de un mes hasta un año, es lactante menor y hasta dos años es lactante mayor.

2.- PREESCOLAR: Que va de los dos años hasta los seis años.

3.- ESCOLAR. De seis años a doce años.

4.- ADOLESCENCIA. De los trece años hasta los diecinueve.

La mayor parte de los estudios sobre el desarrollo normal del niño y sobre el origen de las alteraciones psicológicas se centran al rededor de la relación del niño con su madre, por la sencilla razón de que su vida empieza en intimidad con ella

y es ella quien está directamente interesada en su cuidado durante los primeros años de su vida, aún cuando el padre no interfiere directamente en el cuidado del niño, su influencia - se deja sentir indirectamente por el apoyo emocional que presta a la madre. En la cultura actual el padre participa cada vez más en el cuidado del niño y tiene un papel relevante en la vida de éste.

Quando se estudia al niño, la primera etapa de la vida de éste nos la proporcionan los padres. Los períodos infancia y preescolar son cuidadosamente examinados a fin de valorar el papel de los factores medio ambientales en comparación con - los factores constitucionales del niño. La influencia del medio ambiente empieza tan pronto, que las respuestas que produce el niño pueden ser erroneamente atribuidas a su dotación innata. A la inversa, factores innatos subclínicos pueden ser la causa de respuestas o actitudes medioambientales que son - consideradas erroneamente primarias y etiológicas.

En la medida que la Odontopediatría comprende los procesos psicológicos emocionales del paciente infante, su habilidad - será más efectiva para poder controlar su conducta.

Las primeras emociones del niño surgen desde el momento - que nace, porque éste acto lleva implícito un trauma, que es la conmoción física que sufre por todos los estímulos al salir del claustro materno; y esto va a constituir su primer contacto con el mundo exterior, siendo éste contacto primordialmente

emocional, aunque de naturaleza desagradable.

La vida emotiva infantil, se va formando mediante un proceso que se inicia con un estado de excitación general en respuesta a los intensos estímulos externos a los que se enfrenta y que se manifiestan por llanto, angustia y temor.

Toda la esfera emocional del niño, inicia su evolución - hacia la diferenciación progresiva que irá adquiriendo, la - diversidad emocional en las distintas etapas de su desarrollo. Dicha condición implica también una progresiva socialización de lo que se basa en la importancia de experiencias con respuestas emotivas extensas, en la transferencia progresiva de estas respuestas o situaciones establecidas por la práctica y aprobadas por la sociedad y por último en el cambio gradual - que el aprendizaje y la presión social produce en el origen - de las respuestas emotivas manifiestas, en particular las de desagrado.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología, son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos - sensitivos, produce miedo en el niño por lo que es inesperado. El ruido y la vibración de la fresa y la presión que se ejerce sobre el diente que se está tratando, produce miedo al niño de corta edad. El niño teme más al ruido de las maniobras dentales que al dolor mismo.

Cualquier movimiento brusco o inesperado: Ser bajado o inclinado en el sillón sin ser avisado, algún movimiento de las manos demasiado rápido y enérgico, el que se caiga algo y produzca un ruido extraño, les causa miedo.

De los cuatro años a los seis años de edad el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional.

Los niños combaten las cosas que temen en la realidad a niveles imaginativos al hacer esto, el niño no solo gana bienestar, sino que también desarrolla el valor y la calma necesarios para enfrentarse a la situación real, puesto que se puede vencer al miedo sometiendo al individuo a la situación que le produce este miedo, hacer esto por juego imaginario y por medio de la fantasía, puede ayudar a vencer temores indevidos.

A esta edad la válvula de seguridad que es la fantasía, es importante, y el dentista puede usarla como instrumento para manejar a niños de corta edad.

Cuando el niño llega a edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se han vuelto fáciles de manejar. El niño de esta edad demanda menos y se somete mejor.

A los siete años el niño ha mejorado su capacidad para re

solver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente, está en la edad de preocupaciones, pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores. El niño de esta edad generalmente puede resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el dentista puede razonar con él, y explicarle lo que le está haciendo. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

De ocho a catorce años de edad el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables, y muestra marcado deseo de ser obediente. Maneja muy bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas y se ajusta fácilmente a las situaciones que se encuentra. Desarrolla considerable control emocional. Sin embargo presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sentimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sea amigos o el propio dentista.

b) Manejo del niño en el consultorio dental.

Cuando el dentista desea obtener una cooperación en grado máximo del niño, debe orientar al mismo desde su primera visita al consultorio; el niño al llegar al consultorio puede adoptar aptitudes muy diversas, el comportamiento de éste generalmente está motivado por deseos de evitar lo desagradable y lo que él pueda interpretar como doloroso. Existe una clasificación según el comportamiento del niño en el consultorio:

1.- Llorones. El llanto es un escape del niño, es comprensible que lllore cuando hay dolor, y se le debe permitir llorar si el dolor es real, si el llanto es así puede continuar el trabajo pero sin engañar al niño, avisándole si lo vamos a molestar.

2.- El tímido y asustado. Es preciso que a este paciente se le muestre el consultorio y se le expliquen todo tipo de procedimientos que se van a emplear para ganar la confianza de éste.

3.- Vergonzoso y retraído. Los pacientes con éstas características generalmente son tolerantes, son buenos pacientes, pero no hay que abusar de su tolerancia si deseamos que continúe colaborando con nosotros en citas posteriores.

4.- Caprichoso. Ante una actitud caprichosa se debe proceder enérgicamente y con rapidéz, dominando desde el principio la situación, evitando así el dominio del niño y la pérdida del tiempo.

5.- Nervioso e histérico. La solución es actuar con energía para disipar los temores, debemos interrumpir el llanto para hacer que nos escuchen, dar las indicaciones y actuar, no dejarlo solo, pues su imaginación trabaja pensando cosas que él cree que le van a pasar, y el resultado es el cambio de actitud hacia el tratamiento. Cuando el niño no quiera cooperar, debemos dejar que los padres empleen todo su poder persuasivo

y cuando fracasen entraremos con actitudes más enérgicas.

6.- El colérico. Estos pacientes se caracterizan porque se enfurecen al sentir dolor, se les hace comprender que no es nuestro deseo molestarlos, pero que el tratamiento puede ser doloroso, así el coraje se les quita y no desarrollan antipatía hacia el dentista.

Si no le resultan los ataques emocionales, el niño aprenderá que no va a lograr nada con su mala conducta en el consultorio dental.

Para que el paciente infantil se convierta en un paciente colaborador, el dentista debe cuidar siempre algunos principios como son:

1.- Evitar tratar al niño mientras no logremos su confianza, no es necesario emplear métodos enérgicos para lograr que el niño nos escuche y para demostrarle que no le vamos a hacer daño.

2.- Evitar las citas demasiado largas, ya que son perjudiciales debido a que el paciente pequeño se cansa con facilidad y el tiempo efectivo disminuye, debe tenerse habilidad y el instrumental adecuado y la colaboración de una asistente.

3.- Evitar engañar al niño, ya que esto trae como consecuencia la pérdida de la confianza y será imposible seguir con

el tratamiento hasta volverla a recuperar.

4.- El dentista debe violentarse, solo en los casos en que el comportamiento del niño lo amerite, pero se indicará a continuación el motivo que nos movió a emplearla.

5.- En la primera cita solo se hará el estudio del caso y se harán maniobras indoloras en caso de emergencia nuestra labor será la de abolir el dolor.

El dentista deberá establecer una buena relación con el niño antes de separarlo de su madre, ya que de otra manera sentirá que lo están forzando a abandonarla. Siempre que se le vaya a hacer cualquier tipo de tratamiento se le explicará el porque.

Pacientes de primera vez.

En la primera visita deberán realizarse solo procedimientos indoloros, se obtiene la historia clínica, se instruirá sobre el cepillado dental, se hará una profilaxis y se tomarán radiografías.

Al niño se le mostrará el consultorio para que se tenga una visita atractiva y agradable. De la primera impresión que el niño tenga, dependerá el comportamiento futuro frente a su tratamiento.

Es necesario saber si el niño teme la odontología y porqué, esto se puede conocer preguntando a los padres acerca de sus pensamientos personales hacia la odontología o sus experiencias previas.

Familiarizar al niño con todo lo referente a la sala dental y al equipo. Por este medio se ganará la confianza del niño y el miedo se convertirá en curiosidad y cooperación, a todos les encantan los instrumentos nuevos, cualquier equipo o mecanismo les llama la atención.

El dentista deberá platicar con los niños acerca del funcionamiento de los instrumentos y familiarizarlo con los sonidos y movimientos de cada uno.

Es necesario para el dentista lograr la confianza del niño para sus siguientes citas. Al establecer la confianza el dentista debe transmitir al niño que conoce sus problemas, y estarse relacionando con él, debe alejarse de sus problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares.

Explique que puede comprender sus problemas porque también los tuvo cuando era niño y de esta manera empezará a haber comprensión y confianza.

Pacientes de emergencias.

Desafortunadamente los niños llegan al consultorio sufrien

do dolores y con necesidad de un tratamiento más extenso. El dentista en esos casos, va a tener la seguridad de hablarles con franqueza y honestidad.

Un traumatismo es una experiencia trágica para el niño, y es un problema en el que se va a necesitar experiencia, buen juicio, habilidad y buenos conocimientos, quizá igualdad por ningún otro aspecto del ejercicio odontológico.

El odontólogo cuyo consejo y tratamiento después de un traumatismo está obligado a tratar al niño con los medios a su alcance y el o los dientes deben ser restaurados a la normalidad tan pronto como sea posible para evitar que el niño se sienta diferente de los demás.

Hay muchos casos que el accidente es tan grave que no se puede iniciar el tratamiento de inmediato y el pronóstico dependerá del tiempo que haya transcurrido entre el accidente y el momento en que llega al consultorio.

c) Papel del Odontopediatra.

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales, puesto que se está tratando con organismos en periodos de formación y constantes cambios, el odontopediatra se encuentra en posición de modificar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades bucales.

La odontología para niños trata generalmente de la prevención, en realidad no hay ninguna fase importante de este campo que no sea preventiva, puesto que esta siempre es la meta final de la ciencia médica, el odontopediatra debe ser realista y razonable, no debe condenar al niño porque está asustado, debe comprender su actuación y respetar sus emociones. Debe recordar que los niños de corta edad fácilmente se asustan con lo desconocido y tratar de hacer movimientos operatorios suaves. Para que haya éxito en el tratamiento, el odontopediatra debe tener en cuenta los siguientes factores:

- 1.- La conducta hacia un paciente niño es diferente que la que se practica con un adulto. Tanto la psicología como la patología son diferentes.
- 2.- Se debe tener conocimiento indirecto del niño por medio de los padres.
- 3.- La vestimenta del odontólogo debe ser lo más informal posible, sin llegar a atentar contra las reglas higiénicas. - Las batas blancas producen ansiedad en todo tipo de pacientes.
- 4.- El odontólogo debe tener una comprensión y conocimiento de la conducta infantil y debe ser capaz de contestar inteligentemente las preguntas de los niños y sus padres, con conocimientos correctos.

d) Ambiente del consultorio.

El aspecto que presenta el consultorio dental, es de vital importancia, para que el paciente desde el momento que llegue se sienta en un ambiente agradable y tranquilo. En el caso de que el consultorio sea dedicado al tratamiento de niños, se tiene que crear una atmósfera familiar, lo más apreciada al ambiente natural del niño.

Se debe dar una decoración que describa situaciones, como un circo, una casa pequeña, algo que le de un toque de fantasía y que tienda al niño a desvanecer sus temores. Una pecera es siempre una fuente de entretenimiento y puede estar en la sala de recepción o en la de tratamiento, esto hace que el niño distraiga su atención y no piense en lo que se le va a hacer, una música apenas audible y relajante en la sala de recepción, tiene efectos reconfortantes en los padres y en el niño, ésta hace desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa.

También en el área que se asigne a la oficina se deberá tener juegos y algunas atracciones para que el niño se entretenga y se relaje, se procurará lectura adecuada para los niños y los padres.

En algunos consultorios disimulados, por tener algún aspecto de salón del Oeste, • una nave espacial, es en algunos casos - tarea difícil transportar al niño de una experiencia imagina-

ria a la verdadera causa de la visita a ese lugar. Se tiene que ayudar al niño a aceptar que solo es una fantasía creada y a aceptar el tratamiento dental.

Según Donald, la sala de recepción es muy importante, porque el primer impacto que recibirá el niño y sus padres se dará allí, ésta deberá tener un ambiente grato y sobrio, deberá tener aparte de los sillones de espera para los padres, sillitas y mesas para los niños, deberá tener una buena iluminación, y las paredes procurar pintarlas de colores suaves, como el crema, verde, azul; esto provoca una sensación de tranquilidad, tener cuadros colgados, hace que el niño distraiga su atención y se tranquilice.

Es de primordial importancia que el equipo de trabajo funcione con la máxima eficacia, porque si falla en el momento en que se esté atendiendo al niño, produce cierto desconcierto y hace que se pierda la confianza en el operador.

e) Instrucciones a los padres.

Los padres deberán tener confianza total en el dentista y confiar a su hijo a su cuidado, ya que éste sabe como preparará emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Cuando el niño es llevado a la sala del tratamiento, los padres no deben hacer ningún gesto para seguir al niño o llevarlo, a menos que el odontólogo les indique hacerlo.

Algunos niños se comportan mejor en ausencia de sus padres, pero hay otros que la presencia de sus padres infunde confianza especialmente si son menores de cuatro años. Cuando se invite al padre a entrar a la sala del tratamiento, debe permanecer como un huésped pasivo y estar alejado del sillón dental. No debe hablarle al niño o al dentista, a menos que éste se lo pida. No debe de tomar al niño de la mano, ni mirarle con simpatía o expresión asustada. Esto puede trastornar el éxito del manejo del niño, ya que el padre o la madre está comunicando una situación falsa o le está transmitiendo su simpatía.

A los padres se les informará de ciertas reglas a seguir - antes de traer al niño al dentista por primera vez.

1.- Pedir a los padres que no expresen sus miedos personales en frente del niño, ya que es la causa primordial del miedo de los niños ante el dentista, evitar mencionar sus experiencias desagradables.

2.- Evitar que los padres utilicen la odontología como amenaza y castigo, ya que en la mente del niño el castigo se asocia con dolor.

3.- Pedirles a los padres que familiaricen a sus hijos con la odontología, llevándolos al dentista para que se acostumbren al consultorio y para que empiecen a conocerlo.

4.- Si los padres muestran valor en asuntos odontológicos

esto ayudará a dar valor a sus hijos.

5.- Aconsejar a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un paciente bien centrado es un paciente dental bueno.

6.- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio, es cuando sufren dolor de dientes.

7.- Pedir a los padres que no sobornen a sus hijos para que asistan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

8.- Se debe de instruir a los padres para que eviten ridiculizarlos cuando éstos estén con el dentista, ya que esto - crea resentimiento hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

9.- Los padres deben estar informados de la necesidad que existe de compartir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.

10.- El padre no debe de prometerle al niño lo que va a hacer el dentista. El odontólogo no debe estar colocado en una situación comprometida, donde se limita lo que pueda hacer pa-

ra el niño. Así como tampoco deberá prometerle al niño que - el dentista no le va a hacer daño.

11.- Varios días antes de la cita debe instruirse a los padres que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista.

12.- Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista y evitar entrar a la sala de tratamientos, a - menos que el dentista se lo pida. Al entrar a la sala deberán actuar tan solo como espectadores invitados.

CAPITULO III

GENERALIDADES DE LA DENTICION PRIMARIA

a) Anatomía dental en niños.

En odontopediatría es conveniente describir la morfología de cada uno de los dientes individualmente y sus dimensiones externas antes de considerar los procedimientos restaurativos.

Incisivo central superior.

Corona.- La corona es mayor en su diámetro mesiodistal que la longitud cervico incisal. No suelen ser evidentes las líneas de desarrollo, por lo cual la superficie vestibular se observa lisa. El borde incisal es casi recto. La cara palatina presenta rebordes marginales y cingulo bien desarrollado.

Raíz.- La raíz es única y de forma cónica, y termina en un ápice bien redondeado.

Cavidad Pulpar.- Tiene tres proyecciones en su borde incisal, se adelgaza cervicalmente en diámetro mesiodistal, pero es más ancha en su borde cervical en el aspecto vestíbulo palatino. El canal pulpar es único y se adelgaza de manera -- equilibrada hasta terminar en el foramen apical.

Incisivo lateral superior.

Corona.- Es similar a la del central, pero más larga en --
proporción a la corona.

Cavidad Pulpar.- Es similar a la del incisivo central en -
su contorno, excepto que no son tan anchos mesiodistalmente,
su longitud cervicoincisal se equipara con la del central. La
cámara pulpar sigue el contorno del diente, al igual que el -
central.

Canino Superior.

Corona.- Es más estrecha en cervical que en los incisivos-
y sus caras mesial y distal son más convexas. Tiene una cus-
pide agusada bien desarrollada.

Rafz.- La rafz es larga, ancha y ligeramente aplanada en sus
superficies mesial y distal, supera el largo de la corona y -
suele estar inclinada hacia distal.

Cavidad Pulpar.- Se conforma con la superficie general al -
contorno de la superficie del diente. EL cuerno central pul-
par se proyecta incisalmente. Existe muy poca demarcación
entre la cámara pulpar y el canal. El canal se adelgaza a me-
dida que se acerca al ápice.

Incisivo Central Inferior.

Corona.- Es más pequeña que el superior, la cara vestibular

es lisa sin los surcos de desarrollo. La cara lingual presenta rebordes marginales y cingulo. El tercio medio y el tercio incisal pueden tener una superficie aplanada a nivel de los rebordes marginales. El borde incisal es recto.

Rafz.- Es algo aplanada en sus aspectos mesial y distal y se adelgaza hacia el ápice.

Cavidad Pulpar.- Sigue la superficie del contorno del diente, es más ancha mesiodistalmente en el techo vestibulo lingual, es más ancha en cervical. El canal pulpar es ovalado y se adelgaza a medida que se acerca al ápice. Hay demarcación definida de la cámara pulpar y del canal pulpar.

Incisivo Lateral Inferior.

Corona.- La forma es similar a la del central, pero mayor en todas las dimensiones, excepto la vestibulolingual. Puede tener una concavidad mayor en la cara lingual, entre los rebordes marginales. El borde incisal se inclina hacia distal.

Rafz.- La rafz del incisivo lateral es más larga y también se adelgaza hacia el ápice.

Cavidad Pulpar.- Es similar a la del central, únicamente no existe la demarcación de la cámara pulpar y el canal.

Canino Inferior.

Corona.- Es similar a la del canino superior, siendo un poco más corta. La dimensión vestibulo-lingual es menor que la del antagonista.

Rafz.- Es única, el ancho labial es mayor que el lingual, La superficie mesial y distal están ligeramente aplanadas. La rafz termina en un ápice puntiagudo.

Cavidad Pulpar.- La cámara pulpar sigue el contorno externo del diente. No existe diferencia entre cámara y canal. El canal termina en una constricción definida en el borde apical.

Primer Molar Superior.

Corona.- La mayor dimensión de la corona es en la zona de contacto proximal, y a partir de aquí converge hacia cervical. La cúspide mesiopalatina es la mayor y la más aguada, cuenta con una cúspide distopalatina mal definida, pequeña y redondeada. La cara vestibular es lisa, con poca evidencia del surco de desarrollo.

Rafces.- Son tres: una mesial, una disto-vestibular y una-palatina, ésta última es la más larga y diverge en dirección palatina; la rafz distovestibular es la más corta.

Cavidad pulpar.- Está formada por una cámara y tres canales pulpares que corresponden a las tres rafces. La cámara pulpar consta de tres o cuatro cuernos pulpares de los cuales

el mesio-vestibular es el mayor, le sigue el mesio-palatino y el disto-vestibular y éste es el más pequeño. Los canales pulpares se extienden desde el suelo de la cámara cerca de los ángulos disto-vestibular y mesio-palatino y en la porción más palatina.

Primer Molar Inferior.

Corona.- LA cara mesial del diente por vestibular es casi recta y mayor que la distal. Presenta dos cúspides vestibulares, sin evidencia de un claro surco de desarrollo que las separa, la cúspide mesial es la mayor. Por mesial hay una acentuada convergencia lingual de la corona. La cúspide mesiolingual es larga y aguada en punta, está separada por un surco de la cúspide distolingual que es redonda.

Raíces.- Tiene dos raíces: una mesial y una distal; son delgadas y divergentes hacia el ápice para permitir que se desarrolle el gérmen del diente permanente.

Cavidad Pulpar.- Vista oclusalmente es de forma romboidal siguiendo el contorno de la superficie de la corona. Tiene cuatro cuernos pulpares, de los cuales el mesio-vestibular, es el mayor, es redondeado y se conecta con el mesio-lingual, el cuerno pulpar disto-vestibular es el segundo en área, y el disto-lingual es el menor. Existen tres canales pulpares; uno mesio-vestibular, uno mesio-lingual, y uno disto-vestibular.

Segundo Molar Superior.

Corona.- Existen dos cúspides vestibulares separadas por un surco de desarrollo. La corona es más grande que la del primer molar. Tiene tres cúspides palatinas; una mesio-palatina grande y bien desarrollada, una disto-palatina y una suplementaria (tuberculo de Caravelli). Hay un surco que separa la cúspide mesio-palatina de la disto-palatina. En la cara oclusal se observa un reborde prominente, que une la cúspide mesio-palatina con la disto-vestibular.

Raíces.- Son tres: una mesio-vestibular, una disto-vestibular y una palatina. Divergen hacia el ápice. La raíz disto-vestibular es la mas corta y la mas estrecha de las tres.

Cavidad Pulpar.- Tiene cuatro cuernos, puede que exista un quinto cuerno que se proyecta del aspecto palatino del cuerno mesio-palatino. EL cuerno pulpar mesio-vestibular es el mayor, el mesio-palatino es el mayor en tamaño, es ligeramente más largo que el disto-vestibular; el cuerno pulpar disto-palatino, es el menor y el más corto. Existen tres canales pulpares que siguen el delineado de las raíces.

Segundo Molar Inferior.

Corona.- Es similar al primer molar permanente inferior, - excepto en que es menor en todas sus dimensiones.

Por su cara vestibular, se observan tres cúspides separadas -

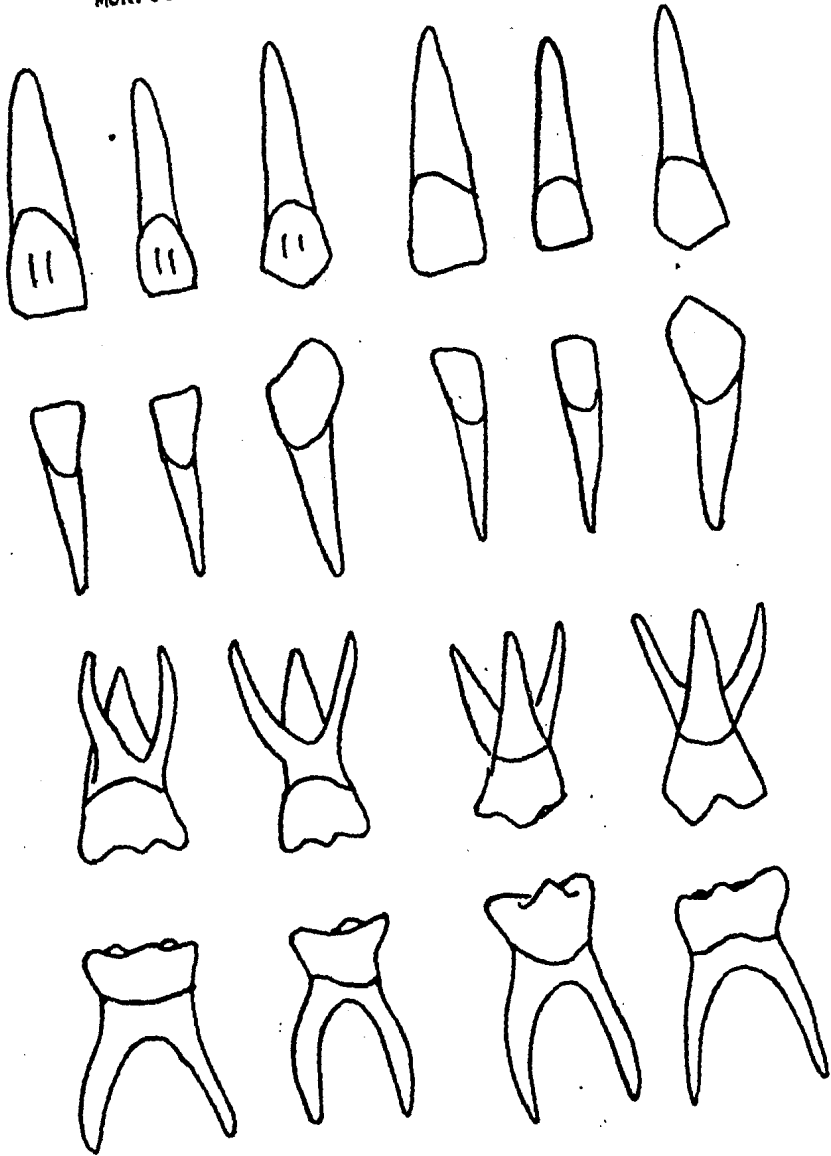
por un surco de desarrollo mesio-vestibular y otro disto-vestibular, el tamaño de las cúspides es casi igual. Por su cara lingual se observan dos cúspides de casi el mismo tamaño, divididas por un cuarto surco lingual. El reborde marginal mesial está más desarrollado que el distal.

Rafz.- Las raíces del segundo molar primario son largas y finas, con una separación característica mesio-distal en los tercios medio y apical.

Cavidad Pulpar.- Consta de una cámara y tres canales pulpaes, la cámara pulpar tiene cinco cuernos pulpaes de los cuales, el mesio-vestibular y el mesio-lingual son los mayores les siguen en tamaño, el disto-lingual y el disto-vestibular, el más pequeño es el distal.

Los dos canales pulpaes mesiales confluyen a medida que dejan el suelo de la cámara pulpar; el canal distal es algo estrecho en el centro. Los tres canales se adelgazan a medida que se acercan al agujero apical.

MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS



b) Características de la primera dentición.

Dentición es el cúmulo de circunstancias que ocurren para la formación, crecimiento y desarrollo de los dientes en sus distintas etapas hasta su erupción a fin de formar la dentadura.

Existen dos denticiones: La primera en la edad infantil - consta de veinte pequeños dientes que por su forma y tamaño - satisfacen las necesidades fisiológicas requeridas.

La otra es la que en tiempo apropiado, para cubrir necesidades mayores, sustituye a la primera, ésta recibe el nombre de segunda dentición y es la que forma la dentadura de los - adultos.

Es el grupo de dientes que aparecen en primer término durante el proceso de evolución del organismo humano, ha sido denominada, de diferentes maneras, por ejemplo:

Dientes de leche. Antiguamente se les llamó de esta manera debido al color lechoso y además porque salen en la época de la lactancia.

Dientes mamonos.- Porque en ocasiones provocan ciertos - pruritos que lo obligan a chupar, mamar o morder cuanto encuentra a mano.

Dientes caducos.- Porque al cumplir el tiempo normal, de su función, se mudan por los permanentes.

Dientes desiduos.- (Desidere que es igual a caer). Muy frecuentemente llamados de esta manera en el idioma inglés.

Dientes fundamentales.- Por ser la base del aparato masticatorio.

Dientes temporales.- Que dá idea de provisionalidad. Lo impropio de las denominaciones anteriores, es que su interpretación hace suponer menor tiempo de actuación o que carecen de importancia estos primeros dientes por el hecho de que van a ser reemplazados por la segunda dentición, por este motivo los padres hacen muy poco caso y no les prestan la atención debida. El nombre que se ha permitido emplear para designarlo, da lugar a que a menudo se encuentren niños con dientes afectados por caries, que convierte su boca en un verdadero foco de infección, capáz de poner en peligro su vida.

Si a la ignorancia, negligencia y falta de higiene se suman la desorientación, que causa el nombre inadecuado, se tiene como consecuencia un resultado negativo.

La primera dentadura, o dentadura infantil, alcanza un lapso hasta de diez años en su función por lo que no puede ser considerada temporal. Pues es un período que cubre por completo la edad infantil. Por lo tanto, deba tomarse en cuenta -

como las determinantes de la salud general del niño, tan importantes en la constitución futura del adulto.

Además de la condición de aparecer en el primer término y constituir el aparato masticatorio del niño, son comunes a los dientes de la primera dentición, otras características como tamaño, color y forma.

Estos pequeños dientes coinciden armoniosamente con el tamaño de la boca, con los huesos y con todo el conjunto anatómico y ante el período de vida en que cumplen su función. Su color blanco lechoso, ligeramente afilado, los define a todos, así como su forma estrangulada en la región del cuello, y algunas otras características especiales debido a su forma, posición y función que, desempeñan ya sea estética, fonética, o masticatoria, se dividen en dos grupos: Dientes anteriores y dientes posteriores.

Dientes anteriores.

Incisivos. Su forma adecuada para cortar los asemeja entre sí, tienen un papel muy importante en la estética y fonética, el cual alcanza la cifra del noventa por ciento.

Caninos. Son dientes fuertes y poderosos que pueden servir para romper y desgarrar, aunque su función estética y fonética también es muy importante.

Dientes posteriores. La principal función de estos dientes, es la de triturar los alimentos. Tienen su corona en forma cuboide, su volúmen y diámetro son mayores, más gruesos sus contornos y, además, poseen eminencias en forma de tubérculos y cúspides en la cara masticatoria, que se intercalan con los antagonistas de la cara opuesta al efectuarse la oclusión o cierre de las arcadas.

c) Nomenclatura y Cronología.

Nomenclatura.- Se han ideado algunas formas o diagramas para hacer un registro por medio de signos, que sustituyen los nombres de los dientes, con lo cual se ahorra espacio y tiempo.

El diagrama de Sigmondy, conocido también como el diagrama del cuadrante, tiene varias modalidades:

- 1.- Usa números arábigos, con apóstrofe.
- 2.- Usa números romanos.
- 3.- Usa letras mayúsculas del alfabeto.

Otra forma de representar los dientes, es por medio del diagrama numérico o sistema universal.

Para designar los dientes de la primera dentición, se usarán números arábigos con primas o números romanos del I al X en la arcada superior y del XI al XX en las inferiores.

La nomenclatura que usamos más frecuentemente, es por medio de letras mayúsculas del alfabeto como son: A, B, C, D, E.

Cronología.

Erupción de los dientes primarios.

Superiores	Incisivo central	7.5 meses
	Incisivo lateral	9 meses
	Canino	18 meses
	Primer molar	14 meses
	Segundo molar	24 meses
Inferiores	Incisivo central	6 meses
	Incisivo lateral	7 meses
	Canino	16 meses
	Primer molar	12 meses
	Segundo molar	20 meses

Erupción de los dientes secundarios.

Superiores	Incisivo central	7-8 , años
	Incisivo lateral	8-9 años
	Canino	11-12 años
	Primer premolar	10-12 años
	Primer molar	12-13 años
	Segundo molar	12-13 años

Inferiores	Incisivo central	6-7 años
	Incisivo lateral	7-8 años
	Canino	9-10 años
	Primer-premolar	10-12 años
	Segundo premolar	10-12 años
	Primer molar	6-7 años
	Segundo molar	11-13 años

d) Diferencias entre los dientes primarios y los dientes secundarios.

A) En el tamaño:

1.- Los dientes primarios son de menor tamaño que los dientes permanentes.

2.- El diámetro mesio-distal de los primeros y segundos molares primarios, es mayor que el de los primeros y segundos premolares.

3.- El diámetro mesio-distal de los caninos e incisivos primarios, es menor que en la de los incisivos y caninos permanentes.

B) En el color:

1.- Los dientes primarios son más blancos.

2.- Los dientes secundarios presentan un color amarillento.

C) En las coronas:

1.- Las coronas de los dientes primarios son más pequeñas y de forma de bulbo.

2.- La terminación del esmalte en el cuello de todos los dientes primarios es en forma de escalón.

3.- Las caras vestibulares y linguales convergen hacia oclusal.

4.- La línea de contorno cervical es casi homogénea, sin festones.

5.- El brazo mesial del canino primario, es más largo y en el canino secundario es más corto y el brazo distal más largo.

D) En las raíces:

1.- En los dientes primarios son más largas, cónicas y delgadas.

2.- En los dientes anteriores primarios, en una vista proximal, se aprecian en forma de balloneta, debido a la posición del germen dental permanente que va a absorber a la raíz.

3.- Las raíces de los dientes posteriores son convexas para alojar al germen del diente permanente.

E) En la pulpa:

1.- En los dientes primarios, la cámara pulpar se adapta con mayor exactitud al contorno de la unión amelo-dentinaria.

2.- Las cámaras pulpares son más amplias en los dientes primarios.

e) Desarrollo de la dentición mixta.

El período de la dentición mixta principia con la aparición de los primeros molares secundarios, y sigue hasta que todos los dientes secundarios hayan reemplazado a los dientes primarios. Puesto que los primeros molares secundarios llamados de los seis años erupcionan distalmente a los segundos molares primarios y son guiados hacia la oclusión por las superficies distales de estos, la relación de los segundos molares primarios es lo que determina la oclusión de los primeros molares secundarios.

La mayor parte de los niños tienen relación cúspidea con cúspide de los segundos molares primarios, por lo que tanto los primeros molares secundarios superior e inferior, a medida que erupcionan, van haciendo una relación cúspide con cúspide.

Como muchos niños tienen distemas en el arco inferior, ubicados en dirección distal a los caninos primarios, el desplazamiento mesial de los primeros y segundos molares inferiores primarios, suelen dar como resultado una relación molar clase I al comienzo de la dentición mixta.

Si faltan estos distemas, la relación cúspidea de los molares suele conservarse hasta la caída de los primeros y segundos molares primarios que son reemplazados por los premolares y con frecuencia queda algo de espacio residual, porque la dimensión mesio-distal de los premolares suele ser menor que la

de los molares primarios.

Este espacio, hace posible un desplazamiento mesial tardío de los primeros molares inferiores, lo que da como resultado - una relación molar clase I.

Debido a que los diastemas del arco superior generalmente se encuentran por mesial de los caninos primarios, no es tan fácil la migración mesial de los molares primarios superiores.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA

La historia clínica debe llenar ciertos requisitos para - hacerla práctica, útil y actual, depende en gran parte de lo completa que tengamos nuestra historia clínica para solucionar cualquier emergencia en caso que se nos presente. Esta - debe ser algo vivo, integrado al tratamiento y no un simple - interrogatorio, con preguntas en algunos casos inútiles.

Se le debe dar una gran importancia a la historia clínica, porque en algunos casos se ha transformado en un hábito y se - llena rutinariamente volcando sobre el papel nociones estereotipadas y de escasa utilidad. Cuando relacionamos la historia clínica, debemos tener el tiempo suficiente para escuchar con atención y, poder observar detenidamente a nuestro paciente, - para así poder elaborar un buen plan de tratamiento que al final nos llevará a elaborar un buen trabajo dental.

El interrogatorio, que debemos preferir al cuestionario impreso, que muchos odontólogos sugieren para que la madre llene en la sala de recepción,, es realmente un arte pero tiene principios y métodos que serían indispensables al profesional conocer y manejar adecuadamente, para evitar situaciones difíciles, muy factibles cuando se cometen indiscreciones por una mala - sistematización de nuestras preguntas. Las primeras preguntas que debemos hacer, es la edad, el nombre del paciente y de los padres y hermanos, después entramos de lleno al interrogatorio

En primer término nos debe de interesar el motivo por el cual asiste a la consulta, muchas de las veces, por la manera de la madre, de expresar la razón por la cual trae a su hijo a la consulta, puede conocerse su coeficiente de inteligencia - odontológica. Partiendo de esta base, debemos orientar nuestro interrogatorio, siempre mostrando amabilidad hacia los -- padres y procurando aclarar todas las dudas que presenten.

Una vez que se aclara lo relacionado a la visita al consultorio, se pasa a la historia médica, vista periódicamente al médico?, Ve un médico general?, o un Pediatra, como son sus relaciones con él?, que enfermedades ha padecido?, a que edades?, que tipo de tratamientos llevó?, ha sido intervenido quirúrgicamente?, como reaccionó después?, que tipo de intervención fue?, fue internado en algún hospital?, porque?, y cuándo?.

Es fundamental conocer las experiencias traumáticas, lamentablemente frecuentes, como son las amigdalectomías, las cuales tienen un innegable significado psicoemocional. Sabía el niño que le iban a operar?, hubo algún tipo de preparación previa?, que tipo de anestesia se utilizó?, hubo complicaciones postoperatorias?.

Es importante subrayar con rojo, o señalar con letras mayúsculas, si el paciente es alérgico a algún tipo de medicamento o anestésico, también si está en algún tratamiento médico y la causa de éste. También debemos interrogar acerca -

de sus vacunas, si no tiene algún problema psicológico o se encuentra en tratamiento.

Durante esta conversación, debemos conocer las reacciones del niño, algunas veces éste se encuentra en brazos de su madre, fuera del sillón dental y sin instrumental cerca. Si vemos que el niño pretende acercarse al sillón dental o a cualquier otra parte del equipo dental, les explicamos para que es y como funciona, y podemos examinarlo.

Nuestro exámen clínico comienza, desde el momento en que el niño entra al consultorio, debemos observar su aspecto, estado físico y anímico, tendremos así la impresión de que si es un niño saludable o si es enfermizo, débil o robusto. También es importante que observemos la cara del niño, para ver si no tiene algún problema de oclusión o algún hábito, (como chupado, respirador bucal, etc.).

Debemos también observar los labios, registrar su nivel, su tono, su volúmen, las encías, para apreciar el grado de limpieza dental, los frenillos, la mucosa de los carrillos y la lengua.

Conviene mostrar a los padres cada detalle de la boca del niño, para que conozca los problemas que presenta su hijo. No confiemos en aquello, aparentemente alagador, "no doctor, yo no entiendo. Lo dejo en sus manos, haga lo necesario".

Es indispensable después de cualquier tratamiento, anotarlo en la historia clínica y mostrarlo a sus padres.

Trastorno de Lenguaje	()	Fiebre Reumática	()
Tuberculosis	()	Fiebres Eruptivas	()
Otras	()		

- | | |
|--|---------|
| | SI NO |
| 8.- Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? | () () |
| 9.- Tiene dificultades en la escuela? | () () |
| 10.- Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos. | |
| 11.- Motivo de ña consulta?. | |
| 12.- Recomendado por:..... | |
| 13.- Experiencias Odontológicas:..... | |
| 14.- Observaciones:..... | |
| 15.- Actitud del niño hacia el odontólogo: Favorable..... | |
| Desfavorable:..... | |

II Tejidos blandos

Labios.....	Lengua.....
Mucosa bucal.....	Piso de la boca.....
Velo del paladar.....	Glándulas salivales.....
Paladar.....	Ganglios.....
Amígdalas.....	Observaciones.....
Tejido gingival.....	

III Exámen Dental

Higiene oral Bueno () Regular () Malo ()

Métodos y frecuencia

Dientes:

Ausencia congénita..... Faltantes..... Forma.....
Tamaño..... Color..... Anomalías de número.....
Fracturas.....

Observaciones:

Neutroclusión	Mordida abierta
Distroclusión	Mordida cruzada anterior
Mesocclusión	Mordida cruzada posterior
Sobremordida	Apiñamiento anterior
Observaciones	

IV Hábitos:

Succión del pulgar	()	Protrusión de lengua	()
Otros dedos	()	Morder labios	()
Respirador bucal	()	Otros	()

Anotaciones:

E D C B A A B C D E
E D C B A A B C D E

Plan de tratamiento:

Odontología preventiva:

Tratamiento tópico de Fluor

Fecha Edad

CAPITULO V
PREPARACION DE CAVIDADES
EN NIÑOS.

La clasificación de preparaciones de cavidades en dientes secundarios originadas por el Dr. Black, pueden modificarse ligeramente, para aplicarse en dientes primarios.

Deben seguirse las mismas etapas predeterminadas en la preparación de cavidades en los dientes primarios, que en la de los secundarios: estas etapas son:

- 1.- Obtener forma de delineado.
- 2.- Obtener forma de resistencia.
- 3.- Forma de conveniencia.
- 4.- Eliminación de caries restante.
- 5.- Terminar la pared del esmalte.

Al preparar la forma de cavidad para restaurar dientes primarios, aunque siguen rigiendo los principios básicos de preparación de cavidad que acabamos de mencionar, existen ciertas modificaciones en el diseño de la cavidad, que hacen que el cuidado restaurativo de estos dientes sea único. La mayoría de estas modificaciones tienen relación con las diferencias anatómicas de los molares primarios y los molares secundarios. Algunas de estas diferencias son:

Cubiertas muy delgadas de esmalte (1 mm.), contactos proxi-

males amplios en los molares, cámaras pulparas agrandadas tabla oclusal estrecha y protuberancia cervical más pronunciada; junto con una constricción pronunciada en el cuello del diente.

Una vez enunciadas las etapas, para la preparación de una cavidad; hablaremos acerca de los cinco tipos de preparaciones de cavidades en dientes primarios que son:

Clase I. Abarca fosa y fisuras de las superficies oclusales de los molares y cingulos de los dientes anteriores primarios.

Clase II. Todas las superficies proximales de los molares con acceso establecido, desde la superficie oclusal.

Clase III. Todas las superficies proximales de dientes anteriores que pueden afectar o no, extensiones vestibulares o linguales.

Clase IV. Superficies proximales de dientes anteriores que afectan el ángulo incisal.

Clase V. Tercio cervical de todos los dientes incluyendo las superficies proximales en las que el borde marginal no está incluido en la preparación de la cavidad.

Preparación de cavidad Clase I.

La técnica para elaborar una cavidad clase I, es la misma que la usada en dientes secundarios, aunque en dientes primarios hay ciertas modificaciones. La forma del contorno debe incluir todas las áreas susceptibles de ulterior deterioro, es decir, debe hacerse la extensión preventiva de la cavidad, - esto significa, que se deben incluir fosetas y fisuras en la preparación, de manera que los bordes puedan ser terminados - fácilmente.

En lesiones incipientes se usan fresas de cono invertido - número 34, para penetrar el esmalte y también la dentina (unos 0.5 ml. o menos). Terminado el delineado de la cavidad y hechas las extracciones para buscar surcos o fisuras, se usa una fresa de fisura número 56 ó 57 para pulir las paredes y terminar la cavidad. Las paredes del esmalte oclusal estarán aproximadamente paralelas al eje del diente y la pared pulpar deberá ser plana y sana.

Si el área careada es extensa, puede usarse una fresa número 2 ó 4 para entrar y eliminar la destrucción. Deberá hacerse - con mucho cuidado, ya que existe el riesgo de exponer la pulpa. Para eliminar toda la dentina blanda se usan las cucharillas, - la dentina de color pardo dura afectada puede dejarse en la cavidad, pero toda la caries blanda correosa debe ser eliminada.

La caries de un segundo molar superior se prepara, en lo posible por separado en dos cavidades, una mesio-central y una - disto-palatina, conservando el puente de esmalte central. Si

una caries incipiente es extensa y está destruida toda la superficie oclusal, en estos casos se realizará el tratamiento directo de la pulpa, seguido de la colocación de una corona de acero-cromo.

Preparación de cavidad clase II.

La cavidad de clase II o próximo-oclusal en los molares primarios, se considera generalmente, como uno de los procedimientos más frecuentes en todos los cuadrantes de la boca y principalmente en niños.

Es una preparación difícil, porque por una parte requiere del cuidado de la pulpa y la sustancia dentinaria, y por otra parte la obturación debe tener suficiente espesor para evitar una fractura posterior.

En la preparación de cavidad clase II, los molares primarios superiores tienen ligeras diferencias a causa del puente prominente de esmalte, porque no es necesario extender la caja oclusal através de ese puente a menos que esté socavado o involucrado.

La preparación de cavidad clase II está dividida en dos tipos:

1.- Lesión incipiente, en la cual las dimensiones de la cavidad no están determinadas por la caries: molares primarios-

y secundarios.

2.- Lesión grande, en la cual las dimensiones de la cavidad estarán determinadas por la caries: molares primarios y secundarios.

Lesión incipiente.

El primer paso en la preparación de una cavidad clase II en un diente primario, suele ser la eliminación del reborde marginal socavado (fresa No. 35, de cono invertido). La instrumentación depende de la resistencia del tejido dental y la extensión de la caries.

La profundidad mínima de la cavidad debe ser de 0.5 mm. hacia la unión amelodentinaria, si queda algo de caries se puede eliminar con fresas redondas o cucharillas.

La caja oclusal deberá presentar contornos redondeados, suaves y relativa amplitud dada, sobre todo por un ítmo ancho. - La unión con la caja proximal casi en ángulo recto, es importante recordar que los primeros molares la caja oclusal no cruza toda la superficie, en caso de caries proximales mesial y distal. Las paredes laterales son ligeramente convergentes hacia oclusal y el piso o pared pulpar ligeramente redondeado.

La caja proximal sigue sus líneas redondeadas. Un paralelismo con las caras vestibular y lingual o palatina ofrece un piso

gingival perfectamente definido. Dos surcos laterales buco - y linguoaxiales por dentro del límite amelodentinario aumentan la retención. El escalón o ángulo axio-oclusal es redondeado.

Los bordes de la caja proximal deben extenderse hasta las superficies autolimpiantes.

Los prismas libres del esmalte en la caja proximal, se eliminan con fresa de bola de baja velocidad, o con cucharillas.

Lesión grande.

Si no se diagnostica una lesión de clase II en un molar - primario en una etapa incipiente por medio de buenas radiografías, ésta avanzará hasta formar socavado en el reborde - marginal.

El uso de un diseño convencional clase II en cavidades para estas lesiones grandes está destinada al fracaso, porque es imposible mantener un soporte adecuado próximo-vestibular y proximal-lingual.

Como tratamiento alternativo de grandes lesiones de la clase II, en molares primarios y secundarios, tenemos la incrustación de Willet, la corona de oro fundido y las coronas de acero-cromo.

Preparación de cavidad clase III.

En la región anterior de la boca, es a menudo muy importante el aspecto estético.

El sitio más común de una lesión clase II en la dentición primaria, es la superficie mesial de los incisivos primarios, afectándose más en arco superior que en inferior. La superficie distal del canino primario, también se ve comunmente afectada en la dentición mixta.

Las lesiones de clase III a menudo suelen venir acompañadas de una lesión adyacente de clase V en el mismo diente; - esto se observa por lo común en los incisivos primarios en el síndrome de "la mamila". Aquí las lesiones de clase III y - clase V se unen, produciendo una caries de tipo circunferencial. Esto se produce con más rapidéz en la dentición primaria por la relativa altura inciso-gingival de la corona clínica de los incisivos primarios.

Cuando la lesión en un incisivo es incipiente, puede usarse una fresa de cono invertido de carburo No. 2 de alta velocidad para preparar la cavidad, con un mínimo de extensión labial y lingual, no hay necesidad de un anclaje para mejorar el acceso y la retención. La forma del contorno será triangular con la base del triangulo en la cara gingival de la cavidad. Las paredes bucal y lingual, serán paralelas a las respectivas superficies externas del diente, para llegar al-

ápice del triángulo.

La pared gingival de la cavidad se inclinará ligeramente - hacia incisal, adaptando una posición paralela a la estructura de los prismas del esmalte, esto permite, que el escalón - tenga retención mecánica. La cara incisal de la cavidad no - debe ser recortada porque ésto perjudicaría al esmalte incisal, que más adelante está sujeta al desgaste.

La profundidad de la cavidad, será de 0.5 mm. pulpar hacia la unión amelo-dentinaria. Los surcos de retención se harán a lo largo de la unión amelo-dentinaria con una fresa de fisura piramidal alternativamente, pueden hacerse fositas de retención en los puntos internos de los ángulos buco-lingual y -linguo-gingival, con la fresa de fisura piramidal.

Si la caries es extensa, y el ángulo incisal permanece intacto, se puede hacer una preparación de cola de milano. Con la cola de milano preparado en el aspecto lingual (el preferido) o en el vestibular del diente.

El anclaje solo se hará en dientes anteriores primarios, - éste se hará en el tercio medio del diente a una profundidad de 0.5 mm. en la dentina. Se evita el tercio incisal del diente por el desgaste que el mismo sufre, y el tercio gingival - porque la obturación puede facilitar la retención de placa - bacteriana.

La técnica recomendada para la preparación de cola de milano es como sigue: Después de lograr el acceso con la fresa de cono invertido pequeña, se establece el delineado de la cavidad primero en gingival, después en vestibular y lingual, y finalmente se corta la cola de milano. Deberá tenerse cuidado de hacer el cierre de la cola de milano a expensas de gingival, en vez de incisal, ya que podría debilitar el ángulo del diente.

El área interproximal de la cavidad, debe adoptar la forma de "C" cuando se le observa directamente. El extremo abierto de la "C" se encuentra con anclaje retentivo, el ancho y la colocación del anclaje está determinado en parte por la extensión y la posición de la caries.

Preparación de cavidades clase IV.

El sitio más común de la lesión de clase IV, es el borde mesio incisal de los incisivos centrales primarios superiores, seguido en frecuencia por el ángulo mesio-incisal del incisivo lateral primario superior, la reducida altura vertical de la corona del incisivo primario que está reducida más aún por la atrición, puede ser la causa de la rápida extensión de una clase IV.

Los principales problemas del tratamiento de lesiones de la clase IV son:

1.- Que queda insuficiente volúmen del diente después de -
la remoción de las caries, como para retener la obturación.

2.- Que los pacientes seleccionados para el tratamiento sean
muy pequeños, porque los dientes que se van a restaurar pueden
ser conservados varios años. La edad del niño hace que las --
condiciones de trabajo estén lejos de ser las ideales.

En los dientes anteriores primarios en donde la caries es ex-
tensa y afecta a los ángulos incisales, es posible realizar --
restauraciones totales estéticas usando:

Resinas compuestas
Bandas Ortodónticas
Coronas anteriores.

Preparación de cavidades clase V.

Estas preparaciones se realizan en forma similar a la de -
los dientes secundarios.

Se produce en el tercio gingival de los dientes y su etio-
logía, puede estar ligada con una mala higiene bucal.

Cuando se observa descalcificación gingival en muchas regio-
nes, se recomiendan los enjuagues bucales con fluoruro y buena
técnica de cepillado.

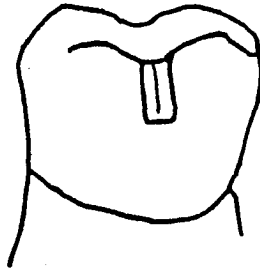
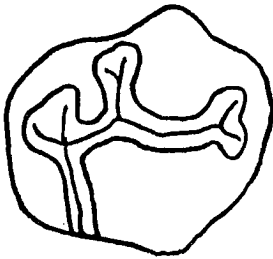
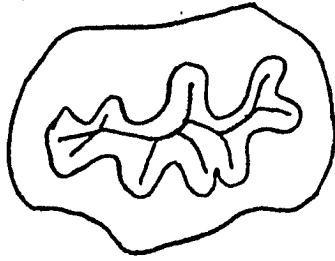
La forma de la cavidad estará limitada por la caries y las zonas de descalcificación. La cavidad clase V puede tener - forma de riñón, una forma ligeramente curva es tan aceptable como un cuadrado en los bordes mesiales y distales.

Se puede utilizar una fresa de cono invertido No. 35 para profundizar en la cavidad 0.5 mm. hacia la dentina. Se harán escalones dentinarios para lograr debida retención mecánica. Se eliminará la caries restante con una fresa redonda del No. 2 a baja velocidad. El borde gingival del esmalte seguirá -- una curva paralela a la inserción gingival.

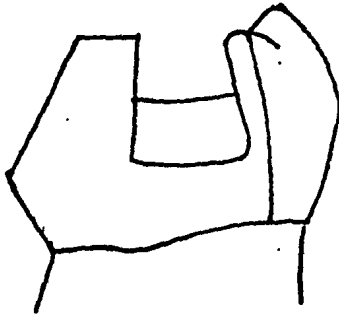
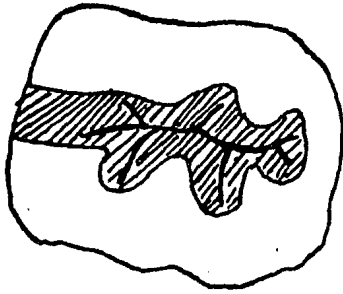
Para asegurarse de que la pared gingival está libre de destrucción de estructura dental, se puede usar una grapa de dique para retraer los tejidos vestibulares.

Esto facilita la condensación y también el escavado. En todas las preparaciones profundas deberá utilizarse base protectora, puesto que las varillas de esmalte se dirigen a oclusal, e incisalmente en los dientes primarios no es necesario bicelar el ángulo cavo superficial.

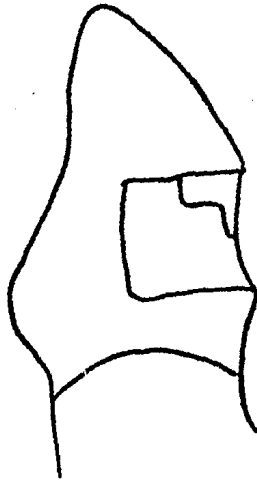
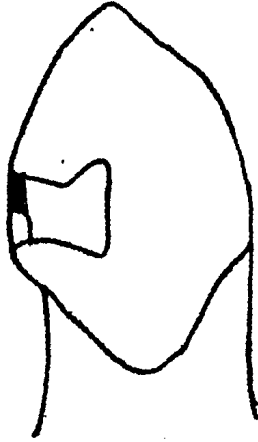
C L A S E I



C L A S S E II



C L A S E III



CAPITULO VI

PRINCIPALES TRATAMIENTOS PULPARES EN ODONTOPEDIATRIA

Existe una gran cantidad de caries profundas en los dientes temporales en niños que no han recibido la atención adecuada, estas lesiones las veremos en las radiografías muy - cerca a la pulpa. El odontólogo entonces, para evitar al mínimo el trauma operatorio, ya que en una patología pulpar establecida por caries, el agregado del trauma operatorio puede irritar más a la pulpa. Todo esto nos puede causar lesiones irreversibles, en vista de las relaciones que hay entre la patosis pulpar y la profundidad de la caries, la excavación temprana de lo que podrá ser una caries incipiente, es lo más aconsejable para reducir al mínimo la exposición pulpar.

A) Recubrimiento Pulpar Indirecto.

Definición.

Es un procedimiento que consiste en eliminar la caries superficial de la lesión y sellar la cavidad con algún germicida, siempre y cuando la pulpa no esté expuesta, lo cual permitirá a la pulpa que se recupere y mantenga su vitalidad y función adecuada.

Indicaciones.

- 1.- En caries que estén próximas a la pulpa: dejando dentina

reblandecida se pone una base de hidróxido de calcio durante 2 ó 3 meses, así se formará dentina secundaria.

2.- En pacientes jóvenes.

3.- En dientes temporales.

4.- En caries no penetrantes.

5.- En donde el aspecto de la encía adyacente es normal.

6.- En dientes color normal.

7.- En donde radiográficamente el espacio periodontal es normal.

Contraindicaciones.

1.- En dientes que presenten cuadros de dolor pulpar agudo y penetrante y dolor nocturno prolongado que indique inflamación pulpar aguda o necrosis.

2.- En dientes que presenten abscesos en la encía o cerca de las raíces.

3.- En los dientes donde las pruebas vitales son negativas.

4.- Donde radiográficamente el ligamento periodontal está -

agrandado.

5.- En dientes con caries muy profundas y con dentina reblandecida, la cual sospechemos que al removerla existirá exposición pulpar.

Técnica.

1.- Siempre que sospechemos la posibilidad de que hay una exposición pulpar, usaremos el dique de hule.

2.- Prepararemos la cavidad, después desinfectaremos.

3.- Aplicamos base de hidróxido de calcio en pasta o en polvo.

4.- Aplicamos otra base de óxido de zinc y eugenol.

5.- Obturamos la cavidad hasta su ángulo cabo superficial, con oxifosfato de zinc.

Se cita al paciente una semana después y si no ha sentido molestias, obturaremos definitivamente.

B) Recubrimiento Pulpar Directo.

Definición.

Es una técnica endodóntica preventiva. Consiste en la protección de la pulpa sana ligeramente expuesta, con una sustancia sedante y antiséptica que permita su recuperación.

Indicaciones.

- 1.- Fracturas dentarias.
- 2.- En exposiciones accidentales, en las preparaciones de cavidades.
- 3.- Cuando la lesión pulpar no es grande.

Contraindicaciones.

- 1.- Dolor dental intenso por la noche.
- 2.- Dolor espontáneo.
- 3.- Movilidad dental.
- 4.- Ensanchamiento del ligamento periodontal.
- 5.- Manifestaciones radiográficas de degeneración pulpa o periapical.
- 6.- Hemorragia excesiva en el momento de la exposición.

7.- Salida de exudado purulento o ceroso en la exposición.

Técnica.

1.- Colocaremos primeramente dique de hule.

2.- Con cucharilla estéril, retiraremos la mayor cantidad de tejido adyacente a la porción expuesta de la pulpa.

3.- Evitaremos la contaminación de la pulpa expuesta poniendo escencia de clavo en una torunda de algodón en la exposición - pulpar.

4.- Secamos la cavidad.

5.- Colocamos sobre la exposición pulpar hidróxido de calcio, ya sea en polvo o en pasta.

6.- Colocamos una base de hidróxido de zinc y eugenol.

7.- Por último colocamos oxifosfato de zinc.

Después de un mes de probar la vitalidad pulpar, si la pulpa responde dentro de los límites normales, se retirará parte del cemento y lo reemplazamos con la obturación permanente.

Si se presentara una reacción anormal al calor o al frío durante varias semanas, o hubiera un dolor definido, considerara-

mos fracasada la operación y procederemos a la extirpación - pulpar.

C) Pulpotomía.

Si se producen exposiciones grandes en pulpas vitales y si la protección pulpar ha sido eliminada como método de tratamiento, se puede usar la pulpotomía.

Sus técnicas han sido exitosas según la dentición afectada y la técnica empleada.

La eliminación pulpar coronaria y el emplear hidróxido de calcio en la dentición permanente joven, ha tenido gran éxito aún sin tomar en cuenta si la exposición se ha producido por una caries, por accidente operatorio, o por traumatismo, como los incisivos permanentes jóvenes fracturados.

1) Pulpotomía vital con hidróxido de calcio.

Se ha usado una pasta de hidróxido de calcio como curación pulpar en pulpotomías de piezas primarias y permanentes. Sus estudios histológicos muestran, que en los casos acertados, la porción superficial de la pulpa más cercana al hidróxido de calcio se necrosaba antes, proceso acompañado de agudos cambios inflamatorios en los tejidos inmediatamente subyacentes.

Después de un período de cuatro semanas, cede la inflamación

aguda, seguía la inflamación de una nueva capa odontoblástica en el lugar de la herida; en el futuro se formaría un puente de dentina. La exposición cariada de las piezas primarias ni ha reaccionado siempre tan favorablemente. A este tratamiento generalmente le siguen resercciones internas con destrucción de raíz, principalmente en dientes primarios. Esto puede deberse a sobreestimulación de las células pulpares no diferenciales.

Técnica.

Después de haber aislado el diente y haber colocado la anestesia, procedemos a la eliminación de la cámara pulpar con una fresa redonda del No. 6. Una vez eliminado el techo pulpar, la pulpa cameral es removida; eliminaremos la hemorragia por medio de la presión. Si la hemorragia no se ha sedado, con un escavador fino lo introducimos un milímetro por debajo de los conductos y continuamos con el apósito hecho con hidróxido de calcio.

Hay que recubrir con hidróxido de calcio la cavidad, este hidróxido de calcio deberá ser puro y de consistencia cremosa mezclado con agua estéril. Con un instrumento estéril apropiado, llevaremos la pasta a la cámara pulpar y sobre los conductos pulpares, con una bolita estéril de algodón, adaptamos la pasta por medio de unas pinzas, este algodón también nos eliminará el exceso de humedad de la pasta. El hidróxido de calcio es radiolúcido, así que si se emplea en cantidad excesiva en las radiografías de control, la pulpa puede aparecer como si no -

hubiera sido intervenida.

2) Pulpotomía para dientes temporales con formocresol.

Todo el tratamiento anterior de pulpotomía, se repetirá, - excepto por el tipo y aplicación de la medicación. El formocresol será nuestro medicamento substituyendo al hidróxido de calcio.

Ya que reprimimos la hemorragia, con una torunda de algodón humedecida con formocresol (formaldenido al 19%, cresol al 35%, en un vehículo de glicerina y agua al 15%), la adaptaremos al tejido pulpar remanente en los conductos radiculares durante tres minutos. Con el fin de cauterizar retiraremos el medicamento. Se hará una pasta espesa, de polvo de oxido de zinc, una gota de eugenol y una de formocresol, ésta la adaptaremos a la pulpa remanente radicular hasta un espesor de dos milímetros, seguida por una base de cemento de Fosfato de zinc y amalgama de plata o corona de acero en la misma sesión.

Cuando se emplea formocresol, no se forma el puente de dentina secundario sobre la pulpa como con el hidróxido de calcio tras una eliminación pulpar. Además, en la dentición temporal, donde el peligro de reabsorción interna limita el uso eficaz de hidróxido de calcio y otros agentes después de la eliminación pulpar coronaria, el empleo de formocresol reduce al mínimo o elimina este peligro. La formaldehida de formocresol va a fijar al tejido pulpar adyacente por internación entre el

medicamento y las proteínas celulares. Como todo tratamiento, el uso de formocresol no asegura el éxito de la terapéutica. El interés por las alteraciones periapicales que el medicamento pudiera producir está promoviendo investigaciones. Se sabe, que el formaldehído, al introducir la formación de trombos, produce zonas de izquemia, que terminan en necrosis por coagulación de los tejidos pulpaes circulantes privados de su nutrición y respiración normal.

D) Pulpectomía.

La pulpectomía es la extirpación de la pulpa seguida de esterilización y obturación de los conductos radiculares. El tratamiento de los dientes despulpados son los procedimientos realizados en los conductos radiculares de dientes con pulpa necrosada o gangrenada.

Si se trata de dientes primarios, estas definiciones serán modificadas para incluir el tratamiento químico de la pulpa con la obturación parcial o momificación del contenido del conducto.

Estos procedimientos son empleados para tratar y conservar dientes enfermos que son indispensables para el desarrollo normal. Está indicado el tratamiento cuando las pulpas degeneradas no sean susceptibles de pulpotomía, y para dientes con abscesos crónicos o fístulas.

Esta contraindicada en dientes primarios no estratégicos - funcional o estéticamente, o cuyo pronóstico sea malo o dudoso.

La preparación mecánica completa y el logro de un sello verdaderamente haermático no suele ser posible debido a que los - conductos de los molares primarios son estrechos, ramificados y tortuosos. Por lo tanto, se utilizan la limpieza y la esterilización mecánica.

Los métodos de obturación deberán ser modificados, porque - el sellador deberá ser reabsorbido junto con las raíces y porque la anatomía del conducto radicular impide emplear los métodos habituales de obturación. Darán buenos resultados los - casos debidamente seleccionados.

Procedimiento.

Para realizar una pulpectomía, el diente deberá ser anestesiado, si fuera necesario, y se aplicará el dique de hule. Se establece la forma de la cavidad. Se retira todo el tejido - carioso y se penetra a la cámara pulpar. El contenido de la - cámara pulpar y de los conductos radiculares se limpia utilizando ensanchadores, limas y sondas. Hay que evitar fracturar el instrumento o perforar la raíz. La mayor parte de la limpieza podrá realizarse mediante la irrigación con hipoclorito de sodio para evitar la creación de presión gaseosa.

Los conductos se secarán con puntas absorbentes. Se hume-

dece una torunda de algodón con formocresol y se exprime dentro de una de gasa, para evitar que un exceso de medicamento provoque un trastorno en los tejidos periapicales o en el folículo dentario en desarrollo.

El éxito de este primer paso será señalado por la desaparición del dolor, reducción de la movilidad dentaria y desaparición del exudado.

Si cualquiera de estos síntomas aún se presentan, el diente deberá ser tratado nuevamente mediante irrigación cuidadosa, secado y aplicación de formocresol.

Cuando el tratamiento con medicamentos dentro de los conductos sea venturoso, el procedimiento endodóntico deberá ser terminado con un aumento de obturación radicular resorbible. Se aplica el dique de hule y se retiran los sellos de temporales y el algodón. Los conductos son irrigados, secados y obturados con una pasta resorbible de óxido de zinc y eugenol, sola o mezclada con una gota de formocresol.

La obturación del conducto radicular se realiza llevando la pasta lo más profundamente posible en los conductos con una sonda o un condensador y colocando posteriormente más pasta dentro de la cámara pulpar. A continuación, se emplea una torunda de algodón enrollada firmemente para obligar al material a penetrar lo más profundamente posible en los conductos.

Un método alterno es emplear una jeringa de presión con una aguja fina y delgada colocada profundamente en el conducto. Al inyectar la pasta, la aguja es retirada lentamente.

Ninguno de éstos métodos proporciona un control preciso de la obturación de los conductos ni un sellado hermético verdadero. Sin embargo, sí ofrece una ventaja sobre la técnica de medicación y momificación sin un sellador radicular.

Una restauración permanente, tal como una corona de acero inoxidable, deberá ser colocada para completar el procedimiento. Hay que hacerse radiografías posoperatorias inmediatas para verificar el proceso de la salud del diente y su desarrollo normal.

E) Pulpectomía en pulpa permanente joven.

El procedimiento de pulpectomía para dientes permanentes jóvenes es igual que para dientes maduros. Debido a que los dientes jóvenes poseen conductos amplios, logran acceso y la preparación biomecánica resultarán más fáciles. Un agujero apical amplio exige mayor cuidado al obturar, para evitar sobreobturar cuando existan conductos a manera de "arcabuz" suele ser necesario utilizar una técnica de obturación invertida y hay que recordar que son aplicables todos los procedimientos de la buena endodoncia.

CAPITULO VII

TIPOS DE OBTURACIONES USADAS EN NIÑOS

Cavidades de primera clase (amalgama)

Cuando está terminada la forma de una cavidad en una clase I, se aplicará una sub-base de hidróxido de calcio en la cavidad ya seca y se deja que se fije, se coloca un cemento de zoe permanente sobre la sub-base, se pulen las paredes del esmalte y se pule la base, la cavidad no debe tener ángulos en la totalidad no se bisela por la poca fuerza que ejerce la amalgama en sus bordes.

Cuando la destrucción es avanzada se recurrirá a un tratamiento más avanzado, como la pulpotomía o la pulpectomía.

Pasos para la colocación de la amalgama:

1.- Debe de estar el campo aislado, ya sea con un dique de hule o con rollos de algodón.

2.- La cavidad debe de estar limpia y seca.

3.- Se divide la amalgama en dos partes; las dos partes de la amalgama se exprimen por separado para así poder retirar mejor el exeso de mercurio. El mercurio restante se desecha y no se vuelve a ocupar, la primera parte de amalgama se empaqueta haciendo presión para que se adose bien a la cavidad, con la se-

gunda parte de amalgama se sobreobtura y se le dá la anatomía deseada con un bruñidor manual y se corta el exeso de amalgama con el recortador de amalgama, se toma un pedazo de cera rosa, se le coloca alcohol al diente antagonista para evitar que se pegue la cera y se hace oclusión para quitar el exeso de mercurio y dar la oclusión deseada, esperamos diez minutos a que cristalice la amalgama, y se le indicará al paciente de no comer de ese lado durante 24 horas.

Después de 24 horas se pule la amalgama con un bruñidor y con un cepillo de copa con alcohol y amaglos se le da brillo, con un explorador checamos la superficie de la amalgama, la cual se debe sentir una sola unión amalgama-esmalte.

Cuando el mismo diente se llega a encontrar puntos aislados de caries se pueda hacer cavidades separadas, las cuales siguen las mismas indicaciones para la obturación.

Cavidad de primera clase (resina).

En la zona del cingulo de los incisivos y caninos superiores suelen asentarse caries que pertenecen a la clase I de Black, en la práctica diaria se observa con frecuencia en los incisivos laterales.

Al preparar la cavidad se debe de tomar en cuenta la anatomía del diente con respecto a la pulpa.

Ya realizada la cavidad, se aísla con rollos de algodón o dique de hule, la cavidad previamente deba de estar limpia.

Se aplicará una base de hidróxido de calcio con una torunda muy pequeña colocaremos barniz de copal en la cavidad, esperamos a que seque y nos dispondremos a mezclar la resina con una espátula de plástico y la colocamos sobreobturando y colocando una banda de celuloide para hacer presión, esperamos unos 10 minutos a que polimerice, se retira la banda y se quitan los exedentes con un explorador y con una lija de grano fino.

A las 24 horas se pule la resina con una piedra blanca de arkansas, lija de grano fino, y vaselina, los movimientos se hacen de dentro hacia afuera engrasando el diente y la piedra de arkansas, se limpia.

Cavidades de segunda clase con (amalgama).

Estas cavidades las encontramos con extensiones en sus caras proximales en dientes posteriores, por lo general se encuentran por debajo del punto de contacto, la preparación es un tanto difícil por la presencia de dientes continuos, el diseño debe tratar de restablecer el punto de contacto.

Ya que está realizada la preparación, para la colocación de la base debemos de lavar y secar el diente y aislar con rollos de algodón o dique de hule, si el área careada estaba

muy profunda se colocará una sub-base muy delgada de hidróxido de calcio, sobre esta colocaremos una base de ZOE permanente y se le dá la forma de la cavidad. Nuestro siguiente paso será colocar la banda matriz y procederemos a empacar la amalgama, siguiendo los pasos anteriores mencionados y el pulido de la misma a las 24 horas siguientes.

Cavidades de tercera clase (resina).

Estas cavidades se encuentran en las caras proximales de los dientes anteriores sin tocar el ángulo incisal y la obturación de elección son las resinas compuestas.

Ya terminada la cavidad con las indicaciones mencionadas en el capítulo de preparaciones en cavidades en niños, procederemos a realizar los siguientes pasos.

Lavaremos y secaremos la cavidad con agua bidestilada y de preferencia secaremos con aire tibio, aislamos con rollos de algodón y con una torunda pequeña de algodón banizaremos la cavidad con copalite previa a una base de hidróxido de calcio. Colocamos la resina con una espátula de plástico y hacemos presión con una banda de celuloide, esperamos a que esta polimerice y retiramos la banda y el exeso de material, pulimos con una lija de grano fino y colocaremos resina líquida.

Cavidades de cuarta clase (resina y corona de celuloide).

Se realizan cavidades de clase IV cuando por caries o un traumatismo es afectado el diente en alguno de sus ángulos incisales. El ángulo más afectado por caries es el mesial- debido a que esta cara es más aplanada y la relación de contacto se encuentra más próxima al borde incisal ya que son los ángulos mesiales los que soportan mayores esfuerzos.

Los problemas de la clase IV más difíciles son:

1.- Se opera en dientes de tamaño reducido.

2.- La restauración debe de soportar grandes esfuerzos masticatorios.

3.- La vecindad de la pulpa impide la realización de cavidades profundas.

4.- Distinto color y translucidez de los dientes en la zona gingival.

Como ventajas tenemos el fácil acceso de la cavidad y la gran visibilidad.

Terminada la cavidad aislaremos con rollos de algodón o con un dique de hule previamente de haber lavado la cavidad con agua bidestilada y secada con aire tibio, colocamos una base de hidróxido de calcio delgada y sobre esta ponemos una capa delgada de barniz de copal. La corona de celuloide se-

leccionada la utilizamos como guía para el tamaño y la forma correspondiente, se recorta cuidadosamente el margen gingival con tijeras curvas para que se ajuste aproximadamente un milímetro por debajo del margen gingival, se hace un orificio en el tercio incisivo de la superficie palatina para que sirva de salida del exceso de resina y del aire atrapado.

Mezclamos la resina y la colocamos dentro de la corona - con una espátula de plástico llevamos la corona hacia la corona del diente que vamos a restaurar, la colocamos y esperamos de tres a cinco minutos hasta que asiente el material. Cuando la resina ya polimerizó, se recortan los excesos del material en el margen gingival y el tercio incisal.

A las 24 horas se retira la corona con un explorador y chequeamos cuidadosamente la mordida para evitar que intervenga - en la oclusión. Se utilizan piedras blancas de arkansas lija de grano fino y vaselina, vamos a pulir la resina con estos aditamentos, a la piedra blanca y al diente se le colocan la vaselina y hacemos movimientos de adentro hacia afuera, con la lija con grasa hacemos los mismos movimientos y se limpia.

Cavidades de quinta clase (resinas y amalgamas). -

Se realizan en las zonas gingivales de todos los dientes - tanto vestibular como por palatino o lingual.

Si se trata de un diente anterior, colocaremos resina con

los pasos antes mencionados y si es en un diente posterior-colocaremos amalgama.

Coronas empleadas en odontología infantil.

Coronas de acero cromo.

Es frecuente que a pesar de las medidas preventivas establecidas se presenten lesiones cariosas en los dientes primarios y secundarios presentes en la dentición mixta.

Es raro encontrar niños cuyos patrones de exfoliación y erupción dentaria se han llevado a cabo fisiológicamente sin ninguna alteración. Como resultado de estas lesiones cariosas, se ha visto que aproximadamente el 50% de todos los tratamientos endodónticos es directa o indirectamente a la pérdida prematura de los molares primarios: mientras que otras indicaciones de la terapia ortodóntica pueden complicarse a causa de estas pérdidas.

Esta situación puede mejorarse restaurando los molares primarios con coronas preformadas de acero inoxidable, cuando el pronóstico de otro tipo de materiales dentales se pone en duda. La fijación de esas coronas ha demostrado ser especialmente útil en la restauración de molares secundarios con lesiones cariosas en varias de sus superficies, ya que de esta forma se evitan pérdidas de espacio u otras alteraciones de las arcadas, ocasionadas muchas veces por la des-

trucción y pérdida prematura de estos dientes. En estas ocasiones las coronas preformadas se consideran como un tratamiento temporal a largo plazo.

La corona de acero introducida por Humphrey resultó ser una restauración muy útil en casos selectos.

Las indicaciones para la corona de acero cromo en niños son:

1.- Lesiones cariosas proximales en molares vitales, sin exposición pulpar y sin sintomatología de alteraciones pulpares.

2.- En dientes primarios tratados endodónticamente.

3.- Como obturación preventiva.

4.- En dientes con defectos de desarrollo.

5.- En lesiones cariosas que circundan el órgano dentario.

6.- Como soporte de un mantenedor de espacio.

7.- Como restauración de un diente fracturado.

8.- En niños que acepten y cooperen durante el tratamiento mínimo 4 años de edad.

9.- En dientes que permanezcan por lo menos 2 años más en la cavidad oral.

Preparación del diente.

Se administrará un anestésico local y se colocará un dique de hule. El siguiente paso es la eliminación de caries para saber si existe involucración pulpar o no. Las caras proximales se desgastan con puntas de diamante troncocónicas muy finas cuidando de no tocar los dientes vecinos ni dejar escalones; la cara oclusal con rueda de diamante se desgasta siguiendo las características de la superficie adamantina, las caras lingual y vestibular se desgastan también sobre todo en la zona del característico engrosamiento mesiocervical que podría impedir el calce y adaptación correctas de la corona. En la medida que longitud, contorno, ajuste, contacto, posición, - pulido y en cementado sean correctos no habrá problemas en cuanto a la salud gingival.

En la colocación de una corona en niños con una dentadura primaria, son relativamente frecuentes los problemas que pueden surgir de la irritación por contacto del epitelio gingival.

Este contacto se produce debido a que no se ha medido adecuadamente la profundidad del surco gingival, con el resultado de que la corona demasiado larga hace presión sobre el epitelio.

Elección de la corona.

La corona de acero-cromo antes de ser colocada debe ser seleccionada según el diente y su diámetro mesio-distal y deberá cubrir toda la preparación por completo, la altura de la corona será reducida con ligeras curvas hasta que la oclusión sea correcta y que el borde gingival penetre un milímetro debajo del borde libre de la encía.

Con pinzas de abombar se orienta hacia cervical los bordes cortados de la corona de acero y se ubica esta en la preparación, se pide al niño que muerda para que se asiente con fuerza la corona y poder verificar los bordes gingivales.

El paso final antes de cementar la corona, es producir un borde gingival, en filo de cuchillo que pueda ser pulido y tolerado por el tejido gingival, para obtener ese borde suave, se pueda emplear una rueda abrasiva de goma.

Coronas de policarboxilato.

Su indicación está limitada, a incisivos primarios con caries extensas. La primera consideración es el aspecto estético ya que son de color semejante al diente.

Se elige la corona de policarbonato de acuerdo al diámetro mesio-distal del diente que se va a restaurar previamente a la restauración. Se recorta el borde cervical de la corona

dejándola un milímetro más larga que el diente por restaurar, se prepara entonces el diente y la preparación no debe ir - más allá de 0.5 ml. por debajo de la encía, las caras mesial y distal deben ser lo más paralelas posibles.

La cementación de las coronas de policarbonato se lleva a cabo con resina compuesta y no es necesario hacer rebases con acrílico porque en niños es más fácil y rápido el ajuste.

Una vez endurecido se quita el excedente con una piedra de arkansas o lija.

En estos casos se debe checar la oclusión para que no altere la mordida en el niño. Estas coronas se utilizan en el caso de que no se quiera colocar coronas anteriores de acero cromo por ser antiestéticas, esto es, a criterio del odontólogo.

Desventajas.

- 1.- Ruptura.
- 2.- Desgaste.
- 3.- Mala retención.
- 4.- Irrigación gingival.

CAPITULO VIII

MANEJO DEL NIÑO ENTE LA EXTRACCION DENTAL

a) Generalidades de exodoncia.

Los principios para la exodoncia infantil, son básicamente iguales a la de los adultos, sin embargo, debemos tener en cuenta, que con los niños, estamos tratando con un organismo en desarrollo en sus aspectos físicos y fisiológicos.

Por lo tanto, debemos modificar las necesidades del paciente en la etapa del crecimiento. Algunos de los factores que debemos tomar en consideración al realizar una extracción, en los niños a diferencia de los adultos serán:

A) La cavidad bucal es pequeña, se presentan mayores dificultades para lograr acceso al campo de operación.

B) Los maxilares y la mandíbula están en proceso de desarrollo y crecimiento, y la dentadura está en continua transformación, con erupción y resorción de dientes primarios, que pueden llevar malformaciones de los maxilares y la mandíbula, de los dientes permanentes o de los huesos y de los dientes.

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

Existen varias técnicas para la extracción de dientes primarios se deberán considerar algunas normas generales sobre como incorporar la extracción de dientes primarios al plan de tratamiento en general. Cuando se proyecta el tratamiento por cuadrantes, se deberán planear los procedimientos restaurativos o la colocación de mantenedores de espacio junto con la extracción de dientes primarios.

Deberá evitarse la programación de una extracción para la primera visita del niño, esto constituye una forma negativa de la introducción de la odontología salvo que exista infección aguda u odontalgia, el diente no deberá ser extraído en la primera cita.

Cuando es necesario extraer dientes posteriores de un solo lado en el maxilar y en la mandíbula, el diente inferior deberá ser extraído primero, de otra forma el sangrado de los alveolos superiores pueden obstruir la visión del operador durante la extracción del molar inferior.

Ante la extracción del diente primario se deberá preparar a los padres y al niño para el procedimiento. Pues la extracción de un diente puede afectar emocionalmente tanto a los padres como al niño.

b) Preparación preoperatoria de los padres.

Se deberá contar con el permiso de los padres antes de llevar a cabo el procedimiento en el niño. En algunos casos, --

cuando existe duda de la posible restauración de un diente - primario con caries, la posibilidad de la extracción deberá ser tratada con el padre durante la presentación del caso, antes de comenzar el tratamiento.

Durante la presentación del caso conviene averiguar si - los padres abrigan temores ligados a experiencias anteriores con extracciones dentales.

El padre suele preocuparse por el sangrado postoperatorio y el dolor. Debemos asegurar a los padres que no suele presentarse dolor después de la extracción de un diente primario.

Debemos explicar que no se trata simplemente "flojo", sino que los dientes primarios con frecuencia poseen raíces largas. Este puede ser ilustrado con la radiografía preoperatoria. No debemos permitir que el padre explique al niño lo - que se le va a hacer; esto lo debemos realizar nosotros mismos.

Las intenciones de los padres son buenas, sin embargo, su vocabulario puede ser deficiente e inadvertidamente puede atemorizar al niño en su afán de prepararlo.

Por lo tanto, el tiempo que se dedica a la preparación de los padres es tiempo bien empleado.

c) Preparación del niño.

Esto varía según la edad del niño, Baldwin afirma que el niño de 8 a 10 años que requiere de una extracción parece ser que acepta mejor la idea cuando se le notificó cuatro a siete días antes, sin embargo, otros opinan que una explicación detallada prematura es inadecuada.

Debemos estar siempre preparados para contestar a la pregunta del niño "va usted a arrancarme el diente", la respuesta deberá ser "no", "yo no arranco dientes, simplemente los aflojo, eso es muy diferente".

La palabra arrancar o sacar sugiere una experiencia dolorosa para el niño. Este tipo de preguntas las hace el niño de la etapa de la dentición mixta cuando normalmente se le aflojan los dientes anteriores primarios.

El vocabulario que se usa para precisar al niño los instrumentos para la extracción es muy importante. Podemos utilizar las siguientes palabras:

- a. El anestésico local puede llamarse medicina para dormir.
- b. El forceps aflojador.
- c. El botador elevador "probador".
- d. La gasa "algodón".

Una vez que se han presentado los instrumentos al niño, las siguientes explicaciones deberán incluir las sensaciones que pueden experimentar y lo que se espera de él una vez que el diente haya sido extraído.

Después de administrar el anestésico local, la explicación al niño puede ser como sigue:

"Voy a tomar este probador para ver si tu diente está dormido, después voy a tomar este aflojador para aflojar tu diente, después cierras tus dientes y muerdes este algodón". Se le pide que junte los dientes y mantenga el algodón hasta que los dientes despierten; entonces habremos terminado.

Es muy importante que el niño comprenda la diferencia entre presión y dolor. Esto no lo explicamos verbalmente, colocamos nuestra mano sobre el hombro del niño para explicar la sensación de presión. Tomamos el probador y verificamos el grado de anestesia colocándolo en el surco gingival, utilizando considerable presión para determinar la profundidad de la anestesia.

El niño deberá estar convencido de que se encuentra profundamente anestesiado antes de extraerle el diente. Para el paciente joven las instrucciones deberán ser repetidas asegurando que las comprende y que sabe perfectamente bien lo que haremos.

d) Indicaciones y contraindicaciones de la extracción de

dientes primarios.

Indicaciones.

Para extraer dientes primarios deberá siempre tenerse presente que la edad por si sola no es razón aceptable para determinar si es necesario extraer un diente primario. Pues en algunos niños los premolares están listos para erupcionar a los 8 años de edad, mientras que en otros, los mismos dientes no muestran suficiente desarrollo radicular a la edad de 12 años.

Un diente primario que esté firme e intacto en el arco nunca deberá ser extraído a menos que se haya realizado una evaluación completa clínica y radiográficamente de la boca, especialmente del área en particular.

Oclusión, desarrollo del arco, tamaño de los dientes, cantidad de raíz, resorción de los dientes primarios afectados, estado de desarrollo del sucesor permanente y de los dientes adyacentes, presencia o ausencia de infección, todos estos factores deberán tomarse en cuenta al determinar cuando y como deberá extraerse un diente.

Teniendo presentes las anteriores consideraciones, las indicaciones para la extracción de dientes primarios son las siguientes:

a. En caso de que los dientes estén destruidos, a tal grado que sea imposible restaurarlos, si la destrucción alcanza la bifurcación o si no se puede establecer un margen gingival duro seguro.

b. Si se han producido infecciones del área periapical o interradicular y no se puede eliminar por otros medios.

c. En caso de absceso dento-alveolar agudo o presencia de calulitis.

d. Si los dientes están interfiriendo en la erupción normal de los dientes permanentes sucesivos.

e. En caso de dientes sumergidos.

Cuando se esté considerando el tratamiento conservador de dientes primarios con pulpas protegidos periapicales infectados, el estado general del paciente es igual de importante - que los estados locales.

Contraindicaciones para la extracción de dientes primarios.

Puesto que no podemos eliminar con certeza la infección - presente dentro o alrededor de los dientes, los procedimientos de conservación serán imprudentes y peligrosos para pacientes que sufran fiebre reumática y sus secuencias, tales como cardiopatías reumáticas. También están contraindicados

los procedimientos conservadores en casos de cardiopatías congénitas, en trastornos renales, en casos de posibles focos de infección.

Se sabe que los focos primarios de infección y su manipulación causan bacteremias transitorias que pueden ir seguidas de endocarditis bacteriana subaguda en pacientes que sufren cardiopatías reumáticas y congénitas, y pueden llegar a causar enfermedades en algunos otros órganos.

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

Las contraindicaciones, de la extracción con la excepción de las consideraciones ya mencionadas, son básicamente iguales a las de los adultos. Muchas de estas contraindicaciones son relativas, y pueden ser superadas con precauciones especiales y premedicación.

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

B. Las discrasias sanguíneas vuelven al paciente propenso a infección postoperatoria y hemorragia.

C. Las cardiopatías reumáticas agudas crónicas y las enfer-

medades renales requieren protección antibiótica adecuada.

D. Las pericementitis agudas, los abscesos dentoalveolares se les deberá administrar medicación antibiótica pre y postoperatoria.

E. Las infecciones sistémicas agudas contraindican las extracciones selectivas para los niños a causa de la menor resistencia del cuerpo y la posibilidad de infección secundaria.

F. Los tumores malignos, pues el traumatismo de la extracción tiende a favorecer la velocidad de crecimiento y extensión de tumores.

G. Los dientes que han permanecido en una formación ósea irradiada deberán extraerse solo como un último recurso después de haber explicado detalladamente las consecuencias a los padres.

H. La diabetes sacarina plantea una contraindicación relativa. Es importante que el niño diabético con su dieta en igual composición cuantitativa y cualitativa después de la extracción. Cambios de este aspecto pueden alterar el metabolismo de grasa y azúcar del niño.

e) Instrumental y técnicas de extracción de dientes primarios.

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

Las pinzas especiales existentes para dientes primarios - ofrecen alguna comodidad, sin embargo, no son necesarias, para realizar ninguna de las extracciones.

Los elevadores anchos o finos están contraindicados en niños.

La técnica para la extracción de cada diente primario será tratada bajo cuatro encabezados:

- 1.- Tipo de forceps.
- 2.- Posición del operador.
- 3.- Anatomía radicular del diente primario.
- 4.- Dirección en que debemos aplicar la fuerza para extraer el diente de su alveolo.

Extracción de dientes anteriores superiores primarios.

1.- Para el incisivo central, lateral y canino utilizamos el forceps universal 150. Los bocados de este forcep hacen contacto en un solo punto. Este punto de contacto permite - que los bocados se adapten a la forma de la corona de los -- dientes primarios y son suficientemente estrechos para ajustarse a las coronas de los dientes superiores anteriores.

2.- El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente.

3.- El corte horizontal de las raíces de estos dientes son redondeadas.

4.- La fuerza inicial es ligeramente hacia el lado palatino. Esa pequeña fuerza inicial familiariza al niño con la sensación de presión. Además esta fuerza provoca la expansión del hueso palatino. La siguiente fuerza se realiza en sentido contrario a las manecillas del reloj, este movimiento afloja al diente porque la forma de su raíz es cónica.

Después de un solo movimiento sostenido en dirección vestibular el diente se extrae del alveolo.

Extracción de molares primarios superiores.

1.- El forcep universal se utiliza para la extracción de primero y segundo molares superiores.

2.- El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente.

3.- La fuerza inicial es ligeramente en dirección palatina debido a que la raíz palatina de este molar es curva, se deberá ejercer poca fuerza para no fracturar la raíz palatina-curva.

4.- Con un solo movimiento hacia el lado vestibular se afloja el diente y lo extraemos fácilmente de su alveolo.

Extracción de dientes primarios inferiores.

1.- Para el incisivo central, lateral y canino, se utiliza el forceps 151. Los bocados de este forcep tocan en un solo punto, permitiendo que se ajusten a las coronas de los dientes primarios.

2.- El operador se coloca detrás y hacia un lado del paciente.

3.- El corte horizontal de las raíces presentan, formas ovaladas y debido a esto la fuerza inicial es en sentido vestibular con una sola acción sostenida.

4.- Una vez que se ha aflojado el diente, un movimiento contrario a las manecillas del reloj se extrae fácilmente el diente de su alveolo.

Extracción de molares primarios inferiores.

La técnica para la extracción de primeros y segundos molares primarios se presenta por separado.

a. Primer molar primario.

1.- Se utiliza el forceps 151.

2.- El operador colocado al frente y hacia un lado del paciente sujetando la mandíbula.

3.- Un corte de las raíces muestra que estas son claras en sentido mesiodistal y elíptica.

4.- Está contraindicado todo el movimiento rotatorio la fuerza inicial es ligeramente hacia lingual enseguida con un solo movimiento sostenido en dirección vestibular, aflojamos el diente, una vez flojo se extrae fácilmente de su alveolo.

b. Segundo molar primario.

1.- Para su extracción se utilizan dos tipos de forceps diferentes según la posición del segundo molar en desarrollo y la cantidad de hueso alveolar encima del mismo. Estos forceps son el número 151 y el 23.

2.- El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente al tomar cualquiera de los dos. Cuando no existe hueso alveolar y el segundo premolar se encuentra inmediatamente debajo del segundo molar primario, se utiliza el forceps 151.

3.- La fuerza inicial es hacia el lado lingual con un solo

movimiento sostenido en dirección vestibular se afloja el -
diente, hecho esto se extrae de su alveolo.

Si el segundo premolar no se encuentra contiguo al segundo molar primario y existe hueso alveolar, puede utilizarse el forceps No. 23, la técnica es igual a la anterior.

f) Complicaciones postoperatorias.

Cuando se utiliza en el consultorio procedimientos quirúrgicos, en algún momento podemos enfrentarnos a las complicaciones postoperatorias, las cuales la mayor parte son leves; sin embargo, si no son reconocidas oportunamente progresaran y se convertirán en problemas de proporciones mayores. Muchas complicaciones postoperatorias, son inevitables, mientras que otras son el resultado de procedimientos mal planeados, negligencia o desinterés por parte del operador.

a. Lesión de tejidos blandos. Laceraciones o lesiones de los tejidos blandos adyacentes a los dientes pueden presentarse como resultado de un manejo inadecuado de instrumentos durante los procedimientos quirúrgicos.

La aplicación incorrecta de elevadores y forceps o no realizar un colgajo cuando está indicado produce con frecuencia laceraciones o desgarres de la mucosa adyacente.

La hemorragia generalmente no es problema con estas heridas

ya que pueden tratarse fácilmente con suturas primarias y - desbridación mínima. El mucoperiostio sobre el hueso expuesto deberá ser colocado nuevamente en su lugar y suturado, - mientras que las laceraciones de la lengua pueden exigir reparación de planos o capas al igual que las del labio o piso de la boca. La heridas punsocortantes en la misma zona causadas por paso accidental de algún instrumento filoso generalmente no necesitan suturarse. La cicatrización es menos complicada y se permite que se haga por si sola siempre que no existan restos de cuerpos extraños.

b. Hemorragia.- El manejo de hemorragia postoperatoria es una complicación a la que podemos enfrentarnos en cualquier momento. La mayor parte de los problemas de sangrado son de naturaleza local y presentan poca dificultad para su manejo, sin embargo, en ocasiones puede alcanzar serias proporciones.

La eliminación de márgenes óseos o tejidos blandos patológicos y colocando las suturas indicadas seguidas de aplicación directa, son los métodos más eficaces para prevenir la mayor parte de las complicaciones.

c. Equimosis.- La equimosis de los tejidos blandos son una forma de hemorragia posoperatoria que puede observarse después de algunos procedimientos dentoalveolares que pueden alarmar al paciente. Con frecuencia son el resultado de contusiones subcutáneas con acumulación de sangre de los tejidos blandos que produce un cambio de coloración en la piel, púrpura al -

principio cambiando poco a poco hacia un color verde-amarillo.

Esto desaparece generalmente en diez o catorce días.

d. Hematoma.- La sangre de lesiones o de alguna hemorragia no controlada durante la extracción o después de la misma puede concentrarse dentro de los planos tisulares y formar un hematoma.

La falta de circulación al hematoma nulifica el tratamiento antibiótico. Aunque la mayor parte de los hematomas son lentamente disueltos, algunos permanecen como cavidades residuales por paredes fibrosas. Los apósitos de presión aplicados directamente a los sitios quirúrgicos son muy eficaces - si son dejados en su lugar de doce a veinticuatro horas.

e. Edema.- Puede definirse como la presencia de cantidades grandes de líquidos dentro de las células o en los espacios intersticiales.

La reacción inicial de los tejidos dañados es de isquemia seguida de hiperemia. El edema posoperatorio comienza con iniciación de la reacción inflamatoria, generalmente llega a su máxima intensidad a las 35 o 48 horas. Se manifiesta como una hinchazón heritematosa que varía de blanda a dura y al estirarse los tejidos, la piel toma un aspecto brillante. El paciente puede presentar un cuadro febril con leucocitosis neutrofilia y aumento de la potencia respiratoria y del pulso,

pero esto no indica la presencia de infección. Los corticosteroides han probado ser eficaces para reducir el edema después de los procedimientos máxilofaciales.

La aplicación de los principios quirúrgicos básicos, con cuidadosa manipulación de los tejidos blandos, seguida por el uso moderado de apósitos de presión, deberán limitar el edema posoperatorio.

f. Infección.- Los microorganismos de la boca varían mucho tanto en número como en especie. La presencia de moco y materia orgánica favorece el crecimiento de bacterias capaces de producir afecciones inflamatorias en los dientes y estructura contigua.

Aunque los cultivos de infecciones dentales con frecuencia se identifican simplemente como estreptococos no emolíticos pueden existir también estreptococos anaerobios, que tienden a destruir tejidos además de bacilos fusiformes, espiroquetas, estreptococos emolíticos, estafilococos y meningococos. La infección dental puede afectar también a otras estructuras. La extensión hacia el piso de la boca puede causar angina de Ludwin, mientras que un diente con un absceso puede ser la causa de una ostiomielitis aguda. El proceso infeccioso se caracteriza por hinchazón, dolor, trismus, fiebre, y malestar general.

Las infecciones graves generalmente pueden ser eliminadas

si son reconocidas oportunamente y tratadas enérgicamente. Cuando aparecen señales de infección está indicada la administración de antibióticos junto con medidas de apoyo como descanso, nutrición adecuada e hidratación.

g. Alveolitis. Se presenta cuando se desintegra el coágulo sanguíneo o es desalojado de la herida; las terminaciones nerviosas en el hueso quedan expuestas a la cavidad bucal provocando con frecuencia dolor intenso.

Se han recomendado antibióticos o agentes quimioterapéuticos colocados en el alveolo, la fenestración del hueso cortical dentro del alveolo y el tratamiento sistemático con antibióticos en forma profiláctica.

Deberá instituirse un tratamiento para aliviar el dolor grave y persistente con esta afección. Este consiste en la aplicación de un agente local para aliviar el dolor y un antiséptico para combatir cualquier infección localizada que pudiera existir. Una tira de gasa yodo-formada saturada de eugenol es un apósito sencillo eficaz y fácil de obtener.

El alveolo deberá ser irrigado cada 24 a 48 horas con una solución antiséptica suave. El apósito deberá ser colocado hasta el fondo del alveolo, pero en forma no muy apretada, cubriendo todo el hueso expuesto.

Este tratamiento deberá ser repetido con frecuencia para

obtener una buena cicatrización.

h. Extracción del gérmen del diente permanente. Si se desplaza el gérmen de un diente permanente durante una extracción, deberá ser empujado cuidadosamente y deberá cerrarse el alveolo con uno o dos puntos de sutura. Si por accidente se extrae el germen deberá ser insertado rápidamente sin tocar el folículo dental o las papilas dentarias. Deberá de tenerse gran cuidado de orientar al diente en el alveolo en la posición bucolingual apropiada, y deberá cerrarse el alveolo con puntos de sutura.

Si un diente permanente que ya hizo erupción con raíz suficientemente formada ha sido desalojada durante la extracción de un diente primario, deberá ser reinsertado inmediatamente y habrá que ferulizarlo.

g) Indicaciones postoperatorias para el paciente y los padres.

a. Indicaciones para el niño.

Las indicaciones para el niño inmediatamente después de la extracción se refieren al control del sangrado, precauciones contra la mordedura del labio y el tipo de actividad en la que puede participar el niño.

No se deberá despedir al niño hasta que se haya formado el

el coágulo. Especialmente si existe una zona interradicular copuesta de tejido granulomatoso. Al cambiar la gasa ensangrentada debemos tener cuidado de que el niño no la vea. Algunos no toleran ver la sangre. Una vez que la sangre haya coagulado, se le pide al niño que mantenga entre sus labios un pequeño rollo de algodón hasta que sus labios "despierten".

Algunas veces los niños preguntan si deberán restringir sus actividades, se les indicará que podrán volver a la escuela o salir a jugar o inclusive podrán nadar, debemos explicar que les saldrá un diente nuevo en el lugar del viejo que se le ha extraído, por lo general el niño espera que se le dé el diente que se le ha extraído.

b. Instrucciones para los padres.

Sirven para reafirmar lo que ya se le ha dicho al niño, esto es:

1.- Cuidado en el hogar que incluye el tipo de alimentación como es: Evitar las grasas e irritantes por lo menos 48 horas después de la extracción.

2.- El manejo del niño. Es necesario decir a los padres que el motivo por lo que usamos el rollo de algodón y la posibilidad de que se presente un nuevo sangrado. Al padre se le dan rollos de algodón y gasas adicionales para que pueda cambiárselas. Si el efecto de la anestesia no ha desa-

parecido cuando el niño regresa a casa, o la gasa pueda ser colocada también solo al alveolo si se presenta sangrado leve.

3.- Puede aparecer sangre sobre la almohada. Esto no deberá preocupar al padre pues es un sangrado muy leve del alveolo en cicatrización mezclado con saliva, lo que da la apariencia de una gran cantidad de sangre.

4.- No molestar la zona donde fue extraído el diente.

5.- No hacer enjuagues bruscos.

6.- Si el diente fue extraído cerca de la hora de los alimentos se recomienda una comida ligera sin alimentos duros.

7.- Que los padres no le pregunten al niño si le duele, ni que continuamente pregunten acerca de su estado, pues si no hay molestias fisiológicamente pueden crearlas.

8.- Llamar al consultorio si se presentan síntomas anormales.

CONCLUSIONES

Trabajar con niños es muy delicado, debido a que su organismo está en constante cambio, por esto es necesario una preparación adecuada de todos los que de alguna forma colaboran en el cuidado y atención de ellos.

La Odontopediatría, es una rama de la Odontología, considerada como una de las más importantes, puesto que es la etapa infantil el contacto con el dentista.

Es importante conocer las diferentes etapas, por las cuales el niño pasa, así como de los diferentes tipos de niños que se nos presentan, para poder manejarlos adecuada e individualmente en la práctica diaria.

La elaboración de una buena historia clínica es primordial para el éxito de cualquier tratamiento.

El conocimiento de la morfología, anatomía de la dentición primaria, así como las diferencias que existen con la secundaria, debemos de tenerlas en cuenta; no es posible tratar - por igual a la dentición primaria que a la secundaria.

Una de las finalidades de la odontología infantil, es preservar los dientes primarios el mayor tiempo posible dentro - de la cavidad oral, y esto lo podemos lograr con la ayuda de los diversos métodos como son los principales tratamientos -

pulpaes usados en odontopediatría; así como, los diferentes tipos de restauraciones y obturaciones que son indicadas en la dentición primaria.

Debemos tener la capacidad de reconocer cuando la extracción está indicada así como sus contraindicaciones y tener en cuenta la técnica y métodos que se emplearán ante el niño:

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

- 1.- Cueli José
Teorías de la Personalidad.
6a. reimpresión.
Editorial Trillas. 1977.
- 2.- McDonald Ralph
Odontología para el niño y el adolescente.
Editorial Mundi.
- 3.- Charles Braver John
Odontología para niños.
Editorial Mundi
- 4.- Finn B. Sidney
Odontopediatría clínica.
Editorial Bibliográfica Argentina
Buenos Aires, Argentina. 1964.
- 5.- Alvin I. Morris
Harry M. Bohannon
Las Especialidades odontológicas en la práctica general.
Editorial Labor S.A.
- 6.- John R. Mink
Roberto H. Spedding y Milton E. Gellin
La odontología infantil en la práctica general

Editorial Labor, S.A.

7.- Rafael Esponda Vila

Anatomía dental

Textos Universitarios.

8.- José Luis Membrillo

Endodoncia

Editorial Ciencia y Cultura de México, S.A. de C.V.

1983

9.- Mink John R.

Clínicas odontológicas de Norte América

1a. Edición. 17 de Marzo de 1973

Editorial Interamericana

México.

10.- Provenza D. Vincent

Histología y Embriología odontológicas

Editorial Interamericana

México 1957

1a. Edición.

Editorial Labor, S.A.

7.- Rafael Esponda Vila

Anatomía dental

Textos Universitarios.

8.- José Luis Membrillo

Endodoncia

Editorial Ciencia y Cultura de México, S.A. de C.V.

1983

9.- Mink John R.

Clínicas odontológicas de Norte América

1a. Edición. 17 de Marzo de 1973

Editorial Interamericana

México.

10.- Provenza D. Vincent

Histología y Embriología odontológicas

Editorial Interamericana

México 1957

1a. Edición.