Leg 807



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXODONCIA INFANTIL

TESIS

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

Ana Maria Sánchez Hernández

México, D. F.

1982.





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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION.

- I COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES Y MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL
- II HISTORIA CLINICA.
- III EPOCA DE EXFOLIACION O CAIDA NORMAL DE LOS DIENTES TEMPORALES.
- IV EXODONCIA EN LA PRACTICA CLINICA.
 - INDICACIONES.
 - CONTRAINDICACIONES.
- V ANESTESIA.
- VI TECNICA DE EXTRACCION E INSTRUMENTAL EMPLEADO.
- VII ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION.
- VIII TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.
- IX MANTENEDORES DE ESPACIO.
- X TRATAMIENTO DEL NIÑO IMPEDIDO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La Odontología Infantil, es una rama de la Odontología en general que se encarga del estudio del niño, tanto psicológica como físicamente, aplicando las medidas preventivas para lle varlo a un mejoramiento de salud, tanto general como bucal.

En relación a lo anterior, el objetivo del Cirujano Dentista debe ser prevenir, conservar y por último recurso eliminar - organos dentarios.

El hecho de sacrificar los dientes primarios antes de tiempo o en ausencia de indicación para su extracción, no debe realizarse en la práctica dental.

El niño, no por tener una dentadura cambiante, se le va a descuidar la misma, pues esto trae como consecuencia un sin número de complicaciones de diferente indole, que afectan di rectamente el futuro del niño, asumiendo el odontólogo esta responsabilidad, cuando se decide hacer cualquier extracción o cirugia bucal.

Siendo deber de los padres, él aceptar su parte en ésta responsabilidad dual, y juntos preveer de antemano los inconvenientes que se puedan originar a la dentadura sucesiva, como lo son los problemas de maloclusión, traumatísmos y mal posición dentaria, así como la imposición de un objeto extraño en la boca del niño, como es el uso de mantenedor de espacio mientras erupciona el sucesor permanente, para evitar lo antes mencionado.

La finalidad por la cual se realizo dicho trabajo, es con el fin de dar a conocer de manera clara y concreta, la forma de cómo y cuándo debe ser extraído un diente temporal; por lo que se exponen varios capítulos relacionados a este tema.

CAPITULOI

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES Y MANEJO DEL NIRO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El cuidado de cualquier niño paciente, requiere además del simple cono cimiento y hábilidad técnica, el interés imprescindible para el niño - como ser humano y una comprensión a sus sentimientos y necesidades como tal.

Teniendo en cuenta que un niño no es un conjunto de partes sin rela - ción entre sí, o que funcionen de manera independiente; cada parte es esencial e integral de un todo y cada una de estas partes influye so - bre el todo, teniendo como referencia del mismo, el núcleo central del niño, o sea su personalidad, ya que en ella logra el hombre su integra ción final y su plenitud. La personalidad determina su respuesta a la enfermedad o al tratamiento.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio Odonto lógico, está motivado por su deseo de evitar lo desagradable y doloroso y el que él interpreta como una amenaza a su salud y bienestar; para librarse de ello, el niño adopta el medio que considere más conveniente y generalmente es logrado con una mala conducta hasta que comprenda que no logra nada con ello, pierde su motivación y cambia de actitud.

El manejo del niño, es obtenido por la comprensión, confianza y de la manera en que se logra su cooperación por el dentista, ya que es un re

quisito previo para su atención dental completa. El tipo Psicológico de niños, está clasificado de acuerdo a los trastornos que se desprenden de la integración del niño en el medio ambiente y la adquisición de experiencias favorables y desfavorables, asociando una Psicopatología como resultado de una experiencia traumática física o emosional, evitando esto con la preparación del niño para el suceso desfavorable por sus padres y dentista.

Para su diagnóstico y tratamiento, se debe realizar un estudio detallado, tanto del niño como del núcleo familiar y personas que lo rodean.

La edad Psicológica del niño, no siempre corresponde a su edad cronológica, pero en el diagnóstico de los problemas de conducta y de planifica - cióndel tratamiento debe considerarse ambas edades, fisiológicas y psicológicas.

Cuando el dentista examina o trata a un niño de 2 años, aprecia la diversidad de su capacidad de comunicación por deficiencias en su desarrollo del vocabulario, se puede limitar o extender su grado de cooperación. El empleo de objetos para lograr su captación es más recomendable que las palabras, su tímidez es acentuada hacia la gente y lugares desconocidos y casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio, ya que la disminución de su temor es debida a presiones sociales que lo obligan a ocultar su miedo.

A los tres años, puede comunicarse y razonar con facilidad durante la experiencia odontológica; su conversación es amplia, el acompañamiento de sus padres para brindarles consuelo, apoyo y seguridad que es insustituible, ya que el miedo a los extraños es acentuado.

Cuando los niños tienen cuatro años, se encuentran más manifestaciones - de temores que dismunuyen a medida que el niño adquiere capacidad de eva luación de situaciones que le producen miedo; por lo común, escucha las explicaciones con interés y responde bien a las indicaciones verbales, -

su mente es vivaz y su conversación exagerada, es cooperador por lo regular.

A los cinco años, su actividad en grupo y su experiencia comunitaria es acentuada, su relación personal y social están bien definidas, no existe temor al alejarse de sus padres, son niños por lo general maduros, que - responden bien a comentarios sobre su aspecto personal.

Los seis años, es una época de transición importante en los niños, con una ansiedad y tensión considerables, con un claro incremento en las respuestas temerosas, se aprecian su inestabilidad emocional, por su ego a traumatismos, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar tensiones in ternas desagradables y suprimirlas hasta lograr satisfacción; al tratamiento responde de manera satisfactoria.

Cuando el niño tiene siete años, se maneja su capacidad para resolver te mores, posee preocupaciones, pero resuelve sus miedos reales. Se puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando en los procedimien tos dentales.

De los ocho años a los catorce años, los niños toléran situaciones desagradables y es obediente, maneja sus frustaciones, no tiene problemas, tiene control emocional y confía en el dentista, se preocupan por su aspecto, que puede manejarse con motivación, para buscar su atención odontológica. Coopera para satisfacer su ego.

En la experiencia odontológica, se observan reacciones como el temor, - ansiedad, resistencia y timidez.

En el manejo de un niño temeroso en el consultorio dental, el dentista debe procurar determinar su grado de temor, y los factores responsables de él. Ya que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposible razonar con un niño realmente asustado y temeroso.

La ansiedad es con frecuencia relacionada con un estado de temor, el ni no presenta esta ansiedad, su tratamiento deberá ser lento y comprensivo demostrando el dentista su autoridad con sutileza.

La resistencia es manifestación de ansiedad e inseguridad y rebelación - contra el miedo, presentando dificultades en la comunicación, se siente lastimado con facilidad y llora sin motivo aparente.

La timidez, está relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño, también es reflejo de tensión resultante de sus padres, cuando esperan demasiado de su hijo o lo protegen en exceso. Este niño necesita mayor confianza en sí mismo, para después tenerla al dentista.

REGLAS PARA EL TRATO ENTRE EL NIRO

Y EL ODONTOLOGO

Ahorrar al niño una espera innecesaria, en especial cuando se trata de - la primera visita, se realizará en ésta ocasión un procedimiento menor e indoloroso, así como historia clínica, radiografías, técnica de cepillado y aplicación de fluoruro.

Cuando se hable a los niños, el dentista deberá de ponerse a su nivel, - en posición y conversación, sin extenderse demasiado, tratando temas o - situaciones que le sean familiares, no hablarles como si fuéran menores de lo que son, ni subestimar su inteligencia. Es recomendable hablar - con los niños en todo el transcurso del tratamiento, para transmitir con fianza y distracción, así como disminuir su tensión.

Evitar movimientos burscos y hablar con voz fuerte, se debe permitir que el niño se acostumbre al medio ambiente extraño.

Mantener el lugar de trabajo libre de instrumental impresionante, para un primer examen visual, sólo se usarán espejos, todo otro instrumento se presentará con un nombre comprensible, mostrandole al niño como se emplea y permitiéndole que lo toque.

El dentista deberá enfrentar cualquier situación de manera positiva y - amistosa, pero transmitiendo la idea de que el trabajo realizado es importante y esencial para obtener el bienestar del niño.

El uso de admiración, alabanzas y halagos sutiles para reconocer una conducta ejemplar en el niño, influye en su buen comportamiento, sin acudir al soborno.

El trato con el niño será realista y razonable, considerando sus temores y ansiedades propias de su edad y psicología, el dentista no deberá per - der su dominio y acudor al enfado, presentado este caso, se pospondrá la cita para otra ocasión para evitar provocar traumas en el niño.

El tiempo de atención del niño pequeño es restringido; por lo general una sesión no debe durar más de 20 a 30'.

Si el primer encuentro representa una situación de urgencia, como son dolores o accidente dentario, se tratará de respetar igualmente las líneas de conducta mencionadas, si bien, en estos casos tienen prioridad las ver daderas medidas terapéuticas.

Al efectuar una extracción es esencial la veracidad, para la realización de la misma, ya que ésta producirá algo de dolor, se le explicará al niño que si avisa cuando le duele demasiado, el dentista parará o lo arreglará de tal manera que no le duela tanto, o lo hará con más suavidad; sin de - sistir jamás de la extracción.

Los niños que se sabe son poco cooperativos o están de alguna manera dis-

minuidos para adaptarse a la rutina habitual del consultorio; se tomará la última sesión de la mañana o cuando el consultorio este libre de \underline{n}_1 - ños u otros pacientes que pudiéran influir en su perturbación, como la - observación de sangre o adultos con dolores.

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES

El manejo adecuado a los niños en el consultorio dental, es responsabil<u>i</u> dad del dentista, pero él condicionar hacia el dentista y servicios dentales, es responsabilidad de sus padres.

La relación padres e hijos, es una de las principales relaciones interproximales, por lo tanto si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede ser alterado y convertido en un paciente dental insatisfactorio.

Si los padres muestran una actitud saludable hacia sus hijos y emocional mente madura, los niños son bien educados, se comportan bien, son cooperativos, maduros y buenos pacientes dentales.

Una de las responsabilidades de los padres en la preparación de un niño paciente dental, reside en el problema emocional que representa el miedo que es una de las primeras emociones experimentadas después del nacimiento, la naturaleza del miedo, es la que mantiene al niño alejado de situaciones peligrosas de tipo social o físico. Por lo que los padres no deberán tomar a la Odontología como amenaza o castigo, para no crear o fomentar su miedo al dentista.

Los temores objetivos, son reacciones a estímulos que se producen física mente directos a los órganos sensionales, por lo que se debe evitar el - provocar dolor innecesario para evitar miedo a tratamientos dentales futuros.

Los temores de naturaleza asociativa, son aquellos que no tienen relación con la atención dental, pero el niño si las asocia.

Los temores subjetivos, se basan en sentimientos o actitudes sugeridas al niño por personas que lo rodean, pero no las experimenta personalmente, - sino que el niño ha sido sugestionado, los niños vencen estos temores, al comprobar que no existe amenaza alguna a su bienestar, ni le provocará do lor. Para no acrecentar estos temores, nigún padre deberá decir a su hijo que experimenta dolores intensos, pero tampoco mentir sobre las molestias que su atención dental provoca.

Es necesario brindarle amor a un niño, para que tenga la sensación de ser bien recibido por el medio que lo rodea, posea confianza en si mismo y - respete la disciplina impuesta por la sociedad como un limite a los confines de su libertad.

Pero no existen extremos en el comportamiento de un padre hacia su hijo, como lo son:

- PROTECCION EXCESIVA: Es un sentimiento nocivo para la educación nor mal del niño, ya que un niño sobreprotegido, no tiene iniciativa propia o toma decisiones por sí mismo.
- LOS PADRES DOMINANTES: Crean niños timidos, temerosos y sumisos, no son agresivos, carecen de presunción y empuje social, son humildes, con sentimientos de inferioridad y con ansiedades profundas; estos niños son ideales, pues reaccionan bien a las disposiciones, se gana su confianza y cree en la capacidad del dentista.
- LOS PADRES INDULGENTES: Son aquellos que consideran que todo lo que hace el niño esta bien hecho, o dejan la educación del niño a otras personas que conscienten los defectos del niño, crean niños con complejos de superioridad, son desconsiderados, egoístas y agresivos.

Son difíciles de tratar en el consultorio dental, se usa la disciplina para obtener su cooperación.

- EL RECHAZO DE LOS PADRES: Ocasiona que sus hijos se sientan inferiores, olvidadizos e inseguros, poco cooperadores, reatraídos y despreciados, estos niños son difíciles de tratar, por la susceptibilidad, que es vencida con bondad y comprensión.

Se deberá educar a los padres en lo que es la higiene bucal y cuales son sus principales medidas preventivas, así como los beneficios que una -atención dental prematura proporciona. Y cuáles son las medidas que están a cargo del niño:

- La enseñanza de una técnica de cepillado adecuada, es responsabilidad del dentista, pero la observación de la práctica y la frecuencia en que el niño la efectúa, es responsabilidad de sus padres, así como el proporcionar cepillos dentales en buen estado y el uso de pastas dentales que actúen como coadyubantes para evitar la producción de abrasión, descalcificación, empaquetamiento de comida y enfermedades parodontales, si se emplean correctamente.
- La dieta balanceada es una medida general que está sometida al criterio del dentista y médico general, pero es responsabilidad de sus padres él vigilar que se cumpla.
- Se debe inculcar a los padres en la importancia de los dientes primarios, la conservación de los mismos y la repercución que su pérdida produce, como son trastornos psicológicos nutricionales, o en fermedades locales con repercusiones generales como son las alteraciones corticales o cerebrales, las enfermedades sistemáticas y enfermedades digestivas.

CAPITULO II "

HISTORIA CLINICA

La historia clínica, es un requisito indispensable, para la realización de cualquier intervención o tratamiento en un paciente.

Es una ayuda para la labor profesional del dentista, pués resulta $i\underline{n}$ -prescindible para pronosticar el éxito o fracaso del tratamiento a realizar, los fármacos y anestésicos por administrar y la secuencia a seguir.

También otorga protección orgánica vital, evitando situaciones desagradables que ponen en peligro la vida del paciente dental.

LA HISTORIA CLINICA CONSTA DE:

a) FICHA DE IDENTIFICACION:

- Nombre completo del niño:
- Diminutivo:
- Edad del niño:
- Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

- Nombre del padre, tutor o acompañante:
- Dirección:

Grado Escolar:

- Teléfono:
- Remitido por:
- Motivo de Consulta:
- Atención rutinaria:

Atención de Emergencia:

- Estudio Radiológico:

Información ulterior pertinente para la atención del niño.

b) FICHA DE EXPLORACION:

1) ASPECTO FISICO DEL PACIENTE:

Se observa estatura, porte, peso aproximado, color de ojos, color de piel, signos de ansiedad, nerviocismo, depresión, dificultad respiratoria, asimetría facial, oídos, naríz, cuello.

2) MOTIVO DE LA CONSULTA:

Investigación del padecimiento que lo aqueja, o síntomas del mismo, consultando con sus padres y médico familiar tratante.

3) EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL:

Labios: Por medio de inspección y palpación se observa-

rá, forma, contorno, color y sesiones.

Mucosa Labial: Inspección de arriba hacia abajo.

Pliegues muco-

bucales: Palpación y observación del fondo de saco.

Paladar: Paladar duro, paladar blando, úvula y tejidos -

faringeos anteriores inspeccionados.

Lengua: En posición normal y hacia afuera, por palpa -

ción, coloración y movimientos funcionales, ta-

maño de la misma.

Piso de la Boca: Inspección en todas sus regiones anatómicas.

Encias: Determinando su color, forma y configuración.

Aliento: El aliento en un niño sano es agradable, un mal

aliento, es atribuible a causas locales o gene-

rales.

Saliva: Calidad de la misma y cantidad de secreción.

Articulación Tem

poro Mandibular: Observación de movimientos de apertura y cierre

de la boca, posición de descanso y funcional.

Fonación:

Observar posibles dificultades en la articula -

ción de palabras y posibles causas.

4) ENFERMEDAD ACTUAL:

Interrogar sobre el tiempo del padecimiento, si existe dolor, características de éste, si es agudo, crónico, irradiado y localización del dolor; puede ser narrado por los padres, y si el niño puede referirla efectuar el diagnóstico para su plan de tratamiento.

5) ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES:

Comprenden la edad, salud y causa de muerte de familiares, (pa - dres, hermanos) incluyendo infecciones con gran capacidad de la - misma, como la tuberculosos, hepatitis o de predisposición fami - liar como cáncer, diabetes, gota, etec., que desencadenen un meca nismo de acción en la descendencia familiar por vía sanguinea o - genética.

6) ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS PERSONALES:

Se analiza la historia social y parte de la historia econômica de los padres, habituación, ventilación, iluminación, promiscuidad, sanitarios, etc., investigación del alcoholismo en sus padres u - otras toxicomanías, hábitos de nutrición, ingesta suficiente o in suficiente, balanceada y calidad de los alimentos.

7) ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

Estos datos los proporciona las enfermedades anteriores del niño, así como sus principales infecciones padecidas, estados alérgicos su reacción a los fármacos, intervenciones, heridas, técnicas mé-

dicas y complicaciones de las mismas, presencia de fracturas o - traumatismos, hospitalizaciones anteriores y motivo, estabilidad mental del niño.

Se anotarán las enfermedades padecidas, edad de aparición y las $v_{\underline{a}}$ cunas administradas y por administrar de:

Sarampión - Tosferina - Varicela - Escarlatina - Difteria - Tifoidea - Poliomielitis - Paperas - Tuberculosis - Fiebre Reumática - Fiebres Eruptivas - Otras.

8) REVISION DE APARATOS Y SISTEMAS:

Se tratará de localizar alguna alteración orgánica y deberá ser - descrita por los padres o tutores.

Aparato Cardio Vascular: Presencia de Palpitaciones, dolor en la región pre-cordial, cefaleas, mareos, disneas, edema de los tobillos, lipotimias, tensión arterial.

Aparato Renal: Poliuría, nicturía, edema palpebral, piuria, disuria, hematuria.

Sistema Nervioso: Sueño, parestesias, paralisis, temblor, irritabilidad. convulsiones.

Aparato Digestivo: Anorexia, polifagia, plotulencia, dispepsia, disfagia, estrefimiento, diarreas frecuentes, vómitos, nau seas, dolor frecuente.

Aparato Respiratorio: Presencia de tos frecuente, expectoraciones epistaxis, cianosis, dismeas.

9) EXAMEN DENTAL:

Higiene Bucal: Apreciación si es buena, pobre o regular, presencia de manchas verdes, manchas anaranjadas o sarro dentario.

Oclusión: Puede ser normal, neutraoclusión, distoclusión, mesioclusión, sobremordida, mordida abierta, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior y apiñamiento anterior.

Habitos: Succión del pulgar o succión de otros dedos, morder len gua, labios o es respirador bucal, o presenta protrución de lengua.

Dientes: Dientes faltantes, ausencia congénita, anomalías de forma, tamaño, color, número, posición, textura, endodoncia, fracturas.

10) PRUEBAS DE LABORATORIO:

Es un complemento de la historia clínica que permite conocer el - estado de diagnóstico y de salud del paciente sobre todo, en caso de intervenciones quirúrgicas y de hospitalización, estas pruebas consisten en:

Química Sanguinea.
Curva de tolerancia a la glucosa.
General de orina.
Tiempo de sangrado.
Tiempo de coagulación.
Tiempo de protrombina.

11) ESTUDIO RADIOLOGICO:

La radiografía es uno de los instrumentos de diagnóstico más im -

portantes para detectar enfermedades e interpretar maloclusiones. Es estudio radiográfico en un niño, permite apreciar tres etapas diferenciables: de edad preescolar o dentición primaria, la edad escolar (dentición mixta), y edad adolescente (después del cambio de dientes).

Así como detectar el estado de salud y desarrollo de los dientes erupcionados y por erupcionar y el desarrollo del sistema masticario.

Las radiografías, muestran una imagen bidimensional de lo que en realidad es tridimensional, dependiendo de la forma y tamaño del objeto, la posición de la película y la incidencia del rayo central.

En la extracción dentaria infantil, nos sirve para valorar el estado de resorción de la raíz de temporales, y la cercania de $\underline{\epsilon}s$ - tos con el folículo del permanente, y determinar la posición de - dientes supernumerarios e impactados.

Las películas intrabucales empleadas son:

- Película Intrabucal del No. 1.0: Es usada en niños con una cavidad bucal pequeña, se usa como película periapical o en una combinación con una ayuda de mordida con aleta.
- Película Periapical del No. 1.1: Es usada en piezas anteriores permanentes o como una película periapical o de mordida con aleta para niños mas jóvenes.
- Película del No. 1.2: Es de tambo periapical adulto, es usada como oclusal, para niños preescolares o como película mord \underline{i} da con aleta.

Películas Estrabucales: Pueden ser sin pantalla o con pantalla, y vienen en varios tamaños; la película sin pantalla, es la más usada en odontopediatría. Las películas con pantalla, tienen mayor velocidad y se usan cuando el haz de Rayos X, atraviesan gran cantidad de tejidos.

Las radiografías, pueden ser:

Intraorales:

Periapicales.

Oclusales.

De aleta mordida.

Extraorales:

Panoramicas.

Laterales.

Cefalométricas.

12) MODELOS DE ESTUDIO:

Indispensables para analizar las condiciones en las que se lleva a cabo el tratamiento, en la fabricación de mantenedores de espacio y medidas ortodónticas.

13) DIAGNOSTICOS Y PRONOSTICOS:

Son obtenidos después de realizar el estudio a nuestro paciente, - anotando su resultado en la historia clínica, una vez dado su diag nóstico, se procederá al pronóstico del mismo, para conocer sus li mitaciones, grado de éxito o fracaso a obtener en el tratamiento, esta información, será dada a los padres del paciente.

14) PLAN DEL TRATAMIENTO:

Basado en el estudio, diagnóstico y pronóstico, realizado en los -

niños de acuerdo a los datos obtenidos, su plan de tratamiento s \underline{e} rá dividido en:

Tratamiento Pre-operatorio:

(Medicación y sedación).

Tratamiento Trans-operatorio:

(Planeación necesaria del tipo de

intervención).

Tratamiento Pos operatorio:

(Terapeutica y farmacoterapia ne-

cesaria).

15) TRATAMIENTO:

Se lleva a cabo de acuerdo al plan trazado, se anotará como recordatorio de lo realizado en el paciente.

16) OBSERVACIONES:

Medicamentos ingeridos durante el tratamiento, tipo de sangre, - nombre del médico familiar, o personas con las que se puede tener contacto en caso de complicaciones.

17) CONSENTIMIENTO:

La firma del padre o tutor al pie autoriza la realización de to - dos los servicios odontológicos convencionales y el uso de todos los métodos adecuados para ello.

Este consentimiento, mantendra la totalidad de su vigencia y efe \underline{c} to, hasta que sea cancelada por una de las partes.

Esta medida, es la que asegura la validez del tratamiento en situa ciones legales, considerando a nuestros pacientes como menores de edad.

CAPITULO III

EPOCA DE EXFOLIACION O CAIDA NORMAL DE LOS DIENTES TEMPORALES DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE LA DENTICION PRIMARIA Y PERMANENTE

La dentición la. y permanente, principia en la formación de los tejidos que son:

DENTICION TEMPORAL

SUPERIORES:

INCISIVO CENTRAL:

Al cuarto mes de vida intrauterina; la cantidad de esmalte formado al nacer, es de cinco sextos, el esmalte esta formado completo al mes 15 días; LA ERUPCION ES A LOS 7 MESES 15 DIAS, y la rafz completa en 1 - año 6 meses.

CANINO:

Al quinto mes de vida intrauterina; la cantidad de esmalte formado al nacer es de un tercio, el esmalte esta formado completo a los 9 meses SU ERUPCION ES A LOS 18 MESES, y la raíz esta completa a los 3 años 9 meses.

PRIMER MOLAR:

Al quinto mes de vida intrauterina; la cantidad de esmalte formado al nacer es solamente de las cúspides unidas, el esmalte está formado -

completo a los 6 meses, SU ERUPCION ES A LOS 15 MESES, y su rafz esta completa a los dos años 6 meses.

SEGUNDO MOLAR:

Al sexto mes de vida intrauterina; la cantidad de esmalte formado al nacer es de las cúspides aisladas, el esmalte está formado completo a los 11 meses, SU ERUPCION ES A LOS 24 MESES, y su rafz esta completa a los tres años.

INCISIVO LATERAL:

A los 4 meses 15 días de vida intrauterina; la cantidad de esmalte - formado al nacer es de dos tercios, el esmalte esta formado completo a los 2 meses 15 días, SU ERUPCION ES A LOS 9 MESES y la raíz esta - completa a los dos años.

INFERIORES:

INCISIVO CENTRAL:

A los 4 meses 15 días de vida intrauterina; la cantidad de esmalte - formado al nacer es de tres quintos, el esmalte está formado completo a los 2 meses 15 días, SU ERUPCION ES A LOS 6 MESES, y su raíz esta - completa en 1 año 6 meses.

INCISIVO LATERAL:

A los 4 meses 15 días de vida intrauterina; la cantidad de esmalte - formado al nacer es de tres quintos, el esmalte está formado completo a los 3 meses, SU ERUPCION ES A LOS 7 MESES, y su refz esta completa en 1 año 5 meses.

CAN INO:

A los 5 meses de vida intrauterina; la cantidad de esmalte formado al

nacer es de un tercio, el esmalte está formado completo a los 9 meses SU ERUPCION ES A LOS 16 MESES, y su raíz está completa a los 3 años, 9 meses.

PRIMER MOLAR:

A los 5 meses de vida intrauterina; la cantidad de esmalte formado 11 nacer es de las cúspides unidas, el esmalte está formado completo a - los 5 meses 15 días, SU ERUPCION ES A LOS 12 MESES, y su raíz está - completa a los 2 años 9 meses.

SEGUNDO MOLAR:

A los 6 meses de vida intrauterina; la cantidad de esmalte formado al nacer es de las cúspides aisladas, el esmalte está formado completo a los 10 meses, SU ERUPCION ES A LOS 20 MESES, y su rafz está completa a los 3 años.

DENTICION PERMANENTE

SUPERIORES:

INCISIVO CENTRAL:

Principia a los 3-4 meses, el esmalte está formado completo a los 4-5 años; SU ERUPCION ES A LOS 7-8 AÑOS, y su raíz está completa a los 10 años.

INCISIVO LATERAL:

A los 10-12 meses; el esmalte está formado completo a los 4-5 años, - SU ERUPCION ES A LOS 8-9 AÑOS y la raíz está completa a los 11 años.

CAN INO:

A los 4-5 meses; el esmalte está completo a los 6-7 años, SU ERUPCION ES A LOS 11-12 AROS y su raíz está formada completa a los 13-15 años.

PRIMER PREMOLAR:

Al año 6 meses, y en 1 año 9 meses, el esmalte está formado completo a los 5-6 años, SU ERUPCION ES A LOS 10-11 AROS y su rafz está formada completa a los 12 - 13 años.

SEGUNDO PREMOLAR:

Principia a los 2 años 9 meses; su esmalte está formado completo a los 6 - 7 años, SU ERUPCION ES A LOS 10 -12 AÑOS y su raíz está completa a los 12-14 años.

PRIMER MOLAR:

Comienza al nacer, la cantidad de esmalte formado al nacer, es un -vestigio, el esmalte está formado completo a los 2 años 6 meses - 3 años; SU ERUPCION ES A LOS 6-7 AROS, y su raíz está completa a los 9 - 10 años.

SEGUNDO MOLAR:

A los 2 años 6 meses - 3 años; el esmalte está formado completo a - los 7-8 años, SU ERUPCION ES A LOS 12-13 AÑOS y la formación de la raíz completa es a los 14-16 años.

INFERIORES:

INCISIVO CENTRAL:

A los 3-4 meses; el esmalte está formado completo a los 4-5 años, - SU ERUPCION ES A LOS 6-7 AÑOS y su raíz está completa a los 9 años.

INCISIVO LATERAL:

A los 3 meses, la formación completa del esmalte es a los 4-5 años, SU ERUPCION ES A LOS 7-8 AÑOS y su raíz esta completa a los 10 -años.

CANINO:

Comienza a los 4-5 meses; la formación completa del esmalte es a los 6-7 años, SU ERUPCION ES A LOS 9-10 AROS y su rafz completa a los 12-14 años.

PRIMER PREMOLAR:

En 1 año 9 meses - 2 años; el esmalte está formado completo a los 5-6 años, SU ERUPCION ES A LOS 10-12 AÑOS y su raíz está completa a los - 12-13 años.

SEGUNDO PREMOLAR:

Principia a los 1 años 6 meses - 2 años 9 meses; el esmalte está formado completo a los 6-7 años SU ERUPCION ES A LOS 11-12 AÑOS y la formación completa de su raíz es a los 13 años.

PRIMER MOLAR:

Comienza al nacer, la cantidad de esmalte formado al nacer son vestitios, en algunas ocasiones; la formación completa del esmalte es a los 2 años 6 meses - 3 años, SU ERUPCION ES A LOS 6-7 AROS, sus rai ces formadas completas a los 9 - 10 años.

SEGUNDO MOLAR:

La formación es a los 2 años 6 meses - 3 años, SU ERUPCION ES A LOS - 11 - 13 AÑOS, su esmalte está formado completo a los 7-8 años y su - rafz completa es a los 14 - 15 años.

TERCER MOLAR:

A los 8 - 10 años, el esmalte está formado completo a los 12 - 15 \underline{a} - fios, SU ERUPCION ES A LOS 17-21 AROS, su rafz es completa a los 18-25 años.

DIFERENCIA MORFOLOGICA DE LA DENTICION PRIMARIA Y PERMANENTE

Son veinte los dientes en la dentición primaria, pero en comparación con la permanente tiene ausencia de premolares y solo posee dos molares, en cada cuadrante. Los dientes de la dentición primaria, son de menor tama fo y tienen rasgos que permiten su diferenciación con la permanente como lo son:

- El tamaño de la corona es menor en comparación con la permanente por su diámetro mesio distal en relación con su altura cervico oclusal, que el de su sucesor permanente.
- Los dientes anteriores primarios, presentan una superficie lingual y labial bastante abultadas, en su tercio cervical llamándose crestas cervicales, cuya presencia produce una constricción a nivel de la línea cervical característica.
- En los molares primarios las superficies vestibulares presentan un abultamiento llamado cresta vestibulocervical que da un aspecto es trecho en toda la tabla oclusal cuando es vista del lado oclusal.
- En general las piezas primarias tienen un cuello mas estrecho que las permanentes. El esmalte es más delgado en profundidad y es de apróximadamente 1 mm de espesor.
- Los cuernos pulpares son mas altos en los molares primarios espe cialmente los cuernos mesiales y la cámara pulpar es mayor, exis te un espesor de dentina mayor sobre la pared pulpar en la fosa oclusal de morales primarios.
- Las raíces de la piezas anteriores primarias son mesiodistalmente mas estrechas que las anteriores permanentes.

- Las raices de las piezas primarias son mas largas y mas delgadas en relación con el tamaño de la corona que las piezas permanentes Las raices de los molares tienden a expanderse hacia afuera, - creando un amplio espacio entre las raices de los molares prima rios y cerca del cervix de los dientes permanentes.
- La dentición primaria carece de base radicular en los molares,
 las raices salen directamente de la corona y no existe el tronco de la raíz.
- Las coronas de los dientes primarios, son de color blanco lechoso formando un angulo de 180°. .
- El primer molar presenta tuberculo de Suckenson.
- Los dientes primarios presentan reabsorción de raíces.
- En los dientes primarios presentan el espesor de dentina que esta formado por la unión amelo dentinaria, no presenta líneas segmentales de desarrollo.
- La dentición primaria presenta espacios, y angulos indefinidos.
- Los dientes primarios presentan cresta cervical por vestibular y lingual.

Anatomía: No es necesario salvo en pocas excepciones la descripción de tallada de los dientes temporales, por su parecido en forma a los dientes permanentes correspondientes.

CAPITULO IV

EXODONCIA EN LA PRACTICA CLINICA

La extracción de dientes temporales está regida por principios semejantes a los que rigen las extracciones de los dientes permanentes, tomando en cuenta que los dientes temporales deben conservarse en la boca el mayor tiempo posible hasta acercarse a la época en que sean reemplaza dos por sus suscesores permanentes, por lo que se utilizarán todos los medios o tratamientos conservadores posibles para evitar mutilaciones y mal posiciones dentarias como consecuencia de extracciones prematuras.

INDICACIONES

- 1.- Dientes que no pueden ser tratados en forma conservadora.
- 2.- Obstrucción de la erupción del sucesor permanente.
- 3.- Periodontitis aguda.
- 4.- Indicaciones Ortodonticas.
- 5.- Dientes supernumerarios.
- 6.- Presencia de procesos infecciosos.
- 7.- Osteomielitis.
- 8.- Absceso Periapical.

9.- Amelogenesis Imperfecta.

1.- Dientes que no pueden ser tratados en forma conservadora:

Como es el caso de dientes que han sufrido fractura coronaria o radicular, en los cuales como último recurso es la extracción dentaria y el diseño de mantenedores de espacio.

Afecciones de la cámara pulpar que se han extendido al conducto ra dicular y es imposible su tratamiento por endodoncia.

Por complicaciones inflamatorias en la zona periapical de la caries de cuarto grado y el estado general del niño se encuentre deficiente, o en caso de que la caries se extienda hasta la bifurcación de las raices.

Dolores pulpáres en los cuales no se puede llevar un tratamiento - paliativo o terapéutico.

2.- Obstrucción de la erupción del sucesor permanente:

Cuando por la edad del paciente, y mediante estudio radiográfico - previo, se comprueba la existencia del diente permanente próximo a erupcionar, se indica la extracción para permitir la evolución nor mal del diente permanente y evitar anomalías de sitio y de oclu - sión.

3.- Periodontitis Aguda:

Es originada en una infección de la pulpa que se prolonga hasta el ligamento periapical.

Consiste en un foco de infección alrededor del orificio apical, caracterizado por una necrosis de tejido y presencia de leucocitos -

polimorfonucleares, neutrófilos y células inflamatorias, tejidos - de granulación y zona de fibrosis.

Aspecto Clínico: Dolor pulsátil de intensidad creciente, diente de sensibilidad a la percusión, no responde a las pruebas de vitalidad, además dependiente de la virulencia de la infección, respuesta de tejidos y otros factores.

Las respuestas generales son de intensidad variable, según la edad del paciente, virulencia y eficacia de la inflamación, presentándose pirexia, aceleración del pulso y malestar.

Para establecer el drenaje se procede a efectuar una incisión del - absceso superficial, a través del alveolo después de efectuar la ex tracción dentaria o a través del conducto de la raíz.

4.- Indicación Ortodontica.

Estas indicaciones serán dadas por el ortodoncista y tendrán como - fin facilitar o dirigir la erupción del diente permanente.

5.- Dientes Supernumerarios.

Estos dientes son el resultado de una formación continuada de gérme nes por el organo del esmalte del diente precedente o una proliferación excesiva de células, son frecuentes en niños.

La ubicación mas frecuente de los mismos es en la región de los incisivos centrales y laterales, llamados mesiodens; en la región de los incisivos centrales y laterales y el area de premolares; puede considerarse hereditaria la naturaleza de esta afección.

Las piezas supernumerarias causan retrasos enla erupción de piezas permanentes o anomalías de posición como diastemas o rotaciones, la presión de estas piezas supernumerarias sobre las piezas adyacentes pueden causar resorción de sus raices o producirse una infección—del folículo dental.

En caso de afectar la oclusión o erupción del permanente estará in dicada la extracción. Antes de efectuar la extracción, se tomarán en consideración el estado de los apices de las piezas permanentes adyacentes por medio de radiografías periapicales, oclusales y - transversales para la localización de las piezas y en caso necesario se harán colgajos para lograr un mejor acceso a la zona.

Se eliminará completamente el folículo dental para evitar el desarrollo de un quiste o ameloblastoma.

6.- Presencia de Procesos Infecciosos.

Las infecciones piógenas localizadas se inician por un traumatismo y contaminación bacteriana secundaria por alguna alteración y en las condiciones locales que hacen al tejido susceptible al ataque de microorganismos ya presentes o por propagación y continuidad de microorganismos transportadores por la sangre o la linfa.

Su tratamiento es la administración de antibióticos y al extraer - el diente se acelera la resolución de la infección. Los antibióticos pueden controlar el proceso infeccioso agudo evitando la formación de pus. El niño deberá seguir tomando antibióticos después de la extracción del diente infectado durante 3 días, para que desaparezca toda evidencia de infección.

7.- Osteomielitis.

Es una enfermedad inflamatoria del hueso que comienza como una inflamación de la cavidad medular y sistemas haversianos que se propaga hasta el periostio de la zona inflamada. La infección se establece en la proción calcificada del hueso cuando cede la irrigación sanguínea a este último a causa de la presencia de pus en la cavidad medular o debajo del periostio. Los factores predisponentes, son los que disminuyen la resistencia del cuerpo a la infección o reducen la irrigación sanguínea local al hueso, como lo son

las complicaciones de la caries de cuarto grado, lesiones gingivales, afecciones de los organos o regiones vecinas, o de origen dentario, afecciones traumáticas o como complicación postoperatoria.

Esta enfermedad se presenta en niños menores de 12 años, mas frecuentemente en el sexo masculino y en la mandibula que en el maxilar.

Tratamiento: Inyección de extractos hepáticos, sulfamidas, penic<u>i</u>
lina, proteinoterapia y vitaminas.

Extracción del diente causante o trepanación del hueso.

8.- Absceso periapical.

El absceso periapical es localizado en ambos maxilares, se presenta a cualquer edad, en ambos sexos, y presenta como síntomas acom pañantes tumefacción, fiebre, dientes desvitalizados, sensibles a la percusión y presentan elevación en su alveolo. Puede presentarse celulitis en la región afectada, el diente afectado presenta necrosis pulpar o restauración o puede estar intacto.

La infección comienza en la superficie del intersticio gingival y se extiende en una o más superficies de las raices llegando hasta el ápice.

Cuando la infección se infiltra a los tejidos blandos, se localiza el absceso y se drena para extraer el exudado purulento dentro del absceso por medio del conducto radicular o establecer un drenaje o extracción del diente para efectuar el drenaje por el al - véolo.

9.- Amelogenésis Imperfecta.

Es una alteración del desarrollo de la formación del esmalte que afecta a todos los dientes, tanto los primarios como los perma -

nentes; a menudo suele presentarse en ambas denticiones. La alteración afecta a la formación y calcificación de la matriz del esmalte, sin afectar los componentes mesodérmicos de los dientes, - la dentina es normal.

La enfermedad es de origen genético y se observa la corona de los dientes libres de esmalte, la dentina es de color tostado claro, o marrón obscuro.

El esmalte es de poca calidad, blando, friable, áspero y con alteraciones del color.

Debido a las características de los dientes afectados por esta en fermedad, esta indicada la extracción dentaria, pues tienden a la fractura y al desgaste mecánico.

CONTRAIND I CACIONES

- 1.- Extracción Prematura.
- 2.- Infección de Vincent Aguda.
- 3.- Gingivoestomatitis Herpética.
- 4.- Discrasias Sanguíneas.
- 5.- Diabetes Miellitus.
- 6.- Fiebre Reumática.
- 7.- Poliomielitis.
- 8.- Presencia de Tumores Malignos Primarios.
- 9.- Radiación.

1.- Extracción Prematura:

No debe extraerse un diente primario antes de la época de su caida normal. Cuando un diente primario no presenta ninguna movilidad, en la época en que normalmente debiera ser reemplazado, no se ex - traera sin antes haber verificado radiográficamente que existe el diente permanente y esta próximo a erupcionar.

2.- Infección de Vincent Aguda:

Es una inflamación necrosante aguda de las encías que produce un - enrojecimiento y ulceración de la papila interdental, las úlceras producen destrucción de la papila, las encías o aliento fétido; co mo síntomas generales: fiebre, palidéz, fatiga, linfadenitis, gingivitis ligera o intensa distribuida a una o mas piezas o generalizada en toda la boca; depresiones marginales crateriformes en las papilas interdentales y el borde de las encías cubiertas de escara seudomembranosa gris separada de la encía, hay aumento de saliva - ción y hemorragia gingival espontánea.

Tratamiento: Eliminación de factores predisponentes locales o generales, raspado y mejora de higiene bucal, enjuagues, cal mantes, reposo y líquidos.

3.- Gingivoestomatitis Herpética:

Se localiza en toda la mucosa bucal, en niños de 1 a 3 años es mas común su aparición, se presenta en ambos sexos.

Sus características clínicas son: cefalea, dolor, llagas bucales, irritabilidad, hipersecreción salival, agrandamiento de ganglios - cervicales, fiebre, la mucosa bucal se enrojece y aparecen vesículas que se abren y forma úlceras dolorosas.

Las lesiones en la cavidad bucal están precedidas por un agranda - miento de los ganglios cervicales y elevación de la temperatura.

Se aprecia enrojecimiento de la mucosa seguido de numerosas vesículas, que originan úlceras.

La curación se inicia apróximadamente en tres días y curan a los 7 o 14 días.

Esta enfermedad es causada por el virus herpes simple.

4.- Discrasias Sanguineas.

Las manifestaciones bucales están presentes en todas las formas se veras de discrasias sanguíneas. Estas alteraciones son mas eviden tes en los tejidos blandos de la boca y consisten en agrandamiento ulceraciones y hemorragias.

Muchas son las enfermedades de la sangre, como son las anemias, policitemia, leucopenia, púrpura y hemofilia, que son enfermedades que afectan los tejidos blandos y duros de la boca.

Estas enfermedades pueden afectar el color de los tejidos como son las encías palidas o blanquecinas como en la (anemia), encías rojo purpúricas (policitemia); que originan o contibuyen a las infecciones como ulceraciones mucosas, infección de Vincent y moniliasis – (leucopenia y policitemia); pueden también ser causantes de hemo – rragias y lesiones hemorrágicas (púrpura y hemofilia); también cau sar tumefacciones ganglionares o cervicales (leucemia); alterar la coloración de los dientes (eritroblastosis fetal –anemia RH-); o algunos trastornos hemorrágicos como deficiencias en la coagula – ción.

Estos pacientes que se sabe tienen un trastorno vascular o hematológico que contribuyen al sangrado postoperatorio no deben tratar se hasta tener disposiciones preoperatorias para realizar el trata miento con un mínimo de pérdida sanguinea y molestias.

Se consultará al médico del niño para determinar si se deben ha - cer pruebas de laboratorio antes de las intervenciones y que el mé

dico determine si el tratamiento quirúrgico se puede llevar a cabo en el consultorio o en un hospital teniendo en cuenta las posibles tendencias hemorrágicas, predisposiciones infecciosas, falta de resistencia y deficiencias en la coagulación.

5.- Diabetes Miellitus.

La diabetes infantil difiere de la adulta, por ser en general más grave, ya que la glicemia esta sujeta a fluctuaciones mas rápidas y mas amplias por la falta absoluta de insulina. La edad más frecuente es de 12 años en niñas y de 14 en niños, por el aumento de la actividad de la hipófisis anterior y sus glándulas.

Una de las primeras manifestaciones de la enfermedad es la acido - sis o el coma y la disminución de proteínas.

Los niños diabéticos, tienden a ser mas altos que el promedio, pero mas bajos en peso, son frecuentes en ellos las hepatomegalias y las esplenomegalias.

Para controlar al paciente diabético, se mantendra un peso ideal, y curva de crecimiento normal. Un desarrollo psicológico adecuado

Prevención de estados de acidosis, coma y reacción a la insulina.

Mantenimiento de niveles normales de colesterol y lipoproteinas sé ricos.

Los diabéticos plantean una contraindicación relativa de extracción pues se consultará al médico para asegurarse que el niño esta bajo control médico, para prevenir infecciones y administrar un adecuado uso de antibióticos pre-requisitos de extracción.

6.- Fiebre Reumática.

Es una enfermedad debida a una infección faringea por estreptococo beta-hemolítico del grupo A, de patogenia desconocida.

El lapso que transcurre entre la infección faringea y el comienzo de la enfermedad oscila entre los 7 y 21 días. La primera crisis de fiebre reumática aparece entre los 5 y 15 años.

Estos pacientes tienen fiebre en grado variable, alteración del - estado general, sudoración, nódulos subcutáneos, muget, eritema - anular o marginal. Presenta pleuritis, poliserositis, síntomas - abdominales, artritis, neumonitis, albuminuria etc.

La fiebre reumática en niños, es una de las formas clínicas en que le puede faltar la artritis, pero presentarse pericarditis, miocar ditis, dolor retrosternal, agrandamiento cardiaco progresivo y taquicardia, endocarditis predominante en la mitra y la válvula aórta.

Tratamiento: Reposo absoluto, ácido acetilsalicílico, fenilbutazona, corticoesteroides en forma moderada y esteroides.

7.- Poliomielitis.

Es una infección aguda relativamente frecuente de origen viral, - produce invación de algunas partes del sistema nervioso central, - pero en su mayoría no lo afecta, la infección puede presentarse - sin signo alguno de enfermedad.

Durante la infancia los niños son los más afectados que las niñas, durante el embarazo se aumenta el riesgo de contraerse la poliomie litis inaparente.

El período de incubación de la poliomielitis varía de 3 a 35 días apróximadamente después del contacto con el virus.

La enfermedad presenta:

- a) Infección inaparente.
- b) Enfermedad menor.
- c) Poliomielitis paralítica.

d) Poliomielitis no paralítica.

Considerando las estaciones en que predomina esta enfermedad y tra tando de postergar la extracción hasta haber pasado el período crítico de la afección por la posible penetración del virus en la herida abierta.

8.- Tumores Malignos Primarios:

Estos tumores se pueden localizar en ambos maxilares y presentarse a cualquier edad y ambos sexos, son tumores no frecuentes cuyas características clínicas y radiográficas son de radiolucidez rara, - crecimiento rápido, provocando aflojamiento de dientes y resorción radicular, destrucción de corteza. Sus características microscópicas dependen del tipo de tumor.

Los tumores malignos de la cavidad bucal frecuentemente invaden - los maxilares pero es rara la metástasis que producen, los tumores malignos son de menos duración que los benignos, son fijos en los tejidos circundantes, la piel y mucosas suprayacentes pueden estar ulceradas e inflamadas.

Tratamiento: Encisión local radical de pronóstico favorable.

Estos tumores son contraindicación de extracción, pues el trauma - tísmo provocado puede favorecer la velocidad de crecimiento y ex - tensión de los tumores. Esta indicada la extracción si los maxila res o tejidos circundantes reciben terapéutica de radiación para - el tumor maligno, para evitar riesgo de infección en el hueso ex - puesto a radicación.

9.- Radiación:

Las piezas que permanecen en una formación osea irradiada se ex -traen como último recurso. Si las piezas deben ser extraídas se consulta al radiólogo que administro la radiación. En la mayoría

CAPITULO V

ANESTESIA

El objetivo de la aplicación de la anestesia, es evitar la menor molestia y la eliminación del dolor producido por cualquier tratamiento dental. Para la aplicación de la misma, se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- El hecho que el niño tiene una boca pequeña, con mayor dificultad de acceso al campo operatorio que un adulto. Las estructuras óseas se encuentran en un proceso de crecimiento y desarrollo y una dentadura en transformación, con erupción y resorción de piezas primarias y erupción de las permanentes.
- El alto metabolismo infantil que proporciona un reducido campo para la anestesia. Este elevado indice metabólico exige una gran cantidad de oxigeno. La hipoxía puede presentarse con las consiguientes le siones sobre los centros nerviosos superiores.
- El volúmen sanguineo relativamente bajo.
- El sistema nervioso inmaduro e inestable.

Edad y estado físico del niño:

Un paciente pequeño con antecedentes de enfermedades debilitantes metaboliza mal los barbituricos y requiere dosis reducidas. Por su edad se administran sedantes frecuentemente con anestesia local para aliviar tempres. de los casos a las extracciones, les sigue una infección del hueso inclusive después de terapéuticas antibióticas por la vascularidad que sigue a la radiación. La infección va seguida de osteomieliticas de progreso lento que es dolorosa e imposible de controlar, excepto por ampliar resecciones de la totalidad del hueso irradiado. Por lo que es peligrosa la extracción de piezas depués de exposición a radiación.

Trismu:

Es la incapacidad que presenta el niño para abrir la boca, dificulta la administración de anestésico local por vía bucal, pueden adminis - trarse bloqueos nerviosos extrabucales.

Cuando el bloqueo nervioso ha aliviado el dolor, el paciente puede - abrir la boca $y \in \mathbf{realiza}$ la extracción.

Infección:

Si esta presente la infección, la anestesia local no siempre es profunda. La anestesia local se aplicará para lograr bloqueo nervioso y permitir inyección de la solución anestésica en un área no infectada.

Bajo ninguna circustancia se inyecta en el foco de infección, para no extender la infección. La anestesia general se indica en presencia - de infección aguda excepto cuando una afección generalizada del paciente excluya su uso, o el paciente no se encuentre en óptimas condiciones y su nivel sanguíneo adecuado de antibióticos.

Estado Emocional del niño:

La aprehensión, tensión e inseguridad, si no se pueden controlar es - aconsejable mantenerlos bajo anestesia general previa sedación.

Naturaleza y tiempo del procedimiento:

Determinan también el agente anestésico a emplear.

Posibilidad de alergia:

O antecedentes de complicaciones de la anestesia general en intervenciones anteriores.

MEDIDAS PREOPERATORIAS

La anestesia local se prefiere al uso de la anestesia general.

El tratamiento será más fácil con la cooperación tanto de padres como de niños, teniendo la autorización del padre o tutor previa a la aplicación de anestesia, ya sea local o general.

En la anestesia local el niño deberá ingerir algún alimento aproximada - mente con dos horas de anticipación, para tolerar mejor el anestésico.

Si el niño es tratado con anestesia general, no deberá ingerir alimentos líquidos o sólidos por lo menos 6 horas precedentes a la operación.

Es preferible el empleo de visitas en la mañana para evitar el nerviosis mo de la espera.

Los instrumentos serán esterilizados y ocultos a la vista del niño, para evitar posible miedo y aprehensión.

La premedicación con psicofármacos, esta indicada en niños nerviosos o - angustiados y cuando la preparación psicológica no es suficiente. Los - medicamentos se administrarán antes de la sesión o previa dosis, la no - che anterior. Tomando en consideración la edad, peso, estado psicológico, y psicofármacos administrados en ayunas o después de comidas, hora - de tomarlos e indicaciones y contraindicaciones de los mismos.

Se recomiendan fármacos como el Atarax (hidroxicina); y el Valium (diaze pan).

El primero, disminuye el miedo y excitación sin efectos sedantes e hipn<u>ó</u> ticos posteriores.

Su acción dura 1 a 2 horas y su dosis es de 30 a 50 mg. y su presenta - ción es jarabe o grageas.

El valim, se administra en niños con miedo, tensión, excitación o insom nio antes del tratamiento. Se administra una dosis la noche anterior y una segunda dosis 1 hora antes de la intervención, en dosis de 2 a 5 mg se presenta en jarabe o supositorio.

ANESTESICOS TOPICOS

La aplicación de un anestésico tópico, contribuye a disminuir el dolor producido por la punción de la aguja y la aplicación del anestésico local. El mas empleado en niños por su acción rápida, no causa irritación y de sabor agradable es el clorhidrato de diclonina al 0.5 % como anestésico tópico y antiséptico preinyección para niños. También la Naepaina, Benzocaina y Tetracaina, que son anestésicos solubles en agua con base alcalina que permiten fácil transferencia a la mucosa.

Antes de su aplicación a la mucosa en el lugar donde se hace la punción de la aguja, se secará la zona con un aplicador de algodón se colocará - una pequeña cantidad del anestésico tópico logrando la anestesia en un - minuto.

Se le dará al niño una explicación no muy detallada, pero si entendible, puesto que la mayoría de los niños que se manejan correctamente se someten de buen gusto a la inyección de soluciones anestésicas locales.

ANESTESICOS LOCALES

La anestesia local, es el método mas seguro y si el niño coopera, es el método de elección.

Entre los anestésicos empleados, se tienen el clorhidrato de procaína, el clorhidrato de monocaína y el clorhidrato de xylocaína entre otros.

Estos tres anestésicos ofrecen una variedad suficiente de elementos según la profundidad y duración deseada.

Los anestésicos de acción rápida, profunda y duradera como la xylocaina, unacaína y la ravocaína, son mas potentes y mas tóxicos que la procaína al 2% y deben usarse en cantidades mínimas.

De la misma manera estos anestésicos, se metabolizan mas lentamente que la procaína y como son más potentes que ésta y tienen mas de un factor de difución, se pueden usar con la técnica de infiltración mas que por bloqueo o por conducción para la exodoncia de los dientes temporales in feriores. La técnica regional es preferible a la infiltración cuando - el niño coopera.

Las corticales inferiores del niño son porosas y permiten la difusión - subperióstica del anestésico a las terminaciones nerviosas inferiores, con más facilidad que en los adultos.

Anestesia Regional del Nervio Dentario Inferior:

Es empleada para anestesiar los dientes inferiores temporales o permanentes. El agujero de entrada del nervio dentario inferior, esta por debajo del plano oclusal de los dientes temporales del niño, la inyección se hará mas abajo que en los adultos.

La técnica a seguir será colocando el pulgar sobre la superficie \underline{o} -clusal de los molares conla uña sobre el reborde oblicuo interno y - la yema del pulgar descansando en la fosa retromolar. Se obtiene un apoyo firme si se coloca la yema del dedo medio en el borde poste - rior de la mandibula. La jeringa se orienta desde un plano entre - los dos molares temporales de lado opuesto de la arcada.

Se inyectaran pequeñas cantidades de solución tan pronto como penetre en los tejidos y a medida que la aguja avanza hacia el agujero dentario inferior. La profundidad de penetración, es de mas o menos 15 mm según el tamaño del maxilar inferior y la edad del niño y se deposita aproximadamente 1.5 ml. de la solución en la proximidad del dentario inferior.

Anestesia Regional del Nervio Lingual:

Puede ser bloqueado si se lleva la jeringa del lado opuesto con la in yección de una pequeña cantidad de la solución al retirar la aguja.

Anestesia Regional del Nervio Buccionador:

Se deposita una pequeña cantidad de anestesia en el surco vestibular por distal y vestibular del diente indicado. Todos los dientes del - lado inyectado se anestesian a excepción de los incisivos centrales y laterales que reciben una inervación cruzada del lado opuesto.

Técnica Supraperióstica:

Se anestesiarán los dientes temporales anteriores. La inyección se - efectúa mas cerca del borde gingival y se deposita la solución muy - cerca del hueso. El sitio de punción es en el surco vertibular y la solución se deposita lentamente y por encima y cerca del ápice dental

Para la extracción de incisivos y caninos se efectúa una inyección na sopalatina y cuando no se cuente con anestesia profunda de los dien - tes anteriores.

Anestesia del Nervio Dentario Superior:

Este nervio inerva los molares temporales superiores, premolares y - raíz mesio vestibular del primer molar permanente.

Para anestesiar los molares superiores la solución se deposita frente

a los ápices de las raices vestibulares y cerca del hueso. En caso de extracción se anestesiará el nervio palatino anterior.

Inyección Palatina Anterior:

Se anestesiará el mucoperióstio palatino desde la tuberocidad hasta la región del canino y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado. El nervio palatino anterior y medio inerva los tejidos blandos de los dos tercios posteriores del paladar. Antes - de efectuada la inyección se trazará la bisectríz de una línea imaginaria desde el límite gingival del último molar erupcionado hasta la línea media. En un niño con dentición temporal la inyección será de unos 10mm posterior a la cara distal del segundo molar temporal, sin penetrar en el agujero palatino posterior.

Anestesia Regional del Nervio Nasopalatino:

Se anestesiarán los tejidos palatinos de los dientes anteriores. La vía de inserción de la aguja es a lo largo de la papila incisiva, de trás de los incisivos centrales. Se dirige la aguja hacia arriba - dentro del conducto palatino anterior.

Si falta anestesia para el canino, se inyectará una pequeña cantidad de solución anestésico por lingual, para anestesiar las ramas superpuestas del nervio palatino anterior.

ANESTESIA GENERAL

Antes de tomar decisiones de hospitalizar a un niño y de realizar el trabajo bajo anestesia general, se debe hacer por lo menos un intento de realizar el trabajo en el consultorio.

La mayoría de los odontólogos piensan que la limitada cantidad de tratamiento dental que es posible en las sesiones iniciales con la ayuda de - premedicación y restricción moderada, es preferible a la hospitalización y a la anestesia general.

Un niño que va a someterse a anestesia general, debe tener un examen médico completo. Todos los niños admitidos en un hospital por más de 24 H deben pasar pruebas de laboratorio sistemáticas que consisten en hematócrito, fórmula blanca, cuenta diferencial y análisis de orina.

En ocasiones radiografías del tórax y pruebas serológicas.

El odontólogo debe escribir las ordenes necesarias y nota de admisión incluyendo la razón de la admisión y procedimiento planeado, historia dental y examen bucal.

La organización y el trabajo de equipo son esenciales en el uso de anestesia general. Esta compuesto un equipo por:

- Cirujano dentista.
- Ayudante que usara el aparato de aspiración y retrae tejidos.
- Enfermera instrumentista.

Las precauciones estériles y la técnica a seguir deberán ser conocidas - por los mismos. Todos los instrumentos que serán requeridos, deberán - estar dispuestos a un fácil acceso.

INDICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL

- 1.- Niños con retardo mental al punto de que el odontólogo no pueda comunicar la necesidad de atención odontológica.
- 2.- Niños en quién no se puede lograr un control adecuado de la conducta por los procedimientos habituales a tal efecto, complementados con premedicación, anestésicos locales y un grado aceptable de restricción.

- 3.- Pacientes con alergia conocida a los anestésicos locales.
- 4.- Pacientes hemofílicos en quienes el uso de anestésicos pueda provocar una hemorragia interna.
- 5.- Niños con movimientos involuntarios.
- 6.- Niños con trastornos generales y anomalías congénitas que imponen el uso de un anestésico general.

Después de admitirse al niño en el hospital, el plan de tratamiento lo elaborarán Anestesiólogos y Cirujano Dentista, ambos determinando el límite de toleración de cada niño al anestésico general.

Después de evaluar la historia médica y extensión del tratamiento, la - premedicación y anestésico mas adecuado. Suele emplearse como anesté - sia pediátrica el Fluotano (halotano) por ser poco irritante, no inflamable y despertar rápido de los pacientes sometidos a él.

También se emplean los analgésicos con protóxido de nitrógeno (N_2O) , - puesto que no se han encontrado efectos tóxicos para célula alguna cuan do existe suficiente O_2 en la mezcla inhalada; es regulable, no irritalas mucosas, no es explosivo y se pueden alcanzar todos los estados de narcosis.

Cuidados Postoperatorios:

- Se harán por Cirujano Dentista y Médico tratante.
- El paciente debe quedarse en la sala de espera durante 5 a 10 min.
- Control del paciente durante 15 o 30 minutos.

Alteraciones de ordenes en dieta, analgésicos, antibióticos, sedantes, aspiración al lado de la cama, posición del paciente. Registro constante de la presión arterial, pulso, respiración y estado general del paciente.

Los padres deben observar la reacción del paciente para poder informar al odontólogo al respecto en la próxima sesión.

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

Además del reconocimiento de peligro de cualquier anestésico general administrado, aún teniendo los menores riesgos posibles, no se deberán exponer los niños a ellos sin causa suficiente.

CAPITULO VI

TECNICAS DE EXTRACCION E

INSTRUMENTAL EMPLEADO

Posición del Paciente:

El niño debe estar confortablemente sentado en el sillón, su espalda debera estar apoyada en el respaldo del mismo y su cabeza adecua damente colocada en el cabezal descansando sobre el occipital.

La altura del sillón varía según se realizan las intervenciones del maxilar o la mandíbula.

Posición para intervenir en el Maxilar:

El respaldo del sillón se coloca en ángulo de 45° , la cabeza inclinada ligeramente hacia atras, de modo que la arcada superior forme un ángulo de 90° , con el eje del tronco. La arcada superior del niño se encontrará a la altura de los hombros del operador, para tener una visión perfecta y trabajo con menor esfuerzo.

Posición para intervenir en la Mandíbula:

El sillón forma un ángulo recto con el asiento, y la cabeza del mismo eje del tronco. La cabeza a la altura de los codos del operador

Posición del Operador:

Para los dientes superiores, el Cirujano Dentista, se colocará a la derecha del sillón dental y ligeramente delante del niño.

Para los dientes inferiores se colocará por detrás del niño inclinando el cuerpo ligeramente por arriba de la cabeza del paciente.

Posición de las Manos:

La mano derecha esta destinada al manejo de los instrumentos. La - mano izquierda debe ser la colaboradora, sosteniendo el maxilar, se parando labios y lengua.

Para las extracciones en el maxilar, la mano izquierda se colocará de manera que los dedos índice y pulgar sostengan firmamente el maxilar superior. El pulgar apoyado en la cara palatina de los dientes y el índice cruzado horizontalmente sobre la encía separando el labio.

Para las extracciones en la mandíbula, se necesitara hacer fijación y sostén para evitar luxación o disminuir la presión para efectuar la extracción el dedo índice se colocará en la cara labial o vestibular de las piezas y el dedo pulgar en la cara lingual de los mismos.

INSTRUMENTAL EMPLEADO

La pinza para extracciones, es un instrumento basado en el principio de la palanca de primer grado, con el cual se toma un diente a extraer y se le imprimen movimientos particulares por medio de los cuales se eliminan los órganos dentarios.

La pinza para extracciones consta de dos partes, la pasiva y la activa - unidas por una articulación o charnela.

Existen dos tipos de pinzas, las destinadas a extraer dientes del maxilar superior y las del maxilar inferior; cuya diferencia radica en que las - del maxilar superior poseen las partes pasiva y activa en la misma línea y las pinzas del maxilar inferior tienen ambas partes en ángulo recto.

La parte pasiva es el mango de la pinza, sus ramas son paralelas y labradas en sus caras externas para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador. Las ramas de la pinza se adaptan a la mano derecha el dedo pulgar se coloca entre ambas ramas para vigilar y regular los movimientos y fuerza.

La parte activa, se coloca en la corona anatómica del diente, sus caras - externas son lisas y las internas son concavas y presentan estrías que impiden su deslizamiento, los bordes o mordientes de la pinza siguen la anatomía del cuello dentario.

Incisivos:

Puede ser la misma pinza utilizada para la extracción de un diente - permanente, pero es preferible usar las apropiadas para los temporarios, se usa una pinza recta, cuya parte activa es acanalada y se adapta al cuello del diente.

Caninos:

La pinza a utilizar es la pinza recta. Los movimientos de luxación se efectúan hacia afuera y en rotación, la tracción contínua estos - movimientos dirigiendo el diente hacia arriba y adelante.

Molares:

Las pinzas pueden ser de modelo inglés o modelo americano, del modelo inglés existen dos tipos el del lado izquierdo y el del lado dere cho. Los bocados de la pinza son diferentes, tienen un lado interno en forma de canal que se acomoda a la raíz palatina. Su bocado externo se adapta a la anatomía del diente por extraer. El modelo americano tiene sus mordientes en forma de bayoneta, pero presenta el inconveniente de la pérdida de control de la fuerza por desplazamiento del punto de aplicación. La técnica de extracción se afecta por todos los movimientos, se luxan hacia las áreas bucal y lingual y se ex traen hacia lingual.

Si se fractura una raíz durante la extracción, deberá extraerse usando - palancas elevadoras radiculares o una pequeña cureta. Los Elevadores - Potts, son valiosos en estos casos, teniendo cuidado de no lesionar la - corona del diente permanente ni su soporte óseo circundante. Si la ex - tracción de la punta de la corona arriesga el diente permanente, será me jor dejar la punta radicular intacta. Se producirá resorción o se ex - traerá en fecha posterior sin arriesgar el diente permanente.

El acto de extraer el diente de su alvéolo requiere de varios tiempos:

Desbridación:

Separación de la encía y el diente.

Prehensión:

Después de la desbridación del diente se separan labios, carrillos y lengua con los dedos de la mano izquierda. La pinza tomara al diente por encima de su cuello anatómico, para lograr apoyo y a expensas de éste, lograr su movilidad sin intervención de la corona para evitar - fracturas.

Luxación:

Es la desarticulación del diente por medio de la cual se rompen las fibras del períodonto y se dilata el alvéolo, por medio de movimientos - de lateralidad, que dirigen al diente de adentro hacia afuera; y movimientos de rotación que desplazan al diente de derecha a izquierda en sentido de su eje mayor.

Tracción:

Movimiento que desplaza al diente de su alvéolo, se realiza cuando los movimientos preliminares dilatan el alvéolo y han roto los ligamentos. esta fuerza extrae el diente de su alvéolo.

RESUMEN DE LA TECNICA DE EXODONCIA EN DIENTES PRIMARIOS.

- 1.- Usar fórceps pequeños, cuyos bocados proporcionen el máximo contacto con la superficie radicular.
- 2.- Colocar los bocados lo mas alto posible en la superficie radicular, excepto en los casos de molares primarios en los que el germen del permanente está ubicado muy arriba en la bifurcación.
- 3.- El eje mayor de los bocados debe ser paralelo al eje mayor de la raiz
- 4.- Usar la compresión necesaria para que no se deslicen los bocados, sin comprimir demasiado.
- Usar fuerzas de desplazamiento mecanicamente adecuadas a la anatomía de la raíz.
- 6.- Las fuerzas lentas graduales, son preferibles a los movimientos rápidos, repentinos.
- 7.- Si la rafz de un molar primario se fractura, hay que usar para ex traerlas un elevador de puntas pequeñas, de hoja delgada. Si no se consigue extraerla con facilidad recurrir a la técnica del colgajo.
- 8.- Los gérmenes de los permanentes desplazados o extraidos por completo deben ser colocados otra vez rápidamente, hasta su posición original y cerrarse el alvéolo con uno o dos puntos de sutura, y después de la erupción se haran pruebas pulpares.

CAPITULO VII

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA

EXTRACCION DENTARIA

Lo mejor que puede hacerce respecto a urgencias en el consultorio dental es tratar de evitar la provocación de las mismas. El dentista y su equi po deben estar preparados para estas situaciones, sobre todo si se pre-vee un problema médico o emocional conocido. Entre las complicaciones o urgencias más presentadas se tienen:

Extracción del Foliculo del Diente:

Este accidente, consiste en la lesión o la avulción del germen permanente en el intento de extraer dientes temporales o raices de los mismos; puede deberse a lesiones bruscas incontrolables del odontólogo o por destrucción extensa del hueso que es un factor que permite la extracción del diente primario y la extracción de su sucesor permanente, debido a la cicatrización anormal presente.

Cuando ocurre este accidente, se separa el diente primario del permanente y se colocan en su alvéolo (reimplante); este diente en desarrollo generalmente revascularizara y la formación radicular y de sarrollo pulpar continuara normalmente siempre y cuando no se instale un proceso infeccioso.

Fractura del Diente:

En el transcurso de la extracción, al aplicarse el forceps sobre - el cuello del diente y efectuar los movimientos de luxación, la corona o parte de la raíz se fracturan, las causas pueden ser, caries extensas, anomalías radiculares o producirse por falta de precau - ción. Producida la fractura, se extraera la porción radicular que quedo en el alveólo, se tomara el ápice radicular y se procedera a eliminarlo con cucharillas de Black usando su cara concava contra - las caras proximales de las raices a extraer, en caso de que las - raices esten bien implantadas por falta de proceso de resorción, se emplearan elevadores rectos o angulares, teniendo precaución de no lesionar o extraer el germen del permanente. A causa del traumatís mo producido se producen desgarres de la encía y se desplazan las - esquirlas oseas que hayan quedado; se lava la región con agua bides tilada o suero fisiológico, se cohibe la hemorragia y se cita al ni ño para control post-operatorio.

Lesiones:

Como es la fractura del proceso alveolar, se presenta durante ex -tracciones difíciles o cuando el hueso alveolar deja un espacio de salida de menor diámetro que el de la raíz, o un fragmento oseo se desprende del resto del diente extraido.

La luxación de la mandíbula, que es la salida total o parcial del - condilo de su cavidad glenoidea y puede deberse a diferentes causas que tienden a exagerar la posición de descenso normal de la mandíbula. Lesiones del seno maxilar, accidente que se debe tratar para evitar complicaciones mayores.

Lesiones de partes blandas, como puede ser mucosa, labios, carri - llos, estas lesiones pueden ser de origen traumático, térmico o quí mico, las heridas de boca ocurren por punción accidental de los instrumentos en su mayoría.

Hemorragia:

Es la salida de sangre de los vasos que la contienen debido a diversas causas, siendo la principal la ruptura de los mismos. Lo conveniente en esta complicación es prevenir, realizando una historia completa para valorizar las condiciones de salud del niño, en este caso verificando su aparato cardiovascular, su propensión a hemorragias por insuficiencias de vitamina K, o vitamina C, o discracias sanguíneas presentes..

Las hemorragias durante la extracción o posteriores a la misma, por lo general son pequeños vasos que por si solos se obliteran por la fibrina contenida en la sangre, si los vasos sangrantes no fuesen pequeños se contendra la hemorragia por medio de:

- Presión efectuada con los dedos en las paredes del alvéolo ayu dando a cerrar la luz de los pequeños vasos sangrantes.
- La presión ejercida de la gasa para organizar y retraer el coágulo.
- Por medio de materiales o medicamentos como la espuma de fibrina albumina, celulosa, etc., para la formación del coágulo.
- Por aplicación de agentes hemostáticos ya sean coagulantes o vaso presores.

Aplicación de la Anestesia Local:

Se indicara a los padres o acompañantes, del niño que ha recibido anestesia local, que el tejido blando de la zona carecerá de sensacio
nes por una hora o más. Deberá observarse al niño a fín de que no se muerda los tejidos intencional o inadvertidamente, ya que suelen
morderse los labios, lengua o cara interna de los carrillos, provo cando una lesión de la mucosa, sí se muerde, y en 24 Hr. observarse
una zona ulcerada, se indicará aplicación de colutorios, con solu ción fisiológica para mantener limpia la zona.

Alveolitis:

Una causa es la infección periapical de un diente en el momento de la extracción, traumatismo, aporte vascular del hueso circundante deficiente y enfermedad generalizada, o secuela dolorosa de la extracción.

La etiología, puede estar relacionada con factores que dificultan o impiden la llegada de los nutrientes adecuados al coagulo sanguíneo recién formado dentro del alvéolo. El alvéolo seco se desarro lla durante el tercer o cuarto día postoperatorio y se caracteriza por dolor grave contínuo y olor necrótico.

Tratamiento: Lavar el alvéolo con suero, eliminar desechos, secar suavemente, aislar con rodillos de algodón, colocar en el interior del alvéolo un apósito de gasa yodoformada, saturada con eugenol y cubrir el alvéolo con una mezcla de oxido de zinc y eugenol, el apósito se cambia hasta ceder el dolor y el tejido de granulación cubra las paredes del alvéolo.

Fractura de Agujas:

Es el accidente por instrumental más frecuente; la fractura de agu jas puede producirse por anestesia infiltrativa o travecular, cuan do las agujas se encuentran en mal estado o por movimientos brus cos del niño al introducirla en los tejidos bucales.

Tratamiento: Se indicara al niño no moverse, si el fragmento sobre sale, se extraera con una pinza, si no sobresale pero se palpa se hará una pequeña incisión perpendicular a la aguja que per mita encontrarla sin dificultad. Si ésta se encuentra a ma - yor profundidad, se localizara por medio de radiografías a di ferencias en angulos, una vez localizada se anestesia la re - gión y se hace una incisión amplia y profunda, perpendicular a la aguja, se retraen los tejidos a esta profundidad y cuando se ve la aguja se tomara con una pinza hemostática, elimi-

nada la aguja, se sutura la herida y se retiran las suturas. cuatro o cinco días posteriores, según la cicatrización.

Sincope:

El desmayo, es la complicación más frecuente en el consultorio den tal, que suele ocurrir durante la inyección del anestésico. El - inicio de esta reacción es de naturaleza psíquica y solo en casos especiales de reacción al medicamento administrado. Los signos y síntomas son:

- Gotitas de sudor en la frente y alrededor de la boca.
- Palidez peribucal, que ocasiona coloración verdosa alrededor de la boca.
- Pérdida de color de mejillas y frente.
- Sensación de hormigueo en dedos de manos y pies.
- Debilidad, nauseas, vómitos, pérdida del conocimiento.
- En ocasiones asociado con un episodio convulsivo, que puede durar segundos.

Tratamiento: Colocar al niño en posición supina, bajar la cabeza a nivel del torax, inclinando el sillón hacia atrás valorar - su pulso, tomar presión arterial, compresas húmedas frías sobre la frente y cara a excepción de la naríz y boca. Si no - responde en 15 seg. se administrará oxígeno, el paciente tendera a recuperarse rápidamente.

Crisis Epilépticas:

Este paciente puede presentar una crisis cuando esta física o mentalmente cansado o incondicionalmente exhausto o agoviado por el dolor. En caso de presentarse la responsabilidad del dentista es proteger al niño para que no se lesione, esto se hace evitando que caiga del sillón dental o estructuras adyacentes, y que tire instrumentos - afilados de la bandeja que puedan caer sobre él y cause laceraciones. Después de las crisis el niño tiende a dormir (depresión - postataque), quejarse de dolor de cabeza intenso o tener músculos doloridos, incontinencia urinario y fecal.

Choque Insulfnico:

Cuando los niños tienden problemas al manejar su diente, o en su - dosis diaria habitual de insulina.

El niño diabético tiende a excitarse, hablar incoherentemente, que jarse de adormecimiento de dedos, de pies y manos y perder el conocimiento. La administración intravenosa de solución de glocusa, corrige la hipoglicemia. Los niños con hiperglicemia no responderán a este tratamiento pero no sufriran un daño grave tampoco. Se tendrá contacto con el médico familiar del niño y se seguirán sus recomendaciones que en ocasiones incluyen hopitalización.

Cuerpos Extraños:

El desplazamiento de dientes a la bucofaringe, laringe, tráquea y esófago, es común, su prevención se basa en la colocación de una - pantalla de gasa para bloquear bucofaringe de la boca, sobre todo - cuando el procedimiento de exodoncia se realiza bajo anestesia local o general. Los dientes desplazados a bucofaringe no son problema, si se recuperan antes de descender a estructuras más profundas, cuando un diente se desplaza a bucofaringe y el niño esta bajo anestesia local, se le pide mantenerse quieto y no tragar o tomar aire hasta haber recuperado el diente. Si es bajo antestesia general, todo procedimiento se detendrá hasta recuperar el diente. Cuando el diente se desplaza a la porción posterior de la boca el niño se lo puede tragar al toser y lo llevará al esófago, se tomarán radiografías para localizar el diente.

Si el diente entra al aparato gastrointestinal, se recetará una die ta con mucha grasa y el niño se pondra en contacto con el dentista en caso de producirse cualquier tipo de síntoma gastrointestinal.

Generalmente el diente es defecado, pero en caso contrario se realizaran exámenes radiográficos de la caja toráxica. Si el diente se encuentra en laringe, se producira un espasmo bloqueando el intercambio de aire. El diente se extraera con laringoscopio y pinzas - Magill. Si el diente no se extrae rápido, se establecera una vía - aérea.

Los dientes que son aspirados en el arco bronquial constituyen un - grave problema, sólo una persona entrenada en los métodos de bro \underline{n} - cospía, pueden extraer el diente en esta posición.

El niño tosera continuamente y producira cianosis. Se administrará oxígeno hasta que el niño se transfiera a un área donde se tomen radiografías de torax y hacerse broncoscofa directa.

Alergias:

Para evitar reacciones alérgicas al medicamento el dentista deberá completar una historia clínica y una valorización adecuada, antes - de usar el medicamento se debe aspirar antes de inyectar.

Las reacciones alérgicas pueden variar desde reacciones demoradas - molestas a reacciones anafilácticas graves, que podrían producir la muerte del paciente.

Las reacciones demoradas se caracterizan por inflamación en el s \underline{i} - tio de inyección, edema angioneurótico, ardor y urticaria.

Tratamiento: Antihistamínico y cuidado paliativo.

Las reacciones anafilácticas, se desarrollan rápidamente, el niño - es extremadamente temeroso, presenta prurito intenso y respiración

asmática, urticaria, desciende la presión arterial y el pulso se debilita o pierde. El niño puede estar inconsciente con o sin con vulsiones, puede producirse la muerte a los pocos minutos o varias horas después.

Tratamiento: Aplicar un torniquete por encima del sitio de inyección si es posible. Aplicación de vasopresores broncodilatadores y antihistamínicos de la adrenalina, administración de oxígeno.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO POST - OPERATORIO

La asistencia postoperatoria, es importante si se considera el hecho de que el niño sufrirá sensaciones no sentidas en su boca devidas al anest $\underline{\epsilon}$ sico, la dificultad que tendra para tener su alvéolo limpio y su necesidad de comer.

La asistencia postoperatoria a la extracción consiste en:

El alvéolo se comprime con los dedos para establecer la anchura nor mal que había antes de que la placa fuera expandida quirúrgicamente

Apósitos de Gasa:

Se colocará un apósito de gasa humeda para ocluir el alvéolo abierto y ejercer presión sobre las membranas mucosas para evitar acumulación de sangre bajo el colgajo y limitar la sangre al alvéolo — mientras se efectúa el proceso de coagulación. El paciente debera dejarlas durante 30 a 45', si al quitarlas el escurrimiento conti — núa, se colocarán nuevos apósitos húmedos durante el mismo tiempo.

Si existe una hemorragia ósea generalizada, se taponea el alvéolo - con un agente hemostático como Gelfoam empapado de trombina y se - aplican suturas para sostener el agente hemostático en su lugar. Se pedira al paciente que muerda otra compresa de gasa húmeda.

Su bocado externo se adapta a la anatomía del diente por extraer. - El modelo americano tiene sus mordientes en forma de bayoneta pero - presenta el inconveniente de la pérdida de control de la fuerza por desplazamiento del punto de aplicación. La técnica de extracción se efectúa por todos los movimientos. Se luxan hacia las areas bucal y lingual y se extraen hacia lingual.

Si se fractura una raíz durante la extracción, deberá extraerse usan do palancas elevadoras radiculares o una pequeña cureta.

Los elevadores Potts, son valiosos en estos casos, teniendo cuidado de no lesionar la corona del diente permanente ni su soporte óseo - circundante. Si la extracción de la punta de la corona arriesga al diente permanente, será mejor dejar la punta radicular intacta. Se - producirá resorción o se extraera en fecha posterior sin arriesgar - el diente permanente.

El acto de extraer el diente de su alvéolo requiere de varios tiempos:

Desbridación, separación de la encía y el diente.

Prehensión:

Después de la desbridación del diente, se separan labios, carrillos y lengua con los dedos de la mano izquierda. La pinza tomara al -diente por encima de su cuello anatómico para lograr apoyo y a expensas de éste lograr su movilidad sin la intervención de la corona para evitar fracturas.

Luxación:

Es la desarticulación del diente por medio de la cual se rompen las fibras del periodonto y se dilata el alvéolo, por medio de movimien tos de lateralidad, que dirigen al diente de adentro hacia afuera; y movimientos de rotación que desplazan al diente de derecha a $i\underline{z}$ - quierda, en sentido de su eje mayor.

Sutura:

Se emplearan uno o dos puntos de sutura, según la extensión del alvéolo, los puntos se retiraran 2 o 3 días después cuando la herida esté en condiciones, si se espera mas días el hilo será un material irritante hipertrofiando al tejido gingival. Los bordes gingivales que cubren el alvéolo deben aproximarse lo más posible para proteger el alvéolo y permitir la formación del coagulo, realizada la su tura se coloca un trozo de gasa sobre al alvéolo para permitir la formación del coagulo.

Compresas Calientes y Frias:

Debe aconsejarse al niño que se coloque hielo envuelto en tela o - compresas frías sobre la cara durante las 8 horas siguientes a la - extracción. El hielo se aplica a la cara durante 20' y se quita du rante otros 10' en forma alternada, ya que el frío reduce la inflación.

Si se extrae un diente con absceso agudo, se prescribe una aplica - ción contínua de compresas húmedas calientes a la cara, para aumentar la circulación de la zona.

Higiene Bucal:

El niño no debe escupir ni enjuagarse la boca durante las primeras 12 horas siguientes a la extracción; si se cepilla los dientes no - afectados se recomienda un cepillo con cerdas recortadas en forma - plana o de cerdas suaves y pulidas para limpiar la boca de sangre y proporcionar frescura, ya que el cepillo suave no lesionara los tejidos y efectuara una limpieza a fondo, al día siguiente el paciente puede enjuagarse la boca empleando un enjuague.

Dieta:

Se mantendra una ingestión de alimentos tales como gelatina, flanes

natillas, preparaciones de dieta líquida en general, al igual que - dieta blanda.

Sueño:

El niño debe dormir sobre dos almohadas cubiertas con una toalla, - para mantener la cabeza elevada en un ángulo de 30°, ya que la heri da puede producir un pequeño exudado durante la noche, debido a que las heridas intrabucales, estimulan la salivación. Esta medida, es para evitar la deglución de secresiones y reducir la pérdida de líquidos.

Actividad Fisica:

El niño se recupera y vuelve a sus niveles de actividad normal, si descansa dos o más días después de la extracción y evita los trabajos físicos extremosos y los deportes.

Medicación Postoperatoria:

Los niños deben recibir una receta con analgésicos, con una cant<u>i</u> - dad de droga que baste para 48 horas, después de revisar al paciente respecto a su hipersensibilidad a las drogas.

Los antibióticos están reservados para niños con enfermedades generalizadas en los que podría producirse una bacteremia resultante a la extracción.

Considerando los inconvenientes de las mismas, como es el caso de - la Estreptomicina que puede dafiar el octavo par craneal.

El Cloramfenicol produce discrasias sanguineas.

Así como el empleo de las Tetraciclinas puede causar cambio de co -

lor permanente a los dientes, si se administra en niños durante las edades de desarrollo de las coronas.

La penicilina es la droga de elección para un tratamiento profiláctico, si el niño es sensible a la misma, se administrara Eritromicina, y si está contraindicada, se empleará Tetraciclina.

Las dosis de antibióticos en niños, será de 25-50 miligramos por Kilogramo de peso y por día, repartidos en 4 tomas.

ANALGESICOS

Tales como la aspirina cuya dósis habitual es de 325 mg. para niños de 5 a 10 años de edad y de 650 mg. para niños de más edad.

Y el Propoxifeno administrado en dósis de 32 a 65 mg.

CAPITULO IX

MANTENEDORES DE ESPACIO

Un diente se mantiene en su relación correcta en el arco dental como resultado de la acción de una serie de fuerzas.

Si se altera o elimina una de esas fuerzas, se producirán modificaciones en la relación de los dientes adyacentes y habrá un desplazamiento den tal y la creación de un problema de espacio. Tras dichas modificaciones los tejidos de sostén sufren alteraciones inflamatorias o degenerativas.

Factores generales que influyen en la creación de una mala oclusión:

- 1.- La anormalidad de la musculatura bucal, una posición lingual anormalmente alta, sumada a un músculo mentoniano, puede ser muy dañosa para la oclusión después de la pérdida de uno de los molares temporales inferiores. El resultado final es el colapso del arco dental y el desplazamiento distal del segmento anterior.
- 2.- La presencia de hábitos bucales: los hábitos de succión del pulgar u otros dedos que ejerzan fuerzas anormales sobre el arco dental también son responsables de iniciar un colapso tras la pérdida extemporánea de los dientes.
- 3.- La existencia de una mal oclusión: La insuficiencia de la longitud del arco y otras formas de mal oclusión en particular la clase Il división I; normalmente empeoran progresivamente después de la pérdida extemporánea de los dientes temporales inferiores.

Para el odontólogo son importantes las siguientes consideraciones al estudiar el mantenimiento del espacio tras la pérdida extemporánea de dientes temporales:

- 1.- Tiempo transcurrido desde la pérdida.
- 2.- Edad dental del niño.
- 3.- Cantidad de hueso que recubre el diente no erupcionado.
- 4.- Secuencia de erupción de los dientes.
- 5.- Erupción retrasada en los dientes permanentes.
- 6.- Ausencia congénita de los dientes permanentes.

ELECCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

El mantenimiento del espacio, puede hacerse por la inserción de mantenedores pasivos y removibles hechos con hilos metálicos y resina acrílica o bandas hechas a la medida y de ajuste perfecto o una banda prefabricada y disponible en diferentes tamaños.

Ventajas de un Mantenedor de Espacio Removible:

- Fácil de limpiar, permite la limpieza de las piezas.
- Mantiene y restaura la dimensión vertical.
- Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.
- Puede llevarse parte del tiempo y permite la circulación de la sangre a los tejidos blandos.
- Puede construirse en forma estética.
- Facilita el masticar y hablar.
- Mantiene la lengua en sus limites.
- Estimula la erupción de las piezas permanentes.
- No es necesaria la construcción de bandas.
- Se efectuan fácilmente las revisiones bucales.

- Puede hacerse lugar para la erupción de piezas sin necesidad de - construirse un aparato nuevo.

Desventajas:

- Puede perderse.
- El niño puede decidir no llevarlo puesto.
- Puede romperse.
- Puede restringir el crecimiento lateral de la mandibula, si se incorporan grapas, al observarse un posible desarrollo de sobremordida, puede ser factible descartar las grapas molares y pasar a retención anterior o espolones interproximales y ser necesaria la elaboración de un nuevo mantenedor para adaptarse a los cambios de configuración.
- Puede irritar los tejidos blandos.

Existen diversos mantenedores de espacio entre los cuales encontramos los siguientes:

- Mantenedor de Banda y ansa.
- Mantenedor de Corona y ansa de acero de crómo.
- Mantenedor colado de Guillet.
- Mantenedor de tipo puente fijo modificado.
- Mantenedor colado de oro de extensión distal.
- Mantenedor de banda y corona de extensión distal.
- Prótesis parcial removible.
- Mantenedor fijo.
- Prótesis completas.
- Arco lingual pasivo.
- Arco labial.

CAPITULO X

TRATAMIENTO DEL NINO IMPEDIDO

Los padres de niños impedidos, saben que sus hijos necesitan cuidados restaurativos y preventivos inmediatos, el odontólogo deberá satisfacer esta necesidad, ya que el estado dental de estos niños, puede estar relacionado directamente o indirectamente con sus impedimentos físicos o mentales, acentuando su mala higiene dental, y hábitos dietéticos inadecuados, deteriorando su salud.

El plan de tratamiento deberá ser realista, considerando su situación médica o disminuyente actual y su pronóstico para años venideros, acentuando en extremo la limpieza dental, prevención de caries, dieta balanceada y la supervición dental periódica.

Es considerada la primera visita al consultorio dental como la más importante, pues con ella se identifica la capacidad y el interés de acepta - ción al tratamiento por padres y niños; así como la obtención de las medidas necesarias para lograr la cooperación de los mismos.

Los cuidados dentales de los niños impedidos suelen llevarse a cabo con - los procedimientos seguidos para niños normales, teniendo como bases para obtener su cooperación el empleo de métodos convencionales psicológicos, la paciencia y el conocimiento, teniendo siempre como último recurso el - uso de medicamentos, restricción y anestesia general.

LABIO HENDIDO - PALADAR HENDIDO

Son las deformaciones congénitas más comunes en el hombre, que pueden variar, desde una ligera afectación en el labio y ausencia de división en las cavidades bucal y nasal.

En su mayoría estos niños presentan defectos asociados como son dientes deformados, mal oclusión, deficiencias en oclusión, deficiencias en el - lenguaje, infección del oído medio y susceptibilidad a infecciones respiratorias superiores.

El paladar hendido puede estar afectando sólo:

- Al paladar blando, al paladar duro, pero no al reborde alveolar.
- A ambos paladares y reborde alveolar de un sólo lado de la zona prema xilar.
- O al paladar blando, duro y reborde alveolar de ambos lados del prema xilar.

Las hendiduras labiales, pueden incluir:

- Escotadura unilateral del borde rojo sin extenderse a todo el labio.
- Escotadura unilateral con una fisura que se extiende hasta el labio, pero sin incluir el piso de la naríz.
- Hendidura unilateral del labio extendida al piso de la naríz.
- Hendidura bilateral del labio por escotadura incompleta.
- Hendidura bilateral total.

'' "La patogénesis de la hendidura del labio y hendiduras del paladar, no es tá definida al igual que la etiología.

El tratamiento de estas malformaciones es un trabajo en equipo, para lograr su rehabilitación como son:

- Cirujanos Plásticos, Pediatras, Odontonpediatras, Ortodontistas, Prostodontistas y Sociólogos, entre otros.

El uso de aparatos ortodónticos generalmente se asocia con todas las hen diduras que afectan al alvéolo, al paladar blando, o a ambas para mejorar el lenguaje, deglución y estética.

La presencia del labio hendido, paladar hendido o ambas, también origina la presencia de piezas supernumerarias en la dentadura primaria y permanente. En la dentadura primaria se permite que estas piezas hagan exfoliación natural o puede hacerse la extracción después de la pérdida de piezas adyacentes. La mayoría de las piezas supernumerarias de la denta dura permanente, se extraen lo antes posible. También se observan caries extensas o piezas deformadas.

PARALISIS CEREBRAL

Es un trastorno del sistema nervioso, que se manifiesta por disfunciones neuromusculares, resultantes de una lesión cerebral. Estas lesiones son progresivas y pueden provenir de defectos cerebrales congénitos, traumatísmos, anoxia o infecciones de etiología desconocida.

Las disfunciones pueden ser estasticidad, atetósis, ataxía, rígidez o temblores. La localización de la lesión cerebral determina el tipo de di \underline{s} -función cerebral.

Espasticidad:

Es el resultado de lesiones de la corteza cerebral, se caracteriza por hipercontractilidad de los músculos, reflejos presentes y rígidez de - las partes afectadas.

Atetosis:

Es producida por lesiones en el ganglio basal, se caracteriza por contracciones musculares involuntarias y desordenadas.

Ataxia:

Originada por lesiones del cerebelo, se observa pérdida de la coordina ción muscular que produce en el paciente falta de equilibrio y marcha inestable.

Rígidez:

Transmitida por lesiones del ganglio basal, se observa endurecimiento muscular al intentar movimiento.

Tembler:

Debida a lesiones del ganglio basal, observándose movimiento muscular.

De acuerdo con el área afectada, se clasifican en:

- Hemiplejía: Afectación de la mitad del cuerpo.

- Cuadraplejía: Cuando se afectan las cuatro extremidades.

- Paraplejía: Se presenta en las piernas.

- Monoplejfa: Cuando se involucra un miembro.

Puede presentarse incidencia de retraso mental entre los niños con parálisis cerebral. El nivel de inteligencia de los niños con parálisis cerebral, puede no ser definido por problemas de habla, oído, babeo excesi vo y posición facial o física. Su período de atención es breve, emocionalmente son inmaduros.

La mayoría de los niños con parálisis cerebral, tienen un índice de ataque carioso más elevado que los niños normales por su incapacidad de bue na higiéne dental y su alimentación blanda y cariogénica o por defectos hipoplásticos del esmalte en sus piezas, o presencia de enfermedades periodontales, mal oclusión, disfunciones musculares anormales, posición anormal de la lengua o deglución atípica.

Para efectuar extracciones en niños con parálisis cerebral se conseguirá la información disponible respecto a sus características físicas y menta les con padres y personas que lo rodean y están a su cuidado.

El dentista deberá tener conciencia de las limitaciones del niño. El - uso de restricción puede provocar movimientos involuntarios excesivos.

En caso de administrarse terapéutica medicamentosa, para el alivio de an siedad y relajación muscular, se consultará con su médico para la elección del mismo. Siendo los mas convenientes:

- Meprobamato: Para alivio de la espasticidad y movimientos invo luntarios.
- Clorpromazina: Para reducir la ansiedad.
- Clorhidrato de Clordiazepóxido: Para reducir la tensión física, como el espasmo muscular.

No existe contraindicación en el uso de la anestesia local.

Se aconseja el empleo de un mantenedor plástico para la cabeza, para ayu dar en su estabilización y reducción de movimiento y apoyos bucales protectores, para evitar lesiones al niño, al cerrar la boca violenta e involuntariamente.

El empleo de dique de hule, es indicado para que el niño no aspire ninguna pieza extraída, en caso de que realice movimientos de deglución.

HEMOFILIA

Es una anormalidad metabólica congénita que se manifiesta como un tras - torno hemostático, que puede ser resultado de ausencia de alguna de las sustancias necesarias para la actividad tromboplástica normal.

El tratamiento de un niño hemofilico, debe ser planeado por un hematólogo y médico familiar, provocando el menor traumatismo posible; se considerará una terapéutica endodóntica convencional en vez de una extracción

Esta contraindicado el empleo de anestesia local a excepción de fuertes dolores en cuyo caso se administrará bajo control médico, evitando blo queo mandibular para no provocar hemorragias en los espacios faríngeos - laterales, donde es difficientes de control.

Cuando se recurra a extracciones y se prevea hemorragia excesiva, se seguiran las instrucciones de hospitalización, mencionadas anteriormente, acentuando el análisis de sangre, tipo de coagulación y sangrado, cuenta de plaquetas y transfusión de plasma preoperatorio.

Si se emplea anestesia general, será administrada por anestesiólogo, bajo vigilancia del médico familiar.

La extracción, se realizará con el menor traumatismo posible con empleo

de apósitos quirúrgicos a presión, para controlar la hemorragia con un - hemostático. Cuando se reprime la hemorragia a menudo, es prudente prevenir irritaciones mediante la estabilización con una férula de acrílico sobre el lugar de la herida quirúrgica por 7 a 10 días.

El odontólogo y hematólogo definirán el tiempo de curación y las transfusiones post-operatorias dependiendo del tiempo de cicatrización.

El paciente no recibirá alimento alguno por la boca en las 24 Hrs siguientes a la operación y unicamente líquidos en las siguientes 24 Hrs.

EPILEPSIA.

Es un trastorno que ocasiona una descarga nerviosa anormal en el cerebro produciendo un ataque. Si éstos son frecuentes, se produce una afección llamada epilepsia; afectando a las personas, al producir un cambio en su estado de conciencia, contracciones musculares tónicas o clónicas, experiencias sensoriales anormales y trastornos de la conducta.

Los trastornos epilépticos pueden ser idiopáticos y sintomáticos. Los - del grupo idiopático no se atribuyen a una lesión cerebral y pueden ser de origen genético. El grupo sintomático se asocia con patologías del - cerebro por anomalías del desarrollo, lesión o enfermedad.

Los ataques epilépticos, suelen denominarse como pequeño y gran mal. El pequeño mal se caracteriza por episodios de pérdida momentánea y repentina del conocimiento, es breve, acompañada en ocasiones por sacudidas - rítmicas de cabeza y brazos.

El ataque de gran mal es violento, se observa que los ojos giran en sus órbitas, las pupilas se dilatán, la cara enrojece y palidece, se pierde el conocimiento, el cuerpo sufre un espasmo tónico que detiene la respiración tornándose el niño cianótico. Al espasmo tónico, le sigue una fa

se clónica de varios minutos de duración, con contracción muscular y salivación profusa, sudor y evacuaciones involuntarias de intestinos y vejiga. Después del ataque, el niño presenta estupor, sueño y dolor de cabeza.

Si el niño sufre éste ataque, la responsabilidad del odontólogo, es evitar que se lesione. El problema dental más frecuente es la hiperplasia fibrosa de la encía por medicamentos anticonvulsivos.

Para su tratamiento el odontólogo deberá familiarizarse con el tipo y - frecuencia de los ataques epilépticos previa atención.

SORDERA Y CEGUERA

En el tratamiento de un niño sordo, es importante acentuar su aprendizaje a través de los demás sentidos, sobre la base de ver, tocar y gustar.

El entendimiento debe ser logrado con experiencias relacionadas sobre su medio familar; al dejar tocar y sentir los instrumentos odontológicos, - el niño sordo se muestra mas receptivo a los procedimientos por realizar sin existir un problema dental específico.

Cuando el niño es ciego, es más fácil de abordar por el odontólogo, pue \underline{s} to que la comunicación verbal puede ser amplia y explícita, haciendo acopio de los sentidos de tacto y gusto.

Estos niños, rara vez requieren premedicación o anestesia general. Cual quier niño con defectos sensoriales deben ser tratados lentamente, la - comprensión y paciencia son básicos.

RETRAZO MENTAL

Se refiere a un funcionamiento intelectual generalmente por debajo del - promedio, originado en el período del desarrollo y asociado a un impedimento en la conducta de adaptación, como puede ser debilidad mental, - idiotez, imbecilidad, mongolísmo, hipo u oligofrenia y moronismo, con un coeficiente de inteligencia menor de 20.

La etiología de ésta enfermedad, puede ser la herencia, tumores, influencias pre y post natales, anoxia y lesiones al nacer, desnutrición, trastornos del metabolismo, agentes traumáticos o físicos e infecciones.

Los niños retrazados mentales no sufren enfermedades dentales específi - cas, pero presentan un índice de caries y enfermedad periodonal elevada por mala higiene y hábitos dietéticos inadecuados.

Antes de su tratamiento el odontólogo evaluará la conducta del niño, interpretando su grado de retardo y planificación del programa de restauración y prevención odontológicas, así como su grado de cooperación; si la cooperación no es lograda o si el tratamiento dental es extenso se indica la anestesia general.

CARDIOPATIA CONGENITA

Es debida a anomalías estructurales del corazón y pueden ser:

Cardiopatía Congénita Acianótica:

Presenta un corto circuito de izquierda a derecha y diversos defectos cardíacos como es el tabique auricular, defectos en el tabique ventri

cular, la estenósis aórtica congénita, conducto arterial permeable y - estenósis pulmonar. Esta anomalía es corregida con cirugía.

Cardiopatía Congénita Cianótica:

Los niños nacen con defectos que causan corto circuito de derecha a iz quierda y al hacer ejercicio se vuelven cianóticos. Algunos de éstos defectos, son la trasposición de los grandes vasos, atresia de la válvula tricúspide. Su tratamiento es quirúrgico.

La etiología de ésta enfermedad es inexacta, pero se asocian como agen tes causales la herencia y factores ambientales, durante el embarazo como rubeola y anoxía.

La Cardiopatía congénita, frecuentemente se asocia con mongolóides y - niños nacidos con hendidura de paladar. labio o ambas.

Los niños cianóticos presentan mayor incidencia de mal oclusión por $1\underline{n}$ suficiencia del tamaño del arco. Los niños con estenósis aórtica su - pravalvular, tienen microdoncia, dientes cónicos, morfología atípica - de molares temporales, mordida cruzada invertida posterior e insufi - ciencia de longitud de la arcada inferior.

Se acentuará la prevención de endocarditis bacteriana causada generalmente por estreptococcus encontrado alrededor de las piezas. Los raspados y extracciones van seguidos de bacteramias que causan la endocarditis. El empleo de antibióticos profilácticos es básico 24 Hrs. antes y durante - las 48 Hrs. después del tratamiento como es la penicilina, eritromicina o tetraciclina, según la sensibilidad.

Es conveniente la epinefrina en el anestésico local, para prolongar la $d\underline{u}$ reción de la anestesia. Se evitarén agotamientos en el niño, en procedimientos prolongados se empleará premodicación.

La disnea y el sincope, aparecen con frecuencia.

Al emplear premedicación o anestesia general, medicamentos o dósis serán consideradas por cardiólogo y médico tratante.

TECNICA RADIOGRAFICA ESPECIAL

PARA NIROS DISMINUIDOS.

El niño físicamente disminuido por lo general no puede sostener la película en la boca mediante los dedos, o no puede sostener una extrabucal - con la mano. En éste caso las radiografías bucales pueden tomarse con - el padre o tutor sosteniendo la película o mediante dispositivos que per mitan mantener la película, como son los bloques de mordida, pinza hemos tática o mantenedores para la oclusión del paciente.

Para un niño con trismu la única técnica posible es la extrabucal. Si - los niños presentan una película colocada en el vestíbulo de la boca, el dentista empleará una técnica maxilar lateral proyectando los rayos X, - por debajo del borde inferior de la mandíbula desde el lado opuesto.

En los niños disminuídos el tiempo de exposición, es indispensable que - sea breve, mediante un equipo de rayos de alto kilovoltaje o chasis con pantalla intensificadora, son útiles en pacientes mentalmente retardados, paralíticos cerebrales o niños no cooperadores.

La técnica oblicua distal, es recomendable para radiografiar terceros molares superiores no erupcionados, que no pueden ser visualizados con el - uso del procedimiento periapical convencional.

<u>CONCLUSIONES</u>

Es de suma importancia para el odontólogo, saber el estado psicológico de los niños, ya que dependiendo de ésto será el grado de éxito o fracaso del tratamiento.

En ninguna circunstancia debe el odontólogo extraer un diente a un niño o iniciar cualquier tratamiento operatorio sin la plena aprobación del padre.

El trato con el niño debe tener como imprescindibles la comprensión, el cariño y la paciencia.

Para la extracción de dientes temporales al igual que la de los permanentes, se efectuará un perfecto diagnóstico basándose en todos los medios a nuestra disposición, antes de realizar una extracción, procurando realizar ante todo, todos - los procedimientos conservadores posibles.

Solamente se harán extracciones que clinicamente no están in dicadas, cuando sean pacientes remitidos por el ortodontista o cuando las condiciones de salud general del niño lo requiéran.

No se realizaran extracciones de dientes temperales sin la planeación previa de la colocación de un mantenedor de espacio; por lo que se instruirá a los padres acerca del uso ade
cuado, los beneficios que proporciona así como la informa ción pertinente del tiempo que permanecerá instalado en la boca del niño, y la revisión periódica del mismo.

La administración de medicamentos y técnicas de anestesia a emplear, serán las que cada paciente requiera, según sus - condiciones particulares físicas y psíquicas, y en lo posible bajo asesoramiento de su médico general tratante.

Hay que recordar que lo más importante es la comodidad y se guridad del paciente, antes, durante y después de cualquier intervención y más aún los pacientes infantiles.

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGIA PARA NINOS:

- JHON CHARLES BRAVER L.B. HIGLEG.
- MAURY MASSLER ISSAC SHOUR,
- PRIMERA EDICION ARGENTINA.
- EDITORIAL MUNDI BUENOS AIRES 1968.
- PRACTICA DE LA ODONTOLOGIA PARA NIÑOS PAG. 20 A 31.
- DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO -ORIENTACION DE PADRE Y NIÑO- PAG. 33 A 56.
- INFECCIONES ESPECIFICAS DE LAS ENCIAS PAG. 255 A 257.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA:

- THOMPSON M. LEWIS DAVID M. LAW.
- SIMPOSIO SOBRE PAIDODONCIA.
- EDITORIAL MUNDI S.AI.C. Y F.
- IMPRESO EN ARGENTINA.
- SERIE X VOLUMEN 29
- EXODONCIA PEDIATRICA PAG. 203 A 215
- AMELOGÉNESIS IMPERFECTA HEREDITARIA PAG. 237 240
- EDUCACION DEL PACIENTE PAG. 309 A 324.

ANESTESIA ODONTOLOGICA:

- NIELS BJORN JORGENSEN JESS HAYDEN JR.
- EDITORIAL INTERAMERICANA PRIMERA EDICION 1970.
- EVOLUCION Y EXAMEN FÍSICO DEL ENFERMO PAG. 1 A 6.
- ASPECTO PSICOLÓGICO EN LA PRÁCTICA DENTAL PAG. 9 A 13.
- PREMEDICACION PAG. 15 A 20.
- TECNICAS DE INFILTRACION Y BLOQUEO NERVIOSO PAG. 23 A 62
- ANESTESIA LOCAL Y COMPLICACIONES PAG. 67 A 95.
- ANESTESIA GENERAL PARA EL ENFERMO AMBULATORIO PAG. 108 Y 118.

MEDICINA INTERNA TOMO I Y II:

- PEDRO FARRERAS VALENTI CIRIL ROGMAN.
- EDITORIAL MARIN, S. A.
- NOVENA EDICIÓN MÉXICO 1978.
- TOMO I GASTROENTEROLOGÍA PAG. 2 A 21.
 - REUMATOLOGÍA PAG. 988 989.
- TOMO II- METABOLISMO Y NUTRICIÓN PAG. 482 Y 496.

MEDICINA INTERNA:

- T.R. HARRISON.
- PRENSA MEDICA MEXICANA
- " TERCERA EDICION.
- INFLAMACIÓN PERIAPICAL DE LOS DIENTES PAG. 367 A 374.
- ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LOS MAXILARES PAG. 401 A 405

- POLIOMELÍTIS PAG. 1135.
- PRESENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS PAG. 1023 A 1025.
- OSTEOMIELITIS PAG. 893.
- DIABETIS MIELLITUS PAG. 657.

ODONTOLOGIA PARA EL NINO Y EL ADOLESCENTE:

- RALPH E. MC. DONALD.
- EDITORIAL MUNDI.
- IMPRESO EN ARGENTINA.
- SEGUNDA EDICIÓN 1975.
- ORIENTACION DE LA CONDUCTA EN EL CONSULTORIO DENTAL PAG. 25 A 35.
- DESARROLLO Y MORFOLOGÍA DE DIENTES TEMPORALES. PAG. 36 A 42.
- TÉCNICAS REDIOGRÁFICAS PAG. 90 A 109.
- ANESTESIA PAG. 163 A 175.
- MANEJO DE PROBLEMAS DE MANTENIMIENTO DE ESPACIO PAG. 325 A 354.
- PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS DEL NIÑO DISMINUIDO PAG. 417 A 430
- ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO PAG. 501 A 522.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL:

- EDWARD V. ZEGARELLI AUSTIN H KUTSCHER.
- GEORGE A. HYMAN M.D.
- SALVAT EDITORES, S. A.
- REIMPRESIÓN 1978.

- PRINCIPIOS GENERALES DEL DIAGNÓSTICO ORAL PAG. 3 A 34.
- ENFERMEDADES METABÓLICAS QUE AFECTAN HUESOS Y DIENTES PAG. 41 a 47.
- ENFERMEDADES DE ORIGEN ENDOCRINO PAG. 61 A 63.
- ENFERMEDADES Y ANOMALÍAS DE DIENTES Y MAXILARES PAG. 90 A 117.
- NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA BOCA PAG. 258 274.
- ENFERMEDADES ULCERATIVAS DE LA BOCA PAG. 343-344-365.
- ENFERMEDADES DE LA SANGRE PAG. 523 A 550.
- CONSIDERACIONES MEDICAS GENERALES, PAG. 630 A 632.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL:

- GUSTAV O. KRUGER.
- EDITORIAL INTERAMERICANA.
- CUARTA EDICIÓN 1978.
- CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EXODONCIA PAG. 90 A 99.
- BASES DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PAG. 8 A 14.
- BACTERIOLOGÍA QUIRÚRGICA PAG. 132 A 150.
- INFECCIONES AGUDAS DE LA BOCA PAG. 159 A 184.
- HEMORRAGIA Y CHOQUE PAG. 185 A 190.

ODONTOPEDIATRIA (ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES):

- RUDOLF P. HOTZ.
- EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.
- IMPRESO EN ARGENTINA 1977.

- PATOLOGÍA PAG. 93 A 246.
- EXAMEN CLÍNICO (DIAGNÓSTICO) PAG. 132 A 141.
- CONTROL DEL DOLOR PAG. 204 A 214.
- EXTRACCIÓN PAG. 245 A 251.

TRATADO GENERAL DE ODONTO ESTOMATOLOGIA:

- TOMO III VOL I CIRUGIA DE LA BOCA Y LOS MAXILARES
- KARL SCHUCHARDT
- EDITORIAL ALHAMBRA, S.A.
- MADRID MEXICO 1962.
- PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE OPERATORIA PARA LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA PAG. 115 116 . 123 A 128.
- EXTRACCION DENTARIA PAG. 361 A 362 . 384 A 388.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL:

- S.N. BHASKAR.
- EDITORIAL EL ATENEO.
- IMPRESO EN ARGENTINA 1971.
- LESIONES RADIOLUCIDAS DE LOS MAXILARES PAG. 38 A 122.
- ULCERACIONES DE LA MUCOSA BUCAL PAG. 12 13 260.
- PATOLOGÍA DE DIENTES Y MAXILARES PAG. 18 A 339.
- MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES GENERALIZADAS.
 PAG. 395 A 422.

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL:

- STANLEY L. ROBBINS.
- NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA.
- PRIMERA EDICIÓN EN ESPAÑOL 1975.
- INFLAMACIÓN Y REPARACIÓN PAG. 85.
- LA CAVIDAD BUCAL PAG. 829 A 845.
- ENFERMEDADES GENERALES PAG. 256 A 260.
- INFLAMACIÓN PERIAPICAL DE LOS DIENTES PAG. 374 A 378.
- OSTEOMIELITIS PAG. 670 A 687.
- SISTEMA NERVIOSO PAG. 1442 1443.

CIRUGIA BUCAL:

- EMMETT R. COSTICH.
- RAYMOND P. WHITE.
- NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA.
- PRIMERA EDICIÓN EN ESPAÑO 1974.
- DIAGNÓSTICO PAG. 17 A 20.
- PLANEACIÓN DE LA CIRUGÍA BUCAL EN EL CONSULTORIO DENTAL PAG. 31 A 41.
- MEDICACIÓN Y ANESTESIA PAG. 43 58.
- EXTRACCIÓN DE DIENTES PAG. 80 A 88.
- CONTROL DE SANGRADO PAG. 163 A 169.
- ASISTENCIA POST-OPERATORIA, COMPLICACIONES Y URGENCIAS EN EL CONSULTORIO PAG. 170 A 183.

- INFECCIONES PAG. 184 A 190.
- PROCEDIMIENTOS DE HOSPITAL PAG. 200 A 220.

CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA:

- GUILLERMO A. RIES CENTENO.
- SEPTIMA EDICIÓN.
- SEGUNDA REIMPRESIÓN 1975.
- EDITORIAL EL ATENEO.
- EXTRACCIÓN DE DIENTES TEMPORARIOS PAG. 575 A 584.
- ACCIDENTES DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA PAG. 589 600.
- EL POST-OPERATORIO PAG. 186 585.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA:

- SIDNEY B. FINN.
- NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA.
- CUARTA EDICIÓN 1980.
- IMPRESO EN MÉXICO.
- EL DENTISTA, COMPORTAMIENTO Y MANEJO DE PADRES E HIJOS PAG. 1 a 29.
- CICLO DE VIDA DE LOS DIENTES Y DIFERENCIAS MORFOLÓGICAS ENTRE LA DENTICIÓN PRIMARIA Y PERMANENTE PAG. 41 A 47.
- DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO PAG. 63 A 81.
- RADIOGRAFÍAS PAG. 82 A 99.
- ERUPCIÓN DENTAL PAG. 282 283

- ORTODONCIA PREVENTIVA PAG. 302 A 316.
- ANESTESIA LOCAL PAG. 339 A 343.
- EXTRACCIONES Y DIENTES SUPERNUMERARIOS PAG. 344 A 354.
- PROCEDIMIENTOS DE HOSPITAL PARA EL PACIENTE DENTAL PAG. 371 A 375.
- TRATAMIENTO DEL NIÑO IMPEDIDO PAG. 491 A 513.