



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

DIAGNOSTICO EN ODONTOPEDIATRIA

Dr. Alejandro Hernández Salas

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

ROXANA TERESA PEREZ ORTEGA

MEXICO, D. F.

1983



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
DESARROLLO DEL DIENTE	2
FISIOLOGIA Y MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS	7
ERUPCION DENTAL	13
HISTORIA CLINICA	23
EXAMEN RADIOLOGICO	47
MODELOS DE ESTUDIO	56
MANEJO DEL NIÑO	60
CONCLUSIONES	75
BIBLIOGRAFIA	76

INTRODUCCION

El motivo de la elaboración de éste trabajo, es -- porque considero que no se le ha dado la suficiente importancia al diagnóstico dentro de la Odontopediatría, siendo el - factor más importante para llevar a cabo cualquier tratamiento. Con la evaluación minuciosa del caso se logrará un buen diagnóstico y así precisar el tratamiento adecuado al niño.

Es muy frecuente que a los niños no se les trate - los dientes temporales o no se les de el tratamiento adecuado, porque se piensa que no es necesario, ya que existe un cambio de dentición, por lo tanto las consecuencias son muy severas- como maloclusiones, problemas psicológicos y nutricionales.

I DESARROLLO DEL DIENTE

Capítulo I

DESARROLLO DEL DIENTE

En la formación de un diente participan dos capas germinativas. Una de ellas es el ectodermo, de donde proviene el esmalte, y la otra el mesénquima de el que proviene la dentina, el cemento y la pulpa.

Un diente para su formación depende esencialmente del crecimiento del epitelio del mesénquima, teniendo una forma de copa invertida. El mesénquima crece hacia arriba (hablando de dientes inferiores o hacia abajo si son superiores) dentro de la parte concava de la copa epitelial, produciendo fenómenos de inducción. Las células que revisten la copa se transforman en ameloblastos que son los productores del esmalte. En cambio, las células mesenquimatosas producen los odontoblastos y forman capas de dentina para sostener el esmalte que las cubre.

En la vida prenatal, se observa en el maxilar una línea de ectodermo bucal engrosado, por debajo y a lo largo de ésta se desarrollaran los dientes. En esta línea encontramos la lámina dental que crece en el mesénquima, y a partir -

de esta lámina se desarrollan pequeñas yemas epiteliales denominadas yemas dentales; de cada una de estas se formará un diente deciduo; más tarde se originarán en la lámina otras yemas epiteliales que darán origen a los dientes permanentes. Continúa su crecimiento la lámina dental y la yema aumenta de volúmen penetrando en el mesénquima. Alrededor de dos semanas pasan para que esta estructura forme lo que se denomina organo del esmalte, mientras que por debajo del mesénquima se denomina papila dental.

Al seguir pasando las semanas, el órgano del esmalte tiene un aumento de volúmen y varía un poco en su forma. Alrededor del quinto mes, este organo pierde todo contacto con el epitelio bucal, quedando algunos restos de la lámina dental; las células de esta lámina van produciendo una segunda yema de células epiteliales sobre la superficie lingual, a partir de esta yema se formará el diente permanente.

A partir de la papila dental se formará la pulpa; esta se forma de una red de células mesenquimatosas conectadas entre sí por fibras del protoplasma. A medida que se desarrolla este tejido aumenta su contenido vascular.

Formación de tejido duro:

Las células del órgano del esmalte se vuelven alargadas y cilíndricas, recibiendo el nombre de ameloblastos (a mel/esmalte, blastos/gérmen). Junto a estas células hay otra capa celular llamada estrato intermedio. Sigue la gran masa del casquete dental denominado retículo estrellado, aquí las células adquieren forma de estrella y se unen entre sí por prolongaciones protoplásmicas. Las células del estrato intermedio están unidas a los ameloblastos y entre sí se unen por desmosomas. Por último, el borde externo de la cabeza dental se forma por una capa de células conocidas como epitelio externo del esmalte.

Empieza una mayor diferenciación de ameloblastos hacia la base de la corona. Al ocurrir esto, las células del mesénquima de la papila dental se vuelven cilíndricas y altas, denominándose odontoblastos, estas formarán la dentina. La dentina se produce primeramente en la punta de la papila, se continúa con una delgada capa de dentina y los ameloblastos empiezan a producir matriz de esmalte.

Formación de la raíz:

Con los depósitos de dentina y esmalte se empieza a ver la forma de la futura corona. Aparecen nuevos ameloblastos formando esmalte a todo lo largo de lo que será la línea de unión de la corona anatómica y la raíz. Las células en la línea de la unión empiezan a proliferar, se desplazan hacia a bajo en el mesénquima, las células que proliferan forman un tubo que va aumentando hacia abajo en el mesénquima cuando se alarga; recibiendo el nombre de vaina radicular epitelial de Hertwing, al cruzar hacia abajo, establece la forma de la raíz y organiza las células cercanas del mesénquima que rodea para que se diferencien de los odontoblastos. Aquí existe poco es pacio para que se desarrolle la raíz, por lo tanto, hay que dejar espacio para que la corona sea impulsada a través de la mucosa y salga.

Es un factor muy importante la formación de la raíz para producir la erupción del diente.

II FISIOLOGIA Y MORFOLOGIA DE LOS DIENTES

PRIMARIOS

Capítulo II

FISIOLOGIA Y MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS

Fisiología de los dientes primarios:

- Las piezas primarias son utilizadas para la preparación mecánica del alimento del niño para digerirlo y asimilarlo, siendo uno de los períodos más activos del crecimiento y desarrollo.
- Mantienen el espacio en los arcos dentales para las piezas permanentes.
- Estimulan el crecimiento de los maxilares por medio de la masticación, especialmente la altura de los arcos dentales.
- Intervienen en el desarrollo de la fonación. La dentición primaria es la que proporciona la capacidad para utilizar los dientes para pronunciar. La pérdua accidental o temprana de dientes temporales anteriores, puede dificultar pronunciar sonidos como: "f", "v", "s", "z". Puede suceder que al hacer erupción la dentición permanente, puedan persistir dificultades al

pronunciar sonidos como: "s" y "z". Sin embargo, en la mayoría de los casos la dificultad se corrige por sí misma con la erupción de los incisivos permanentes.

- Realizan una función estética mejorando el aspecto del niño.

Ciclo de vida:

Tanto los dientes primarios como los permanentes, - al llegar a su madurez morfológica y funcional, evolucionan - en un ciclo de vida característico y definido compuesto de varias etapas. Estas etapas son progresivas y son:

- 1.- crecimiento
- 2.- calcificación
- 3.- erupción
- 4.- atrición
- 5.- resorción y exfoliación de dientes primarios

La etapa de crecimiento a su vez se puede dividir - en:

- a) iniciación
- b) proliferación
- c) diferenciación histológica

d) diferenciación morfológica

2) aposición

Diferenciación morfológica entre la dentición primaria y la permanente:

Entre la dentición primaria y la permanente existen diferencias morfológicas tanto en el tamaño de las piezas, como su diseño general, ya sea interno o externo.

- 1.- las piezas primarias son más pequeñas en todas las dimensiones, en comparación con los permanentes correspondientes.
- 2.- las coronas de los dientes primarios son más anchas en su diámetro mesiodistal en relación con la altura cervicoo--clusal.
- 3.- los surcos cervicales son más pronunciados, especialmente en el aspecto bucal de los primeros molares primarios.
- 4.- las superficies linguales y bucales de los molares primarios son más planas en la depresión cervical que la de los molares permanentes.
- 5.- las superficies bucales y linguales de molares, especial-

mente los primeros, convergen hacia las superficies oclusales, de manera que el diámetro bucolingual de la superficie oclusal es mucho menor que el diámetro cervical.

6.- los molares primarios tienen un cuello mucho más estrecho que los molares permanentes.

7.- en los primeros molares temporales, la copa de esmalte termina en un borde definido, mientras que los molares permanentes terminan con un borde desvanecido.

8.- la copa de esmalte en la dentadura primaria, es más delgada con una profundidad más consistente, teniendo aproximadamente un milímetro de espesor.

9.- en las piezas primarias hay en comparación menos estructura dental para proteger la pulpa. Al preparar la cavidad, es importante saber el espesor relativo de la dentina.

10.- se localizan más altos los cuernos pulpares en los molares temporales, especialmente los cuernos mesiales, y las cámaras pulpares son proporcionalmente mayores.

11.- existe un espesor de dentina comparablemente mayor sobre la pared pulpar en la fosa oclusal de los molares prima-

rios.

- 12.- en las piezas anteriores primarias las raíces son mesio-distalmente más estrechas que las anteriores permanentes.
- 13.- las raíces de las piezas primarias son más largas y más delgadas, en relación con el tamaño de la corona, que las raíces de las piezas permanentes.
- 14.- las raíces de los molares primarios, se expanden hacia a fuera más cerca del cérvix que las raíces de los dientes permanentes.
- 15.- las raíces de los molares primarios se expanden más a me dida que se acercan a los ápices, que las de los molares permanentes. Esto da el lugar necesario para el desarrollo de los gérmenes de los dientes permanentes dentro de los límites de las raíces.
- 16.- la dentición primaria generalmente presenta un color más claro, se observa como blanco azulado.

III ERUPTION DENTAL

Capítulo III

ERUPCION DENTAL

La erupción es el movimiento del diente hacia el plano oclusal, comienza de manera variable, pero no hasta que haya comenzado la formación de la raíz.

Interrelaciones entre calcificación y erupción:

Durante la erupción de los dientes de reemplazo, ocurren muchas actividades simultáneamente:

- el diente primario se reabsorbe,
- la raíz del permanente se alarga,
- el proceso alveolar aumenta en altura y
- el diente permanente se mueve en el hueso.

Los dientes permanentes no comienzan los movimientos eruptivos hasta después que se ha completado la corona. Pasan por la cresta del proceso alveolar cuando se ha formado a proximadamente $2/3$ de la raíz y perfora el margen gingival - cuando más o menos $3/4$ de la raíz está formada. Lleva de 2 a 5 años para que los dientes posteriores alcancen la cresta al

veolar después de completar sus coronas y de 12 a 20 meses al canzar la oclusión, después de llegar al margen alveolar. -- Las raíces se completan habitualmente unos pocos meses después de lograr la oclusión. El momento de aparición en la cavidad bucal es lo que ha menudo se denomina época de erupción. La erupción intrabucal alcanza en pocos meses la exposición de -- la primera mitad de la corona, pero su aparición ocurre a velocidad progresivamente más lenta a partir de ese momento.

Factores que regulan y afectan la erupción:

Es poco lo que se sabe en detalle respecto a algunos de los factores que afectan la erupción. Tanto la secuencia como la regulación en tiempo de erupción , parecen estar muy determinados por los genes. Además, hay secuencias y regulaciones de erupción que son típicas para ciertos grupos ra ciales; por ejemplo, en los europeos y americanos de origen europeo, sus dientes tienden a erupcionar más tarde que los -- negros americanos y en los indios americanos. Lo que no se -- sabe es como funciona la intervención de los genes en los pro cesos básicos de calcificación y erupción.

Las influencias nutricias sobre la calcificación y

erupción son relativamente mucho menos significativos que las genéticas, por que es solamente en uno de los extremos de la variación nutricia que se ha demostrado los efectos sobre la erupción dentaria.

Los trastornos mecánicos pueden alterar el plan genético de erupción, al igual que los procesos patológicos localizados. Si el diente primario es extraído antes del comienzo de los movimientos eruptivos del permanente es muy probable que el permanente sea demorado en la erupción, ya que el proceso alveolar puede volver a formarse sobre el diente sucesor, haciendo la erupción más difícil y lenta. Si el diente primario es extraído después que el sucesor permanente ha comenzado movimientos activos de erupción, el permanente erupcionará más temprano. Los posibles efectos de la extracción del diente primario sobre la erupción de su sucesor, no pueden ser bien correlacionados con la edad del sujeto, pero pueden ser relacionados con el estadio de desarrollo del diente permanente.

También se ha demostrado que el apiñamiento de los dientes permanentes afecta en menor grado su velocidad de cal

cificación y erupción.

Calcificación:

La calcificación de los dientes empieza en la vida fetal aproximadamente en el séptimo mes. Esta calcificación se efectúa principalmente en los dientes caducos, pero al aproximarse el momento del nacimiento empieza la calcificación de los dientes permanentes . En la infancia, los trastornos nutritivos y una enfermedad prolongada pueden afectar la calcificación de los dientes caducos y permanentes.

Si tales trastornos nutricionales son temporales - pueden dejar defectos en el esmalte, que van desde una línea de pequeñas foveas a través del diente a una ancha banda de hipoplasia. A veces es posible fechar un trastorno nutritivo por estas bandas de hipoplasia.

La formación de una estructura dentaria sana viene favorecida por una dieta adecuada en proteínas, calcio, fosfato y vitaminas, especialmente C y D, y depende además de una adecuada provisión de hormona tiroidea. La resistencia de los dientes a la caries dentaria se ve notablemente aumentada cuando disponen de flúor en cantidades óptimas.

En el hipotiroidismo y en otros trastornos nutritivos y del crecimiento se produce un retraso en la erupción de los dientes caducos, pero la variabilidad normal en la erupción ya tiene en cuenta que dicho retraso no puede usarse como indicio de un trastorno de crecimiento. En ciertas familias los niños presentan un adelanto o retraso en la dentición, sin que existan otros signos de retraso o aceleración del crecimiento.

Los primeros dientes permanentes que hacen su aparición son los molares "de los seis años"; con frecuencia son confundidos con dientes caducos. Los primeros molares permanentes sirven como puntos focales en el arco dentario y desempeñan un papel importante en cuanto a la forma final de la mandíbula y a la disposición ordenada de los dientes.

Secuencia de la erupción:

La secuencia aparente del desarrollo de la calcificación no es una pista segura a la secuencia de la aparición en la boca, ya que los factores que regulan y afectan la velocidad de erupción de los dientes varía entre ellos. Hay una amplia variabilidad en la secuencia de llegada de los dientes

en la boca; algunas de las variaciones son importantes clínicamente. Los investigadores que han estudiado la secuencia de erupción a intervalos cortos, tienden a informar que los molares inferiores erupcionan primero, mientras quienes estudian la erupción a intervalos más largos, tienden a notar que el incisivo central erupciona primero, mientras que en verdad el molar lo ha precedido, pero se mueve tan lentamente que el incisivo lo pasa.

Durante el período de erupción hay ciertas fases normales que se consideran como maloclusiones; esto se debe a la falta de conocimientos básicos en el crecimiento y desarrollo de la dentición.

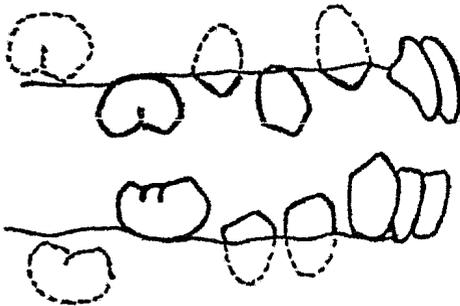
Secuencia de erupción de la dentición

Primaria.



Secuencia de erupción de la dentición

Permanente.



La secuencia habitual de aparición en la boca se --
muestra en las siguientes tablas:

CRONOLOGIA DE LA DENTICION

<u>Dentición</u>	<u>arcada</u>	<u>diente</u>	<u>erupción</u>	<u>raíz completa</u>
TEMPORAL	superior	A	7 1/2 meses	1 1/2 años
		B	9 meses	2 años
		C	18 meses	3 1/4 años
		D	14 meses	2 1/2 años
		E	24 meses	3 años
	inferior	A	6 meses	1 1/2 años
		B	7 meses	1 1/2 años
		C	16 meses	3 1/4 años
		D	12 meses	2 1/4 años
		E	20 meses	3 años

<u>Dentición</u>	<u>arcada</u>	<u>diente</u>	<u>erupción</u>	<u>raíz completa</u>
PERMANENTE	superior	1	7-8 años	10 años
		2	8-9 años	11 años
		3	11-12 años	13-15 años
		4	10-11 años	12-13 años
		5	10-12 años	12-14 años
		6	6-7 años	9-10 años
		7	12-13 años	14-16 años
	inferior	1	6-7 años	9 años
		2	7-8 años	10 años
		3	9-10 años	12-14 años
		4	10-12 años	12-13 años
		5	11-12 años	13-14 años
		6	6-7 años	9-10 años
		7	11-13 años	14-15 años

IV HISTORIA CLINICA

Capítulo IV

HISTORIA CLINICA

Es muy importante, dentro de la Odontopediatría, -- realizar un examen completo de la boca y efectuar un plan de tratamiento adecuado. Esto se debe de hacer antes de iniciar lo que constituye el tratamiento dental del niño.

Examen del niño:

En Odontopediatría se tienen clasificados tres tipos de examen:

- 1.- el examen que se efectúa en las citas de emergencia.
- 2.- el examen que se efectúa en las citas periódicas.
- 3.- citas para exámenes completos.

Examen de emergencia:

Este examen se limita a un diagnóstico inmediato para efectuar un rápido tratamiento, y así eliminar el malestar que aqueja al niño. Posteriormente se va a citar al paciente para realizarle un examen completo.

Examen periódico:

Es un examen que se realiza continuamente, a partir

de una sesión inicial en donde se realizó un examen completo. Esto se hace con el objeto de ver si existe alguna alteración, después de que se dió por terminado el tratamiento anterior.

Examen Completo:

En este tipo de examen se evaluará todo lo relacionado al niño, tratando siempre de seguir una secuencia.

Historia clínica:

Dentro de la historia clínica existen tres divisiones:

1.- Historia del caso e información general.

2.- Examen clínico:

- condición general del paciente
- condición local presente
- examen dental
- procedimientos suplementarios

3.- Plan de tratamiento:

- diagnóstico
- planeación.

Historia del caso e información general:

A todo niño, antes de introducirlo al consultorio dental, se le debe de elaborar el cuestionario de la historia clínica médica y de información general.

La historia clínica en situaciones de emergencia se va a limitar generalmente a puntos esenciales en relación a la lesión que aqueja al niño y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que pudieran tener importancia en el tratamiento inmediato que se va a realizar.

El cuestionario debe de tener preguntas generales - como nombre del paciente, diminutivo, edad, fecha y lugar de nacimiento, dirección, teléfono, grado escolar, nombre del acompañante, si se le ha realizado alguna historia médica y/o odontológica pasada, añadiendo motivo y por último actitud - tomada por el niño. Esta historia de caso se complementa mediante una plática con los padres.

HISTORIA CLINICA INFANTIL

1.- Información General

Nombre	diminutivo	edad	
Telefono	Lugar de Nac.	Dirección	
Fecha de Nac.	Grado escolar	Padre o acompañante	
Historia médica y/o odontológica pasada	Motivo		
Fecha de examen	1er.Ex.	2do.Ex.	3er.Ex.

Señale una de las casillas.

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| 1.- ¿ Goza su hijo de buena salud ? | () | () |
| 2.- ¿ Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida ? | () | () |
| 3.- ¿ Ha estado hospitalizado ? | () | () |
| 4.- ¿ Es alérgico a algún alimento o medicamento ?
¿ A cuales? _____ | () | () |
| 5.- Toma su hijo algún medicamento actualmente ?
¿ Qué clase de medicamento ? _____ | () | () |
| 6.- Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales ? | () | () |

¿ Que trastornos ? _____

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

	Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____
paladar hendido	() _____	Tosferina	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	() _____
Enf. Cardiaca	() _____	Escarlatina	() _____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____
Trastorno hepático	() _____	Paperas	() _____
Trastornos del lenguaje	() _____	Poliomielítis	() _____
Fiebre reumática	() _____	Tuberculosis	() _____
Fiebres eruptivas	() _____		

Otras: _____

8.- ¿ Ha presentado su hijo hemorragias excesivas () ()
en accidentes u operaciones ?

9.- ¿ Tiene dificultades en la escuela ? () ()

10.- Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos ?-

11.- Motivo de la consulta: _____

12.- Recomendado por _____

Experiencias odontológicas previas () ()

13.- Observaciones: _____

Actitud del niño hacia el Odontólogo

Favorable

Desfavorable

La naturaleza de las preguntas deberá de reflejar - los conceptos del diagnóstico. La historia clínica debe proporcionar datos generales, historias médicas y odontológicas pasadas, agregando el motivo de la consulta y la actitud que toma el niño hacia el odontólogo. Todo esto se realiza para poder obtener un conocimiento de la salud general del niño.

Examen clínico:

El examen clínico se debe de efectuar con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y procedimientos.

1.- Condición general presente:

- estatura y peso
- porte
- nivel de desarrollo del lenguaje
- piel y pelo
- manos
- temperatura

Estatura y peso:

Esto se puede analizar y comparar consultando cuadros y esquemas de crecimiento y peso. Con registros a largo plazo se puede determinar si la estatura y el peso del niño, coinciden con el patrón de crecimiento.

Porte:

Al entrar un niño al consultorio se puede apreciar si su forma de andar es normal o se encuentra afectada. Si se observa algún tipo anormal de andar, hay que hacer una valoración interrogando a la madre o acompañante sobre cualquier cambio reciente que haya observado en el niño.

Nivel de desarrollo del lenguaje:

El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad que se tiene para reproducir sonidos que se han escuchado: por

3.- Tartamudeo:

En algún determinado período, el tartamudeo se presenta - en casi todos los niños, generalmente antes de ir al colegio. Se presenta con más frecuencia en los niños que en las niñas.

4.- Trastornos articulatorios del lenguaje:

Los trastornos que se consideran más importantes son: Omisión, inserción y distorsión. Al sustituir el sonido C por el sonido S se produce seseo, las niñas con parálisis cerebral, lesión neurológica central, paladar hendido o maloclusión presentan dificultades articulatorias. La parálisis cerebral puede alterar la calidad del lenguaje y producir voz de sonido nasal, una voz ronca se puede deber a haber cantado o gritado en exceso, a una sinusitis aguda o crónica, a cuerpos extraños en la laringe, sarampión o en los niños a un desarrollo sexual precoz.

Piel y pelo:

Desequilibrios hormonales pueden causar pérdida de pelo, esto es más frecuente observarlo en niños que en niñas. Existen casos específicos como la displasia ectodermal congé-

nita, el pelo puede estar ausente o ser muy escaso, delgado y de color claro.

En la piel de la cara y de las manos se puede observar y detectar señales de enfermedad; en la cara se pueden localizar lesiones primarias y secundarias. Los cambios observados no tienen necesariamente que estar relacionados con los problemas dentales.

Manos:

En las manos del niño se pueden observar todas las lesiones primarias y secundarias de piel, tales como maculas, pápulas, vesículas, úlceras, costras o escamas. Muchos son los factores que pueden producir estos trastornos, tales como enfermedades exantematosas, deficiencias vitamínicas, hormonales y del desarrollo.

Las uñas se pueden encontrar cortas o mordidas como resultado de un hábito o ansiedad.

Temperatura:

No existe un umbral fijo, hay una gama de temperaturas consideradas normales. Es frecuente una elevación de la temperatura normal después de comer, de hacer ejercicio o

cuando el medio no permite que se lleve a cabo un enfriamiento corporal. Las infecciones dentales o gingivales agudas, así como las enfermedades respiratorias, dan como resultado estados febriles en los niños. Aunque no se puede diagnosticar enfermedades específicas tan sólo por la presencia de fiebre. Sin embargo, el grado de fiebre, su patrón y reacción del niño son factores que pueden indicar cierta patología.

2.- Condición local presente:

La cavidad bucal es nuestra meta para el diagnóstico, la condición general del paciente sirve de introducción a la cavidad bucal del niño. No solo hay que enfocar la atención en las piezas dentales, también hay que atender otras áreas. Se deben de observar todo lo referente a los tejidos blandos de la cavidad oral y la faríngea.

Labios y mucosa oral:

Se debe de observar tamaño, forma y color y textura de la superficie de los labios. Frecuentemente se puede ver úlceras, vesículas, fisuras y costras. Las reacciones nutricionales alérgicas pueden causar cambios en los labios. Se debe de evaluar cuidadosamente cualquier lesión o cambio de

color o de consistencia de la membrana mucosa. Las lesiones más comunes que se observan en la mucosa labial o bucal son las que se asocian con virus de herpes simple; estas relativamente pueden ser benignas con pequeñas úlceras dolorosas, estas se pueden extender hasta tejido gingival o paladar.

Saliva:

Cuando se examina la cavidad bucal generalmente se estimula una salivación profusa. La saliva puede ser normal, delgada o viscosa.

En presencia de parotiditis epidémica o paperas, existe inflamación muy sensible y dolorosa pudiendo ser unilateral o bilateral de las glándulas salivales. Una secreción purulenta del conducto de Stenon puede indicar otro trastorno de la glándula parótida. Cuando existen infecciones generales las glándulas salivales sublinguales y submaxilares pueden volverse hipersensibles, presentar inflamación y tener secreciones alteradas.

Tejido Gingival:

Se debe de observar color, tamaño, forma, consistencia y la fragilidad capilar del parodonto.

La inflamación y el color rojo pueden ser el resultado de una higiene bucal deficiente. El tejido gingival reacciona con mucha sensibilidad a cambios metabólicos y nutricionales, a ciertas drogas y trastornos del desarrollo. Al erupcionar los dientes puede haber inflamación y dolor. Se pueden observar infecciones tales como absceso dentoalveolar y celulitis.

1.-Absceso dento-alveolar:

Se puede presentar agudo o crónico. Mediante una Rx durante el período inicial o agudo puede diagnosticarse al observarse un ensanchamiento de la membrana periodontal, el diente está sensitivo a la percusión y al movimiento. En el estado crónico, en una Rx se observa un área radiolúcida definida a nivel apical o interradicular, la cual puede envolver al germen del sucesor. Los síntomas agudos se alivian realizando un drenaje, removiendo el techo pulpar y posteriormente se decide si la pieza se extrae o se conserva.

2.- Celulitis:

Es una infección de tejidos blandos de la cara, cercana de algún diente cuya pulpa se ha necrosado. Causa inflamación en la cara o el cuello y los tejidos presentan un

cambio de color. Si la infección se localiza en un diente superior, la inflamación y enrojecimiento se puede extender hasta el ojo. Para reducir los síntomas se puede hacer un drenaje abriendo a través del techo pulpar del diente afectado. - Con frecuencia se puede presentar trismus.

Lengua:

Se debe examinar forma, tamaño, color y movimiento de la lengua. Se puede encontrar en la lengua una serie de condiciones benignas que se deben de anotar en la ficha del examen.

1.- Macroglosia:

Lengua agrandada que puede ser de tipo congénito; se debe al desarrollo exagerado de la musculatura. La de tipo secundario puede ser resultado de un tumor como el lingangioma o el hemangioma difuso, o, a veces, por bloqueo de los vasos linfáticos eferentes. Se puede presentar en acromegalia, en cretinismo o hipotiroidismo congénito. La macroglosia puede producir desplazamiento de los dientes y maloclusión.

2.- Anquiloglosia:

La completa se produce como resultado de la fusión entre la lengua y el piso de la boca. La parcial es el resultado de un frenillo lingual corto o insertado demasiado cerca de la punta de la lengua. Los niños con este defecto presentan dificultad fonética. La mayoría de los casos son tratados quirúrgicamente.

3.- Lengua fisurada:

Se puede asociar a cretinismo y mongolismo, ó a una deficiencia de complejo B. Puede no tener significación clínica, aunque el acúmulo de residuos puede producir inflamación en la base de las fisuras; esto se puede prevenir con el cepillado de la lengua y una buena higiene.

4.- Lengua geográfica:

Glositis migratoria benigna es el otro nombre que recibe, está limitada esencialmente a los niños, se desconoce la etiología, aunque se sugirió que puede ser causada por una infección microbiana o micótica; además, se considera un posible fondo psicossomático. El proceso se presenta superficial, con descamación de las capas queratínicas de las papilas e inflamación del corión. Crecen las zonas -

afectadas y migran por extensión de las papilas. La afec
ción es autolimitante y no requiere tratamiento.

5.- Lengua pilosa negra:

Se observa rara vez en niños y se relaciona con la inges-
tión oral y general de antibióticos. Las papilas filiform
es del tercio medio de la lengua se alargan hasta llegar
a prolongaciones hiperplásicas dando a la lengua un color
negrgrisáceo. Densas puntas de queratina se forman en -
las papilas filiformes y no se desprenden como resultado
del cambio en la flora bucal; es asintomática y suele de-
saparecer sin tratamiento.

Piso de laboca:

Se debe de examinar para buscar cualquier tipo de -
inflamación que podrían ser quistes o ulceraciones. Los ori-
ficios de las glandulas salivales se pueden obturar causando-
un quiste de retención de mucosa o ránula.

Paladar:

Se debe de observar, forma, color y la presencia de
cualquier tipo de lesión en el paladar blando y en el paladar
duro.

Se presentan cambios de color que pueden ser causados por neoplasias, enfermedades infecciosas y sistémicas, traumas o agentes químicos. Se puede observar en ocasiones protuberancias en el paladar, que pudieran ser dientes supernumerarios o torus palatino.

Examen Bucal:

Hay que hacer observaciones básicas de la dentadura en general antes de formular cualquier diagnóstico sobre las piezas indicadas. Es muy importante conocer la clasificación de las anomalías de la dentición para efectuar un buen diagnóstico.

- 1.- Anomalías de número
- 2.- Anomalías de forma
- 3.- Anomalías de estructura y textura
- 4.- Anomalías de color
- 5.- Anomalías de erupción, exfoliación y posición.

1.- Anomalías de número:

Es el resultado del aumento o disminución respecto al número de dientes considerados normales; es rara en la -

dentición primaria y más frecuentemente en la permanente. En tre los trastornos podemos encontrar: anodoncia total, anodoncia parcial, dientes supernumerarios observados con más frecuencia los mesiodens.

2.- Anomalías de forma:

Se presenta con más frecuencia en los dientes de la segunda dentición. Las variaciones en la configuración del diente pueden ser de carácter hereditario o el resultado de una enfermedad o traumatismo. La clasificación de estas anomalías de forma tienen un gran valor para el diagnóstico.

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| - geminación | - incisivos en forma de clavo |
| - fusión | - taurodontismo |
| dilaceración | - dens in dente |
| - concrecencia | - diente de Turner |
| - diente de Hutchinson | - macrodoncia |
| - molar de Mulberry | - microdoncia |
| - lateral conoide | |
| cíngulo exagerado | |
| - cúspides supernumerarias | |

3.- Anomalías de estructura y textura de los dientes:

Influye en esto los síndromes hereditarios y diversos factores que pueden afectar la formación del esmalte y la dentina.

A) Síndromes hereditarios

1. Esmalte / amelogénesis imperfecta

- hipocalcificación hereditaria del esmalte.
- hipoplasia hereditaria del esmalte.

2. Dentina

- dentinogénesis imperfecta
- displasia de la dentina
- dientes en forma de capas

B) Otros factores:

1. Fluorosis

2. hipoplasia a causa de una enfermedad febril

3. hipoplasia a causa de traumatismo

4. hipoplasia a causa de radiación

5. hipoplasia a causa de una deficiencia vitamínica

4.- Anomalías de color:

Lo primero a considerar es si el color o la mancha en el diente es intrínseca o extrínseca. Por lo tanto, se debe de realizar una profilaxis; si el color es intrínseco, se debe tomar en cuenta su lugar de procedencia, enfermedades y sus antecedentes hereditarios.

Clasificación:

- 1.- Diente amarillo: por tetraciclina, nacimiento prematuro, -amelogénesis imperfecta.
2. Diente marrón: por teraciclina, amelogénesis imperfecta, -dentinogénesis imperfecta, nacimiento prematuro, fibrosis-
quística.
- 3.- Dientes azules o azules verdosos: eritroblastosis.
- 4.- Dientes blancos o amarillentos opacos: amelogénesis imper-
fecta.
- 5.- Dientes con arcos específicamente blancos: fluorosis, opa-
cidades ideopáticas.
- 6.- Dientes de color rojo amarronado: porfiria.
- 7.- Dientes de color marrón grisáceo: dentinogénesis imperfec-
ta.

8.- Coloraciones variadas debido a factores extrínsecos de los alimentos, medicamentos u otros agentes.

Examen dental:

Existen diferencias anatómicas entre dientes deciduos y permanentes; por lo tanto es muy importante descubrir lesiones incipientes para que sean tratadas con prontitud.

Se debe de llenar una ficha para el examen dental; en esta se deben de marcar los dientes existentes, los ausentes indicando el motivo, las lesiones cariosas anotando el grado de caries y la amplitud de esta, esto es para poder evaluar el tipo de tratamiento que requiere el diente, las obturaciones y restauraciones existentes, dientes sin erupción posterior a la época habitual de su erupción, todo tipo de malposiciones y cualquier tipo de anomalía.

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

- | | |
|--|---|
| <p>Color: Rojo ____ Caries y otras Patosis
 Rojo y Azul ____ Caries Secundaria</p> <p>Triángulo Rojo ____ Ausente (Congénito)</p> <p>Flechas ____ Inclinación del Diente</p> | <p>Azul ____ Restauraciones</p> <p>Triángulo Azul ____ Ausente (Extracción o Exfoliación)</p> <p>Cuadrado ____ Sin Erupcionar</p> <p>Flechas ____ Giroversión de Diente</p> |
|--|---|
- (— —) (| |) (())

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)
 Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la Corona (c) Cervical Solamente (ce)
 Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEx)
 Movilidad en el Diente (MV)
 Inflamación Gingival (PMA)
 Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones _____

OCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal	Desviado a Izq. Der	2) Planos Terminales	1) Vertical	2) Mesial	3) Distal
3) Espacios Primates	Si	No	4) Angle	I	II 1, 2	III
5) Mordida Cruzada	Si	No	6) Sobre Mordida	Si	No	
7) Traslapo Horizontal	Si	No	8) Mordida Abierta	Si	No	
9) Malposición Dentaria	Si	No	10) Diastema	Si	No	

HABITOS PERNICIOSOS

1) Succión de Dedo	()	2) Protusión de lengua	()
3) Morderse el Labio	()	4) Morderse las Uñas	()
5) Respirador Bucal	()	6) Otros _____	

ERUPCION Y DENTICION

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Pérdida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Edad Dental

CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral.	Buena	Regular	Pobre	Placa	Sarro
Localización.	Supragingival _____		Subgingival _____		
Cantidad.	Poca	Mediana		Abundante	
Calcificación.	Buena	Pobre	Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta		

V EXAMEN RADIOLOGICO

Capítulo V

EXAMEN RADIOLOGICO

La radiografía como ayuda para el odontólogo, es -- un instrumento importante de diagnóstico. Las observaciones-- más importantes del examen radiográfico son:

- 1.- desarrollo de la dentición y de los organos masticatorios.
- 2.- estado de salud de todos los dientes erupcionados.

Tal vez los niños necesitan más de la radiografía - que los adultos, ya que en ellos, lo principal son los problemas del crecimiento y de desarrollo y los factores que los - pueden alterar.

Existen casos en donde no se puede prescindir de la radiografía, proporciona basicamente información sobre tamaño, forma, posición, densidad relativa y número de objetos abarcados en el área de esta. La radiografía presenta sus limita-- ciones, una de ellas, es que nos muestra una figura bidimen-- sional de una tridimensional, además los cambios en los teji-- dos blandos no son visibles, la primera dificultad es la eva-- luación de un área, cuando la radiografía esta superpuesto a otra área.

Problemas en la obtención de radiografías en el niño:

- 1.- La boca es pequeña y muchas veces resulta ser difícil colocar la película.
- 2.- El niño puede ser un problema debido a alguna experiencia traumática anterior al tomarle radiografías dentales.

Se debe de proceder con cautela y mucha comprensión para asegurarle una buena experiencia al niño. Hay que explicarle lo que va a suceder, permitiéndole que sostenga la radiografía. Se trabajará rápidamente, empleando kilovoltaje alto y tiempo de exposición corto. Se le hablará constantemente al niño para distraerlo y ofrecerle confianza. Se le puede pedir que fije su atención en un objeto de la habitación para evitar que nos fije la mirada.

Siempre se debe de utilizar el mandil de plomo para cualquier exposición radiografica para reducir la radiación que recibe el niño.

Técnica Intrabucal:

1.- Dentición primaria:

Para obtener una serie completa de la primera dentición, se usan dos películas del número dos para las proyecciones oclusales anteriores y películas del número cero para las proyecciones periapicales posteriores y proyecciones de aleta mordible.

La película más fácil de obtener es la proyección -maxilar superior oclusal anterior, por ser la más fácil es la que se deberá de obtener primero. Se coloca al niño con el -plano oclusal paralelo al piso.

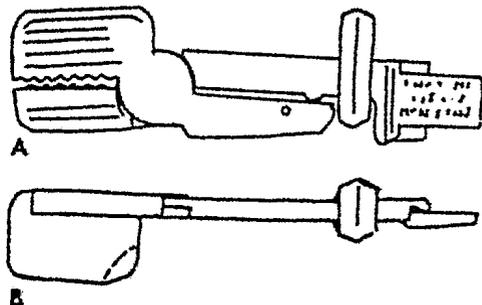
Se va a colocar la película del número dos paralela al piso y se le pide al niño que muerda. El borde incisal de los dientes deberá de coincidir con el borde de la película, -colocandose el eje mayor de la película de oreja a oreja. El rayo central del aparato se va a dirigir a la punta de la nariz con un ángulo de 60° .





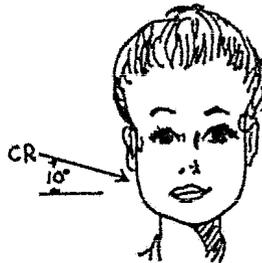
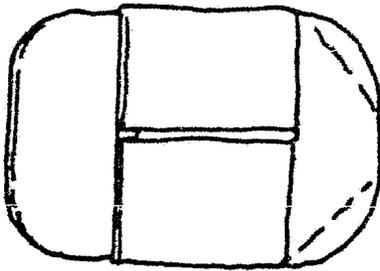
La segunda película va a ser la proyección oclusal-inferior. La película se va a colocar igual que la oclusal superior, pero con el lado sensible de la película hacia los dientes incisivos inferiores. Ya que no se puede obtener un ángulo de 60° con el plano oclusal paralelo al piso, se va a colocar al niño de tal forma que la línea del ala de la nariz al tragus forme un ángulo de 30° con el piso y se va a dirigir el tubo del aparato hacia arriba con una angulación de 30° ; es los dos ángulos sumados nos van a dar 60° . El rayo central se va a dirigir hacia los ápices de los incisivos centrales.

Para la proyección de los molares superiores se utiliza la película 0, que se deberá doblar en su porción anterior para conformarse a la boca del niño, además el Rinn-Snap-A-Ray (nombre comercial para sostener la película cero). El niño debe de morder el plástico que sostiene la película dentro de la boca. El rayo central se va a dirigir a un punto sobre la línea que va del ala de la nariz al tragus, directamente abajo de la pupila del ojo, con una angulación vertical de 40° . Para los molares inferiores se utiliza una angulación vertical negativa de 10° . La angulación horizontal tanto para molares superiores como inferiores se determina usando el mango de plástico del instrumento como guía.



Examen intrabucal de aleta mordible:

En este examen, el paciente sostiene la película del número cero en la boca mordiendo sobre una aleta. Las esquinas anteriores deberán de ser dobladas, esto se hace para no afectar a la encía y para no provocar dolor, ya que puede ser rechazada la película por el niño. El rayo central deberá de ser dirigido entre los contactos (las áreas de contacto están alineadas en sentido anteroposterior), no perpendicular a la línea media del paciente.



La angulación horizontal se va a determinar pidiendo al niño que muerda sobre la aleta, se alinea el tubo del aparato con la aleta. Se utiliza una angulación vertical de 10° .



2.- Dentición mixta:

Aquí los primeros molares permanentes ya se encuentran en oclusión. Para las exposiciones se van a utilizar películas del número dos.

En la región anterior se utiliza una proyección oclusal. Para los incisivos centrales superiores se obtiene el plano oclusal con la línea del ala de la nariz al tragus, se coloca paralela al piso y se utiliza angulación vertical de 60° con el rayo central dirigido hacia la punta de la nariz.- El eje mayor de la película se coloca orientando de atrás hacia adelante de la nariz hacia la faringe. El borde incisal de los centrales deberá coincidir con el borde de la película.

Para el canino superior se va a utilizar una angulación vertical de 55° dirigiendo el rayo a través del punto de contacto del premolar y el canino.

Para los anteriores inferiores la línea del ala de la nariz al tragus se coloca a 30° respecto al piso, el tubo del aparato se coloca a un ángulo de 30° respecto a la película pasando a través de los ápices.

Para radiografías de molares superiores e inferiores se usan películas del número dos.

Para examen de aleta mordible se utiliza película - del número dos doblándose las esquinas anteriores de la película.

Películas panorámicas:

Este tipo de película es más fácil de obtener que una serie de radiografías intrabucales. Una gran ventaja es que la radiación que se recibe es menor y cubre un área mayor que una serie total intrabucal.

El defecto que presenta este tipo de película es la falta de detalle, por lo que se puede complementar con un examen de aleta mordible, para descubrir las lesiones cariosas - incipientes.

VI MODELOS DE ESTUDIO

Capítulo VI

MODELOS DE ESTUDIO

La toma de modelos de estudio en los niños se debe de realizar con ciertos cuidados; esto es para evitar un mal procedimiento que pueda ocasionar una mala experiencia dentro del consultorio, pudiendo repercutir en el manejo y comportamiento del niño para las siguientes sesiones.

Pasos a seguir en la toma de impresiones:

- 1.- Se debe de escoger y adaptar el tamaño adecuado del porta impresiones a la boca del niño, el cual deberá quedar apenas cubriendo el último diente posterior.
- 2.- Se deben de colocar barras de cera en los bordes del portaimpresiones, para obtener una impresión nítida de fondo de saco, además de que así se le evita molestias al paciente.
- 3.- Primero se debe de tomar la impresión inferior, ya que esta causa menos reflejo de náuseas.
- 4.- Se le debe de pedir al paciente en la toma del modelo inferior que levante la lengua, para obtener nitidez de el

piso de la boca.

- 5.- Para la toma de impresiones tanto superior como inferior, se deben desplazar los carrillos con el dedo índice y pulgar, esto es para que se permita fluir el alginato hacia la porción bucal.
- 6.- En el transcurso de la gelificación del alginato se trata de distraer al paciente.
- 7.- En la toma de impresión superior se facilita el reflejo de náuseas, por lo que se debe de tener mayor cuidado. - La posición del paciente no debe de ser horizontal, sino vertical; se le indica al paciente que respire despacio por la nariz y que mire la punta de sus zapatos.

Al obtener unos buenos modelos de estudio se podrá observar:

- amplitud de las lesiones cariosas para su evaluación de tratamiento.
- alteraciones dentales
- alteraciones de oclusión que no se pueden observar en forma minuciosa dentro de la boca.

La obtención de modelos de estudio en una forma periódica nos va a determinar la condición y estado de crecimiento y desarrollo de las arcadas dentarias.

VII MANEJO DEL NIÑO

Capítulo VII

MANEJO DEL NIÑO

Asistir al consultorio dental puede causar tensión emocional en la mayoría de los pacientes, adultos y niños por igual. La ansiedad y el miedo han sido los mayores factores que manifiestan los pacientes de todas las edades para aceptar un tratamiento dental. En los niños esta tensión se agrava por un natural y normal miedo a lo desconocido, asociado con experiencias pasadas, muchas de ellas poco placenteras, de otras especialidades médicas. El niño todavía no es completamente capaz de expresar su miedo verbalmente y aún alejar sus sentimientos, por lo tanto, su reacción en muchos casos es el grito como protesta; y si el niño ha aprendido por experiencia que es una buena forma de protestar y la actitud de un berrinche puede darle el control de la situación, lo hará con todas sus ganas.

A menos que el niño y el odontólogo tengan una buena relación, los tratamientos necesarios que se puedan desarrollar a través del tiempo serán completamente efectivos. La cooperación del paciente es de gran ayuda en situaciones

tensas, se disminuye en gran forma en aquellas en las cuales existen sentimientos reprimidos y situaciones no resueltas.

Cuando la confianza y el respeto falta en cualquiera de las partes, paciente, dentista y padres el resultado -- puede ser desastroso.

Si el niño manifiesta aprensión y renuencia, es importante tener razones certeras de esta conducta, de manera -- que se pueda obtener el mejor método de acercamiento a escoger. Cualquiera de los diferentes factores sólo o en combinación pueden causar ansiedad en el niño. Algunos de estos factores dependen de la personalidad del paciente y antecedentes en general, la personalidad del odontólogo y su experiencia, -- la edad psicológica y cronológica del paciente, la relación -- de los padres del niño, la relación dental de los padres y experiencias anteriores en otros consultorios dentales.

Un niño normal y saludable quién es usualmente manejable y cooperativo podría ser un niño difícil cuando se enferma o ha pasado una noche de insomnio debido a dolor de dientes, más aún él puede estar cansado, irritable y nervioso.

Al llegar un niño por primera vez al consultorio -- dental, las dos causas mayores de ansiedad se presentan; miedo a lo desconocido y miedo a que se le cause algún dolor. El miedo dicta respuestas que varían en los diferentes individuos. Los niños reaccionan negativamente a cualquier procedimiento que es potencialmente dañino hacia cualquier parte de su cuerpo.

El miedo a lo desconocido es una reacción normal, y si al niño se le exponen muchas historias erróneas acerca de los tratamientos dentales en la cual adultos y u otros niños han descrito sufrimientos reales o imaginarios, esto aunado a la imaginación propia del niño. Las explicaciones serán dadas de acuerdo a la edad y entendimiento del niño, necesitará ser estimulado claramente, en ningún caso la explicación deberá ser falsa, particularmente a lo que se refiere al dolor, - una vez que se le ha descrito la situación al niño él tendrá la seguridad en futuros tratamientos, de lo contrario será -- muy difícil recuperar o ganar su confianza.

En cada nueva situación de tratamiento se le debe de explicar al niño con palabras apropiadas, con una rutina de -

decir y mostrar. A medida que el niño se vaya familiarizando con cada clase de nuevos procedimientos dentales, una explicación de lo que se está haciendo y el propósito de la introducción de un nuevo instrumento disminuirá mucho la ansiedad.

El miedo también puede ser disipado cuando los niños contribuyen en el tratamiento sosteniendo eyectores de saliva, godetes, etc, siendo alabada la cooperación del niño -- tanto por el odontólogo como por sus padres.

La evaluación del llanto es un medio muy efectivo -- para acertar al tipo de conducta que se espera del niño. Se han descrito cuatro tipos característicos de llanto:

- 1.- llanto temeroso
- 2.- llanto obstinado
- 3.- llanto compensatorio
- 4.- llanto lastimero.

El sonido de cada uno de estos llantos es diferente, la habilidad para diferenciarlos es de gran ayuda en el manejo del niño.

- 1.- Llanto Temeroso:

Expresa el miedo real del niño a una situación desconocida, usualmente de abundantes lágrimas. La cuestión más importante es atraer la atención del niño, de manera que las explicaciones apropiadas puedan ser dadas.

2.- Llanto Obstinado:

Es una forma de berrinche, el niño es escandaloso pero usualmente no tiene lágrimas, muchos de estos niños están acostumbrados a obtener sus objetivos a través de berrinches. Una imposición y firmeza puede ser necesaria para obtener la disposición de escucha y establecer un diálogo.

3.- Llanto Compensatorio:

Es un grito para apagar el sonido del taladro dental. Este sonido aparentemente causa mucha incomodidad a muchos niños. Esta conducta, no debe de interferir con el desempeño de un buen trabajo dental y el grito no debe de ser cortado. Platicar con el niño frecuentemente, será suficiente para reducir el problema después de algunas visitas.

4.- Llanto Lastimero:

Puede no ser fuerte, pero generalmente con lágrimas

y es asociado con dolor. La causa del dolor debe de ser encontrada y manejada apropiadamente.

La resistencia anormal del niño a el tratamiento, - requiere una evaluación adicional de los disturbios fundamentales. El niño cooperará de buen agrado solamente cuando él confie plenamente en el Odontólogo.

Desarrollo emocional de un niño normal:

El conocimiento del desarrollo psicológico de los niños es importante, en la evaluación de posibles problemas de comunicación que pudieran presentarse durante el tratamiento, especialmente durante las primeras visitas del niño al consultorio dental. Los cambios evolutivos pueden afectar las relaciones del niño con el dentista. Las influencias ambientales tempranas son importantes en el desarrollo de la conducta de cualquier individuo. Sin embargo se han descrito algunas características para cada edad. Estos cambios se pueden expresar como una sucesión de adaptaciones las cuales cada individuo manifiesta.

Niño de un año:

Es regularmente amigable, es sociable y comienza a apreciar y reconocer la aprobación de sus actos.

El niño de dos años:

Tiene más desarrollo motor, es un individuo social- y usualmente capaz de expresarse por sí mismo. Varía grandemente la medida del vocabulario, desde unas cuantas palabras- hasta cientos de ellas. El niño está acostumbrado a el ambiente de su casa y no le gusta separarse de sus padres o de otras personas, de la cual él es dependiente. Por los dos años y medio se marca una necesidad de autonomía y este lapso es reconocido como un período negativo. El niño se resiste a la autoridad y puede hacer berrinches, si él es desafiante. El adulto debe mostrar firmeza. Es frecuente que el niño esté haciendo lo que se le ha pedido al mismo tiempo que está protegtando.

Niño de tres años:

Es más seguro y positivo, él ya no utiliza un "NO"- como respuesta a cualquier petición, está dispuesto a conformarse, es complaciente.

Niño de cuatro años:

Frecuentemente es desafiante e imaginativo, el adulto debe de ser firme cuando está tratando con él.

Niño de cinco años:

Es usualmente dócil y confiable. No tiene miedo de sus pequeñas separaciones, él es complaciente y cooperativo.

Niño de seis años:

Puede ser difícil y su conducta cambiar de un momento a otro, desde un adorable niño hasta un berrinchudo. Generalmente el niño ha adquirido en esta época considerable independencia de su madre.

Cada estado emocional y mental evoluciona a través de una serie de pasos. En temprana edad, existe frecuentemente completa dependencia de su madre; hasta la edad de tres a cuatro años es cuando el niño inicia la mayor parte de sus actitudes fuera de su casa, como en una guardería, aunque en este momento la madre está muy cercanamente relacionada con el niño.

Cuando el niño alcanza los cuatro años, él empezará

a probar autoridad y tratará de aumentar su independencia. - En este período de "resistencia" el niño puede ser difícil de manejar; esta resistencia puede aumentar considerablemente si el niño está acostumbrado a obtener ventaja en la casa a través de su conducta. Para estos niños la presencia del padre en el consultorio esta contraindicado.

No necesariamente va a existir una edad cronológica paralela en todos los niños, sino que depende de los factores ambientales y de su relación con la familia. El niño aprende a través de experiencias, si el enojo y los arranques le han dado los objetivos deseados, estos pueden llegar a ser una -- parte importante de su conducta.

Las actitudes de los padres pueden variar grandemente, desde la sobreprotección hasta una completa reprobación.- Las actitudes de los padres se van a reflejar en los niños, - los niños de padres demasiado indulgentes, pueden ser hosti-- les y los niños de padres demasiado autoritarios son muy dificiles de persuadir, son retraídos.

Existen problemas de conducta en el niño que tiene un origen familiar. El análisis de estos problemas puede ser

de gran ayuda para mejorar la comunicación con nuestros pequeños pacientes. Niños que han sido maltratados porque sus padres son alcohólicos o aquellos a quienes acostumbran imponerles severos castigos físicos, reaccionan negativamente ante cualquier símbolo de autoridad especialmente de adultos. - Esos niños pueden tener problemas emocionales profundos, que pueden ser sólomente penetrados con comprensión, disposición, después de una cuidadosa evaluación.

Los niños de familias numerosas pueden tener diferentes problemas, ellos pueden ser inhibidos, porque son siempre comparados con otros que son mejores, siempre se espera - que el niño mayor sea colocado como un ejemplo. Un niño que siempre ha sido reprimido necesita confianza, mientras que el niño que reacciona con actitudes de su primera etapa de su niñez, es como refugio para evitar responsabilidades, necesita comprensión y buen carácter.

Los padres en el consultorio dental:

Hay diferencias en lo que concierne a las ventajas y desventajas de la presencia de los padres en el consultorio.

Además del miedo a lo desconocido, hay también miedo a la separación de sus padres, este miedo puede ser extremadamente traumático, especialmente en la temprana y dependiente edad del niño. Un manejo efectivo de pacientes requiere, cooperación y entendimiento de los padres, más aún, la ayuda de los padres puede ser esencial en el desarrollo y éxito del tratamiento.

Se hicieron investigaciones en las cuales encontraron que la ansiedad de la madre hacia una situación dental afecta la conducta del niño independientemente de la naturaleza del procedimiento, como la aprensión paterna recae en el niño, un padre en el consultorio no es de gran ayuda bajo estas circunstancias.

Se han comparado grupos de niños con la madre presente o ausente en el tratamiento dental, se encontró que la presencia de la madre pasiva y observadora era benéfica particularmente para un niño menor de cinco años. Mucho ha sido publicado acerca de los sentimientos de seguridad e inseguridad de un niño en un ambiente nuevo y extraño, encontrándose que largos períodos de separación parecen tener efectos -

perjudiciales en el desarrollo psicológico. Las pequeñas separaciones no parecen causar un daño significativo y depende del tipo de persona que sustituye al padre, el lenguaje que se está utilizando y el tipo de restricciones que se hacen -- después de la separación del padre. Cuando a un padre se le permite acompañar al niño dentro del área de trabajo no deberá interferir con el trabajo de comunicación del dentista con el paciente, los padres no deberán de tener las manos de los niños y tampoco explicar o hablar de los planes de tratamiento. El diálogo deberá ser estrictamente entre el niño y el dentista. No se les permitirá a los padres conversar con los asistentes durante el tratamiento, tal conversación distrae la atención que con todo derecho pertenece al niño, tampoco se les permitirá a los padres expresar sus sentimientos acerca de un instrumento particular o procedimiento, o transmitir tales sentimientos a través de alguna expresión facial o movimiento, si el niño no coopera la razón principal de la presencia paterna está perdida, y es mejor pedirle al padre que abandone el área de trabajo. Algunas veces los niños aprenderán que una conducta cooperativa es un pre-requisito para la presencia de sus padres.

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

Todo odontólogo de practica general, debe de tener los conocimientos necesarios para poder evaluar y determinar minuciosamente la enfermedad del niño, para poder aplicar el tratamiento que este requiere. Esto será mediante un buen diagnóstico en base a una historia clínica lo más completa y veráz posible, con la ayuda de exámenes auxiliares como son:

- 1.- estudio radiográfico,
- 2.- modelos de estudio y
- 3.- un buen manejo del niño.

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

TRATADO DE HISTOLOGIA

Arthur W. HAM

Sexta Edición

Editorial Interamericana

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

ODONTOPEDIATRIA

Rudolf P. Halz

Editorial Panamericana

ODONTOPEDIATRIA

Facultad de Odontología

Volúmen I y II

UNAM/ Sistema de Universidad Abierta

PATOLOGIA BUCAL

William, Shafer

Maynar K. Hine

3a. edición

Editorial Interamericana

ODONTOPEDIATRIA

Sidney B. Finn

Editorial Interamericana

TERAPIA OCLUSAL EN ODONTOPEDIATRIA

Barnett

Editorial Médica Panamericana

1978

REVISTA MEXICANA DE PEDIATRIA

Volúmen XLIX núm. 2

Febrero de 1982

Editada por la Sociedad Mexicana de Pediatría

DENTAL MENEJEMENTE OF CHILD PATIENT

Loevy Hanneloret

Editorial Esencia

Primera Edición, U.S.A.

INDICACIONES DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO EN ODONTOPEDIATRIA

Tesis Profesional

Rafael López Valenzuela

México, D.f.

1982