

41
20j



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GENERALIDADES EN ODONTOPEDIATRIA

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

RAUL BAHENA BENITEZ

México, D. F.

1986



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.

GENERALIDADES EN ODONTOPEDIATRIA

I N D I C E

INTRODUCCION.....

CAPITULO I

- a).- Historia clínica.
- b).- Exámen clínico.
- c).- Diseño de un exámen clínico odontopediátrico.

CAPITULO II

- a).- Primera cita del niño al consultorio dental.
- b).- Diferentes tipos de desarrollo psicológico.
- c).- Manejo del niño.

CAPITULO III

- a).- Diagnóstico.
- b).- Métodos para diagnosticar.
- c).- Planeación del tratamiento.
- d).- Plan ideal de tratamiento.
- e).- Revisiones de un plan de tratamiento.

CAPITULO IV

- a).- Anestésicos tópicos.
- b).- Técnicas de anestesia local.
- c).- Complicaciones.
- d).- Premedicación.
- e).- Tratamiento de niños con anestesia general.
- f).- Indicaciones.
- g).- Aspectos indeseables del anestésico general.

CAPITULO V

- a).- Extracciones.
- b).- Indicaciones para la extracción de piezas primarias.
- c).- Contraindicaciones.
- d).- Técnica de extracción para piezas primarias.
- e).- Complicaciones postoperatorias.

CAPITULO VI

- a).- Operatoria dental para niños.
- b).- Edades óptimas para tratamientos restaurativos.
- c).- Procedimientos operatorios para piezas primarias.
- d).- Uso de dique de hule.
- e).- Uso de rollos de algodón.
- f).- Restauración de urgencia en piezas cariadas.
- g).- Diagnóstico y elección del tratamiento.
- h).- Detección de caries.
- i).- Preparación de cavidades.
- j).- Cavidades de 1a., 2a., 3a., 4a., y 5a., clase.
- k).- Coronas de acero inoxidable preformadas.
- l).- Preparación de piezas para recibir coronas de acero inoxidable.

CAPITULO VII

- a).- Mantenedores de espacio.
- b).- Indicaciones.
- c).- Elección del mantenedor.
- d).- Construcción de mantenedores de espacio sin bandas.
- e).- Mantenedores de espacio con bandas.
- f).- Mordidas cruzadas.
- g).- Exceso de espacio en incisivos maxilares.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En este trabajo trataré de dar una visión global de lo que yo considero de uso más rutinario en la práctica general del cirujano dentista con respecto a la odontopediatría, ya que la niñez es el periodo más indicado para iniciar el programa preventivo, y así poder evitar los efectos de la caries y demás resultados subsecuentes a edades tempranas, o cuando menos, sí reducir su índice considerablemente.

Iniciaré, de como tratar a nuestro paciente desde la primera cita, la forma correcta y más conveniente de elaborar la historia clínica, así como también la forma de aprovechar y saber interpretar este resultado del interrogatorio.

Veremos también como hacer nuestro diagnóstico basándonos en el interrogatorio que se practicó y en nuestro propio criterio para diferenciar los síntomas que nos refiere el paciente y los signos que en el apreciamos.

Daré un repaso en lo referente a anestésicos, sus indicaciones, su uso, sus técnicas, incluso el tratamiento de niños con anestesia general, y cuando es que debe realizarse ésta, así como también los aspectos no deseados de los anestésicos.

Hablaré también de las extracciones, las cuales consideran extremo delicadas, ya que al realizar éstas sin tomar en cuenta las indicaciones precisas como muchas veces sucede, causaremos al paciente, además de un traumatismo, problemas, como son por ejemplo, pérdida temprana de espacio ó, disminución en la función de la masticación.

Pienso que en este punto debemos poner mucho cuidado, y demostrar a nuestros pacientes y a nosotros mismos, que todos estos años en la facultad valieron la pena y que, somos dignos de que nos llamen cirujanos dentistas y no ser-

solamente sacamuelas.

Hablaré también de la operatoria dental en niños en todas sus facetas y un poco de mantenedores de espacio, así como de sus indicaciones.

Presento a su consideración mi trabajo de tesis, el cual está realizado con infinidad de ilusiones y, en el cual trato de expresar algo de mi sentir con respecto a la profesión y que también me sirvió para refrescar mis conocimientos y para valorar aún más mi carrera.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

El historial del paciente de odontopediatría puede dividirse en: estadísticas vitales, historia de los padres, --- historia prenatal y natal, e historial posnatal y de la --- lactancia.

Las estadísticas vitales son esenciales para el registro del consultorio. De esta manera el dentista obtiene una visión del nivel social de la familia. El médico del niño debe ser anotado, para poder consultársele en un caso de --- urgencia futura, o para obtener información médica adicional cuando se necesite. Se registra la queja principal con las palabras de la madre o del niño.

La historia de los padres proporciona una indicación del desarrollo hereditario del paciente. Está diseñada también para informar al dentista sobre el valor que los propios --- padres conceden a sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse en el miedo de los niños y en los deseos de los padres con relación a los servicios dentales.

Las historias prenatal y natal a menudo proporcionan indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura de los dientes caducos y permanentes. El odontopediatra observará los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurrieron durante las etapas formativas de las piezas.

El historial posnatal y de lactancia revisa los sistemas vitales del paciente. También registra información, tal --- como tratamientos preventivos previos de caries dentales, --- trastornos del desarrollo con importancia dental, alergias, costumbres nerviosas y el comportamiento del niño y su actitud en relación con el medio.

La duración y el enfoque de la historia dependen de las circunstancias que rodean a cada caso. En circunstancias de

urgencia, solo nos limitaremos a puntos esenciales en relación con la lesión que se trata en el momento o del mal que aqueje al niño actualmente y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que tengan importancia en el tratamiento inmediato. En la mayoría de los otros casos puede ser de gran valor un cuestionario para historial que se administra personalmente a cada paciente. En una situación ideal, los padres pueden completar este cuestionario en la sala de espera durante la primera visita.

El odontopediatra solo necesita mirar por encima del cuestionario completado para detectar hallazgos de importancia. Se pueden elaborar respuestas afirmativas interrogando a los padres y al paciente sobre el punto que se desee aclarar. Se hacen anotaciones adicionales con esta información en el registro del paciente.

EXAMEN CLINICO

Se hace el examen clínico del niño con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y de procedimientos de examen y de manera sonriente y amable. En la mayoría de los casos, un enfoque sistemático producirá mucha más información sobre alguna enfermedad no detectada y los procesos de esta que un método desordenado de examen.

En casos de urgencia, el examen dará énfasis al lugar de la queja y enumerará las ayudas para el diagnóstico (por ejemplo radiografías) que sean necesarias para llegar a un diagnóstico inmediato. En exámenes de este tipo no hay procedimientos rutinarios o modelos fijos; las circunstancias del momento y la cooperación del niño determinan la ruta de acción que se deberá seguir. Sin embargo, deberá realizarse un examen completo después de que se alivio la afección de urgencia.

Los procedimientos clínicos para examen de mantenimiento de la salud incluyen mordidas con aleta y las radiografías adicionales necesarias. Se comparan todos los datos con el examen precedente o inicial, y si es necesario, se formula -

un plan de tratamiento.

DISEÑO DE UN EXAMEN CLINICO ODONTOPEDIATRICO.

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

2.- Exámen de la cabeza y del cuello:

Tamaño de la cabeza y forma

Piel y pelo

Inflamación facial y asimetría

Articulación temporomandibular

Oídos

Ojos

Naríz

Cuello.

3.- Exámen de la cavidad bucal:

Aliento

Labios, mucosa bucal y labial

Saliva

Tejido gingival y espacio sublingual

Paladar

Faringe y amígdalas

Dientes.

4.- Fonación, deglución y musculatura peribucal:

Posiciones de la lengua durante la fonación

Balbucesos y ceceos anteriores o laterales

Forma de la lengua en posición de descanso

Acción mentalis en el momento de tragar

Posición de los labios en descanso.

PERSPECTIVA GENERAL

Estatura

Se hace una perspectiva general rápidamente cuando el niño entra en la sala de recepción o en la sala de operaciones.

Para propósitos prácticos, se puede clasificar al niño - en tres categorías: estatura normal para su edad, demasiado bajo o demasiado alto.

ANDAR

Cuando el niño entra al consultorio dental, el dentista -- puede apreciar rápidamente su andar, y ver si este es normal o afectado. Probablemente, el andar más común anormal es el de un niño enfermo que camina con inseguridad debido a su -- debilidad. Otros tipos de andar son de tipo inseguro hemipléjico, tambaleante, de balanceo y atáxico.

LENGUAJE

El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad que -- tiene uno para reproducir sonidos que ha escuchado; por ---- ejemplo, los niños muy pequeños con problema de audición --- grave pueden tener desarrollo del lenguaje anormalmente lento. La conversación del niño con el ayudante o con el dentista permiten hacer una información acerca de su lenguaje.

Hay que considerar cuatro tipos de lenguaje: 1) afasia, - 2) lenguaje retardado, 3) tartamudeo y 4) trastornos articulatorios del lenguaje.

MANOS

Al tomar las manos del niño en las suyas, el dentista --- establece no solo comunicación cálida con aquel, sino que -- tiene oportunidad de apreciar su salud general. En la mayo--- ría de los casos, las manos se sentirán normales, pero de -- cuando en cuando podrá observarse sensación de temperatura - elevada, de sequedad o de humedad. Las manos son unas de las áreas del cuerpo del niño que el dentista puede observar nor--- malmente. Aquí pueden observarse todas las lesiones prima--- rias y secundarias de la piel, tales como máculas, pápulas, vesículas, úlceras, costras y escamas. Muchos factores cau--- sales pueden producir estrastornos tales como enfermedades - exantematosas, deficiencias vitamínicas, hormonales y de --- desarrollo.

Las unas pueden estar mordidas, cortas, como consecuencia de su ansiedad y tensión, pueden tener forma de espátula, -- puntiagudas, quebradizas, escamosas, espesadas, cubiertas de piel, de color diferente, o incluso pueden estar ausentes, -

como se ve a veces en casos de displasia ectodérmica.

TEMPERATURA

La fiebre o elevación de temperatura en momento de descanso, es uno de los síntomas más comunes experimentados por los niños, puede existir una elevación temporal de la temperatura después de comer, de hacer ejercicio, o cuando el medio no lleva al enfriamiento corporal. La mayoría de las madres considera la temperatura de 37 C como umbral sacrosanto, y cualquier temperatura que lo sobrepase debe considerarse como muestra de enfermedad. Sin embargo, el practicante motivado puede ayudarles a comprender que existe, en vez de este umbral fijo, una gama de temperaturas consideradas normales.

Los abscesos dentales o las enfermedades gingivales agudas, y también algunas infecciones respiratorias y bucales, dan como resultado estados febriles en los niños.

EXAMEN DE LA CABEZA Y CUELLO

El tamaño de la cabeza del niño puede ser normal, demasiado grande, o demasiado pequeña. La macrocefalia se debe frecuentemente a trastornos del desarrollo o traumatizantes. La microcefalia, o cabeza pequeña, puede deberse a trastornos del crecimiento, enfermedad, o traumas que afectan al sistema nervioso. Las formas anormales de la cabeza pueden ser causadas por un cierre prematuro de las suturas, interferencia del crecimiento de los huesos craneales o presiones anormales dentro del cráneo. Antes de formar un juicio deberá tomarse en cuenta la cabeza de sus padres y de sus hermanos para evitar situaciones engorrosas.

PELO Y PIEL

Una de las calvicies más comunes es un área pequeña, discreta y redondeada, rodeada de una línea endurecida e inflamada, y que generalmente lleva a diagnosticar empeine. En el caso raro del niño que tiene displasia ectodérmica congénita, el pelo puede estar ausente o ser muy escaso, delgado y de color claro.

Hay otros desequilibrios hormonales que pueden causar --- pérdida del cabello, mientras que la adición de medicación hormonal puede causar hirsutismo o crecimiento excesivo del cabello. Se deberá posponer una visita dental si se observa que el niño tiene extensas y dolorosas lesiones de herpes o algún otro tipo de lesión en los labios o en la cara.

INFLAMACION FACIAL Y ASIMETRIA.

La asimetría de la cara puede ser fisiológica o patológica. Los dos lados de la cara nunca son iguales. Se ha demostrado que los hábitos del lactante en el momento de dormir, especialmente en los niños que nacieron antes de su término normal, afectan la cara de manera permanente. Se puede producir asimetría facial patológica por presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiares. Las infecciones ya sea de origen bacteriano o viral, y el traumatismo, son en general las causas principales de inflamación facial en los niños.

Todo agrandamiento unilateral de la cara que no produce dolor y que crece lentamente sin ningún agente evidente que lo cause merece especial atención, y se deberá enviar al --- paciente a un pediatra, puesto que una neoplasia presenta un patrón como este.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

Métodos para discernir limitación de movimientos, subluxación, dislocación o desviaciones mandibulares: 1) De frente al niño, colocar las manos ligeramente sobre las mejillas -- del niño, en el área de la articulación. Hacer que el niño -- habra y cierre lentamente, y entonces, desde céntrica cerrada, ordenar que se mueva en excusiones laterales, pidiéndole que mastique lentamente sobre las piezas posteriores. 2) Con un hilo dental de 35-45 cm. hacer presión contra su cara en la línea media que une la frente, la punta de la nariz y la punta de la barbilla. Hacer que habra y cierre la boca -- lentamente y muestre los dientes al realizar este movimiento.

Estas dos ayudas tan sencillas mostrarán las discrepancias de la articulación y también los desequilibrios musculares y desviaciones anatómicas desde la línea media. Debe palparse suavemente inflamación o enrojecimiento sobre la región de la articulación para determinar el grado de firmeza y extensión.

Puede verse trismus, o espasmo de los músculos masticatorios, cuando hay infección que sigue a la extracción de un molar permanente mandibular. Se ve menos comunmente durante la erupción de un molar inferior permanente, pero puede desarrollarse después de pericoronitis. El tétanos, una enfermedad rara en la actualidad, puede producir trismus, al igual que los neoplasmas y otros trastornos raros.

OIDOS.

El dentista deberá estar conciente de cualquier deficiencia de audición en el paciente infantil. La observación del meato auditivo externo puede revelar cierta secreción.

Generalmente, la queja principal será de un dolor en la cavidad bucal que se irradia al oído; esto necesita un examen a conciencia de las piezas. El dentista debe ser capaz de determinar si el dolor referido originado en la dentadura es la posible causa del dolor de oídos. Si al hacer un exámen radiológico clínico no se encuentra problema dental alguno deberá enviarse al niño a un médico para que le haga un exámen concienzudo del oído. La palpación del oído externo y de la apófisis mastoides puede revelar algo de sensibilidad que indicaría al dentista que la inflamación existe dentro del oído mismo.

NARIZ.

Algunas enfermedades infecciosas pueden dejar su huella en la nariz, como por ejemplo la nariz en silla de montar característica de sífilis congénita. A causa de la gran proximidad de la nariz a la cavidad bucal, la extensión de inflamación, a través del maxilar puede alterar la forma, el tamaño y el color de la nariz.

La extensión de quistes o tumores desde dentro de la cavidad bucal y particularmente el maxilar, pueden hacer intrusión en los conductos nasales.

CUELLO.

El examen del cuello se hace por observación y por palpación. A medida que el dentista observa asimetría facial del niño, también observa cualquier configuración anormal del cuello. La piel del cuello está sujeta a todas las lesiones epidérmicas primarias y secundarias, y también a las cicatrices de reparación quirúrgica. En el curso del examen, el dentista deberá mantenerse de pie detrás del niño y pasar de manera natural la parte plana de sus dedos sobre la región parótida, bajo el cuerpo de la mandíbula, hacia las regiones submaxilares y sublinguales, y desde ahí palpar los triángulos del cuello. Frecuentemente, es evidente en el paciente infantil agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares, esto puede asociarse con amígdalas inflamadas infectadas, y con infección respiratoria crónica. Los ganglios palpables también pueden deberse a drenaje de infección bucal o neoplasmas. Puesto que las enfermedades exantematosas existen en los niños, y es muy probable que se vean afectadas las glándulas salivales, el odontopediatra deberá estar muy consciente de cualquier agrandamiento o sensación de hipersensibilidad de estos órganos.

Examen de la cavidad bucal

El dentista deberá evitar cualquier tendencia a enfocar directamente su atención en las piezas dentales, descuidando así otras áreas. Al concentrar su atención en examinar los tejidos blandos "primero", el dentista cuidará su reputación de diagnosticador cuidadoso. Una buena regla es: "El dentista que realiza un buen diagnóstico cuenta las cavidades en último lugar, no primero".

ALIENTO.

El aliento de un niño sano es generalmente agradable e

inclusive dulce. "Mal aliento", o halitosis, puede ser atribuible a causas locales o generales. Los factores locales --- incluyen: higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca o alimentos volátiles de fuerte olor. Los factores --- generales pueden incluir deshidratación, sinusitis, hiper--- trofia e infección del tejido adenoideo, crecimientos malignos, tracto digestivo superior, fiebre tifoidea, y otras infecciones entéricas y trastornos gastrointestinales. La acidosis generalmente produce un olor de acetona. Frecuentemente, los niños que sufren elevaciones de temperatura tienen un aliento fétido característico.

Labios, mucosa labial y bucal

Los labios son la entrada a la cavidad bucal y el dentista no debe descuidarlos en su apremio por examinar las pie--- zas.

Después de examinar tamaño, forma, color y textura de la superficie, deberán ser palpados usando el pulgar y el índice. Frecuentemente se ven en los labios úlceras, vesículas, fisuras y costras. Los labios protegen a los dientes de trauma, y por tanto son lugar frecuente de contusión en los niños. Reacciones nutricionales alérgicas pueden causar cambios drámaticos en los labios. Pueden ser evidentes cicatrices, debidas a intervenciones quirúrgicas que se hicieron --- para corregir anomalías de desarrollo o traumas pasados. --- Cualquier inflamación o masa en los labios deberá ser palpada entre el pulgar y el índice para observar el tamaño y --- consistencia. Cualquier lesión o cambio de color o de consistencia de la membrana mucosa deberá ser evaluada cuidadosamente. También pueden palparse las inflamaciones de la mejilla. Las más comunes que se observan en la mucosa bucal o --- labial de los niños son las que se asocian con virus de herpes simple. Estas pueden ser relativamente benignas con pequeñas úlceras dolorosas o pueden ser más generalizadas, --- extendiéndose al tejido gingival y al paladar y produciendo tejido gingival demasiado sensible, doloroso y múltiples ---

úlceras poco profundas. Con una afección de este tipo generalmente hay una historia de algún trastorno congénito.

Normalmente, la mucosa labial y la bucal son de color -- rosado. Sin embargo, la melanina puede causar una pigmentación normal fisiológica de color pardo, esto es frecuentemente observado en la raza negra. La enfermedad de Addison- y la poliposis intestinal puede causar una pigmentación --- patológica o negro azulada en este tejido.

Saliva

Los procedimientos de examen dentro de la cavidad bucal- generalmente estimulan salivación profunda en los niños. La calidad de la saliva puede ser muy delgada, normal o viscosa en extremo. La parotiditis epidémica, o paperas, se ca-- racteriza por una inflamación algo sensible y dolorosa, --- unilateral o bilateral de las glándulas salivales. Una se-- creción excesiva o purulenta del conducto de Stenon puede - indicar otros trastornos de la glándula parótida. Las glan- dulas salivales sublinguales y submaxilares también pueden- volverse hipersensibles, hinchadas, y pueden tener secrecio- nes alteradas cuando existen infecciones generales.

Tejido gingival

Después de observar la mucosa bucal y labial, se debe -- examinar el tejido gingival y las uniones gingivales. El -- frenillo labial situado en la línea media de la maxila y de la mandíbula puede ser responsable de un espaciamiento ---- anormal entre los incisivos centrales. El color, el tamaño, la forma y la consistencia y fragilidad capilar de la línea deberán tomarse en consideración también. Color rojo o hin- chazón puede deberse a una higiene oral inadecuada o nula.- Sin embargo, deberemos estar conscientes de que el tejido - gingival reacciona con mucha sensibilidad o cambios metabó- licos y nutricionales, a ciertas drogas y a trastornos del- desarrollo. Cuando hace erupción una pieza, el tejido gin-- gival que la rodea puede inflamarse y volverse doloroso e - inflamarse. Estas áreas frecuentemente se ven traumatizadas

por las piezas opuestas. Fístulas de drenaje en tejido gingival unido, acompañadas de sensibilidad y dolor y movilidad del diente, son generalmente diagnóstico de piezas con absceso. Aunque en los niños generalmente no se observan estomatitis auténticas de Vincent, con papilas erosionadas, puede existir una afección similar, pero más benigna. La combinación de higiene bucal mala, desnutrición y malestar general puede contribuir a la gravedad de esta enfermedad.

Lengua y espacio sublingual

Deberá pedirse al niño que extienda su lengua de manera que el examinador observe su forma, tamaño, color y movimiento. El agrandamiento patológico de la lengua puede deberse a cretinismo o mongolismo, o puede asociarse con un quiste o neoplasma. Una descamación de las papilas superficiales asociada con un cambio de color y sensibilidad, puede deberse a ciertas avitaminosis, anemia o trastornos por tensión. Si el frenillo es anormalmente corto, puede evitar que la punta de la lengua se incline hacia adelante. Este frenillo puede ser la causa de ciertos defectos de fonación. También deberá examinarse el dorso de la lengua tomándola con una gasa entre los dedos pulgar e índice y palpando cualquier tipo de masas o úlceras para determinar su forma, tamaño y consistencia. La sequedad de la boca puede deberse a deshidratación o presentarse en niños con respiración bucal. Los conductos de salida de las glándulas sublingual y submaxilar y las glándulas salivales menores se pueden obliterar y causar un quiste de retención de mucosa o ránula.

Paladar

La cabeza del niño deberá ser inclinada hacia atrás para poder observar cualquier anomalía en el paladar blando así como en el duro. La consistencia de las deformidades o inflamaciones deberá ser investigada con cuidado por medio de palpación. Las cicatrices en el paladar pueden ser evidencias de traumatismos pasados o de intervenciones que se hicieron para reparar anomalías del desarrollo. Cambios de

color pueden ser causados por neoplasmas, enfermedades infecciosas y sistemáticas, traumas o agentes químicos.

Faringe y amígdalas

Para examinar el área de la faringe y de las amígdalas, el dentista deberá deprimir la lengua con un espejo de mano o con un abatelenguas para observar cualquier cambio de color, úlceras o inflamación. La proliferación del tejido de la amígdala laríngea puede ser tan extensa que exista muy poco espacio para que pasen el aire y los alimentos. Muy a menudo es recomendable que el odontopediatra remita al niño con su médico general.

Dientes

Pueden hacerse ciertas observaciones básicas de la dentadura general antes de formular diagnósticos sobre las piezas individualmente. Esto incluye el número de las piezas y su tamaño, color malformaciones y oclusión.

Número. Raramente se observa anodoncia en un niño. En algunos trastornos del desarrollo, la onodoncia parcial o total es un factor de diagnóstico. A excepción de los terceros molares, el segundo premolar inferior y los incisivos laterales superiores son las piezas que faltan con mayor frecuencia. Esta afección que a menudo se llama congénita, es más frecuentemente hereditaria, y el dentista puede comprobarlo con solo interrogar cuidadosamente a los padres. Dientes supernumerarios, se observan en la mayoría de los casos en la línea media del maxilar superior, pero puede aparecer en cualquier parte y en cualquier arco. Un diastema extremadamente ancho entre incisivos centrales superiores puede ser indicio de la posible presencia de un mesiodens.

Ciertos trastornos hormonales y del desarrollo pueden causar una desorganización de los patrones de erupción de la dentadura. Dentaduras retrasadas o precoces pueden resultar de ello, el número de piezas presentes varía en gran manera.

Tamaño de las piezas. Es raro encontrar macrodoncia real. Sin embargo, pueden encontrarse piezas separadas o muy pequeñas, por ejemplo, laterales en forma de clavos. Asimismo, los dientes separados tienden a parecer grandes como ocurre con la geminación o la fusión. La herencia desempeña generalmente el papel principal en la predeterminación del tamaño de las piezas. Anomalías hormonales y del desarrollo serán otros factores que habrá que tomar en consideración.

Color de las piezas. La tinción anormal de las piezas en los niños puede dividirse en dos tipos: extrínseca e intrínseca. La extrínseca puede causarse por bacterias cromógenas que pueden invadir los depósitos de materia alba o cálculo causando una gama de colores. El cambio de color generalizado del esmalte y la dentina se debe probablemente a factores intrínsecos tales como discrasias sanguíneas, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, resorción interna y drogas tales como la tetraciclina.

Malformaciones dentales. Lesiones físicas e hipoplasia del esmalte son las causas más comunes de dientes malformados. Adicionalmente, las piezas pueden estar dilaceradas, empequeñecidas, geminadas, fusionadas, con entalladuras y en forma de clavo, causa de trastornos hereditarios, sistemáticos o del desarrollo, se han dado términos especiales a muchas anomalías de estas, tales como dens in dente, incisivo de Hutchinson, corona bifida, hipoplasia de Turner y molar en forma de frambuesa.

CAPITULO II

PRIMERA CITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

Como es probable que el niño que viene por primera vez a consulta venga con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzar el dentista será infundir confianza al niño, y hacer que se dé cuenta de que no es el único que pasa por esa --- experiencia. Si la práctica diaria no está limitada a los -- niños, un método de infundir confianza, es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio fami--- liar.

Hacerla cómoda y cálida y que dé la sensación de que los niños visitan el lugar produce generalmente buenos resultados. Al hacer esto se superarán gran parte de las sospechas que siente cada niño. También se puede tener a mano una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades, se podría colocar una lámpara pequeña en la mesa con una -- pantalla interesante y también conservar en la sala algunos juguetes sencillos y muy resistentes para los muy pequeños. Las tarjetas que recuerdan la visita y las de notificacio--- nes deberán ser atractivas, para que sienta que le son en--- viadas especialmente, un dibujo de algún personaje de cuentos será muy útil en la tarjeta. Sugiera a la madre de el -- paciente que si tiene otro niño de 2 años de edad haga una cita para un futuro próximo, ya que ahora es el momento para una inspección bucal, instrucción en higiene bucal, profilaxia y aplicaciones tópicas de fluor. Cuando se tenga la oportunidad de tratar con los padres, se recalcará la necesidad de que el niño encuentre contactos tempranos con el -- dentista y el valor que tienen los servicios dentales para preservar los dientes sanos de un niño. La sala de operacio--- nes puede hacerse más atractiva al niño si se colocan algunos dibujos en las paredes los cuales muestren algunos -- niños jugando, el dibujo de un niño alegre y riéndose es -- siempre bueno. Siempre deberemos evitar que un niño pacien-

te vea sangre o a pacientes adultos con dolor, las personas con ojos enrojecidos de llorar o perturbadas emocionalmente causarán respuestas adversas en nuestros niños pacientes.

PERSONALIDAD DEL DENTISTA

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de interés hacia pacientes infantiles y esto los desalentará aún más. Si el dentista va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a un niño sin producir traumas, también deberá asegurarse que el personal que lo va a auxiliar ama a los niños y que los tratará bien. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tiene el dentista disminuyen enormemente. Que el dentista reciba al niño en la sala de espera el día de la primera visita es de gran ayuda.

Cuando estemos tratando a un niño por primera vez, debemos procurar siempre llamarlo por su nombre de pila, si no lo sabemos, deberemos preguntarlo y nunca llamarlo "muchachito" u otro nombre poco familiar. Preguntaremos al niño algo de cuando en cuando para que lo forcemos a hablar y no permitirle que permanezca callado porque así tendrá tiempo para ponerse a pensar en lo que le puede pasar en el sillón dental. El trato con los niños deberá hacerse de una manera normal y familiar.

DIFERENTES TIPOS DE DESARROLLO PSICOLOGICO

Podemos enseñar a los padres que la edad es un determinante importante del miedo y que condiciona la eficacia del condicionamiento.

Los temores de un niño y la forma como los maneja cambian con la edad. El comportamiento emocional, como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo. Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores -

tempranos. Se ha demostrado plenamente el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida al ser llevado a una nueva situación, responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar, uno por uno va descartando estos miedos adquiridos a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer. Lo que asusta a un niño de 2 años de edad puede no hacerlo con uno de 6. Por lo tanto, la edad es un determinante importante de lo que produce o no miedo al niño. El padre y el dentista deben estar conscientes de estas variaciones con la edad, e interpretar todas las reacciones a estímulos considerando la edad mental, emocional y cronológica del niño.

El momento adecuado para presentar la odontología a un niño es entre los dos y tres años, por esto es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen miedo desde esta edad hasta la adolescencia.

Los primeros temores que el niño asocia son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación precipitada e intensa de los órganos sensitivos, produce miedo porque es inesperada. El ruido y la vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano para preparar cavidades, producen miedo en un niño de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido que al dolor que lo acompaña.

Como el niño también teme a los movimientos súbitos o inesperados el sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad dental produce miedo si se deja que brille directamente en

los ojos del niño.

Los niños que todavía no van al colegio suelen temer el separarse de sus padres. Si el niño se ve empujado a una situación nueva en la que tenga que separarse de sus padres, de quienes ha aprendido a depender para obtener seguridad, siente que se le ha abandonado, que le han dejado solo. Además del miedo por estar abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres. Cree que esto puede ser la razón de su abandono. Puede creer que la odontología es su castigo.

Como hay niños que temen separarse de sus padres, si el niño es muy joven puede ser preferible que el padre lo acompañe a la sala de operaciones. Durante la primera visita la madre deberá estar siempre en la sala de operaciones.

Se ha demostrado en un estudio cuidadosamente controlado que los niños de menos de 50 meses de edad se beneficiaban con la presencia de la madre en la sala de operaciones durante el tratamiento. Los niños de más de 50 meses no mostraban variación en el comportamiento estuviera o no presente la madre.

Frecuentemente, los padres traen a sus hijos de corta edad al consultorio inmediatamente después de que han sufrido accidentes que dañaron las piezas anteriores. Como su presencia da seguridad y reduce el miedo, deberá pedírsele a la madre que tenga al niño en sus brazos mientras que se realiza el tratamiento de urgencia. Aunque posiblemente el niño siga llorando, deberemos realizar el trabajo necesario rápidamente y con un mínimo de tiempo.

Personas poco familiares que lleven uniformes blancos inspirarán miedo, especialmente si el miedo recuerda experiencias dolorosas del pasado. Para un niño de muy corta edad, acostumbrado a la actividad y ruido de una familia, puede resultarle extraño y turbador el silencio extremoso de la sala de espera. Un entusiasmo excesivo despierta sospe-

chas y miedo. A medida que el niño se familiariza con el consultorio deberá desaparecer su miedo a lo desconocido.

A los 4 años se llega a la cumbre de los temores, y de 4 a 6 años disminuyen gradualmente todos los temores antiguos como a caerse, al ruido y a los extraños. A medida que el niño adquiere capacidad para evaluar situaciones que producen miedo, ya sea por experiencia personal o por capacidad de apreciar la seriedad del peligro, se pierden y olvidan muchos de los miedos primitivos. El miedo a los extraños alcanza su mayor intensidad entre los 2 y 3 años. La disminución de los temores puede deberse a: a) darse cuenta que no hay nada que temer, b) presiones sociales que lo fuercen a ocultar su miedo, c) imitación social y d) guía por parte de adultos.

Se ha observado que los niños inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más conscientes del peligro y mostrarse más reacios a aceptar seguridad verbalmente expresada, sin presencia de pruebas. A ésta edad, los niños suelen tener espíritu agresivo y aventurero y actitudes amistosas. Las niñas, por el contrario, tienden a ser mucho más reservadas.

El temor al daño físico puede volverse general. A veces, un niño quedará hecho pedazos a causa de un daño menor. Incluso el pinchazo de una aguja hipodérmica y la vista de su propia sangre después de una extracción pueden producir reacciones completamente desproporcionadas con el grado de dolor. El miedo al daño se asocia a menudo con odontología porque el niño ha aprendido que el dentista puede dañarle.

De los 4 a los 6 años el niño entra en un periodo de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. El niño está en inquietud constante entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo que se le pide. A menudo su ego se desarrolla lo suficiente y se vuelve fuerte y puede tolerar muchas tensiones emocionales fuertes y suprimirlas hasta que pueda lograr satisfacción. La fantasía en este periodo-

tiene un papel muy importante y es la válvula de seguridad que el dentista puede usar para manejar a niños de corta edad.

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

A los 7 años el niño ha mejorado su capacidad para resolver sus temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de las preocupaciones, pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para superar sus temores. El niño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operativos, porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que demuestre su inconformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto.

De 8 a 14 años el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas, y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra. Desarrolla considerable control emocional. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

Los adolescentes, especialmente las jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto. A todas les gustaría ser lo más atractivas posible. Este interés por los afectos cosméticos puede usarlo el dentista como motivación para buscar atención odontológica. Están dispuestas a cooperar para satisfacer su ego. Los problemas de manejo ocurren solo

en personas que están considerablemente mal ajustadas.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños -- que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden catalogarse como buenos pacientes. También es cierto -- que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero, como lo demuestra la experiencia clínica, pueden controlar esos temores si los racionalizan.

El odontólogo tendrá éxitos más duraderos al manejar al paciente si tiene conocimiento pleno de los problemas por los que puede atravesar el niño durante las diferentes edades y si ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

Cuando el niño llega para que se haga alguna corrección dental, su comportamiento dependerá no solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tenga -- el dentista para manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de como el odontólogo impresiona al niño y de -- como va a ganar su confianza. Cuando se ha establecido la -- relación, deberán realizarse los trabajos correctivos sin -- retraso.

Los sentimientos de un niño no pueden ser ambivalentes. -- Si está asustado, realmente tiene miedo. No puede sentir -- temor a alguien y a la vez sentir afecto por esa persona. -- No puede estar enfadado con alguien y sentir cariño por él. Por lo tanto, si se está tratando con un niño asustado y -- temeroso, deberá primero eliminarse el miedo y substituirlo por sensaciones agradables y afecto al dentista. Incluso, -- si solo podemos eliminar el miedo hasta el punto en que algo de escepticismo y reservas, puede que sienta suficiente -- afecto por nosotros como para confiar. Cuando se llega a -- esta etapa podremos decir que la batalla del manejo del niño está ya casi ganada.

Si es posible, el dentista deberá establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarla. En un niño de corta edad el miedo al abandono es crítico.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No deberemos dejar un tratamiento para después ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo. Citaré aquí un ejemplo: nos traen a un niño al consultorio cuando es aún muy joven y necesita que se le hagan algunos trabajos dentales. Empieza a llorar, a veces con fuerza, cuando lo sentamos en el sillón dental, nosotros sin saber que hacer en esta situación, despedimos al niño y nos disculpamos con la madre suplicándole lo traiga cuando sea un poco mayor. Seis meses después el niño vuelve, y se repite la misma escena con igual patrón de comportamiento. Esto solo refleja una falta de conocimientos adecuados y una lógica ineptitud para atender todos los diferentes casos que se nos presenten. Puesto que los miedos subjetivos en los niños pequeños no disminuyen por voluntad propia, los temores del niño y por consiguiente su comportamiento no han mejorado e incluso pueden haberse intensificado, posponer situaciones así pueden prolongarse indefinidamente y será nefasto para sus dientes. Cuando existen dientes dolorosos, el dolor puede causar que se creen auténticas fobias a la odontología. Si nosotros como dentistas diéramos un enfoque más positivo durante la primera visita, no ocurriría tanto retraso y descuido en los dientes. El miedo del paciente aumenta con el miedo que el odontólogo muestre a manejarlo, porque el niño piensa precavidamente que, si el odontólogo teme realizar el trabajo, es porque debe haber alguna razón para retrasarlo.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños. No debemos esperar a que un niño venza actitudes inadecua-

das con la edad; pueden pasar años antes de que esto suceda. Aunque no es conveniente dejar el tratamiento para --- después, si es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día en que empezaremos a tratarlo con el --- fin de que se vaya familiarizando con todo el mobiliario --- y el personal para que cuando llegue el día de su cita ya haya empezado a perder el temor y aprensión al medio odontológico.

Quando el procedimiento a realizar tiene que producir --- dolores, aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño --- y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

Decirle al niño que no debe sentirse como se siente indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales porque el niño no puede evitar el sentirse así. En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina la razón, y las seguridades verbales caen en oídos sordos, así que, no gastemos energías diciendo al paciente que no debe tener --- miedo sin darle primero razones para creernos.

Quando comencemos a tratar a un niño, y, notemos que --- tiene un miedo excesivo a la odontología, será importante descubrir a que se debe ese miedo, esto lo podremos lograr haciendo determinadas preguntas a los padres, cuando hayamos descubierto el porque, será mucho más sencillo controlar ese miedo. También debemos familiarizarlo con todo el equipo de una forma inteligente, podremos hacerlo caer en la curiosidad por medio de instrumentos que estimulen su --- interés con lo cual estaremos dando un gran paso para ganar su confianza y llegar a permitirnos realizar el tratamiento sin mayor problema.

Como mera recomendación diré que, cuando se trata a --- niños, es importante la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar el comportamiento del niño. Cuando sea posible el niño no deberá permanecer más de media hora sentado. Si la visita tarda más, el paciente puede volverse --- menos cooperativo hacia el final.

CAPITULO III

DIAGNOSTICO

En pocas palabras, el diagnóstico es el resumen de todas las anormalidades, su naturaleza, etiología e importancia.

METODOS PARA DIAGNOSTICAR

DIAGNOSTICO CLINICO.- Para establecer un diagnóstico seguro se han utilizado numerosos métodos y técnicas. Uno de los métodos más usados y sencillos es el denominado "diagnóstico clínico". En esencia, el diagnóstico clínico es la identificación de una enfermedad basado solo en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica sin acudir a datos o información de otra especie.

Aunque este método se practica con frecuencia y puede llevar a establecer un diagnóstico correcto, el estudiante y el profesionista debe limitar su uso a la identificación de aquellas enfermedades cuyos caracteres son específicos de ellas mismas.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO.- El diagnóstico radiográfico se parece al clínico, excepto en que los caracteres y los criterios diagnósticos se obtienen de radiografías y no de fuentes clínicas. Este método, cuando se usa sin recurrir a datos de otras fuentes, constituye también un método rápido de identificación. Pero al igual que el diagnóstico clínico, el radiográfico debe limitarse a la identificación de aquellas enfermedades cuyas características y aspectos radiográficos sean específicos y patognomónicos.

DIAGNOSTICO A TRAVES DE DATOS ANAMNESICOS.- En muchos casos se establece un diagnóstico definitivo valorando de forma adecuada la información obtenida al realizar la historia clínica. A veces se establece el diagnóstico mediante la valoración de la historia familiar. Por ejemplo, la amelogénesis imperfecta, la hemofilia, reacciones alérgicas, etc.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO.- Desgraciadamente, muchos problemas diagnósticos no se pueden resolver solo con los datos clínicos, radiológicos o anamnésicos, sino que se resuelven solo después de obtener ciertos resultados positivos y significativos de las pruebas de laboratorio pertinentes. Por ejemplo, una desviación en el recuento globular, un valor elevado de la glucemia, el resultado de un cultivo microbiológico o el resultado de una biopsia de una muestra de tejido pueden proporcionar la información más importante para establecer un diagnóstico.

DIAGNOSTICO QUIRURGICO.- No es raro que el diagnóstico de una enfermedad se establezca mediante la exploración quirúrgica. Por ejemplo, la sospecha de un absceso subperióstico se confirma mediante la incisión que produce la liberación del exudado purulento.

DIAGNOSTICO TERAPEUTICO.- A veces, el diagnóstico se establece solo después de un período inicial de tratamiento. En otras palabras, hay algunas enfermedades cuya identidad es difícil de establecer basándose en su cuadro clínico, datos anamnésicos, técnicas de laboratorio, o ambos, pero que se reconocen de forma segura por su rápida respuesta al tratamiento específico. De esta forma, la respuesta al tratamiento nos dá la clave del diagnóstico.

DIAGNOSTICO INMEDIATO.- El término "diagnóstico inmediato" se usa para referirse al procedimiento de identificación que se hace literalmente "en el mismo sitio", por ejemplo, un rápido o inmediato diagnóstico basado en datos mínimos. Así, un diagnóstico se basa por lo general en solo una o dos sugerencias clínicas o radiográficas sin que las corroboren datos obtenidos por la anamnesis, laboratorio o alguna otra fuente. El clínico experto evitará este método de diagnóstico. De igual forma se debe evitar el llamado diagnóstico de acera y el telefónico que se basan necesariamente en datos mínimos y, lo que es más importante, se basan en información que proviene de terceras --

personas y no pueden ser exactos ni de plena confianza.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Es el método diagnóstico de -- más confianza, método que por su misma naturaleza, propor-- ciona el mayor grado de seguridad. Se admite que el término "diagnóstico diferencial" es una redundancia, ya que, cada-- palabra sugiere un proceso de identificación. Sin embargo, -- ya que diagnóstico diferencial es de uso común y supone el -- empleo de métodos de diagnóstico amplios y completos, es -- decir, acumulación y elección de datos importantes a partir de todas las posibles fuentes antes de establecer un diag-- nóstico definitivo, es el método de diagnóstico que debere-- mos preferir usar.

Para emplear esta técnica de diagnóstico con éxito son - de gran importancia tanto los conocimientos como la habili-- dad. Una perfecta familiarización con la forma en como los -- diferentes procesos patológicos afectan a la boca y maxila-- res, estar enterado de las técnicas de laboratorio adecua-- das, así como de la importancia de los resultados alterados y sobre todo, la destreza necesaria en la preparación de -- las partes diagnósticas del caso historiado, es todo ello, - de vital importancia en el diagnóstico diferencial.

PLANEACION DEL TRATAMIENTO

El tratamiento odontológico acertado se basa en diagnós-- tico exacto y cuidadosa planeación del tratamiento. Deben - evaluarse antes tres condiciones para llevar a cabo cual--- quier tratamiento: urgencia, secuencia y resultados proba-- bles. Una secuencia bien organizada de tratamiento evita -- muchos falsos comienzos, repetición de tratamiento y pérdi-- da de dinero, energías y tiempo. A continuación mostraré un diseño general de planeación de tratamiento para odontope-- diatría.

ESBOZO DE PLANEACION DEL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO

- 1.- Tratamiento médico
 - a) Envío a un médico general
- 2.- Tratamiento general
 - a) Premedicación

- b) Terapéutica para infección bucal
- 3.- Tratamiento preparatorio
 - a) Profilaxia bucal
 - b) Control de caries
 - c) Consulta con ortodoncista
 - d) Cirugía bucal
 - e) Terapéutica de endodoncia
- 4.- Tratamiento correctivo
 - a) Operatoria dental
 - b) Prótesis dental
 - c) Terapéutica de ortodoncia
- 5.- Exámenes por recordatorio periódicos y tratamiento de mantenimiento.

PLAN IDEAL DE TRATAMIENTO

Tratamiento médico

Gran número de pacientes cuando llegan al consultorio dental han estado ya bajo el cuidado de otros especialistas médicos; cuando sea así y sospechemos o hemos confirmado la presencia de alguna lesión seria que pueda causarnos problemas durante el transcurso de nuestro tratamiento debemos consultar al médico del niño para asegurarnos de la salud y seguridad de éste.

En el consultorio tendremos la oportunidad de tomar radiografías de la mano del niño con nuestro aparato dental. Al comparar las películas de manos de niños de estatura -- excesiva o estatura insuficiente con los estándares publicados, podremos sospechar alguna anomalía de desarrollo o nutricional. Esta información deberá discutirse con el médico general el cual puede sugerir que se hagan más estudios de laboratorio.

Discrasias sanguíneas se reflejan a veces en la cavidad bucal por cambios de color, tamaño, forma y consistencia -- de los tejidos bucales blandos. Nosotros generalmente tenemos más oportunidad de examinar la mucosa del niño que -- el médico general. Por lo tanto, es deber nuestro evaluar-

los cambios del tejido y transmitir cualquier información al médico del niño.

Tratamiento sistemático

Frecuentemente es necesario premedicar a niños aprensivos, espásmicos o con problemas cardiacos. Esta premedicación deberá hacerse solo después de consultar al médico del niño. Las dosis exactas de todas las drogas que utilizaremos en el plan de tratamiento. Perderemos mucho tiempo si premedicamos al paciente hasta que éste se encuentre en el sillón dental, así que, lo haremos desde el momento en que llegue a la sala de espera, aproximadamente 30 minutos antes.

Planes alternativos de tratamiento

Existe un plan ideal de tratamiento para cada niño. Deberá este presentarse a los padres usando radiografías, modelos, y otros medios que podremos tener preparados. En esta etapa existe una tremenda capacidad para poder educar a un niño, lo cual es un reto permanente para todo dentista consciente. Los honorarios para llevar a cabo el plan de tratamiento sugerido deberán ser claramente subrayados, para evitar cualquier tipo de malentendidos en fechas posteriores. A diferencia de los tratamientos para adultos, la fecha para los niños no deberá ser pospuesta ni aún espaciados en un largo período de tiempo.

Cuando el dentista sugiere un plan alternativo de tratamiento, deberá estar seguro de que el resultado será lo más beneficioso posible y no serán de ninguna manera perniciosos para la futura salud dental del niño.

REVISIONES DE UN PLAN DE TRATAMIENTO

Una vez que se aprueba el plan de tratamiento, cualquier revisión o alteración que sea necesaria deberá ser explicada a los padres y anotada en los registros del niño. Los padres aceptarán mejor un cambio de tratamiento si nos tomamos el tiempo de explicarles este nuevo tipo de acción. En algunos casos, el plan tendrá que ser revisado durante-

el tratamiento correctivo; por ejemplo, una exposición de pulpa patológica e insospechada en un principio, puede -- obligar a la extracción de una pieza y el emplazamiento -- de un mantenedor de espacio. Las revisiones de planes de -- tratamientos deben ser previstas sobre todo en casos de -- denticiones mixtas y cuando el patrón de crecimiento del -- niño tiene probabilidad de ser poco común, o cuando los -- niños sufren impedimentos graves o falta de armonía del -- esqueleto.

CAPITULO IV

Los anestésicos tópicos actuales reducen en gran proporción el ligero malestar de la inserción de la aguja antes de la inyección del anestésico local. Algunos anestésicos-tópicos presentan sin embargo, claras desventajas debido al mal saber que tienen para el niño. Además, el tiempo -- adicional requerido para su aplicación puede tornar al niño aprensivo hacia lo que vendrá.

Uno de los anestésicos tópicos que ha sido usado con -- éxito en niños es el clorhidrato de diclonina al 0.5%. Su gusto es agradable, su acción rápida y no causa irritación ni desprendimiento de los tejidos. Ultimamente en muchos -- consultorios se ha convertido en rutina el empleo de un -- unguento anestésico tópico. Un ejemplo de anestésico soluble en agua, con base no alcohólica, que permite fácil --- transferencia a la mucosa es la nepaina benzocaínica-tetra caínica (Novocol). Antes de la aplicación a la mucosa, lugar en donde se desee insertar la aguja, se seca y con algodón se coloca una pequeña cantidad del anestésico tópico la anestesia tópica se logra en un minuto.

Un punto importante en la realización de este paso es -- que el niño debe estar siempre preparado para la inyección no necesariamente con una descripción detallada de lo que vamos a hacer, pero con una indicación de que el diente -- va a ser puesto a dormir para que la caries pueda ser quitada sin ninguna molestia para él.

En una encuesta realizada sobre el uso de anestesia local para preescolares se encontró que es muy poco lo que -- se conoce respecto a los procedimientos de inyección en el paciente joven. Se recibió información muy interesante como resultado de un cuestionario que se envió a 25 paradontistas, 25 cirujanos y 25 odontólogos generales. Muchos -- odontólogos respondieron que el anestésico debe ser calentado antes de ser inyectado y enumeraron sus razones para suponer que la solución calentada es más cómoda para el --

niño, que existe menor traumatismo de los tejidos y menos dolor después de la inyección, y que el anestésico parece causar efecto más rápidamente.

Muchos odontólogos recomendaron la aspiración previa a la inyección de la solución anestésica. La aspiración no siempre es posible a menos que se utilice una aguja de gran calibre. Aunque en general se está de acuerdo en que la aspiración por rutina antes de inyectar es conveniente, la mayoría de los odontólogos interrogados indicaron que no la practicaban por rutina.

TECNICAS DE ANESTESIA

No es posible obtener una anestesia eficaz si no se emplea una técnica adecuada para la inyección, independientemente del agente anestésico que se utilice.

Para lograr una analgesia completa, hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa que va a anesthesiarse. Las variaciones que pudiera haber en la posición de la aguja, se compensan en parte con las cualidades excelentes, en cuanto a profundidad y difusión, que son características de las buenas soluciones anestésicas (lidocaína, prilocaína).

Como lo más común es que se inyecte de 1-2 ml. solamente, siempre conviene asegurarse que la aguja quede colocada con la mayor exactitud posible. Al inyectar en el pliegue bucal (anestesia por infiltración) puede lograrse que la solución sea depositada correctamente en el ápice, si se procura que la posición de la aguja tenga la misma posición que el eje longitudinal del diente en el que se va a intervenir. En la anestesia por infiltración, el volumen limitado de la anestesia que se utiliza, tiene que difundirse desde el sitio de la inyección, a través del periostio y del hueso compacto hasta llegar a las estructuras nerviosas que inervan la pulpa, el periodonto y el maxilar.

ANESTESIA REGIONAL DEL DENTARIO INFERIOR

Cuando se emprenden procedimientos de operatoria dental ó cirugía en los dientes inferiores permanentes ó temporales, se debe dar una anestesia regional en el dentario inferior. No se puede confiar en la técnica de inyección supraparióstica para que sea completa la anestesia de esos dientes.

Olsen informó que el agujero de entrada del dentario inferior está por debajo del plano oclusal de los dientes temporales del niño. Por lo tanto la inyección debe ser dada algo más abajo y más atrás que en los adultos. Según una técnica aceptada, se coloca el pulgar sobre la superficie oclusal de los molares con la uña sobre el reborde oblicuo interno y la yema del pulgar descansando sobre la fosa retromolar. Se puede obtener un apoyo firme durante el procedimiento de inyección si se apoya la yema del dedo medio en el borde posterior de la mandíbula. La jeringa estará orientada desde un plano entre los dos molares temporales del lado opuesto. Es aconsejable inyectar una pequeña cantidad de la solución tan pronto como se penetra en los tejidos y seguir inyectando cantidades pequeñas a medida que la aguja avanza hacia el dentario inferior.

La profundidad de la penetración oscila en unos 15mm, pero variará con el tamaño del maxilar inferior y la edad del paciente. Se depositará más o menos 1.5ml, de la solución en la proximidad del dentario inferior.

ANESTESIA REGIONAL DEL NERVIPO LINGUAL.

El nervio lingual puede ser bloqueado con la misma técnica de bloqueo del dentario inferior, solo basta llevar la jeringa al lado opuesto o inyectar una pequeña cantidad de la solución al retirar la aguja.

ANESTESIA PARA LOS INCISIVOS Y CANINOS

Para anestesiar los dientes temporales anteriores se emplea la infiltración (técnica supraparióstica). La inyección debe ser efectuada más cerca del borde gingival que en pacientes con dientes permanentes, y se depositará la -

solución muy cerca del hueso.

Al anestesiar los dientes anteriores, el sitio de punción está en el surco vestibular, la solución se deposita lentamente y apenas por encima y cerca del ápice. Como puede haber fibras nerviosas que provengan del lado opuesto, podría ser necesario depositar una pequeña cantidad de la solución junto al ápice del otro incisivo central para obtener la anestesia adecuada. Antes de la extracción de incisivos temporales y permanentes, habrá que aplicar una inyección nasopalatina. Del mismo modo si se observa que el paciente no cuenta con una anestesia profunda de los dientes anteriores durante los procedimientos de operatoria.

ANESTESIA PARA LOS MOLARES TEMPORALES Y LOS PREMOLARES

El nervio dentario superior medio inerva los molares temporales superiores, los premolares y la raíz mesiovestibular del primer molar permanente.

Las ramas alveolares superiores medias y anteriores se bloquean separadamente para cada diente en particular introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea al diente y buscando la extremidad de la raíz en donde se inyectan 1 ó 2 ml. de prilocaína ó lidocaína al 2% con ó sin vasoconstrictor, describiendo cuidadosamente ligeros movimientos en abanico con la punta de la aguja. De esta manera es posible anestesiar hasta tres dientes desde el mismo punto de inserción.

Esta técnica está comunmente indicada para tratamientos conservativos, en donde generalmente solo se necesita anestesiar la pulpa dentaria, la infiltración de la mucosa gingival que rodea al diente es suficiente. Si se trata de intervenciones quirúrgicas, es necesario completar con infiltración palatina para cada diente en particular. Cuando se va a practicar la extracción de todos los dientes de la mitad de la maxila, es necesario el bloqueo del nervio palatino anterior, así como del nasopalatino.

ANESTESIA REGIONAL DEL NERVIO NASOPALATINO

La anestesia regional del nervio nasopalatino anestesiará los tejidos palatinos de los seis dientes anteriores. Si se hace entrar la aguja en el conducto, es posible lograr la anestesia total de los seis. Sin embargo, esta técnica es dolorosa y no debe usarse por rutina antes de empezar procedimientos operatorios. Si el paciente siente una anestesia incompleta después de la inyección supraperióstica, puede ser necesario recurrir a la anestesia del nasopalatino. La vía de inserción de la aguja corre a lo largo de la papila incisiva, justo por detrás de los incisivos centrales.

Se dirige la aguja hacia arriba, dentro del conducto palatino anterior. Cuando hace falta anestesia del canino, puede ser necesario inyectar una pequeña cantidad de solución anestésica por lingual para anestesiar las ramas superpuestas del nervio palatino anterior.

La inyección palatina anterior anestesiará el mucoperiostio palatino desde la tuberosidad hasta la región del canino y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado. Esta inyección se emplea en conjunción con la regional del dentario superior medio o posterior, antes de un procedimiento quirúrgico. La inervación de los tejidos blandos de los dos tercios posteriores del paladar está dado por los nervios palatinos anterior y medio.

En el niño con solo la dentición temporal, la inyección debe ser unos 10 mm posterior a la cara distal del segundomolar temporal. No es necesario penetrar en el agujero palatino posterior. Se inyectarán unas pocas gotas donde el nervio emerge del foramen.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

Hay que advertir a los padres de los niños que recibieron un anestésico local que el tejido blando de la zona puede carecer de sensibilidad por una hora o más. El niño deberá ser observado atentamente para que no se muerda los

tejidos inadvertida o intencionalmente. Los niños que fueron anestesiados en su nervio dentario inferior pueden morde-erse los labios, la lengua o la cara interna de los carrillos. Con no poca frecuencia un padre llamará al odontólogo una hora o dos después de la sesión para decirle que observó una lesión de la mucosa bucal y dudará si el accidente no se produjo durante el trabajo. Con toda probabilidad el niño se mordió la zona y el cuadro resultante a las 24 horas será una zona úlcerada, denominada a menudo "úlceratramatótica". Se indicarán colutorios con solución fisiológica para mantener limpia la zona.

Aunque la dosis que generalmente usa el cirujano dentista para los procedimientos de rutina es muy pequeña (20-30 mg.), la región gingivodental es ricamente vascularizada, puede haber una absorción rápida de la droga y dar manifestaciones de toxicidad sobre el sistema nervioso central tales como: escalofrío, temblores, visión borrosa, etc. Otras veces más raras aún, se presentan reacciones por sensibilidad inmunológica que pueden ocasionar trastornos respiratorios, tales como espasmo bronquial, disnea y estado asmático. Estos estados se acompañan de alteraciones cutáneas o de las mucosas, tales como urticaria, eritema y edema engioneurótico, así como de estado de shock anafilactoides.

El tratamiento adecuado en los tipos de accidentes que hemos citado se reduce a mantener las funciones vitales respiratorias y cardiovasculares.

PREMEDICACION

La premedicación a menudo es útil para los procedimientos operatorios y quirúrgicos prolongados y para los niños temerosos, nerviosos y aprensivos. Con limitaciones, la premedicación puede estar indicada para el niño temeroso y desafiante. Sin embargo, hay que recordar que la premedicación no enfoca técnicamente el problema de educar al niño desafiante para que acepte la situación odontológica que --

deberá encarar varias veces al año durante toda su vida. El odontólogo deberá establecer la frecuencia con que usará --- premedicación en un niño, con plena conciencia de que con -- ella no resolverá todos los problemas. La dosis de medica--- mento debe estar basada sobre factores de la edad y el peso. Por lo tanto, se deben considerar los siguientes puntos para determinar la dosis de un medicamento empleado como premedi--- cación en el niño.

1.- Edad del niño; en general, el niño menor requiere me--- nos medicación.

2.- Peso del niño; cuanto más pesado, naturalmente necesi--- tará más medicación.

3.- Actitud mental del niño; un niño nervioso, excitable--- y desafiante suele requerir una dosis mayor del medicamento.

4.- Actividad física del niño; un niño hiperactivo y de - pronta respuesta es candidato para aumentarle la dosis.

5.- Contenido estomacal; si se prevee la necesidad de --- medicación, el niño deberá ingerir una comida liviana o se - le dará la premedicación con el estomago vacío.

6.- Momento del día; en general, es necesario dar una --- dosis mayor para el niño en las horas de la mañana que en -- las vespertinas o en cualquier momento que sea considerado - de descanso para el niño.

BARBITURICOS

El secobarbital (Seconal) y el pentobarbital (Nembutal) -- son medicamentos que han sido muy usados en el pasado con -- grados variables de éxito. Ambos medicamentos son depresores del sistema nervioso central y la experiencia ha demostrado que hay una probabilidad de que estimulen reacciones impre--- decibles. El período de excitación inducida o de depresión - profunda es observado con frecuencia con el uso de barbitú--- ricos de acción corta. Es muy difícil determinar la dosis --- correcta de un barbitúrico para un determinado niño con el - fin de proporcionarle un grado predecible de sedación, y --- por tal razón muchos odontólogos abandonaron el uso rutina---

rio de los barbitúricos para premedicación del tratamiento odontológico.

MEPERIDINA (DEMEROL), clorhidrato de

La meperidina es un analgésico preparatorio, espasmolítico y sedante. También tiene un ligero efecto anestésico local. Se absorbe con rapidéz cuando es administrado por vía muscular o bucal: por la primera hace efecto en unos 15 minutos; pero la tableta puede demorar hasta unos cuarenta minutos para ser eficaz. Hay relativamente pocas contraindicaciones para el uso de la meperidina, como en los pacientes con lesión hepática. Una desventaja es que crea hábito. El paciente puede crear una dependencia psíquica de la droga. Se considera que la dosis está alrededor de 1mg por libra de peso corporal. No obstante no es aconsejable usar más de 100mg. La meperidina puede ser considerada el medicamento de elección para el paciente tenso pero que coopera, para el demostrativamente aprensivo, para el miedoso, para el que tiene una cardiopatía congénita en la cual es conveniente aliviar la angustia, y para los niños físicamente y mentalmente disminuidos.

Los efectos secundarios de la meperidina pueden incluir escozor de la piel y náuseas.

La vía más eficaz es la inyección en el músculo deltoides. Para el caso ocasional de una depresión respiratoria que podría producirse por el empleo de la meperidina, el dentista deberá tener a su alcance clorhidrato de nalorfina (Nalline), que también es un narcótico y administrará 5 a 40mg por vi/m.

Medicamentos atarácicos

Los medicamentos atarácicos han demostrado ser muy eficaces en la reducción de la ansiedad y la tensión, sin poner al paciente en estado de sedación o hipnótico. Se desconoce el modo exacto de acción de los medicamentos atarácicos, pero es probable que actúen directamente sobre el sistema nervioso autónomo por alteración del equi-

librio de los mecanismos simpático y parasimpático. Aunque están indicados para el paciente nervioso y aprensivo en cambio no son recomendables para el niño problema y realmente desafiante.

El clorhidrato de hidroxizina (Atarax) es un medicamento que producirá un efecto calmante en un tiempo apreciablemente breve, sin depresión aparente de las funciones normales del sistema nervioso. La duración de la acción de este medicamento es de una a dos horas. La hidroxizina se presenta en forma de tabletas, tabletas anaranjadas de 10mg, tabletas verdes de 25mg, tabletas amarillas de 50mg tabletas rojas de 100mg, jarabe (una cucharadita de té), 10mg; y como solución parenteral, disponible en ampollas de 25mg/ml y 50mg/ml. La hidroxizina es un medicamento seguro, sin ningún otro efecto secundario aparente que una ligera modorra, aún con las dosis mayores. La dosis recomendada es de 0 a 70mg, lo cual depende de los factores antes discutidos.

Muchos dentistas encontraron eficaz la indicación de atarácicos la noche anterior a la cita y repetir la dosis 30 a 45 minutos antes de la sesión. Se informó que la hidroxizina era un auxiliar eficaz en el manejo del niño, dentro de una variedad de conducta que va desde la aprensión leve pasando por el temor y la angustia hasta los problemas graves.

El clorhidrato de prometazina (Fenergan), una de los antihistamínicos más potentes, actúa como potenciador de los atarácicos o la meperidina. La dosis recomendada para la prometazina cuando se emplea sola es de 12.5 a 25mg. No obstante el odontólogo debe tener conciencia de que el niño suele estar bastante amodorrado con el empleo de este medicamento. La prometazina se administra en ampollas de 25mg/ml. También existe un jarabe con dosis de 6.25mg por ml.

TRATAMIENTO DE NIÑOS CON ANESTESIA GENERAL

Antes de tomar la decisión de hospitalizar a un niño y realizar el trabajo bajo anestesia general, se debe hacer por lo menos un intento de realizar el trabajo en el consultorio dental. Esto es válido hasta para los niños disminuidos que a primera vista pueden parecer totalmente incapaces de cooperar. Como ayuda para ir ganando la cooperación del niño y su manejo exitoso, cuando es un verdadero niño problema, se debe intentar la restricción de los movimientos voluntarios e involuntarios por medio del personal auxiliar y los padres.

INDICACIONES PARA LA ANESTESIA GENERAL

La utilización de un anestésico general como auxiliar de una atención odontológica se aconseja para los siguientes grupos de niños.

1.- Niños con retraso mental.

2.- Niños en los cuales no se puede lograr un control adecuado de la conducta por los procedimientos habituales, complementados por premedicación, anestésicos locales y un grado aceptable de restricción.

3.- Pacientes con alergia conocida a los anestésicos locales.

4.- Pacientes hemofílicos, en quienes el uso de un anestésico puede provocar hemorragia interna.

5.- Niños con movimientos involuntarios.

6.- Niños con trastornos generales y anomalías congénitas que imponen el uso de un anestésico general.

ASPECTOS INDESEABLES DEL ANESTÉSICO GENERAL

No ha de tomarse a la ligera la admisión de un niño en un hospital para atención odontológica de carácter selectivo. La hospitalización puede ser una experiencia traumática psicológicamente, al activar los temores infantiles de abandono o mutilación.

Antes que un paciente sea sometido a un anestésico general, hay que considerar los siguientes cinco puntos.

1.- El paciente. ¿ Hay una disminución o un problema --

psicológico o de conducta de magnitud tal que impida al niño cooperar en el consultorio dental.

2.-El procedimiento. ¿El trabajo por realizar es de magnitud tal como para que el niño no pueda o no quiera cooperar?

3.-El lugar. ¿Si se ha elegido la anestesia general, se cuenta con un equipo satisfactorio? ¿existen medicamentos para emergencias, medios de resurrección y comodidades adecuadas para la recuperación postanestésica?

4.-El personal. ¿Está el anestesista experimentado en el tratamiento de niños y familiarizado con las peculiaridades pediátricas?

5.-La preparación. ¿Ha sido el niño emocionalmente preparado por los padres y por el dentista para la anestesia general? ¿han sido completadas una historia clínica una revisión física y unos estudios de laboratorio adecuados?

Durante el transcurso de la anestesia general deberán realizarse toda clase de trabajos requeridos, tales como, eliminación de carios, extracciones, aplicaciones de flúor etc. Los procedimientos quirúrgicos que sean necesarios deberán ser postergados hasta lo último y se ha de interrumpir la hemorragia antes de suprimir la administración del anestésico.

CAPITULO V

EXTRACCIONES

INDICACIONES PARA EXTRACCIONES DE PIEZAS PRIMARIAS.-- Al considerar si se deben extraer piezas primarias, deberá -- siempre tenerse en cuenta que la edad, por si sola, no es determinante para decidir si hay que extraer una pieza --- primaria. Por ejemplo, un segundo molar primario no deberá extraerse solo porque el niño tenga 11 ó 12 años, a menos que se presente una indicación especial. En algunos pacientes, los segundos premolares están listos para brotar a -- los 8 ó 9 años, mientras que en otros casos las mismas --- piezas no muestran suficiente desarrollo radicular a la -- edad de 12 años. Una pieza dental primaria que esté firmemente intacta en el arco nunca deberá ser extraída, a menos -- que se haya realizado una evaluación completa clínica y -- radiográfica de la boca completa, especialmente del área -- particular.

Para poder determinar cuando y como deberá extraerse -- una pieza, deberán tomarse en cuenta todos los siguientes factores: oclusión, desarrollo del arco, tamaño de las piezas, cantidad de raíz, resorción de las piezas primarias -- afectadas, estado de desarrollo del sucesor permanente --- subyacente, presencia ó ausencia de infección, todo ésto -- será mientras no sea un caso de emergencia.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, las -- indicaciones para la extracciones de piezas primarias serían las siguientes:

1.- En casos en que las piezas estén tan destruidas a -- tal grado que sea imposible restaurarlas, por ejemplo, --- cuando la destrucción alcanza la bifurcación ó cuando no -- se puede establecer un margen gingival duro y seguro.

2.- Cuando se ha producido infección del área periapical ó interradicular y no se puede eliminar por otros medios.

3.- En casos de absceso dentoalveolar agudo con pre---

sencia de celulitis.

4.- Cuando las piezas están interfiriendo en la erupción normal de las piezas permanentes sucedáneas.

5.- En casos de piezas sumergidas.

CONTRAINDICACIONES

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

1.- La estomatitis infecciosa aguda, la infección de Vincent aguda o la estomatitis herpética y lesiones similares deberán ser eliminadas antes de considerar cualquier extracción. Las excepciones a esto son afecciones como los abscesos dentoalveolares agudos con celulitis, que exigen extracción inmediata.

2.- Las discracias sanguíneas vuelven al paciente propenso al paciente a infección post-operatoria y a hemorragia. Deberán realizarse extracciones solo después de consultar minuciosamente con un hematólogo y de preparar adecuadamente al paciente.

3.- Las cardiopatías reumáticas agudas o crónicas y las enfermedades renales requieren protección antibiótica adecuada.

4.- Las hipercementosis agudas, los abscesos dentoalveolares y la celulitis deberán tratarse de la manera que explicaremos más adelante, y en los casos indicados se administrará medicación antibiótica pre y post-operatoria.

5.- Las infecciones sistémicas agudas contraindican las extracciones electivas para niños, a causa de la menor resistencia del cuerpo y de la posibilidad de infección secundaria.

6.- Los tumores malignos, cuando se sospecha su presencia, son una contraindicación de las extracciones. El traumatismo de la extracción tiende a favorecer la velo-

cidad de crecimiento y extensión de los tumores. Por otro lado, se indican claramente las extracciones si las mandíbulas o tejidos vecinos 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.

7.- Las piezas que han permanecido en una formación ósea irradiada deberán extraerse solo como último recurso y después de haber explicado detalladamente las consecuencias a los padres. En la mayoría de los casos, a las extracciones, les sigue una infección del hueso debido a la avascularidad que presentan después de la radiación, esto se presenta incluso después de terapéuticas antibióticas. La infección va seguida de osteomielitis de progreso lento, que es muy dolorosa e imposible de controlar, excepto por amplias resecciones de la totalidad del hueso irradiado. Por lo tanto, es muy peligroso extraer piezas después de exposición a la radiación.

8.- La diabetes sacarina (mellitus) plantea una contraindicación relativa. Es aconsejable consultar al médico para asegurarse de que el niño está bajo control médico. En los casos de diabetes controlados no se observan más cuadros de infección que en niños normales, por lo cual los antibióticos no son un prerrequisito para realizar una extracción. Es importante que el niño diabético prosiga con su dieta en igual composición cuantitativa y cualitativa después de la operación. Cambios en este aspecto pueden alterar el metabolismo de grasa y azúcar del niño.

TECNICA DE EXTRACCION PARA PIEZAS PRIMARIAS

En todas las extracciones de piezas primarias, deberemos tener en cuenta que la corona de la pieza permanentemente está en relación cercana a las raíces de la pieza primaria. Las raíces extendidas de los molares primarios rodean a las coronas de las piezas permanentes, y podemos,-

(desalojar) desalojar la pieza en formación si no tenemos gran cuidado durante la extracción, la pieza permanente -- ofrecerá poca resistencia debido a la falta de formación de las raíces. Cuando durante la extracción se llega a -- fracturar una de las raíces de la pieza, a veces, será -- aconsejable elevar un colgajo mucoperióstico y eliminar -- hueso para acercarnos a este tipo de raíz fracturada. Muchas de las puntas radicales fracturadas se reabsorve-- rán, ó con mayor frecuencia, llegarán a la superficie y -- se desalojarán al erupcionar la pieza permanente. En al-- gunos casos, una puna radicular puede actuar como cuña -- y evitar la erupción del sucesor permanente, por lo cual-- requeriría extracción quirúrgica.

Cuando se llegue a desplazar un gérmen de pieza perma-- nente durante una extracción, deberá ser empujado inmedia-- tamente y con mucho cuidado hasta llegar a su posición -- original, y deberá cerrarse el alveolo con uno o dos pun-- tos de sutura, algunos prefieren hacerlo con Gelfoam.

Si por error se extrajera un gémén permanente, deberá-- ser reinsertado inmediatamente sin tocar el folículo den-- tal o las papilas dentinales.

Los fórceps usados en la extracción de piezas primarias son los mismos que los usados para adultos, algunos pro-- fesionistas prefieren fórceps infantiles especiales por-- que pueden esconderse en las palmas de las manos, consi-- dero que esto no es necesario, ya que una explicación --- deberá preceder a la extracción, además, los fórceps con-- mangos mayores pueden controlarse mejor.

La extracción de piezas primarias anteriores es sencilla, generalmente requiere una rotación constante en una-- dirección, lo cual desaloja la pieza de su ligadura. Esto puede llevarse a cabo en la maxila con fórceps de bayoneta o núm. 150 y en la mandíbula con un fórceps núm. 151.

Se utilizan los mismos instrumentos para las piezas -- posteriores. En ciertos casos, los fórceps de tipo inglés

con picos muy estrechos son adecuados para los molares inferiores, porque permiten mayor sostén de la mandíbula.

Los molares primarios superiores e inferiores se extraen con un movimiento bucolingual; el movimiento hacia-lingual generalmente ofrece menos resistencia. Pueden presentarse dificultades para aplicar los fórceps, especialmente en 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 de un molar, deberá seccionarse la pieza y extraer se cuidadosamente cada raíz. Debemos tener en cuenta que la bifurcación en una pieza primaria está mucho más cercana a la corona que en las piezas permanentes, de manera, que solo tendremos que hacer un puente muy estrecho de substancia dental.

Las lesiones periapicales crónicas no deberán tratarse con raspado ya que sanan 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.

La técnica para la extracción de primeros molares inferiores o superiores no varía de la aplicación 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.

Es deber de todo buen profesionista que ha extraído piezas primarias prematuramente asegurarse de que se haya mantenido espacio para los sucesores.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Las complicaciones post-operatorias que pueden producirse después de extracciones son las mismas que en casos de adultos y se tratan de acuerdo con ello. Afortunadamen

te, 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 presencia de alguna infección poco común, como actinomicosis ó complicación de trastorno sistemático (anemia, trastorno nutricional, etc.)

Puede producirse aspiración ó deglución de piezas o raíces, especialmente bajo anestesia general, cuando la boca se mantiene abierta por la fuerza. Este mismo tipo de accidentes se puede producir bajo anestesia local. En extracciones explosivas y forzadas, la pieza se puede ver súbitamente liberada del hueso y debido a su forma y a la acción de cuña ejercida por el fórceps puede escaparse de los picos de este y ser aspirada o tragada. Este accidente puede evitarse a menudo por la presión controlada en los mangos de los fórceps. Si durante ó después de la operación no se encuentra una pieza ó parte de ella, deberán realizarse inmediatamente exámenes radiográficos de la caja torácica y del abdomen. La ausencia de tos no indica que la pieza no haya sido aspirada. Una pieza ó parte de ella alojada en el árbol bronquial deberá ser extraída cuanto antes por broncoscopia, para evitar graves complicaciones. Si la pieza y otro cuerpo extraño está alojado en el canal alimentario, deberá asegurarse su eliminación, examinando las heces en busca de la pieza.

CAPITULO VI

OPERATORIA DENTAL PARA NIÑOS

La meta principal del odontopediatra es el de preservar la integridad de las piezas primarias, para que se mantenga el orden y exista una exfoliación natural. Siendo así, el dentista obtiene la satisfacción de saber que ha utilizado todos sus conocimientos para preparar el camino para la erupción de piezas permanentes sanas. Cuando se pierde prematuramente cualquiera de estas piezas primarias, existe la posibilidad de dañar de manera trascendente y duradera la dentición permanente.

Aunque, en cierto grado, la dentición primaria funciona y se asemeja a la adulta, a causa de la inmadurez del niño, diferencias en la anatomía dental y el momento de exfoliación, el enfoque de varios procedimientos de operatoria para niños puede diferir claramente de procedimientos similares en adultos. Al restaurar estas piezas, el dentista se ve forzado a tomar decisiones que son importantes para los niños que esta tratando.

EDADES OPTIMAS PARA TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS.- Aunque muchos dentistas sugieren que los niños sean observados para exámenes ordinarios a edades tan tempranas como los 18 meses, generalmente es a los dos o tres años cuando se iniciarán los cuidados de restauración. Los niños que han sido alimentados con biberones endulzados hasta los dos años pueden necesitar estos servicios más tempranamente. Realmente, cada niño debería pasar un examen dental a la edad de tres años, se ha observado que los niños que se examinan más tempranamente son generalmente mejores pacientes, y que los cuidados restaurativos que se les administraron serán más importantes en la preservación de la función total de las piezas caducas.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS PARA PIEZAS PRIMARIAS.- La mayoría de los odontopediatras con amplia experiencia ---

coinciden en afirmar que la clave de una operatoria dental acertada en el consultorio es hacer cualquier procedimiento más agradable y menos doloroso aún cuando se tenga que usar un anestésico local, premedicaciones ligeras o ambos.

Se está administrando cada vez más el óxido nitroso como medida analgésica, primero para disminuir la ansiedad y molestias asociadas con las inyecciones.

Las inyecciones realizadas con cuidado, precedidas de aplicaciones de anestésicos tópicos en forma de pasta en el lugar de la inyección pueden ayudar mucho a desvanecer los temores del niño y mejorar así la calidad de la operatoria dental. La infiltración de un anestésico local de corta acción, bucal o labial a las piezas maxilares y un bloqueo alveolar para los mandibulares puede usarse con éxito significativo en niños de todas las edades incluso en muy jóvenes.

En niños con graves problemas físicos, psicológicos o de quienes es difícil obtener cooperación, pueden usarse premedicaciones moderadas o fuertes con elixir de cloralhidrato, Seconal, Nembutal solo o en combinación con varios tipos de drogas tranquilizantes. En jóvenes adolescentes que pueden padecer altos niveles de ansiedad cuando se someten a trabajos dentales, puede ayudárseles a desvanecer traumas psíquicos si se les administra presentación controlada durante cierto tiempo.

En varios consultorios habrá ciertos niños en quienes no se podrá trabajar en condiciones normales. Deberá administrarse anestesia general a los niños impedidos que son psiquicamente inestables. En estos procedimientos deberá llevarse a cabo la restauración completa de la boca en una sesión operatoria única.

USO DEL DIQUE DE HULE.- El uso del dique de hule es una de las técnicas más valiosas que puede desarrollar el

dentista para lograr excelentes cuidados de restauración en los niños. Según experiencia del autor los niños parecen aceptar el dique de hule como una mejilla artificial, cálida, deslizante e insípida, que está presionando de manera suave y natural su lengua hacia una posición que no es la suya de reposo. Usando el dique se pueden evitar los empujes involuntarios de la lengua hacia las piezas aisladas, lo que ocurre a menudo cuando se usan rollos de algodón.

USO DE ROLLOS DE ALGODÓN.- A pesar de que en la operatoria la mayoría de las situaciones se prestan para el uso del dique de hule, el operador puede preferir los rollos de algodón. Estos pueden ser mantenidos en su lugar óptimamente usando soportes para rollos de algodón.

El niño tolerará mejor los rollos si se pulveriza un poco de enjuague bucal de sabor mentolado o algún otro sabor. Para bloquear totalmente el flujo salival de la parótida, deberá colocarse un rollo de algodón en la reflexión bucal opuesta al primer molar superior permanente en cualquier arco que se esté operando. Para los niños es difícil tolerar un eyector de saliva ya que tienen el piso de boca muy poco profundo.

RESTAURACION DE URGENCIA EN PIEZAS CARIADAS.- Ciertamente las restauraciones de amalgama llevadas a cabo en piezas primarias no son consideradas como temporales. El cuidado con que se realicen deberá ser el mismo que en piezas permanentes. Sin embargo habrá niños que sufran destrucción rampante y lleguen al consultorio con gran necesidad de tratamiento. En estos casos se iniciará inmediatamente tratamiento de naturaleza temporal para prevenir el curso de fuerzas cariogénicas y la posibilidad de dolores dentales o abscesos que podrían ocurrir durante el periodo de espera antes de que puedan concertarse visitas ordinarias. Después de obtenerse las radiografías -

generalmente en una hora puede hacerse excavación masiva - de las áreas cariadas. Usualmente se realiza esto con el niño en estado de premedicación y con un anestésico local de corto efecto. Puede colocarse una base de hidróxido de calcio en cada área en la que exista caries profunda, también puede hacerse una mezcla de cemento de fosfato de zinc y hacerse fluir dentro de cada área de cavidad. Se puede añadir una gota de eugenol al cemento líquido para efecto anodino.

DIAGNOSTICO Y ELECCION DEL TRATAMIENTO.- La decisión de restaurar piezas primarias debe hacerse en varias cosas, además del hecho de ser afectadas por caries. Algunos factores que deben tomarse en cuenta son:

- 1.- Edad del niño.
- 2.- Grado de afección de la caries.
- 3.- Estado de la pieza y del hueso de sostén observado en la placa.
- 4.- Momento de exfoliación normal.
- 5.- Efectos de la extracción o retención en la salud del niño.
- 6.- Consideración de espacio en el arco.

DETECCION DE CARIES.- Existen ciertas diferencias anatómicas en piezas primarias, tales como cámaras pulpares extremadamente grandes, cuernos pulpares prominentes, y su proximidad a las superficies externas de la pieza, que hacen imperativo descubrir inicialmente lesiones incipientes y que se traten con prontitud. Debería ser evidente para todos los que trabajan con niños que cuanto mayor sea la cavidad, más difícil será restaurarla satisfactoriamente.

La detección de caries puede efectuarse por varios métodos, por ejemplo, con un espejo y un explorador afilado se puede detectar caries en fosa y fisura, y también caries cervicales. Si se quieren descubrir caries interproxi

males, son esenciales las radiografías especialmente entre los contactos amplios de molares primarios . Es muy útil también limpiar y secar las piezas antes de realizar el exámen para poder detectar mejor las piezas afectadas. Cualquier fosa o surco que parezca dudoso deberá ser restaurado especialmente si la historia de actividad cario--góniva del niño demuestra que es un área de peligro potencial a la salud de la pieza.

PREPARACION DE CAVIDADES.- La clasificación de las cavidades de Black para adultos puede modificarse un poco y aplicarse a piezas primarias.

Estas modificaciones pueden describirse como siguen:

PREPARACION DE CAVIDADES DE PRIMERA CLASE.- En las --- fosas y fisuras de las superficies oclusales de las piezas molares y las fosas bucales y linguales de todas las piezas.

PREPARACION DE CAVIDADES DE SEGUNDA CLASE.- Todas las superficies proximales de piezas molares con acceso establecido desde la superficie oclusal.

PREPARACION DE CAVIDADES DE TERCERA CLASE.- Todas las superficies proximales de piezas anteriores que puedan -- afectar o no a extensiones labiales o linguales.

PREPARACION DE CAVIDADES DE CUARTA CLASE.- Preparaciones del proximal de una pieza anterior que afecta a la -- restauración de un ángulo incisal.

PREPARACION DE CAVIDADES DE QUINTA CLASE.- En el ter--cio cervical de todas las piezas, incluyendo la superfi--cie proximal en donde el borde marginal no está incluido--en la preparación de la cavidad (obturación de punto).

Deberán seguirse las mismas etapas predeterminadas en la preparación de las cavidades en las piezas primarias -- que en las de los adultos. Estas etapas son: 1) obtener -- forma de delineado, 2) obtener formas de resistencia y -- retención 3) obtener formas de conveniencia, 4) eliminar--

la caries restante, 5) terminar la pared de esmalte, y --
6) limpiar la cavidad. Al realizar estas etapas, los prin-
cipios de ingeniería y diseño proporcionarán máximo de --
retención y mayor resistencia a las tensiones a que se --
somete la restauración durante la masticación, y evitarán
también la posibilidad de caries secundaria.

La mayoría de las modificaciones de las cavidades para
niños tienen relación directa con la diferente anatomía -
entre los molares primarios y los permanentes. Algunas de
estas diferencias son: cubiertas muy delgadas de esmalte,
contactos proximales amplios en los molares, cámaras pul-
pares agrandadas, tabla oclusal estrechada y protuberan--
cia cervical más pronunciada, junto con una constricción--
pronunciada en el cuello de la pieza.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE PREFORMADAS.- Deberá bas--
tar que digamos que aunque ninguna satisface todos los --
criterios de una corona perfecta hecha a la medida.

Se ahorra tiempo comprando una corona ya festoneada en
gingival y que, por su anatomía, requiere menos reducción
de la pieza.

Estas coronas están siendo objeto de interés cada vez--
mayor para usarlas en piezas primarias muy fracturadas y--
por eso han sido aceptados muy bien por los odontopedia--
tras.

PREPARACION DE PIEZAS PARA RECIBIR CORONAS DE ACERO.--
Cuando se trate de decidir entre una corona o una restau-
ración de aleación, el siguiente criterio puede propor---
cionar algunas guías verdaderamente importantes. Se aconse-
ja el uso de coronas cuando:

- 1.- La pieza tiene caries extensa que afecta a tres o
más superficies.
- 2.- Un molar primario ha sufrido tratamiento pulpar.
- 3.- Un niño paciente tiene caries rampante.
- 4.- Están presentes piezas malformadas tales como esmal

te hipoplásico.

5.- Un factor principal es la higiene oral de un niño - con graves problemas físicos.

Puede prepararse un molar primario muy fracturado para recibir una corona de acero de la siguiente manera: se --- eliminan las áreas destruidas con una fresa redonda a alta velocidad, se coloca una sub-base de hidróxido de calcio - y se restaura la pieza completa a un contorno parecido al original obturandola con cemento de fosfato de zinc, des--- pués de que el cemento ha endurecido, se usa una fresa del gada para limpiar las áreas de contacto interproximal. Se--- debe dejar suficiente espacio para la libertad de la corona. La reducción oclusal se realiza angulando la fresa por los lados oclusales, reduciendo la anatomía, pero retenien--- do su forma original. Antes de cerentar la corona, si fue--- necesario festonearla se deberán pulir los bordes raspados hecho esto, se seca y se limpia la pieza, luego se aplica--- una capa bastante gruesa de cemento al interior de la co--- rona y a la pieza, en este orden. La corona se asienta --- firmemente con los dedos y entonces se le pide al paciente que muerda. La oclusión se comprueba inmediatamente cuando la corona está en su lugar.

CAPITULO VII

MANTENEDORES DE ESPACIO

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO.- Los mantenedores de espacio pueden clasificarse de la siguiente manera:

- 1.- Fijos, semifijos o removibles.
- 2.- Con bandas o sin ellas.
- 3.- Funcionales o no funcionales.
- 4.- Activos o pasivos.
- 5.- Ciertas combinaciones de las clasificaciones arriba mencionadas.

INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO

Si la falta de un mantenedor de espacio llevara a una maloclusión, a hábitos nocivos o a traumatismo, entonces se aconseja el uso de este aparato. En general, colocar mantenedores de espacio hará menos daño que no hacerlo.

1.- Cuando hay pérdida temprana del segundo molar primario, se aconseja el uso de un mantenedor de espacio.

Antes de aplicar el mantenedor, deberá verificarse el diagnóstico de pérdida temprana mediante la radiografía.

2.- Las estadísticas indican que se producen cierres de espacio después de pérdida temprana de primeros molares primarios y que estos son de menor grado y frecuencia que cuando se pierde el segundo molar primario temporalmente.

3.- En casos de ausencia congénitas de segundos premolares, es probablemente dejar emigrar el molar permanente por sí solo lo mejor que se pueda hacer. Algunos premolares pueden no aparecer radiográficamente hasta los seis o los siete años de edad.

4.- Los incisivos laterales superiores faltan muy a menudo por causas congénitas. Los caninos desviados mesialmente, casi siempre pueden tratarse para substituir a los laterales, siendo estos de mejor aspecto estético que los puentes fijos en espacios mantenidos abiertos. Lo mejor es dejar que el espacio se cierre.

6.- Muchos pacientes están aún en la niñez cuando pierden uno ó más de sus molares permanentes. Si la pérdida --- ocurre varios años antes del momento en que hace erupción --- el segundo molar permanente, este último puede emigrar --- hacia adelante y brotar en oclusión normal, tomando el --- lugar del primer molar permanente.

7.- Si el segundo molar primario se pierde poco tiempo --- antes de la erupción del primer molar permanente, una pro- --- tuberancia en la cresta del borde alveolar indicará el lu- --- gar de erupción del primer molar permanente.

8.- En la mayoría de las situaciones que acabamos de --- mencionar, en las cuales se aconseja mantenimiento de es- --- pacio, se usarían mantenedores de espacio pasivos.

Cuando en el exámen manual y radiográfico se encuentra --- que no hay lugar suficiente para el segundo premolar infe- --- rior, pero sí existe espacio entre el primer premolar y el --- canino, y el primer premolar está incliniéndose distalmente --- y está en relación de extremidad a extremidad con el pri- --- mer molar superior, en este caso si sería de gran utilidad --- un mantenedor de espacio. Este abrirá un espacio para el --- segundo premolar, y restaurará el primer molar a oclusión- --- normal.

ELECCION DEL MANTENEDOR DE ESPACIO

El uso de resinas autocurables convierte a la técnica --- de mantenedores en un procedimiento de consultorio fácil y --- rápido, también se incluyen en estos el uso de bandas. La --- pérdida de un segundo molar primario, generalmente puede --- remediarse con la inserción de un mantenedor de espacio de --- acrílico e hilo metálico. Este puede substituir la pérdida --- en uno o ambos lados. Puede hacerse con o sin arco lingual --- pero se aconsejan descansos oclusales en los molares se --- están presentes, particularmente en el arco inferior de un --- caso unilateral.

Las ventajas de un mantenedor removible son:

- 1.- Fácil de limpiar.
- 2.- Permite la limpieza de las piezas.
- 3.- Mantiene o restaura la dimensión vertical.
- 4.- Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.
- 5.- Puede ser construido en forma estética.
- 6.- Facilita la masticación y el habla.
- 7.- Ayuda a mantener la lengua en sus límites.
- 8.- Estimula la erupción de las piezas permanentes.
- 9.- Se efectúan fácilmente las revisiones en busca de caries.

10.- Puede hacerse lugar para la erupción de nuevas piezas sin necesidad de construir un nuevo aparato.

Las desventajas son:

- 1.- Puede perderse.
- 2.- El paciente puede decidir no usarlo.
- 3.- Puede romperse.
- 4.- Puede restringir el crecimiento lateral de la mandíbula si se incorporan grapas.
- 5.- Puede irritar los tejidos blandos.

MANTENEDORES DE ESPACIO SIN BANDAS

La construcción de mantenedores de espacio funcionales, pasivos y removibles deberá mantenerse lo más sencillo posible. Ahorra tiempo y su costo considerablemente menor -- pone todos los beneficios del servicio al alcance de un mayor número de personas.

MANTENEDORES DE ESPACIO CON BANDAS

Tomando en consideración las ventajas de mantenedores de espacio removibles de acrílico, existen excelentes razones para usar bandas.

Una de estas razones es la falta de cooperación del paciente desde el punto de vista de pérdida, fractura o no llevar el aparato.

Otro uso de las bandas está en la pérdida unilateral --

de molares primarios. Aquí, ambas piezas a los lados pueden bandearse y soldarse una barra entre ambas, o puede usarse una combinación de banda y rizo.

A veces se produce artificialmente la pérdida de caninos primarios para dejar los incisivos lateral y central rotar y moverse hacia adelante en su posición adecuada. Si esto se realiza tempranamente, hay el peligro de que se bloquee el espacio de los caninos permanentes y los premolares. Aquí se aconseja un mantenedor fijo bandeado, no funcional y pasivo. El uso de tubos linguales verticales y postes soldados al arco lingual lo convertirían en un mantenedor semifijo.

Muy frecuentemente, la cantidad de espacio para acomodar los incisivos inferiores es muy pequeña. En ese caso se logra espacio adicional rebajando con un disco las superficies mesiales.

MORDIDAS CRUZADAS

En casi todos los casos de mordidas cruzadas no corregidas en la dentadura primaria o mixta dan por resultado mordidas cruzadas en la dentadura permanente.

En los casos en que se corrige a tiempo, los molares y premolares harán erupción en sus relaciones normales. Existen dos clases de mordidas cruzadas que son: anteriores y posteriores.

EXCESO DE ESPACIO EN INCISIVOS MAXILARES

La presencia de exceso de espacio en incisivos superiores en no protusión presenta ciertos problemas. Algunas autoridades consideran que el frenillo es el culpable y aconsejan su excisión. Solo cuando realmente se considere indispensable se tratará de atraer entre sí a los incisivos.

CONCLUSIONES

Por lo anteriormente expuesto, se resume la importancia de conocer clínicamente las estructuras y piezas dentarias para poder diferenciar cuando éstas se nos presentan en estado patológico y así poder operar sobre ellas con éxito para beneficio de la comunidad infantil.

El exámen bucal minucioso, el diagnóstico eficaz y el tratamiento correcto, apoyados en medidas preventivas, nos permitirán alcanzar los objetivos deseados en el tratamiento de nuestros pequeños pacientes.

En muchas ocasiones llegarán al consultorio niños y adolescentes que en su momento no recibieron la atención adecuada, por lo cual presentarán caries profundas y destrucción seria de las estructuras dentales, entonces debemos procurar por todos los medios a nuestro alcance conservar la vitalidad de las piezas hasta donde sea posible.

Desde la primera cita y teniendo en consideración el diagnóstico y tratamiento, debe explicarse al acompañante y al paciente mismo, la necesidad e importancia que tiene su colaboración para el éxito de los procedimientos que se realizarán.

BIBLIOGRAFIAS

- 1.- Thomas K. Barber y Larry S. Luke, Odontología Pediátrica, Editorial El Manual Moderno.
- 2.- Ralph E. Mc Donald, Odontología Para El Niño y El Adolescente, Editorial Mundi.
- 3.- David B. Law, Thompson M. Lewis, John M. Davis, un Atlas De Odontopediatria, Editorial Mundi.
- 4.- Samuel Leyt, Odontología Pediátrica, Editorial Mundi.
- 5.- M. Michael Cohen, Odontología Pediátrica, Editorial Mundi.
- 6.- Sidney B. Finn, Odontopediatria Clínica, Editorial Bibliográfica Argentina.
- 7.- Alvin L. Morris, Harry M. Bohannon, Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General Editorial Labor.