



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

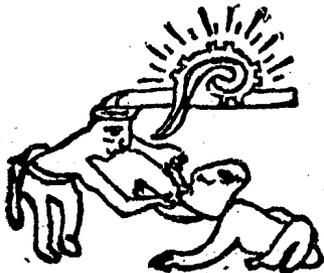
- Exodoncia en Odontopediatría



T E S I S

Que para obtener el Título de
Cirujano Dentista
Presenta

Lucina Arriaga Valle



México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

PSICOLOGIA DEL NIÑO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.

- a) Estado Psíquico e Intelectual del Niño
- b) El Niño y sus Primeras Reacciones Odontológicas
- c) Conducta y Desarrollo en las Diferentes Etapas de la Infancia
- d) Diferentes Factores que Intervienen en la Conducta del Niño
- e) Tipos Psicológicos del Niño
- f) Comportamiento de los Padres Dentro del Consultorio Dental
- g) Instrucciones a los Padres
- h) El Niño y el Dentista
- i) El Personal Auxiliar

CAPITULO II

PLANEACION DEL TRATAMIENTO

- a) Examen Clínico
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento
- d) Radiografías
- e) Premedicación

CAPITULO III

ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL

- a) Preparación del Niño
- b) Procedimiento
- c) Técnica
- d) Complicaciones de la Anestesia

CAPITULO IV
ANESTESICOS

- a) Anestésicos locales más Comunes
- b) Propiedades

CAPITULO V
INSTRUMENTAL

CAPITULO VI
EXODONCIA

- a) Indicaciones en la Extracción de Dientes Temporales
- b) Contraindicaciones en la Extracción de Dientes Temporales
- c) Indicaciones en la Extracción de los Primeros Molares Permanentes

CAPITULO VII
TECNICAS DE LA EXTRACCION

- a) Técnica en la Extracción de Dientes Temporales
- b) Extracción en los Dientes Primarios Anteriores
- c) Extracción en los Dientes Primarios Posteriores
- d) Extracción del Primer Molar Permanente
- e) Accidentes Durante la Extracción de los Dientes Temporales

CAPITULO VIII
POSTOPERATORIO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

La finalidad que se persigue al realizar este trabajo, es la de establecer una mejor relación entre el niño y el Cirujano Dentista, tratando de dar una mejor solución a los problemas que se presentan en el Consultorio Dental dentro del campo de la Exodoncia.

Un factor muy importante es el Psicológico ya que varía de un niño a otro, por lo que el tratamiento también será diferente en cada caso. Existe una gran diferencia en el tratamiento del paciente niño al paciente adulto. El Cirujano Dentista además de sus conocimientos y responsabilidades deberá emplear su habilidad.

Hablar de pacientes infantiles es tratar con organismos en pleno desarrollo, por lo tanto la Exodoncia como problema oral es un factor muy importante, en el cual debemos modificar las técnicas para adaptarse a las necesidades de cada paciente.

Mientras no exista la posibilidad de realizar un tratamiento conservador la extracción es el último recurso que tiene el Cirujano Dentista para salvaguardar la salud del paciente.

En la Exodoncia como en cualquier otra práctica Odontológica el niño necesitará orientación para que acepte el tratamiento dental que necesita y deberá ser motivado hacia las debidas medidas preventivas.

CAPITULO I

LA PSICOLOGIA DEL NIÑO DENTRO DEL CONSULTORIODENTAL

- a) Estado Psíquico e Intelectual del Niño
- b) El Niño y sus Primeras Reacciones Odontológicas
- c) Conducta y Desarrollo en las Diferentes Etapas de la Infancia
- d) Diferentes Factores que Intervienen en la Conducta del Niño
- e) Tipos Psicológicos del Niño
- f) Comportamiento de los Padres Dentro del Consultorio Dental
- g) Instrucciones a los Padres
- h) El Niño y el Dentista
- f) El Personal Auxiliar

LA PSICOLOGIA DEL NIÑO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.

Es de suma importancia que el Cirujano Dentista comprenda la conducta del niño. El tener una amplia visión sobre las influencias paternas que producen ansiedad o temor. Sólo con una comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá comprender su propia conducta y sus propias relaciones - ante los problemas del Consultorio Dental.

Desde antes del nacimiento operan mecanismos simples de aprendizaje. Mediante el aprendizaje la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio.

Un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico, durante este crecimiento el niño está constantemente adquiriendo hábitos, dejándolos y modificándolos, por lo que debemos tener en cuenta que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica.

Hasta el niño más pequeño puede captar rápidamente la indecisión o la angustia, por lo que es muy importante que el Cirujano Dentista aprenda a dominar sus reacciones y emociones, mostrándose tranquilo y afable.

La total honestidad, tierna paciencia, demostración de comprensión y control firme serán esenciales para lograr el interés, confianza y la total - - cooperación del niño al tratamiento dental.

a) ESTADO PSÍQUICO E INTELECTUAL DEL NIÑO

En los primeros meses de vida el niño comienza a manifestar conocimientos, el primero de ellos es el de conocer a las personas que lo rodean principalmente a la madre, estos son conocimientos que recoge el niño por medio de los sentidos, lo mismo sucede con el lenguaje cada vez que el niño pronuncia una palabra, esto es un ejercicio considerable de la memoria.

En el desarrollo intelectual existen tres términos sucesivos y correlativos los cuales son: percepción, imaginación y memoria; estos términos son de suma importancia ya que gracias a ellos él irá recordando a medida que va percibiendo, y conforme vaya aumentando la percepción se ejercitará y fortalecerá la memoria.

Cuando el niño comienza a entender el sentido de las palabras y principia a hablar, la imaginación entra en una gran actividad, la cual se manifiesta por signos enteramente aparentes; la imaginación tiene gran libertad para adquirir su desarrollo pleno cuando más corta es la experiencia adquirida.

Dentro de la Psicología infantil tenemos otro punto importante que es la imitación, y se puede decir que es la percepción de lo que se imita; observamos que el niño de seis meses se va desarrollando en un grado más alto, la imitación llega a ser conciente sin ser todavía voluntaria.

En el niño son casi siempre inflexibles el juicio y el razonamiento y aún así es sostenido que en todo juicio habrá un razonamiento que es explícito y conciente, se trata de juicios reflexivos.

b) EL NIÑO Y SUS PRIMERAS REACCIONES ODONTOLÓGICAS

La vida del niño manifiesta desde el nacimiento una serie de placeres y sufrimientos. El comportamiento emocional sufre de un proceso de maduración el cual depende del crecimiento total del individuo.

Existen por lo menos cuatro reacciones a la experiencia Odontológica; el temor, la ansiedad, la resistencia y la timidez. El niño no siempre muestra una reacción definida puede darse la combinación de varias reacciones.

El Temor es una de las emociones que experimenta un niño con mayor frecuencia, parece tener ciertos temores naturales como son, los asociados con la inseguridad o la amenaza de inseguridad.

Otro tipo de temor es el adquirido, desarrollado por imitación de aquellos que temen y un tercer temor expresado por el resultado de experiencias desagradables, ya sea con un animal, un compañero o quizá un médico o dentista.

Por medio de la huida el niño trata de ajustarse a estas experiencias si no puede resolver el problema de otra manera. Si se siente incapaz de hacer frente a su situación y no puede huir, su miedo irá en aumento.

Una respuesta primitiva que el individuo va desarrollando para su protección tanto moral como física, en la ira y el miedo.

La ridiculización y la comparación con otros niños que respondieron satisfactoriamente al tratamiento dental, traería como consecuencia afectar más la vida emocional del niño. Si el Odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa del temor, podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones.

La Ansiedad o Inseguridad esta relacionada con el temor, y ante toda nueva experiencia que se presenta, el niño angustiado se encontrará sumamente asustado, su reacción podría ser agresiva mediante la exhibición de rabietas.

El Odontólogo debe mostrarse comprensivo si el niño se encuentra asustado y demostrar su autoridad y su dominio de la situación si el niño hace una rabieta.

La Resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, el niño

angustiado se encontrará sumamente asustado, su reacción podría ser agresiva mediante la exhibición de rabietas.

El Odontólogo debe mostrarse comprensivo si el niño se encuentra realmente asustado y demostrar su autoridad y su dominio de la situación si el niño hace una rabieta.

La Resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, el niño se rebela contra el medio que lo rodea, no desea adaptarse y hace despliegue de rabietas. Otra manifestación en la cual el niño se rehúsa a desarrollarse, es al no querer hablar bien, al querer seguir con sus hábitos de juego más infantiles o el de seguir mojando la cama.

La Retracción es otra manifestación de ansiedad o inseguridad, en este caso el niño no hablará con extraños ni tampoco con conocidos, además de rehusar participar en el juego. La comunicación se dificulta enormemente con este tipo de pacientes, el niño se siente lastimado con facilidad y llora por todo.

La Timidez se observa en el caso del paciente de primera vez, esta relacionado con una experiencia social limitada por parte del niño. El niño tímido necesita ganar confianza en el Odontólogo y en sí mismo. La timidez puede ser el resultado de la sobreprotección de los padres o bien cuando estos esperan demasiado del niño.

c) CONDUCTA Y DESARROLLO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA INFANCIA

Es fascinante la idea de que un óvulo fertilizado encierra dentro de su pared celular el potencial completo para el desarrollo del increíblemente complicado organismo humano; desde el momento de la fecundización el destino genético del individuo queda marcado, estamos ante una individualidad en crecimiento expuesto al ambiente.

En un principio el recién nacido conoce muy poco a las personas que lo

rodean, sólo se da cuenta que la luz fuerte estimula sus órganos visuales y de otras asociaciones como son el miedo, la alegría y el hambre; el miedo lo demuestra a los cambios bruscos de posición mediante el llanto, esta reacción va siendo vencida poco a poco por la madre.

El Primer Mes. El lactante sonríe pero se trata de una expresión satisfactoria que la produce la digestión, posteriormente con el tiempo la sonrisa esta relacionada con asociaciones emocionales.

Del Cuarto al Sexto Mes. El niño reconoce a las personas que lo rodean ya no le son desconocidas, empieza a producir sonidos naturales agregados a la sonrisa, es como un juego equivalente a la conversación de los adultos, es pues una actividad social propia de su edad; esta actividad es manifiesta también en el baño como es chapoteando y pataleando.

Del Sexto al Noveno Mes. El niño ha desarrollado su sistema neuromuscular al grado que ya no se contenta con estar en una sola posición, su inquietud va cada vez en aumento.

El Décimo Mes. El niño progresa en su sistema neuromotor, empieza a guardar el equilibrio, a dar sus primeros pasos dependiendo de objetos o personas para no caer, se podrá sentar sólo o con ayuda de algún apoyo.

El Primer Año. El niño dirige bien sus movimientos y quiere repetir lo que observa a su alrededor, muestra un gran interés por las personas y objetos que le rodean.

De Dos a Tres Años. El niño difiere muchísimo en su capacidad de comunicación ya que el desarrollo de su vocabulario es limitado, al comunicarse busca expresar sus ideas, empieza a controlar sus necesidades corporales; en esta etapa el niño prefiere el juego solicitario, gusta por observar a los otros niños en sus juegos e imitarlos posteriormente y no permite a otro niño que tome sus juguetes.

A veces el Odontólogo deberá tener una relación con niños de esta edad, siendo el niño demasiado pequeño para tratar de llegar a él solamente con palabras, necesita tocar y manejar los objetos con el fin de captar plenamente su sentido.

El niño es tímido ante la presencia de gente extraña y lugares nuevos para él, por lo que le resulta difícil separarse de sus padres. Las acciones del niño deben ser espontáneas y nunca forzadas.

De Cuatro a Seis Años. Se encuentran en un período de conflictos internos muy marcados e inestabilidad emocional, la fantasía en este período -- tiene un papel muy importante, por ser posiblemente un mecanismo de protección. Los niños combaten las cosas que temen en la realidad a niveles imaginativos, al hacer ésto el niño no sólo gana bienestar, sino que también desarrolla el valor y la calma necesarias para enfrentar a la situación -- real. En la fantasía los niños harán con gusto lo que les disgusta hacer en la realidad.

En esta edad, el Odontólogo puede usar como instrumento la fantasía para manejar a niños de corta edad. A la edad escolar los temores hacia la Odontología que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables se han vuelto fáciles de manejar.

A los Siete Años. Se encuentra en la edad de las preocupaciones, pero resolviendo sus miedos reales, reacciona en una forma alterna ya sea cobarde o valiente. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores.

El Odontólogo puede razonar con el niño de esta edad explicándole los procedimientos dentales, con la cual desaparecen sus temores y se logra ganar su confianza.

De Ocho a Catorce Años. El niño desarrolla considerable control emocional, se ajusta fácilmente a las situaciones que se le van presentando, está en posibilidad de colocarse con afectividad positiva frente a sí mismo y a los demás.

Sin embargo presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le agrada que se le cometan injusticias, tampoco el ser mimado ni por amigos o por el mismo dentista en el consultorio.

d) DIFERENTES FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA CONDUCTA
DEL NIÑO

Es necesario para lograr el éxito en el tratamiento dental conocer el ambiente familiar y las influencias que ejercen los padres sobre el niño.

Cuando consideramos el número de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, nos impresiona la cantidad de factores que pueden modificar la conducta del niño.

En algunos núcleos familiares los padres toman ciertas actitudes dando se perfecta cuenta de que no han creado un ambiente favorable para el niño más sin embargo, no se preocupan demasiado de las consecuencias. En otros núcleos los padres no se dan cuenta del ambiente desfavorable que se ha creado en torno al niño lo cual da por resultado que el niño quede dañado emocionalmente.

Basta decir que el comportamiento del niño en el consultorio dental es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él, puede determinar el que un niño sea amigable y hostil, cooperador o rebelde.

Protección Excesiva. El niño se encuentra en una situación de sobreprotección, generalmente no puede tener iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.

Los padres que son demasiado indulgentes o que dan demasiados lujos a sus hijos presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio que les rodea.

Los padres dominantes presentan niños tímidos, delicados, sumisos y temerosos, son humildes con sentimiento de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas.

Estos niños son obedientes, educados, reaccionan bien a la disciplina y constituyen pacientes ideales, sin embargo el dentista tiene que romper la-

barrera de la timidez haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dentro del consultorio.

Rechazo. El rechazo se manifiesta en varios grados, desde ligera indiferencia a causa de trabajo o rechazo completo a causa de problemas emocionales.

Cuando el padre se muestra indiferente, sus hijos se sienten inferiores y olvidados, no están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad, desarrollan resentimientos, son retraídos, no se interesan por nadie y se vuelven poco cooperadores.

Los niños no deseados o rechazados sufren falta de amor y afecto, son tratados con desprecio y a veces con demostraciones abiertas de desagrado, estos niños desarrollan carencia de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los llevan a ansiedades profundas, ya que no tiene seguridad en su casa, se torna suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente nervioso y demasiado activo.

En la mayoría de las ocasiones el comportamiento del niño rechazado no es el adecuado, la finalidad de estas actitudes es la de llamar la atención de sus padres; deberá recibir la atención deseada cuando se porta bien y no cuando se porta mal, este niño se encuentra necesitado de atención, amor y afecto.

En el consultorio dental, el niño puede ser difícil de manejar debemos demostrarle que el tratamiento dental es más agradable cuando se porta bien.

Ansiedad Excesiva. Se asocia con excesos de afecto, protección y mismo como resultado de alguna tragedia familiar que fué consecuencia de alguna enfermedad o accidente.

Las enfermedades de poca importancia son exageradas frecuentemente, se le hace guardar cama sin ninguna necesidad, además de no permitírsele que juegue sólo.

Son niños tímidos, huraños y temerosos, les preocupa mucho su salud, -

les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos, cuando el niño - es ayudado a vencer sus temores y es alentado, reaccionará satisfactoria_ mente resultando un buen paciente.

Dominación. Los padres no aceptan al niño como es, son muy estrictos, críticos y algunas veces lo rechazan; esto desarrolla en el niño resentim_ miento y evasión, sumisión e inquietud.

Por el miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las ordenes despacio y con el mayor retraso posible; si se les trata amablemente, llegan a ser- buenos pacientes odontológicos.

Identidad. Los padres quieren revivir sus vidas en los hijos y darles todas las ventajas que a ellos les fueron negadas, si la reacción del niño es desfavorable, los padres muestran abiertamente decepción.

El niño observador siente esta desaprobación y tiene sentimiento de cul_ pa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento, no tiene confian_ za en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso.

Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño será un buen paciente dental.

El Niño Adoptado. Al igual que el hijo único puede recibir demasiada - indulgencia de sus padres y tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Estas actitudes no se presentan necesaria _ mente y si la actitud de los padres es moderada, el niño puede estar bien - centrado.

Existen un sin fin de factores que influyen en el patrón de comporta _ miento del niño, además de las relaciones con padres y hermanos. Podemos - mencionar cualidades de personalidades innatas, relación en la familia, jue_ gos, moralidad etc. Todos estos factores influyen en el modelo final de -- personalidad y constituye la diferencia entre un niño feliz y uno confundi_ do.

e) TIPOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO

Niño Tímido. El niño tímido es de los que se esconden detras de la madre, es difícil de convencer, debemos conversar con él, tratar de ganarnos su confianza y darle seguridad en sí mismo.

Niño Mimado. Es el producto de los padres excesivamente indulgentes, suelen llegar llorando, pateando y gritando, este niño es difícil de tratar, en el consultorio se les hará comprender que la actitud que está tomando no es la adecuada, si no quieren escuchar se les sujetará por la boca y nariz, ésto se le hará repetidas veces hasta que comprenda que el que manda ahí es el Odontólogo.

Niño Desafiante y Rebelde. Estos niños son generalmente el resultado de unos padres autoritarios y trataremos de canalizar esa rebeldía para el buen resultado del tratamiento dental.

Niño Enfermiso. Es un paciente siempre susceptible al dolor ya que siempre ha estado en tratamiento médicos, es irritable y egoísta y se va a resistir al tratamiento dental.

Niño Cooperador. Es un niño muy inteligente, deben hacerse las manipulaciones lo menos traumática posible, se le explicará paso por paso todo lo que se le hará durante el tratamiento.

Es lógico suponer que no existen normas establecidas para tratar con éxito al niño en el consultorio, lo más probable es que ningún niño se ajuste totalmente a los patrones psicológicos antes mencionados.

f) COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES DENTRO DEL CONSULTORIO

DENTAL.

Los padres deberán confiar a su hijo al cuidado del Odontólogo, comprender que una vez en el consultorio el Odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario.

Cuando el niño sea llevado a la sala de tratamiento, los padres no deben hacer ningún gesto de desaprobación o seguir al niño a menos que el Odontólogo lo indique.

En caso de que los padres entren al consultorio deberán desempeñar el papel de huésped pasivo y permanecer de pie o sentado alejando de la unidad, no deberán tomar al niño de la mano ni tener expresiones de miedo, ya que esto perjudica la labor del Odontólogo creando temor al tratamiento dental.

g) INSTRUCCIONES A LOS PADRES

Los padres deberán saber que el niño y el Odontólogo entablarán una relación amistosa que no serán necesarias medidas extremas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia.

Se les pedirá no expresar sus ansiedades personales delante del niño ya que la causa del miedo de este, es que sus padres se quejan de sus experiencias respecto al Dentista.

Jamás deberán utilizar la Odontología como amenaza de castigo ya que el niño asocia castigo con dolor, al contrario deberán familiarizar al niño llevándolo al consultorio dental para que empiece a conocerlo.

El Odontólogo deberá asegurarse que los padres tengan una información correcta sobre los puntos importantes en Psicología infantil, ya que ellos serán de gran ayuda para lograr el éxito en el tratamiento odontológico.

Explicarles el valor que es obtener los servicios dentales regulares, no tan sólo para formar buenos pacientes dentales, sino que psicológicamente el peor momento de llevar al niño al consultorio dental es cuando sufre un dolor de dientes.

Nunca deberán tratar de vencer el miedo al tratamiento dental por medio de burlas o ridiculizando los servicios dentales, ya que esto podría crear resentimientos hacia el Odontólogo.

Las mentiras sólo llevan a la decepción y desconfianza por lo que los padres no deben prometer al niño lo que va hacer el Odontólogo, este no -- debe ser colocado en una situación comprometida donde se limite su campo - de acción.

h) EL NIÑO Y EL DENTISTA

El Odontólogo ha de concentrar su mayor interés y energía en el debido cuidado del niño, los procedimientos dentro del consultorio dental son muy importantes ya que el objetivo es el de brindar un servicio eficaz y pla - centero al niño.

Los objetivos deseados en el tratamiento de los pacientes infantiles - son los de recibir un exámen bucal minucioso, un diagnóstico exacto y un - tratamiento adecuado apoyados por medidas preventivas.

El niño necesitará orientación para que acepte el tratamiento odontoló - gico que necesita y deberá ser motivado hacia las debidas medidas preventi - vas de cuidados en el hogar como sería una técnica adecuada de cepillado y el uso de hilo dental con lo cual se aumentará la calidad de la higiene bu - cal.

El afecto y amor por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio odontológico, pero más importante es el deseo - de cumplir un verdadero servicio de salud.

i) PERSONAL AUXILIAR

La ayuda del personal auxiliar es muy importante ya que podrá ahorrar un tiempo valioso, ha de poner en acción ese potencial de ayuda al niño -- proporcionándole un ambiente de confianza.

La selección del personal que ayudará en el manejo de los niños puede ser adiestrado por el Odontólogo para que resulte una ayuda adecuada, debe tener personalidad así como un carácter aceptable, ser amable y compresni

va. La asistente se dirigirá al niño por su primer nombre, si la visita fuera para exámen o inspección inicial invitará al niño y a la madre a que pasen al consultorio.

Deberá estar capacitada para atender al niño llevándolo al sillón, así como mantener su interés vivo conversando de temas interesantes para él, - mediante el uso de un vocabulario acorde a su edad y explicarle el funcionamiento del equipo dental.

La confianza del niño podrá ser reforzada manteniendo una actitud positiva hacia él y sus necesidades dentales tratando siempre de mantener una atmósfera agradable ya que de esto dependerá que el niño regrese con ánimo o a disgusto.

C A P I T U L O I I

PLANEACION DEL TRATAMIENTO

- a) Exámen Clínico
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento
- d) Radiografías
- e) Premedicación

PLANEACION DEL TRATAMIENTO

La forma de lograr un buen servicio dental es realizando un buen exámen, dar un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado. Si el acercamiento es cordial y amistoso rápidamente se hará amigo del niño y de los padres, la conversación de estos con el Odontólogo deberá ser normal para evitar alarmar al niño, el tratamiento deberá afectuarse en un lapso corto de tiempo además de procurar no dejar al niño por largo rato en el sillón durante sus citas dentales.

a) EXAMEN CLINICO

El exámen clínico del niño se realizará llevando una secuencia lógica y ordenada de manera sonriente y amable. Un enfoque sistemático nos dará mayor información sobre alguna enfermedad no detectada que si seguimos un método de exámen desordenado.

En exámenes de urgencia no hay procedimientos rutinarios o modelos fijos, se dará énfasis al lugar de la queja, las circunstancias del momento y la cooperación del niño determinan el curso de la acción a seguir. Una vez aliviada la afección de urgencia deberá efectuarse un exámen completo.

Se llevará un registro en el cual deberán anotarse los siguientes datos:

- a) Datos del paciente
- b) Edad y sexo ayuda a determinar la erupción y caída de los dientes.
- c) Aspectos generales, servirá para determinar el crecimiento y desarrollo.
- d) Comportamiento general y relaciones de padres a hijos dentro del hogar.
- e) Enfermedades orgánicas de tipo general
- f) Motivo principal de la visita
- g) Alivio temporal
- h) Radiografías
- i) Extracciones necesarias

- j) Mantenedores de espacio
- k) Higiene general de la boca
- l) Accidentes por traumatismo
- m) Maloclusión
- n) Dientes sin erupcionar, faltantes y supernumerarios
- o) Hábitos viciosos
- p) Nutrición
- q) Modelos y Registros

b) DIAGNOSTICO

El historial, investigaciones, radiografías y exámenes clínicos a conciencia ayudarán al Odontólogo a formular su diagnóstico.

Será necesario en algunas ocasiones consultar a otros especialistas ya que a veces se presentan más de una enfermedad para poder llegar a un diagnóstico final y prescribir un plan de tratamiento.

c) TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico se empleará el tratamiento adecuado, - se presentará a los padres radiografías y modelos de estudio que se tengan preparados en esta etapa. Los tratamientos no deberán ser pospuestos ni espaciados en un período largo de tiempo.

Cuando el plan de tratamiento es aprobado, cualquier cambio que sea necesario deberá ser explicada a los padres y anotada en los registros del niño. Los padres aceptarán mejor un cambio de tratamiento si el Odontólogo les explica la causa.

d) RADIOGRAFIAS

La radiografía tiene aplicaciones amplias en la práctica odontopediátrica

ca. Básicamente la radiografía de cualquier área proporciona información sobre forma, tamaño, posición, densidad relativa y número de objetos presentes en el área.

Los niños posiblemente necesitan más de las radiografías y que la preocupación principal en todo momento son los problemas de crecimiento y de desarrollo y los factores que los alteran.

Cualquier tipo de medio subjetivo a la radiografía que sienta el niño puede dispersarse fácilmente demostrando la forma en que se toman. El procedimiento es muy sencillo pero en ocasiones ya sea por molestias o náuseas el niño se rehusa a cooperar.

e) PREMEDICACION

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente en cada paciente; si el dentista no logra despertar la confianza de su enfermo ni resistencia al dolor mediante la anestesia local, entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el sistema nervioso central.

La utilización de sedantes en el niño no deben ser usados con negligencia el Odontólogo debe tener conocimientos de las drogas comúnmente usadas, su acción y sus peligros.

El único de los muchos alcaloides del opio que se usa con cierta medida en Odontología infantil es el fosfato de codeína.

El término de premedicación es la administración de un fármaco, una hora antes del anestésico principal.

ANESTESICOS

El medicamento que con más frecuencia se utiliza en la práctica Odontológica es, sin duda alguna, el anestésico local. Por lo tanto, es esencial tener ciertas nociones acerca de su farmacología para poder emplearlo con buenos resultados en la práctica diaria.

En Odontología los anestésicos locales actúan deprimiendo de manera reversible la conducción de las sensaciones dolorosas desde el área bucal -- hasta el sistema nervioso central, esta acción queda limitada al segmento de la fibra que se halla en contacto íntimo con el anestésico.

Desde el punto de vista químico estos anestésicos locales sintéticos se clasifican en dos grandes grupos:

- a) Anestésicos que contienen un enlace éster
- b) Anestésicos que contienen un enlace amida no éster

Esta diferencia en la estructura química produce importantes diferencias farmacológicas entre los dos grupos, especialmente en lo que se refiere a metabolismo, duración de acción y efectos secundarios.

Mientras que el anestésico local ejerce su acción farmacológica sobre la fibra nerviosa, otros tejidos del organismo actúan sobre el anestésico local para volverlo inactivo y eliminarlo del organismo. Estas reacciones metabólicas se realizan de manera diferente en cada uno de los grupos principales, o sea, el grupo éster y el grupo amida, debido a la diferencia básica de sus estructuras químicas.

Las enteresas atacan a los fármacos de tipo éster en la sangre y en el hígado hidrolizándolos en sus componentes ácido benzoico y alcohol. La hidrólisis inactiva al anestésico local, y el hecho de que esto suceda en la sangre que circula por los vasos adyacentes a la fibra nerviosa, tiende a aumentar la eliminación del anestésico en la proximidad del nervio, cuando las dosis son moderadas, la hidrólisis se efectúa en la sangre antes de llegar al hígado. Los productos de la hidrólisis formados en la sangre y en el hígado son excretados en la orina, ya sea inalterados o después de haber sido sometidos

CAPITULO III

ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL.

- a) Preparación del niño
- b) Procedimiento
- c) Técnica
- d) Complicaciones de la Anestesia.

ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL.

La anestesia local es uno de los métodos más usados para controlar el dolor en la práctica dental y su función es bloquear la vía de los impulsos dolorosos, ésto se realiza depositando una cantidad de sustancia química -- adecuada en la proximidad del nervio o nervios a bloquear, la solución es -- absorbida en el tejido lipoideo del nervio e impide la despolarización de -- las fibras nerviosas de esta manera se impide que el nervio conduzca centralmente impulsos más allá de este punto.

El método más empleado para bloqueo es:

a) El método supraparióstica, según la describieron Sicher y Fischer, -- se aplica para provocar la anestesia del plexo en casos favorables. El término infiltración resulta incorrecto cuando se quiere obtener la anestesia -- de la pulpa y de los tejidos duros. El método se refiere estrictamente a la técnica de inyección de soluciones directamente en los tejidos que han de ser tratados. Generalmente, el hueso cortical que cubre los ápices de los dientes superiores es delgado y está perforado por una multitud de pequeños agujeros -- que le dan un aspecto poroso. Esa consistencia permite la rápida difusión -- de la solución anestésica hacia el plexo dental. Siendo esta inyección la -- más simple de todos los métodos utilizados en anestesia local, se presta a -- ser aplicada de manera inadecuada. Asimismo, la violación de los principios fisiológicos aumenta tanto las probabilidades de aparición de efectos colaterales molestos.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA

El dentista debe mantener al labio y la mejilla del enfermo entre el -- pulgar y el índice, estirándolos hacia afuera a fin de distinguir bien la -- línea de separación entre la mucosa alveolar movable y la mucosa gingival -- firme y fija. La aguja se inserta en la mucosa alveolar, cerca de la gingival, y se deposita inmediatamente una gota de la solución anestésica en este punto. Se espera unos cuatro o cinco segundos, después de lo cual el dentista empuja la aguja hacia la región apical del diente que quiere anestesiar. Antes de tocar el periostio, de sensibilidad exquisita, se inyectan

una o dos gotas del anestésico. Para evitar que la aguja resbale entre el periostio y el hueso, se aconseja dirigirla de manera que forme un ángulo - obtuso con el hueso. La profundidad de la inserción de la aguja no debe pa - sar de un o dos cuantos milímetros, entonces se inyecta lentamente la solución, sin provocar distensión o hinchazón de los tejidos. Los mejores resultados suelen observarse con medio centímetro cúbico de solución inyectada durante - un lapso de dos minutos.

Cuando la inyección suprapariosteica resulta ineficaz, debido a varia - ciones anatómicas, el fracaso suele corregirse empleando un procedimiento - modificado. Después de haber preparado los tejidos, se coloca un pequeño - rollo de algodón estéril en el fórnix vestibular, manteniéndolo firmemente - contra la mucosa con el índice o pulgar de la mano izquierda. Se inserta - la aguja, empujándola por etapas hacia el periostio. La inyección se pone - lentamente, sin depositar más de 0.25 a 0.5 ml en dos o tres minutos y sin - provocar el levantamiento de los tejidos. La solución utilizada debe conte - ner sólo una cantidad mínima de epinefrina a fin de evitar el dolor o la ne - crosis por isquemia que pueden presentarse después. Esta técnica sencilla -- convierte el área del tejido blando alveolar en un espacio casi cerrado; la - solución se dirige de tal manera que la difusión se hace medialmente a tra - vés del hueso cortical, en lugar de extenderse por las estructuras faciales - blandas. Generalmente, con ese procedimiento queda también anestesiada la - encía marginal palatina. Por supuesto, este método no debe emplearse nunca - en caso de infección o inflamación aguda.

ANESTESIA REGIONAL

Se refiere a la pérdida de la sensación del dolor sin pérdida del cono - cimiento, sino también a la interrupción de las demás sensaciones incluso la - temperatura, presión y función motora.

Este método consiste en depositar una solución en la proximidad de las - ramas terminales mayores de manera que la zona por anestesiar quede rodeada - o circunscrita para impedir el paso central de impulsos afarentes.

Después de un estudio cuidadoso del paciente y su necesidad anestésica se elegirá este método ya que es conveniente utilizar la técnica más simple y menos traumática y la mínima cantidad de solución para obtener el efecto deseado.

Este método presenta algunas ventajas y desventajas que son:

Ventajas:

- a) El paciente está dispuesto a cooperar.
- b) Hay pocas deformaciones de la fisiología normal.
- c) Las técnicas no son difíciles de dominar.
- d) El paciente no necesita venir en ayunas.

Desventajas:

- a) Cuando la infección descarta su uso
- b) Cuando el paciente es alérgico a distintos anestésicos
- c) Cuando el paciente no tiene edad suficiente
- d) Cuando el paciente lo rechaza por temor.

Podemos decir en resumen que el dentista debe dominar suficientemente todos los métodos para bloquear las vías de impulsos dolorosos de manera que pueda elegir el tipo más adecuado.

PREPARACION DEL NIÑO

Los niños parecen tolerar mejor la anestesia local después de ingerir algún alimento aproximadamente dos horas antes del tratamiento. Deberá programarse la visita al consultorio de manera que no se haga esperar al niño que tiende a ponerse nervioso en la espera.

Los instrumentos deberán estar dispuestos en una bandeja que estará cubierta por una toalla y lejos de la vista del paciente, un despliegue de agujas, bisturios, fórceps y otros instrumentos desconciertan no solo a los niños, sino a cualquier paciente. Nunca hay necesidad de llenar jeringas de frente de los pacientes; el hacerlo solo provocaría mayor miedo y aprensión.

No deberán permanecer en el cubículo los parientes o amigos, a menos que se considere que su presencia sea beneficiosa para el manejo del niño. Deberá ajustarse la posición del niño para comodidad y sostén.

PROCEDIMIENTO

Siempre se aconsejará el uso de anestésicos tópicos antes de inyectar, pues aminorará la molestia a la entrada de la aguja. Si se van a utilizar, deberán serlo de manera paropiada.

- a) Deberá asearse la membrana mucosa para evitar la dilución de la solución del anestésico tópico.
- b) Deberá mantenerse el anestésico tópico en contacto con la superficie a tratar por lo menos 2 minutos concediendo otro minuto para entrar en acción. Uno de los errores cometidos al utilizar anestésicos tópicos, por parte del operador, es no conceder tiempo suficiente para que el efecto tópico actúe antes de inyectar.
- c) Deberá seleccionarse un anestésico tópico que no cause necrosis local, en el lugar de la aplicación. No se ha observado irritación producida por el uso de pomada de Xilocaína al 5 % (Lidocaína).
- d) Deberá utilizarse una aguja afilada, con bisel relativamente corto unida a una jeringa que trabaje perfectamente. Consideramos adecuadas las agujas desechables, ya que siempre están afiladas y estériles. Su uso elimina la posibilidad de transferir infección de un paciente a otro por medio de agujas constaminadas.
- e) Si los tejidos están algo flojos, deberán estirarse, como ocurre en el pliegue mucobucal; deberán comprimirse si están densamente ligados, como en el paladar duro.
- f) El vasoconstrictor deberá mantenerse a la menor concentración posible, por ejemplo, con Xilocaína de 2 por 100, no deberá usarse más de 1:100 000 de epinefrina.

- g) Después deberá explicarse al niño los síntomas de la anestesia. - Sentir hormigueo entumecimiento o inflamación podría asustar a un niño que no haya sido advertido de antemano.
- h) Deberá dejarse transcurrir suficiente tiempo (5 minutos) antes de empezar cualquier operación. Si no se siente hormigueo y entumecimiento en los 5 minutos que siguen a un bloqueo dental inferior, - deberá considerarse como fracaso la inyección y habrá que repetir el procedimiento.
- i) Deberán utilizarse jeringas de aspiración para evitar la inyección intravascular de la solución anestésica y reducir a un grado mínimo las reacciones tóxicas, alérgicas e hipersensibles.

TECNICA

La anestesia local en los niños no es muy diferente de la de los adultos. La menor densidad ósea acelera la difusión del anestésico local a través de las capas compactas de hueso.

La densidad ósea es tal, especialmente en la región de la tuberosidad, que las soluciones anestésicas pasan fácilmente a través de la corteza sin que el Odontólogo tenga que recurrir a inyección más profunda. El bloqueo del agujero palatino mayor a menudo causa sensación de ahogo.

En la infiltración marginal, la punción se hace en el pliegue mucobucal (labial), ligeramente gingival al punto más profundo, y la aguja penetra hacia el hueso en dirección del ápice de la pieza particular.

En el maxilar superior se pueden anestesiar todas las piezas incluso los molares permanentes, por infiltración terminal en el pliegue labial (bucal) la mucosa palatina se anestesia depositando unas gotas de anestésico lentamente en el paladar, en el espacio libre entre la encía y la pieza.

En la mandíbula se pueden extraer las seis piezas anteriores bajo infiltración terminal. La experiencia obtenida con Xilocaina de 2 % por 100%) -

nos ha convencido de que se pueden extraer incluso molares primarios bajo infiltración, aunque es preferible el bloqueo mandibular. Puede anesthesiarse la mucosa lingual pasando la aguja a través de las papilas interdentes.

Los molares permanentes requieren una inyección de bloqueo; y también las extracciones múltiples u operaciones mayores que afectan a la mandíbula. Al aplicar una inyección de bloqueo dental inferior, hay que tener presente que la rama ascendente en el niño es más corta y estrecha que en el adulto.

Las pruebas de anestesia deberán realizarse cuidadosamente, con lenta y creciente presión de un explorador u otro instrumento, teniendo presente que la anestesia en tejidos superficiales no implica necesariamente anestesia de los tejidos más profundos.

No deberá anesthesiarse el nervio bucal largo hasta que aparezcan claros síntomas de entumecimiento en el lado respectivo del labio, ya que el niño puede proporcionar información equivocada al estar aturdido por el hormigueo o entumecimiento de la mucosa labial.

El nervio bucal largo deberá anesthesiarse por infiltración terminal en el pliegue mucobucal de la pieza respectiva.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA

Los incidentes y complicaciones no difieren demasiado de los que ocurren en los adultos. Una señal relativamente frecuente de estimulación central son los vómitos, que pueden deberse a razones psicológicas o tóxicas.

Entre las complicaciones anestésicas, las observadas con mayor frecuencia son la formación de una úlcera en el labio inferior debido a mordedura de esta estructura anestesiada. También aparecen a veces lesiones hermeticas en labio, lengua o encía, que pueden explicarse por el trastorno de la innervación trófica.

Deberá advertirse a los padres que vigilen a su hijo cuidadosamente - después de inyecciones de bloqueo dental inferior, hasta volver la sensación normal, para evitar que el niño se muerda los labios. También deberá advertirse que se muestren muy cuidadosos en no dar al niño alimentos muy calientes hasta que recupere sus sensaciones normales, para evitar que se produzca graves quemaduras.

CAPITULO IV

ANESTESICOS

a) Anestésicos Locales más Comunes

b) Propiedades

dos a procesos de oxidación y conjugación.

El metabolismo de los compuestos de tipo amida no éster es algo más variable y complejo que el de los de tipo éster. La hidrólisis del enlace amida, al contrario del enlace éster no se verifica en la sangre. En algunos casos la hidrólisis puede ser catalizada por un enzima en el hígado, esta reacción se realiza fácilmente con la prilocaína (citanest), pero con la lidocaína (xilocaína) y la mepivacaína (carbocaína) resulta más difícil. En el caso de la lidocaína, la transformación principal consiste en una N-desmetilación oxidante cuyo producto es fácilmente hidrolizado y oxidado después. La inactivación de la mepivacaína se logra por medio del metabolismo oxidante.

Los efectos tóxicos de los anestésicos locales afectan también al corazón puesto que éste contiene un tejido conductor análogo al de los nervios. Estos efectos, que suelen ser resultado de dosis excesivas, pueden también manifestarse con dosis normales en pacientes muy sensibles.

PROPIEDADES

Un buen anestésico debe ser soluble en agua y no debe de irritar los tejidos, debe ser atóxico en dosis adecuadas para producir anestesia local, si el anestésico es vasodilatador es necesario que se asocie con un vasoconstrictor para contrarrestar el efecto desfavorable.

El anestésico debe descomponerse en el tejido nervioso y producir anestesia adecuada para una intervención ordinaria pero no tan prolongada que interrumpa por mucho tiempo la función.

Es necesario que los tejidos eliminen el anestésico tan pronto como entre en la sangre y la linfa, para que de esta manera se evite la concentración tóxica en los centros vitales del bulbo.

Un buen anestésico debe contar con los siguientes requisitos:

- a) Período de latencia corto
- b) Duración adecuada al tipo de intervención
- c) Compatibilidad con vasopresores

- d) Difusión conveniente
- e) Estabilidad de las soluciones
- f) Baja toxicidad sistémica

VASOCONSTRICTORES

Usados propiamente en Odontología son de gran valor en anestesia por infiltración y en bloqueos maxilares y tronculares, pero su acción es ineficaz en anestesia tópica.

Los vasoconstrictores prolongan la acción y reducen la toxicidad sistémica de los anestésicos locales por retardo en su absorción. Deben usarse en zonas ricamente vascularizadas como la región gingivodental si se omite su uso, la anestesia es inadecuada y pueden presentarse fenómenos de toxicidad por absorción rápida de la droga.

Los vasoconstrictores no tienen acción sinérgica con los anestésicos locales, ni acción aditiva ya que por sí mismos no tienen acción anestésica, la intensidad anestésica que se logra con ellos, se debe al retardo en la absorción que hace prolongar el contacto del bloqueador con el nervio.

Algunos vasoconstrictores prolongan la acción de la anestesia en un 100 % la respuesta varía con el sitio de acción.

Tenemos dos tipos de drogas vasoconstrictoras de gran utilidad en las soluciones bloqueadoras:

- a) Aminas que actúan sobre los receptores adrenérgicos, en este grupo tenemos a la epinefrina siendo el más efectivo de todos es capaz de despertar reacciones tóxicas sistémicas. De ahí, que sea importante apegarse a las diluciones recomendadas y no usar más de la concentración mínima efectiva del vasoconstrictor.
- b) Polipéptidos que actúan sobre el músculo liso de los vasos y capilares, en este grupo tenemos al Octapresía cuya acción local es semejante a la de la adrenalina, aunque con menor efecto isquémico, su empleo es de gran seguridad sobre todo en pacientes lábiles - -

cardiovasculares.

Las soluciones locales más comunes son:

1.IDOCAINA O XYLOCAINA

La Xylocaína al 2 % con epinefrina al 1:100,000 pertenece al grupo de las amidas.

Las características de esta solución bloqueadora son; rapidez de acción baja toxicidad, buena difusión y carencia de efectos alérgicos.

La duración media de la anestesia con Xylocaína-epinefrina en el doble que la obtenida con procaína-epinefrina.

PRILOCAINA O CITANEST

Citanest es una amina secundaria con las características de un excelente bloqueador, de toxicidad aguda muy baja, menor acción vasodilatadora que otros anestésicos, latencia corta y con duración satisfactoria.

MEPIVACAINA O CARBOCAIN

La solución de Carbocain al 2% con Neo-nordrefina al 1:20,000 produce una anestesia de mayor duración para procedimientos prolongados. La acción se inicia rápidamente y es sumamente segura.

CAPITULO V

INSTRUMENTAL

INSTRUMENTAL.

El instrumental utilizado para la extracción de los dientes temporales, será el mismo que para los permanentes, aunque existen fórceps diseñados a propósito para adaptarse al menor tamaño y forma distinta de estos dientes.

El instrumental más empleado en Exodoncia infantil es el siguiente:

1) FORCEPS, éstos constan de dos partes unidas entre sí por una articulación de movimiento, en la que caben distinguir dos partes:

- A) La pasiva constituida por los mangos, que permiten apoyar el instrumento.
- B) La activa formada por los bocados que están destinados a realizar la presión en el diente.

La numeración de los fórceps de acuerdo con Schuwert y Klein es la siguiente:

- a) Incisivos Superiores 212/139 Kein, 250/150 Schuwert.
- b) Incisivos y raíces inferiores 200/162 y 212/138 Klein, 212/143 y 250/251 Schuwert.
- c) Molares Superiores 212/139 Klein y 212/140 Schuwert.
- d) Molares Inferiores 212/122 Schuwert y 200/161 Klein.

2) ELEVADORES, son instrumentos que actúan a manera de palanca, que se usan en Exodoncia para movilizar o extraer dientes o raíces dentarias, éstos constan de tres partes:

- A) MANGO, esta dispuesto con respecto al tallo en la misma línea o perpendicular al tallo formando una T.
- B) TALLO, parte del instrumento que une el mango con la hoja.
- C) HOJA, tiene diferentes diseños según su aplicación.

Los más utilizados en Exodoncia son:

- a) De Bandera, su numeración según Cryer es 25 y 26, 31 y 32 44 y 45, según Seldin es 11. y 1R, 41. y 4R.

- b) Recto, según Heidbrink tenemos el 1,2,40,41 y Apexo 301.
 - c) Biangulados, tenemos el Schmeckebeer 4 y 5, el Heidbrink 2 y 3 root pick.
- 3) PINZAS, éstas pueden ser rectas o anguladas y en ocasiones sirven para debridar.
- 4) ESPEJO, nos ayudará para separar los tejidos vecinos que impidan la extracción, como son la lengua carrillos.

Los instrumentos requieren de esterilización, para realizarla nos valemos de agentes químicos y físicos.

Los agentes químicos, los constituyen productos que en terapéutica se denominan antisépticos y desinfectantes, se coloca en un recipiente limpio y se introduce en él, de tal manera que el instrumental quede cubierto por este líquido (ejem-benzal).

Los agentes físicos, los constituyen el calor seco obtenido por medio de aparatos, que consisten en cajas metálicas cuyo ambiente se calienta por gas o electricidad como el autoclave, el calor húmedo se realiza por ebullición.

C A P I T U L O V I

E X O D O N C I A

- 1) Indicaciones en la extracción de dientes temporales.
- 2) Contraindicaciones en la extracción de dientes temporales.
- 3) Indicaciones en la extracción de los primeros molares permanentes.

E X O D O N C I A

Al considerar si se deben extraer piezas primarias, deberá siempre tenerse presente que la edad por sí sola, no es criterio aceptable para determinar si es necesario extraer una pieza primaria. Una pieza primaria que esté firme e intacta en el arco nunca deberá ser extraída, a menos que se haya realizado una evaluación completa, clínica y radiográficamente, especialmente del área afectada. Oclusión, desarrollo del arco, tamaño de las piezas primarias afectadas estado de desarrollo del sucesor permanente subyacente y de las piezas adyacentes, presencia o ausencia de infección, tomados estos factores deberán tomarse en consideración al determinar cuándo y cómo deberá extraerse una pieza.

I N D I C A C I O N E S

- a) En casos en que las piezas estén destruidas a tal grado que sea imposible restaurarlas.
- b) Sí se ha producido infección del área periapical o interradicular y no se puede eliminar por otros medios.
- c) En casos de absceso dentoalveolar agudo con presencia de celulitis.
- d) Si las piezas están interfiriendo en la erupción normal de las piezas permanentes.
- e) En casos de piezas sumergidas.

C O N T R A I N D I C A C I O N E S

- a) Un diente temporal no se extraerá antes de su caída normal.
- b) Cuando un diente temporal no presenta movilidad en la época que normalmente debe ser reemplazado, no se extraerá jamás antes de haber verificado que el permanente esté por erupcionar.
- c) Las discrasias sanguíneas vuelven al paciente propenso a la infección postoperatoria y a hemorragias. Deberán realizarse extracciones sólo después de consultar minuciosamente con un hematólogo y de preparar adecuadamente al paciente.

CAPITULO VII

TECNICAS DE LA EXTRACCION

- a) Técnica en la extracción de dientes temporales
- b) Extracción en los dientes primarios anteriores
- c) Extracción en los dientes primarios posteriores
- d) Extracción del primero molar permanente
- e) Accidentes durante la extracción de los dientes temporales.

TECNICAS DE LA EXTRACCION

El estudio preoperatorio nos permite conocer la extensión de la destrucción coronaria, la cantidad de resorción radicular, la posición del germen dentario permanente y la presencia de cualquier proceso patológico alveolar asociado.

TECNICA:

- a) Deben usarse fórceps adecuados cuyos bocados estén en contacto con la superficie radicular.
- b) Los bocados deberán ir por debajo del borde gingival.
- c) El eje mayor de los bocados debe ser paralelo al eje mayor del diente.
- e) Se deberán aplicar las fuerzas de desplazamiento mecánicamente adecuadas a la anatomía de la raíz.

La incomodidad de la aprehensión puede asustar al niño, se le explicará con tranquilidad que sentirá únicamente los movimientos aplicados, ya que muchas veces confunden la presión con el dolor.

EXTRACCION DE LOS DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES

Es muy raro que ofrezcan dificultades mecánicas los dientes primarios para su extracción, ya que por lo regular hay reabsorción radicular activa y la erupción gradual de los permanentes los afloja y desplaza en cierta medida, la corona primaria la mayoría de las veces se cae o el niño se la saca.

Los fórceps utilizados en la extracción de piezas primarias son los mismos que los utilizados para adultos. Algunos dentistas prefieren fórceps infantiles especiales, porque pueden esconderse en la palma de la mano. No considero que esto sea necesario, ya que una explicación deberá proceder a la extracción, y los fórceps con mangos mayores pueden controlarse mejor.

La extracción de piezas anteriores primaria es sencilla, generalmente requiere una rotación constante en una dirección, lo que desaloja la pieza-

- d) Las cardiopatías reumáticas agudas o crónicas y las enfermedades renales requieren protección antibiótica adecuada.
- e) La estomatitis infecciosa aguda, la infección de Vincent o la estomatitis herpética y lesiones similares serán eliminadas antes de considerar cualquier extracción.
- f) Los tumores malignos cuando se sospecha su existencia, son una contraindicación de las extracciones dentales. El traumatismo de la extracción tiende a favorecer la velocidad de crecimiento y extensión de tumores. Se indican claramente las extracciones si las mandíbulas o tejidos circundantes van a recibir terapéutica de radiación para el tumor maligno; esto se hace para evitar hasta donde sea posible el riesgo de una infección en el hueso que ha sido expuesto a la radiación.
- g) Las infecciones sistemáticas agudas contraindican las extracciones selectivas para los niños, a causa de la menor resistencia del cuerpo y la posibilidad de infección secundaria.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

Cuando se toma una decisión sobre el destino de los primeros molares permanentes hay que tener en la mente las siguientes consideraciones.

Si se extrae un primer molar permanente antes de la erupción visible del segundo molar las probabilidades serán que éste se desplace hacia mesial y ocupe el lugar del primer molar extraído. Si el segundo molar ya ha hecho erupción a través de la encía en el momento de la pérdida del primero molar permanente éste se inclinará hacia adelante sobre el espacio del molar de los seis años y genere así condiciones para afección periodontal y crear problemas de oclusión.

En caso de que los segundos molares ya hayan erupcionado deben intentarse todos los procedimientos posibles para no hacer la extracción.

Si la extracción fuera indicada sólo han de extraerse los dientes en los cuales no es posible ninguna restauración y el espacio existente lo ocuparemos con mantenedores de espacio.

de su ligadura. Esto se puede llevar a cabo en el maxilar superior con fórceps de bayoneta o núm. 150 y en el maxilar inferior con un fórceps -- núm. 151.

EXTRACCION DE LOS DIENTES PRIMARIOS POSTERIORES

Se utilizan los mismos instrumentos para las piezas posteriores. En ciertos casos, los fórceps de tipo inglés con picos estrechos son muy adecuados para los molares inferiores, porque permiten mejor sostén del movimiento inferior.

Los molares primarios superiores e inferiores se extraen con un movimiento bucolingual: el movimiento hacia el aspecto lingual frecuentemente ofrece menos resistencia. Pueden presentarse dificultades para aplicar -- los fórceps, especialmente en molares inferiores, a causa de la inclinación lingual de la corona y la incapacidad del niño para abrir suficientemente la boca.

Si una radiografía muestra un premolar atrapado en las raíces del molar, deberá seccionarse la pieza y extraerse cuidadosamente cada raíz, -- Deberá recordarse que la bifurcación de una pieza primaria está mucho más cercana a la porción coronaria que en las piezas permanentes, de manera -- que sólo habrá que dividir un puente muy estrecho de substancia dental.

Las lesiones periapicales crónicas y los tractos sinusoidales no deberán tratarse con raspado, ya que sanará después de la extracción de las -- piezas infectadas y el raspado del alveolo puede dañar al folículo dental y causar trastornos en la calcificación del esmalte de la corona. Sin embargo, los quistes deberán ser extraídos.

EXTRACCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

la técnica para la extracción de primeros molares permanentes no difiere de la aplicada a adultos, excepto que habrá que considerar el mantenimiento de espacio en casos en que el segundo molar ya haya hecho erupción a través de la encía.

CAPITULO VIII

POSTOPERATORIO

Las complicaciones postoperatorias que pueden producirse después de extracciones son las mismas que en casos de adultos y se tratan de acuerdo con ello. Afortunadamente, los alveolos secos constituyen un caso muy raro en los niños. Si un niño de menos de diez años desarrolla un alveolo seco, el operador deberá considerar inmediatamente la existencia de alguna infección poco común, como actinomicosis o alguna complicación de trastorno sistemático (anemia, -- trastorno nutricional, etc.).

Deberá tenerse mucho cuidado y examinar cuidadosamente el diente extraído para cercionarnos de no haber dejado ningún resto radicular dentro del alveolo.

La hemorragia deberá terminar por lo general antes de cinco minutos después de terminada la extracción, si por lo contrario sangra demasiado se taponeará el alveolo con gasa estéril impregnada de epinefrina.

Los enjuagues postoperatorios no tienen ningún valor antiséptico y sí perjudican arrastrando el coágulo y provocando una hemorragia.

Las infecciones en los niños son de especial importancia para el Odontopediatra porque a menudo está en posición de prevenirlas o interceptarlas. Puede acortar su curso y prevenir su expansión.

Cuando la intervención ha sido traumática, con gran frecuencia usamos hielo, este método se utiliza como analgésico, así como para evitar la inflamación, se coloca la bolsa de hielo frente al sitio de la intervención.

El hielo se usa por períodos de 15 minutos, seguido de 15 minutos de descanso, durante las tres horas siguientes de la extracción.

Generalmente los niños pueden no reaccionar tanto al dolor como los adultos, de todas maneras debe intentarse protegerlos de esta incomodidad, debe lograrse el máximo efecto analgésico con un mínimo de medicación, ya que el dolor postoperatorio es de menor duración en los niños.

La alimentación en las primeras horas deberá estar constituida por una dieta blanda.

Es deber del Odontólogo que ha extraído piezas primarias prematuramente asegurarse de que se haya mantenido espacio para los sucesores.

ACCIDENTES DURANTE LA EXTRACCION DE DIENTES TEMPORALES

La fractura del diente es el accidente más frecuente que se presenta en el transcurso de la exodoncia a esto ocurre por que se aplica el fórceps a expensas de la corona y no al cuello del diente y al aplicarse los movimientos de luxación la corona o parte de ésta se fractura quedando por lo tanto la porción radicular en el alveolo.

Producida la fractura, nuestros cuidados deben dirigirse a extraer la porción radicular que queda en el alveolo, para lo cual procedemos a la preparación del campo operatorio, eliminando esquirlas óseas y restos de corona, se cohibe la hemorragia para lograr la visualización del resto radicular, se procede a la extracción del mismo, se lava con suero fisiológico, se seca con gasa y se practica hemostasia.

La presión ejercida sobre el fórceps o los elevadores al extraer el diente puede ser transmitida a los dientes vecinos, pudiendo ocasionar fractura de corona o luxándolos.

Otro accidente que puede producirse es cuando se aplica una fuerza excesiva en el acto quirúrgico, los fórceps o los elevadores pueden fracturarse y herir los tejidos adyacentes.

C O N C L U S I O N

CONCLUSION

A través de lo anteriormente expuesto podemos concluir la gran importancia que tiene la Exodoncia en Pediatría, ya que debemos tener presente que una dentición infantil completa y sana será en un futuro una dentición permanente sana y normal.

La Exodoncia como problema oral es un factor muy importante, en el cual se deben modificar las técnicas dependiendo de las necesidades de cada paciente. Un estudio detallado y la medición precisa de los dientes temporales, así como de sus sucesores permanentes deberá realizarse antes de tomar cualquier determinación, ya que hablar de pacientes infantiles es tratar con organismos en franco desarrollo.

El Odontólogo a de concentrar su mayor interés y energía en el debido cuidado del niño, el afecto y amor por los niños es sumamente importante para obtener su cooperación dentro del consultorio dental, pero lo más importante es el tener realmente el deseo de cumplir un verdadero servicio de salud.

Los procedimientos dentro del consultorio dental son muy importantes ya que el objetivo es el de brindarle un servicio eficaz y placentero al niño. Este necesitará orientación y motivación hacia las debidas medidas preventivas que efectuará en el hogar como sería una adecuada técnica de cepillado y el uso de hilo dental con lo cual se aumentará la calidad de su higiene bucal.

BIBLIOGRAFIA

- ANESTESIA ODONTOLOGICA.- Dr. Niels Bjorn Jorgensen,
Cuarta Reimpresión 1979,
Editorial Interamericana,
Impreso en México.
- MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA.- Dr. Adriani John y Dr. Astrom A.
Edición 1981
Editado por Astra, Suecia.
- CIRUGIA BUCAL.- Dr. Ries Centeno,
Editorial Centeno
Impreso en Argentina, 1975.
- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.- Dr. Gustavo Kruger,
Primera Reimpresión 1979,
Editorial Interamericana,
Impreso en México.
- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.- Dr. Sidney B. Finn,
Cuarta Edición 1980,
Editorial Interamericana,
Impreso en México.
- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.- Dr. Ralph E. Mc. Donald
Editorial Mundi 1975,
Impreso en Buenos Aires.