

*Rosell y de la Cruz Elvira López*



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Facultad de Odontología 424

20j

**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL NIÑO NORMAL  
Y EN EL NIÑO CON ALTERACIONES  
CONGENITAS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**ANTONIA SALAS LOPEZ**

**México, D. F.**

**1986**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*I N D I C E*

# I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I Historia Clínica en el paciente infantil ...	3
CAPITULO II Psicología en odontología infantil .....	11
a) Niño enfermo .....	12
b) Niño tímido .....	12
c) Niño rebelde .....	12
d) Dominación .....	13
e) Rechazo .....	13
CAPITULO III Forma, tamaño, y erupción de la dentición- primaria .....	16
CAPITULO IV Anomalías de la dentición primaria .....	22
a) Anomalías de forma .....	23
b) Anomalías de número .....	24
c) Anomalías de tamaño .....	26
d) Anomalías de posición .....	26
e) Anomalías de textura .....	26
f) Anomalías de color .....	27
CAPITULO V Tratamiento Endodóntico en el paciente - infantil.....	30
a) Anestesia.....	31
b) Aislamiento.....	31
c) Pulpotomía.....	34
d) Pulpectomía.....	40

CAPITULO VI	PAG.
<i>Transtornos congénitos</i>	
<i>Genética</i> .....	47
<i>Mitosis</i> .....	50
<i>Meiosis</i> .....	51
<i>Síndrome de Turner</i> .....	54
<i>Síndrome de Edwards</i> .....	56
<i>Síndrome de Patau</i> .....	58
<i>Síndrome de Dawn</i> .....	60
<i>Síndrome de Cri Du Chat</i> .....	62
<i>Hemofilia</i> .....	64
<i>Leucemia</i> .....	67
<i>Diabetes Mellitus</i> .....	71
<i>Enfermedad Congénita Cardíaca</i> .....	75
<i>Coartación de la Aorta</i> .....	79
<i>Tetralogía de Fallot</i> .....	81
<i>Fiebre Reumática</i> .....	83
<i>Endocarditis Bacteriana</i> .....	85
<i>Parálisis Cerebral</i> .....	88
<i>Dificultades Mentales</i> .....	95
<i>Fisuras de Labios y Paladar Hendido</i> .....	97
<i>CONCLUSIONES</i> .....	102
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	104

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

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

Desde épocas muy lejanas el hombre se ha preocupado por la restauración dental, así mismo por el o los pacientes que necesitan atención especial debido a trastornos genéticos.

La estrategia para restaurar la boca infantil (dentición--primaria) exige una serie de consideraciones muy distintas a -- las de cavidad oral de un paciente adulto.

Es necesario tomar en cuenta la erupción de la dentadura -- definitiva ya que a diferencia de los adultos en los cuales es -- primordial el conservar los dientes, en los niños a veces es -- necesario extraerlos para asegurar una buena erupción posterior.

También debemos tomar en cuenta el estado de susceptibili--dad del paciente a la caries, el estado general de la boca, -- las costumbres en cuanto a higiene bucal etc.

Al igual que los adultos los niños necesitan sus dientes--por lo que es de primordial importancia, para conservar la fo--nética, una buena masticación y una agradable presencia, al -- mantener la cavidad oral en un buen estado.

Debemos evitar el que los padres piensen que por ser dien--tes "de leche" como comunmente les llaman necesitan menos aten--ción, sino por el contrario estos dientes son los más importan--tes ya que de ellos depende el que los dientes permanentes -- erupcionen en muy buenas condiciones.

Por otro lado el buscar la etiología del miedo que siente un paciente sobre todo niños es tiempo perdido por que se debe a una de las emociones más primarias e instintivas del hombre - radicada en los confines más profundos del inconsciente. Por lo que hay que evitar a toda costa lastimar lo menos posible al paciente con el fin de evitar el estrés.

Podemos lograrlo mediante el uso de posters con caricaturas para que el niño se sienta más en su ambiente.

Generalmente son los padres los que inducen a que el niño tenga miedo, ya que casi siempre lo amenazan con ir al doctor o mejor dicho les dicen si no te portas bien te llevo con el dentista, por lo tanto debemos primero antes que nada decir a los padres lo que tienen que decir y hacer delante de sus hijos.

En la elaboración de esta tesis he querido dar una pequeña guía sobre el tratamiento de niños impedidos, y pacientes normales esperando que si no es una gran ayuda por lo menos sirva como principio básico.

En lo particular considere este tema muy importante, por lo que lo desarrolle pensando en aliviar un poco el dolor de dichos pacientes con estos conocimientos.

*Enfrentemos todos los problemas de la niñez, con el efecto, de ellos es el mundo de la alegría y el buen humor, - ellos son la parte más sana de la faz - porque son lo más puro que ha salido de DIOS.*

*C A P I T U L O I*

*HISTORIA CLINICA EN ODONTOLOGIA INFANTIL.*

## HISTORIA CLINICA EN ODONTOLIGIA PEDIATRICA.

La historia clínica es una charla entre el odontólogo y el paciente con el fin de obtener datos importantes acerca de su salud como su persona en general. En un paciente infantil debemos ayudarnos preguntando a la persona que lo acompañe al consultorio, (madre, padre, etc.).

La historia clínica consta de

Primera parte. INFORMACION GENERAL.

Nombre del paciente Diminutivo, es decir que sobrenombre usa en su casa el niño, para poder ganarnos su confianza -- dentro del consultorio.

Edad del paciente, con el fin de saber que tipo de dentición tiene y que tratamiento debemos realizar en él.

Lugar de nacimiento, ya que hay enfermedades propias de cada lugar.

Dirección, Teléfono.

Segunda Parte. ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS.

Es muy importante saber que enfermedades han padecido tanto la madre como el padre ya que algunos de éstas suelen ser hereditarias, tales como la diabetes, hemofilia, sífilis, etc.

Debemos preguntar también si el niño: goza de buena salud.

Ha estado sometido a tratamiento médico alguna vez y por qué motivo.

Si es alérgico a algún medicamento equivocado y así no causare-

mos algún daño irreversible.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Este punto abarca las preguntas acerca de:

habitación                      hora de sueño.                      alimentación.

malos hábitos tales como: chuparse el dedo, morderse los labios si es o no respirador bucal, protusión de lengua etc.

#### ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.

Dentro de ésta etapa de preguntas, debemos abarcar las siguientes preguntas, tratando de averiguar las enfermedades -- más importantes que el niño ha padecido, tales como: Asma, Tosferina, Varicela, Escarlatina, Tuberculosis, Hepatitis, Sarampión, Paladar Hendido, Paperas, Fiebres eruptivas, Epilepsia, - Poliomielitis etc.

Las cuales es importante conocer ya que nos pueden proporcionar algún signo característico dentro de la cavidad oral.

#### Tercera Parte.

Dentro de la historia clínica debemos abarcar los sig. datos: TEJIDOS BLANDOS, como por ejemplo los labios, si son gruesos o delgados, o bien si presenta o no nodulos.

Mucosa bucal, si es resacilente, si su textura, coloración son las que debe tener un niño etc.

Paladar, si no presenta alguna alteración, es decir si -- presenta paladar hendido etc.

Amígdalas, si están presentes o ausentes, si están o no -- ulceradas. En cuanto al tejido gingival debemos preguntar si es firme la encía, si su coloración es rosa, y si su textura es -- aterciopelada.

Debemos observar si la lengua, es grande o pequeña, su forma y si es savoral o no. Las glándulas salivales si están presentes o ausentes, si están o no obstruidas.

#### Cuarta parte.

Dentro de esta parte debemos hacer el examen dental el cual incluye preguntas tales como; la higiene oral si es buena, regular o mala, métodos y frecuencias, es decir como cepilla su dentadura y cuantas veces al día. Debemos orientarla en la forma - en que deberá cepillar los dientes.

Debemos observar el número de piezas faltantes y si presenta anomalías en forma, tamaño, color, textura, número, posición. En cuanto a la oclusión, si presenta neutro oclusión, disto - oclusión, Mesioclusión, sobremordida, apiñonamiento anterior, mordida abierta, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior. Todo esto con el fin de saber que tipo de tratamiento - ortodóntico podemos realizar en él. En el diagrama dentario debemos anotar la línea de erupción, es decir la erupción de permanentes, además de ver que dientes están presentes y cuales están ausentes.

## ESQUEMA DE LA HISTORIA CLINICA.

## 1.- Información General.

Nombre \_\_\_\_\_ Diminutivo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Lugar de Nac. \_\_\_\_\_ dir. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Grado escolar \_\_\_\_\_ Padre o acompañan  
 te \_\_\_\_\_ nombre del doctor \_\_\_\_\_  
 Fecha del examen \_\_\_\_\_

Señale una de las casillas.

- |   | Si  | No  |
|---|-----|-----|
| ¿ Goza su hijo de buena salud ?                             | ( ) | ( ) |
| ¿ Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época ? | ( ) | ( ) |
| ¿ Porque motivo ? _____                                     |     |     |
| ¿ Ha estado hospitalizado ?                                 | ( ) | ( ) |
| ¿ Es alérgico a algún medicamento o alimento ?              | ( ) | ( ) |
| ¿ Toma su hijo algún medicamento actualmente ?              | ( ) | ( ) |
| ¿ Que clase de medicamento ? _____                          |     |     |
| ¿ Ha tenido trastornos nerviosos, mentales, o emocionales ? | ( ) | ( ) |
| ¿ Que trastornos ? _____                                    |     |     |

Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo-  
ha padecido alguna vez alguna de las enfermedades siguientes:

Aeina ( )	_____	Escarlatina ( )	_____	Paladar hendido ( )
Sarampión ( )	_____	Tifoidea ( )	_____	Enf. cardiaca ( )
Tosferina ( )	_____	Paperas ( )	_____	Enf., renal ( )
Varicela ( )	_____	Epilepsia ( )	_____	Tuberculosis ( )
Difteria ( )	_____	Hepatitis ( )	_____	Fiebre reumática ( )

Se preguntará si el niño ha sufrido hemorragias excesivas  
en operaciones o accidentes, Si ( ) No ( )

Tiene dificultades en la escuela Si ( ) No ( )

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos \_\_\_\_\_

motivo de la consulta \_\_\_\_\_

recomendado por \_\_\_\_\_ experiencias odontológicas previas  
\_\_\_\_\_ observaciones \_\_\_\_\_

actitud del niño hacia el odontólogo favorable ( ) desfavora-  
ble ( )

## II. Tejidos Blandos.

Labios \_\_\_\_\_ Mucosa bucal \_\_\_\_\_

Lengua \_\_\_\_\_ Tejido gingival \_\_\_\_\_

Piso de la boca \_\_\_\_\_ Ganglios \_\_\_\_\_

Paladar \_\_\_\_\_ Glandulas salivales \_\_\_\_\_

Velo de paladar \_\_\_\_\_ Observaciones \_\_\_\_\_

Amígdalas \_\_\_\_\_

### DIAGRAMA DENTARIO

Nos auxilia bastante ya que en el ponemos la caries que se presenta en cada diente además de la línea de desarrollo es decir, cuales dientes estan presentes dentro de la cavidad oral y cuales no.

	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E						
DERECHA											IZQUIERDA					
R											L					
8																
R											L					
DERECHA											IZQUIERDA					

Es muy importante tomar este diagrama en cuenta, ya que de no hacerlo podemos fracasar en nuestro tratamiento.

### III. Tercera Parte.

#### Examen Dental.

Higiene Oral. Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

Métodos y frecuencias \_\_\_\_\_

#### Dientes:

Faltantes \_\_\_\_\_ Ausencia congénita \_\_\_\_\_

anomalías de forma \_\_\_\_\_ tamaño \_\_\_\_\_ Textura \_\_\_\_\_

Fracturas \_\_\_\_\_ Observaciones \_\_\_\_\_

#### OCLUSION.

Neutro oclusión \_\_\_\_\_ Mordida abierta \_\_\_\_\_

Disto oclusión \_\_\_\_\_ Mordida cruzada anterior \_\_\_\_\_

Sobremordida \_\_\_\_\_ Observaciones \_\_\_\_\_

Apilamiento anterior \_\_\_\_\_

#### HABITOS.

Succión del pulgar ( ) Protusión de lengua ( )

Otros dedos ( ) Otros ( )

Morder labios ( ) Observaciones \_\_\_\_\_

Respirador bucal ( )

Posteriormente tenemos otra serie de datos, los cuales - -  
sarán el tratamiento.

*Tratamiento tópico de fluor*

*Plan de tratamiento*

*Edad*      *Fecha*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Los niños empiezan amando a sus  
padres, cuando crecen, los juz-  
gan a veces, los perdonan.*

*C A P I T U L O    I I*  
*PSICOLOGIA EN EL PACIENTE INFANTIL*

Sin duda alguna debemos considerar que es muy importante la influencia que ejercen los padres sobre los hijos, sobre todo en pacientes infantiles.

El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, así como para otras experiencias que forman la niñez, se forma primordialmente en casa, bajo el ambiente paterno. El que un niño acepte el tratamiento dental de buen grado o no debe ser básicamente a la educación que reciba de los padres.

Si el dentista desea tener un buen paciente infantil, lo primero que deberá hacer, es educar a los padres, ya que muchas veces éstos muestran miedo al referirse al dentista, delante de los niños, de ahí que los niños teman a lo desconocido.

#### NATURALEZA DEL MIEDO.

El miedo es el peor enemigo con que cuenta el dentista, ya que es la primera emoción que experimenta el niño al acudir al dentista o al consultorio. Tal vez se deba a que ha escuchado decir a los padres "duele mucho" cuando el dentista está tallando una pieza, o bien, al poner anestesia duele la punsión etc.

#### FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACION PSICOLOGICA DEL NINO.

medio ambiente	nivel social	educación
amistades	habitación	influencia de los padres
estabilidad familiar	tipos de juguetes	edad del niño.

El que sean hijos únicos cuenta bastante ya que éstos, -- suelen ser rebeldes ya sea porque están muy mimados, o bien -- porque los padres temen causarles un disgusto o contrariedad.

De acuerdo a la influencia de los padres ya antes mencionada tenemos los siguientes tipos psicológicos de niños:

#### NINO ENFERMO.

Este niño ha padecido enfermedades, y por lo tanto debemos tratarlo amablemente, no debemos usar ropa que le recuerde esa etapa de su vida, debemos evitar el usar vestido blanco, cubrabocas etc. con el fin de no traumarlo más.

#### NINO TIMIDO.

Generalmente este tipo de niño es hijo de padres dominantes por lo cual son niños agresivos, y carecen de presunción y empuje social, son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas.

A este tipo de niños se le puede tratar en el consultorio dental muy fácilmente porque son educados, obedientes, y reaccionan bien a la disciplina.

#### NINO REBELDE.

Estos niños son hijos de padres indiferentes, o bien de -- padres indulgentes, los cuales, los miman mucho y por lo tanto dichos niños al asistir al consultorio dental, suelen tener -- alardes de ira contenida e incluso pueden tener accesos en los cuales pueden llegar a golpear a la persona que los acompaña --

e incluso al dentista mismo.

Este tipo de niños es muy difícil de tratar en el consultorio, aunque no son incorregibles. Una vez que entienden que en lugar de lastimarlos se les va a aliviar un dolor se vuelven muy buenos pacientes, basta con hablarles fuerte y entenderán lo que el doctor les dice.

#### DOMINACION.

Los padres que son dominantes exigen a sus hijos responsabilidades excesivas que no van de acuerdo con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a compartir con niños mayores o de grados más avanzados.

Esto ocasiona que el niño tenga sentimientos de evasión, sumisión y de inquietud entre los cuales suele ser común también el negativismo. Su reacción es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

#### RECHAZO.

Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otra circunstancia, hasta un rechazo completo a causa de problemas emocionales. Los hijos de estos padres no están seguros de sí mismos y se sienten inferiores y olvidados, desarrollan resentimiento se vuelven poco cooperadores, se retraen de sí mismos sin amar ni interesarse por alguien.

Los niños no deseados o rechazados, no solo sufren la falta de amor sino, que también suelen ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puesto que el niño no tiene seguridad en su casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente y nervioso y demasiado activo. Por todas estas circunstancias los niños de su edad lo encuentran desagradable. Muchos de los delincuentes infantiles vienen de este grupo.

En el consultorio dental estos niños pueden ser de difícil manejo pero hay que manejarlo amigablemente y comprenderlo. Hay que atender sus peticiones lo más que se pueda ya que en ocasiones el niño rechazado se porta mal para atraer la atención de los demás, ya que está necesitado de atención y bondad.

A este niño hay que enseñarle que el tratamiento dental será más agradable cuando se porte bien y menos agradable cuando se porte mal.

No debemos olvidar que también debemos orientar a los padres con respecto a darles una buena educación dental a los niños.

Entre las sugerencias más comunes hacia los padres tenemos:

1.- Pedir a los padres no referir sus miedos personales frente a los hijos, ya que ésta es la causa primaria de miedo en los niños.

2.- Instruir a los padres para que nunca utilicen a la --

*Odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.*

3.- *Pedir a los padres que familiaricen a los niños con el odontólogo llevándolos al consultorio dental frecuentemente.*

4.- *Explicar a los padres que si muestran valor al acudir a una cita con el dentista el niño, también tendrá valor.*

5.- *Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados los cuales son buenos pacientes.*

6.- *Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar una buena dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales.*

7.- *Pida a los padres que no sobornen a los hijos para acudir a visitar al dentista.*

8.- *El padre no debe prometer al niño lo que va o no hacer el odontólogo, el dentista no debe verse comprometido donde se limita lo que pueda hacer por el niño.*

9.- *Varios días antes de la cita los padres deberán comunicárselo al niño de la manera más natural, nunca deberán forzarlo.*

10.- *Los padres deberán encomendar a los niños al cuidado del dentista y no deberán entrar al consultorio durante el tratamiento del niño.*

" Se habla quedado sin dientes,  
pero ¿que eran los dientes, -  
sino enemigos que causan dolor?

C A P I T U L O    I I I  
FORMA, TAMAÑO Y ERUPCION DE LA DENTICION PRIMARIA.

El diente humano se compone de una estructura especializada que puede clasificarse en tres grupos:

- 1).- Las estructuras propiodónticas (esmalte y dentina)-  
peculiares al diente, no encontrándose tejidos similares en ninguna otra parte del cuerpo humano.
- 2).- La pulpa (el órgano formativo de la dentina) de estructura endodóntica.
- 3).- Las estructuras periodontales (cemento, hueso alveolar., membrana periodontal y enca), estructura de sostén y protección de los dientes.

#### CICLO VITAL DEL DIENTE.

Cada diente pasa por varias etapas.

##### 1.- Crecimiento.

- a) Iniciación o comienzo de la formación del brote dentario del epitelio bucal.
- b) Proliferación. Multiplicación de células, y elaboraciones del órgano del esmalte.
- c) Histodiferenciación. Especialización de las células -- del epitelio interno del órgano del esmalte, se transforma en ameloblastos; las células periféricas del órgano de la dentina (pulpa) se convierten en odontoblastos.

d) *Morfodiferenciación.* Alineamiento de las células forma tivas a lo largo de la futura unión amelodentinaria.

e) *Aposición.* Depósito de la matriz de esmalte y dentina en capas incrementales.

II. *Calcificación.* Endurecimiento de la matriz de la precipitación de sales de calcio.

III. *Erupción.* Movimiento del diente a la cavidad bucal.

IV. *Abrasión.* Desgaste de los dientes durante la función.

V. *Reabsorción.* Remoción de las raíces de los dientes primarios por acción de los osteoclastos.

Los dientes primarios son 20, 10 en cada maxilar, un incisivo central, un incisivo lateral, un canino, 1 primer molar y un 2do. molar en cada cuadrante.

Estos dientes son reemplazados, en un período de 4 a 6 años por los incisivos centrales, laterales caninos, permanentes y primero y segundo molares y premolares.

#### DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES.

La forma de los incisivos no difiere mucho de la de los correspondientes permanentes, pero las coronas parecen proporcionalmente más anchas y bajas.

El incisivo central superior es relativamente grande y en forma de pala.

El canino primario es más delgado y tiende a ser más cónico que el permanente.

En niños mayores los incisivos primarios parecen más cortos como resultado de su desgaste relativamente rápido durante la abrasión.

#### MOLARES PRIMARIOS.

Los molares primarios se caracterizan por su menor tamaño marcada convexidad gingival y prominente constricción mesiodistal. Su diámetro bucolingual es proporcionalmente menor que el de los molares permanentes. Además la meseta oclusal o superficie intracúspidea de los molares primarios es bastante angosta en sentido bucolingual y mucho más pequeña que la superficie oclusal.

#### NUMERO DE CUSPIDES Y RAICES EN MOLARES PRIMARIOS

		CUSPIDES	RAICES
Superiores	Primero	3	3
	Segundo	4	3
Inferiores	Primero	4	2
	Segundo	5	2

#### HISTOLOGIA.

La estructura microscópica de los tejidos de los dientes primarios es esencialmente la misma que la de los permanentes. Los dientes primarios comienzan su desarrollo en la vida prenatal. La formación de esmalte y dentina de los dientes permanentes, se produce durante la vida posnatal.

Los dientes primarios se caracterizan por la calcificación homogénea de las porciones prenatales de su esmalte y dentina y por la presencia del anillo neonatal. El feto lleva una existencia parasitaria y tiene la más alta prioridad en la satisfacción de sus necesidades.

La barrera placentaria lo protege contra las influencias más dañinas y la hipoplasia del esmalte del período prenatal, no suele verse en los dientes primarios.

Cuando hay hipoplasia en los dientes primarios es, por regla general, de origen neonatal. La conmoción metabólica y el estrés del período neonatal, se refleja en el anillo neonatal si los problemas de adaptación son solamente leves y en la hipoplasias adamantina neonatal, si son graves.

#### ESMALTE.

Es espesor tiende a ser uniforme, siendo la superficie adamantina paralela a la unión amelodentinaria, especialmente en los incisivos excepto cerca de la unión cemento-esmalte, donde termina abruptamente en filo de cuchillo.

Tiene la mitad de ancho del esmalte de los permanentes correspondientes. Los prismas en el tercio gingival de la corona no se inclinan apicalmente como en los permanentes, sino que tienden a dirigirse hacia incisal u oclusal.

#### DENTINA.

Los túbulos dentinarios son menos regulares que en los --

dientes permanentes y el espesor de la dentina es aproximadamente la mitad que en éstos. Esto se debe a que las células formadoras de dentina son funcionalmente activas aproximadamente 350 días en los dientes. Primarios y más o menos 7000 días en los permanentes.

La calcificación de la dentina es homogénea en la porción prenatal. La porción formada durante la infancia, muestra una calcificación granular y quijosa, relacionada con precoces problemas de adaptación posnatal.

La dentina es por lo general, menos densa, la densidad comparada de la dentina entre los dientes primarios y permanentes, puede observarse clínicamente, por la resistencia ofrecida al corte de las fresas. La dentina de los dientes primarios se cor- ta más fácilmente el color de la dentina en los dientes primarios es de un color amarillo claro. Además de que se abrasiona con más rapidez.

#### PULPA Y DENTINA SECUNDARIA.

La pulpa está relativamente cerca del límite amelodentina- ria, porque el espesor de la dentina es casi la mitad de la de los dientes permanentes.

Los cuernos pulpares son característicamente anchos.

#### ESTRUCTURAS PERIODONTALES.

El cemento es muy delgado y del tipo primario.

En el hueso alveolar el trabeculado es muy abierto.

## DIFERENCIAS ENTRE LOS DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES.

### MORFOLOGIA.

Los dientes primarios son:

- más pequeños
- tienen en la corona una blancura azulosa.
- raíces mucho más abiertas.
- raíces aplanadas y curvas.
- el esmalte es mucho más brillante.
- la cámara pulpar es mucho más amplia.
- la convergencia hacia oclusal.
- los conductos radiculares son mucho más amplios, aunque a veces eso suele ser estrecho.
- presentan ángulos divergentes.
- los dientes anteriores no sufren desgastes en dientes interproximales
- la línea cervical en primarios es apenas marcada.
- los cuernos pulpares son mucho muy largos.
- no hay tronco radicular.
- además de tener una marcada diferencia funcional.

IMPORTANCIA DE LA PRIMARIA DENTICION.

Función de masticación.

Fonación.

Gufa para la primera dentición.

Guarda el espacio para la segunda dentición.

Desarrollo y erupción de la dentición primaria.

MAXILAR SUPERIOR.

Inciviso central	-----	4 meses
Incisivo lateral	-----	9 meses
Canino	-----	18 meses
Primer molar	-----	14 meses
Segundo molar	-----	24 meses

MAXILAR INFERIOR

Incisivo Central	-----	6 meses
Incisivo Lateral	-----	7 meses
Canino	-----	16 meses
Primer molar	-----	12 meses
Segundo molar	-----	20 meses

" La clínica pediátrica de la -  
infancia deja de ser fática-  
y se convierte en sistemática-  
mente situacional " .

C A P I T U L O    I V  
ANOMALIAS DE LA DENTICION PRIMARIA.

Como breve recordatorio diremos, que en todas las etapas por las que pasa el desarrollo del diente, podemos encontrar - tantas y tantas alteraciones patológicas, de las cuales algunas son de origen hereditario o bien congénito.

Algunos de los padecimientos de la dentición primaria también pueden deberse a la ingesta de fármacos de la madre, durante el período de gestación.

A veces el medio ambiente, la edad avanzada de los padres alguna enfermedad ( Sífilis ) que hayan padecido los padres pueden causar también anomalías en la dentición primaria.

Así, pues, podemos observar algunas alteraciones como son: dientes natales o neonatales los cuales pertenecen a una anomalía de número. También encontramos dientes llamados mesiodens. Dientes que presentan amelogénesis o bien dentinogénesis imperfecta.

Podemos enumerar a las anomalías dentarias, como anomalías de número, color, tamaño, forma, textura.

Por consiguiente en las siguientes páginas detallare las anteriores anomalías con más precisión, esperando así, poder poner en manifiesto el hecho de que algunas suelen ser más frecuentes con un tratamiento largo pero preciso. Mientras que otras pueden ser raras y cuyo tratamiento aún puede ser desconocido.

## 1.- ANOMALIAS DE FORMA.

- a) Geminación.
- b) Fusión.
- c) Concrecencia.
- d) Forma de barril.
- e) Dilaceración.
- f) Taurodentismo.

### A) GEMINACION.

La geminación es la forma más frecuente, y es que a partir de un germen dentario nos da dos coronas, un conducto radicular y una sola raíz.

### B) FUSION.

La fusión se caracteriza porque son dos órganos dentarios pero unidas por esmalte-dentina, además de presentar dos raíces.

### C) CONCRESCENCIA.

Estos dientes generalmente presentan dos coronas, dos conductos, dos raíces unidas por cemento, y dos cámaras pulpares.

### D) FORMA DE BARRIL.

Estos dientes generalmente lo presentan los hijos de padres que hayan padecido una enfermedad Venérea, tales como la Sífilis, o bien Gonorrea, éstos dientes también pueden tener forma conoide y por lo tanto parece un canino.

### E) DILASCERACION.

La dilasceración se caracteriza por presentar las raíces de los molares muy abiertas o bien demasiado curvas.

### F) TAURODENTISMO.

El taurodentismo se caracteriza por presentar los cuernos pulpaes así como la cámara pulpar demasiado extensa.

## 2.- ANOMALIAS DE NUMERO.

- a) Mesiodens.
- b) Anodoncia total.
- c) Anodoncia parcial.
- d) Dientes Natales.
- e) Dientes neonatales.

### A) MESIODENS.

El mesiodens es un diente que generalmente presenta una forma común parecida a un central o bien a un lateral, siempre se presenta entre los incisivos centrales superiores.

### B) ANODONCIA TOTAL.

Generalmente se observa en los casos de displasias ectodérmicas. Es una enfermedad, es de tipo hereditario, y se conoce como una mutación de tipo recesivo, el rostro de éstos niños es característico ya que presentan la nariz con puente hundido, labios prominentes, frente abultada, "cara de Viejito" por la disminución de la dimensión vertical, el cabello es --

escaso pero sedoso, la piel seca por ausencia de glándulas sudoríparas.

Por lo tanto es típico observar que la mucosa alveolar de dichos niños se encuentra rojiza y sin dimensión vertical.

El tratamiento de éstos niños es colocar prótesis para -- poder contribuir a una buena oclusión y a una buena salud en general.

#### C) ANODONCIA PARCIAL.

Esta enfermedad llamada también oligodoncia, puede encontrarse en casos de displasia ectodérmica atenuada pero generalmente afecta a unos dientes más que a otros. Aunque también podemos encontrar casos de falsas anodoncias puede ser característica en caso de pacientes que presenten HIDROCEFALIA, MONGOLISMO O BIEN DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL.

#### D) DIENTES NATALES.

Los dientes natales son generalmente los que nacen cuando el niño nace y generalmente se presentan como pequeñas perlas de esmalte y son de un tamaño relativamente pequeño, los cuales se pueden extraer fácilmente ya que son móviles.

#### E) DIENTES NEONATALES.

Estos dientes se presentan generalmente un mes después de que el niño nace, también se presentan como pequeñas perlas de esmalte por lo que también se pueden extraer fácilmente, sin hacer mayor uso de la anestesia.

### 3.- ANOMALIAS DE TAMAÑO.

a) *Macrodoncia.*

b) *Microdoncia.*

#### A) *MACRODONCIA.*

*La macrodoncia se caracteriza por el aumento o tamaño exagerado de los dientes estos dientes nos ocasionan generalmente nos causan problemas de mal oclusión.*

#### B) *MICRODONCIA.*

*La microdoncia es el tamaño pequeño de los dientes, los cuales también ocasionan problemas de mal oclusión, su etiología puede ser debida al igual que la macrodoncia, debido a fármacos o bien por factores hereditarios.*

### 4.- ANOMALIAS DE POSICION.

*Estos dientes se presentan en cualquier parte de la cavidad bucal y por lo tanto nos ocasionan problemas de mal oclusión, el tratamiento de esta anomalía es ortodontico aunque es bien tardado.*

### 5.- ANOMALIAS DE TEXTURA.

a) *Amelogenesis imperfecta.*

b) *Dentinogenesis imperfecta.*

c) *Puntilleo del Esmalte, Hipoplasia del esmalte.*

#### A) *AMELOGENESIS IMPERFECTA.*

*Generalmente se debe a una falla durante la histodiferen-*

ciación se transmite como carácter mendeliano dominante y se limita a un defecto adamantino. El esmalte es friable puede confundirse con hipoplasia o hipocalcificación.

#### B) DENTINOGENESIS IMPERFECTA.

La dentinogénesis imperfecta, llamada también dentina opalescente se caracteriza porque también es de origen hereditario mendeliano los dientes toman un color grisáceo opalescente y se desgastan muy pronto. Esta anomalía se puede presentar sola pero también puede ir acompañada de osteogénesis imperfecta, entre las cuales se encuentran como características (hipoacuacia, esclerótica azul).

También puede presentarse como aplasia del esmalte o bien de dentina, y los dientes de cáscara.

#### C) PUNTILLO DEL ESMALTE O BIEN HIPOPLASIA DEL ESMALTE.

La hipoplasia del esmalte se produce por fallas o defectos durante la matriz orgánica adamantina. La presencia del esmalte el puntillado del esmalte también presenta en el esmalte pequeñas manchas que pueden ser de color verdoso, azul, o bien gris.

#### 6.- ANOMALIAS EN EL COLOR.

- a) Antibióticos, o bien síndrome gris.
- b) Hongos.
- c) Fluor.

#### A) ANTIBIOTICOS.

Generalmente durante el embarazo la madre tiene prohibido el uso de algunos fármacos ya que esto puede traer consigo que el niño presente su dentición pigmentada.

El color azulverdoso es característico en niños que presentan eritoblastosis fetal por incompatibilidad Rh. Los dientes de color pardo rojizo en los casos de porfirias.

Y los dientes pigmentados generalmente por el uso de tetraciclinas. Puede encontrarse también diente "negro" que es la pigmentación por necrosis pulpar. O bien diente "rosado" -- por la resorción interna.

#### B) HONGOS.

Estos dientes presentan un color verdoso a nivel de tercio cervical lo cual se puede eliminar con una buena odontoxe-  
sia.

#### C) FLUOR.

El uso excesivo de flúor nos puede ocasionar el desgaste de los dientes en cuanto al esmalte, además de que nos presentan el síndrome azuloso, ya que los dientes presentan un color azul en lo que es el tercio cervical.

Entre otras enfermedades o anomalías que afectan a la niñez encontramos los desgastes excesivos, en pacientes que padecen bruxismo en el cual los dientes presentan caras oclusales, y bordes incisales aplanados en forma notable.

*O bien en niños que se chupan el dedo vemos un marcado --  
desgaste del diente así como una ligera inclinación hacia ves-  
tibular. Además de presentar el labio demasiado delgado.*

Frontera de los besos, serán mañana  
cuando en la dentadura, sientas un-  
arma.

Sientas un fuejo, correr dientes --  
abajo buscando el centro..

C A P I T U L O V  
TRATAMIENTO ENDODONTIGO EN EL PACIENTE INFANTIL.

## GENERALIDADES.

El hecho de que los dientes temporales tengan la pulpa cameral sea demasiado extensa provoca que muchas veces al hacer tratamientos de operatoria dental la lastimemos con una fresa por lo que hay que hacer tratamientos endodónticos con el fin de reparar dicha pulpa.

Aún cuando la anatomía de los dientes es permanente, sea parecida a la de los dientes temporales hay factores que determinan el tratamiento endodóntico que hay que emplear, por lo que se tomarán en cuenta los siguientes factores:

1.- La pulpa cameral y la radicular, y por lo tanto la cámara pulpar y los conductos, son mucho mayores en el niño que en el adulto, por lo tanto:

a) Que, una vez eliminado el techo pulpar, no habrá casi necesidad de rectificar la cámara pulpar.

b) Que los conductos son más fáciles de ubicar, recorrer y preparar y es aconsejable ensancharlos varios calibres más que los recomendados en dientes adultos.

c) Que, la obturación de conductos deberá hacerse, lógicamente con conos empleados de mayor calibre y con una condensación lateral más prolija.

2.- Si hace menos de 3 o 4 años de la erupción del diente por tratar es posible que su ápice sea inmaduro, o sin terminar de formar. Lo que obliga a emplear técnicas especiales.

**ANESTESIA.**

Debido a las condiciones anatómicas, la anestesia en niños es relativamente más fácil y se consigue una inducción rápida y gran profundidad, con las técnicas conocidas.

En niños policaríes con varios tratamientos por practicar con problemas psíquicos o poco colaboradores, es aconsejable la anestesia general.

**AISLAMIENTO.**

Para poder lograr una asepsia óptima y además de que en niños es más fácil trabajar de esa manera debemos usar dique de goma ya que trae, el uso de éste, unas ventajas para poder lograr un mejor trabajo.

JINKS recomienda el uso de las siguientes grapas:

Dientes anteriores y primer molar temporal, Ivory 00 y 2

Segundo temporal molar, Ash 14 e Ivory 14.

Segundo muy pequeño S. S. White 27 e Ivory 2

Primer molar permanente. Ash 14 ó 14 A, ó Ivory 14'

**DIENTES TEMPORALES Y TRAUMATOLOGIA.**

El niño tiene sus ocho incisivos temporales entre los 8 y 10 meses, precisamente cuando comienza a caminar y hasta los 6 o 7 meses sufre múltiples caídas por lo que puede llegar a tener las siguientes lesiones:

- a) Subluxación (intrusión y extrusión)
- b) Luxación con avulsión.
- c) Sufusión y eventualmente necrosis.
- d) Fractura coronaria y radicular.

Como los dientes temporales no completan su formación apical hasta los dos años de edad para iniciar la rizolisis fisiológica, y como, además el hueso encaja perfectamente los golpes, es explicable que la lesión más frecuente en los niños de esta edad sea la intrusión, o sea, el enclavamiento de uno o varios dientes en el maxilar la luxación completa es más rara.

Las fracturas son menos frecuentes que en el diente permanente tanto las coronarias como las radiculares. La sufusión puede ocasionar decoloramiento a los dientes permanentes y puede acompañarse de necrosis pulpar.

Por lo tanto el profesionalista como tal debe:

- 1.- Se procurará en cualquier caso mantener la vitalidad pulpar del diente traumatizado.
- 2.- Si hay necrosis no se intervendrá, sólo en caso de infección ya que existe la posibilidad de que el diente estéril aunque con la pulpa necrótica, no cause trastorno alguno.
- 3.- En caso de existir fractura coronaria con exposición pulpar y si el diente está con el ápice inmaduro se podrá intentar la pulpotomía vital. Pero si el ápice está maduro es preferible la pulpotomía al formocresol.

- 4.- *En caso de fractura radicular se ferulizará el diente, observando la evolución de la vitalidad pulpar.*
- 5.- *En caso de avulsión total se puede hacer la reimplantación del diente temporal.*

**PULPOTOMIA.****INDICACIONES.**

*Cuando hay comunicación pulpar*

*Caries de grado 2*

*Fractura coronaria*

*Patología pulpar*

*Traumatismo*

**CONTRAINDICACIONES.**

*Necrosis pulpar*

*Abcesos periapicales*

*Dientes próximos a exfoliarse*

*Cuando la pieza dental esté muy destruida*

*Caries extensa*

*Fractura radicular*

*Dientes donde no se distinga donde termina la pulpa cameral.*

*La pulpotomía es la eliminación de la pulpa cameral, se usa en dientes jóvenes permanentes y en algunos dientes temporales.*

*En cuanto a las técnicas de como hacer una pulpotomía son dos y son las siguientes: A base de cucharilla o bien a base de fresas ya sean del número 4, 6 u 8.*

**TECNICA A BASE DE CUCHARILLA.**

*Primero procedemos a quitar la caries con fresa de bola y*

posteriormente con una cucharilla afilada eliminamos todo el cuerpo cameral pulpar, a continuación lavamos con agua bidestilada o bien con suero fisiológico. Una vez realizado esto con una fresa nos introducimos 1 ó 2 mm en el conducto radicular y volvemos a lavar perfectamente. Procedemos a obturar.

#### TECNICA A BASE DE FRESAS.

El procedimiento a seguir es el mismo que con la cucharilla solo que en este caso todo el trabajo lo realizaremos a base de fresas ya sean del número 4, 6 u 8.

Una vez hecho todo el trabajo obturamos después de haber hecho una buena limpieza de la cavidad, es decir después de haber lavado con agua bidestilada o suero fisiológico.

Es muy importante señalar que para poder obturar un conducto después de haber hecho un tratamiento endodentico en niños nunca usaremos puntas de gutapercha ya que éstas no son absorbibles.

En cuanto a los métodos de obturación tenemos tres técnicas básicas que son:

- a) Técnica de Hidróxido de calcio.
- b) Técnica de formocresol a primera cita.
- c) Técnica de formocresol a segunda cita.

### TECNICA DE HIDROXIDO DE CALCIO.

Esta técnica está fuera de uso en cuanto a la preparación de un apulpotomía, pero está indicada en técnicas de Apicoformación. Además de que se dice que la mezcla de hidróxido de calcio tiene la propiedad de ser irritante a la pulpa vital o directa y que en dientes temporales no tiene la propiedad de formar dentina secundaria.

### TECNICA DE FORMOCRESOL A PRIMERA CITA.

- 1.- Anestesia.
- 2.- Aislamiento con grapa y dique de goma.
- 3.- Apertura y acceso a la cámara pulpar, previa eliminación de la caries existente, con fresas redondas del número 4, 6 u 8.
- 4.- Eliminación de la pulpa cameral con la misma fresa de baja velocidad.
- 5.- Control de la hemorragia con torundas humedecidas en peróxido de hidrógeno al 3%, suero fisiológico o simplemente con torundas secas estériles.
- 6.- Una vez limpia y seca la cámara pulpar, colocar durante 5- a 10 minutos una torunda empapada en la siguiente solución:

#### FORMOCRESOL DE BUCKLEY.

Trioresol -----	35 ml.
Formalina -----	19 ml.
Glicerina -----	25 ml.
Agua -----	21 ml.

- 7.- Retirar la torunda de formocresol y limpiar con una torunda estéril los posibles coagulos pardos que hayan en la -- cámara pulpar.
- 8.- Obturar la cámara pulpar con una mezcla de óxido de cinc, -- como una gota de polvo y como gota líquido. En un espesor -- de 2 mm. Se puede usar para acelerar el fraguado, acetato -- de cinc.
- 9.- Después de lavar bien las paredes dentarias cementar una -- corona de acero cromo prefabricada.

En cavidades de 1 clase o que se consideren muy retenti--  
vas se podrá usar cemento de fosfato y amalgama de plata.

### TECNICA DE FORMOCRESOL A SEGUNDA CITA.

Hacemos el trabajo de eliminación de la pulpa cameral, profundizamos un mm. adentro de los conductos radiculares, y colocamos previo aseó o lavado de la zona una torunda con formocresol, esperamos de 4 a 5 minutos. Si al retirar la torunda de algodón aún sangra el conducto volvemos a lavar y volvemos a colocar la torunda con formocresol. Si volvemos a observar que existe sangrado, lavamos nuevamente y colocamos una torunda con formocresol pero que esté perfectamente bien exprimida y la colocamos en la cavidad, obturamos con óxido de zinc y eugenol y la dejamos durante tres días. Al tercer día se retira la torunda de algodón y si existe aún sangrado debemos hacer la pulpectomía.

Si por el contrario observamos que ya no sangra la cavidad procedemos a obturar primero con una mezcla blanda de óxido de zinc y eugenol hasta adentrarnos a los conductos, después ponemos una mezcla de óxido de zinc y eugenol más dura, inmediatamente después colocamos una mezcla de cemento de oxifosfato, si la cavidad es muy amplia, por último obturamos con una corona de acero cromo.

El hecho de usar el formocresol es para obtener dentro de la cavidad, mejor dicho en los conductos, una zona de necrosis, una zona de irrigación y una zona de granulación.

El hecho de colocar la corona de acero cromo es con el fin de proteger la pieza dental temporal ya que de no hacerlo, dicha

pieza queda desvitalizada y tiende a deshidratarse y por lo --  
tanto, la pieza puede fracturarse.

En un tratamiento endodóntico nunca debemos usar el aire-  
para secar la pieza, siempre debemos usar torundas de algodón-  
estériles ya que podemos necrosar el diente o bien evitar que-  
se lastime el paradonto.

**PULPECTOMIA.**

*La pulpectomía es la eliminación tanto de la pulpa cameral como la pulpa radicular.*

**INDICACIONES.**

*Necrosis pulpar.*

*Dientes próximos a fracturar*

*Patologías*

*Caries extensa*

*Movilidad dental*

*Fracturas a nivel coronario.*

*Cuando fracasa la pulpotomía.*

**CONTRAINDICACIONES.**

*Cuando exista perforación en la bifurcación del diente*

*En caso de fracturas radiculares.*

*En caso de reabsorción de más de dos tercios de la raíz.*

*Cuando el diente esté próximo a exfoliarse.*

*En piezas dentales donde se diferencie la pulpa cameral de la radicular.*

*En caso de que exista absceso no debemos usar el formocresol sino, que debemos usar paramono.*

### TECNICA PARA LA REALIZACION DE LA PULPECTOMIA.

Una vez eliminada la cámara pulpar procedemos a eliminar la pulpa radicular, para lo cual usamos una lima del número 35 en dientes posteriores, en dientes usados una de 45. Las limas que utilizaremos son las del tipo K.

En dientes anteriores se hace el acceso en forma de pirámide por arriba del tercio cervical. En dientes posteriores el acceso lo vamos a poner en la cúspide lingual o palatina y con el conducto dellado contrario hacemos lo mismo.

Es decir si buscamos por ejemplo la rafa mesial del primer molar inferior, dejamos caer la lima del lado distal para que caiga exactamente dentro del conducto mesial, y si queremos localizar el conducto distal hacemos lo contrario.

Siempre debemos llegar con la lima hasta el ápice y el limado se hace como en los dientes permanente. Para lavar usamos una solución de hipoclorito de sodio o bien con agua bidegtilada o suero fisiológico. No debemos usar solución lechada de cal (Hidróxido de calcio con agua bidestilada) ya que podemos ocasionar que los conductos radiculares se obstruyan.

Para realizar la obturación no usamos gutapercha ya que es un material no reabsorbible, debemos usar un material reabsorbible como lo es el óxido de zinc y eugenol. O bien podemos usar una solución llamada VitaPes. La cual ya viene envasada en una jeringa parecida en su terminación a la forma de los --

conductos.

Lo más ideal para la obturación de conductos en una pulpectomía infantil es hacer el uso de los Lentulos (semejantes a una lima). Llenamos el lentulo con el material de obturación y lo vamos girando en sentido de las manecillas del reloj y así vamos depositando el material y obturando el conducto.

Una vez obturados los conductos procedemos a dejar una capa de mezcla de óxido de zinc y eugenol, posteriormente una de cemento de fosfato y luego colocamos una corona de acero cromo.

#### TECNICA DE APICOFORMACION SEGUN FRANK.

En una sesión inicial Frank indica que para poder lograr la formación de un ápice en un diente inmaduro debemos hacer lo siguiente:

- 1.- Aislamiento con grapas y dique de goma.
- 2.- Apertura y acceso pulpar.
- 3.- Conductometría.
- 4.- Preparación biomecánica hasta el ápice roentgenográfico. Limar las paredes con presión lateral, pues dado el lumen del conducto. Esto se hace con hipoclorito de sodio.
- 5.- Secar el conducto con conos de papel, del calibre apropiado.
- 6.- Preparar una pasta espesa de hidróxido cálcico con paraclorofenol alcanforado.

- 7.- Llevar la pasta al conducto, mediante una atacador largo.- Evitando que pase un gran exceso más allá del ápice.
- 8.- Colocar una torunda seca y sellar a doble sello con Cavit o bien eugenato de zinc, y después con fosfato de zinc.

Si existe dolor o algún otro síntoma después de la primera sesión se procederá a quitar la obturación y dejar abierta la cavidad y se realiza o repite la sesión inicial al cabo de una semana.

Posteriormente Frank recomienda que la segunda cita o citas se realizarán después de los cuatro a seis meses después de la primera sesión.

Para la segunda sesión se hace lo siguiente:

- 1.- Tomar un roetgenograma para evaluar la apicoformación.
- 2.- Nueva conductometría para observar la ocasional diferencia de la nueva longitud del diente.
- 3.- Control del paciente con intervalos de cuatro a seis meses hasta encontrar o comprobar la apicoformación. Lo cual se ratificará por medio de la instrumentación.

No es necesario obtener un cierre perfecto en apical para obturar definitivamente el diente, hasta que nos permita el uso de gutapercha para poder obturar definitivamente.

Puede haber varios resultados después de la técnica de apicoformación como son los siguientes:

- a) No hay evidencia roentgenográfica del desarrollo en el periápice o conducto sin embargo, se puede desarrollar un puente delgado calcificado.
- b) Se forma un puente calcificado, exactamente coronando el ápice.
- c) Se desarrolla el ápice obliterado sin cambio alguno en el conducto.
- d) El periápice se encuentra cerrado con un resaca del -- conducto bien definido.

Esta técnica se desarrolla en dientes con pulpa necrótica aunque se puede emplear en dientes con pulpa viva, caso en que lógicamente se anestesiara antes de comenzar y se controlara la hemorragia.

TECNICA DE APICOFORMACION SEGUN MAISTO CAPURRO.

Estos autores nos indican lo siguiente:

1.- Anestesia, aislamiento, apertura y acceso. Aplicación de bixido de sodio y agua oxigenada. Descombro y eliminación de restos pulpares de los dos tercios coronarios del diente, lavado y aspiración con agua oxigenada. Colocación de clorofenol alcanforado, preparado de tercio apical y ratificación de los dos tercios coronarios. Lavado con y aspiración con agua oxigenada y solución de hidróxido de calcio. Secar y colocar clorofenol alcanforado.

2.- Obturación y sobreobturación apical con la siguiente pasta.

Polvo

Hidróxido de calcio purísimo

Yodoformo

Proporciones aproximadamente iguales en volumen.

Líquido:

Solución acuosa de carboximetilcelulosa o agua bidestilada.

Cantidad suficiente para una pasta de la consistencia deseada.

La pasta será preparada en el momento de utilizarla y se introducirá por medio de un lentulo. Se retira el resto de obturación de la cámara pulpar y se colocará un cemento translúcido.

La ventaja de esta es que se logra una apicoformación rápida y al alcance de todo profesional. Y además de que si al cabo de un tiempo no se logra la apicoformación se puede volver a obturar

*con el mismo material.*

*Los juegos de los niños no son  
juegos, debemos considerarlos-  
como sus actos más serios.*

*C A P I T U L O VI*

*TRANSTORNOS CONGENITOS.*

## G E N E T I C A .

El desarrollo de un nuevo ser se inicia en el momento de la unión de los gametos masculino y femenino, portadores de la información genética para llegar a ser un individuo similar a sus progenitores. Esta información, conocida como factores hereditarios, puede tener ciertas diferencias individuales y en ocasiones ser alterada por las condiciones ambientales.

En el núcleo celular se encuentran los elementos transmisores de la información genética: éstos reciben el nombre de cromosomas. En las células humanas son 46 que agrupados en pares, presentan características propias que los diferencian de los demás en tamaño, forma y posición. De estos 46 cromosomas, los 2 últimos pueden ser pares o impares (cromosomas sexuales) cuando son pares determinan el sexo femenino y se les llama cromosoma X. En caso de ser impares corresponden al sexo masculino, uno es menor que el otro, y reciben el nombre de cromosoma XY. Por lo tanto podemos decir, que en el sexo femenino existen 23 pares de cromosomas y en el masculino solo 22 pares más 2 cromosomas impares. Se llama autosomas a los 22 pares comunes a ambos y heterosomas a los cromosomas sexuales.

El punto de unión en que todos los pares de cromosomas se unen por su parte más estrecha, recibe el nombre de centrómero. La información genética propiamente dicha se encuentra en lo que se ha llamado genes. Estos genes están formados por ácidos nucleicos (DNA) (RNA) combinados a una proteína que se en-

cuenta distribuida a lo largo de el cromosoma.

Los ácidos nucleicos DNA (ácido desoxirribonucleico) y el RNA (ácido ribonucleico) estan formados por polímeros formados por la asociación de nucleótidos. El DNA se encuentra en el -- cromosoma y el RNA se encuentra en el citoplasma excepto cuando se encuentra en formación.

Los nucleótidos están compuestos por tres partes funcionales:

- a) Bases nitrogenadas, son cinco y se les puede agrupar en
- Bases púricas (Adenina y Guanina)
  - Bases pirimídicas (Citocina, Timina y Uracilo)

En el DNA las bases más comunes son

Ademina ..... (A)  
 Guanina ..... (G)  
 Citocina ..... (C)  
 Timina ..... (T)

En el RNA las bases más comunes son:

Adenina ..... (A)  
 Guanina ..... (G)  
 Citocina ..... (C)  
 Uracilo ..... (U)

- b) Azúcar componente. La cual puede ser la Ribosa o bien la 2 - Desoxirribosa. Los DNA están formados por la 2-desoxirribosa y el-RNA por la ribosa.

c) *Acido fosfórico.* Los encontramos en azúcares componentes en forma de unión ester.

A la unión de tres nucleótidos se determina un aminoácido y a esta unión se le llama triplete de base o codón.

Existen tres clases de RNA, cada uno para una función específica la cual es la síntesis de proteínas, aunque cada uno actúa en forma determinada.

Estos tres tipos de RNA son, RNA mensajero, su función es dar orden del mensaje elaborado por el DNA de la proteína que se va a sintetizar. El RNA, de transferencia, cuya función es la de acarrear aminoácidos a la síntesis activa de proteínas, dando lugar a la cadena polipeptídica.

El RNA Ribosomal, cuya función es la de construir parte de los organelos citoplásmáticos ribosomales, donde se realiza la síntesis de proteínas.

## M I T O S I S.

Es el proceso por virtud del cual la célula se divide en otras dos células nuevas. Una vez que se han multiplicado y -- cada cromosoma se ha abierto para formar dos nuevos cromosomas cada uno de los cuales recibe el nombre de cromátide. La mitosis se produce automáticamente casi sin excepción en plazo de pocas horas.

El primer acontecimiento de la mitosis tiene lugar en el citoplasma, durante la última fase de la interfase poco antes de la mitosis las cosas cambian, la mitosis empieza cuando los centriolos que son pequeñas estructuras inician la mitosis. -- Los dos pares de centriolos que son pares siguen inactivos empiezan a separarse uno del otro, lo cual depende probablemente de microtúbulos de proteínas que crecen entre los pares respectivas y los separan impulsándolos.

## P R O F A S E.

La primera etapa de la mitosis, mientras se está formando el huso, el material cromatínico del núcleo (DNA) que en la interfase constituye largas tiras entremezcladas al pasar, se -- acorta constituyendo cromosomas bien definidos.

## P O M E T A F A S E.

Durante esta etapa la cubierta nuclear se disuelve y los microtúbulos del aparato mitótico en formación se fijan a los cromosomas esta fijación tiene lugar siempre en el mismo punto

de cada cromosoma en una pequeña porción condensada llamada el centrómero.

#### M E T A F A S E.

Durante esta etapa los pares de centrólos se separan por acción de las fibras hacia el centro de la célula dispuestos - en el plano ecuatorial del huso mitótico.

#### A N A F A S E.

Al ir creciendo el huso cada par de cromosomas se separan en dos un microtúbulo conectado a un par de centrólo tira de un crómátide y otro conectado opuesto. Así los 46 de crómátides forman 46 cromosomas hijos que se separan hacia un huso mitótico. Y otros 46 cromosomas complementarios que son desplazados hacia el huso mitótico.

#### T E L O F A S E.

En el huso mitótico crece y se alarga todavía desplegando las dos series de cromosomas hijos y separándoles por completo. Luego se disuelve y desaparece el huso o aparato mitótico y se desarrolla nueva membrana nuclear la cual está formada por dos proyecciones de retículo endoplásmico que ya existía en el citoplasma. Poco después la célula se estrangula a mitad del cambio entre los dos núcleos por motivos todavía desconocidos.

#### M E I O S I S.

La meiosis es el proceso por virtud del cual se reprodu-

cen los seres vivos por medios sexuales. Aunque en este tipo - de reproducción hay varios complejos, solo diremos que se realiza por medio de gametogénesis la cual ocurre tanto en hombres como en mujeres dando esto como resultado en el hombre gametos masculinos después de la espermatogénesis la cual da como resultado espermatozoides. En la mujer se realiza la ovogénesis la cual nos da óvulos. A la unión de un espermatozoide - con un óvulo nos da como resultado la fecundación la cual nos producirá un nuevo ser vivo.

Dado que tenemos el tipo de cromosomas XX en la mujer, y el tipo XY en el hombre el sexo de los hijos lo determinará el tipo de espermatozoo que llegue primero al óvulo por fecundar.

Durante la fecundación ocurre lo siguiente:

- a) El espermatozoide atraviesa la corona radiante del óvulo
- b) Atraviesa la zona pelúcida del óvulo.
- c) Se unen las membranas plasmáticas de ambas células así como la superficie del coito y la cabeza del espermatozoide.
- d) Aparece la reacción zonal al contacto del coito con el - - espermatozoo.
- e) Se forman el pronúcleo femenino y el pronúcleo masculino.
- f) Ambos pronúcleos se acercan mutuamente maternos y paternos, todo esto en el centro del oocito.

De lo anterior podemos deducir que tanto la madre, como - el padre aportan cada uno cromosomas por lo tanto el nuevo ser tendrá tanto genes de la madre como del padre, cada gen lleva-

información para darnos como resultado el genotipo que será - la información genética que llevamos por dentro, como el fenotipo que sería nuestra configuración externa.

Dentro del fenotipo debemos observar que dependerá de un par de alelos, es decir que pueden ser dominantes o recesivos - ya que será dominante cuando el gene está en una alelo de la misma estructura (Homocigotico), o estando con otro de estructura diferente (Heterocigotico), consecuentemente el gen recesivo será él que cede su función al dominante.

El que los genes no se encuentren dentro de su locus correspondiente, es decir que sufra alguna translocación o mutación nos dará una serie de alteraciones congénitas.

**NOMBRE/**

*Síndrome de Turner o Disgenesia gonadal.*

**DEFINICION.**

*Es una monosomía y ocurre en hombre con infantilismo sexual y estrías gonadales y ocurre por una baja concentración de estrógenos ováricos lo cual origina un aumento de secreción de gonodotropina hipofisiaria.*

**ETIOLOGIA.**

*Está causada por la edad madura de la madre aunque también forman parte de ésta, radiaciones, fármacos.*

**FISIOPATOLOGIA.**

*Generalmente en el Síndrome de Turner el cariotipo clásico es 45 XO o un materno X. Persisten los genitales infantiles en la pubertad.*

**CABEZA.**

*Cuello con membrana, deficiencia mental, cardiopatía congénita estatura breve, pecho en forma de escudo con pezones muy separados coartación de la aorta, facies senil.*

**EXTREMIDADES.**

*Dedos con membrana y también presentan membrana entre las ari las.*

*MANIFESTACIONES ORALES.*

*Paladar con arco hendido, anodoncia parcial, arco alto. -  
lengua fisurada.*

*DIAGNOSTICO.*

*El diagnóstico se da por cariotipo.*

*TRATAMIENTO.*

*Es sintomático.*

*PRONOSTICO.*

*Desfavorable.*

**NOMBRE.**

*Trisomía 18 E, Síndrome de Edwards.*

**DEFINICION.**

*Es una malformación congénita, que pertenece al grupo E- en el cromosoma 18, además de ser un trastorno cromosómico - que se origina en la gametogénesis.*

**ETIOLOGIA.**

*Está casada por la edad materna avanzada.*

**FISIOPATOLOGIA.**

*En este caso solo el 13% los lactantes que la presentan viven más de un año, el promedio de vida es apenas mayor de las 10 semanas. La frecuencia de estos casos es de 1 por cada 50.000 infantes, con proporción de varones 3 y hembras 1, presentando deficiencia mental y defectos cardíacos.*

**CABEZA.**

*Los pacientes con esta enfermedad presentan micrognatia, anomalías macroscópicas del cerebelo, orejas deformadas y de localización baja.*

**TRONCO.**

*Malformaciones renales, pelvis pequeña anomalías en cadenas hipertónica muscular generalizada.*

**EXTREMIDADES.**

*Superposición de dedos índice con el tercero además de presentar anomalías en los pies.*

*DIAGNOSTICO.**Se hace por cariotipo.**TRATAMIENTO.**Es sintomático.**PRONOSTICO.**Desfavorable.*

## NOMBRE.

*Trisomía 13 D Síndrome de Patau.*

## DEFINICION.

*Es una trisomía que pertenece al grupo D.*

## ETIOLOGIA.

*Está causada por la edad avanzada de la madre, además de ser consecuencia de la ingestión de algunos fármacos durante el embarazo, puede también ser causada por el efecto de las radiaciones o debido a factores ambientales.*

## FISIOPATOLOGIA.

*Es una anomalía que se caracteriza por presentar deficiencia mental. Y estos pacientes generalmente presentan un cromosoma más en el grupo D, en el número 13.*

## CUADRO CRINICO.. CABEZA.

*Estos pacientes presentan arrinencefalia, es decir, (ausencia congénita de las regiones del cerebro, anteriores derivadas del sistema olfatorio), además presentan defectos del cuero cabelludo, coloboma del iris, microftalmia, hemangiomas de la cabeza, deficiencia mental muy marcada.*

## TRONCO.

*Hemangiomas del cuello y parte baja del dorso.*

## EXTREMIDADES.

*Presentan polidactilia en manos y pies.*

## MANIFESTACIONES ORALES.

*Paladar hendido, anodoncia parcial, labio fisurado, y lengua también fisurada.*

**DIAGNOSTICO.**

*Se da por cariotipo, es definitivo y característico de esta enfermedad.*

**TRATAMIENTO.**

*Sintomático.*

**PRONOSTICO.**

*Desfavorable, ya que los pacientes que sufren esta enfermedad apenas llegan al primer año de vida.*

**NOMBRE.**

*Trisomía 21 Síndrome de Daun.*

**DEFINICION**

*Es un trastorno del desarrollo a nivel cromosómico y recibe el nombre también de mongolismo o Idiosia Mongólica.*

**ETIOLOGIA.**

*Puede ser causada por la edad avanzada de la madre, por ingestión de fármacos o debido a radiaciones.*

**FISIOPATOLOGIA.**

*Se caracteriza por presentar deficiencia mental muy marcada, los padres de éstos niños tienen cariotipos normales, -- pero en la edad adulta algunas mujeres con Síndrome de Daun -- han tenido algunos hijos con Síndrome y otros normales.*

*Presentan además una frecuencia de 1 en cada 6000 niños -- pero algunos de éstos pueden tener cara de Daun y su inteligencia normal o bien pueden tener sus cromosomas translocados.*

**CUADRO CLINICO. CABEZA.**

*La cabeza presenta perfil facial plano, fisuras palpebrales, occipucio plano y deficiencia mental.*

**TRONCO.** *Son de estatura breve es decir, son mal conformados.*

**EXTREMIDADES.**

*Manos anchas y cortas, con un solo surco geniano, en la de la mano, quinto dedo corto, además de hiperflexibilidad de articulaciones.*

### MANIFESTACIONES ORALES.

Lengua fisurada, anodoncia parcial, glositis, paladar - -  
hendido, mal posición dentaria, saliva con pH alcalino, por lo  
que su índice de caries es bajo, Generalmente el diente faltante  
suele ser el lateral superior.

En cuanto al DIAGNOSTICO podemos decir que se da por ob--  
servación ya que los síntomas son muy notorios. Por lo que respecta  
al tratamiento debemos tener cuidado en sobre llevar sutimidez  
y antes que nada evitar el estres emocional. El pronóstico  
es desfavorable.

**NOMBRE.**

*Síndrome de CRI DU CHAT, o Maullido de gato.*

**DEFINICION.**

*También llamada maullido de gato o síndrome de grito de gato. Es una anomalía cromosómica que recibe su nombre porque los lactantes que lo presentan tienen el grito característico de un grito de gato.*

**ETIOLOGIA.**

*Está basicamente causada por la edad materna avanzada además de la ausencia de material genético de brazo corto de un cromosoma del grupo B, además está causada por virus, radiciones y algunos fármacos.*

**FISIOPATOLOGIA.**

*Estos presentan deficiencia mental, las mujeres son más afectadas que los hombres. algunos niños pueden sobrevivir a la edad adulta y a medida que el niño crece mejora el habla.*

**CUADRO CLINICO. CABEZA/**

*Microcefalia, cara redonda, ojos ampliamente separados, orejas de implantación baja.*

**TRONCO.**

*Anomalías cardíacas congénitas, pecho sobresaltado.*

**EXTREMIDADES.**

*Manos desgadas y dedos planos.*

**MANIFESTACIONES ORALES.**

*Lengua fisurada, microdoncia, hipoglosia. paladar recto.*

DIAGNOSTICO.

Se da por cariotipo.

TRATAMIENTO.

Sintomático.

PRONOSTICO.

Desfavorable.

## DEFECTOS DE HEMOSTASIA.

## HEMOFILIA.

Es la deficiencia en la coagulación de la sangre como -- consecuencia de la ausencia de un factor que participa en dicha coagulación.

Factores que intervienen en la coagulación.

Factor I Fibrinógeno

Factor II Protombina

Factor III Tromboplastina

Factor IV Calcio

Factor V Proacelerina (acelerador globulínico o factor lábil)

Factor VI Factor lábil activado (a veces omitido)

Factor VII Factor estable o proconvertina

Factor VIII Factor antihemofílico-globulina anti-hemofilia (A) (GAH)

Factor IX Componente de tromboplastina plasmática o factor

Factor X

CHRISTMAS

Factor X Factor Stuar-Prower

Factor XI Antecedente de tromboplastina plasmática

Factor XII Factor Hageman.

Las hemofilias generalmente tiene un tipo de coagulación prolongado y muestran tendencia anormal a la salida de sangre continuada con las heridas, en los tejidos, típicamente en -- las articulaciones.

Es una enfermedad heredada que puede ser por deficiencia de factor antihemofílico (FAH), globulina antihemofílica (GAB) o factor VIII.

La hemofilia es más frecuente en hombres que en mujeres, ya que las mujeres son portadoras y los hombres son los que la padecen.

El defecto es llevado en el cromosoma X.

**EJEMPLO:**

A.- Familia de un padre afectado y una madre normal.

PADRE	MADRE
Hemofílico	Normal
X Y	X X
X X	X Y
TODAS LAS HIJAS	TODOS LOS HIJOS
PORTADORAS.	NORMALES.

B.- Familia de un padre normal y una madre portadora.

PADRE	MADRE
NORMAL	PORTADORA
X Y	X X
X X    X X    X Y    X Y	
HIJA    HIJA    HIJO    HIJO	
PORTADORA NORMAL	HEMOFÍLICO, NORMAL

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Se necesita saber el grado de gravedad del defecto sanguíneo ya que esto nos indicará el tratamiento a seguir.

Esto debe hacerse bajo la ayuda de un hematólogo y si es posible internar al paciente para realizar una extracción.

También podemos hacer que el paciente nos ayude haciendo-se unos análisis clínicos para saber que grado de hemofilia -- padece y lo que podemos hacer es mandarlo al hematólogo, una vez hecho esto y sabiendo ya cual es el grado, le aplicamos un concentrado plaquetario 24 horas antes de la extracción ya que dicho concentrado tiene una duración de 72 horas.

## LEUCEMIA.

La leucemia es una enfermedad fatal en la que la producción de globulos blancos está fuera de control y aparecen en la sangre muchos tipos inmaduros y anormales. Las células blancas más comunmente afectadas son los linfocitos, mielocitos o monocitos, pero las células inmaduras resultantes pueden ser difíciles de identificar.

Entre la clasificación más común de las leucemias, tenemos que hay leucemia crónica y leucemia aguda, las cuales a continuación mencionare. Existe una incidencia particularmente alta de esta enfermedad entre los niños con mongolismo.

### LEUCEMIA AGUDA.

Este tipo de leucemia se manifiesta casi siempre en la edad preescolar y el primer signo puede ser una infección respiratoria superior o una ulceración bucal. Los síntomas son fiebre, debilidad, e indiferencia hay tendencia a la hemorragia debida a la caída en el nivel de plaquetas además de presentar palidez.

El tejido leucémico invade y afecta también un agrandamiento de los nódulos linfáticos, bazo, hígado, riñon y otros órganos por invasión y reemplazo del tejido normal. Puede ocurrir muerte a causa de hemorragia intracraneal.

### LEUCEMIA CRONICA.

El comienzo de este tipo de leucemia es más insidioso que

en la variedad aguda y se da en niños bastante más grandes. En la mayoría de los pacientes leucémicos se producen lesiones -- óseas que pueden aparecer como zonas osteolíticas y osteoescleróticas y como hueso nuevo debajo del periostio. Con tratamiento antileucémico pueden desaparecer.

La irradiación puede ser valiosa en los casos crónicos -- cuando todo el cuerpo o el bazo son expuestos, o en el alivio del dolor o sea que es un rasgo de esta enfermedad. El niño si sus padres tienen una educación adecuada puede ser un paciente de hogar, sino debe ser internado.

### ESTADO BUCAL.

No hay rasgos típicos en la cavidad oral de los pacientes infantiles leucémicos, por lo que no podemos diferenciarla de manera inmediata.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Es necesario tener una sepsis adecuada ya que el descenso fatal de un paciente leucémico se debe al descuido de los dientes. También es indispensable tener la boca en muy buen estado ya que la filtración de microorganismos por la caries es determinante.

En caso de extracciones o cualquier procedimiento quirúrgico lo debemos realizar en hospitales bajo la vigilancia de un médico general ya que es sumamente arriesgado realizarlo en el consultorio particular.

También podemos auxiliarnos del cuidado de un hematólogo - el uso del anestésico debe ser el más adecuado después de haber considerado todos los aspectos del caso. Las inyecciones profundas, como una regional del dentario inferior, nunca debe hacerse por los peligros de una hemorragia profunda, solo es permisible una inyección superficial.

La conservación no llevará demasiado trabajo lo único que se tiene que hacer, es mantener los dientes libres de caries y en un buen estado parodontal.

Debemos tomar muy en cuenta que el tratamiento odontológico

co debe ser tan corto como resulte razonable, y tan placentero como sea posible debido a la susceptibilidad de estos pacientes.

## DIABETES MELLITUS.

La diabetes mellitus es un desarreglo del metabolismo de los hidratos de carbono en el que hay hiperglucemia y glucosuria de variada gravedad. El comienzo de la enfermedad clínica puede ser a cualquier edad, y ser precipitado por uno de varios factores como puede ser: Una infección aguda, stress emocional, obesidad o pubertad, cualquiera de las cuales puede producir una tolerancia disminuida a los carbohidratos.

Generalmente se definen dos tipos de diabetes, el estado crónico o adulto, y el estado juvenil. Básicamente la diabetes es por la deficiencia de insulina, lo cual puede deberse a un daño real causado en las células B de los islotes de Langerhans en el Páncreas que producen y almacenan la enzima.

La diabetes mellitus en niños constituye aproximadamente el 5% de los casos conocidos y suelen ser del tipo agudo, con un comienzo que tiende a ser más rápido que el adulto.

Los síntomas más que se presentan más comúnmente son somnolencia, sed y apetito, poliuria aumentados. En el niño diabético el objetivo del tratamiento es lograr mantener la salud normal controlando el nivel del azúcar por medio de la dieta y la insulina.

Para el tratamiento de la diabetes se requiere del uso de la insulina en una dosis de 10 y 1000 unidades por inyección subcutánea. El horario de comidas en relación con la inyección de insulina debe ser en realidad muy importante, y la mayoría-

de los casos de colapso hipoglucémico o de shock insulínico se deben a errores en esto.

También cabe mencionar que el paciente hipoglucémico tiene como síntomas palpitaciones, cefalea, náuseas, vómito, algún trastorno visual y hambre.

## ESTADO BUCAL.

Generalmente estos pacientes presentan interdigitaciones - en los bordes de la lengua, es decir, se marcan las caras bucales de dientes y molares en la lengua.

En cuanto a caries dental hay una gran incidencia de la -- caries en cervical sobre todo. Esto es a pesar de la dieta que existe en dichos pacientes algunos autores piensan que es debido al alto contenido de azúcar en la saliva.

En cuanto a las encías, estas presentan un color violáceo, la profundidad de la hendidura gingival está aumentada y hay algún engrosamiento de las encías. Hay una mayor tendencia al depósito de cálculos, y las radiografías pueden mostrar algún grado de atrofia ósea. Pueden ocurrir abscesos parodontales además de irritación local.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Los mayores objetivos y los primordiales en el tratamiento del niño diabético son, primero eliminar y prevenir cualquier - infección bucal que tienda a perturbar la estabilidad del balance de azúcar, y segundo, tratar de mantener los tejidos periodontales saludables.

Se debe recomendar la visita frecuente al dentista, las -- extracciones bajo anestesia local no suelen crear problemas en los niños diabéticos bajo buen control insulínico, quizá la cicatrización sea lenta pero satisfactoria. Nunca debe usarse - anestesia general en un paciente infantil diabético, como paciente ambulatorio en un consultorio dental. Esto requiere un -

ayuno de por lo menos tres horas antes de la operación, lo cual precipitaría un shock insulínico.

Cualquier extracción que vaya acompañada por algún grado de infección debería ser apoyada por algún antibiótico, como ayuda para poder combatirla.

ENFERMEDADES CARDIACAS. ENFERMEDAD CARDIACA CONGENITA.

La etiología de los defectos del desarrollo del corazón es desconocida, pero se ha asociado con rubeola materna durante las primeras 12 del embarazo y otros factores como infecciones virales, tales como el sarampión y las paperas. Estas enfermedades cardíacas suelen ocurrir en el tercio de los pacientes mongólicos.

Entre los grados de enfermedad cardíaca tenemos que: hay niños afectados en los cuales puede pasar desapercibida su enfermedad, es decir, solo se perciben bajo un diagnóstico médico. Los hay también los que pierden el aliento durante el ejercicio, éstos, suelen tener frecuentemente ataques recurrentes de infección respiratoria.

Un niño con defecto cardíaco congénito habitualmente tiene poca o ninguna restricción en sus actividades ya que ha crecido con ella y sabe cual es su capacidad para el esfuerzo. Solo en caso de que el niño padezca agrandamiento cardíaco o bien estenosis aórtica es como se le prohibirá un poco de esfuerzo.

Hay que tratar prontamente cualquier enfermedad congénita cardíaca, se acostumbra generalmente hacerse el tratamiento a base de digoxina. Esto se forma por vía oral habitualmente dos veces al día, y, tiene el efecto de reforzar las contracciones del músculo cardíaco y aumentar su impulso reduciendo así la congestión del lado venoso.

Hay muchas variedades entre las cuales existen sinciano--  
sis y concianosis, El patrón general es que donde ocurre una -  
abertura anómala la sangre fluirá en el lado de mayor presión-  
al de menor presión.

Por lo tanto debemos especificar que tipo de enfermedad -  
cardíaca congénita se trata ya que el tratamiento debe ser ade-  
cuado, conciso, preciso, y sobre todo sintomático, ya que cada  
una tiene sus síntomas y características propias.

## TIPOS DE DEFECTOS

## CONDICIONES SIN CIANOSIS

## DEFECTO SEPTAL AURICULAR.

Se trata de un defecto simple con algun agrandamiento del lado derecho del corazón, debido al trabajo aumentado necesario para bombear la sangre extra por la circulación pulmonar. Si la presión en el lado derecho aumentada pasando al lado izquierdo, hay reversión del flujo y esto puede ser cuando hay una falla cardíaca congestiva, hipertensión pulmonar, estenosis pulmonar asociada. Es probable que el paciente se ponga -- cianótico.

Estos pacientes tienden a padecer infecciones respiratorias recurrentes pero raramente son víctimas de endocarditis bacteriana. El tratamiento está dirigido al control de la infección pulmonar se hace por medio de cirugía y el defecto puede ser cerrado por completo.

## DEFECTO SEPTAL VENTRICULAR.

Este es uno de los defectos de desarrollo del corazón más comunes. Puede ocurrir sólo o en combinación con otros. Su tamaño es variable y puede ser muy pequeño o tan grande que pueda afectar todo el septum.

Los síntomas son de acuerdo a la gravedad del caso ya que en niños que la padecen puede sólo descubrirla mediante un -- diagnóstico médico de rutina. En otros casos más graves puede haber infección torácica recurrente, fatiga y disnea durante-

el ejercicio.

El tratamiento de un defecto septal ventricular está dirigido a la prevención de la endocarditis bacteriana, y de la falla cardíaca en los casos serios. En un número considerable de los casos más leves hay un cierre espontáneo, y en otros se desarrollan algún grado de estenosis pulmonar que tiene los defectos de reducir el flujo de sangre a los pulmones y así protege contra la hipertensión.

El tratamiento puede ser quirúrgico usando un injerto sintético.

## COARTACION DE LA AORTA.

Esto es un angostamiento de la aorta y ocurre muy comunmente justo por debajo del origen de la arteria subclavia izquierda. Se produce un aumento de presión en la coarta por arriba de la constricción y en los vasos que derivan de ella, una presión reducida por debajo de la constricción y sus vasos derivados.

Esta variación en las presiones sanguíneas que puede ser demostrada en el brazo y en la pierna, es un signo clásico de defecto. El paciente puede quejarse de dolor de cabeza, mareos epistaxis y otros síntomas de presión elevada en la parte superior del cuerpo, y de pies fríos, claudicación intermitente, y otros síntomas de pobre circulación en las piernas.

El pronóstico en pacientes con coartación de la aorta no es bueno y la mayoría no sobrevive más allá de la vida media, habitualmente por complicaciones de la presión sanguínea elevada en la parte superior del cuerpo. Hay endocarditis bacteriana y suele afectar las válvulas aórticas.

El tratamiento quirúrgico es ahora una posibilidad y se hace mejor durante la segunda década. Consiste en la extirpación de la parte defectuosa de la aorta y la anastomosis o injerto para reparar la pérdida. Esto remedia la situación un poco aunque hay que evitar de cualquier modo la endocarditis bacteriana.

### ESTENOSIS AORTICA.

Suele afectar las válvulas aórticas y obstruye el pasaje desde el ventrículo izquierdo a la circulación sistémica, -- aumentando el trabajo del mismo. En los casos leves no suele haber síntomas, pero en otros casos hay disnea y fatiga. Ocasionalmente puede ocurrir muerte súbita por ejercicio físico extremo, y con evidencia de hipertrofia ventricular izquierda. La endocarditis bacteriana puede ser una complicación.

La cirugía está indicada en aquellos pacientes quienes -- presentan algún grado de impedimento y se resecan las válvulas estenosadas.

### ESTENOSIS PULMONAR.

Este defecto puede presentarse solo o con otros, como por ejemplo: un defecto septal. El resultado directo es la obstrucción al flujo de sangre en la arteria pulmonar desde el ventrículo derecho, aumentando la presión allí y produciéndose un -- agrandamiento. Los casos son similares a los de la estenosis aórtica. Aunque en los casos graves, aún, un poco de ejercicio puede causar una incomodidad pues el flujo sanguíneo a los pulmones no puede ser aumentado como ocurre normalmente en un caso así.

El tratamiento en los casos más graves es quirúrgico y las válvulas defectuosas son resecaadas para reducir la obstrucción con buenos resultados. Otros pacientes son tratados en forma --

conservadora con controles regulares.

#### CONDICIONES ASOCIADAS CON CIANOSIS.

##### TETRALOGIA DE FALLOT.

Es un tipo más común de enfermedad cardíaca congénita de tipo cianótico. Los cuatro defectos de Fallot son:

- 1.- Estenosis pulmonar que obstruye el flujo sanguíneo desde el ventrículo derecho a la arteria pulmonar produciendo un aumento de presión en el primero.
- 2.- Defecto septal ventricular a través del cual la sangre pasa de la derecha a la izquierda, pues la presión en el lado derecho es ahora más elevada que en el izquierdo.
- 3.- Dextroposición de la aorta que puede sobrecabalgarse el septum en una posición tal que recibe directamente una gran parte de la sangre que entra desde el ventrículo derecho por el defecto septal.
- 4.- Hipertrofia ventricular derecha que resulta de la elevación en la presión de ese lado.

Los defectos básicos que producen el estado son, por lo tanto la estenosis pulmonar y el defecto septal ventricular - como los pulmones son desviados por un volumen considerable de sangre circulante, hay una cianosis generalizada y los dedos de las manos y los pies presentan forma de palillos de tambor.

La diarrea es un rasgo y los niños pequeños desarrollan - el hábito de agacharse cuando se presenta esta dificultad, y muy pronto aprenden a descansar por breves períodos según lo necesiten.

El paciente tiende a ser bastante demorado en su crecimiento debido a su estado cianótico. Existe también una policitemia, y en consecuencia, una predisposición a la trombosis que puede afectar los vasos cerebrales y producir hemiplegia.

El tratamiento se dirige, al principio a mantener el paciente y prevenir complicaciones como la trombosis, endocarditis bacteriana e infecciones intercurrentes.

La cirugía está indicada en muchos casos para aliviar -- los síntomas y en pacientes mayores posible reparar la estenosis pulmonar y el defecto septal, en algunos casos por medio de cirugía abierta.

Otros estados que producen cianosis son la atresia pulmonar con defecto septal ventriculoar, la atresia tricúspide, el tronco arterioso persistente, la trasposición de los grandes vasos y el síndrome de Eisenmenger, pero todos esos son raros.

## ENFERMEDAD CARDIACA ADQUIRIDA.

### *Fiebre reumática (Enfermedad cardíaca reumática).*

Esta patología se caracteriza por sus síntomas los cuales son muy notorios, encontramos son fiebre, poliartritis, enfermedad cardíaca y corea. Ocurre con mayor incidencia en niños - alrededor de 8 años, y rara vez, en niños por debajo de los 3-años. Puede afectar a más de un miembro de la misma familia pero es difícil determinar hasta dónde se debe a un medio ambiente común o a una susceptibilidad hereditaria.

Se ha establecido una asociación con el estreptococo hemolítico grupo A Lancel field por medios bastante indirectos: Cuando se produce la fiebre reumática casi siempre se puede demostrar que sigue una infección estreptocócica como una tonsilitis o escarlatina, es probable que si la enfermedad no es debida directamente a causa del estreptococo si puede ser causada debido a una hipersensibilidad al microorganismo o sus toxinas aunque también algunos autores creen que se debe a algún tipo de reacción autoinmune.

El comienzo de esta enfermedad puede ser agudo o tan insidioso que no se le reconoce como tal, la artritis ocurre en -- casi la mitad de todos los casos, las articulaciones afectadas se ponen rojas, se hinchan y se hacen sensibles, pero suelen -- mejorar en unos días.

La corea (Baile de san Vito) es una manifestación neurológica en la que hay movimientos anormales y sin propósito de --

los músculos voluntarios, farfalleos al hablar. En cuanto a los tejidos del corazón todos se encuentran alterados con un poco de inflamación.

Al hacer el diagnóstico de la fiebre reumática podemos -- empezar de inmediato a combatirla con dosis de penicilina además de recetas antiinflamatorias las cuales pueden ser salicilatos o bien cortocosteroides. Debe guardar el paciente un -- reposo absoluto.

### ENDOCARDITIS BACTERIANA.

Es una afección seria que puede afectar a cualquier paciente con defecto cardíaco congénito o adquirido. En un 80% el agente causal es el estreptococo Viridians. Los síntomas son aumento de temperatura pérdida de apetito, palidez e indiferencia, además de un desarrollo lento de anemia, y pérdida de peso.

El daño al corazón es temprano y se desarrollan vegetaciones en el sitio de la infección, que puede ser una válvula cardíaca, un defecto congénito o la zona inmediatamente opuesta a este último.

Hay ulceración y destrucción de la cubierta endocárdica y posible invasión en los tejidos más profundos. Las vegetaciones están formadas por plaquetas, fibrina, y racimos de 1 microorganismo infectante y pueden desprenderse trozos que forman émbolos. Estos causan lesiones secundarias en órganos distantes como el riñon, bazo, cerebro y ojo. Aparecen petequias muy escasas y profusas y pueden encontrarse por debajo de las unas en forma de "hemorragia astillada" y en la mucosa bucal.

El tratamiento debe ser precoz para minimizar el daño al corazón y otros lugares y consiste en descanso y terapia antibiótica enérgica. La prevención es muy importante y por esta razón todo procedimiento operatorio que permite la entrada de microorganismos en el cuerpo, sobre todo en la boca y zonas de

*garganta en pacientes con enfermedad cardíaca debe ser cubierto con antibióticos profilácticos.*

#### *ESTADO BUCAL.*

*No hay rasgos dentarios especiales en pacientes esta enfermedad excepto en el caso de niños con cianosis solo en el caso de la encía cuya coloración se debe al exceso o inhibición de sangre y al grado de cianosis que presente el paciente. Puede haber una mayor incidencia de placas blancas o claras en el esmalte de esos pacientes que en los casos no cianóticos.*

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Debemos procurar tener un mantenimiento de una boca libre de sepsis en todo momento. Y la preparación de la bacteremia - que resulta de ciertas formas de tratamiento.

En el caso de extracciones debemos estar preparados y utilizar primero antibióticos. Donde es necesario extraer varios - dientes es sensato reducir el trauma, haciéndolas más de una - visita. Puede hacerse con anestesia local en estos pacientes, - y no hay necesidad de excluir la adrenalina, salvo, que tenga - una concentración mayor a los 1.80.000.

Algunos de los pacientes quienes han tenido fiebre reumática aguda y grave, habrán estado con terapia corticoesteroides durante dos o más semanas. Antes de realizar cualquier forma de cirugía debe consultarse al médico.

En cuanto a los pacientes cianóticos hay peligro de complicaciones traumáticas y el médico puede prescribir drogas anticoagulantes, antes de efectuar cualquier tipo de cirugía, -- hay que controlar este aspecto.

## PARALISIS CEREBRAL.

### DESCRIPCION GENERAL.

Pertenece a un grupo de trastornos relacionados con la superposición etiológica y clínica y se ubican bajo en encabezamiento de Síndrome de Disfunción cerebral y que también incluye tipos de deficiencia mental y epiléptica.

En la parálisis cerebral el defecto es el neuromotor, aunque no puede ser el único factor. La causa de la parálisis cerebral puede ser aparente en algunos casos y haber ocurrido antes o después del nacimiento. Entre las causas más comunes están la hemorragia y posiblemente las infecciones virales durante el embarazo, anoxia fetal, prematuridad, trauma en el nacimiento, kernicterus, y meningitis tuberculosa.

El grado de complicación del sistema neuromuscular varía muchísimo, desde los que están afectados ligeramente que pueden llevar vidas normales, hasta los afectados tan severamente que deben ser internados en instituciones especiales.

El término "parálisis cerebral" cubre una variedad de trastornos que se clasifican de acuerdo al tipo de trastorno motor, de la siguiente manera.

#### Espasticidad.

Este tipo ocurre en más de la mitad de todos los pacientes parálisis cerebrales y se debe al daño que afecta los --

tractos piramidales, resultante en un impedimento de la capacidad para controlar los movimientos voluntarios. También observamos un reflejo de estiramiento exagerado y contracciones tendinosas aumentadas.

El niño puede describirse como parapléjico, con ambos miembros inferiores afectados, cuadriplégico o tetrapléjico con los cuatro miembros afectados.

El término "hemiplegia doble" ingiere que los cuatro miembros están afectados, pero los brazos mucho más que las piernas.

*Atetosis.*

Es el segundo tipo más común de parálisis cerebral tiene una incidencia de un 6% de los casos y el Kernicterus juega un gran papel en su causa. Se caracteriza por movimientos musculares involuntarios frecuentes y a menudo incoordinados que pueden dar lugar a la aparición de contorsiones. Fácilmente esto puede resultar en muecas, babeo, defectos de dicción y otros problemas.

*Rigidez.*

Es un tipo no frecuente en el que hay resistencia al movimiento pasivo, aunque este puede ser a veces superado por la acción rápida. La mayoría de estos niños padecen deficiencia mental.

*Ataxia.*

Es también menos común. Hay un trastorno en el equilibrio y dificultad por asir objetos, sentarse erectos puede resultarle también difícil.

*Tremor.*

Es también infrecuente este tipo de parálisis cerebral, -- afecta todo el cuerpo con movimientos rítmicos constantes.

*Mixtos.*

Estos son casos en los cuales es aparente más de un efecto y hay dificultad en hacer un diagnóstico más claramente definido.

Este grupo de niños presentan un problema social y económico y médico muy importante y su número es suficiente para justificar medidas locales y específicas en cualquier área grande -- de población.

Podemos clasificar a estos niños en cuatro grupos, unos -- son:

- a) Los que son mentalmente competentes y pueden concurrir a la escuela normal ya que su impedimento físico tiende a ser -- leve.
- b) Quiénes tienen un impedimento significativo deben concurrir a una escuela especial o centros de rehabilitación donde se disponga de todos los medios para su curación.

c) Quienes están gravemente impedidos tanto física como mentalmente y suelen estar por supuesto en instituciones especiales.

d) El niño ineducable debe, si es posible asistir a un centro "ocupacional" donde se le puede dar un tratamiento sencillo tanto en su propio ambiente para su beneficio como para el de sus familiares.

#### ESTADO BUCAL.

##### Caries Dental.

En realidad no es alarmante el grado de caries en niños paráliticos cerebrales, ya que hay una incidencia elevada poco más que en niños normales.

##### Hipoplasia del esmalte.

Hay una incidencia elevada de hipoplasia de esmalte en la dentición primaria, sobre todo en aquellos pacientes con una historia de prematura, o kernicterus, como era de esperar.

##### Enfermedad Periodontal.

Más de las 3/4 de los pacientes paráliticos cerebrales -- presentan un grado de gingivitis. Siendo las incidencias más elevadas en niños mayores que los pequeños. Se presenta más en los niños del grupo espástico y menos en los atetoides.

La enfermedad periodontal severa con bolsas periodontales ocurren en el 10% de los casos.

En los pacientes que presentan cuadro convulsivo pueden estar tomando una de las drogas del grupo dilantina resultado, se producen casos de gingivitis hipertrófica y una cantidad de afecciones periodontales severas.

Existe en estos pacientes una gran deficiencia de higiene bucal ya que el mantener una buena higiene en unos niños es un problema muy grande.

El despeje bucal con labios, carrillos, lengua suele ser anormal, la deglución puede ser difícil y puede ocurrir babeo, la mecánica del cepillado puede ser tan difícil como para desanimar al paciente o al padre en su perseverancia.

La dieta constituye también un problema ya que la nutrición y la deglución afectan a estos músculos y por lo tanto -- tienden a consumir alimentos blandos que se tragan con facilidad pero muy ricos en hidratos de carbono además de la deficiencia vitamínica.

#### **Maloclusión.**

Los pacientes paráliticos cerebrales tienen más frecuencia a presentar una maloclusión debido a la actividad muscular anormal. Todo esto relacionado con el grado de tonicidad de los músculos faciales masticatorios o de la deglución, y -- con función anormal o movimientos involuntarios de estructuras que influyen los arcos dentarios.

Así pues encontramos que el paciente tipo espástico, con-

hipertonicidad del labio y de la musculatura facial, tiene preponderancia de mal oclusión de clase dos de Angle división 2 - con apiñonamiento y a veces una mordida cruzada unilateral.

El atetoide tiende a presentar una mal oclusión de clase-11 división 1 con un paladar angosto y alto y empuje lingual, - produciendo una mordida abierta anterior, Además cada caso puede complicarse por la pérdida temprana de dientes primarios y permanentes.

#### Trauma.

Es muy frecuente que estos niños, con controles musculares incompletos sufren caídas y por lo tanto se producen traumatismos en los dientes incisivos.

#### Bruxismo.

Puede ser severo en algunos pacientes, muy comunmente en el atetoide.

#### Tratamiento Odontológico.

Es de vital importancia el mantener en buen estado la cavidad oral en estos pacientes debido a las siguientes circunstancias:

- 1.- Estos pacientes presentan dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de los dientes. Esto por lo tanto contribuye más a la deficiencia nutricional.

- 2.- Muchos de estos pacientes nunca podrán usar algún tipo de dentadura debido a su incapacidad muscular.
- 3.- Los problemas fonéticos aumentarán por la pérdida de dientes.
- 4.- Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto ya que estará más frustrado que aquel cuya estética esté muy bien cuidada.

#### *Problemas Odontológicos.*

A un niño afectado tan ligeramente que pueda llevar una vida casi normal es posible tratarlo como tal en el consultorio, pero en aquellos pacientes que están tan severamente impedidos física y mentalmente, entonces podemos llevarlo solamente a una institución especial.

El niño con algún grado de complicación en cabeza, cuello presenta problemas para su atención odontológica y quizá las dificultades sean de orden mental, física y dental.

## DIFICULTADES MENTALES.

1.- *Aprensión.*- Puede ser problema al principio, hasta que el niño se familiarice con el odontólogo y con el tipo de tratamiento.

Esto se refiere a un niño que no este acostumbrado a ver más que a sus familiares, ya que un niño que asiste a centros especiales es más accesible, el paciente espástico es esencialmente propenso a apreñsion.

2.- *Diffcultad de comunicaci3n.*- Pueden existir defectos auditivos o visuales que dificulten la comunicaci3n y explicaciones junto al sill3n, o al niño puede tener problemas de direcci3n lo que hace sus respuestas incomprensibles. Por lo que el dentista debe tener una actitud comedida y más que nada tranquilizadora.

3.- *Baja inteligencia.*- En pacientes con una inteligencia por debajo de lo normal, la comunicaci3n y el entendimiento pueden ser difíciles de alcanzar cuando se intenta pedir cooperaci3n, por lo general no se obtiene.

4.- *Distracci3n.*- En algunos pacientes con disfunci3n cerebral hay inquietud y una deficiente capacidad para concentrarse, cualquier cosa puede distraerlos por lo que hay que acaparar su atenci3n en su totalidad.

5.- *Convulsiones.*- Una cantidad de niños paralíticos cerebrales sufren algún grado de convulsiones. Aunque la ansiedad

puede precipitar un ataque, es casi seguro que el paciente este recibiendo drogas que controlan su estado, por lo que es raro que en el sillón dental ocurra un caso así.

## FISURAS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO.

### *Descripción General.*

Estas son las más graves de las anomalías congénitas que afectan la boca y estructuras relacionadas. Constituyen uno de los defectos congénitos más comunes y ocurren aproximadamente una vez en 1000 nacimientos. Las hendiduras del paladar solas son más comunes en las niñas, mientras que las hendiduras de labio con o sin complicaciones palatinas son más comunes en varones. Es interesante notar que el lado izquierdo suele estar más afectado que el derecho.

Debemos hacer notar que siempre hay referencias familiares pero en caso de no haberlos, puede tratarse de algún caso de mutación o algo casual durante el embarazo.

Los labios y el paladar se desarrollan durante la quinta a octava semanas de vida intrauterina y cualquier factor que perturbe su forma puede ejercer influencia durante este período relativamente corto.

Se acepta que la rubéola y el examen radiográfico durante los primeros meses del mismo pueden producir anomalías congénitas y deben evitarse. La acción teratogénica de ciertas drogas principalmente la Talidomina es bien conocida, de hecho, toda mujer sabe que debe evitar toda droga innecesaria durante el embarazo.

Existe una clasificación de las hendiduras según Kernahan

y Stark basada en una consideración embriológica de los tejidos afectados y son tres grupos esencialmente.

Grupo I.- Comprende las que afectan el labio, alveolo, y parte anterior del paladar hasta el agujero palatino, son hendiduras de paladar primario.

Grupo II.- Representa las hendiduras del paladar blando que pueden extenderse hacia adelante para afectar el paladar duro, hasta el agujero palatino, son las hendiduras del paladar secundario.

Grupo III.- Comprende hendiduras de los paladares primarios y secundarios y pueden ser unilaterales o bilaterales.

Las hendiduras de labio y paladar hendido dan origen a un grupo de problemas relacionados con las estructuras afectadas.- Por ejemplo una fisura que afecta el alveolo da problemas dentarios y una fisura palatina da problemas de dicción aunque no obstante pueden estar interlacionadas ambas por lo que sería un problema más complejo.

#### ESTADO BUCAL.

Con frecuencia estos pacientes presentan una deficiencia en el desarrollo del maxilar tanto en su dimensión antero posterior como en la vertical por lo que estos pacientes presentan una oclusión clase III, y de mordida abierta en el sector anterior.

Cuando se presenta una hendidura labial, suele faltar el lateral del mismo lado o si está, puede encontrarse al lado mesial o distal de la hendidura. Generalmente se presenta rotado y su rafe puede encontrarse dilacerada. El incisivo central se encuentra hipoplásico y a menudo está inclinado distalmente.

Estos niños suelen tener un estado gingival pobre, además de una elevada cantidad de caries.

#### Tratamiento Odontológico

Debemos procurar un cuidado extremadamente importante en estos pacientes. Hay que hacer entender a la madre sobre una dieta adecuada con el fin de evitar caries lo más que sea posible.

Podemos decirle a la madre que compre un cepillo dental, el cual debe ser blando para que así el niño si se siente estimulado puede desarrollar más fácilmente sus habilidades.

Debemos evitar el que la madre sienta temor de provocar a un más daño al introducir el niño el cepillo dental en su boca. Es improbable que ocurra una lesión más a causa de esto.

Si en la zona donde habita el niño no existen aguas fluoradas podemos hacer uso de tabletas de fluoruro desde la infancia con el fin de reducir la susceptibilidad a la caries.

En el caso de hacer extracciones en estos pacientes debe--

mos de tomar una muy buena radiografía, para asegurarnos de la trayectoria de la o las raíces del diente por extraer. Si existe alguna dilaceración, es aconsejable consultar con un cirujano bucal.

Los primeros molares permanentes pueden estar en malas condiciones con un pronóstico casi sin esperanza en cuanto a su -- restauración, dichos dientes requieren de aparatología ortodóntica durante el estado de dentición mixta.

Debemos esforzarnos por conservar dichos dientes, aunque sea temporalmente. Podemos extraer estos dientes aproximadamente a los 9 años de edad, ya que es una época donde hay evidencia radiográfica de calcificación interradicular en el segundomolar inferior.

Si usamos procedimientos ortodónticos bastante sencillos -- podemos mejorar la oclusión de estos niños, podemos realizar -- una dentadura parcial con el diente o dientes faltantes.

Es posible reducir mucho en el recién nacido al grado de -- desplazamiento de los segmentos individuales del paladar antes de la cirugía, por medio de aparatos protésicos, aún más en los casos bilaterales graves.

Para esto el odontólogo debe estar bien adentrado en la materia y tener en cuenta con que posibilidades cuenta su localidad.

### Bosquejo de Tratamiento Quirúrgico.

Debemos esperar a que se presente la edad adecuada para realizar el tratamiento quirúrgico para poder llegar a proporcionar continuidad de los tejidos blandos. La cirugía para -- reparar la hendidura labial se efectúa habitualmente más o -- menos a los 3 meses, cuando el bebé pese unos 5.5 Kgs. Cuando existan fisuras bilaterales, el segundo lado se corrige unos 3 meses más tarde.

La parte más anterior del paladar se repara al mismo -- tiempo que el labio. Y el defecto palatino principal se repara entre los 15 y 18 meses que es el tiempo más cercano al desarrollo de la dicción.

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

Las medidas odontológicas deben considerarse a temprana edad y empezando con el consejo a la madre, poco después del nacimiento del niño.

Debemos tomar en cuenta que el hecho de elaborar una buena historia clínica, es muy importante, ya que nos ayudará a realizar un mejor tratamiento odontológico.

El tratamiento odontológico en niños impedidos no debe ser extremo ni complejo, sino más bien, paliativo.

Hemos visto que todo niño puede ser un paciente indiferente o bien que acepte todo lo que le digamos por lo tanto es indispensable saber lo más que se pueda de ellos para así poder tratar a cada uno de ellos de diferente manera.

En la actualidad podemos ver que si antes era quizá demasiado riesgoso el atender a un niño que no fuera completamente sano, sino que estuviera un poco perturbado de sus facultades mentales, en la actualidad ya no hay mayor riesgo si tenemos una adecuada orientación al respecto.

Es interesante saber que ya antes en tiempos no muy lejanos ya había quien se interesara por mantener un buen estado bucal en niños impedidos, quizá no con los métodos actuales -- pero sí con resultados muy favorables. Esperemos que muy pronto existan métodos más adelantados para poder evitar el que un niño y en general toda clase de pacientes presenten dichos pro

blemas.

También debemos hacer hincapié que el uso de las radiografías es un adelanto muy grande ya que con ellas podemos evitarnos el cometer un error y hacer un mal tratamiento.

Por otro lado no olvidemos que los niños son el futuro de nosotros y que no hay nada más noble que ellos por lo tanto debemos brindarle lo mejor, para que sí no padezcan ningún problema.

Al hacer el uso de aparatos protéticos para reparar alguna falla dentro de su boca, tenemos que tomar en cuenta todos los factores que intervendrán en el caso ya que podemos hacerlo mal y en vez de ayudar al paciente lo que vamos a realizar es dañar lo más.

No hay que olvidar que el tratamiento odontológico de todo paciente intervienen muchos factores, tales como el uso de materiales de impresión para poder elaborar un mantenedor de espacio, una dentadura parcial etc. por lo cual debemos tener un amplio conocimiento de ellos, cuidando de elegir los que más satisfagan las necesidades tanto de los pacientes como de nosotros mismos.

Debemos tomar en cuenta también el control sobre el paciente ya que de no hacerlo podemos caer en el fracaso. Esto se refiere a el hecho de conocer muy bien que tipo de paciente estamos tratando ya que de lo contrario podemos realizar un mal tratamiento o quizá el que no sea adecuado para él.

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

*Angel lasala*

*Endodoncia*

*Tercera Edición*

*Editorial Salvat.*

*Arthur G. Guyton*

*Trato de Fisiología Médica*

*Tercera Edición*

*Editorial Interamericana*

*Joan Weyman*

*Odontología para niños impedidos*

*Edición Unica*

*Editorial Mundi S.A.I.C. y F.*

*Shafer*

*Patología Bucal Dental*

*Tercera Edición Editorial Interamericana*

*Robbins Dr. Stanley L.*

*Patología Estructural y Funcional*

*Tercera Edición*

*Editorial Interamericana*

*Finn Sidney B.*

*Odontología Pediatría*

*Tercera Edición*

*Editorial Interamericana*

Hogn Charles Brauer

*Odontología para niños*

*Cuarta Edición*

*Editorial Mundi S.A.I.C. y F Buenos Aires Argentina.*

*Apuntes de Cirugía Maxilo Facial*

*Facultad de Odontología*

*Apuntes de Odontología Infantil*

*Facultad de Odontología*

Samuel Leyt

*Odontología Pediátrica*

*Primera Edición*

*Editorial Mundi S.A.I.C. y F.*

Lord Basin

*Enfermedades del sistema nervioso*

*Segunda Edición*

*Editorial el Ateneo*

Rafael Espanda Vila

*Anatomía Dental*

*Universidad Nacional Autónoma de México*

Gustav O. Kruger

*Tratado de cirugía Bucal*

*Primera Edición*

*Editorial Interamericana.*