



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

325

TRATAMIENTO DEL NIÑO EN EL
CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Cirujano Dentista

PRESENTA:

Nely María Luisa Concepción Flores Salgado

México, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

I.-	FASE DEL NIÑO	1
	NOMENCLATURA, DEFINICION.	
	CONCEPTO ACTUAL.	
II.-	LOS PRIMEROS DIAS DEL NIÑO.....	4
	a) Consideraciones generales sobre puericultura.	
	b) El recién nacido.....	5
	c) Primeros cuidados del niño.....	6
	d) Pérdida de peso.....	7
	e) Meconio.....	7
	f) Ictericia.....	8
III.-	LA ALIMENTACION DEL NIÑO	
	HIGIENE DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA.	
	a) Su alimentación.....	14
	b) Importancia de la succión del bebé.....	15
	c) Vida física y mental.....	16
	d) La lactancia natural.....	17
	e) Fórmula química.....	17
	f) Contraindicaciones de la alimentación con - los pechos.....	18
	g) Aforismos sobre la lactancia materna.....	19
	h) Lactancia mixta.....	19
	i) Lactancia artificial.....	21
	j) Leches artificiales.....	22
IV.-	CONTACTOS CON LA NATURALEZA.....	24
	a) Los baños.....	24
	b) El sueño.....	25
	c) El sol.....	26

V.-	DENTICION	
	a) Ciclo vital del diente	27
	b) Dentición temporal.	
	c) Dentición permanente.	
VI.-	FASE DEL NIÑO CON EL ESPECIALISTA.	
VII.-	EL NIÑO CON EL PAIDODONCISTA.	35
	a) Programas de la alimentación.	
	b) Concepto actual de la caries respecto al niño.	
VIII-	CONDUCTA DEL NIÑO.	46
	a) Elementos que intervienen en la conducta del niño.	48
	b) Diferentes tipos de niños.	50
IX .-	REHABILITACION DEL NIÑO.	53
	a) Hábitos perniciosos.	
	b) Problemas parodontales.	60
X. -	CONCLUSIONES.	70
XI. -	BIBLIOGRAFIA.	72

I NOMENCLATURA, DEFINICION.

Concepto actual y objetivos. .

Odontología.- proviene del griego (odontos - diente y -
 (logos - tratado), tratado del diente y -
 también de la raíz latina (dens- dentis -
 dentista) (paidos - niño).

La odontología infantil se conoce de varios nombres:
 Paidodoncia, odontología de niños, odontopediatría, odon-
 tología pediátrica y pediatría dental.

Es muy similar a la del adulto pero en gran par
 te es única y perteneciente a los niños, se debe de tener
 en cuenta que los niños se encuentran en períodos constan
 tes de crecimiento y desarrollo tanto físico como mental,
 el odontólogo debe estar preparado para enfrentar y saber
 manejar estos cambios.

Puede parecer obvio, pués su nombre esta expli
 cado de una manera clara, lo que ella es; se han dado va-
 rias definiciones citaremos algunas.

El Dr. Antonio Campos D' Oliviers, profesor de
 la cátedra de odonto-pediatría, en la escuela de odontolo-
 gía de la facultad Fluminense de medicina de la Universi-
 dad de Río de Janeiro, Brasil dice que es "especialidad -
 de la odontología que está destinada a preservar de ca -
 rries los dientes de los niños, conservarlos íntegros o -
 tornarlos aptos para ejercer la acción eficiente de la -
 masticación contribuyendo de esa manera, a mantener el -
 equilibrio biológico general.

El Dr. Cheuna, profesor de odontología preventiva y paidodoncia, de la escuela dental de la Universidad de Iowa, E.U.A.; a este respecto dice "La odontología infantil puede ser definida como la rama de la odontología, que tiene por objeto el estudio y tratamiento de las condiciones de la boca de los niños.

Nosotros nos permitimos dar la siguiente:

Es una de las ramas de la odontología más importante y más necesaria ya que si nosotros conocemos sus fines, sus objetivos y llevamos a cabo tratamientos dentales adecuados y satisfactorios, se podrán aliviar muchos problemas que se presenten en la edad adulta.

Es la especialidad en la atención y cuidado dental del niño tratandolo en su totalidad tanto en su aspecto físico como psicológico enfocando los problemas presentes tratando de tomar medidas preventivas, para evitar problemas futuros.

OBJETIVOS DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL.

- A.- Inculcar al niño hábitos de limpieza para que mantenga su boca en buenas condiciones.
- B.- Prevenir debe ser una de las principales metas.
 - a) Prevenir caries y para esto nos valemos de aplicación de flúor y enjuagatorios.
 - b) Prevenir mal oclusiones por pérdida prematura de dientes primarios.
 - c) Prevenir y corregir hábitos y condiciones que puedan influir en una futura mala oclusión.

- d) Preservar los dientes permanentes.
- e) Crear en el niño un sentido de cooperación y responsabilidad al cuidado de su boca para que se acostumbre a velar por ella.
- f) Instruir a los padres para tener mayor colaboración

BRAUER, J. C. LINDAHI : R, L.

DEMERITT. W: MASSLER :

M. HIGMLEY : L. B. Y SCHDUR : I.

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS

4a. ed. Edit.

Mar Glez. MARTHA PATRICIA DRA. APUNTES DE CLASE.

II.- LOS PRIMEROS DIAS DEL NIÑO.

a) Consideraciones generales sobre puericultura. ra.

Puericultura (del latín puer, niño, y cultura, cultivo o cuidado) ciencia que estudia el cuidado del niño en lo físico, durante los primeros años de vida. Comprende, - pués el conocimiento y la práctica de todas aquellas normas que evitan la enfermedad y aseguran un perfecto desarrollo fisiológico del niño.

Su finalidad es señalar con valentía los numerosos prejuicios que refluyen sobre el niño y que prece - den de los orígenes más diversos:

Amor paterno-materno desorientado, prosperidad económica que compra servicios nocivos.

Actividad de la madre que trabaja fuera de la casa, para allegarse recursos con los que paga a ciertos auxiliares impreparados.

Escases de todo: miseria, franco abandono.

Divisiones.

La puericultura se divide en preconcepcional, - intrauterina, y en postnatal, subdividiéndose esta última en primera, segunda y tercera infancia.

El certificado de buena salud y el análisis - sanguíneo de los futuros esposos, como medida legal obligatoria y la serie de recomendaciones que debe observar - la "madre que espera" han sido medidas dictadas por la -

puericultura para garantizar la salud física y mental del futuro niño.

b) El recién nacido.

Influencia del parto.

Como consecuencia del tratamiento que supone el parto el niño sufre su influencia, la que se manifiesta, en algunos casos, por trastornos y malformaciones, y algunas de ellas son las siguientes:

Muerte aparente.- Después del parto, debe comenzar inmediatamente la respiración; hay casos en que esto no ocurre; los latidos del corazón son débiles o lentos; los movimientos respiratorios no se producen y el niño no llora; es la muerte aparente del recién nacido, que puede ser debida a causas muy diversas. Precisa corregir rápidamente este estado mediante diversas maniobras, entre las que se comprenden el desembarazar la cavidad bucal, así como las fosas nasales, de las mucosidades, meconio, etc. que pueden obstruirlas la excitación de la piel mediante paños calientes, fricciones, respiración artificial, y en algunos casos, la administración de medicamentos.

Bolsa serosanguínea. Son prominencias en la cabeza del recién nacido consecuencia de las especiales condiciones circulatorias que rigen durante el parto y que determinan congestión e incluso hemorragias .

Por recién nacido se entiende, el niño al que apenas se le cuentan 10 o 12 días desde que salió del claustro materno (gira este criterio la permanencia del -

cordón umbilical). Son características de este período: - la ictericia, la pérdida de peso el desprendimiento del - cordón umbilical.

Quando se incorpora a la vida exterior se ve - obligado a realizar una serie' de esfuerzos derivados de - la gesta en marcha de funciones que hasta entonces no rea-
lizaba; la respiración, la circulación que deja de ser - placentaria, y la nutrición que comienza a través del tu-
bo digestivo, así como el mantenimiento de una temperatu-
ra que suele ser de 35°C durante las horas que siguen al
nacimiento.

Es lógico suponer que el recién nacido merece - rá un cuidado y una atención más exquisita que en otros - períodos de la vida.

c) Primeros Cuidados.

Ojos. Inmediatamente después del nacimiento, - hay que limpiar cuidadosamente de mucosidades y sangre - los ojos utilizando algodón.

Otras cavidades. Desde la nariz hacia afuera, - y pasar el dedo meñique, envuelto en algodón húmedo, den-
tro de la boca de la criatura.

Nitrato de plata. Tan pronto como sea posible - después del nacimiento, hay que limpiar de nuevo los ojos
y colocar dos gotas de una preparación de nitrato de pla-
ta, abriendo con cuidado los párpados. Este cuidado es ab-
solutamente necesario porque sus ojos pudieran haberse in-
fectado durante su paso a lo largo del canal genital, lo -

cual puede producir una enfermedad llamada ophtalmia neonatorum, que puede causar la pérdida de la vista.

Cordón umbilical. Se ligará como de costumbre, dejando un cabo largo de 20 cm, cuando haya incompatibilidad Rh. Se deberá tomar a tiempo muestras de sangre del cordón.

Circuncisión. En los hijos varones deberá practicarse a los cuatro días del nacimiento.

d) Pérdida de Peso.

Hay que considerar que el organismo infantil - ha tenido que adaptar su metabolismo acuoso de la vida - intrauterina, en que no tenía pérdidas hídricas por respiración, transpiración, excreción, a una nueva situación más compleja, representada por la vida intrauterina.

El peso normal del recién nacido es de 3 250 - gramos; un poco inferior en las niñas y en los primeros - cinco días aumentan entre 200 y 400 gramos; y de 10 a 30 días tarda en recuperar su peso inicial.

e) Meconio.

El recién nacido durante los dos o tres primeros días, expulsa una deposición llamada "meconio" es una masa pastosa de color negrusco, verde o pardusco, formada por bilis, mezclada con secreciones del aparato digestivo y células desprendidas.

Del tercer al cuarto día, el meconio desaparece dando paso a las heces normales, que deben ser de color amarillo oro.

f) Ictericia.

Es frecuente que el niño presente una coloración amarilla en la piel y mucosa, durante los primeros días de su vida, es característica normal, y, por lo tanto no debe asustar a nadie.

Esta ictericia fisiológica del recién nacido desaparece por si sola al final de la segunda semana, aunque en algunos casos raros suele durar hasta cuatro y cinco semanas es tanto más frecuente la ictericia, cuanto menor es el peso del niño; por ello los prematuros indefectiblemente la producen.

La causa de esta ictericia ha sido objeto de interminables discusiones, pero es bien sabido que después del parto se produce una gran destrucción de glóbulos rojos en la consiguiente excesiva formación de bilirrubina.

En el recién nacido, la función excretora del hígado es bastante imperfecta y se produce un aumento de la cantidad de pigmento biliar acumulado en la sangre. Esta aumentó acreciéntase aún más por la dificultad que tiene el riñón del recién nacido para eliminar rápidamente el pigmento biliar. Todos los niños recién nacidos tienen elevada cantidad de bilirrubina en el suero sanguíneo, y las materias fecales adquieren el color verdoso propio de la bilis.

No necesita tratamiento médico alguno.

Anemia aritoblástica.- (cooley) Trastonos hereditarios caracterizado por anemia hemolítica hesples - nomegalía, eritrocitos nucleados en la sangre periférica y lesiones esqueléticas generalizadas. Los cambios esqueléticos son mínimos, o no existen durante el primer año de vida y la osteoporosis característica de la enfermedad durante la infancia es seguida de una esclerosis. Las manifestaciones orales descritas por Cohen y Baty, consisten en palidez y cianosis de las mucosas y marcada maloclusión debido al sobrecrecimiento del reborde alveolar del maxilar superior.

Leucemia aguda y subaguda.- Caracterizada por un aumento de leucocitos en la sangre circulante y tejidos. Los síntomas, sobre todo en las variedades mieloides y monocítica son de una infección aguda. Existe un agotamiento profundo, fiebre (39°C a 40°C), diarrea, cefalalgia y mal estado general. Puede haber linfadenopatía, generalizada y esplenomegalia. El primer síntoma grave pueden ser las hemorragias gingivales o la hemorragia prolongada consecutiva a una extracción dental. Las manifestaciones orales consisten en colocación difusa, cinótica, rojo azulada de toda la mucosa gingival, con una superficie brillante, agrandamiento difuso y dematoso.

Gingivitis producidas por infecciones específicas.- Estomatitis gingivo herpética aguda. Es una infección de la cavidad oral producida por el virus herpes simple. Frecuentemente el cuadro se complica con una infección bacteriana secundaria. Cada niño tarde o temprano es inoculado por el virus y pasa por un curso leve o tormen-

tos, haciéndose inmune a ella en adelante, es por lo tanto un exantema, muy similar a otros exantemas virales de la niñez, como el sarampión y la viruela. La infección ocasiona dolor generalizado de la cavidad oral que dificulta comer y beber.

Los puntos dolorosos son las vesículas abiertas especialmente sensibles al tacto, a los cambios térmicos y a los condimentos, jugos de frutas y a la acción de comidas duras. Existe una salivación excesiva y una marcada anorexia al dolor, ocasiona fiebre hasta de 38° C y 39° C.

Malestar general y adenitis cervical. La gingivostomatitis herpética aguda puede aparecer en forma localizada después de procedimientos operatorios en la cavidad oral. El diagnóstico se hace basándose en la historia y los hallazgos clínicos. Las pruebas de laboratorio son útiles para confirmar el diagnóstico clínico.

Aftas Simples.- Se observan en los dos sexos y en todas las edades pero más frecuentemente en los niños y en la mujer. Aparecen durante la erupción dental, sobre todo en el curso de afecciones gastrointestinales, en la mujer y en el embarazo y en la época menstrual. Se localizan sobre todo en la cara interna de los labios sobre los bordes o punta de la lengua y en los surcos gingivolabiales. Clínicamente las aftas pasan por cuatro estadios sucesivos : Mácula, pápula, vesícula y úlcera. La úlcera es de las dimensiones de la cabeza de un alfiler, hasta la de una lenteja, redondeada u ovalada de bordes tallados a pico; pero profundos, la patogenia, de estas

aftas simples es todavía desconocida.

Moniliasis.- Conocida con el nombre de Muguét,- estomatitis cremosa, etc. es una infección de la boca producida por un hongo; el *Didymium albicans*, actualmente llamado *Endomices Albican*. Estas distintas denominaciones obedecen a diferencias de concepto, en lo que a su clasificación se refiere. Es esencialmente una enfermedad de la infancia aunque pueda contraerla los adultos, especialmente los debilitados o diabéticos.

Para que se enferme la mucosa bucal, es preciso que este disminuida su resistencia local como manifestación parcial de una disminución de la resistencia constitucional de todo el organismo. Las condiciones locales determinantes son: la sequedad de la boca las fermentaciones intrabucales y el aporte del hongo.

El diagnóstico se basa en la historia, aspecto clínico de las lesiones y estudio microscópico de los frotis obtenidos del raspado de las lesiones. Si la infección está localizada en la boca, los síntomas generales son muy leves. No obstante si la infección se extiende y generaliza por un estado debilitante subyacente, los síntomas sistémicos pueden ser graves, a menudo con un final fatal.

Gingivitis estreptococcica.- Es una infección aguda caracterizada por un eritema difuso de la encía y de otras zonas de la mucosa oral, en algunos casos se limita a un eritema marginal intenso con hemorragia gingival. Las manifestaciones clínicas de una estomatitis o gingivitis estreptococcicas son muy similares a los de

una faringitis estreptocócica. Los síntomas consisten en fiebre, malestar y adenopatía regional o generalizada. Las encías presentan color rojo brillante y sangran fácilmente. En casos graves, puede estar afectada la mucosa labial o bucal, en cuyo caso el niño puede intoxicarse profundamente. Si los estreptococos se hacen invasores, la toxemia es grave. Esto puede ocurrir si se realiza una extracción en presencia de una infección estreptocócica o si el niño está muy debilitado o desnutrido. El diagnóstico se hace en base a la historia, hallazgos clínicos y estudio bacteriológico.

Infección de Vincent.- Se da el nombre de infección de Vincent a un estado inflamatorio de la encía que presenta signos y síntomas característicos. Se le conoce con varios nombres entre ellos gingivitis ulceromembranosa aguda, boca de trincheras, estomatitis de Plaut - Vincent; estomatitis ulcerosa, gingivitis fusoespirilar, gingivitis necrosante aguda, éste usado muchos años por su carácter descriptivo de la enfermedad. La infección de Vincent es la endógena.

Las causas de invasión son los tejidos gingivales irritados, edematosos con estados anaeróbicos; como se encuentran en las bolsas gingivales los agentes causales incluyen muchos microorganismos endógenos, entre ellos son espiroquetas anaerobia y el bacilo fusiforme de Vincent. El comienzo de la enfermedad es repentina y va acompañada por un leve malestar, dolor de cabeza y leve toxemia. Los signos clínicos característicos corrientes son olor fétido, aumento de salivación y hemorragia gingival espontánea. Su síntoma más destacado es el intenso dolor ardien-

te. El diagnóstico se hace en base a los hallazgos clínicos de la lesión necrótica. El frotis bacteriano no es necesario para el diagnóstico.

Gingivitis medicamentosa.- Gingivitis hiperplásica dilamantina. La administración prolongada de dilantina en el tratamiento de la epilepsia, puede producir hiperplasia de la encía, particularmente en individuos con pobre higiene oral. Tal hiperplasia no parece en todos los casos. La irritación local es un factor complicante secundario y no un estímulo inicial. Los casos no complicados por inflamación, el agradecimiento es indoloro, firme elástica y de superficie finamente lóbulada. El color es rosado pálido. La hiperplasia afecta tanto la encía marginal como la adherida e interdentaria, pero se observa más en los dientes anteriores. Hay una línea de demarcación definida entre la encía normal y la afectada.

Las complicaciones por alteraciones inflamatorias secundarias y además producen un aumento difuso, de tamaño disminuyéndose y haciendo menos pronunciadas las marcas interlobulares. La lesión es de curso, crónico, con variaciones en la gravedad aparentemente no relacionadas con las influencias locales o el dosaje de la droga.

III LA ALIMENTACION DEL NIÑO.

HIGIENE DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA.

A) Su alimentación.

Debe ser abundante y alrededor de un cincuenta por ciento más que la dieta usual. Deberá contener abundante proteína (carne y leche). La experiencia indica que las madres bien alimentadas son las que producen mejor leche. La cantidad de calcio que la madre necesite se puede obtener dejándola beber leche a discreción; pero esto llega a producir, en algunos casos, trastornos dispépticos; a tales mujeres es de recomendarseles que tomen leche de vaca en forma disimulada; natillas, flanes, budines.

La alimentación debe ser rica en vitamina, y cabe recordar el presente: "Las vitaminas se adquieren en el mercado no en la farmacia". El germen de trigo tomado a cucharadas en su forma natural o añadido a sopas y leches es una magnífica fuente de vitaminas.

Quando la mujer que lacta, esta sometida a una alimentación insuficiente, el organismo recurre a sus reservas, a fin de mantener la calidad y cantidad de la leche; solamente cuando la desnutrición alcanza grados extremos y sobre todo muy prolongados, disminuye la cantidad de grasa, esta anomalía se recupera muy rápidamente, cuando la madre vuelve a alimentarse en la debida forma.

Quando la mujer está sobrealimentada, ello no influye en la cantidad ni en la calidad de la leche, antes bien, hay muchos casos en los que disminuye la secre -

ción lactea, especialmente en las mujeres obesas.

Algunos medicamentos son eliminados por la leche (ácido salicílico, mercurio, aspirina, morfina, antipirina, urotropina, belladona y bromuros), y cuando la madre ha recibido grandes dosis de alguno de ellos, pueden producirse intoxicaciones en el lactante.

Capacidad de la madre para lactar.

Casi todas las madres son capaces de amamantar a su hijo cuando nazca, se habrá dado el primer y más importante paso hacia el éxito de la lactancia. Debe estar convencida de que esa resolución es la mejor para el bebé y para si misma, y hacer todo cuanto le sea posible con objeto de tener la suficiente cantidad de leche.

Después del nacimiento del bebé, la madre deberá adoptar las medidas más favorables a fin de que su leche sea suficiente para alimentarlo bien.

b) IMPORTANCIA DE LA SUCCION DEL BEBE.

La succión que hace el bebé con hambre es el mejor estimulante del pecho para producir leche.

En los primeros días el pecho materno produce un líquido espeso y amarillento llamado calostro. Si en esos días se pone la criatura al pecho, la succión que hace atraerá gradualmente la verdadera leche, que es espesa y de color azulado.

Es muy importante poner a mamar al bebé a horas fijas, aunque parezca que no hay mucha leche, ya que la succión estimulará a los pechos a producirla y ésta es muchas veces la única razón de la falta de leche de algunas madres.

c) VIDA FISICA Y MENTAL.

Durante la lactancia, la madre debe dormir por lo menos 8 horas en la noche, y recostarse una hora en el curso del día, porque si no descansa bien, no tendrá leche suficiente para su hijo. La mamada de las dos de la mañana puede suprimirse cuando el niño duerme bien toda la noche, lo que sucede generalmente al final del segundo mes. Entonces se le dará de mamar por última vez, a las diez de la noche y la madre podrá descansar después sin interrumpir el sueño.

La madre que lleva una vida tranquila y feliz, sin emociones violentas, criará mucho mejor a sus hijos. El miedo, la aflicción, la cólera o cualquier otra excitación, podrán hacerse que pierda la leche por completo y el mismo afecto producen las preocupaciones, la ansiedad o cualquier otro esfuerzo nervioso intenso.

Ejercicio moderado, diversiones al aire libre, contribuyen a que la madre está contenta y satisfecha, lo que es esencial para conservar la leche.

Se debe evitar el trabajo pesado durante la lactancia es recomendable reanudar el trabajo paulatinamente, a partir de la cuarta semana, e intercalar entre los períodos de trabajo frecuentes descansos cortos.

Debe formarse el hábito de ir al cuarto de baño con regularidad una vez al día, y para evitar el estreñimiento tan frecuente durante las primeras semanas, - se recomienda tomar verduras, manzanas, ciruelas, higos, y un vaso de agua en ayunas.

d) LA LACTANCIA NATURAL.

Sus ventajas.

La leche materna contiene las vitaminas y los minerales que el niño necesita para su desarrollo y encierra una serie de anticuerpos que inmunizan al niño contra ciertas enfermedades infantiles durante los primeros meses de vida.

Es pues la leche materna el alimento químico y nutritivamente adaptado al aparato digestivo del niño y a su metabolismo, y asegura un desarrollo en condiciones óptimas.

e) FORMULA QUIMICA.

La composición química media de la leche humana es la siguiente:

proteínas	1.2%
azúcar	7.0%
grasa	3.5%
subs. minerales	0.2%

La proteína de la leche humana se compone de - caseína y lactoalbumina, en partes iguales. Es sabido que los aminoácidos de las proteínas suplen las necesidades -

del anabolismo, y en consecuencia no quedan residuos. Las grasas se encuentran en emulsión de finas partículas (10 a 20 micras de diámetro). La oleína es la principal grasa neutra, pero está asociada con estearina y palmitina. Los gliceridos de ácidos grasos volátiles existen en pequeñísima cantidad.

La proporción de grasa varía en las diferentes leches humanas. Existen también cambios de concentración al principio y fin de cada mamada. Púés mientras la cantidad de grasa es sólo de 1% al principio, se eleva hasta - el 8% al final.

El azúcar de la leche es la lactosa, y se mantiene casi constantemente en la proporción de 7% .

Las cenizas contienen diferentes sustancias - minerales: sodio, potasio, calcio, magnesio, fósforo y - cloro. El azufre es un constituyente constante de uno de los aminoácidos (cistina).

Y cuando la madre se nutre en forma adecuada, - se encuentran vitaminas en forma abundante .

f) CONTRAINDICACIONES DE LA ALIMENTACION CON LOS PECHOS.

En cuanto a las contraindicaciones de orden médico, las constituyen aquellos casos en que la madre está afectada de una enfermedad contagiosa que pueda transmi - tirla al niño, o que sin riesgo de contagio, debilite a - la madre en grado tal que pueda temerse por su salud.

La menstruación disminuye la secreción lactea, -

pero esto no indica que deba suspenderse la lactancia. El embarazo es una indicación para destetar al niño, cosa - que debe hacerse gradualmente.

g). AFORISMOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA.

El lactante alimentado con los pechos raramente se enferma y excepcionalmente se muere.

El pecho es el mejor alimento y el mejor medicamento del niño enfermo.

En casos de gravedad del lactante tierno, casi siempre se realiza el dilema: el pecho o la muerte.

Dejemos al lactante que mame según su apetito.

La leche de pecho debe ser absorbida como un - alimento, y no pesada y medida como un medicamento.

Mucha leche, leche buena; poca leche, leche ma la.

El exámen químico de la leche no tiene ningún valor.

Es una curva peligrosa en la vida del lactante la supresión del pecho.

Succiona el niño no solamente alimento, sino - también paz, tranquilidad y amor.

h) LACTANCIA MIXTA.

Se dice lactancia mixta cuando parte de la ali

mentación se hace con leche materna y parte con otro alimento. Es pues una combinación, o mejor dicho, una mezcla de la alimentación natural con la alimentación artificial.

INDICACIONES.

Esta alimentación es necesaria en las hipogalactias (poca leche) como consecuencia de un trabajo físico exagerado o de una alimentación muy precaria, o también por la necesidad, cada vez mayor de gran número de madres, de salir a trabajar.

Para que las madres trabajen no abandonen a sus hijos y puedan alimentarlos de su pecho, en muchas fábricas y oficinas han establecido las guarderías infantiles, en donde personal especializado cuida del bebé y lo entretiene, acudiendo la madre a horas fijas de la tetada, a darle alimento.

MÉTODOS.

Dos métodos se ofrecen: el complementario y el sustitutivo.

Complementario. Este método de lactancia complementaria consiste en añadir a cada ración materna una porción de alimento artificial que la completa.

Tiene la ventaja este sistema de que la presencia de la leche materna, así sea en pequeña cantidad, favorece la digestión del alimento artificial.

Sustitutivo. Este método reemplaza totalmente una tetada con una ración completa de alimento artificial.

Sus ventajas son, sobre todo, de orden social; permiten a la madre seis horas de autonomía (saltando una tetada, condición óptima para las que trabajan ; y, a las que no lo hacen, les concede mayor libertad de descanso o distracción que les ayude a sobre llevar la lactancia con mejor ánimo.

También permite a las glándulas poco generosas un mayor tiempo para llenarse.

Su inconveniente principal consiste en que, restando a la glándula el frecuente estímulo de la succión, aquella tiende a agotarse. La observación enseña que el régimen puede ser mantenido mientras el pecho sea reemplazado sólo dos veces. Niño que toma tres veces la leche dada en biberón, abandona el pecho.

i) LACTANCIA ARTIFICIAL .

Se llama alimentación artificial la que se realiza empleando alimentos que reemplazan totalmente la leche de la madre en el tiempo en que el niño se alimenta normalmente de ella. Esta sustitución se hace con leches animales, modificadas o no, y con productos de origen vegetal: harina y azúcares.

CONSIDERACIONES GENERALES.

La insistencia en señalar las ventajas de la lactancia materna conduce, a veces, a extremismo en cuanto al juicio que nos hemos formado de la lactancia artificial, que si bién estaban justificados hace 20 años, no es lícito incurrir en ellos actualmente.

Es cierto que son comúnmente reconocidas todas las ventajas de la lactancia natural; pero también lo es que se han obtenido modernamente una serie de progresos - en la lactancia artificial, que hacen posible asegurar - una mejor mortalidad que en años pasados cuando se saben manejar correctamente los productos dietéticos y los alimentos-medicamentos.

Lo anterior no es, ni puede ser una disculpa - o justificación para privar al niño, por cualesquiera razones, del pecho de su madre.

El niño criado artificialmente debe ser sometido a una vigilancia médica minuciosa, tanto por lo tocante al desarrollo de su peso y talla, como por lo que se refiere al panículo adiposo, tono muscular, turgencia, que nos guiarán respecto a su inmunidad, pues es necesario hacer notar que el éxito de la alimentación artificial se logrará, no cuando consigamos que, mediante la leche de vaca u otro alimento, el peso y demás características físicas se mantengan dentro de los límites normales, sino cuando la inmunidad del lactante criado artificialmente - traducida por el número de infecciones, y especialmente por las cifras de mortalidad infantil sean lo más aproximadas a las cifras que corresponden a los niños criados normalmente.

j) LECHES ARTIFICIALES.

El estómago del lactante está preparado por la naturaleza para digerir la leche de mujer, y no la de otras especies de animales; la leche de mujer es vertida directamente de la glándula mamaria a la boca del lactar-

te, con lo cual ofrece una garantía de esterilidad que - ninguna otra leche puede brindar.

Todas las leches exigen un transporte largo, - en recipientes no esterelizados y durante la época de calor, esto favorece la acumulación microbiana que es, en - buena parte, la responsabilidad de las muertes de menores de un año.

En la alimentación artificial del niño se em - plean leches de vaca, burra, cabra, algunas veces de ye - gua.

CUADRO COMPARATIVO DE COMPOSICION.

por 1 000 gramos	mujer	vaca	yegua	burra	cabra
Albúminas	15	35	17	17	30
Azúcares	70	47	63	65	50
Grasas	35	40	11	10	variable
Sales	2	7	4	5	9
Agua	900	900	900	900	900
Calorías por litro	700	700	450	450	variable

Leche maternizada. Se ha tratado de variar la composi - ción de la leche de vaca, para hacerles más parecida a la leche de la mujer; a estas modificaciones se les ha llamado maternización.

Se comprende que la técnica no llega sino a - cumplir, en forma más o menos grosera, la parte química - (disminución de albúminas y sales y aumento de hidratos de carbono). La íntima naturaleza.

IV CONTACTOS CON LA NATURALEZA.

A) Los Baños

Al niño hay que bañarse diariamente.

Ventajas:

- a) Estímulo a las funciones de la piel (transpiración).
- b) Actividad circulatoria.
- c) Eliminación del sudor acumulado que irrita la piel.

Debe ajustarse a las siguientes normas:

- a) Ser corto (5-7 mins.)
- b) Con la temperatura de 37° C.
- c) No producir enfriamiento al bebé.
- d) Sostenerlo en posición vertical para evitar que tome agua.
- e) Hacer todo sin violencia y con dulzura.

Con la mano izquierda se sujeta la nuca del lactante sólidamente y con la derecha, mediante el dedo índice y pulgar, se sujetan simultáneamente los tobillos. Hay que mantener un poco más alta la cabeza que el resto del cuerpo cuando esté el bebé en el agua.

Una vez sumergido, se frotará el cuerpo con la mano derecha se lavará primero la cabeza y cara a fin de

utilizar el agua más limpia, en seguida lavar piernas tórax, abdomen con suavidad por contener los órganos hígado y bazo que son muy delicados a la presión, al último se limpiarán los órganos genitales y el genital y el ano cuidadosamente.

Sobre una mesa seca coloca al bebé con toalla de tejido suave secarlo y enseguida aplicarle talco espolvoreándolo sobre la piel y proceder a vestirlo.

b) EL SUEÑO.

Durante los primeros meses de su vida, el niño sano duerme todo el tiempo y sólo despierta cuando tiene hambre. Es normal que el primer mes duerma de 20 a 22 horas diarias; en el segundo y tercer mes 16 y 18 horas.

Hay que dejar dormir al niño, pero no se comen exageraciones hay que enseñarlo a dormir a pesar de los ruidos caseros habituales.

No hay que turbar el sueño del niño, pero sólo por la noche muchas madres lo hacen al revés, para que no lloren durante las horas de sueño de los padres, dan al niño pecho buena parte de la noche. Hay que despertarlo durante el día, a las horas que debe tomar el alimento, a fin de acostumbrarlo a la reglamentación de las tomas y de evitar la hipoalimentación; pero por la noche no se le despertará, con lo cual se evitará la formación de jugo gástrico y no se formará la sensación de hambre. A los lactantes mal acostumbrados, hay que hacerles perder el mal hábito de tomar alimento por la noche.

Hay que abolir también la mala costumbre de mecer a los niños para que se duerman.

c) EL SOL.

Todos los niños inclusive hasta los más pequeños, necesitan del aire y del sol, ya que ambos son indispensables para la salud.

Conviene dar baños de sol a los niños de corta edad con el fín de evitar el raquitismo y de obtener los efectos beneficiosos para la salud.

Cuanto más rápidamente crezca un niño tanto mayor necesidad tiene de la luz solar. Los rayos ultravioleta no pueden traspazar la tela ni el cristal de una ventana, y el viento y la humedad atmosférica atenúan la acción de dichos rayos.

Durante el invierno, las emanaciones ultravioletas son más débiles y sólo resultan útiles durantes las breves horas en que el sol esta en el meridiano. Téngase en cuenta estos detalles, si se quiere sacar el máximo provecho de los baños de sol, pues en caso de que los mismos no sean eficaces, deben completarse con algún compuesto medicamentoso a base de vitamina D, elemento esencial para impedir el raquitismo y ciertas deformaciones de los huesos.

La exposición a los rayos solares debe hacerse progresivamente, primero la cara, luego las manos y finalmente las piernas, comenzar con una exposición de dos o tres hasta que el baño de sol dure una hora.

C.- CICLO VITAL DEL DIENTE.

Iniciación

Proliferación

Crecimiento Histodiferenciación

Morfodiferencia

Aposición

Calcificación

Erupción

Atrición

Reabsorción y exfoliación.

ETAPA DE INICIACION.

Esta etapa tiene su origen entre la quinta - y sexta semana de vida intrauterina cada diente se desarrolla a partir de una yema dentaria, que se forma profundamente en la zona de la boca primitiva que posteriormente se transformará en los maxilares todos los dientes tienen su origen en el ectodermo en el cual ciertas células basales comienzan a proliferar a un ritmo más acelerado que las células contiguas dando como resultado un engrosamiento que recibe el nombre de lámina dentaria, en ciertas etapas de ésta lámina dentaria las células ectodermicas se van a multiplicar o proliferar formando 10 - pequeños botones en cada maxilar que van a dar origen al órgano dentario de la yema dentaria.

Alteraciones durante esta etapa, nos van a dar anodoncia de uno, varios o todos los dientes, con mucha - frecuencia vamos a observar anodoncia de los laterales su periores permanentes de los 3eros. molares y de los segun dos premolares inferiores, la iniciación acelerada da como consecuencia dientes supernumerarios.

ETAPA DE PROLIFERACION.

La actividad proliferativa, durante esta etapa desencadena las etapas de yema, casquete y campana del - órgano dentario en esta etapa hay una mayor proliferación de las células epiteliales dando como resultado el órgano o germen dentario, dicho germen va a estar formado de tres órganos que son: órgano del esmalte derivado del epitelio que va a formar esmalte, la papila dentaria u órgano de - la dentina que es derivada del mesenquina va a dar origen a la dentina y tercero el saco dentario u órgano parodontal también derivado del mesenquima va a formar los tejidos de soporte del diente y cemento las alteraciones du - rante esta etapa anodoncia parcial o total y también puede formar quistes.

ETAPA DE HISTODIFERENCIACION.

Durante esta etapa las células proliferativas sufren cambios definitivos suspenden su capacidad de multiplicarse para adquirir nuevas funciones por lo tanto la influencia organizadora del epitelio dentario interno sobre mesenquima provoca la diferenciación de las células - vecinas de la papila dentaria hacia odontoblastos, por su parte al formarse las células del epitelio dentario inter

no se van a transformar en ameloblastos formándose de esta manera matriz del esmalte frente a la dentina, por su parte la funda epitelial de HERTWING se va a originar en los márgenes de la forma acampanada que ha adquirido el órgano del esmalte por proliferación de la capa interna y externa del epitelio adamantino, a las células periféricas de la pulpa primitiva sufren también una distofe-renciación tomando una forma columnar adquiriendo de esta manera los odontoblastos la potencialidad de formar dentina.

Alteraciones de esta etapa.

Tomará como resultado la dentina atípica o la osteodentina que es la deficiencia de producción de dentina por la falta de vitamina A.

La etapa de la Mofodiferenciación.

Durante esta etapa se lleva a cabo el crecimiento diferencial por lo tanto los ameloblastos, cemento blastos depositan esmalte y cemento dándoles al diente tamaño su forma característica.

Alteraciones:

Durante esta etapa darán anomalías de tamaño y forma por ejemplo dientes gigantes, enanos, forma cónica o dientes de hutchinson que es alteración debida a sí-filis congénita tardía estas alteraciones se presentan en dientes permanentes y en aquellos que se calcifican durante el primer año de vida del niño.

APOSICION.

Es el depósito regular y rítmico de materia - extracelular en el que existen períodos de actividad y de reposo los odontoblastos junto con las fibras de Korff - forman una substancia colágena calcificada que recibe el nombre de predentina las diferentes etapas de aposición - de matrices de esmalte y dentina quedando marcadas por - líneas llamadas incrementales de desarrollo, que son las bandas de retzius en el esmalte y las bandas de Owell en la dentina.

ANOMALIAS

Durante esta etapa dan hipoplasia del esmalte.

Las hipoplasias en la dentina son muy raras y para que - se presente necesita el niño estar bajo severos distur - bios durante un tiempo bastante prolongado.

CALCIFICACION

El momento en que se calcifican los dientes - es muy variable pero es fácil recordar que los dientes de la primera dentición se calcifican entre el cuarto y sexto mes, en el útero los permanentes se calcifican entre - el primer año de vida del niño y los tres años.

ERUPCION

Se entiende por erupción la migración de los - dientes hacia la cavidad oral.

Su aparición en la cavidad oral es solo parte

del proceso eruptivo que aunque con menor intensidad continúa durante toda la vida del diente.

Los dientes primarios o de la primera dentición hacen erupción entre los seis y 24 meses de edad, por su parte las raíces completan su erupción aproximadamente después de un año de haber hecho erupción, los permanentes entre los 6 y 12 años y las raíces completan su formación 3 años después de haber hecho erupción.

Los disturbios durante esta etapa son muy frecuentes, entre otros está la erupción prematura o la erupción retardada por disturbios de origen nutritivo o endocrino, a veces se presenta temperatura.

ATRICCION

Es el proceso normal del desgaste de los dientes que empieza cuando el diente hace contacto con su antagonista, el grado de atricción varía de acuerdo con la calcificación del diente y el tipo de alimentación.

El bruxismo en el niño es un hábito que pudo deberse a alteraciones nerviosas, deficiencias nutricionales o problemas psicológicos (cuando el niño se siente rechazado por sus padres).

ABSORCION Y EXFOLIACION.

La absorción es un proceso que se inicia aproximadamente a los dos años de edad del niño, se presenta en los incisivos, y a los 3 años en caninos y molares.

La exfoliación.- es la eliminación fisiológica de los dientes anteriores a reemplazo de sus sucesores, - es por lo tanto el resultado de la reabsorción progresiva de sus raíces por los osteoblastos y por la presión ejercida por el diente permanente sobre el tejido del hueso - alveolar que separa la cripta del diente permanente.

V.-

DENTICION TEMPORAL

	comienza la formación de tejido duro.		cantidad de esmalte formando al nacer	esmalte completo meses	erupción meses	raíz completa años
S	I C	4 meses en utero	5/6	1 1/2	7 1/2	11/2
U	I L	4 1/2 " "	2/3	2 1/2	9	2
P	canino	5 " "	1/3	9	18	3 1/4
E	1er. molar	5 " "	cúspides unidas	6	14	2 1/2
R	2o.	" 6 " "	" aisladas	11	24	3
I						
O						
R						
I	I C	4 1/2 " "	3/5	2 1/2	6	1 1/2
N	I L	4 1/2 " "	3/5	3	7	1 1/2
F	canino	5 " "	1/3	9	16	3 1/4
E	1er. molar	5 " "	cúspides unidas	5 1/2	22	2 1/2
R	2o.	" 6 " "	" aisladas	10	20	3

I
O
R

De Logan, W. H. G. y Krosfeld, R: JAD 20 : 379 1933
Ligerál modificado por Mo Call y Schour.

DENTICION PERMANENTE.

	comienza la formación de tejido duro.	cantidad de esmalte formado al nacer	esmalte completo	erupción	raíz completa
S					
U	I C 3-4 meses		4-5 años	7-8 años	10 años
P	I L 10-12 "		4-5 años	8-9 años	11 años
E	canino 4-5 "		6-7 años	11-12 años	13-15 años
R	Ier. P. 1 1/2 - 1 3/4		5-6 años	10-11 años	12-13 años
R	2o. P. 2 2/4		6-7 años	10-12 años	12-14 años
I	Ier. molar al nacer	a veces vestigios	2 1/2 -3 años	6-7 años	9-12 años
O	2o. molar 2 1/2 - 3		7-8 años	12-13 años	14-16 años
R	3er. molar 7-9		12-16 años	17-21 años	18-25 años
I					
N	I C 3-4 meses		4-5 años	6-7 años	9 años
F	I L 3-4 "		4-5 años	7-8 años	10 años
E	canino 4-5 "		6-7 años	9-10 años	12-14 años
R	Ier. P. 1 3/4 - 2 años		5-6 años	10-12 años	12-13 años
I	2o. P. 2 1/4 - 2 1/2			6-7 años	11-12 años
O	Ier. molar al nacer	a veces vestigios	2 1/2 -3 años	6-7 años	9-10 años
R	2o. molar 2 1/2 - 3		7-8 años	11-13 años	14-15 años
	3er. molar 8-10		12-16 años	17-21 años	18-25 años

EL NIÑO CON EL PAIDODONCISTA.

El niño es independiente, pero es negativo, -
patea; pero uso de cuatro años teme estar solo aunque -
quiera estarlo, pero necesita sentir que lo respaldan, de
otra manera se desespera.

El niño de seis a nueve años cumple su ciclo -
escolar y socialmente avanza, comienza a tener amigos. -
Hay un problema de relación muy característica del niño -
en edad escolar y que todos los padres que hemos tenido -
a nuestros hijos para quienes hemos sido las figuras fun-
damentales, identifica con el maestro y los padres no sa-
ben nada.

Otra característica muy importante que desespe-
ra a las madres, es el robo, el hurto; cuando aparece en
casa con los objetos más raros, así con las historias más
inverosímiles para que se le crea.

Entre los nueve y once años el niño entra en -
la prepubertad y hay nuevamente un cambio de conducta con
características muy importantes. El niño o niña. ¿Cómo en
esta edad?. Hablamos de conducta como es física, mental -
y emocional. La primera característica es el aislamiento,
el anti-grupo, en que todo está mal y falso en la vida -
para él por supuesto. Es un período involutivo. Nada le -
interesa. Una diferencia muy grande es un niño que camina
solo con su perro para pasar a otra época después de los
once años en que entramos directamente a la pubertad. -
¿Qué pasa en esta edad? ¿Cuál es la característica?. Vie-
ne la formación de grupos, en una asocialización de gru-
pos, pandilleros pero las chicas van con las chicas y los

chicos con sus compañeros.

No confundamos una conducta anormal con un comportamiento no característico, pues una conducta anormal (con un comportamiento no característico). Es destructiva para la persona que la posee, que no es lo mismo tener características distintas de conducta.

Entramos en la adolescencia, uno de los capítulos más importantes en el desarrollo y crecimiento del ser humano.

Condicionado con el desarrollo de las gonadas, la cosa sexual se hace aparente, pero la característica es la suficiencia; es rebelde está en contra de todo y es narcista, egósta rechaza todas las normas de los adultos por principio y cuando nos toca atender a un adolescente en el consultorio, se debe manejar muy bien el asunto, porque él quiere ser adulto y no lo es. Vive en una continua confusión de sentimientos que lo hacen tremendamente inestable en algunas circunstancias no se encuentra así mismo y ha edificado una cantidad de defensas, de valerse así mismo y saberlo todo. Es un período extremadamente difícil que, sin embargo, marca algunas características de conducta.

Es una edad conflictual y en el campo odontológico seremos nosotros quienes nos encarguemos de los problemas de la adolescencia, pero sabiendo a priori que son demasiado grandes para nosotros, pero demasiado chicos para el dentista que no entiende de este tipo de problemas. Un dentista tiene que saber cómo es una persona para así saber que se puede esperar de ella.Cuál es la -

característica que marca el paso de la adolescencia a la joven adultez. La parte de la responsabilidad está para cuando hay voluntad para asumirla, pues se necesita voluntad o disposición para asumir la responsabilidad como adulto. Es una característica y la otra característica del adulto joven como consecuencia y es el querer ganarse la vida y formar su familia.

El adulto en el momento actual vive en un mundo materialista; se gana la vida, se mantiene así mismo y a su familia y la característica del adulto joven feliz, es que esta contento con ese logro.

Por supuesto hablamos del individuo adulto feliz, porque el que no lo es reacciona no a un nivel adulto por razones que hay que investigar.

Después de la joven adultez, se pasa a la edad madura, cuya característica es que el hombre está en toda su plenitud física y psíquica. Se hace menos materialista y se dedica a crear en el pensamiento; está en otro tipo de función creadora. Al adulto joven no le daba tiempo, pero ahora comienza a pensar un poco en los demás piensan en él. Ahora ya estabilizado en ese plano, está más dispuesto a pensar en los otros y en los que los otros piensan de él.

Aquí todos estamos trabajando en prácticas generales y en el momento actual de la medicina, es importante que el dentista sepa poco más o menos cómo es y como siente en general; si puede hacerlo individualmente mejor el chico adolescente, el adulto, el jubilado que esta sentado en un sillón. Dice el maestro que la gran tarea siem

pre es saber qué preguntar, qué observar y qué ensayar - y esa tarea bien realizada requiere la maduración de toda una vida profesional.

Debe uno de llevar el control de los pacientes con historias clínicas completas así se puede saber quién es fulano de tal, qué tenía y quién fué uno en ese momento para el paciente.

A) CONCEPTO ACTUAL DE LA CARIES.

RESPECTO A EL NIÑO.

CARIES DENTAL UNA INFECCION.

La caries dental una infección de los dientes causada por micro-organismos. Aunque todavía no se ha establecido cuál es el organismo o grupos de organismos responsables de la caries dental en los dientes humanos, está perfectamente bien claro que la caries dental no ocurre en un ambiente libre de gérmenes. Así mismo, está claro que tanto los organismos acidogénicos y los proteolíticos son esenciales para la producción de caries en la dentina.

La destrucción del esmalte y la dentina, y la subsecuente forman una cavidad que es característica - en la caries dental, viene a ser resultado de la acción - de los productos bacterianos (ácido y enzimas proteolíticos), y en vez de la invasión de la bacteria misma. De - manera que los organismos infecciosos se desarrollan en - la superficie del esmalte o dentina, mientras que sus productos destruyen el tejido que está debajo.

La evidencia más convincente de la caries dental es el resultado de infección por microorganismos, ha sido proporcionada recientemente por Keyes y Fitzgerald, - quienes demostraron con ratas, que la caries dental puede ser transmitida por un animal infectado, colocado en una jaula en donde hay animales inmunes a la caries, en este caso, los organismos que causaron la infección, fueron - identificados como enterococos.

El punto importante es que en las ratas, la -
infección de los dientes es transmisible. Esto también -
puede ocurrir en los humanos.

B) LA CARIES DENTAL UNA ENFERMEDAD DE LA BOCA

La caries dental no es sencillamente un agujero en un diente sino que es un proceso infeccioso que puede empezar en cualquier área donde la bacteria puede permanecer por largos períodos de tiempo, sin ser removida. De manera que la caries dental tiene un patrón muy definido en el arco dental. Comienza en sitios de predilección, como son los surcos y fisuras, superficiales proximales - y áreas de los dientes que mantienen placas y se extiende de los molares a los premolares y de ahí a los incisivos superiores en una secuencia predecible.

C) SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES.

Diferentes personas son inmunes o susceptibles a la ca -
ries dental.

Los factores que determinan al grado de suscep -
tibilidad, no son conocidas aún pero son completos y es -
tán relacionados con los factores genéticos y sistemáticos,
como el ambiente local.

Si un paciente tiene caries dental, la lesión individual o todo el conjunto bucal, puede ser cario-activa (infección que muestra actividad) o cario-arrestada (la infección ha cesado). Como todos los sistemas bióticos, especialmente bacterianos, la caries dental exhibe -

períodos de mucha actividad y períodos de quietud o suspensión. En un niño determinado la caries puede ser activa y rápidamente progresiva, o puede estar completamente arrestada. Uno puede observar esto muy claramente en un niño que tenga caries rampante.

Generalmente los niños tienden a mostrar lesiones con caries activa, mientras que los pacientes mayores frecuentemente muestran lesiones que están arrestadas.

En ambos casos los períodos de actividad ocurren con más frecuencia entre los 4 y 8 años de edad durante la dentición decidua y de los 11 a los 18 años de edad durante la dentición permanente, mientras que las lesiones arrestadas se observan con frecuencia entre los 9 y 11 años de edad, aún en niños con caries rampante. Después de los 30 años de edad, los períodos de actividad se hacen más cortos, mientras que los períodos de arrestamiento se alargan para que, a los 50 años de edad la lesión se observa más durante la fase de arrestamiento.

Un aparato de ortodoncia puesto en una boca cariosa-activa, puede ser y casi siempre es, destructiva para los dientes, pues el aparato provee áreas adicionales de acumulación de bacteria producida infección del esmalte y la dentina en áreas inmunes; de otro modo a la caries este mismo aparato puesto en una boca libre de caries (sin infección activa) produce poco daño, lo mismo sucede en los adultos. Un aparato prostético removible o fijo, puesto en una boca que tiene caries activa (como evidencia una o dos "pequeñas" pero activas lesiones), pronto muestran caries secundarias debajo de los ganchos o a lo largo de los márgenes gingivales de coronas o incrustacio

nes. Por otra parte, el mismo aparato puesto en una boca con caries arrestada (como evidencia, un cómputo muy bajo de lactobacilo o una prueba negativa de Snyder, no muestra evidencia de caries secundaria aún en pacientes cuya higiene oral es mala).

PRINCIPIOS DEL CONTROL DE CARIES

Llegamos ahora a la fase y pregunta final de la discusión. ¿Cómo debe suspenderse el proceso infeccioso y la enfermedad?

Durante los últimos 20 años, el método más efectivo para suspender la caries dental, esto es, cambiar la infección de un estado activo, a un estado de arresto - ha sido - el matar hambre a los organismos acidogénicos mediante la reducción de el azúcar, especialmente entre comidas, esta es - un proceso lento, pero efectivo. Infortunadamente el éxito o el fracaso de este método depende más bien de la cooperación y motivación del paciente, ambos con frecuencia son débiles, que en la habilidad del dentista. El otro método es mediante una higiene oral meticulosa y consciente, cepillando después de cada comida para quitar la bacteria superficial, antes - de que pueda atacar la superficie del diente. Aquí de nuevo - el éxito o el fracaso depende del paciente y no del dentista. Un tercer método para arrestar la caries dental, es ahora sugerido - es decir, eliminación mecánica de la capa cariogénica de cada una de las lesiones en cada diente de la boca. - Este método ha sido probado y su efectividad verificada clínicamente en un período de 4 años en trescientos pacientes - en tres series idénticas.

La idea de remover la dentina cariada para suspender el progreso de la caries no es nueva. El esfuerzo ahora es la eliminación de todas las caries en todos los dientes para así poder suspender toda actividad cariosa. Esta premisa está basada en la hipótesis de que la caries es una infección de la boca.

La hipótesis ha sido probada y verificada como sigue. Si el cómputo de lactobacilos (la prueba de Snyder), o la aparición de lesión en la dentina (suave caries necrosante de la lesión activa versus la de dentina apergaminada de la lesión arrestada), es tomado como una medida de la actividad de la caries se encuentra que la eliminación y obturación de una lesión cariosa en una boca con 10 dientes cariados, no tienen ningún efecto en el cómputo lactobacilo, o en la actividad de las de las otras lesiones. No hay efecto alguno en la actividad de la caries ni aún cuando ocho de los diez dientes han sido tratados y restaurados. Pero la última lesión es eliminada, hay una marcada baja en el cómputo lactobacillar. Se ha podido demostrar que todas las lesiones aún las más pequeñas, deben ser tratados antes de que la boca, se convierta en cario-inactiva como está demostrado en cualquier índice de caries activa que el escéptico escoja.

Estos factores han cambiado el enfoque del tratamiento de la caries dental. Hace años era muy común el "taladrar y obturar" un diente a la vez y después de haber obturado tres o cuatro dientes con lesiones grandes, despedir al paciente con dos o tres lesiones "pequeñas" - aludiendo que estaban muy pequeñas para poder obturarlas. De esta manera, obturaciones bien hechas eran puestas en boca " con ligera infección esto es, en boca cario-activa.

No es extraño que estos pacientes volvieron a los seis meses con exposición pulpar debajo de las "lesiones pequeñas", caries marginal alrededor de las obturaciones.

Hoy está claro que antes de comenzar cualquier restauración es necesario, primero, eliminar la enfermedad de la caries - eliminar la infección de toda la boca -, - esto significa que las primeras consultas deben ser dedicadas a la eliminación de toda lesión, especialmente de la capa cariogénica necrosante de cada una de las lesiones en cada diente, obturaciones retentivas temporales; - control de azúcar especialmente la que se toma entre comidas; higiene oral y cepillado los dientes después de cada comida.

Ningún procedimiento restaurativo debe ser iniciado hasta que la enfermedad ha sido eliminada y la boca hecha cario-inactiva como evidencia, mediante cómputo bajo lactobacilar o cualquier otra prueba de la actividad de la caries.

ELIMINACION DE LA CAPA CARIOGENICA.

La eliminación de la caries es un procedimiento definitivo y preciso y no el procedimiento casual del pasado. Es esencial la eliminación de toda la dentina necrosante, especialmente a lo largo de la unión esmalte-dentinal más rápidamente de la penetración en la pulpa.

No es necesario ni deseable el remover la capa descalcificada, pero aún vital capa de dentina. Esta capa es estéril y llegará a endurecer después de ser tratada. El removerle en la primera consulta podría producir

un daño pulpar y retrasar la formación de la dentina reparativa.

Aún la lesión más pequeña debe ser tratada en una boca susceptible y cario-activa. Aún cuando la lesión ha llegado a la pulpa, la porción infectada debe ser removida lo más pronto posible. Medicamentos temporales (óxido de zinc y eugenol u óxido de zinc timol), deben ser colocados en cavidades retentivas para protegerles de una re-infección. Las áreas que por sí solas son limpias, pueden dejarse abiertas, si se esta seguro de que se limpian por sí mismas y que no se volverán a infectar. Una prueba cario-activa (cómputo lactobacilar o prueba de Snyder) - debe ser hecha para asegurar que la enfermedad ha sido arrestada. Experimentos indican que permanecerá arrestada por lo menos seis meses después de dicho tratamiento, aunque el paciente vuelva a una dieta cariogénica.

Obturaciones permanentes pueden ahora ser colocadas, cuando éstas sean expuestas en una boca no infectada (cario-inactiva), no fallarán tan rápidamente por caries marginal secundaria.

EL NIÑO EN LA PRACTICA DENTAL.

Hasta hace algunos años eran muy pocos los dentistas que veían con agrado la llegada de un niño al gabinete u oficina dental, pero la gran importancia que tiene la atención dental del niño demostrada por esos pocos dentistas y por los resultados obtenidos en los diferentes dispensarios.

Muchos dentistas tienen la opinión de que es -

necesario un gran esfuerzo para tratar profesionalmente - a los niños, razón por la que con frecuencia oímos los - siguientes comentarios; yo no puedo trabajarle a los ni - ños y si a veces accedo es por los padres insisten , pero entonces hago lo que buenamente puedo porque si no perdería al cliente.

Se ha escrito mucho sobre la forma de como tratar al niño como paciente dental. La mayoría de los autores lo han enfocado bajo un punto de vista psicológico - no estando equivocado en parte lo que tal cosa hacen. Desde luego que este enfoque psicológico es muy especial y - no basta estar saturado de conocimientos psicológicos, - sino que es necesario la adaptación de éstos al conocimiento psicológico de los problemas dentales. Ahora bién generalmente la forma de tratar al niño como paciente dental, es conocido con el título de conducta del niño.

VIII CONDUCTA DEL NIÑO.

Entiéndase por conducta del niño como paciente dental el medio del cual nos valemos para conocer, dirigir, regular y colocar al niño en las mejores condiciones para recibir un tratamiento odontológico, logrando la aceptación por su parte, de cuanto es necesario hacerle . Para ello es necesario eliminarle en el niño una serie de obstáculos; el miedo, la sugestibilidad la impotencia voluntaria, la inestabilidad de la atención, la incapacidad de inhibición emocional; factores psicológicos que el - odontólogo tiene necesariamente que vencer para obtener - la cooperación del niño y realizar con éxito su tratamiento profesional.

El punto principal que debe tener el dentista, de acuerdo con lo que antecede, estar siempre en buena - disposición, hablando en tono suave, alegre y firme, fácilmente conseguirá con eso así obedezcan a nuestras reco mendaciones sin que tengan la más mínima tentación de resistir.

Debemos evitar maltratarlos, esto es causarles dolor por mínimo que sea en la primera intervención por - que si esto se produce, le ocasionaría una autosugestión de temor acompañado de odio, lo que le convertiría en un paciente reactivo a cualquier tratamiento, con el abandono consecuente del cuidado de sus dientes.

El niño es curioso, más su curiosidad superficial es disímil, se contenta con poco y supone haber comprendido lo que se le dice. No tiene aún un sentido real de las cosas. Por eso debemos responder a sus preguntas - complacientemente, dándole con claridad todas las explica ciones el lenguaje sencillo bajo la forma de una conversa ción familiar, dándole al niño la oportunidad de reflexio nar y buscar siempre motivos que determinen, en su concep to nuestra bondad.

El niño en general tiene desconfianza por lo - desconocido, razón por la que la mayoría de los casos al entrar por primera vez en un gabinete dental, siente te - mor, que ha sido infundido muchas veces por los propios - padres, hermanos y demás personas que conviven con él al referirse a los tratamientos dentales como algo desagradable y a veces como si fueran suplicios infundados de esta manera el niño entra con gran temor. El miedo infundado, - según el Dr. Chavarría Escobar, no es más que una pertur-

bación del ánimo originaría de la aprehensión de algún - peligro y éste desaparece inmediatamente cuando descubre en el que estaba basado.

A) ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO.

Varios son los elementos que intervienen en el manejo y comportamiento del niño.

- a) El propio niño.
- b) Los padres.
- c) Medio ambiente.
- d) Asistentes.
- e) El dentista.

Veamos ahora los particulares a cada uno de - estos elementos;

- a) El niño - El comportamiento del niño como paciente - dental depende en gran parte de las condiciones del - propio niño. Muchos son los factores que debemos de - tomar en cuenta, en relación con el niño como elemen- to que interviene en su manejo como paciente.

Factores que debemos considerar en la psicolo- gía del niño;

- 1.- Edad del niño
- 2.- Madurez social
- 3.- Su salud
- 4.- Sus características inherentes.

Edad del niño.- La edad del niño es un factor que debe ser altamente considerado. Recordemos que normalmente el desarrollo mental depende en gran parte, aunque es muy cierto también que puede existir una gran diferencia entre la edad mental y la edad cronológica.

Uno de los puntos principales para el éxito con los niños con relación a su edad, es hallar y localizar sus intereses individuales, conocer lo que le agrada y lo que le desagradan. De acuerdo con la edad los niños se clasifican así:

- a) Edad de la temprana niñez o edad de la egocentricidad.
- b) Edad de la reciprocidad.
- c) Edad de la adolescencia.

a) Edad de la temprana niñez.- Dura de 6 a 7 años, Ejemplo: Luisito es un individuo insociable, de inmensa energía, que hace muchas preguntas, se fastidia ante las explicaciones detalladas y no le agrada la idea de sentarse largo tiempo en el sillón. A esta edad Luisito es un fervoroso creyente de la autoridad de los mayores y hará lo que el doctor mande, a condición de que crea que el doctor tenga la razón.

b) Edad de reciprocidad.- Dura de los 10 a los 12 años.

Luisito se encuentra todavía en un período de gran actividad siempre cambiante y tiene la convicción de que "lo que tu me hagas a mí te lo haré y yo a tí". A nuestro ami

guito no le agrada abrir la boca.

Es durante esta edad que comienza a desarro - llarse el sentido de la cooperación y de la propia impor - tancia distinto de la sociedad, como individuo que recien - te de que se le trate como aún niño.

c).- Edad de la adolescencia.- Es un indivi - duo más sensible a las convenciones sociales, comienza - a tener un concepto más claro como la prevención dental - a base del cepillado apropiado de los dientes y regulacio - nes sobre régimen alimenticio, es un ideal entendible, - alcanzable y posible de parte de Luisito.

D) DIFERENTES TIPOS DE NIÑOS.

a) El que coopera.- Es siempre un placer trabajarle a un niño que penetra a nuestro gabinete sonriendo y se sienta en el sillón sin provocar el más mínimo inconveniente al operador.

Esta clase de niño puede prevenir ya sea tanto de los ricos como de los pobres, o ya sea de los de la - clase media, pero él es generalmente de un hogar donde - hay disciplina. La madre y el padre han tenido juiciosamente gobernadas las actividades del niño. El niño que ha sido disciplinado en su casa, no es tampoco ningún proble - ma en la escuela.

b) El tímido o asustado.- Es fácil descubrir a un niño tí - mido o asustadizo, porque él tratará de esconder la cara entre las manos, no suelta la mano de la madre o la del -

padre. Otra manera de presentarse éstos, es mirando hacia abajo y no responder cuando se les habla. A veces algo de desune a esta esquivéz pero en la mayor parte de los casos - el temor del niño lo hace comenzar a llorar. El niño tímido o corto es duro es duro de convencer y es evidente que, mientras este rodeado de timidez, ninguna o poca cooperación obtendremos de él. La indecisión en el niño puede ser producida por parte de los padres, o también puede ser - por el aislamiento falta de asociación con otros niños.

c) Tipo Miedoso.- Tienen miedo de todo lo extraño y el dentista no es una excepción. Varios días y noches de dolor son a veces experiencias anteriores al momento en que los padres se deciden a llevar al niño al - dentista, o indiscutiblemente en ese momento en que los - padres se deciden a llevar al niño con el dentista, o indiscutiblemente en ese momento las condiciones físicas - y mentales del niño dejan mucho que desear.

El miedo al dentista lo ha adquirido el niño - en algunos lugares como en su propia casa la escuela en - sus juegos y las propias experiencias pasadas han llegado a llenar su mente la idea de horror al gabinete dental, - lo que a veces hace imposible obtener su curación.

d) El Mimado.- Estos niños entran al gabinete lloriqueando, luchando pateando o de una docena de diferentes modos; de esa manera intentan persuadir al padre - o a la madre para que se lo lleven a casa cuando se le dice que se siente en el sillón, o se lo llevan a él pateando y gritando. Es necesario que la madre le ofrezca lo - que desee pués se saben mimados por los padres, pero como saben que con sus padres son verdaderos esclavos de sus -

caprichos, no surte efecto.

e) El Obstinado.- Es aquel que no quiere que se le haga nada. No lloran pero no dejan que el dentista obtenga hacerle ningún trabajo.

"Yo no quiero que me hagan eso". En estos hay que tener confianza de los padres y quedarse a solas con el niño unos minutos. El puede ser un cacique o un líder en la escuela o su barrio, pero él debe pensar que en el gabinete dental él es como otro niño cualquiera. Tan pronto cómo él se da cuenta de que el dentista es el dueño de la situación, no causará más dificultades.

f) El Rebelde.- Este niño, primero es un serio problema, pero al igual que el obstinado cuando logramos imponernos cede y en la mayoría de los casos resulta un paciente dócil. Es un tipo que rehusa a penetrar en la sala de espera; luego cuando se sujeta a los brazos de la silla o sillón y no quiere entrar al gabinete, otras veces llega hasta huír o tirarse en el suelo; cuando logramos sentarlo en la silla dental, adopta la actitud del obstinado.

g) El Agresivo. Es un niño que tiene, en la mayoría de los casos las mismas características de los dos anteriores, agregandoles una actitud agresiva. Es de los que cuando tratamos de acercarnos a él, nos empuja llegando a los manotazos, así como muchas veces tira al suelo los instrumentos que están sobre la bandeja o trata de patearlos.

h) El Enfermizo.- Es un niño que se le debe procurar hacer tratamientos rápidos y de poco tiempo,

pero siempre con instrucciones de su médico encargado.

IX REHABILITACION DEL NIÑO.

A). HABITOS PERNICIOSOS.- Como se hace en la clínica, - primeramente trataremos de entender lo que es "hábito" - el aspecto particular del cuerpo dependiente de la especial combinación de sus segmentos, es decir forma no figura; esta tomado en la aceptación puramente latino de la palabra "Habitudo", o sea el carácter o relación de una cosa respecto a otra y no como se puede interpretar al de habituación o costumbre.

En ortodoncia, se conceptúan los hábitos a ciertos actos como el de chuparse los labios, interponer la lengua, adquirir posiciones defectuosas etc. Clínicamente los hábitos perniciosos son verdaderos tics como cuando se estudia propedeutica clínica, se refiere al aspecto de los enfermos o "Habitudo exterior"; se ven los movimientos anormales y alteraciones de la conducta motriz y se juzgan las actividades neuromusculares del paciente ya sea en la marcha, lenguaje actitudes y expresiones.

Se ha sintetizado para un mayor entendimiento el siguiente cuadro:

MOVIMIENTOS FISIOLÓGICOS

HABITOS
PERNICIOSOS
COMUNES

- 1.- Succión del dedo.
- 2.- Succión del labio.
- 3.- Interposición de lengua
- 4.- Respiración bucal.
- 5.- Posición de la cabeza.

MOVIMIENTOS
ANORMALES

- 1.- Convulsiones
- 2.- Temblores
- 3.- Movimientos crónicos
- 4.- Movimientos atetósicos
- 5.- Tics

HABITOS
PERNICIOSOS
CLASIFICADOS
DE LA SIGUIEN
TE MANERA O
BIEN:

- Institivos
- Placenteros
- Defensivos
- Hereditarios

- Por succión
- Por presión activa intrabucaal
- Por interposición muscular
- Por presión exterior

APARICION DE MOVIMIENTOS NUEVOS

Considerando las bases anatómicas, la forma más adecuada y de mayor utilidad para el -
cirujano dentista es la siguiente:

- Digitales
- Labiales
- Linguales
- De respiración
- De deglución
- De posición.

De acuerdo con estas clasificaciones, los Hábitos Perniciosos más comunes serían; succión del dedo, succión del labio, mordedura del labio, interposición de la lengua y posiciones defectuosas de la cabeza .

Succión del dedo.- Es el más común y muy fácil de descubrir en la Práctica clínica. Gran parte de los pacientes presentan faces adenoidea y deformaciones en su dentadura que varía según en la forma en que se succione; se produce oclusión anterior abierta, protusión superior espaciada, labioversión de incisivos superiores y deformaciones del paladar.

El niño muchas veces, teniendo la mano libre se puede acompañar de otro movimiento determinado, como puede ser un hábito accesorio como el de jalarse el lóbulo de la oreja, rascarse la cabeza y apretar fuertemente algún objeto. La succión del pulgar con la yema del dedo hacia arriba y en contacto con la parte anterior del paladar y si se apoya el resto de la mano sobre la nariz entorpece, el desarrollo maxilar normal y como no se lleva a cabo una normalidad de la respiración nasal, causa elevación del paladar y movilizándolo los incisivos superiores hacia adelante (protusión). Al efectuar movimientos de succión, la mano estorba los movimientos de la mandíbula originando una presión hacia abajo y hacia atrás, inhibe así, de esta forma, el desarrollo mandibular y favorece una distoclusión. Este hábito generalmente se inicia entre el primero y quinto año de vida y por lo regular se le atribuyen causas como: hambre, sed, aburrimiento, castigos, etc. y se adquiere este hábito al iniciarse la erupción de los dientes temporales algunos autores lo atribuyen a que los dientes necesitan de alguna especie de masaje o función que los alimentos, sobre todo los blandos, no le pueden

otorgar. La etiología es difícil de precisar. En cambio - es importante considerar en la etiología de la succión - del dedo, el porqué en el recién nacido se encuentran completamente desarrollados los centros cerebrales de la succión y respiración de ahí podemos aclarar entonces de que el acto de la succión a pesar de ser un fenómeno tan complejo, el recién nacido lo domina instintivamente de inmediato. En efecto, existe un fondo del cual debemos estar enterados y que es fisiológico, ya que por su importancia atañe directamente a las futuras madres y sobre todo aquellas que nada más quieren alimentar a sus hijos a base - de biberón y tienen aversión al chupete. Considerando que la función principal del aparato masticatorio infantil es la de mamar esta función es importante por la actividad - muscular para el desarrollo de los maxilares, de los mús-culos de la boca y sobre todo de la articulación temporo-mandibular. La succión del dedo no sólo acarrea graves - complicaciones para el aparato masticatorio, sino también para el dedo succionado, en el que produce algunas veces verdaderas deformaciones de este miembro.

Succión del labio.- La succión del labio tanto para el superior como para el inferior, pero más común en el inferior, produce retrusión de los incisivos correspondientes y se debe a la rotura del equilibrio muscular por concentrarse una mayor fuerza sobre una zona limitada y - que también afecta a los incisivos antagonistas, los cuales se vestibulizan por la fuerza de la lengua. También - se puede ver que se efectúa la succión de los carrillos,- originándose así un aplastamiento de las arcadas y así - al mismo tiempo existen mordeduras, se identifican claramente en la clínica por las huellas de relieve que quedan en la mucosa.

Interposición de lengua.- Es el hábito más difícil de controlar y con grandes consecuencias, sobre todo es en el cual se llevan actualmente interesantes investigaciones. Se acompaña generalmente de la succión del dedo o bién se produce por toncilas hipertrofiadas dolorosas o por hábitos al deglutir.

Se considera como un factor etiológico importante en las anomalías verticales al igual que la oclusión anterior abierta, cuando se interpone entre los incisivos, produce esta anomalía característica, pero también puede provocarla de una manera lateral interponiéndose entre los premolares. Actúa basándose igual que en la succión de los labios en la pérdida de equilibrio muscular, -pués el peso de la lengua intruye los incisivos inferiores, vestibulizando los superiores y contrarrestando así, la acción del músculo orbicular de los labios que lo nulifica por completo, obligando así a los labios a separarse y mantener la boca abierta. Cuando no se presenta atención a este hábito, pasa desapercibido durante la exploración clínica; para ello existe un método sencillo que es el separar los labios diciendo al niño que degluta y observando entonces que la lengua presiona automáticamente contra los espacios existentes.

Respiración bucal.- Desde este punto de vista dentro de estos hábitos perniciosos, los obstáculos de la respiración nasal como pólipos, hipertrofia de los cornetes, desviación del tabique, coriza, hipertrofia amigdalina; vegetaciones adenoidas, etc. al igual que la succión del dedo y la interposición de la lengua, favorecen este hábito el cual de una manera lenta llega a producir serias deformaciones máxilo-faciales de diversa intensidad y el

niño al mantener su boca entreabierta por falta de tono - en el músculo orbicular de los labios, altera la fisiología buco-nasal que cuando se inspira se presenta tanto en la cavidad bucal como en la nasal y se compensan mutuamente en el paladar.

Posiciones de la cabeza.- Se ha visto que las posiciones defectuosas de la cabeza durante el sueño al - estudiar al recargarse etc. son hábitos que determinen de formaciones consecuentes, las más frecuentes apoyarse en el antebrazo, recargar la cabeza sobre una palma de la mano y cuando persiste esta posición durante mucho tiempo, - el peso de la cabeza sobre los huesos en formación puede producir verdaderos aplastamientos o deformaciones en relación a su posición, siendo más graves sobre el maxilar ya que la mandíbula debido a su movilidad contrarresta, - así, las fuerzas de presión. Y si se asocia al hábito de respiración bucal. Aumenta la anomalía.

Tratamiento: Todas estas influencias anormales no pueden verse de una manera unilateral, sino siempre todo se debe de ver desde el punto de vista integral y en conjunto, para así valorar factores causantes, coadyuvantes o determinantes de estas mal oclusiones. Su eliminación no es fácil de lograr presenta dificultades y el éxito es muy relativo, se requiere comprensión psicológica - por otra parte del dentista, gran fuerza de voluntad del paciente e interés y dedicación de los padres. El principio del tratamiento es el mismo para todo este tipo de hábitos perniciosos:

- 1o. Emplear aparatos que impidan la repetición del acto.

2o. Que el hábito de esta manera se realice in consciente y se transforme en consciente - para dejar de serlo.

Todos estos aparatos se basan en principios - anátomo-fisiológicos y muy especialmente en el estudio - de reflejos musculares.

B) PROBLEMAS PARODONTALES EN LOS NIÑOS.

Respecto a la frecuencia de la enfermedad parodontal en la niñez, ésta no aparece hasta la edad de cuatro o cinco años, según lo anotó Mc Call, pero después de esa edad son pocas las bocas que no presentan por lo menos una gingivitis leve, bien localizada o generalizada, - Ainsworth y Young, en niños de Inglaterra y Welsh, estudiaron en niños de los 2 a los 14 años y encontraron una gingivitis grave en el 0.8 % de los casos, gingivitis intermedia en un 6 % gingivitis leve en un 33 %, sin inflamación en un 60 %, de los exámenes; se notó en el número de niños con gingivitis un aumento al aumentar la edad, - aproximadamente un 20 % a los 5 años hasta el 50 % a los 14 años; también se notó gravedad en la gingivitis al aumentar la edad.

En la India Marshall-Day y Tandan encontraron - 38 % de un grupo de niños hindúes que presentaban una ligera gingivitis, el 30 % grave y el 31 % sin existencia de inflamación gingival. Sterling cree que los negros escolares son menos susceptibles para la enfermedad parodontal que los caucásicos, pues encuentra el 3 % con enfermedad gingival entre un grupo de 5000 niños negros, Balendra, obtuvo en un 20 % de niños examinados en Ceylán con gingivitis leve o grave. Brucker en Norteamérica, en un grupo de niños de los 4 a los 16 años, encontró un 90 % de encía normal y ligera gingivitis marginal con hemorragia al efectuar su higiene oral en el 6 al 8 % y gingivitis grave con márgenes gingivales blandos y lesiones interproximales en el 1.5 % Schour y Massler, en un trabajo sobre desnutrición de diversos grados en Italia de postguerra, encontraron 40 % de un grupo de niños de 6 a 10 -

años que padecían enfermedad gingival; la gravedad aumentaba con la edad, comenzando por regular con lesiones leves de la papila gingival en los grupos más jóvenes. En un estudio de niños en el oeste de los Estados Unidos en que se encontraban los Estados de Arizona, Utah, Nevada, Nuevo México, etc., se encontró una frecuencia de la enfermedad parodontal, aumentando considerablemente desde un 9 % a los 5 años, hasta el 69 % a los 7 años; después de los 7 años aumentaba lentamente hasta alcanzar un máximo de 80 % a los 11 años. El aumento rápido de la gingivitis entre los 7 y 8 años, fué relacionado con la erupción de los incisivos permanentes y de los primeros molares.

La encía del niño durante la dentición primaria es de color rosa pálido firme, punteada o lisa. Por lo general se describe la encía del niño como lisa y no punteada, pero un exámen meticoloso y cuidadoso en un campo bién seco a menudo da un aspecto punteado característico, muy similar al que existe en los adultos. Las papilas por lo regular tienden angostas en el sentido mesiodistal, siguiendo el contorno interproximal de la dentadura primaria. La profundidad del surco es mayor que en la dentadura del adulto y todavía sin ningún cambio patológico gingival.

Histológicamente la encía del niño representa un tipo de mucosa muy semejante a la piel, desde el punto de vista que esta ya bién adaptada para resistir fuerzas mecánicas. Su color rojizo en la mucosa se debe a la aparición de los capilares, a través del fino epitelio, la encía como el borde bermellón característico de los labios, esta cubierta por un delgado extracto córneo de manera que el color es rosado, pero no transparente. El epi

telio escamoso estratificado de la encía, presenta papilas muy bien diferenciadas con una superficie total o parcial queratinizada. Es bastante común la variación en la profundidad de las papilas. En el niño no se ve la disposición predominante y fibrosa y diferenciado capas capilares y reticulares, sino que se ve la disposición condensada y bien diferenciada de los haces colágenos del adulto. La membrana parodontal en los dientes primarios, es más ancha que los secundarios; el hueso alveolar en relación con los dientes primarios muestra una prominente lámina dura tanto en el estado de cripta como durante la erupción. Las trabéculas del hueso alveolar son más escasas, pero más gruesas y los espacios medulares tienden a ser más grandes que en el adulto. Las crestas óseas interdentes son romas.

Entrando en materia, los problemas parodontales propiamente dichos los encontramos en la gingivitis de origen local, entre las que encontramos alteraciones y trastornos en la dentición, gingivitis de la erupción, cambios por trauma en el parodonto de los niños, alteraciones de la encía en relación con la erupción de dientes secundarios o permanentes, Gingivitis por higiene oral personal incorrecta, materia alba, irritación por la movilidad de piezas, hiperplasia en respiradores bucales y otros factores como la gingivitis de origen sistemática entre tantas la escorbútica, la pelágrica, la diabética y enfermedades propias de la niñez, que presentan alteraciones en boca tales como por ejemplo: sarampión, varicela, escarlatina, difteria, trastornos circulatorios como enfermedad cardíaca congénita, anemia eritroblástica, leucemia aguda y subaguda y las gingivitis producidas por infecciones específicas como la estomatitis gíngivo herpé-

ca aguda aftas simples, moniliasis, gingivitis estreptocosa, infección de Vincent; gingivitis medicamentosa, como la hiperplásica dilantínica.

Mencionaré brevemente a manera de bosquejo, la importancia y particularidad de cada una de éstas:

Anomalías y trastornos de la dentición.- Encontramos la gingivitis de la erupción y se duda esté término, pues nos hace primera infancia, en la segunda o en la adolescencia frecuentemente acompañada de molestias locales. Se le denomina gingivitis de la erupción y se duda - este término, pues nos hace creer que el proceso de la erupción dentaria es responsable de la gingivitis. El niño se encuentra tranquilo, irritable y se niega a comer, - duerme mal, aumenta la secreción de la saliva y se irrita mucho la piel alrededor de la boca, las encías se encuentran inflamadas y dolorosas sobre la punta del diente en erupción se abulta y está sensible al tacto. Se cree que puede existir fiebre durante este proceso.

Patterson ha estudiado los efectos generales - de la dentición en cien niños; irritabilidad, exitabilidad y rechazo de los alimentos fué lo más frecuente que - él observó, al igual notó enrojecimiento de la cara del - lado de la erupción de los dientes; inclusive observó también una dermatitis de dentición en pacientes sin fondo - eczematoso. Esta, gingivitis relacionada con los dientes - en erupción, presenta diversos grados de gravedad.

Su severidad puede ser muy influenciada por la extensión de los depósitos locales, el alineamiento de - los dientes y la higiene oral.

Cambios por Trauma en el Parodonto de los niños.

Varios investigadores describen las características de los cambios por trauma, entre ellos Kronfeld y Weinmann; afirman que la lesión menos grave consiste en comprensión isquemia y hialinización del tejido conjuntivo parodontal, lo que se puede considerar más grave en aplastamiento y necrosis de los tejidos parodontales con formación de quistes hemorrágicos. Existen varios casos en los que hay cambios por trauma de los tejidos parodontales de los dientes primarios, por ejemplo en el cambio de los dientes primarios, la reabsorción de diente y hueso debilita el soporte parodontal, la mala alineación, mutilación, pérdida o extracción de dientes o restauraciones y pueden producir fuerzas oclusales excesivas. También quede durante la erupción de dientes primarios, las fibras se acomodan de una manera paralela al hueso alveolar y no oblicuamente como en el diente que erupciona. En la dentición mixta, hay cambios traumáticos en el parodonto de los dientes permanentes y es por la excesiva carga a que están sujetos al caerse los dientes primarios vecinos.

Entre las alteraciones de la encía en relación con la erupción de dientes secundarios o permanentes, se describen los cambios fisiológicos de la encía durante la erupción y se pueden dividir en tres formas:

a).- Existencia de un abultamiento pre-erupcional antes de que la corona aparezca en la cavidad oral. Este abultamiento es localizado y firme, blanquesino y sigue un contorno preciso de la corona y subyacente.

b).- Cuando hay formación del margen gingival. Se hace visible la corona del diente en la cavidad, apareciendo un contorno semilunar, de margen gingival.

c).- Agrandamiento de margen fisiológico.- La característica principal y notable de la encía durante la dentición mixta, es el agrandamiento marginal, palpable y visible en la superficie vestibular de los dientes anteriores superiores y esto significa que durante este período la encía está adherida a la corona. Se nota más en el maxilar superior que en el inferior.

Gingivitis por higiene oral personal incorrecta.- Materia Alba.

Por lo regular ya hasta común se hace ver en niño con mala higiene oral, la inflamación del borde libre de la encía y de la papila siempre en relación con acumulación de materia alba. El borde marginal se vuelve rojo liso y brillante. Los restos de la comida se encuentran en descomposición la musina y los microorganismos son los responsables de estos cambios inflamatorios, no hay dolor, puede hacerse crónico y traer consecuencias. Es raro encontrar tártaro en los niños (sarro), pero se ha visto en niños de 3 años de edad.

Irritación por la movilidad de piezas.- Las piezas móviles frecuentemente y sobre todo las piezas primarias móviles y particularmente exfoliadas, producen inflamación gingival. Al efectuar el acto masticatorio, la irritación de los bordes irregularmente erosionados y de dientes reabsorvidos incluidos en la encía, dando origen a cambios en la encía que varían desde un ligero enrojecimiento hasta la formación de abuesos o supuraciones.

Los niños pueden tomar durante este proceso hábitos unilaterales de masticación y así favorecen la acumulación de restos de comida y gingivitis del lado no utilizado.

Hiperplasia en respiradores bucales.- La gingivitis se relaciona muy a menudo con la respiración bucal; el tipo de respiración bucal, larga y continuada con la tendencia a secarse en las superficies mucosas, conduce a la irritación de los tejidos bucales. Todavía no se ha probado el modo exacto en que puede la respiración bucal producir cambios gingivales.

Su efecto se atribuye a la irritación por la deshidratación de la superficie.

Otros factores; que un erupción retardada lleva a una mal posición de los dientes con lesiones parodontales y trauma funcional y empaquetamiento de comida.

Mencionamos que entre las gingivitis de origen general o específica tenemos:

a).- Gingivitis escorbútica, deficiencia severa de vitamina E produce el escorbuto, muy caracterizada por tendencias hemorrágicas y retardo en la curación de las heridas. Esta deficiencia trastorna la formación y mantenimiento de las sustancias intercelulares de los tejidos de origen mesenquimatozo. Su efecto consiste en retardo y cesación completa de la formación, ó sea, trastornos de la función osteoblastica y osteoporosis.

Los factores que contribuyen a la destrucción exagerada de los tejidos parodontales en la deficiencia aguda de vitamina C. Incluyen: Incapacidad de formar una

barrera periférica bien delimitada, de tejido conjuntivo, reducción de las células inflamatorias, disminución de la respuesta vascular e inhibición de la formación de fibroblastos.

b).- Gingivitis Pelágrica.- La deficiencia del ácido nicotínico, origina la enfermedad conocida con el nombre de Pelagra. Caracterizada por trastornos gastrointestinales, dermatitis, trastornos mentales y neurológicos y alteraciones en la cavidad oral. Los síntomas son: debilidad, laxitud, insomnio, anorexia y pérdida de peso. Los cambios orales glositis, gingivitis y estomatitis generalizada. La encía toma un color rojo intenso y duele, olor fétido, recuerde la infección de Vincent. Estos casos de gingivitis pelágrica responden a una ingestión elevada de proteínas y suplementos de complejo vitamínico B, de una manera espectacular. La terapia local sola no es eficaz.

c).- Gingivitis Diabética.- No en todos los casos de diabetes hay lesiones en boca, por lo regular solo en aquellas que no están perfectamente controlados y durante períodos de tiempo largo. La gingivitis Diabética es dolorosa, de carácter degenerativa, siendo el tejido fácilmente atacado. El tratamiento y control de la diabetes al que le siga una buena higiene oral personal correcta, trae una marcada mejoría la higiene tiene mucha importancia sobre todo en los niños diabéticos.

d).- Entre las enfermedades de la niñez que presentan alteraciones en la cavidad oral, encontramos el sarampión, varicela, escarlatina, difteria.

a).- Sarampión.- Fiebre aguda, eruptiva y contagiosa, causada por un virus filtrable que se aísla de saliva 48 horas después de la aparición de la exantema. - La erupción característica al principio es maculosa, después maculopapulosa. Las manifestaciones bucales son: manchas de Koplik, signos patogénicos del sarampión, son de color blanco azuladas, del tamaño de una punta del alfiler y rodeado de una areola rojo brillante. Se disipan gradualmente a medida que se congestione la mucosa. Además de estas lesiones el sarampión produce eritema, edema de la encía y el resto de la mucosa oral y zonas aisladas rojo azuladas en el paladar blando.

Existen adenopatía cervical y se han registrado casos de osteomielitis en maxilar inferior.

b).- Varicela.- Enfermedad aguda y contagiosa producida por un virus y caracterizada por el exantema típico, los síntomas son leves. El virus causal de la enfermedad puede ser similar o idéntico al de herpes zoster. La erupción es intensa en la cara y en el cuero cabelludo. Las vesículas se desecan principiando por el centro, donde se forman costras; en la mucosa oral aparecen vesículas dolorosas y de breve duración.

c) Escarlatina.- Enfermedad aguda contagiosa - causada por estreptococo beta. La escarlatina suele conferir inmunidad de por vida.

Microorganismo causal es el Streptococo escarlatina ; en la escarlatina se produce una fuerte coloración rojiza difusa de la mucosa oral.

En el paladar pueden parecer hemorragias submucosas. La lengua presenta lesiones características. Las papilas se tornan fungiformes, tumefactas e hiperémicas; se observan como puntos de color rojizo. Entre las complicaciones de esta enfermedad figuran estomatitis grave, glositis ulcerosa y osteomielitis de los maxilares.

c).- Difteria.- Es una enfermedad infecciosa aguda caracterizada por toxemia intensa; suele transmitirse por contacto directo, tos, estornudos, besos. El bacilo de Kebs -Loeffler, *Cornebacterium diphterias* es el causante de la difteria. Se encuentra en la saliva y en las secreciones de la mucosa; se produce enrojecimiento y dolor intenso en el istmo de los fauces con disfagia. Las amígdalas y faringe es característico hallar un exudado membranoso blanco grisáceo; se observa a menudo esta enfermedad un edema difuso de la mucosa oral con formación de vesículas. Estas lesiones se han visto en el lugar de la erupción de los dientes primarios y en la comisura de los labios.

Trastornos circulatorios como enfermedad cardíaca congénita.

En los casos de tetralogía de Fallot, caracteriza por los defectos anatómicos siguientes; estenosis pulmonar, agrandamiento ventricular derecho defecto en el septum interventricular y mal posición de la aorta hacia la derecha, los cambios orales consisten en coloración rojo púrpura cianótica de los labios y severa gingivitis marginal. La lengua se encuentra cubierta, fisurada y edematosa y hay un pronunciado enrojecimiento de las papilas fungiformes y filiformes. Se encuentra a menudo una severa gingivitis marginal generalizada.

CONCLUSIONES

- 1.- Conocer los pros y los contras de los factores prenatales.
- 2.- Tener conocimientos amplios y suficientes sobre el enfoque del desarrollo y crecimiento del niño. Así como de los procesos fisiopatológicos que directa o indirectamente pueden tener repercusión.
- 3.- Debe darse mayor importancia al niño desde el punto de vista integral.
- 4.- Es deber del odontólogo procurar siempre tratar bien al niño alentándolo y ayudándolo todo lo humanamente posible.
- 5.- Ayudarse con la evaluación del enfoque radiológico.
- 6.- Debe haber coordinación con los pediatras ante los problemas que puedan presentarse, así como en el trabajo de prevención.
- 7.- Es importante que el dentista conozca los caracteres diastológicos para así encargarse de prescribir dietas correctas.
- 8.- La caries dental actualmente es considerada como el resultado de una infección por microorganismos. Se debe detener primero la enfermedad, antes de intentar la restauración bucal.

- 9.- Entre las causas más frecuentes de las lesiones bucales, se encuentran principalmente la carencia de vitaminas y de otros elementos nutritivos, así como la erupción de los dientes.
- 10.- La importancia del conocimiento de los hábitos perniciosos para el cirujano dentista especialista en niños para así efectuar una rehabilitación completa.

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

Braver, J.C., Lindahl ; R.L. Demertl ; WW, Massler.

M; Hiyhley ; L.B. y Scheur ; I . Odontología para niños.
4o. ed. edit.

Mar González Martha Patricia, apuntes de clases.

Sola Mendoza Juan.

Puericultura e Higiene escolar.

ed. F. Trillas, S.A.

Méx. D.F.

1967

Arnerd Gesell

Director de la clínica de desarrollo infantil de Yate
Supervisión

Telma Roca.

Ex-directora del departamento de psicología y psicopatología de la edad evolutiva de la Universidad de Buenos Aires.

Compilador

Jaime Brennstein

Ex-profesor de psicología educacional de las Universidades de Buenos Aires y del Litoral

ed. Pidos Buenos Aires.

Macbride.- Conducta y manejo del niño.
diferentes tipos de niños.
marzo 1962

Massler Maury nuevo concepto en el tratamiento de la ca -
ries dental.
the new Zealand, dental Journal. vol. 58 Abril 1962. Con-
ferencia de estudios dentales U.S.C.
de México 1964.

Perrilliat Montoya
Afecciones del parodonto en niños 1963

Sarabia Jesús
Ortodoncia preventiva, revista A.D.M.
Enero, febrero 1964.