

14
860



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

Corrección de Malos Hábitos Bucodentales

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N**

Patricia Rodríguez Pedraza
Jorge Arturo Zárate López



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	i
CAPITULO I:	
ERUPCION DENTARIA	1
CAPITULO II:	
CARIES DENTAL	25
CAPITULO III:	
PSICOLOGIA INFANTIL	46
CAPITULO IV:	
HABITOS Y SUS EFECTOS SOBRE EL DESARROLLO DE LOS DIENTES	75
CAPITULO V:	
TRATAMIENTO DE PACIENTES IMPEDIDOS	101
CONCLUSIONES	116
BIBLIOGRAFIA	121

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

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

Dentro de las Leyes Naturales, está la de perpetuar la especie, para esto dos individuos de la misma especie, un hombre y una mujer, se unen para lograr este propósito.

Desde el momento de la concepción la pareja -- contrae un sinnúmero de responsabilidades para con el -- nuevo ser, las cuales comparte también la sociedad, dentro de esta última es de vital importancia mencionar el papel que juega el odontólogo en preservar la salud de -- la cavidad bucal del "niño" entidad anatómo-funcional integrada a todo su organismo, de tal manera que el cuidar de su boca es por consiguiente cuidar su salud física y mental, no inicialmente en esta época de su vida, ya que lo que se haga en este momento se proyectará en su vida futura.

El objeto de este trabajo es crear conciencia -- en los padres de familia, en los maestros, en fin, en todas aquellas personas que estén en relación con el niño, para evitar la carga de aversiones con que se presentan -- éstas cuando acuden a una consulta. ya que multiplican --

la tarea del médico como por ejemplo, calmando a los niños, infundirles confianza, jugar con ellos, etc., para lo cual el siguiente trabajo expondrá en forma breve -- una recopilación de datos relacionados con las conductas a seguir para con los niños relacionadas con la metodología de la odontopediatría.

Dentro de las ciencias médicas, la odontopediatría forma uno de los pilares más fuertes, ya que si se realiza debidamente soluciona en gran parte la mayoría de los múltiples problemas que se presentan en la práctica de la odontología.

El doctor Rhobrtan define a la odontología infantil como: La ciencia de la higiene, profilaxis y todos los cuidados dentales, para conducir a los niños a la edad adulta en las mejores condiciones dentales. Más completa y satisfactoria es la de R. Pauly que dice: Es la rama de la odontología que contempla al niño en su totalidad, tanto en su aspecto físico como psicológico, enfoca los problemas presentes de su boca, los trata y toma medidas preventivas para evitarle otras similares en el futuro. Se podría integrar una definición más completa agregando a las anteriores que esta especialidad-

no solo ataca los problemas que presenta la boca del niño, sino incluso trata de preveer los futuros padecimientos de todo su organismo, incluso desde la vida intrauterina.

Finalidad.

No obstante los progresos que ha obtenido la Odontología infantil en los últimos años, se considera muy distante, todavía, ser una realidad para muchos padres de familia y para algunos odontólogos, por los muchos prejuicios existentes, aunque en la actualidad se está luchando por educar a la sociedad a través de medios publicitarios, tales como radio, televisión, prensa, folletos, etc.; implantarla no solo dentro del público sino también en nuestra profesión para lograr que la Odontología infantil sea una especialidad tangible creando institutos, clínicas, dedicadas al estudio, investigación y difusión de esta especialidad.

Como fines de la Odontología infantil, señalamos los siguientes:

- 1).- Inculcarle al niño el hábito de limpieza, que mantendrán su boca en buenas condiciones de higiene y buen estado de salud.
- 2).- La preservación de sus dientes primarios - cuya importancia se suma en tres puntos:
 - a) Proporcionar una función masticatoria - eficiente, con miras a una mejor digestión y asimilación del alimento.
 - b) Mantener el espacio apropiado para los futuros dientes, contribuyendo con - - ello a la articulación normal.
 - c) Contribuir al desarrollo físico e intelectual del niño, ya que su instrucción primaria requiere de gran esfuerzo mental, y un niño con mala masticación, así como con dientes enfermos - - que le ocasionan dolor, de ninguna manera podrá atender debidamente a sus - enseñanzas.
- 3).- Prevenir y corregir cualquier hábito o - - condición que pueda influir en una futura mal oclusión.
- 4).- Con todas las medidas preventivas al al-

cance, evitar en lo que es posible la futura aparición de caries y otras condiciones indeseables.

- 5).- Crear en el niño un sentido de cooperación y responsabilidad, con respecto al cuidado de su boca para que él mismo vea le por ella.
- 6).- Instruir a los padres para obtener su completa colaboración.

En los siguientes capítulos se mencionarán algunos de los aspectos más relevantes de esta disciplina.

CAPITULO I

ERUPCION DENTARIA

ERUPCION DENTARIA

Los dientes se desarrollan en los maxilares y premaxilares, hacen erupción hasta que la corona ha madurado por completo. Antiguamente el término de erupción era aplicado a la aparición de los dientes en la cavidad oral, hoy se sabe que los movimientos de los dientes en la cavidad oral continúan aún cuando se hayan encontrado con sus antagonistas. Los movimientos eruptivos se inician al mismo tiempo que principia la formación de la raíz dentaria y continúan durante todo el ciclo vital del diente. La salida de la corona a través de encía no es más que un incidente que ocurre durante el proceso de erupción.

La erupción va precedida de un período en el que los dientes en desarrollo y crecimiento, se mueven ajustando su posición con la del maxilar. El conocimiento de los movimientos de los dientes durante la fase preeruptiva, es indispensable con el fin de comprender mejor el proceso eruptivo.

La erupción propiamente dicha, tanto de los dientes primarios como de los permanentes, se divide en

dos fases: prefuncional y funcional. Al final de la primera fase los dientes entran en oclusión. En la fase -- funcional los dientes continúan moviéndose, manteniendo relaciones adecuadas tanto con el maxilar como entre -- sí.

En resumen, los movimientos de los dientes se estudian en las siguientes fases:

- 1).- Fase preeruptiva.
- 2).- Fase eruptiva, que a su vez comprende dos subfases:
 - a.- Prefuncional.
 - b.- Funcional.

Durante estas fases los dientes se mueven en diferentes direcciones, las cuales son:

- 1).- Axial.- Movimiento vertical, incisal y oclusal, en dirección al eje mayor del -- diente.
- 2).- De derivación.- Movimiento propulsivo en sentido distal, mesial, lingual o bucal.
- 3).- De inclinación.- Movimiento alrededor de un eje transversal.

4).- Rotatorio.- Movimiento alrededor de un -
eje longitudinal.

1).- Fase preeruptiva.

Durante esta fase el esmalte se desarrolla -- hasta que alcanza su tamaño natural, llevándose a cabo -- después la formación total de los tejidos duros de la -- corona.

El desarrollo de los dientes y el crecimiento de los maxilares son procesos simultáneos e independien -- tes.

El germen dentario mantiene sus relaciones -- con el borde alveolar en crecimiento al moverse en sen -- tido bucal y axial.

Para que los dientes en desarrollo mantengan -- su posición en relación con el maxilar en crecimiento, -- son necesarios los siguientes procesos:

- a).- El movimiento de translación de todo el -- diente.
- b).- El movimiento excéntrico de los gérmenes -- dentales.

El movimiento de translación total del diente se caracteriza por un cambio de posición de todo el germen dentario, se reconoce por aposición del tejido óseo detrás del diente en movimiento y reabsorción ósea delante del mismo.

En el movimiento excéntrico una parte del germen dentario permanece fija en tanto que el centro del mismo cambia de posición. Se caracteriza tan solo por reabsorción del hueso a nivel de la superficie, hacia la cual crece la yema dentaria. Durante la mayor parte del tiempo en que los dientes primarios se están desarrollando, tanto el maxilar superior como el inferior crecen en longitud gracias a un proceso de aposición que ocurre en la línea media y a sus extremos posteriores, de acuerdo a esto los gérmenes de los dientes primarios en crecimiento, se desplazan en sentido vestibular al mismo tiempo que los dientes anteriores se desvían mesialmente y los posteriores distalmente dentro de los arcos alveolares que se están expansionando. Estos movimientos de los gérmenes dentarios son movimientos parciales de translación, ocasionados en parte por el crecimiento excéntrico. Los gérmenes dentarios crecen en longitud más o menos a la misma velocidad --

con que crecen los maxilares en altura, de ahí que los dientes primarios mantengan su posición superficial a través de la fase preeruptiva.

Los dientes permanentes efectúan movimientos complicados antes de llegar a la posición con que hacen emergencia a la cavidad bucal. Cada incisivo y canino permanente se desarrolla primero en posición lingual en relación con el germen primario y al nivel de su superficie incisal. Cerca de la fase preeruptiva se encuentran en posición lingual en relación con la región apical de sus predecesores primarios.

Los premolares principian su desarrollo en posición lingual al nivel del plano oclusal de los molares primarios, después se colocan por debajo de las raíces de los molares primarios al nivel de la fase preeruptiva. Los cambios entre los dientes primarios y permanentes en cuanto a su relación axial se deben al movimiento oclusal de los dientes primarios y al crecimiento en altura de los maxilares. Los gérmenes de los premolares se mueven gracias al desplazamiento excéntrico-dirigido en sentido bucal, situándose entre el espacio radicular de los molares primarios.

2).- Fase eruptiva.

- a).- Subfase prefuncional.- Se inicia con la formación de la raíz y termina cuando -- los dientes han alcanzado el plano oclusal.

Al principio de esta fase la corona se encuentra recubierta por el epitelio reducido del esmalte, -- mientras la corona se mueve hacia la superficie, el tejido conjuntivo que se encuentra entre el epitelio reducido del esmalte y el epitelio oral desaparece, probablemente por acción desmolítica del epitelio dentario.- Cuando las cúspides de las coronas alcanzan a la mucosa oral, se fusionan el epitelio oral y el epitelio reducido del esmalte, en la porción central del área de fusión, el epitelio degenera y la punta de la cúspide -- emerge hacia la cavidad bucal, la emergencia gradual de la corona es llevada a cabo gracias al movimiento oclusal del diente (erupción activa), así como la separación del epitelio que recubre al esmalte (erupción pasiva).- Los molares permanentes no tienen predecesores primarios, el esmalte, sus yemas o gérmenes dentarios, se desarrollan a partir de una prolongación distal de la --

cresta dentaria. Los primeros molares permanentes se desarrollan en una posición aproximada a la que conserva al erupcionar en la cavidad oral, en cambio la corona de los segundos y terceros molares permanentes adoptan una posición diferente, presentando movimientos complicados de rotación y de derivación hasta erupcionar en la cavidad oral, composición y relaciones correctas con respecto a otros dientes.

Cuando los segundos y terceros molares permanentes comienzan a desarrollarse, los maxilares no son suficientemente grandes para acomodarles, de ahí que los molares inferiores segundo y tercero se desarrollan en base de la rama del maxilar inferior, inclinándose de tal manera que sus superficies oclusales se encuentran dirigidas en sentido mesial y hacia arriba. Habitualmente el segundo molar emerge en la cavidad oral en una posición distal correcta en relación con el primer molar. El desarrollo inadecuado del maxilar inferior y la falta de suficiente movimiento rotatorio en los estadios tempranos de la erupción, a veces, dan lugar a que la corona del tercer molar inferior se encuentre efectuando posición contra la corona del segundo molar contiguo; esto da como resultado un tercer molar inclinado.

El segundo y tercer molar superior se desarrollan a nivel de la tuberosidad del maxilar superior, -- con sus superficies oclusales dirigidas en sentido distal y hacia abajo.

El desarrollo inadecuado del maxilar superior y la falta de suficientes movimientos rotatorios en los estadios tempranos, pueden ocasionar la inclusión del tercer molar. El cambio de posición de los dientes en desarrollo en los maxilares, se encuentran en correlación con el crecimiento de los dientes, procesos alveolares y maxilares.

b).- Fase funcional.

Después que los dientes hacen erupción y se han puesto en contacto con sus antagonistas, sus movimientos no cesan por completo. Por mucho tiempo se pensó que los dientes en estado funcional ya no continuaban haciendo erupción, actualmente las observaciones -- clínicas y los hallazgos histológicos, han demostrado -- que los dientes siguen moviéndose durante todo el ciclo vital. Los movimientos se efectúan tanto en sentido -- oclusal como mesial. Durante el período de crecimiento -- el movimiento oclusal de los dientes es más o menos rá-

pido, los cuerpos de los maxilares crecen en altura casi exclusivamente al nivel de las crestas alveolares y los dientes tienen que moverse oclusalmente con la rapidez con que están creciendo los maxilares, con el objeto de mantener su posición funcional. El movimiento de erupción de esta fase se encuentra enmarcado por el crecimiento simultáneo de los maxilares.

La erupción vertical oclusal continúa favorecida por la oposición continua del cemento, equilibra los procesos de atricción y la distancia entre los maxilares durante la masticación; condición esencial para el funcionamiento normal de los músculos masticatorios.

La movilidad de los dientes individuales ocasiona una fricción a nivel de los puntos de contacto y de un desgaste que cada vez va en aumento en esta zona. El contacto íntimo de los dientes es mantenido a pesar de la pérdida de sustancia de las superficies proximales gracias al movimiento continuo de los dientes hacia la línea media, a este movimiento continuo se le llama "Movimiento de derivación mesial fisiológica".

El crecimiento o aposición cementario continúa a todo lo largo de la superficie de la raíz, hace -

que el crecimiento de huesos se encuentre restringido - principalmente al nivel del fondo alveolar y pared distal del alveolo, la pared mesial del nicho alveolar - muestra zonas de resorción más o menos amplia, sin embargo, aún en la superficie mesial del alveolo se puede encontrar zona de reparación por aposición ósea; esto comprueba la existencia del movimiento de derivación mesial fisiológica.

Mecanismo de erupción dentaria.

Se han emitido varias teorías que tratan de explicar las causas que originan la erupción, con tal objeto se deben tomar en cuenta los siguientes factores: crecimiento de la raíz, crecimiento de la dentina, proliferación de los tejidos dentarios, presión por la acción muscular, presión ejercida por la red vascular pulpar y tejidos periapicales, aposición y reabsorción ósea.

Los movimientos eruptivos de un diente no son sino el efecto del crecimiento diferencial, se habla de crecimiento diferencial cuando dos órganos o porciones de órgano, topográficamente relacionados, crecen a dife

rentes velocidades. La odontogénesis comprueba que el crecimiento diferencial constituye uno de los factores más importantes de la Odontogenia; en los maxilares es el crecimiento diferencial entre el diente y el hueso el que favorece el movimiento del diente.

La fuerza eruptiva más obvia es la generada por el crecimiento longitudinal de la raíz dentaria, -- los diferentes movimientos de un diente en erupción no pueden explicarse tan solo por el desarrollo aislado de la raíz. Algunos dientes aún cuando sus raíces se están desarrollando, tienen una distancia mayor que la de una raíz completamente formada. El crecimiento de la raíz da lugar únicamente al movimiento vertical o axial, la fuerza que podría explicar la variedad de movimientos eruptivos es la generada por el crecimiento del tejido óseo cercano al gérmen dentario.

También es un hecho el que los dientes, se muevan extensamente después que sus raíces ya se han desarrollado por completo, el crecimiento continuo del cemento que recubre a la raíz y al hueso circunvecino, -- origina el movimiento del diente durante este período.

En realidad el mecanismo de la erupción dentaria se encuentra aún en estudio, parece ser que el movimiento axial inicial no es sino el resultado de una combinación de los siguientes factores:

- 1).- El tejido que se encuentra por debajo de la raíz en crecimiento (ligamento en hamaca), ofrece una resistencia que probablemente evita cualquier movimiento oclusal de la corona dentaria a medida que la raíz aumenta de longitud.
- 2).- Probablemente el movimiento axial es también provocado por la aposición que ocurre a la altura de la región apical del diente en desarrollo. El mecanismo que da lugar a los movimientos laterales y verticales de algunos dientes, constituye un problema que requiere aún mayor estudio.

Consideraciones clino-patológicas.

Por lo general los dientes primarios inferiores erupcionan antes que sus antagonistas, habitualmen-

te la erupción se inicia en las niñas en una edad más temprana que en los niños, también existe una variación normal en cuanto al tipo constitucional, así, los dientes primarios convergen hacia la cavidad oral más pronto en niños longilíneos que aquellos bien constituídos.

La erupción de los dientes primarios constituye un proceso fisiológico caracterizado por los siguientes síntomas:

- 1).- Dolor que hace al niño llevarse las manos constantemente a la boca.
- 2).- Sialorrea.
- 3).- Irritabilidad.
- 4).- Insomnio.
- 5).- Fiebre ligera.
- 6).- Malestar general.

La encía a nivel de la erupción puede encontrarse inflamada y sensible al tacto o presión superficial, la inflamación desaparece después de la erupción. Dentro de los límites normales el primer diente primario puede aparecer en la boca hasta la edad de un año, pasado este tiempo el proceso puede considerarse patológico.

Algunas consideraciones en la erupción.

Los dientes incisivos sirven para cortar los alimentos; el canino desgarrar los alimentos; los molares permiten la trituración del bolo alimenticio. A excepción de los molares, las demás piezas dentarias tienen una sola raíz.

DESARROLLO Y ERUPCIONDENTARIADENTICION PRIMARIA

<u>SUPERIORES</u>	<u>ESMALTE</u>	<u>FECHA DE ERUPCION</u>	<u>TERMINACION</u>
Incisivo Central	1 1/2 mes	9 1/2 mes	1 1/2 años
Incisivo Lateral	2 1/2 mes	9 meses	2 años
Canino	9 meses	18 meses	3 1/4 años
Primer molar	11 meses	2 1/4 meses	3 años

INFERIORES

Incisivo central	2 1/2 meses	6 meses	1 1/2 años
Incisivo lateral	3 meses	7 meses	1 1/2 años
Canino	9 meses	16 meses	3 años
Primer molar	5 1/2 meses	12 meses	2 1/4 años
Segundo molar	10 meses	20 meses	3 años

DENTICION PERMANENTE

<u>SUPERIORES</u>	<u>ESMALTE</u>	<u>FECHA DE ERUPCION</u>	<u>TERMINACION</u>
Incisivo central	4-5 años	7-8 años	10 años
Incisivo lateral	4-5 años	8-9 años	11 años
Canino	6-7 años	11-12 años	13-15 años
Primer premolar	5-6 años	10-11 años	12-13 años
Segundo premolar	6-7 años	10-12 años	12-14 años
Primer molar	2 1/2 -3 años	6-7 años	9-10 años
Segundo molar	7-8 años	12-13 años	14-16 años
Tercer molar	12-16 años	17-21 años	18-25 años

INFERIORES

Incisivo central	4-5 años	6-7 años	9 años
Incisivo lateral	4-5 años	7-8 años	10 años
Canino	6-7 años	9-10 años	12-14 años
Primer premolar	5-6 años	10-12 años	13-14 años
Segundo premolar	6-7 años	11-12 años	13-14 años
Primer molar	2 1/2-3 años	6-7 años	9-10 años
Segundo molar	7-8 años	11-13 años	14-15 años
Tercer molar	12-16 años	17-21 años	18-25 años

Trastornos en la erupción dentaria.

Los trastornos en la erupción de los dientes son más comunes, que los ocasionados en su formación y calcificación y generalmente son producidos por extracciones prematuras, más que por disfunciones endócrinas o de otra naturaleza.

- a).- Erupción prematura de los dientes primarios.- Es muy común que haya erupción prematura de los dientes inmediatamente después del nacimiento, aún cuando también hay casos en que los niños nacen con dientes ya erupcionados, esto se puede deber a estimulaciones hormonales sobre todo de la tiroides, gónadas y el timo, otra causa puede ser por pirexia durante el embarazo. Generalmente las piezas que erupcionan prematuramente son los incisivos centrales inferiores primarios; estos dientes primarios prematuros generalmente están mal implantados y móviles; pueden dificultar el amamantamiento.

- b).- Erupción retardada y falta de erupción - de los dientes primarios.- A veces la -- erupción de uno o más dientes se retarda y afecta a toda la dentición. Las causas pueden ser; enfermedades de la niñez, ra quitismo, un engrosamiento del folículo-dentario alrededor del diente en desarrollo.
- c).- Erupción difícil.- Aún en la actualidad- se cree que durante la dentición hay ten dencia del niño a la fiebre, el poco fun damento para considerar que la erupción- del diente produce fiebre, es el hecho - de que en algunas ocasiones, puede produci r mal humor, sueño perturbado, saliva- ción excesiva y la tendencia de llevarse las manos a la boca. La encía en el pun- to de salida del diente, se inflama y -- sensibiliza, la inflamación y dolor desapa recenal hacen erupción el diente. La - incisión en la encía para aliviar este - problema no es aconsejable, pues podemos provocar una infección, lo más correcto-

es proporcionarle un mordillo limpio con el cual el niño ayudará a perforar la encía.

d).- Pérdida prematura de los dientes primarios.- Generalmente se debe a caries y a sus consecuencias. Las enfermedades comunes que provocan esta pérdida prematura de los dientes son: la acroandinia total (vasos) y parcial de dientes permanentes, la persistencia temporal de un gran número de dientes primarios, puede ser causada por un retraso en el desarrollo y - - erupción de la dentición permanente, esto se ve en el raquitismo intenso, cretinismo y en sífilis congénita. La herencia es también causante de este problema. Cuando hay la presencia de gérmenes en los permanentes es de gran importancia extraer a tiempo los dientes primarios persistentes.

e).- Erupción prematura de la dentición permanente.- Con gran frecuencia hay caída prematura de los dientes primarios, se-

guida de erupción prematura de los perma
mentes, cuando toda la dentición está --
 afectada; generalmente hay desarrollo --
 sexual prematuro por hipergonadismo.

- f).- Erupción tardía y falta de erupción de -
 la dentición permanente.- Puede haber re
traso en la erupción de los dientes en -
 el maxilar aunque todos los dientes pri-
 marios se hayan perdido; el hipergonadis
mo, hipopituitarismo, disostosis cleido-
craneal, son los padecimientos que provo-
 can estos problemas además del raquitis-
 mo, cretinismo y mixodema infantil. El -
 escaso desarrollo de los maxilares puede
 ser factor etiológico.
- g).- Erupción detenida.- Puede trastornar la-
 posición de un diente o de todo un grupo,
 con frecuencia es bilateral y puede cau-
 sar una mordida cerrada. En muchos casos
 la suspensión del estorbo permite al ---
 diente continuar su erupción. Las piezas
 dentarias de erupción detenida son más -
 comúnmente en los terceros molares y en-

los caninos por falta de espacio para --
erupcionar, generalmente la complicación
es la infección pericoronaria (pericoro-
nitis).

Proceso de exfoliación y cambio de los dientes.

El cambio de la dentición o muda de los dientes, es un proceso fisiológico lento, con el que la Naturaleza resuelve entre otros, el problema dimensional en la continuidad del arco dentario que se produce al crecer el esqueleto.

Alrededor de los 4 años las raíces de la dentadura infantil están totalmente formadas. Es el único momento en que se les encuentra completas, a esta edad el saco dentario ha concluido su actuación, al dar término a la formación del ápice de estos cuerpos radiculares, también a esta edad la dentadura ha terminado de mineralizar la corona (en los anteriores) y principia el movimiento de erupción, dando lugar al inicio de todos los fenómenos que se efectúan con tal motivo.

La salida de los primeros molares de la segunda dentición, significa el esfuerzo que la Naturaleza -

da al aparato masticatorio para que al venir la caída de los dientes anteriores primarios, no sufra en eficiencia la función que desempeña.

Cuando aflora el medio bucal, llega a solventar la urgente necesidad que el pequeño aparato infantil dentario tiene para realizar la masticación.

Los músculos masticadores del niño han tomado más fuerza, consecuentemente el aparato masticatorio es mayor. En esta época el aparato digestivo infantil va siendo gradualmente de más capacidad funcional y, lógicamente, los alimentos requieren mayor trituración. Por motivo de trabajo de masticación, existe mayor desgaste en las áreas de trabajo de los dientes de la primera dentición. El desarrollo del proceso alveolar en la región distal amplía el lugar para que sea ocupado por el molar de la segunda dentición, en cada cuadrante.

El crecimiento de la parte anterior del arco da lugar a la separación de los dientes anteriores de la primera dentición formándose unos pequeños diastemas que cubren la totalidad del espacio que les corresponden.

Se ha explicado que al efectuarse el desarrollo del folículo dentario, se realiza un movimiento que se traduce en el aumento del volumen, concordando con el crecimiento del hueso y que toda esa evolución obedece a una ley natural.

Cuando la corona del diente ha llegado a su completa formación, inicia el movimiento en sentido axial hacia el exterior; a esto se le ha llamado movimiento de erupción.

La presencia de la superficie adamantina de la corona terminada, provoca histólisis a su alrededor; en el caso de la segunda dentición la desorganización afecta al hueso y raíces de los dientes de la primera dentición que así mismo se reabsorven. Para tal efecto aparece una zona de osteoclastos que realizan la destrucción de tejidos, produciendo un espacio que es ocupado por el diente en movimiento de erupción; los folículos dentarios anteriores de la segunda dentición, están colocados en posición lingual de las raíces de los de la primera, al tener vecindad íntima con la raíz, ésta se desorganiza y la histólisis da principio precisamente en el sitio de contacto del borde incisal, prosi-

guiendo a la corona y raíz del diente que va a ser sustituido.

El movimiento de erupción del diente de la segunda dentición se va orientando de tal manera que la corona sigue avanzando axialmente y se coloca en posición apical respecto del diente que cae, colocándose inmediatamente en su lugar. El movimiento de erupción en la dentadura infantil, es mucho más rápida porque el folículo solo está cubierto por tejidos tegumentarios sin que exista hueso por encima de la cara oclusal o borde incisal.

CAPITULO II

CARIES DENTAL

CARIES DENTAL

La caries dental es uno de los más grandes -- problemas de la odontología, tanto por la gran frecuencia de la enfermedad, como la importante influencia sobre el valor estético; la eficiencia de la masticación y digestión favorecen la entrada a infecciones a través de la pulpa en el maxilar, donde se forma un foco local del cual pueden resultar enfermedades más serias.

Definición

La definición más sencilla de esta enfermedad tan compleja se enuncia como un proceso patológico que se observa en los dientes, especialmente en el de los seres humanos; se han ofrecido muchas otras definiciones, pero ninguna es completamente satisfactoria. Si se quiere comprender la complejidad de la caries dental, es suficiente con examinar la bibliografía al respecto, en especial la publicada por la Comisión de Investigaciones de la Asociación Dental Americana.

Datos Históricos

Muchos autores consideran a la caries dental como una enfermedad moderna, resultante del cambio en el régimen alimenticio del hombre y la preparación de los alimentos. El Antropólogo Húnga Lenhossek hizo la observación interesante, de que todos los cráneos humanos pertenecientes al Período Diluvial hasta el Neolítico eran dolicocéfalos y estaban libres de caries dental y que con el hombre braquicéfalo representado por el -- Cráneo de Nagysap del Período Neolítico, comienza la caries dental en Europa.

Mummy que estudió la caries dental de los antiguos habitantes de Inglaterra, examinó 1657 cráneos de los antiguos túmulos de Wiltshire y encontró 2.96% de caries en los cráneos neolíticos, 21.87% de caries en los cráneos correspondientes a la edad de Bronce, -- 38.67% de caries en los cráneos pertenecientes a la -- edad de Hierro, 26.67% de caries en los cráneos en el período de la conquista Romana y 15.78% de caries en -- los cráneos Anglosajones.

En Mezopotamia la caries debe haber sido muy común, pues el Código de Hamurabi, Rey de Babilonia que

vivió en el año 2250 A.C., encontramos una descripción que trata de la obturación de los dientes con beleño y mastique para aliviar el dolor. En Egipto se encuentra la caries en todos los períodos.

Leigh examinó la colocación de esqueletos - egipcios de la Universidad de California, procedentes de los cementerios de Naga-ed-Der (de la primera dinastía) y encontró que el 12% tenía uno o más dientes cariados, con la más alta frecuencia en aquellos que pasaban de la edad madura.

Caries dental en Odontopediatría.

Mucho se ha especulado sobre el tema de la caries dentaria y por largo tiempo se consideró como el mayor problema de la profesión odontológica. Hoy en día puede decirse que el problema ha sido resuelto, conociendo las causas y disponiendo de medidas adecuadas para su control.

En 1947 en Ann Arbor, Michigan (Universidad de Michigan) donde unánimemente fue aceptada la definición de Easlick sobre la afección que dice: "Una afección de los tejidos calcificados del diente, caracteri-

zada por la destrucción de dichos tejidos, la cual empieza en la superficie de los dientes, en áreas de predilección (fosas, fisuras y áreas de contacto interproximales), progresando hacia la pulpa.

La destrucción abarca:

- 1).- Descalcificación de la porción inorgánica.
- 2).- La desintegración de la sustancia orgánica del tejido, donde la primera es causada por ácidos que resultan de la acción de las bacterias acidogénicas (lactobacilos acidófilos, estreptococos acidúricos, bacilos difteroides, etc.) sobre los carbohidratos.

En consecuencia, aún cuando existen una serie de factores coadyuvantes, puede decirse que el factor determinado de las caries, reside en las bacterias, las cuales se han clasificado en 3 grupos generales de acuerdo con el papel que desempeña en la afección:

- 1).- Acidogénicas o acidúricas, que producen el ácido necesario sobre la superficie del diente para ocasionar su descalcifi-

cación. La principal de ellas es el Lacto bacilo acidófilo, habiéndose encontrado - también la presencia de ciertos tipos de - estreptococos.

2).- Bacterias proteolíticas, las cuales digie ren la matriz orgánica del tejido, poste riormente a la descalcificación por las - anteriores.

3).- Bacterias del grupo de las leptotriocias - (de formas fibrilares), las cuales forman placas protectoras sobre la superficie de los dientes a las otras bacterias, pero - que no desempeñan ningún papel efectivo - en la producción de la caries."

La caries en la mayoría de los casos se encuen tra en distintos dientes de la boca, distribuidas irregu larmente o generalizada en todos ellos, no ataca a todos los dientes al mismo tiempo ni en el mismo grado o inten sidad. La predisposición de un diente determinado a la - caries depende de muchos factores; la configuración ana tómica (presencia de fosetas y fisuras, superficies acco sibles a las glándulas salibales) hábitos de masticación

e irregularidades de posición.

Prevalencia de Caries.

A los 6 años del 50% al 97% de los niños en diferentes grupos, tienen una o más cavidades. El número - promedio de dientes cariados y obturados a esa edad es - de 4.5% a 6% por niño.

Las superficies atacadas son:

- 1).- Oclusal, 43%
- 2).- Proximal, 31%
- 3).- Bucal, 13%
- 4).- Lingual, 13%.

El orden de susceptibilidad dentaria es:

- 1).- Primer molar
- 2).- Segundo molar
- 3).- Anteriores superiores
- 4).- Anteriores inferiores

El examen periódico de la dentadura primaria - debe comenzar a los dos años y medio. Según estudios, el 35% de los niños de 3 años presentaban caries en uno o - más molares.

En la dentadura permanente del niño de acuerdo con Klein y Palmer, la secuencia de la caries es similar:

- 1).- Molares inferiores
- 2).- Molares superiores
- 3).- Premolares
- 4).- Anteriores superiores.

De acuerdo con estos autores, los incisivos inferiores por lo general, son inmunes a las caries de destrucción rápida (rampante, caries de los autores americanos).

Clasificación de la caries.

La caries se ha clasificado de muchas maneras, la más común se basa en el sitio de ataque.

- La clasificación más simple considera dos divisiones:

- 1) Caries de fosetas y fisuras.- Caras oclusales de molares, surcos bucales de molares inferiores, surcos linguales de molares superiores y caras palatinas.
- 2) Caries de superficies lisas. Todas las otras caras.

- Una clasificación morfológica más extensa se basa en la división de las cavidades realizada por Black, donde todas las caries de defectos preformados (fosas y fisuras) se agrupan juntas, mientras las lesiones de superficies lisas se separan en caries proximales - posteriores, proximales anteriores y cervicales.

Este tipo de clasificación aunque originalmente preparada como base para la operatoria, puede tener también significación etiológica, ya que los diversos tipos de lesiones pueden presentar diferentes cuadros histopatológicos.

- Otro tipo de clasificación se basa en la velocidad de la lesión, puede ser aguda o de avance rápido y crónica o de desarrollo lento.

1.) Caries aguda o de avance rápido.- Es la lesión común en los períodos de marcada susceptibilidad. En la dentadura primaria, suele presentarse en el grupo de 4 a 8 --

años. Las características de este grupo son:

- a) Abertura pequeña en el esmalte.
- b) Rápida penetración a través del esmalte.
- c) Extensa complicación dentinaria.

La lesión avanza a menudo con tal rapidez que no hay tiempo para una rápida protección, siguiendo la complicación pulpar si no se interviene inmediatamente. La restauración de la pieza es difícil, por la destrucción del esmalte y en casos no tratados es común la fractura de la corona. El examen con radiografía es fundamental durante el período de máxima susceptibilidad para descubrir la caries en su estado incipiente y poder asegurar su control.

En la caries aguda, el esmalte que rodea la lesión es opaco, descalcificado, quebradizo. La dentina es blanda, amarillenta de un olor putrescente. La lesión de avance rápido se en encuentra más frecuentemente en las caras oclu sales de los molares, en las zonas de mayor retención alimenticia. En individuos muy sug

ceptibles en las caras lisas más comunes.

- 2) Caries crónica o intermitente.- Es la lesión común de los períodos de actividad de caries moderada en los dientes primarios, generalmente entre los 8 y los 11 años; en los individuos de sensibilidad moderada puede ser el tipo dominante de lesión en los períodos de 4 a 8 y de 11 a 19 años.

La abertura externa suele ser más grande que en el tipo agudo, la velocidad de penetración a través del esmalte es más lenta y la complicación dentaria no tan extensa. Debido a la velocidad de avance relativamente lenta, la pulpa puede protegerse, de manera que es fácil encontrarse dentina secundaria transparente y metamorfosis protectora.

La dentina es de color pardo-amarillenta y correosa, la extensión retrógrada (caries secundaria de esmalte) no es tan extensa como en la caries aguda.

- 3) Caries de avance lento.- Este tipo de le-

si^{ón} se encuentra principalmente en adultos de baja susceptibilidad. La caries - puede quedar confinada al esmalte durante varios años, alcanzando eventualmente la unión amelo-dentinaria y progresar -- lentamente si no se trata.

- 4) Caries detenida.- Cuando la lesi^{ón} cari^osa dentro de un diente deja de avanzar - se considera detenida. Se presenta tanto en esmalte como en dentina; el primero - es más común en caras proximales cuando el diente adyacente ha sido extraído, la cara con la caries proximal queda sometida a la autolimpieza y la lesi^{ón} deja de progresar.

En dentina la retención ocurre cuando -- las paredes de esmalte socavadas se rompen, la dentina restablecida se elimina y la dentina subyacente se endurece y -- obscurece (eburnación). La caries detenida se presenta tanto en dientes primarios como en permanentes.

5) Caries rampante.- La caries rampante es un tipo de caries rápida, extendida, de aparición repentina, que produce una precoz complicación pulpar y afecta aquellos dientes o superficies consideradas inmunes a la caries común.

Este tipo de caries debe diferenciarse de la común extensa que resulta del descuido, pues se produce con frecuencia en bocas aseadas y puede distinguirse porque no se encuentra materia alba y detritus alimenticios muy comunes en la boca descuidada.

La característica más significativa de la caries rampante, es el hecho de que las superficies generalmente inmunes (caries proximales de los dientes anteriores inferiores, zonas cervicales de anteriores) están afectadas.

Este tipo de caries afecta aproximadamente del 5% al 8% de la población, más frecuentemente en las mujeres y en personas delgadas.

Etiología de caries.

Podemos definir la caries como un proceso patológico de origen bioquímico, lento, continuo e irreversible que causa la destrucción de los tejidos dentarios.

La caries es indudablemente uno de los procesos más complejos que existen; en su etiología intervienen múltiples factores que han sido estudiados por diversos autores sin llegar todavía a conclusiones absolutas en ninguno de los casos. En forma empírica el estudio de la caries se inicia desde la época de Hipócrates, igualmente en las antiguas civilizaciones americanas y egipcias se mencionan ya algunos supuestos orígenes de la caries. Científicamente los primeros autores que la estudiaron fueron Magiotot en Francia y la Escuela Americana.

En la actualidad las diferentes y múltiples teorías que se han hecho podríamos agruparlas en las siguientes:

- Teoría Acidogénica de caries.

Según esta teoría enunciada por Miller, la caries sería producida por la acción de gérmenes acidogénicos. o sea productores de ácido, el cual desintegraría el esmalte. Los principales gérmenes acidogénicos - según Miller es el lactobacilo, que al actuar sobre los hidratos de carbono desdoblaría a estos y producirían ácido láctico, el cual provoca la desintegración del esmalte.

Actualmente se considera también que un determinado grupo de estreptococo, el Estreptococo Mutans es altamente acidogénico y puede ser también el causante de la producción de ácido para destruir el esmalte. El lactobacilo o el estreptococo actúan sobre los hidratos de carbono, principalmente azúcares para producir el ácido mediante un mecanismo enzimático. Conforme a esta teoría los factores causales indispensables para que se produzca la caries son: gérmenes acidogénicos e hidratos de carbono. Eliminando alguno de estos se evitaría la aparición de caries.

- Teoría Proteolítica.

Algunos autores, Gottlieb entre ellos, piensa que la destrucción del tejido dental se debe principalmente a la presencia de gérmenes proteolíticos, como su nombre lo indica causan la lisis de las proteínas, estos gérmenes actuarían principalmente sobre la sustancia interprismática desintegrándola.

Ambas teorías son llamadas teorías microbianas, puesto que aceptan la presencia de gérmenes para la producción de caries, es decir, sería un mecanismo bioquímico en el cual la presencia de gérmenes, específica en un caso productores de ácido, en otro destructores de las proteínas, causaría la desintegración del esmalte; la diferencia principal de las teorías es que la primera atribuye la iniciación de este proceso de caries a la destrucción de la porción mineral del esmalte por ácido y la segunda atribuye la iniciación de este proceso patológico a la desintegración de la sustancia interprismática por lisis de las proteínas. Recordando levemente la histología del diente, sabemos que está formado por un mineral, de una estructura especial, llamado apatita que contiene iones de calcio, de fósforo y algunos otros minerales. La fórmula de la molécula de -

esta apatita es $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6\text{OH}$. Esta substancia mineral formada en cristales unidos unos a otros por una substancia de tipo gel proteica la cual se encuentra aproximadamente en un 2% o 3% únicamente.

Las teorías microbianas se fundan en la existencia sobre la superficie dental de una placa bacteriana, en la cual se encuentran principalmente gérmenes -- acidogénicos o proteolíticos, sin embargo, podría haber una existencia de ambos tipos de gérmenes que actuarían en una u otra forma para destruir el esmalte.

Otra teoría sobre la formación de caries es la que explica el proceso patológico bajo un mecanismo -- exclusivamente químico; es la llamada teoría de la quelación.

Existe también la llamada teoría Endógena -- enunciada hace algunos años por Julius Sernei, investigador escandinavo que atribuye la producción de caries a procesos anormales del metabolismo interno del diente; la caries se produciría primero en el interior del diente y después provocaría la fractura de su superficie -- adamantina facilitando la invasión microbiana y destrucción posterior de la pieza, a pesar de la diversidad de

los diferentes enfoques en las teorías mencionadas, lo cierto es que todas ellas tienen algo de verídico, todas han sido comprobadas en el laboratorio y posiblemente la producción de caries se debe a la presencia de todos los factores enunciados, es decir, que existen en una placa bacteriana gérmenes acidogénicos y proteolíticos que en un momento dado inician la destrucción dentaria a más de producirse el fenómeno de quelación y finalmente el metabolismo interno de la pulpa dentaria favorezca la evolución más rápida o más lenta del proceso de caries. Si bien ese enunciado parecería que la explicación de este proceso es sencillo, en realidad se ha observado que existen otros múltiples factores como pueden ser: psicológicos, endócrinos, hereditarios, etc., que van a influir en el proceso de caries. Es por eso que la prevención de este padecimiento es investigado desde hace mucho tiempo, se sigue investigando y actualmente todavía no hay un procedimiento con el que podamos prevenir 100%.

Para prevenir un proceso morboso podríamos escoger los diferentes caminos:

- 1º Identificar el agente causal y destruirlo.
- 2º Aumentar la resistencia del huésped o bien-

modificar el medio. En el caso de caries dental, vemos que los agentes productores del padecimiento son múltiples y no perfectamente bien conocidos, por lo que es difícil lograr la destrucción de ellos. Sin embargo, actualmente existen diferentes procedimientos que tienden a la eliminación de la placa bacteriana y lograr la prevención de caries.

- 3º Aumentar la resistencia del organismo, en este caso la del esmalte, se logra mediante la adición de fluor con objeto de lograr estructuras adamantinas mejor formadas.

Como se sabe, es difícil eliminar los complejos agentes biológicos causantes de caries ya que son de diferentes tipos, la medida práctica es lograr un mayor aporte de fluor, que en los casos ideales deben estar en proporción iónica de uno a siete en la molécula de apatita.

El mecanismo por el que el fluor confiere protección anticaries ha sido ampliamente estudiado, ha---

biéndose comprobado actualmente cuatro diferentes modos de acción.

1º Se obtiene una estructura adamantina más perfecta. Se observa una reducción notable de defectos, especialmente hipoplasias - - ideosincráticas, igualmente los surcos y - cúspides son más redondeadas cuando se ingiere fluor a una parte por millón. Los -- cristales de apatitas son de mayor longi-- tud y espesor, por lo tanto menos solubles.

2º Modifica la composición química del esmalte, está bien establecido que el ión fluor puede reemplazar al ión carbono de la sustancia proteínica interprismática e intra-prismática y al ión oxidrilo de la porción mineral del esmalte, así mismo puede depositarse en la superficie dentaria formando una capa de fluoruro de calcio.

3º Disminuye el grado de disolubilidad del esmalte, Harrington demuestra una disminu--- ción de la solubilidad de la fluor apatita

tratada con diferentes ácidos y Demarco de nota en el microscopio electrónico una maduración mayor en la superficie del esmalte del diente de reciente erupción.

40 Efecto antibacteriano y disminución de las bacterias fueron reportadas por Bramstead- y otros, probablemente debido a la acción-inhibidora que sobre las enzimas de ciertas bacterias tiene el fluor.

CAPITULO III

PSICOLOGIA INFANTIL

PSICOLOGIA INFANTIL

El desarrollo psíquico de un individuo no se puede considerar aparte de su crecimiento físico, ya -- que ambos están intrínsecamente relacionados, presentándose conductas específicas a determinadas edades de las cuales se tratará de explicar las más relevantes.

Período Prenatal.

En el momento en el que el bebé nace trae consigo un pasado, que podemos dividir en tres partes:

- a) Un pasado distante, herencia de generaciones anteriores que marca las diferencias - individuales, algunas expresadas inmediatamente, en lo que tendemos a llamar temperamento, otras que permanecen latentes y que se manifiestan a medida que ganan apoyo de influencia en su ambiente.
- b) Un pasado reciente de 9 meses, obtenido -- dentro del cuerpo materno, del que se sabe relativamente poco sobre la influencia en-

su vida emocional.

- c) Más recientemente un período de variada duración, el parto, que lo libera, pero en forma tal, que responde a ciertos estímulos (sobre todo dolor). Durante el primero o segundo día mientras reacciona con todo el cuerpo (el reflejo de alarma) a muchos otros. Las funciones físicas del bebé al principio se encuentran en un estado de trastorno; la respiración es superficial e irregular, el ritmo intestinal está desorganizado con frecuentes movimientos antiperistálticos y el sistema cardiovascular no está aún estabilizado.

El énfasis cada vez mayor en los últimos tiempos en relación a los cuidados pre y postnatales tales como un embarazo tranquilo, un parto sin temor, un amantamiento correcto, una adecuada alimentación de acuerdo con el pedido del niño, debe atribuirse a nuestro reconocimiento de que durante este difícil período de transición, resulta capital para el lactante el cuidado directo de su madre. La experiencia ha demostrado que estos modernos procedimientos, deben ser practica--

dos con convicción por la madre asesorada por su médico, que le parezcan naturales y convenientes a ella a más de ser plenamente aceptados por el padre, pues de lo contrario se crearían tensiones que interferirían con el sentido de unidad de la madre con su hijo, que nos preocupamos por mantener a lo largo del parto y del período neonatal.

El recién nacido.

Al nacer el niño está dotado con un equipo emocional bastante elaborado, que incluye miedo, hambre y - la alegría, como por ejemplo la respuesta miedosa a los cam bios abruptos de posición es de lo más notable, esta - - reacción, sin embargo es vencida en pocos meses por el - continuo maniobreo de la madre.

Durante la primera o segunda semana el bebé, - mantiene una existencia vegetativa; en un dormir sin pro fundidad, despertando solo cuando está suficientemente - incómodo, la leche caliente que satisface su hambre, la - actividad de succión, el soporte firme en los brazos de - la madre, los olores y el calor maternal que le son fami liares, le harán dormir de nuevo. La falta de soporte y -

los ruidos fuertes producirán una respuesta de choque - generalizadas, el reflejo de Moro, el hambre, el frío y el dolor conducirán al llanto de protesta.

Aunque el nacimiento es una experiencia terrible para el niño, se cree que el proceso mismo y los muchos acicates sensoriales nuevos, recibidos inmediatamente después del nacimiento, estimulan la maduración - del sistema nervioso, por una gran aceleración de la -- mielinización en esta época, como consecuencia, el desarrollo en los primeros meses es más rápido que durante cualquier otro período de la vida. La indulgencia por parte de la madre en esta edad, constituye un amortiguador buffer contra las muchas, nuevas y extrañas impresiones ayudando a su asimilación. Una mujer maternal -- que recibe el necesario apoyo de su ambiente intuitivamente llegará al equilibrio entre estimulación y no interferencias, requeridos por su bebé. Por ejemplo una cierta cantidad de balanceo, de caminar y acunar, parece aumentar la regularidad y profundidad de la respiración con el consiguiente mayor aporte de oxígeno a su cerebro.

El mamar es la actividad predominante del be-

bé durante la vigilia, siendo este el principio del reflejo de la succión, que se lleva a cabo por medio de un mecanismo complicado, el cual se inicia con el estímulo del pezón en su boca, continuando con movimientos rítmicos del mentón de arriba a abajo, para acoplarle y estimular a la vez el paladar duro y la cara dorsal de la lengua, simultáneamente a esto la contracción de los músculos buccinadores para producir un vacío de la cavidad bucal.

Lactancia.

El hambre, el deseo de succión, la intensidad y prevalencia de ésta, los intervalos entre comidas y la cantidad ingerida, varían enormemente de un bebé a otro. Algunos autores han atribuido; el llanto irritable precoz y el cólico de los tres meses a la tensión resultante del hambre de succión, y han visto su alivio después que se le dió el chupete al bebé.

La unión emocional entre la madre y su hijo amamantado en un marco de bienestar ordenado, constituye el fundamento de la relación de un individuo con los otros seres humanos. La confianza y el amor, son cualidades con las que solamente el hombre dota a otro durante

sus relaciones en un período extenso, esta relación madura cada mes, a medida que se agregan nuevas percepciones.

Al principio, el lactante parece estar buscando en forma no muy precisa el rostro materno, con movimientos casuales del brazo y de la mano, hacia las 6 semanas la mirada del bebé está centrada, mira deliberadamente la cara de su madre, sonriendo, pateando y moviéndose con alegría ante sus cabeceos y risitas. Su mano, hacia el tercero o cuarto mes se dirige para tomar parte en el proceso de alimentación, puede asumirse en esa época una posición que continuará adoptando más tarde con movimiento accesorio para la succión del pulgar u otro dedo. La succión alcanza su máxima intensidad durante el cuarto mes, en esta época la mayoría de los bebés, vuelven la cabeza cuando oyen aproximarse a la madre y gradualmente su grito de hambre cederá mientras la observa como se prepara para brindarle comodidad, cuando esto ocurre, podemos decir que ha comenzado a diferenciar a su madre como a alguien distinto de sí mismo y ha aprendido a confiar en ella.

Hacia los 6 meses, cuando un bebé se sienta y aprende a alcanzar, a agarrar y responder sonriendo, mura

murando, tironeando, se ha convertido en una verdadera personalidad para sus hermanos y hermanas, al igual que para su padre. Algunos niños aceptan las nuevas experiencias de sabor y consistencia casi inmediatamente, mientras otros luchan contra ellos.

Alrededor de esta época la mayoría de los lactantes, pasan por la irritante y a menudo dolorosa experiencia de la dentición, tienen una necesidad de morder, con frecuencia bastante potente. Es tan irrazonable infringir al bebé un castigo por morder, como que la madre permita ser mordida dolorosamente. El bebé puede morder una costra de pan retostado como sustituto del pezón o del dedo y es importante que se le permita expresar libremente esta necesidad. La inhibición prolongada del morder (masticar) puede ir seguida de un serio trastorno de aprendizaje, o la agresión puede volverse contra el niño mismo y expresarse más tarde por el desgaste y sujeción de los dientes o por morderse las uñas, la lengua o el carrillo.

El llanto del bebé se hace cada vez más autoacertivo, si bien con frecuencia se pone rojo de rabia peleando con piés, manos y puños, la calidad imperativa-

de sus deseos es innegable, muchas madres reaccionan con rebeldía y la determinación de no ser vencidas, puede entonces, comenzar desde tan temprano un shock de deseos - que lleva a complicaciones en cada nuevo paso del desarrollo del niño.

Durante la segunda mitad del primer año un bebé no solo se sienta, mira hacia su alrededor y busca -- las cosas, las agarra y se las lleva a la boca. sino que también responde con interés a sus muchos estímulos sociales; murmura en respuesta sonidos vocales, a menudo -- imitando algunos, le gusta que jueguen con él, empuja -- sus pies contra su madre. Como su madre se ha convertido en algo importante para él por su experiencia de amamantamiento, puede estar ahora listo para abandonar el pecho o alguna de sus mamaderas. Aquí varía también el momento en que esto debe hacerse, el tiempo que lleva destetarle y los sustitutos que requerirá.

La obscuridad crea una sensación de aislamiento que le asusta, adoptando sus propias formas de hallar comodidad en ese momento.

Las funciones motoras se adelantarán rápidamente

te ahora; el bebé se da vuelta, se arrastra o gatea, -- pronto está haciendo toda clase de esfuerzos para pa---rarse. La alegría del triunfo encuentra su eco en el orgullo y placer de quienes lo rodean y lo estimulan a -- nuevos esfuerzos.

Cuando empieza a reconocer los contornos de - su cuerpo, aparece una sensación de ser, su núcleo es - el concepto que se ha formado de su madre, un concepto sobre el cual modela, absorbiéndola gesto por gesto, ex presión por expresión. Junto con todos estos descubri---mientos, su alimento le intriga, quiere sentirlo, apretarlo entre los dedos, amasarlo y extenderlo alrededor y quiere probar alimentarse solo. Las madres que tienen la sensación de que el alimento es algo precioso que no debe desperdiciarse o que le repugna el revoltijo, en---cuentra difícil soportar esta actividad del bebé, algunas pierden el control y evitan e impiden estas manipu laciones chapuceras, propiciando que mengue el deseo -- del bebé por el alimento; aparte de cualquier otra in---terferencia el bebé tendrá variaciones en su apetito, - más o menos en esa época comiendo muy poco.

El niño de dos años de edad.

A los niños de dos años les encanta jugar con sus padres, aunque no están suficientemente adelantados como para permitir relaciones interpersonales prolongadas, gozan toda clase de maniobras corporales, ser balanceados de un lado a otro, cabalgar en las rodillas, jugar a las escondidas, cazar y ser cazados. En los momentos tranquilos les gusta sentarse en el regazo del padre, que les hamaque y les cante, mirar láminas y que se les lea. A menudo investigan los rasgos de los mayores, su cabeza y sus orejas; pueden mirar con curiosidad dentro de la boca de la madre y tocar sus labios y dientes de manera cautelosa, debe organizar sus experiencias tocando, manoseando y palmoteando. Depende mucho de su madre y tiene tendencia a ser asustadizo cuando está alejado de ella. En este nivel de edad y hasta los tres años, es común que cambien de una cosa a otra en pocos minutos; el niño no puede ser forzado y cada actividad debe surgir espontáneamente.

El niño de tres años de edad.

A este nivel de edad, el niño da muestras del

comienzo de semi-dependencia, como ejemplo durante la temprana enseñanza de control de esfínteres, a menudo se desarrolla en una prolongada fase de negativismo, es la respuesta inmediata de todo o casi todo pedido; con alguna diversión el adulto puede pactar con él y si se le da una buena razón, coopera con frecuencia en cosas que no le agrada hacer (conocido con el nombre de edad del yo también), puede observarse un interés en compañeros de juego imaginativos; la madre casi siempre es la preferida. Las niñas suelen ser bastante coquetas a esta edad y emplean todos los medios para atraer la atención de sus padres. Los varones seguirán a éstas cuando están haciendo sus tareas domésticas en la casa o jardín, intentando unirse a ellas.

El niño de cuatro años de edad.

Esta es la edad del "por qué" y el "cómo", durante la cual el niño desarrolla una actividad genuinamente investigadora, de dependencia y resistencia; junto con la curiosidad, es un gran conversador y está generalmente activo. Comienza a interesarse en su propio cuerpo y en las diferencias de sexo; a este nivel de --

edad, puede vestirse solo, muestra una conducta exhibicionista, le gusta estar con compañeros, responde bien a las directivas verbales y puede llogarse a él apelando a su espíritu de independencia, recién despierto; -- son cooperadores e imaginativos.

El niño de cinco años de edad.

Los niños a los cinco años tienen sentimientos igualmente intensos respecto a su madre. Su padre se ha convertido ahora en su rival. Muy reciente ha descubierto la diferencia entre él y las niñas, teme el -- castigo a manos de su padre, que pueda despojarle de su preciado genital; las pesadillas son casi universales a esta edad, a menudo adquieren la forma de sueños repetidos, como el ser cazados por un león o una bestia salvaje, etc. El niño se encuentra en un conflicto equivalente al de la niña, la que desea la mayor parte del tiempo conservar el amor de sus padres. Cuando los niños -- han resuelto con buen éxito todos estos complejos-sentimientos de la fase Edípica, se hacen más reposados y -- autocontentidos y más controlados.

El niño de seis años de edad.

El niño tiene una agresividad que puede ser constructiva o bien orientada hacia lo negativo llegando hasta el sadismo. ¿Hasta que punto pueden ayudar los padres al niño? Las madres en ocasiones son muy exigentes y no les permiten que ensucien su ropa, que maltrate a los demás y esto representa para el niño una represión, para ayudarlo se le puede dar un cuarto donde juegue, a la vez que pueda ser vigilado fácilmente, que esté cómodo con sus juegos y actividades lúdicas; no solo deben tener actividades lúdicas, sino que se les debe alimentar su ingenio y su armonía, procurando que el niño desarrolle su ingenio artístico. Mediante sus actividades lúdicas y artísticas se debe procurar afirmar su sexo, porque de lo contrario va a tener una repercusión en la homosexualidad. La conducta de los padres debe ser orientada en los niños en cuanto a sus relaciones personales. Lo más relevante en esta edad es la entrada del niño a la escuela y tiene una repercusión en todas sus áreas psíquicas, desde su vida afectiva hasta su vida intelectual o nonpsique, en la escuela va a recibir una serie de informaciones que van a alterar su comportamiento, el niño va a empezar a conocer números, le---

tras, se le informará sobre sistemas de pesas, medidas, leyes naturales, etc., que antes le eran completamente ajenas, esto desde el punto de vista nonpsique en la vida afectiva puede ocasionar un trauma psicológico, porque el niño supone que esto representa una separación de su hogar a la que todavía no está preparado a aceptar.

Niños en la edad preadolescente.

Esta etapa abarca de los 7 a los 11 años, en la cual encontramos cambios anatómicos, físicos, etc., esta época requiere de mayor tiempo de reposo (sueño) y alimento. Aquí notamos la nueva captación de la vida.

El preadolescente es un sujeto con una carga erótica muy grande y que lo orienta a él mismo a su sexo y en algunos casos cierta simpatía por la homosexualidad, no tan drástica, solo simpatía.

Desde un punto de vista psicológico algunos autores dicen que la preadolescencia es una etapa de latencia, o sea un estado de reposo en lo concerniente al erótico sexual. Sin embargo, es una etapa en la que

la dedicación en la escuela es bastante; es el tiempo en el que el preadolescente se nota introvertido, callado; es importante que en esta época el sujeto empiece a sentir confianza cariño, que se le manifieste importante.

La comprensión de los padres debe de ser en un 100%, hay que encausar los aspectos afectivos, las derivaciones deben de hacerse continuas mediante aspectos positivos que atraigan el interés, pues después será difícil orientarlos, ya que esta es la época de reserva, continuada después por una de recelo.

Influencia paternal.

Si el odontólogo desea lograr o realizar un buen acercamiento a la práctica de la Odontología para Niños, debe conocer la importancia del ambiente hogareño y la influencia de los padres sobre el pensamiento y la conducta del niño. Hay que estimular a los padres para que se preocupen por la salud dental de sus hijos. La primera visita al odontólogo, se tratará de que sea agradable, consistirá en un examen cuidadoso de los dientes primarios y su limpieza. El padre es quien con frecuencia, se convierte en el principal problema para la con-

ducción exitosa de una práctica con niños. Los niños o niñas que se presentan como pacientes, son en gran medida productos, que ejemplifican el ambiente hogareño y las actividades de los padres. Ignorar las variaciones de la conducta, experiencias y enseñanzas de los padres cuando presentan a sus hijos al odontólogo es limitar el propio campo de utilidad al niño y la sociedad. Ejercer Odontología para niños sin evaluar al padre, sin su participación y confianza, sólo puede conducir al fracaso.

El Odontólogo no puede generalmente tener a su disposición un cuerpo de trabajadores sociales, para revisar y analizar el hogar y la vida familiar de cada paciente potencial, pero si, puede establecer una rutina de consultorio, donde valore el ambiente del hogar, el patrón de conducta y las normas de comportamiento requeridas por el niño.

Actitud del padre hacia el niño.

Los padres difieren ampliamente en sus actitudes hacia los niños, dependiendo éstas de que si se han casado jóvenes, han tenido que esperar mucho tiempo para tener hijos, se han casado tarde, tienden a ser dema

siado cariñosos y protectores. El rechazo o la indiferencia es común cuando la concepción no fué deseada, o cuando el niño ha nacido de padres demasiado jóvenes, no muy maduros emocionalmente para aceptar las muchas responsabilidades de la paternidad.

El favoritismo paternal por un niño determinado en la familia es frecuente y esa actitud por parte de la madre o del padre puede conducir a una variedad de problemas de conducta, no solo en el niño infortunado que recibe esa atención especial, sino también en los hermanos y hermanas, sometidos a tan injustificable discriminación. Las perturbaciones en la vida emocional de los padres o en la relación entre ambos, conducen generalmente a algunos problemas en el manejo del niño. La incompatibilidad entre la madre y el padre que puede resultar de una gran diferencia de edades, de intereses o de apreciables diferencias en la educación, puede conducir a diversos tratamientos comprometedores de los hijos.

Afecto exagerado.

El matrimonio tardío, el hijo único, el adoptado, el menor de la familia; pueden llevar a un cariño -- exagerado, a demasiadas alabanzas y mimos por parte de -

los padres. Esos niños están preparados inadecuadamente para ocupar su puesto en el ambiente que les rodea, faltándoles valor en el consultorio odontológico.

Sobreprotección.

Algunas madres insisten en monopolizar todo el tiempo de sus hijos, sin permitirles jugar con otros niños, los síntomas prominentes expresados en un niño así, son la negativa a alternar con otros y un comportamiento irresponsable, generalmente intentan controlar cada situación, se niegan a someterse a cualquier autoridad, como consecuencia imprudencias, rabietas y fanfarronerías, son características comunes y se niegan a jugar con otros niños en un pie de igualdad.

Demasiada indulgencia.

Cuando los padres no le niegan a los niños la menor cosa o deseo, ni se les restringe en ninguna de sus actividades, conducen a situaciones conflictuales cuando se suceden las exigencias de conducta por parte de los padres o abuelos, conducen a la cólera del niño, que se torna demasiado caprichoso, exigente, se lleva -

mal con los otros niños o personas que no le dan gusto. Su defensa es el exceso de llanto, o un arranque de mal humor, que lo lleva a lograr todo cuanto desea. Esta -- misma técnica será empleada en el consultorio odontológico, a la menor molestia.

Ansiedad excesiva.

Expresada por los padres como consecuencia de alguna enfermedad seria, muerte en la familia, o cuando se trata de un hijo único, manifiesta un afecto exagerado magnificando las enfermedades leves, oponiéndose generalmente a que su hijo alterne con otras personas incluyendo en estas al odontólogo. Muy pronto el niño pasa a depender de los padres para todo y responde con timidez, miedo, reserva y cobardía a toda clase de estímulos.

Autoridad excesiva.

En estos casos, los padres suelen criticar y reprender indebidamente a sus hijos, originando conductas rechazantes, donde el niño expresa el negativismo -- en todos los instintos de imponerle un plan de acción.

El negativismo en el niño se manifiesta en una tensión constante y retirada ante cualquier forma de - - acercamiento, puede adoptar una actitud hastiada que no se modifica ni por la razón o persuasión.

Desafecto.

La indiferencia de los padres, se sucede cuando se emplea poco tiempo en la atención del niño, puede ser evidente por razones sociales o económicas, la incompatibilidad entre la madre y el padre, celos en el hogar, o cuando hay padrastros, pueden conducir a un sentimiento de inseguridad por parte del niño. Todo niño necesita del interés, estímulo y guía de los padres.

Los síntomas de la inseguridad son expresiones de la misma conciencia, tornándose el niño asustadizo, - retiscente, prefiere estar solo, es indeciso y tímido, - vacila para decidirse y es propenso a llorar fácilmente, desarrolla malos hábitos, como negarse a comer, morderse las uñas y negativismo, también puede presentar estados de mal humor constantes.

Hijo único.

Cuando hay un solo hijo en la familia, los pa dres tienden a ser demasiado cariñosos, ansiosos, pro-
tectores e indulgentes, dando por consecuencia un niño-
que puede responder siendo tímido, miedoso y retraído.

Si bien las posibilidades antes mencionadas -
con respecto al hijo único son bastante comunes, hay ni
ños que no muestran esas conductas.

El niño adoptado.

La tendencia de los padres hacia un hijo adop-
tado, es ser demasiado cariñosos y considerados, no solo
porque quieren brindarles todas las comodidades posi-
bles que puedan compensar todos los problemas y comenta-
rios que puedan hacer amigos y vecinos; un producto co-
mún, es crear un niño tímido, miedoso y retraído.

El niño enfermizo.

El niño que ha estado enfermo y convaleciente
en su casa durante un período largo, recibe generalmen-
te privilegios y atenciones especiales que los padres -

le brindan como compensación dadas las circunstancias.- Algunos de estos niños simulan los síntomas característicos de la enfermedad para de esta manera solicitar la protección, indulgencia y afecto excesivo, cada vez que la ocasión lo requiera. Es el padre sensato quien puede reconocer estas posibilidades y brindar una guía racional a su hijo durante el período de la enfermedad y lo-consecuente.

Los niños que han sido hospitalizados y mante
nidos en las salas con otros niños durante mucho tiempo
se acostumbran pronto a las maneras corteces de los - -
asistentes del hospital y ven a los otros niños en tra-
tamiento; el espíritu del "Yo también puedo tomarlo", -
es común en casi todos los niños que han estado en una-
institución durante unas semanas o más. Como consecuen-
cia son casi siempre buenos pacientes dentales.

Fatiga física y mental.

La fatiga física y mental del niño, es incom-
patible con una buena conducta en el consultorio odonto
lógico, los niños suelen estar muchas veces física y --
mentalmente cansados, luego de un árduo juego, de traba

jo en la escuela por ejemplo y por esta razón, es preferible la cita durante las horas de la mañana. Evidentemente algunos de los pacientes pequeños son atendidos -- bien entrada la tarde, por lo cual deben tenerse en cuenta la posible fatiga durante estas horas avanzadas.

Hipòcondría.

La hipocondría en los niños suele encontrarse cuando los padres la padecen. En la casa se conversa demasiado sobre cuestiones de salud, enfermedad y medicamentos. Si hay un antecedente semejante, una enfermedad seria, un susto o un fracaso en la escuela, pueden precipitar síntomas clínicos de hipocondría. Este estado puede también iniciarse luego de un largo período de invalidez, consecutivo a una operación o una enfermedad, durante la cual el niño fué consentido y tratado con demasiada indulgencia por parte de sus padres. Como consecuencia los síntomas son: palpitación, retorcijones en el estómago, jaqueca, dolor en el pecho, abdomen y piernas, debilidad, fatiga y vómitos. El examen físico, sin embargo es negativo, no hay tratamiento para esto, solo hacer comprender a padres y niños que no existe enfermedad orgánica.

Miedo.

El miedo es una de las emociones primarias del recién nacido; es una de las fuerzas principales que continúa motivando la conducta humana. Según Balkwin, el propósito de una enseñanza adecuada no es eliminar el miedo, sino guiar al niño para que esa reacción sea una protección contra el peligro. El miedo debe servir como un freno para los impulsos irrazonados y una ayuda para adaptarse a determinadas exigencias sociales.

El niño puede temer cosas que oye, siente o ve (estímulo objetivo), o el miedo puede basarse en algo que ha imaginado (estímulo subjetivo). Los temores pueden llegar al niño por intermedio de otros niños, del maestro o ya sea de los padres, en fin del medio ambiente en que se desenvuelve.

El niño ciego.

En el caso de estos pacientes, el tratamiento dental puede llevarse con buen éxito recordando que éstos pueden percibir una nueva experiencia iniciándola con una explicación en detalle, procurando que antes de usar cualquier instrumento debe permitirse que el niño

lo toque mientras se le explica como se usa.

El niño sordomudo.

Estos niños también conocen una nueva experiencia, la que hay que explicársela en lo posible dado las limitantes de la comunicación, recomendando que esté presente una persona que actúe a manera de intérprete y -- aprovechando sus otros sentidos permitiendo que vea y -- sienta los instrumentos, por ejemplo las fresas e instrumentos de mano que deberán probarse primero en los dedos y uñas, de manera que el niño capte la sensación de un instrumento cortante al igual que un instrumento giratorio, logrando la cooperación del paciente.

Puntos de vista sobre la higiene mental del niño.

Los estudios realizados en los últimos 50 -- años han contribuido considerablemente a la comprensión del área psíquica del niño y del adulto, si bien los conocimientos sobre la materia distan de ser completos, actualmente se están descubriendo principios que gobiernan la conducta de los seres humanos.

La conducta del niño no es fundamentalmente --

distinta de la del adulto; es de presumir que en él, puede ser observada en una etapa menos compleja y que es -- más fácil reconstruir las experiencias en los niños que en la vida adulta, pudiendo esas ser modificadas con -- cierta facilidad en las personas jóvenes.

Estas experiencias se basan en la observación -- o bien son intuitivas, por lo tanto actualmente no se -- han reglamentado a leyes o principios, sino que simplemente se han tratado de explicar y codificar, englobando las unas como hipótesis participantes de los campos de -- la Fisiología, Psiquiatría, Endocrinología, Neurología e incluso hasta la Parapsicología.

Desde el momento del nacimiento del niño se observan en él conductas instintivas tales como el respi--rar, el comer, posteriormente se conforman reacciones --propositivas tales como sentarse, caminar, adaptarse a --la madre, etc., teniendo en cuenta esta situación provo--ca conflictos y aún a pesar del convencimiento que se --trate de hacer, el niño es capaz de resolver el dilema y hace lo que debe hacer, estos mecanismos de rápida adap--tación del organismo a un fin común son provocadas indudablemente, por el sistema nervioso vegetativo, las glán

dulas de secreción interna, etc., no es necesario exponer aquí la fisiología de estas estructuras, pero podemos advertir que aunque el propósito pueda ser psicológico, la acción será considerada como un hecho físico o fisiológico, en una palabra. la línea que separa la fisiología de la psicología es artificial y carece de fundamento por lo que se refiere a la conducta psicossomática.

Esto nos lleva a afirmar que, a más de ser -- predominantemente propositiva e inconscientemente la motivación de casi toda la conducta, es en gran parte emocional que no puede ser modificado por los conceptos o las palabras tomados como tales. Es por esta razón, profunda y sencilla a la vez, que carece de objeto pedir a una persona que no tenga temor cuando su naturaleza misma, dada sus experiencias se lo provoca, y sin embargo, día a día los padres, los profesionistas, etc., por --- igual repiten sin cesar al niño, que no debe tener miedo, que no hay nada que temer, entonces se piensa que como el niño tiene miedo cuando no hay nada que temer, debe considerarsele como un desequilibrio mental.

CAPITULO IV

HABITOS Y SUS EFECTOS SOBRE EL DESARROLLO

DE LOS DIENTES

HABITOS Y SUS EFECTOS SOBRE EL DESARROLLO
DE LOS DIENTES

Durante los años de crecimiento y desarrollo y más tarde hasta llegar a la vejez, existen numerosos factores intrínsecos y extrínsecos, que actúan sobre el organismo humano, pero a veces algunos de estos toman un rumbo equivocado y se vuelven nocivos para el crecimiento y desarrollo óptimo de los maxilares y de la faz, entre ellos se puede citar a el instinto y el hábito, indudablemente compuestos por los mismos reflejos elementales; en el instinto el orden y el modo de las reacciones son heredados, en el hábito, ambos se adquieren durante la vida del individuo.

El hábito puede ser definido como un sistema complejo de reflejos que funcionan en un orden determinado cuando el niño o el adulto reciben un estímulo apropiado, definición que se restringe agregando que el hábito, el modo y el orden de las reacciones son adquiridas; en el instinto, son heredados. El instinto ha sido definido como un impulso interno.

Otra definición nos dice que el hábito, es la forma metódica en que actúan la mente y el cuerpo como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos definidos.

Algunas propensiones son instintivas, es decir, se inician en el nacimiento e inmediatamente después de él; por ejemplo, el niño recién nacido tiene el instinto de mamar, pero si no lo ejerce inmediatamente lo pierde parcial o totalmente en poco tiempo, en tanto que la inmediata ejecución del acto sirve para fijar el instinto.

El cirujano dentista que se dedica a la atención de los niños, se encuentra frecuentemente ante los problemas que nacen de los hábitos de chuparse y morderse los dedos, morderse los labios o la lengua, adoptar posturas viciosas al dormir, al acostarse y al apoyar la cabeza en la almohada, respirar con la boca y muchos otros hábitos perniciosos que impiden el desarrollo óptimo de la oclusión.

Las afirmaciones como las que se transcriben a continuación, son origen de grandes dificultades para el odontólogo cuando atiende al niño y además, crean --

gran confusión en la mente de los padres.

- Chuparse el dedo o la lengua de manera ocasional, es un hábito muy común en los niños de corta edad y no debe ser causa de alarma, ya que si se produce alguna deformidad, se curará por sí misma, siempre que desaparezca la costumbre antes de que broten los dientes permanentes.

- Un cirujano dentista hizo la siguiente pregunta a un famoso psiquiatra: Si persiste la costumbre de morderse las uñas y especialmente de chuparse el dedo, ¿En qué etapa del desarrollo o a que edad considera usted que necesitamos intervenir para ayudar al niño a fin de corregir ese hábito? Obteniendo como respuesta:-

- "En mi opinión, puramente empírica y producto de mi experiencia, si un niño de 4, 4 1/2 a 5 años de edad continúa chupándose el dedo, es conveniente investigar la situación que priva en la familia: ¿Se trata bien al niño? ¿Existe algún problema conyugal entre los padres y el niño? (se pregunta cuanto tiempo más continuarán viviendo juntos) ¿Riñen con frecuencia en el seno de la familia? ¿Se han ausentado por mucho tiempo alguno de los padres? ¿Hay algo que inquiete al niño? En este ca-

so será necesario corregirlo y con ello bastará. Si todavía continúa chupándose el dedo a los 6 o 7 años de edad, me gustaría saber cómo ha sido tratado durante toda su vida para determinar; si es capaz de abandonar el hábito por su propia voluntad, o si se hace necesario investigar primero, si existe algún conflicto neurótico producido por la situación familiar al fin de curarlo, por lo tanto, yo diría que a los 4 o 5 años de edad, debe estudiarse la situación, si continúa después de esos años, haría que un médico especialista tratara al niño para determinar cuál es la causa". - Todo odontólogo sabe que a los 4 o 5 años suelen haberse producido ya enormes daños a causa de estos hábitos perniciosos.

El pediatra, el cirujano dentista, el psiquiatra y el ortodoncista deberán esforzarse por resolver este problema a una edad más temprana si es posible.

Se considera que el hábito de chuparse el dedo durante los dos primeros años de vida no debe impedirse, su persistencia a los 3 y 4 años de edad parece indicar que existe un defectuoso ajuste emocional.

Desde el momento de nacer el niño, cuando está despierto, se encuentra en continuo movimiento, si se le

estimula en cualquier forma, los movimientos se hacen -- más frecuentes; al transcurrir el tiempo descubre que al gunos de esos estímulos le producen dolor y otros le causan placer.

Los labios del niño recién nacido se encuen--- tran muy adelantados en su desarrollo y su sensibilidad- al tacto, de modo semejante las yemas de los dedos son - muy sensibles, de manera que si se llevan a los labios - producen en éstos una respuesta inmediata en un intento- de succionar.

El niño aprende que el instinto de mamar cuan- do es estimulado por el hambre, le produce satisfacción- y le proporciona alimento para obtener energía, pronto - se fija este modo de reacción y si no se le da satisfac- ción con el pecho, encuentra un sustitutivo en el dedo - de la mano o del pié, esto constituye el modo de acción- que se conoce con el nombre de reflejo condicionado; por ejemplo, el hambre estimula la succión, siendo necesario algún objeto para satisfacerla. El objeto puede hacer ge neralmente que se inicie el reflejo que da principio al- acto de succionar y finalmente, el reflejo condicionado- se convierte en un hábito fijo.

Estos hábitos infantiles se dividen en rumiantes y cavadores. Los primeros nacen como consecuencia de que casi todos ellos, son medios para agotar la energía nerviosa sobrante que se acumula como resultado de la vida sedentaria. Estos hábitos inquietan a los pa---dres y suelen ser inaceptables desde el punto de vista social. Una discusión franca entre el médico y el niño de mayor edad en la que se le hace saber, que solo él puede suprimir el hábito a condición que lo desee. Es muy importante que también los padres lo comprendan así, con frecuencia suelen exagerar la importancia de un hábito insignificante, hasta llegar el momento en que el niño se olvida de las censuras de los padres. El niño se protege construyendo un sistema de satisfacciones para sí mismo, la intervención de los padres o sus instancias corren el peligro de convertir en cavador a un hábito rumiante, siendo importante encomiar al niño cuando logra sobreponerse, en lugar de castigarlo por no poder vencer el hábito.

Por otra parte, los hábitos cavadores, son -- siempre síntomas de alguna tensión emocional más profunda. Nunca deberá tratársele directamente.

Si se tiene éxito para suprimirlos, solo servirá para derivar la energía tensa y mal ajustada a otra parte, la carga que soporta el paciente puede requerir laboriosa investigación de todo el campo de la conducta del niño.

Los niños que se chupan el dedo, suelen ser -- considerados como impresionables o difíciles. Las historias clínicas muestran con frecuencia que los fenómenos anormales, nerviosos y psíquicos son numerosos y de naturaleza diversa. Swinshart divide estos casos en dos grupos:

- 1) Tics musculares o hábitos concomitantes que acompañan al de chuparse el dedo.
- 2) Anormalidades generales nerviosas y psicológicas; por ejemplo, retorcerse el pelo, tirarse de las orejas, rascarse la piel, jugar con las ropas de la cama o los vestidos, tirarse del pelo y otras manipulaciones del cuerpo u otros objetos.

Invariablemente se encontró que los síntomas eran más numerosos y graves cuando los hábitos habían sido practicados por más tiempo y con mayor intensidad.

dad. El sueño es inquieto y el apetito se ha pervertido y es deficiente, estos casos requieren la intervención de un psicólogo, para conseguir que tengan una relación más normal con los niños de su edad y ayudarlos a ajustarse a la vida cotidiana normal del juego y trabajo.

Chuparse y morderse los dedos.

Este hábito que se adquiere al nacimiento o un poco más tarde, es indudable que proporciona algún placer o satisfacción al niño hasta que finalmente, se convierte en hábito arraigado bajo cierta circunstancia.

Las observaciones previas y los estudios clínicos, han demostrado que la causa principal del hábito de chuparse el dedo, es la insuficiencia en el chupar - el pezón o el biberón. Esto se determinó mediante el estudio de numerosas historias de los sistemas de alimentación, en aquellas familias en que unos niños tienen el hábito de chuparse el dedo y otros no, se pudo demostrar que los primeros tuvieron menor actividad lactante que los segundos. Se demostró también que cuando el hábito se inició después de las primeras semanas de vida, se debió concretamente a la escasez en el tiempo de succión natural.

En el caso de chuparse el dedo y de otros hábitos de succión, existe con frecuencia un movimiento de la mano que acompaña el acto, se le ha dado el nombre de movimiento accesorio, referido al de la mano libre u ocupada en el caso del pecho o biberón, dicho movimiento -- puede llegar a formar parte tan integrante del acto de succión, que éste no puede efectuarse sin el otro.

En general la recomendación de los psiquiatras con respecto al hábito de chuparse el dedo ha sido la de no hacerle caso. Tal recomendación se ha hecho tomando en cuenta que en el niño, la evidente necesidad de chupar toma esta dirección, no habiendo por qué impedírsela, si no daña. En los casos en que no hay duda de que causa un perjuicio, los psiquiatras no han sabido que métodos proponer para evitarlo.

Tratamiento.

En cuanto a los métodos para evitar el hábito, los psiquiatras parecen tan intrigados como cualquiera, por lo general abrigan la esperanza de que cese en cuanto se resuelvan las dificultades emocionales del niño. Se ha apelado directamente al niño para suprimir su hábi

to, estimulándolo a la vez de explicarle el posible perjuicio que puede ocasionarle, etc. Puesto que todos estos métodos fracasan siempre, se recurre a los viejos -- dispositivos de impedimentos mecánicos y a la presencia de sabor desagradable que se coloca en la punta de los dedos que se chupan. Racionalmente según los estudios referidos, el recurso profiláctico y terapéutico indicado en la infancia, es el retorno al empleo del chupador, en los niños mayores debe combinarse con tipos de actividad que ocupen dedos y labios.

El odontólogo generalmente aconseja a los padres que ayuden a suprimir el hábito para evitar la maloclusión de los dientes, con mitones y dedaleras hechos de diferentes formas; defensa para dedos, mitones de aluminio, protectores de alambre, en los niños pequeños, cabe emplear una especie de camisa de dormir con la que -- las manos no pueden ser llevadas a la boca, guanteletas hasta el codo que tienen alguna eficacia en el caso de -- los niños muy pequeños o de los que chupan el dedo solamente cuando van a dormir.

Morderse las uñas.

Después de chuparse los dedos, morderse las uñas es el hábito más frecuente, se considera que es la transferencia del hábito frustrado de chuparse el dedo, hábito normal para el niño pequeño; se considera que el hábito de morderse las uñas puede ser normal para los niños de edad escolar.

El hábito de chuparse el dedo sirve para satisfacer la necesidad de obtener cierto placer en los labios y se le considera acto normal en el recién nacido, durante los primeros meses de vida, el morderse las uñas satisface una necesidad semejante en el niño mayor, el cigarro y el cigarrillo sirven para el mismo fin en el adulto.

Todos estos hábitos son mecanismos que sirven para aliviar la tensión y por lo mismo, revelan la existencia de tensiones internas.

El acto de morderse las uñas parece seguir -- una secuencia de cuatro posturas diferentes:

- 1) La colocación de cualquiera de las dos ma-

nos cerca de la boca. Esta postura dura des
de unos cuantos segundos hasta medio minuto.

- 2) El dedo golpea rápidamente contra los dientes anteriores.
- 3) Una serie de mordeduras rápidas y espasmódicas, con la uña del dedo apoyada fuertemente contra el borde incisivo de los dientes.
- 4) El niño retira el dedo de la cavidad bucal y lo inspecciona visualmente o lo palpa.

Durante el tiempo que dura esta serie de movimientos, el rostro adquiere una expresión grave, si el niño se da cuenta de que lo observan interrumpe súbitamente su actividad, con lo que al parecer, es un sentimiento de culpa. Este último, quizá, se deba a que la sociedad condena el acto, a los que tienen el hábito muy arraigado les es difícil abandonarlo aún cuando se les ridiculice, en consecuencia, cada vez es más hondo el conflicto con la sociedad que los rodea y se sienten atormentados por un problema que no pueden resolver.

Tratamiento.

Casi todos los autores están acordes en el tra

tamiento sintomático del hábito, mediante la aplicación de sustancia de sabor desagradable. Prohibiciones, reprimendas y burlas carecen de valor siendo contraproducentes y perjudiciales. Como el hábito es sintomático, muchos investigadores coinciden en opinar que el tratamiento deberá esforzarse por reducir la tensión del ambiente, aumentar el sentimiento de confianza en el individuo para aliviar las tensiones internas.

Nunca deberá recurrirse a la amenaza o al castigo, la ayuda afectuosa de los padres y de quienes rodean al paciente, deberá consistir en sugerir actividades interesantes; ejercicios al aire libre, alentar los juegos con otros niños de edad semejante, participación en las reuniones infantiles o cualquier actividad que haga que el niño salga de sí mismo y sienta que los demás lo quieren y lo necesitan.

Se ha indicado que el barniz para las uñas es muy útil en muchos casos, para recordar al paciente su resolución de abandonar el hábito.

En la literatura odontológica existen algunos informes sobre malas oclusiones debidas al hábito de morderse las uñas; Pese dice que la falta de pruebas nos ha

ce llegar a la conclusión de que el hábito ordinario de morderse las uñas no influye seriamente en la dentición. La razón de ello, quizá se encuentre en el hecho de que el uso de los dientes en el acto de morderse las uñas no difiere considerablemente de la manera común de morder y desgarrar los alimentos durante la masticación.

Respirar con la boca.

Posiblemente en la mayor parte de los casos, el hábito común de respirar por la boca tiene su origen en la primera infancia y es causado por alguna obstrucción de la respiración normal, tal como las vegetaciones adenoideas, la hipertrófia de las amígdalas, las alergias, etc., es conveniente que un otorrinolaringólogo haga un examen completo, para confirmar los factores etiológicos. A menudo la extirpación de las amígdalas y vegetaciones adenoideas no interrumpen el hábito.

Es de suma importancia que los padres, conozcan la manera de hacer cesar el hábito de respirar por la boca y restaurar la respiración normal por la nariz.

Clínicamente se ha observado que dichos casos no responden bien al tratamiento en lo que se refiere a-

la mejoría del aspecto facial, aún cuando se mueven los dientes a su relación normal y se mantenga ahí de modo permanente, cosa que es posible hacer. Los centros de crecimiento en el área defectuosa no responden al estímulo de las fuerzas oclusales mejoradas, en consecuencia, los resultados estéticos son muy desalentadores. Antiguamente se enseñaba que la posición posterior de la mandíbula, retarda en cierto grado esas fuerzas de crecimiento que aumentan la longitud antero posterior del cuerpo de ese hueso, la teoría en la que se basa esta afirmación, dice que las fuerzas funcionales ejercen sobre la mandíbula un empuje hacia atrás, por lo que es torbanel crecimiento anterior. En la actualidad se deduce, de las investigaciones realizadas, el esfuerzo funcional tiene poca o ninguna influencia para modificar el modo de crecimiento de esa base ósea, sin embargo, el cambio de la relación oclusal de los dientes, especialmente en el ajuste de la relación axial y en las posiciones que adoptan las unidades de ambas dentaduras en los planos horizontal y vertical, favorecen la deformación ósea.

Cuando entra en acción funcional esta dentadura mandibular de oclusión distal, el punto de mayor es-

fuerzo oclusal sobre los molares mandibulares se transfieren de su posición normal (el centro de estos dientes) a la posición anterior y esto contribuye a producir pervección mesial de los primeros molares de la mandíbula, también se produce una pervección semejante a la posición axial de los dientes anteriores a los molares de la mandíbula, ya sea caducos o permanentes. Los molares permanentes y los premolares o molares caducos del maxilar, según sea el caso, alinean también sus posiciones axiales para conformarse a esta nueva línea de esfuerzo.

El labio inferior se acomoda en el espacio -- que existe ahora entre los incisivos de la mandíbula y del maxilar, cuando el niño traga, el labio suele ser -- llevado contra los incisivos de la mandíbula que se mueven lingualmente y se elevan. Los caninos son llevados -- lingualmente e inclinados distalmente, reduciendo el -- área que necesitan los dientes premolares en la dentadura, es por ello que estos dientes no pueden brotar a su altura normal y permanecen en infraoclusión, de esta manera se crea una exagerada curva de Spee en la dentadura mandibular con pérdida de crecimiento vertical en el borde alveolar.

El arco maxilar y el hueco alveolar son presio
nados lateralmente por los músculos buccinadores que se-
encuentran en tensión a causa de la mandíbula deprimida,
la lengua, que normalmente equilibra esta presión de los
buccinadores. pierde el contacto con el arco dentario --
del maxilar, por lo que su borde alveolar se estrecha --
considerablemente. Debido a que la boca está abierta, ra
ra vez funcionan los labios normalmente, lo que hace que
el superior no se desarrolle y sea tan corto, que en lu-
gar de hacer presión sobre las coronas de los dientes in
cisivos del maxilar, descansa sobre el borde alveolar --
hasta sus raíces. En dicha posición ejerce una presión -
que lleva a estas raíces incisivas lingualmente, en tan-
to que sus coronas son forzadas labialmente por la pre-
sión del labio inferior y encuentra, que el lugar más --
conveniente es lingualmente con respecto a los incisivos
maxilares, en el espacio que media entre éstos y los in-
cisivos de la mandíbula.

También se verifica progresivamente el despla-
zamiento labial de las coronas de los incisivos maxila--
res, debido al constante empuje de la lengua cuando el -
paciente intenta humedecer los labios anormalmente secos
a causa de que respira por la boca.

Generalmente el labio inferior es fofo y de aspecto desagradable, a menudo el paciente lo chupa durante la deglución y esto aumenta la pervección axial labial de los incisivos maxilares. No es extraño observar que los bordes oclusales de los incisivos mandibulares, se encuentran en contacto con la membrana mucosa del paladar duro en sentido lingual con respecto a los incisivos del maxilar.

En la mayor parte de los casos esta sobremordida excesiva, se debe a la falta de crecimiento vertical en las regiones mandibular y premolar de la mandíbula y la supraoclusión de los dientes mandibulares.

Tratamiento.

Una vez que el Otorrinolaringólogo ha eliminado toda obstrucción al paso del aire, el problema principal consiste en decidir si el niño requiere un tratamiento ortodóntico para modificar cualquier protrucción extrema de los dientes del maxilar, que haga casi posible que se junten los labios, y al mismo tiempo prescribir ejercicios de respiración.

Hay muchos niños que a pesar de que respiran por la boca pueden unir comodamente los labios, en este

caso es posible emplear un escudo de plástico para la boca que se coloca en ella antes de que el niño se recoja.

Morderse los labios y la lengua.

El hábito de morderse el labio inferior produce un efecto nocivo en el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara, cuando este hábito es constante -- tiende a mover labialmente los dientes anteriores del -- maxilar, estableciendo con ello una abertura de la mordida o infraoclusión de los dientes anteriores, los molares pueden alargarse aumentando la mordida abierta, en esta condición, debe recurrirse a ejercicios de la lengua.

Cuando el niño se chupa la lengua, se alargan los dientes por períodos, produciendo la abertura de la mordida en los dientes anteriores. Los hábitos viciosos de la lengua pueden producir grandes deformaciones.

Johnson analiza el hábito vicioso de los labios así:

- 1) La lengua se mueve hacia adelante y humedece el labio inferior.
- 2) El labio inferior se vuelve hacia adentro.
- 3) La lengua vuelve a la boca y el labio infe-

rior queda sujeto entre los dos dientes.

- 4) Al volver el labio inferior a su posición normal, se aplica una ligera presión sobre los incisivos del maxilar, que se inclinan labialmente, el grado de protrución depende del espesor del labio inferior que conserva la deformidad.

Se aconseja el empleo de pomada labial aplicada a los labios para recordar al paciente que no debe morderse el labio. El humedecimiento del labio agrietado en tiempo de frío suele iniciar este hábito.

La lengua compuesta por diversos músculos, -- puede ser origen de muchas dificultades, normalmente -- existe un equilibrio fisiológico entre los músculos de la lengua, en la parte interna de la línea de los dientes y la cortina de músculos faciales en la parte exterior, que ayuda a determinar la posición de los dientes y de la estructura ósea de la boca. Cuando se rompe el equilibrio, el empuje anormal de la lengua en la parte interna produce unos dientes con diversos grados de maloclusión.

Los hábitos anormales de succión producen una

oclusión desequilibrada, la cortina de músculos compuesta por los músculos de la masticación y el orbicular de los labios, comprimen los límites de manera que se pervierten las fuerzas del desarrollo normal y se afectan las formas normal del arco y la oclusión correcta.

Ejercicios correctivos.

Los hábitos nerviosos auxiliares (hurgar, tirar de un objeto, morderse nerviosamente las uñas, etc.) deben ser estudiados cuidadosamente y es necesario evaluar las condiciones del ambiente y de la educación, para encontrar el modo de corregir estos trastornos del crecimiento y de la oclusión normal, es evidente que si estos hábitos se interrumpen a una edad suficientemente temprana, los huesos de la cara y la posición de los dientes tenderán a continuar su desarrollo normal, no obstante, si el hábito no se interrumpe antes que el niño llegue a la edad transicional, puede dañarse el hueso de modo permanente e iniciarse un tipo progresivo de maloclusión. En muchos de estos casos será necesario recurrir a los ejercicios correctivos para convertir un hábito vicioso en otro útil. Solo incluiremos aquí algunos de los ejercicios fundamentales que sirven para corregir los hábitos nocivos de la boca.

Ejercicios de masetero y del temporal.

En muchos niños que respiran por la boca o son débiles e hipotónicos, los músculos de la masticación -- son flojos faltándoles fuerza y tono, si el niño puede colocar los dientes en la oclusión correcta, es aconseja ble recurrir al siguiente ejercicio:

- 1) Ponga la punta del dedo índice sobre el músculo masetero cerca del ángulo de la mandíbula, para que el niño pueda sentir los movimientos de contracción y relajamiento.
- 2) Junte los dientes.
- 3) A continuación contraiga y afloje el grupo de los músculos maseteros y temporales.
- 4) Mantenga los dientes con los músculos contraídos hasta que el niño cuente diez mentalmente, a continuación afloje los músculos.
- 5) Repita cuando menos diez veces la contracción y el relajamiento contando hasta diez.
- 6) Unos días después deberá aumentarse gradualmente la cuenta de diez hasta llegar a veinte.
- 7) Este ejercicio deberá realizarse con regularidad tres veces al día.

Ejercicios pterigoideo.

Los niños cuyos músculos de la boca son débiles y flojos, presentando un desplazamiento distal de la mandíbula, pueden corregir en muchos casos esa condición mediante el ejercicio pterigoideo. Puede ser necesario - también emplear cierta forma de aparato ortodóncico, especialmente cuando existen puntos de interferencia que impidan que la mandíbula pueda ser llevada hacia adelante, a la posición de ventaja mecánica.

- 1) Lleve la mandíbula tan adelante como le sea posible y después déjela que se retraiga -- hasta que los dientes tomen su relación normal.
- 2) Apretando los dientes contraiga y afloje el grupo de músculos masetero-temporal contando diez lentamente.
- 3) Deje descansar la mandíbula y llévela otra vez hacia adelante.
- 4) Este ejercicio deberá continuarse hasta que se haya fijado el hábito fisiológico normal, en relación con la posición de la mandíbula.

Ejercicios para los músculos faciales.

Las instrucciones para el paciente son las siguientes:

- 1) Lleve los molares del maxilar y de la mandíbula a la posición de oclusión y consérvelos en ella.
- 2) Contraiga todos los músculos de un carrillo, con lo que el ángulo de la boca se contrae en línea recta y hacia atrás.
- 3) Conservando todavía esta posición empuje con las manos si es necesario todos los músculos del lado opuesto de la cara hacia el lado que ya se ha contraído.
- 4) Mientras se conservan tensos estos grupos de músculos aspire profundamente el aire y déjelo escapar con lentitud.
- 5) Repita los mismos movimientos en el lado opuesto.

Ejercicios de la lengua.

Aunque es difícil corregir los hábitos de la lengua que con frecuencia causan maloclusiones de mordida abierta, se ha ideado el siguiente ejercicio:

- 1) Se coloca en el paladar un pequeño pedazo de caramelo cuyo tamaño sea aproximadamente igual al de un cuarto o un tercio de uno de los dulces llamados salvavidas, exactamente detrás de los incisivos maxilares, donde-

es sostenido por la punta de la lengua, se enseña cuidadosamente esta posición al paciente y cuando se realiza cada acto de deglución la punta de la lengua se mantiene en la posición correcta. Existe sin embargo un punto muy importante que no debe olvidarse, si el pedazo de caramelo se mantiene más atrás del paladar y no exactamente detrás de los incisivos, será mantenido allí por el dorso de la lengua y la punta podrá nuevamente llenar el espacio comprendido entre los dientes con lo que fracasará el propósito del ejercicio. Durante la alimentación debe incitarse al paciente a deglutir con la posición correcta.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE PACIENTES IMPEDIDOS

TRATAMIENTO DE PACIENTES IMPEDIDOS

Los niños con diferentes impedimentos presentan al Cirujano Dentista que desea proporcionar un servicio completo de odontología para niños, un desafío exitante, los pacientes física y mentalmente impedidos han recibido muy poca atención en el consultorio corriente, aún cuando no hubieran creado problema alguno, si bien, muchos de ellos pueden ser tratados exitosamente en el consultorio privado, la hospitalización es esencial en algunos casos.

Entre los casos más comunes está el parálitico-cerebral que presenta uno de los problemas mayores al odontólogo; otros estados como el retardado mental, distrofia muscular, problemas ortopédicos resultantes de la poliomielitis, discracias sanguíneas, ceguera, epilepsia, y labio y paladar fisurado, crea también impedimentos. Los niños afectados exigen una comprensión simpática y un servicio profesional de acuerdo con lo mejor en la experiencia del odontólogo.

Parálisis Cerebral.

Es un término que se aplica a un grupo de esta-

dos que varían en manifestación y grado que tienen en común una lesión del cerebro que afecta al control motor.- La lesión puede ser congénita adquirida en el momento -- del parto o en la vida postnatal. Las manifestaciones va rían en tipo y grado, dependiendo de la ubicación y gravedad del daño cerebral. Las manifestaciones neurológi-- cas que pueden notarse son: espasticidad, atetosis, temblor, rigidez, ataxia y flacidez.

Junto con la complicación neuromuscular, el pa ciente puede ser mentalmente retardado o tener otras com plicaciones. La etiología de la parálisis cerebral no se comprende del todo, los defectos congénitos del cerebro-- se consideran factores etiológicos; otros son probable-- mente resultado de infecciones a virus u otros agentes - nocivos que producen un efecto deletéreo sobre el efecto durante el período de formación sobre los tejidos cere-- brales. El daño cerebral que puede producirse como conse cuencia de hemorragia o anoxia en el momento del naci-- miento puede producir lesiones que son responsables de - la parálisis cerebral. Los factores postnatales incluyen trauma, infecciones (hemorragias, émbolos, trombosis), - anoxia y daño cerebral consecuencia de neoplasmas.

Distrofia muscular.

Es una enfermedad progresiva del tejido muscular, caracterizada por debilidad y atrofia de los músculos esqueléticos. A medida que la enfermedad progresa, aumenta la incapacidad y la deformidad. El pronóstico es desfavorable; pocos pacientes sobreviven el período de adolescencia. La etiología de la distrofia muscular progresiva no se conoce, aunque parece existir un factor hereditario. Los varones son más afectados que las mujeres, en una proporción de 3 a 1.

Deficiencia mental.

Puede ocurrir como entidad separada o en asociación con otros estados invalidantes, como la parálisis cerebral o distrofia muscular. La inteligencia no es el resultado de un proceso mental aislado, aunque se expresa cuantitativamente como el cociente de inteligencia que es la correlación de la edad mental del individuo con su edad cronológica. Los factores etiológicos que pueden producir deficiencia mental pueden clasificarse como prenatales, natales y postnatales; entre los primeros está la herencia, infecciones (sífilis, toxoplasma, anecefalitis, varicela) y la irradiación materna. La anoxia, heridas vasculares y otras causas de daño cere-

bral, consecuencia de trauma de nacimiento, son ejemplos de factores etiológicos natales. Las causas postnatales que pueden identificarse son las infecciones del sistema nervioso central, trauma cerebral, trastornos vasculares cerebrales, envenenamientos y convulsiones recurrentes.

Prevención de los problemas dentales.

El enfoque más eficaz de los problemas dentales del niño impedido se basa en un programa de prevención. El énfasis en la Odontología Preventiva es muy importante para los pacientes impedidos, ya que sus capacidades físicas y mentales pueden ser tales que se hace difícil brindarles en un tratamiento dental satisfactorio. Todas las posibilidades de prevención deben instituirse a edad temprana. La colaboración entre las profesiones médica y odontológica permitirán al paciente tener el beneficio del consejo interprofesional precoz que pueda prevenir problemas serios.

Cualquier programa dental preventivo para el niño impedido debe incluir instrucciones para el cuidado en el hogar, la recomendación de la restricción de hidratos de carbono refinados en la dieta, nutrición correcta, exámenes dentales periódicos y tratamiento precoz.

Las instrucciones para el cuidado en el hogar varían con el tipo y gravedad del impedimento, los pacientes cuyas funciones mentales y físicas no están perturbadas severamente pueden seguir un programa de cuidado en el hogar, idéntico al que se recomienda a los pacientes normales, para el niño con un impedimento grave, alguna otra persona debe asumir la responsabilidad del cepillado dental diario y de los enjuagatorios bucales que se requieren, debe explicarse a los padres que el objetivo del cuidado en el hogar es proporcionar al niño la correcta higiene dental que le ayude a prevenir el desarrollo de trastornos parodontales y de caries.

Los padres de niños impedidos tienden a ser demasiado indulgentes con ellos, una manifestación de esta actitud parece ser la expresión de amor, del padre al hijo, en forma de aporte abundante de hidratos de carbono refinados. El padre bien intencionado no se da cuenta que está contribuyendo directamente al desmoronamiento dentario de su hijo, por lo tanto, una parte esencial del programa preventivo es la educación del padre sobre el papel de los hidratos de carbono fermentables en el avance de la caries, desde un punto de vista ideal esos hidratos de carbono fermentables debieron eliminarse de la dieta, si esto no se puede lograr, quizás, pueda dis-

cutirse con el padre un programa de compromiso e iniciar lo para beneficio del paciente. El odontólogo puede recomendar un sustituto para esos hidratos de carbono refinados fermentables, como las frutas frescas o vegetales -- crudos que tendrán también un beneficioso efecto de masaje sobre los tejidos blandos.

El examen periódico de rutina de los pacientes impedidos, debe incorporarse como parte del plan total - del cuidado dental, evaluación que permitirá al odontólogo brindar un cuidado óptimo consistente con el impedimento y prevenir el desarrollo de problemas dentales graves.

Procedimiento de examen.

Una preliminar importante al examen del paciente, consiste en registrar cuidadosamente la historia médica y odontológica, los resultados de los tests de aptitud mental o psicológica que puedan haberse realizado y la información referente a las drogas que el paciente -- puede estar tomando de rutina. Durante la conversación -- con el padre es posible en muchas circunstancias, evaluar la relación entre el niño y el padre. Algunos padres son demasiado solícitos con su hijo impedido, mien-

tras otros pueden albergar un sentimiento de rechazo hacia él. Una comprensión lo más completa posible de la situación ayudará al odontólogo a acercarse al niño más inteligentemente y discutir el diagnóstico y tratamiento de manera más eficaz con el padre.

Habitualmente se permite al padre permanecer en el consultorio durante el examen inicial para permitir al profesional presentar y comentar lo que encuentra. El examinador debe explicar al niño de una manera firme y positiva que hará durante el examen en términos que pueda entenderlos, no todos los pacientes entenderán plenamente la explicación, pero este acercamiento debe utilizarse como intento de calmarle. Durante el examen puede resultar necesario restringirle al niño debido a sus movimientos atetósicos con la correcta posición en el sillón dental y del operador, se puede controlar el movimiento para permitir el examen.

Durante el examen, el dentista puede notar anormalidades periodontales, caries, maloclusión y bruxismo extremo. Todas estas comprobaciones deben anotarse debidamente en una ficha para permitir una evaluación completa del estado de la boca.

Durante el intento de examinar a algunos niños resultará evidente que el acercamiento descrito no es -- práctico, el dentista puede entonces considerar las posi bilidades de la premedicación y sedación del paciente, - para permitir el tratamiento en el consultorio, o reali- zar la tarea en la sala de operaciones de un hospital, - con el paciente bajo la influencia de un anestésico gene ral.

Tratamiento dental en el consultorio.

Muchos niños impedidos pueden ser tratados ade cuadamente en el consultorio, sin variante en el acerca- miento utilizado para pacientes normales. La incapacidad física debe considerarse junto con la capacidad mental, - para establecer un plan de tratamiento favorable que se- rá de máximo beneficio de acuerdo con el impedimento. To dos los pacientes deben ser tratados completamente hasta el punto de eliminar toda caries y dientes afectados, el reemplazo de dientes perdidos puede conseguirse en casos seleccionados con aparatos fijos, los pacientes más aler tas pueden igualmente usar aparatos removibles, porque - tienen la capacidad mental y física para comprender la - necesidad de ese tratamiento y son capaces de aceptar la responsabilidad para el cuidado en el hogar, por el con- sultorio algunos pacientes tienen una incapacidad tal, -

que será poco práctico, si no imposible, utilizar un aparato protésico removible.

Manejo del niño durante los procedimientos operatorios.

El paciente con estados que lo disminuyen, como la hemofilia o la epilepsia, pero tienen inteligencia normal, pueden ser manejados exactamente en la misma forma que el paciente completamente normal, niños que son mentalmente lentos requieren más paciencia y explicación por parte del dentista.

El niño debe ser siempre manejado en base a su edad fisiológica, o desarrollo mental, ya que reaccionará en base de eso, no es sensato hablarle por debajo o por encima de su nivel de comprensión. El nivel de acercamiento no es siempre fácil de determinar, porque la reacción del paciente puede ser modificada por su incapacidad para hablar o su ansiedad respecto al tratamiento que se va a efectuar, el dentista debe acercarse al paciente con la tranquila seguridad de que se va a hacer lo mejor para el niño, si está tenso y preocupado, transmitirá ese sentimiento y el niño se asustará. Un acercamiento firme, calmo, hará mucho para tranquilizar al niño.

El paciente paralítico cerebral, aún con capacidad mental para su edad, puede constituir un problema especial de manejo debido a su espasticidad involuntaria, rigidez o movimientos atetósicos. La complicación de los músculos faciales de la masticación y del cuello, pueden empeorar o destruir la capacidad del paciente para comunicarse con el operador, como resultado de esta incapacidad, el dentista debe intentar interpretar los diversos ruidos o movimientos de los que es capaz el paciente. Muchas veces los intentos de comunicación por parte del paciente son equivocadamente interpretados por el dentista como conducta inconveniente.

Por varias razones se recomienda que el padre espere en la sala de recepción mientras se trata al niño, probablemente la razón más importante es establecer una relación más estrecha entre el niño y el dentista, si el padre está en la habitación el niño lo buscará constantemente por simpatía y ayuda e ignorará casi por completo al dentista.

La relación entre el niño y el operador deberá ser directa y no indirecta con el padre como enlace. Los padres de los niños impedidos tienen una profunda preocupación, muy comprensible, por el bienestar de sus hijos,

como consecuencia de esta actitud pueden interpretar --
mal algunas de las restricciones y técnicas de trata---
miento que son necesarias.

Los pacientes espásticos son generalmente más
fáciles de controlar que los atetoides. El paciente atē
tósico se mueve todo el tiempo y se hace necesario sos-
tenerle la cabeza, de manera tal, que sus movimientos -
se mantengan al mínimo, con la ayuda del sujetador he--
cho de lona fina. Para prevenir el cierre repentino de-
la boca sobre los instrumentos o dedos del operador, --
puede ser prudente usar un separador bucal.

Si se desea anestesia, cualquier anestésico -
local aceptable se usa y se administra exactamente lo -
mismo que en pacientes normales, durante muchos de los-
procedimientos operatorios de rutina se ha encontrado-
que no se requiere anestesia. En niños normales la den-
tadura primaria no es tan sensible a los procedimientos
operatorios como los permanentes y lo mismo vale para -
los pacientes impedidos, si el operador sospecha que se
acerca a la cámara pulpar durante la manipulación, se -
sugiere el empleo de un anestésico local. Los equipos -
de alta velocidad permiten ahora realizar el tratamien-
to necesario más rápidamente y con más comodidad para -

los pacientes.

Para disminuir al mínimo el número de veces -- que el niño necesitará visitar al dentista, el operador -- tratará de realizar lo más posible en cada cita: si se -- puede hay que restaurar un cuadrante en cada visita, aún cuando la necesidad de extracciones o la presencia de -- dientes muy cariados pueda impedirlo.

Todas las cavidades se preparan como para los -- niños normales y todos los dientes se restauran con amal -- gama de plata, excepto los dientes anteriores permanentes -- , en los que se emplea el cemento de silicato, tan--- -- bién pueden usarse coronas de acero inoxidable con ventaja -- , cuando están indicadas para el tratamiento correcto.

Medicación preoperatoria.

Si bien muchos pacientes pueden ser tratados -- en la forma descrita, es necesario relajar a otros por -- medio de una medicación preoperatoria, otro grupo más -- gravemente impedido, solo puede ser tratado exitosamente con ayuda de anestesia general en ambiente hospitalario.

Se reconoce que muchos de los pacientes impedidos -- son casos denominados "fronterizos" o estar en el lími

mite entre moderadamente impedidos y gravemente afectados, estos últimos son los candidatos para anestesia general; los primeros pueden tratarse bien y con mínimo de trauma en el consultorio, mientras están relajados por efecto de la medicación preoperatoria.

La Mefensina ha resultado muy útil como droga relajante para niños impedidos, puede usarse en combinación con barbitúricos y Demerol para preparar al paciente y puede recetarse junto con la Escopolamina, para permitir una medicación balanceada.

Durante la determinación de la dosis de las drogas a usar, hay que conocer las otras drogas y dosis que un niño impedido puede estar tomando rutinariamente, ya que muchos se encuentran en una terapia de mantenimiento permanente, si el padre tiene dudas al respecto al tipo y dosis de los medicamentos debe consultar con el médico del paciente.

La dosis más aceptada es el Demerol 25 mg., barbitúrico 0.15 a 0.2 gr. y escopolamina 0.2 a 0.4 mg., el efecto de esas dosis en el niño se observa durante una hora y si es necesario, el Demerol y el barbitúrico pueden aumentarse de 12.5 mg. y 50 mg. respectivamente,

hasta que el paciente se encuentre en el estado deseado. Una vez determinada la dosis básica para un niño, puede recetarse en cada visita la cantidad correcta de cada droga; algunos operadores prefieren tener a sus pacientes más relajados que otros, y cada paciente reacciona de manera distinta a la medicación, por estas razones cada profesionalista, debe determinar la manera en que se de sea usar la medicación preoperatoria.

A los padres se les deben dar instrucciones -- respecto al cuidado preoperatorio, deben comprender que su hijo estará bajo la influencia de las drogas durante varias horas y que puede dormir durante un período prolongado.

C O N C L U S I O N E S

C O N C L U S I O N E S

- 1.- Tanto el crecimiento de los dientes en longitud y de los maxilares en altura es más o menos a la misma velocidad, siendo procesos simultáneos e independientes.
- 2.- Tanto la acción de la glándula tiroides, timo y gónadas, así como la pirixia, pueden ocasionar la erupción prematura de los incisivos, siendo factible que en algunos casos el niño nazca con ellos.
- 3.- La caries dental constituye un problema crucial para la Odontología y la Medicina General, por ser causa y origen de un sin número de enfermedades que pueden llegar a lesionar al organismo gravemente, así mismo por sus repercusiones estéticas y funcionales en la boca.
- 4.- En la actualidad la incidencia de la caries se ha acentuado grandemente, debido al cambio del régimen alimenticio, presencia de alimentos con gran cantidad de hidratos de carbono refinados y alimentos blandos.

- 5.- Los hábitos de masticación, las irregularidades de posición dentaria y las diferentes configuraciones anatómicas, son algunas de las causas principales en la predisposición de la caries.
- 6.- Existen diversas teorías sobre la etiología de la caries, algunas que las atribuyen a la presencia de agentes microbianos, otros a mecanismos bioquímicos y otras a procesos endógenos, sin embargo, ninguna se contrapone y es posible que el origen de la caries sea en ciertos casos el resultado de un solo agente o bien de una combinación de todos los factores anteriormente mencionados.
- 7.- La relación del niño con sus semejantes está dotada e influenciada por la acción de la madre durante el período de lactancia, aumentando paulatinamente en su desarrollo a medida que va adquiriendo nuevos conocimientos y experiencias.
- 8.- Para el tratamiento de un niño es importantísimo conocer la influencia del medio ambiente familiar, ya que conociéndola sabremos de que forma podemos realizar nuestra terapéutica psicológica más adecuada.
- 9.- Los hábitos se consideran hasta cierto punto impor-

tantes para el desarrollo de la personalidad del individuo, aunque algunos toman un rumbo equívoco volviéndose nocivos para la salud de éste.

- 10- Los hábitos perniciosos que afectan al niño son originados por estados nerviosos que son causados por problemas del hogar que pueden ir en aumento si no son tratados, dando origen a problemas funcionales y psicológicos.
- 11- Se considera que los hábitos sirven para aliviar tensiones, ya que éstos son formas de expresión de problemas internos.
- 12- Los hábitos pueden ser causados por malos funcionamientos de algunos órganos, como por ejemplo el caso del respirador bucal que es originado por la hipertrofia de las amígdalas y por vegetaciones adenoides.
- 13- La influencia de los padres en el niño impedido es demasiado marcada, ya que siempre trata de complacerlo en todo momento, siendo para el Cirujano Dentista un problema que tendrá la obligación de resolverlo de la forma más rápida y mejor para devolver a éste su salud bucal.

BIBLIOGRAFIA

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

ODONTOLOGIA E HIGIENE ODONTOLOGICA.
Floydo Eddy Hoceboom.

PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA.
Arthur P. Noyes
Lawrence C. Kool

MANUAL DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL
F. Pascual del Roncal.

HIGIENE MENTAL DEL INDIVIDUO
Lam Kan D.U.

TRATADO DE ODONTOPEDIATRIA
Woltez C. Mc. Beide.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL
Publicaciones.
Costa Rica, 1968.

STUDIES ON DENTAL CARIES.
Klein, Henry,
Palmer, C.E. y
Knutson J.W.

SUSCEPTIBILITY TO DENTAL CARIES IN MAN.
Bodecker, C.F. y
Bodecker, H.W.C.

ODONTOPEDIATRIA CLINICA
Sidney B. Fimm.
Ed. Bibliográfica.
Buenos Aires, Argentina.

TRATADO DE ODONTOPEDIATRIA
Wortez C. Mc. Beide.

AN INDEX OF THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES
IN SCHOOL CHILDREN.
Knutson, John W.