24 926

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERAPIA PULPAR EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

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

HUMBERTO VELIZ LOPEZ

ASESOR:
C. D. VICTOR MANUEL DIAZ MICHELL

MEXICO, D. F. 1982

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

INDICE

		PAG.
INTRODUCCION		1
TEMARIO		
CAPITULO I	DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL DIENTE	2
CAPITULO II	ANATOMIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS	14
CAPITULO III	PSICOLOGIA INFANTIL APLICADA EN EL CONSULTORIO	22
CAPITULO IV	HISTORIA CLINICA	29
CAPITULO V	TECNICA E INSTRUMENTAL	38
CAPITULO VI	TRATAMIENTO PULPARES EN DIENTES TEMPORALES	45
CONCLUSIONES		57
BIBLIOGRAFIA		59

INTRODUCCION

La odontopediatría es una rama muy importante de la-odontología y tiene como objetivo principal tomar las medidas-preventivas necesarias para conducir en forma adecuada la sa--lud general del niño.

Realizar una historia clínica nos da una gran ayuda-para resolver el problema a tratar, adquiriendo los datos de -los padres puesto que el niño no podría hacerlo por su edad e-inseguridad.

Para hacer un tratamiento en un paciente niño es --muy importante tener en cuenta las experiencias que ha tenido el niño en anteriores visitas al cirujano dentista, así como-su estado emocional, por lo tanto hay que saberlos tratar sin engaños, ni sobornos, y dar indicaciones a los padres quienes son un factor determinante en su educación que repercute en -la primera visita a un consultorio dental.

CAPITULO I

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL DIENTE

En este capítulo se explica en que forma se va originando el germen dentario, desde su etapa in útero hasta la fase preeruptiva.

Aún cuando nuestros dientes comienzan a formarse por completo dentro de las encias, en vez de una superficie dérmica, su esmalte procede de zonas especializadas de epitelio desarrollado en los lugares en que se forman los dientes, su -- su dentina procede de las células mesenquimáticas diferenciadas.

El epitelio que reviste la parte de la cavidad oral- donde se forman los dientes es ectodermo, replegado del estomodeo; cuando el embrión humano tiene tres semanas de edad, el - estomodeo ya esta formado en su extremidad cefálica. El ectodermo que lo cubre se pone en contacto con el endodermo del -- intestino anterior; y la unión de estas dos capas forman la -- membrana bucofaríngea. Esta se rompe y queda la cavidad bucal primitiva comunidad con el intestino anterior.

En la cavidad bucal primitiva, al cabo de seis sema-- nas aparecen en la encía concentraciones de células epiteliales que van diferenciando y dando origen a los foliculos dentarios. El espesamiento de tejido epitelial, se invagina dentro del --- mesodermo adyasente. Al introducirse esta concentración de --- células, se produce en ellas una mutación de funciones, que al proliferar y después de algunos cambios, forman el embrión del- diente.

Al principio solo se constituye un cordón de tejido - epitelial invaginado por el mesodermo. Esta lámina al ir cre-- ciendo va a desarrollar a partir de una yema dentaria; y ésta-- se forma en las profundidades de la boca primitiva que se trans formara en los maxilares.

Esta yema dentaria, consta de tres partes:

a) El órgano dentario, derivado del ectodermo bucal. Va a pro ducir el esmalte.

b) Una papila dentaria. Originará la pulpa y la dentina.

c) El saco dentario que proviene del mesénquima. Forma cemen- to y además el ligamento periodental.

El desarrollo de todos los dientes es el mismo, hasta llegar a su diferenciación morfológica.

ETAPAS DE DESARROLLO

ETAPA DE LAS YEMAS Y LAMINA DENTAL

Lámina dentaria.- Las modificaciones que conducen a la formación de los dientes, se manifiestan en las mandíbulas embrionarias hacia fines del segundo mes del desarrollo.

Al llegar la séptima semana, se observa el primer signo de desarrollo dentario humano. El epitelio oral tanto de la maxila como mandíbula, presenta un engrosamiento de una capa basal con células cilíndricas y otra superficial de células plantas. Estas células de capa basal al llegar la octava semana comienza a proliferar con mucha rapidez, originándose un engrosamiento epitelial en la región del futuro arco, extendiéndose a lo largo de todo el borde libre de los maxilares. Es el esboso de la porción ectodermica del diente conocido como lámina dentaria.

Yemas dentarias u organos del esmalte.- Una vez constituida la lámina dentaria, originandose de ella y en cada maxilar; esbozos locales redondos u ovoides en diez puntos diferentes, donde se va a desarrollar y donde tendra lugar la

posición futura de los dientes deciduos.

El crecimiento desigua de las yemas dentarias da lugar a la formación del órgano del esmalte, en superficie se -- invagina ligeramente el tejido subyacente, que es substrato de la futura papila dentaria.

Los procesos histogénicos observados en el estadio - de casquete son los preparatorios a los observados en el ---- estadio de campana, las de esta etapa se dispone en dos capas: la túnica epitelial extena, situado a la convexidad del órgano del esmalte, estas células están íntimamente agrupadas; la --- otra capa es la túnica epitelial interna, está situada en la - concavidad del órgano del esmalte, debido a que constituyen la capa que elabora la capa de esmalte del diente.

Las células situadas entre los epitelios dentarios - interno y externo, comienza a separarse debido a un aumento - del fluído intercelular que se dispone en forma de red que se- conoce como retículo estrellado o pulpa del esmalte.

Las células toman una forma estelar, sus remificaciones se anastomosan entre si, formandose una especie de red, los espacios se encuentran llenos de liquido mucoide, rico en albúmina que da a la pulpa del esmalte una consistencia blanda que-

posteriormente va a servir de protección a las células formadas del esmalte. El meséquima, parcialmente englobado por la túnica epitelia interna, prolifera y se condensa para formar la papila dentaria, que da origen a la pulpa y a la dentina.

La papila dentaria muestra una proliferación activa-- de capilares y figuras mitósicas, además que sus células adya-- centes a la túnica epitelial interna y enseguida se diferencia dando origen a los odontoblastos.

Al tiempo que se desarrollan el órgano del esmalte y- la papila dentaria, se lleva a cabo una condensación marginal-- del mesénquima que rodea al organo epitelial dentario y a la -- papila. Al principio, este limite mesénquimatoso se caracteriza por poseer escaso número de células, pero rapidamente se --- desarrolla una capa densa y fibrosa, que constituye el saco dentario primitivo, que se derivará el ligamento periodontal y el- cemento.

<u>El estadio de campana</u>, se llevan a cabo modifica--- ciones histológicas, las márgenes de tejido invaginado crecen-- tanto, hasta que el órgano del esmalte adquiere la forma de campana, la tunica epitelial interna consiste en una capa de células que se diferencian dando origen a los ameloblastos.

Las células de la túnica interna ejercen una función organizadora sobre las células mesénquimatosas subyacentes, -- las cuales se diferencian dando origen a los odontoblastos.

En todos los dientes excepto en los molares permanentes la lámina dentaria prolifera al nivel de su porción terminal profunda del lado de la superficie lingual, originando al órgano epitelial dentario del diente permanente o sucesor. El órgano epitelial dental, se va haciendo gradualmente independiente hasta que se separa de la cresta dentaria, ésto sucede -- cuando ya se forma la dentina primaria.

La papila dentaria, ésta cubierta por la porción invaginada del órgano del esmalte; siendo esta papila el esbozo de la futura pulpa del diente, antes de que se comience a producir esmalte, las células periféricas de la pulpa dentaria -- primitiva se histodiferencian y se transforman en odontoblasto bajo la influencia organizadora del epitelio adyacente.

Antes de comenzar la formación de tejidos dentales, - el saco dentario muestra disposición circular de sus fibras y aparece una estructura capsular con el desarrollo de la raíz - sus fibras se diferencian hacia fibras periodontales que quedan incluidas en el cemento y el hueso alveolar.

En la etapa de la campana avanzada, el límite entre el epitelio dentario interno y los odontoblastos delínea la -- futura unión dentioesmática. La unión de ambas túnicas al nivel del margen basal del órgano del esmalte, da lugar a la formación de la vaina radicular de Hertwig.

Las uniones dentioesmálticas y dentinocementaria, -- que son diferentes y características para cada tipo de diente, actuando como un molde de plano detallado. Ya así, los ameloblastos, odontoblantos y cementoblastos, depositan esmalte, -- dentina y cemento; dando al diente su forma y tamaño caracte-- rístico.

FORMACION DE LA DENTINA

La dentina posee de un 28 a un 30% de material órganico, su primer signo de desarrollo consiste en un engrosamiento de la membrana basal, siendo visible al nivel de las cúspedes y de los germenes dentarios, progresando hacia el ápice de la raíz del futuro diente.

La dentina es organizada por la papila dentaria, las proyecciones que emiten los odontoblastos, forman las fibras - dentarias de tomes, fibras de Korff, fibras colagenas de la -- matriz dentaria; y las otras células pulpares originan la sub-

tancia intercelular amorfa, que rodea a las fibras colágenas - de la matriz.

La matriz dentaria se clasifica progresivamente a -- medida que se va formando; la capa más interna de la matriz -- dentinaria es la que recientemente se forma y en el diente en desarrollo no se calsifico hasta que se forma una capa sucesora. A esta dentina neoformada y no calificada, se le designa- con el nombre de predentina o dentinoide.

La clacificación de la dentina, es a la larga el resultado de impregnación de sales de calcio depositadas bajo la forma de cristales de apatita, al rededor de las fibras de --- colágena de la matriz dentaria.

FORMACION DEL ESMALTE

Formado por los ameloblastos que constituyen el órgano del esmalte. Los ameloblastos o adamantoblastos, forman - la matriz del esmalte en la cual posteriormente se cristaliza- en sales de calcio.

La formación del esmalte principia a nivel de las -- cuspides o bordes incisales; progresa hacia afuera de las ex-- tremidades de los ameloblastos hasta la zona de esmalte recién

formado y con dirección cervical.

El esmalte está constituido por prismas y substancia-interprismática.

Una vez que la matriz del esmalte se ha constituído--en todo su espesor se endurece debido a la rapida precipitación de las sales del calcio.

Cuando la matriz del esmalte ha alcanzado su mayor---espesor, los ameloblastos y su túnica epitelial externa están--separados.

Ya que se ha completado la formación de los prismas--del esmalte elaborado sobre su superficie la cubierta calcifi--cada llamada primaria, por medio de los ameloblastos, se transforman en células epiteliales bajas que se extienden confundiendose con las células restantes del estrato intermedio y de la - túnica epitelial externa quedando reducido a unas cuantas capas de células aplanadas que cubren la corona recien formada. Es--tas capas de células combinadas entre si, constituyendo el epitelio reducido del esmalte.

El epitelio reducido del esmalte da lugar a la cuti--cula no calsificada depositada sobre la superficie de la corona

y se conoce como cuticula secundaria del esmalte. Durante la-erupción del diente, el epitelio reducido del esmalte se fusiona con el epitelio oral, formando la inserción epitelial de la encía.

DESARROLLO Y FORMACION DE LA RAIZ DENTAL

El desarrollo de las raíces principia después que la destina y el esmalte, han alcanzado el nivel donde se va a formar la futura unión cementoesmáltica.

El órgano del esmalte es el que va dar origen a la - vaina epitelial radicular de Hertwig; este elemento sirve de - molde o guía para la formación de la raíz.

Esta constituída por dos vainas epiteliales un interno y otro externo. Cuando estas células han sido inducidas, - la diferenciación de las células del tejido conjuntivo hacia - odontoblastos y se ha depositado la primera capa de dentina,-- la vaina pierde su continuidad y su relación íntima con la --- superficie dental.

La vaina de Hertwig va a formar el diafragma epite--- lial antes de comensar la formación radicular. La prolifera--- ción de las células del diafragma epitelial, se acompaña de ---

proliferación de células del tejido conjuntivo de la pulpa, que acontece en la zona vecina del diafragma, no crece hacia el tejido conjuntivo, si el epitelio prolifera en sentido coronal -- respecto al deafragma epitelial.

En las últimas etapas del desarrollo radicular, la -- proliferación del epitelio en el diafragma se retrasa respecto a la del tejido cunjuntivo pulpar. El espacio que deja en el-- fondo del alveólo, el diente al realizar sus movimientos de --- erupción es utilizado para tal objeto; mientras más profunda es la posición de la vaina en el alveólo, es menor su diámetro; -- razón por la cual toma la raíz forma conoide, cuyo vértice es-- el ápice.

FORMACION DE LA MEMBRANA PARODONTAL Y EL CEMENTO

La substancia dura de un diente es conocida como cemento, se forma hasta que el diente ha adquirido su casi total desarrollo y aproximadamente su posición definitiva. Entre el germen dentario y el hueso en desarrollo se produce una condensación definida del mesénquima.

Aparece primeramente, en la base de la papila dental y se extiende hacia la corona, al rededor del diente en desarrollo que eventualmente llega a rodear por completo. Este reves-

timiento mesenquimátoso recibe el nombre de saco dentario, el-sector más profundo del saco persiste y se diferencia por una-capa de tejido conjuntivo que se halla íntimamente aplicada al rededor de la dentina de la raíz en crecimiento.

Presenta una capa de tejido periosteal con células - osteogénicas, cercanas a la raíz del diente y una capa fibrosa uniéndose a la zona periosteal que reviste el alveolo. Estas dos capas periosteales, que se encuentran en el espacio delimitado por el diente y el hueso de la mandibula, constituyen juntas la membrana peridentaria formando cemento; que es de origen colágena, la célula queda dentro del tejido endurecido sin que-sufra algún cambio intrinseco, tambien da lugar a la formación-de hueso alveolar. Una vez hecho erupción el diente, las fibras del ligamento periodontal se orientan.

CAPITULO II

ANATOMIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

El diámetro mesiodistal de la corona es superior a la longitud cervico incisal. Las líneas de desarrollo no son evidentes en la corona, el borde incisal es proporcionalmente largo, uniéndose a la superficie mesial en un ángulo agudo y a la superficie distal en un ángulo más redondeado u obtuso. Presenta superficie vestibular lisa. sus rebordes marginales bien desarrollados asi como su cíngulo. La raíz es única y de forma cónica de forma bastante regular y termina en un ápice bien redondeado. La cavidad pulpar se conforma a la superficie general de la pieza. la cámara se adelgaza cervicalmente en su diámetro mesiodistal, es más ancha en su borde cervical.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR.

Su morfologia es similar a la del central superior, la corona es más pequeña en todas sus dimensiones. El largo de la corona de cervical a incisal es mayor que el ancho mesiodistal. El cíngulo de la superficie lingual no es tan pronunciado. la raíz es delgada, la cámara pulpar sigue el contorno-

de la pieza, al igual que el canal.

CANINO SUPERIOR

Su corona es más estrecha en cervical que la de los-incisivos y las caras mesial distal son más convexas.

Tiene una cúspide bien desarrollada en vez del rebor de incisal recto. la raíz es cónica y el largo supera el doble de la corona, y suele estar inclinada hacia distal en el ter--cio apical.

La cavidad pulpar se conforma con la superficie ge--neral al contorno de la superficie de la pieza. La cámara si-gue de cerca el contorno externo de la pieza. El canal se ---adelgaza a medida que se acerca al ápice.

PRIMER MOLAR SUPERIOR

De todos los molares primarios, este es el que más - se parece a la pieza que lo substituirá.

La mauor dimensión de la corona está en las zonaz de contacto mesiodistal, u a partir de aqui la corona converge --hacia cervical. La cúspide mesiolingual es mayor la cara ves-tibular es lisa con poca evidencia de surcos de desarrollo.

Las raíces son tres: una mesiobucal, una distobucal, y una lingual que es la mas larga, la distobucal es la mas corta. La cavidad pulpar consiste en una cámara y tres canales pulpares que corresponden a las tres raíces. La cámara pulpar consta de tres o cuatro cuernos pulpares, que son mas puntiagudos de lo que indicaría el contorno exterior de las cúspides.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR

Es una pieza con cuatro cúspides, aunque a menudo existe una quinta cúspide en el aspecto mesiolingual.

El aspecto exterior de la corona es muy similar al del primer molar permanente correspondiente; tiene la misma cavidad, el mismo surco y la misma disposición cúspidea sin embargo, la corona se diferencia por ser mas pequeña y más angular y converge más hacia oclusal.

La superficie bucal, presenta un borde cervical bien definido que extiende el diámetro total de la superficie bucal, y está dividida por el surco bucal en una cúspide mesiobucal y una distobucal.

La superficie lingual es convexa, dividida por el surco lingual, este surco divide la superficie en una cúspide-

mesiolingual y una distolingual, cuando existe una quinta cúspide, ocupa el área mesiolingual en el tercio medio de la corona, se denomina cúspide de carabelli.

La superficie mesial presenta un borde marginal bastante elevado.

La superficie distal es convexa ocluservicalmente y aplanada en su porción central.

La superficie oclusal, existen cuantro cúspides bien definidas u una más pequeña.

La raíz está dividida en tres puas: una raíz mesio - bucal. una distobucal y una lingual.

La cavidad pulpar consiste en una cámara pulpar y -- tres canales pulpares, la camara tiene cuatro cuernos pulpares.

INCISIVO CENTRAL INFERIOR

Es más pequeño que el superior, la cara vestibular - es lisa sin surcos de desarrollo, la cara lingual presenta rebordes marginales u cíngulo.

El tercio medio y el tercio lingual, pueden tener --

una superficie aplanada a nivel de los rebordes marguinales,-- el borde incisal es recto.

La raíz está algo aplanada en sus aspectos mesial y-distal y se adelgaza hacia el ápice.

La cavidad pulpar sigue la superficie general del -- contorno de la pieza. La cámara pulpar es más ancha en mesio-distal en el techo, labiolingualmente es más en la línea cervical.

INCISIVO LATERAL INFERIOR.

A excepción la dimensión vestíbulo-linaual, es mayor que el central inferior, puede tener una concavidad mayor en - la cara lingual, entre los rebordes marginales. El borde incisal se inclina hacia distal.

La raíz es más larga y se adelgaza hacia el ápice, - la cavidad y la cámara pulpar es igual que el central.

CANINO INFERIOR

Tiene cierto parecido con el canino superior, es un-poco más corta la corona y la raíz y la dimensión linguo-vestibular es menor que la del antagonista.

La cavidad pulpar se conforma al contorno de la superficie de la pieza. La cámara pulpar sigue el contorno externo de la pieza.

PRIMER MOLAR INFERIOR

Es diferente a los demás dientes de la primera dentición, no se parece a ningún otro diente permanente. Su forma mesial, visto de vestibular, es casi recta desde la zona de contacto hasta la región cervical. La zona distal es más corta que la mesial.

Presenta dos cúspides vestibulares sin evidencia de un claro surco de desarrollo entre ellas; la cúspide mesial es la mayor de las dos. Hay una asentuada convergencia lingual de la corona mesial, con un contorno romboideo en el aspecto distal. La cúspide mesiolingual es larga y bien aguda en la punta: un surco de desarrollo separa esta cúspide de la distolingual, que es redondeada y bien desarrollada.

El reborde marginal mesial está bien desarrollado aún al punto en que aparece otra pequeña cúspide lingual.

Cuando se vé el diente desde mesial, se nota una gran convexidad vestibular en el tercio cervical. El largo de la corona es en la zona mesiobestibular superior a la mesiolin

gual.; la línea cervical se inclina hasta arriba desde vestibular hasta lingual.

En el tercio ápical las raíces largas y finas se separan, mas alla de los límites de la corona. La raíz mesial - vista desde mesial, no se parece a ninguna otra raíz primaria. El extremo de la es chato, casi cuadrado.

La cavidad pulpar sigue de cerca el contorno de la - superficie de la corona. la cámara pulpar tiene cuatro cuernos pulpares.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR

La superficie bucal consta de tres cúspides, una mesiobucal, una distobucal y una distal. La cúspide distal se - extiende mas linqualmente en el borde oclusal oue las otras -- cúspides bucales para dar una área oclusal menor en la super-- ficie disto oclusal las cúspides mesiobucal y distobucal están divididas por el surco mesiobucal que atraviesa la cresta del- borde para unirse al surco mesial. La cúspide mesial y distal están separadas por el surco distobucal. que atraviesa la cresta y se une al surco distal en la superficie oclusal.

Las raíces están divididas en tres púas: una raíz -- mesiobucal, una distobucal y una lingual. Son delgadas y se -

ensancha más a medida que se acercan al ápice. La raíz distobucal es la más corta y la más estrecha de las tres.

La cavidad pulpar consiste en una cámara pulpar y -- tres canales pulpares. La cámara pulpar tiene cuatro cuernos-pulpares a veces cinco. El cuerno pulpar mesiobucal es el mayor.

CAPITULO III

PSICOLOGIA INFANTIL APLICADA EN EL CONSULTORIO

Trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que puedan experimentarse en todas las prácticas odontológicas.

La odontológia para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en periodo de formación. El Cirujano Dentista no debe pensar en la cavidad oral como un factor aislado, más si en una parte constitutiva de un ser que con un poco de comprensión y sensibilidad se le puede ayudar a superar experiencias a las cuales sera llevado.

El niño desde su nacimiento va adquiriendo patrones de conducta que conjuntamente alcanzan un fin determinado constará también de mecanismos de adaptación de tal manera, que todo su comportamiento estará basado en motivaciones que tendrán relación con sus experiencias emocionales.

Patrones de conducta:

Pueden estar dados por:

A) La edad

B) Emociones Primarias: amor, temor, colera

C) La conducta de los adultos, padres, maestros.

D) Medio Ambiente.

Las reacciones mas frecuentes:

Temor, Ansiedad, Resistencia, Timidez.

TEMOR:

Estado de ánimo que indica huir de las cosas consideradas peligrosamente o dañosas.

ANSIEDAD:

Es caracterizado por un sentimiento de inseguridad - empleada con un sinónimo de angustia diferenciada de estápor - la ausencia de alteraciones fisiológicas como ahogo, sudora -- ción, aumento de pulso, se diria que la ansiedad producida por frustraciones y prohibiciones.

RESISTENCIA:

Fuerza Psicológica que en el enfermo se oponen a su- curación.

TIMIDEZ:

Esta es generalmente adquirida por falta de seguri-- dad en la infancia a causa de una educación equivocada con una protección excesiva de los padres, impidiendo que el niño asuma responsabilidades.

CLASIFICACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

La clasificamos en:

A) TEMPERAMENTAL

Al que se la ha consentido todos los caprichos

B) TIMIDO

El que ha sido reprimido.

C) SOLITARIO

Es el que aparentemente tiene todo excepto cariño

D) RESPONSABLE

Va hacer demasiado grande para todo, puede ser -- desafiante o tener represiones a edad temprana.

E) MALTRATADO

Con carencia de amor paterno a sufrido agresiones físicas u emocionales. no deseado, y que siempre- suelen ser molestias para los padres.

F) INCORREGIBLE

Es al que se le han proporcionado numerosos métodos para lograr algo positivo sin logro alguno.

G) SOCIALMENTE EN PELIGRO

Esta educado pero odiara todo signo de autoridad.

CONDUCTA DEL NINO EN EL CONSULTORIO

Debemos tener en cuenta en mente el propósito de hacer todo lo posible por la tranquilidad y el bienestar del pequeño paciente. tomando en cuenta que el hecho de su visita -- está relacionado a una persona adulta, todo esto sera posible-con paciencia, respeto hacia la personalidad del niño. Vinculando amistad proporcionandole información adecuada de su tratamiento.

METODOLOGIA A SEGUIR POR EDADES

DE CERO A DOS AÑOS DE EDAD:

Cuando se trata de niños de esta edad se hará bajo-- anestesia general que se administrarán en un lugar apropiado - y con el personal e instrumental necesario, otro método a se-- guir será la administración de hipnóticos del tipo del hidrato de cloral previo control médico.

A LOS DOS AÑOS DE EDAD

En ocasiones el niño pasará solo al consultorio. --- siempre acompañado, es tímido ante la gente extraña, está es - una etapa precooperativa, dotado de gran curiosidad debe estar siempre palpando objetos que habrá una deficiencia en la comunicación por falta de léxico.

A LOS TRES AÑOS

El paciente es más comunicativo, participa en la conversación y tiende a contradecir haciendo siempre lo contrario.

A LOS CUATRO AÑOS

El niño sera aprehensivo a todo, aceptando explicaciones, son grandes conversadores, son buenos pacientes.

A LOS CINCO AÑOS

Ya no demuestra temor a alcanzado, un nivel de comprensión más alto y está listo para aceptar las actividades en grupo, la relación social esta mejor definida, el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de espera. Los - niños de ésta edad suelen estar muy orgullosos de los comentarios sobre su aspecto personal.

A LOS SEIS AÑOS

Es una fase crusial ya que rompe los estrechos lazos familiares.

Gesell se refiere al niño de seis como un niño cambiado, algunos niños de esta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo. Con la experiencia odontológica, se puede esperar, que el niño de seis años responda satisfactoriamente.

Una de las motivaciones es que el niño vea que se le trabaje a otras personas, eso suele darle confianza.

Debemos tener buena técnica y táctica, comenzar por las intervenciones más sencillas como técnica de cepillado, profilaxis, topicaciones de fluor etc. y en citas subsecuentes continuar con los tratamientos mas complejos, las citas deben ser cortas, ya que las largas tornan al niño inquieto y menos cooperador.

No debemos usar palabras atemorizantes, como jeringa, aguja, no engañarlos pero si substituirla como por un piquete de mosquito, decirles que la aguita que se les pondrá dormira a sus dientitos para que no esten molestos etc.

Si no sabemos valorar la personalidad del niño, res-

petar sus emociones puede ocasionar un trauma psicológico.

El conocimiento pleno de nuestro paciente nos llevara a un éxito mayor en nuestros tratamientos.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA.

Es muy importante para el cirujano dentista antes de comenzar cualquier tratamiento con un paciente tener toda la - información que sea necesaria de su persona, datos completos - sobre las características del paciente y su historial clinico, durante la primer visita al consultorio.

La primera visita del niño al consultorio lo hace en compañia de los padres y las siguientes visitas las hará el -- niño solo por lo tanto, no podrá facilitar la información re-- querida.

Los padres nos daran toda la información requerida y asi se formulara su historia clínica y que nos ayudara para -- hacer un buen diagnóstico y trazar el plan de tratamiento más- indicado.

Debe averiguarse si el niño recibe exámenes médicos- regulares, así como la dirección del médico, si el niño ha si- do recomendado por el pediantra deberá consultarse con él an-- tes de empezar el tratamiento.

TIPOS DE EXAMEN DEL NINO:

El contacto inicial generalmente se hace con los padres por teléfono. La recepcionista puede asegurarse en estemomento de la naturaleza de las citas futuras.

Hay tres tipos de exámenes que pueden considerarse - normales:

a) El examen de emergencia.- Está generalmente limitada a un diagnóstico inmediato que nos lleva a un tratamiento rápido y a la eliminación de la queja principal.

b) Examen periódico o recordatorio.- Es una sesión inicial - de examen completo. El propósito es examinar los cambios- que pudieran haber ocurrido desde la terminación del tratamiento anterior.

c) El examen completo.- Para poder elaborarlo debe seguir -- los pasos siguientes:

HISTORIA DEL CASO:

a) Queja principal del paciente.
b) Historia prenatal, natal, posnatal y de la infancia.

EXAMEN CLINICO:

a) Apreciación general del paciente.

b) Examen bucal detallado.

c) Exámenes suplementarios y pruebas especiales.

DIAGNOSTICO:

a) Resumen de todas las anormalidades, su naturaleza, etiología e importancia.

I.- HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE:

La historia de un paciente de odontopediatría, puede dividirse en:

a)- Las estadísticas vitales son de esencial importancia en el registro del consultorio. De esta información el odontólogo obtiene una visión del nivel de la familia.

El médico del niño puede ser anotado, para poder --- consultarle en un caso de emergencia futura.

Se registra la queja principal con las palabras de-- la madre del niño.

b)- La historia de los padres proporciona alguna -- indicación del desarrollo hereditario del paciente, está diseñada para informar al dentista sobre el valor que los padres - conceden a sus propios dientes puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse en el miedo del --- niño y en los deseos de los padres con relación a los servi -- cios dentales.

c)- La historia prenatal y natal a menudo se pro-- porciona indicaciones sobre el origen del color, forma y es--- tructura anormal de dientes caducos y permanentes.

d)- La historia posnatal y lactancia, revisa los - sistemas vitales del paciente. También registra información - tal como tratamiento preventivo de la caries, trastornos del - desarrollo dental, alergias, costumbres nerviosas y el comportamiento del niño y su actitud en relación al miedo.

2.- EXAMEN CLINICO:

Se hace el examen clínico del niño con una secuencia lógica cordenada de observaciones y de prosedimientos del examen y de manera amable y sonriente.

En la mayoría de los casos, un enfoque sistemático - producirá mucho mas información sobre alguna enfermedad no de-

tectada y los procesos de esta, que un método de examen desordenado.

En caso de emergencia el examen dará énfasis al lugar de la queja y enumerara las ayudas para el diagnóstico --- (ejem. las radiografías), que sean necesarias para llegar a un diagnóstico inmediato.

DISENO DE UN EXAMEN CLINICO ODONTOPEDIATRICO

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

2. Examen de la cabeza y del cuello:
   Tamaño y forma de la cabeza.
   Piel y Pelo.
   Inflamación facial y asimetría
   Articulación temporomandibular
   Oidos, Ojos, Nariz, Cuello.

3. Examen de la cavidad bucal:
   Aliento
   Labios, mucosa labial y bucal.
   Saliva
   Tejido gingival y espacio sublingual
   Paladar, Faringe, y amigdalas.

Dientes.

4. Fonación, Deglución y Musculatura peribucal:
Posiciones de la lengua durante la fonación
Balbuceos y ceceos anteriores o laterales
Forma de la lengua en posición de descanso
Acción mentalis en el momento de tragar
Posición de los labios en descanso.

DIAGNOSTICO:

El método para diagnósticar es por medio de recopilación de hechos, existen signos de patognomónicos que pueden -- llevar a desiciones tempranas de diagnóstico.

Por ejemplo, inflamación muy obia y drenaje pueden - asociarse con un primer molar altamente carigénico; sin embargo, deberán recogerse y relacionarse sistemáticamente todos -- los hechos que se refieren a la historia del niño.

EXAMEN RADIOGRAFICO:

La obtención de radiografías intrabucales en el niño plantea varios problemas.

La boca es pequeña y es difícil colocar una película

un buen paciente en potencia puede volverse un problema debido a algunas experiencias traumáticas al tomar radiografias - dentales. Es preferible explicar al niño lo que se va hacer- pidiendole su participación de él sostenimiento de la pelicula y referirse al cono como del aparato de rx como una trompa de elefante, o una nariz. Debemos ser sinceros evitandole decir que no le va a doler explicar que le va a molestar poco - como un pellisco.

El equipo debe estar blindado y en buenas condiciones de uso, el tamaño de la pelicula se determina por el tamaño de la boca del paciente.

El examen radiográfico completo de la boca deberá - examinar los dientes y sus estructuras de soporte.

Nos informa de caries incipiente, anomalias dentarias alteraciones en la calcificación causadas por enfermedades sistemáticas como osteogénesis imperfecta y sifilis congenita, desarrollo y erupción de los dientes.

MODELOS DE DIAGNOSTICO

Son los que se le denomina modelo de estudio. Estos son reproducciones positivas de los maxilares y del paladar duro y de la mandíbula, montados en relación correcta en-

un articulador capaz de reproducir los movimientos de lateralidad y protrusión similares, a los que comunmente se producen en la boca de los modelos de los arcos no designarse "modelos de estudio", hasta que no hallan sido relacionado y montados en esa forma.

IMPORTANCIA DE LOS MODELOS DE ESTUDIO:

Estos son imprescindibles para el plan de tratamiento que se va a seguir permitiendo al operador:

a) Evaluar las fuerzas que actuarán sobre las restauraciones.

b) Decidir si se requiere algún desgaste o reconstrucción de los antagonistas de modo que se logre un plano oclusal adecuado o mejorado.

c) Por intermedio del diseñador determinar el patrón de inserción y el esboso del tallado necesario para que los pilares preparados sean paralelos y para que el diseño sea lo más estetico posible.

d) Tomar en cuenta la dirección en que las fuerzas incidan en la restauración terminada y determinada la necesidad de reducir la altura cuspidea.

e) Elegir, adaptar y ubicar los frentes y utilizar - los como guía al tallar los pilares.

g) Resolver el plan de procedimiento para toda la -- boca.

CAPITULO V

TECNICA E INSTRUMENTAL

Existen ciertos procedimientos y técnicas aplicables a todas las formas de tratamiento que afectan a la pulpa dental. En primer lugar son esenciales tecnicas indoloras. Para lograr esto, deberá realizarse anestesia profunda y adecuada. Usando adecuadamente agentes anestésicos locales.

La anestesia local es el verdadero medio de elección para el control del dolor en odontopediatría y debería ser usada por regla general en los tratamientos conservadores y quirúrgicos.

INSTRUMENTAL Y MATERIAL

Anestésico de superficie en forma de unguento (por ejemplo, xilocaina al 5%) Durante 2 ó 3 minutos antes de hacer la inyección, se usara jeringas de aspiración, la aguja desechable no debera ser más delgada que el No. 25, las longitudes usuales son de 25 mm. Para las anestesias por infiltración y de 32 mm. Para las regionales.

Por razones de toxicidad no deben usarse anestésicos-con consentraciones mayores del 2%.

Algodón, RX, Dique de hule, Porta grapas, Grapas, Arco-de Young, pinzas para algodón, espejo bucal, explorador, cucharilla para dentina, fresas de acero, limas, ensachadores, Formocresol, peróxido de hidrógeno, cloramina T, oxido de zinc, - pasta oxpara, hidroxido de calcio con hiodoformo, puntas de papel.

TECNICA DE ANESTESIA

Para tratar un cuadrante del maxilar inferior se aplica la anestesia regional. En el niño, el agujero mandibular-se halla por debajo del plano oclusal de los dientes temporales; la punción debe realizarse, por lo tanto, algo más abajo-y más hacia distal que en el adulto.

ANESTESIA TERMINAL O INFILTRATIVA

La porosidad del hueso infantil en crecimiento y el - gran poder de difusión de los modernos anestésicos locales casi siempre hacen inecesaria una anestesia regional en el maxilar superior.

En principio, el anestésico debe ser depositado sobre el periostio, lo más cerca posible de la pared osea vestibu-- lar, en la región ápical del diente enfermo. Si se emplea una grapa para dique de goma, se inyectarán también algunas gotas- en la encia palatina.

Retirada la jeringa de la boca y fuera del campo vi-- sual del niño, se le pide que se enjuague la boca. De este mo do se alivia la tensión y se impiden gritos y llantos.

En caso de anestesia regional debe advertirse que no- se muerda el labio o el carrillo insensibles.

Un buen medio para impedir tales percanses consiste - en hacer moder el niño un rollo de algodón.

Un hematoma provocado por la inyección se comprime en seguida con los dedos durante uno o dos minutos.

En resumen puede decirse que la anestecia local es un recurso auxiliar indispensable en adontopediatría. Si se rea- liza en forma correcta, prácticamente no ofrece ningún riesgo.

Existen varios métodos clínicos de utlidad para lle-- gar a un diagnóstico adecuado:

1.- Interrogatorio

2.- Inspección visual y armada.

3.- Palpación.

4.- Percusión.

5.- Pruebas de movilidad.

6.- Pruebas térmicas

7.- Pruebas fisiométeicas o de vitalidad pulpar.

8.- Interpretación radiografica.

INTERROGATORIO

Es el procedimiento de exploración clínica por medio del lenguaje. Puede ser directo: Es el que se le hace al paciente, o al indirecto: Es el que tenemos por medio de los padres del niño.

INSPECCION VISUAL Y ARMADA

Visual- Es el método de diagnostico más simple, consiste en examinar los dinetes y los tejidos blandos en las mejores condiciones, con buena luz y secando la parte que se inspecciona.

Armada.- Esto se lleva a cabo por medio de instrumentos, como: Espejo, Pinzas de curación, Explorador.

PALPACION

Consiste en determinar, presionando ligeramente con - el pulpejo del dedo índice la consistencia de los tejidos. Se emplea para averiguar si el tejido se presenta duro o blando,- áspero o liso si se presenta tumefacción.

PERCUSION

Es un método que consiste en dar un golpe rápido y -- suave sobre la corona del diente, en forma horizontal y vertical con el mango de un instrumento.

Dicha prueba se efectúa verticalmente en el borde incisal u oclusal según la pieza problema y la horizontal en cada vestibular.

Es conveniente percutir primero los dientes normales- adyacentes para que el paciente pueda percibir la diferencia - de intensidad de dolor o molestia.

PRUEBAS DE MOVILIDAD

Consiste en investigar el desplazamiento que sufre -- una pieza dentaria dentro de su alveolo. Se coloca el dedo --

índice en la cara lingual del diente por investigar y sin hacer presión y con el mango de un instrumento presionamos suavemente sobre la cara vestibular de la pieza, en esta forma asentir y ver el desplazamiento que sufre la pieza.

PRUEBAS TERMICAS

La aplicación del calor o frío es muy útil como prueba diferencial cuando se emplea en combinación con la prueba eléctrica. En la pureba térmica el calor puede aplicarse con un bruñidor caliente o un trozo de gutapercha caliente.

El frío se aplica por medio de hielo o un algodón impregnado en cloruro de etilo o a la nieve carbónica.

Al llevar a cabo estas pruebas debe aislarse previamente el diente por investigar y el diente testigo, por medio de rollos de algodón.

PRUEBAS FISIOMETRICAS O DE VITALIDAD PULPAR

Tipos de corriente:

a) Alta frecuencia
b) Baja frecuencia
c) Farádica.
d) Galvánica.

Los impulsos de alta frecuencia de un aparato conocido con el nombre de Vitalómetro se obtienen por medio de un -- sistema interruptor mecánico.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

Se debe de contar con una radiografía reciente para - buscar evidencias de alteraciones periapicales, tales como espesamientos del ligamento periodontal o rarefacción efectiva - del hueso de sostén.

Sin la radiografía es difícil practicar la odontolo-- dia de manera adecuada y proporcionar al paciente un servicio- de salud bucal satisfactorio.

La radigrafía es muy útil para revelar la presencia - de una caries que pueda comprometer la integridad de la pulpa; reabsorción de cemento ápical, número, dirección, forma, lon-- gitud, y amplitud de los conductos.

También, nos es muy útil para establecer el diagnostico y pronóstico adecuado; en el tratamiento de conductos.

CAPITULO VI

TRATAMIENTOS PULPARES EN DIENTES TEMPORALES

Uno de los aspectos preventivos de mayor importancia en la odontopediatria, está la conservación de la salud de la pulpa dental.

El objetivo en las terapéuticas pulpares realizadas por el odontólogo ha sido siempre pensando en efectuar tratamientos acertados en las pulpas afectadas por cariers, así el diente podra permanecer en la boca en condiciones saludables y no patológicas, para poder cumplir así con su cometido de componente útil en la dentición primaria.

PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO

Hay ciertos procedimientos y técnicas aplicables a todas las formas de tratamiento que afectan a la pulpa dental. Debera realizarse una anestesia profunda y adecuada, posteriormente se procedera a utilizar el dique de hule.

En todo momento deberá observarse la mayor higiene, condiciones casi esteriles, al operar dentro de la camara pulpar.

RECUBRIMIENTO PULPAR

La forma más sencilla de terapéutica pulpar es el recubrimiento de la pulpa. Como su nombre lo indica, consiste en colocar una capa de material protector sobre el lugar de exposición pulpar antes de restaurar la pieza.

Hunter (1883) Recomendaba cubrir la exposición con una mexcla de melaza de sorgo y los excrementos de gorriones ingleses, y afirmaba lograr éxito en 98 por 100 de los casos.

Al pasar los años, se han probado materiales como plomo, fosfato, dicálcico, puntas de dentina y formocrsol pero ha sido el hidróxido de calcio el que ha mostrado más aptitudes para recubrimientos pulpares. La meta a alcanzar es la creación de dentina nueva en el área de exposición, y la consiguiente curación del resto de la pulpa, o su retorno a condiciones normales.

En dentaduras primarias, se logran mejor los recubrimientos pulpares solo en aquellas piezas cuya pulpa dental ha sido expuesta mecánicamente con instrumentos cortantes al preparar la cavidad, generalmente se presenta muy poca o ninguna hemorragia.

Al limpiar el área, se aplica una pequeña cantidad - (1 mm de espesor) de hidróxido de calcio sobre la exposición.

Tomando en cuenta que el hidróxido de calcio no se fija en consistencia dura, se hace fluir sobre el material recubridor una capa de cemento de fosfato de cinc. Se extiende la base de cento más allá de los límites del material recubridor para lograr base firme contra la que se puede empacar amalgama u otro material restaurativo.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO

Desde 1866, se ha tratado de lograr recubrimientos -- pulpares indirectos, en ese año Atkinson informó haber reblandecido dentina sobre pulpa vital y haberla saturado con creosa-- ta.

El recubrimiento pulpar es el procedimiento en el --- cual sólo se elimina caries reblandecida de la lesión y se sella la cavidad con una agnete germicida.

El trabajo operatorio clínico involucra la remoción - de la caries con la ayuda de fresas redondas grandes o con cucharillas filosas.

El procedimiento podria doler se aconseja anestesiar-localmente. Las paredes de la cavidad deben ser alisadas con-una fresa de fisura, hasta no dejar caries dentinaria ni ada--mantina.

Actualmente en lo que se refiere a los procedimientos de recubrimientos pulpares indirectos en cavidades no profun--das en la cual se haya eliminado caries, se utiliza un prepara do de hidróxido de calcio que se endurece después de aplicado, sirve de recubrimiento y al mismo tiempo de piso protector; --pudiendose obturar en la misma sesión.

El recubrimiento indirecto está indicado cuando toda-vía existe una capa no cariada de dentina delgada, pero - - - 100% intacta, encima de la pulpa.

PULPOTOMIAS PARCIALES

Las pulpotomías parciales o curetajes pulpares signi-fican la expansión deliberada de una pequeña exposición caria-da antes de aplicar la medicación.

Quienes abogan por las pulpotomía parciales, sugieren que al eliminar sólo el material infectado en el área expuesta, se reducirán al mínimo traumatismos quirúrgicos y resultarán-mejores curaciónes.

Desgraciadamente, el operador clínico no puede determinar con certeza alguna el grado exacto de penetración bacteriana en el área de exposición a la caries.

PULPOTOMIA CON HIDROXIDO DE CALCIO

La pulpotomía puede definirse como la eleminación - - completa de la porción coronal de la pulpa dental, seguida de- la aplicación de curación o medicamento adecuado que ayude a - la pieza a curar y a preservar su vitalidad.

Desde el punto de vista clínico, el uso de hidróxido- de calcio en pulpotomías ha logrado su mayor éxito en piezas - permanentes jóvenes, especialmente incisivos traumatizados.

PROCEDIMIENTOS PARA PULPOTOMIAS CON HIDROXIDO DE CALCIO

Después de lograr anestesia adecuada, se aplica el -- dique de caucho y se limpian las piezas expuestas y el áreacircundante con solución de Zephiran u otro germicida adecuado. - Unilizando una fresa esterilizada de fisura 557 con enfriamiento de agua, se expone ampliamente el techo de la cámara pulpar.

Utilizando una cucharilla excavadora afilada y esterilizada, se extirpa la pulpa, tratando de lograrlo en una pieza. Es necesaria amputación limpia hasta los orificios de los cana

les. Puede irrigarse la cámara pulpar y limpiarse con agua esterilizada y algodón. Si persista la hemorragia, la presión de torundas de algodón impregnadas con hidróxido de calcio será generalmente suficiente para inducir la cuagulación. Después del control de hemorragia de los tejidos pulpares radiculares, se aplica una pasta de hidróxido de calcio sobre los muñones amputados.

Se aplica entonces una base de cemento sobre el hidróxido de calcio para sellar la corona, generalmente es de óxido de cinc y eugeno.

En la mayoría de los casos después de pulpotomías, es aconsejable restaurar la pieza cubriendo totalmente con corona de acero puesto que dentina y esmalte se vuelven quebradizos después de este tratamiento. La ausencia de síntomas de dolor o molestias no es indicación de éxito. Deben obtenerse radiografías para determinar cambios en tejidos periapicales o señales de resorción interna.

PULPOTOMIAS CON FORMOCRESOL

Actualmente se utiliza más el formocresol como substituto del hidróxido de calcio al realizar una pulpotomía en los dientes primarios. Está droga en sí tiene, además de ser bactericida fuerte, efecto de unión proteínica. Inicialmente se-

le concideraba desinfectante para canales radiculares en tratamientos endodónticos de piezas permanentes. Anteriormente se aconsejaban llevar el tratamiento hasta en 4 citas, actualmente el tratamiento se puede efectuar en una sola visita.

Indicaciones para pulpotomías con formocresol:

Este procedimiento se aconseja solo para piezas primarias, se aconseja pulpotomías con formacresol en todas las exposiciones por caries o accidentales en incisivos y molares -- primarios. Se prefiere este tratamiento a los recubrimientos pulpares, pulpotomías parciales o pulpotonías con hidróxido de calcio.

Procedimientos para pulpotomías con formocresol:

Debe asegurarse anestesia adecuada y profunda del paciente antes de mepezar a operar. En el arco inferior, el mejor procedimiento son las inyeccciones mandibulares en bloque. En el arco maxilar, se realiza infiltración sobre las raíces - bucales y sobre el ápice de la raíz lingual.

Deberán de evitarse los exesos de solución anestesica en inyecciones bajo el periostio. En todos los casos de terapeutica pulpar deberá utilizarse el dique de caucho después se

limpia de desecho superficiales la pieza en que va operarse el área circundante con solución de cloruro de zephiran o algún - germicida similar, se utiliza una fresa de fisura pequeña para abrir la corona de la pieza y exponer la dentina coronal, deberan eliminarse toda caries y fragmentos de esmalte, para evitar contaminaciones, después se elimina el techo de la camárapulpar. Se logra la eliminación del tejido coronal con excavadores esterilizadas de cucharilla. Se necesitan amputaciones-limpias hasta los orificios de los canales. Se sumerge una pequeña torunda de algodón en la solución de formacresol, se - - aplica una gasa absorbente para eliminar el exceso de líquido- y se coloca en la cámara pulpar, despupes de 5 minutos, se extrae el algodón y se utiliza un cemento de óxido de cinc-eugenol para sellar la cavidad pulpar. El líquido de este cemento deberá consistir en partes iguales de formocresol y eugenol. - En caso de hemorragia persistente, puede ser aconsejable hacer dos visitas para terminar la pulpotomía. En ese caso, el algodón con formocresol se deja en contacto con la pulpa y se sella temporalmente con cemento de óxido de cinc-eugenol. En un período de 3 a 5 días se vuelve a abrir la pieza, se extrae el algodón y se aplica una base de cemento de óxido de cinc-forcresol-eugenol contra los orificios de los canales.

Después de realizar las pulpotomías, se aconseja la - restauración de la pieza con corona de acero.

PULPECTOMIAS EN PIEZAS PRIMARIAS

Pulpectomía quiere decir eliminación de todo tejido - pulpar de la pieza incluyendo las procionés coronarias y radiculares. Aunque la anatomia de las raíces de las piezas puede en algunos casos complicar estos procedimientos

Teoricamente toda pulpectomías en todo molar temporal es parcial. De acuerdo con uso común la pulpectomía completa- se refiere a aquellos casos en que se emplea deliberadamente - un tiranervios o una lima para establecer un drenaje por los - ápices de un molar temporal infectado desvitalizado.

La pulprotomía parcial es la extirpación de la pulpa- y restos de caries y la ulterior obturación de los conductos- casi hasta el ápice.

La pulpectomía para dientes temporales y permanentes puede realizarse en una o varias visitas. Las técnicas son -- aplicables a dientes con pulpa radicular con vitalidad inflamada o dientes nacrosados.

PULPECTOMIA PARCIAL

Indicaciones: Pulpitis incipientes, Hiperemia pulpar

y Hemorragia no detenible en la amputación vital.

Contraindicación: Necrosis pulpar parcial.

Utilizando anestesia local y con la colocación del -- dique de goma se extrae con ensanchador toda la pulpa radicu-- lar accesible. No se debe llegar con instrumentos más allá de ápice. Se ensancharán los conductos para agradarlos, lo que - permitirá la condensación del material de obturación. No hace falta las radiografías diagnósticas para la conductometría, como en los dientes permanentes. La comparación visual de la lima y el largo del conducto radicular en la radiografía peria-- pical preoperatoria serán suficientes.

Se recomiendan limas Hedstrom que remueven los teji-- dos duros sólo al ser retiradas, lo que impide la entrada de - material infectado a través de los ápices. Por este motivo no se recomienda ensanchadores comunes.

Después de proceder el liminado se irrigan los conductos y se secarán con puntas de papel; se puede usar solución - fisiológica, agua bidestilada y cloramina T.

Una vez secos los canales se obturan con óxido de - - zinc formocresolizado, pasta oxpara o puede usarse hidróxido -

de calcio con iodoformo. Con la lima o un léntulo se puede pasar la mexcla cremosa de la pasta de obturación alrededor de las paredes de los conductos después se presiona una pasta más firme con un condensador de amalgama sobre una torunda de algodón a la entrada del conducto.

PULPOTOMIA TOTAL

Indicaciones: Dientes temprales con pulpa necrótica y/o gangrenosa, cuya conservación es muy importante.

Contraindicaciones: Mayor movilidad radiolucidez en la bifurcación, absorción de la raíces por infección, dientes con raíces cuya forma hace imposible la remoción completa del material necrótico o gangrenoso.

Se realiza por lo menos en dos sesiones. La técnica para el tratamiento es similar al de la pulpectomía parcial.

Primera sesión.- Se eliminan sólo los restos coronarios de la pulpa. En la cámara se sellará una torunda de algodón con formocresol de 2 a 3 días.

Segunda sesión.- Si el diente se mantiene asintomatico se puede retirar la curación y entrar en el conduc

to con una lima para retirar el resto del tejido pulpar.

Después de una limpieza municiosa de los conductos -- estos puede ser irrigados con peróxido de hidrógeno seguido -- con cloramina T (zonite).

Es conveniente en está segunda sesión secar los con-- ductos y aplicar yodoformo y formocresol con una punta de papel sellando el conducto por 7 días.

Tercera sesión.- Se retira la medicación y se irrigan los conductos con solución fisiologicas estéril, se seca con puntas de papel. Si el diente permanece asintomatico y los conductos están libres de exudado se puede completar la obturación con óxido de zinc formocresolizado, pasta oxpara o hidróxido de calcio con iodoformo.

CONCLUSIONES

La Odontopediatria no debe verse como una simple rama de la odontologia, considero que es el inicio primordial de la salud del niño y esencial por que en la edad temprana es cuando más cuidado deberá ponerse a los problemas bucales que lo requiera.

Lo Odontopediatría es en verdad un servicio de dedicación, puesto que la prevención es siempre la meta final.

El odontologo que trabaja con niños tiene tres grandes responsabilidades: 1) Para con sus pacientes, 2) Para con su comunidad, 3) Para consigo mismo.

La aplicación correcta o errónea de un tratamiento dental repercute en un objetivo: La salud de nuestro paciente ya que existe la probabilidad de que aún en la edad adulta se proyecten los resultados ya sea negativos como positivos.

Al cuidar la salud dental de los niños, la preservación de las piezas primarias con pulpa lesionadas por caries o por traumatismos en un problema de mucha importancia.

El objetivo en terapéuticas pulpares realizadas por - el odontólogo son los tratamientos acertados de pulpas afectadas por caries, para que la pieza pueda permanecer en la boca- en condiciones saludables y no patológicas, para poder cumplir su cometido de componente útil en la dentadura primaria.

BIBLIOGRAFIA

C.D.M. O. ANGEL KAMETA T.
C.D.M. O. MARIA GUADALUPE NIETO M.
C.D.M. O. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ V.
Odontopediatría tomos I y II Fac. de odontología de la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO PRIMERA EDICION MEXICO 1980.

MAC DONAL RALPH E.
Odontología para el niño y el adolescente, segunda edición México, mundi 1975.

SIDNEY B. FINN.
Odontología Pediatrica Nueva editorial interamericana cuarta edición México, 1976.

LANGMAN JAN.
Embriologia medica, cuarta edición, editorial interamericana. México, 1978.

PRECIADO Z. VICENTE — Manual de endodoncia, segunda edición México. Cuellar de ediciones, 1977.

SELTZER SAMUEL BENDER I.B. — La pulpa dental primera edición, Buenos-Aires; Mundi, 1970.

COHEN MICHAEL M. — Odontología pediátrica. Buenos Aires: -- mundi, 1962.

GROSSMAN LOUIS I. — Práctica endodóntica Septima edición. Buenos Aires, Mundi 1973

LAW B. DAVID, EWS TROMPSON W. DAVIS JOHN M. — Atlas de la odontopediatría, Buenos Aires Mundi, 1975.

ESPONDA VILLA RAFAEL — Anatomía dental. segunda edición México, Manuales universitarios 1970.