

24 214



V N A M

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

TECNICAS ODONTOLOGICAS IDEALES PARA
LA REHABILITACION DE LOS PACIENTES
INFANTILES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
Alicia Felicitas Morales Vilchis



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.

INDICE

PROLOGO

Capítulo I.

Historia clínica.- Manejo del paciente.- Disposición del consultorio.

Capítulo II

Anatomía de la dentición primaria.- Comparación y diferencias con la dentición sucedánea.

Capítulo III

Radiología Infantil.

Capítulo IV

Anestesia y Premedicación.- Anestesia General

Capítulo V

Técnicas para aislar el campo operatorio.

Capítulo VI

Diseño y apertura de cavidades en dientes primarios. Cementos más utilizados en Odontopediatría. -
Materiales de Obturación.

Capítulo VII

Pulpa y Terapia Pulpar

Capítulo VIII

Coronas prefabricadas.

Capítulo IX.

Exodoncia en Odontopediatría.

Capítulo X

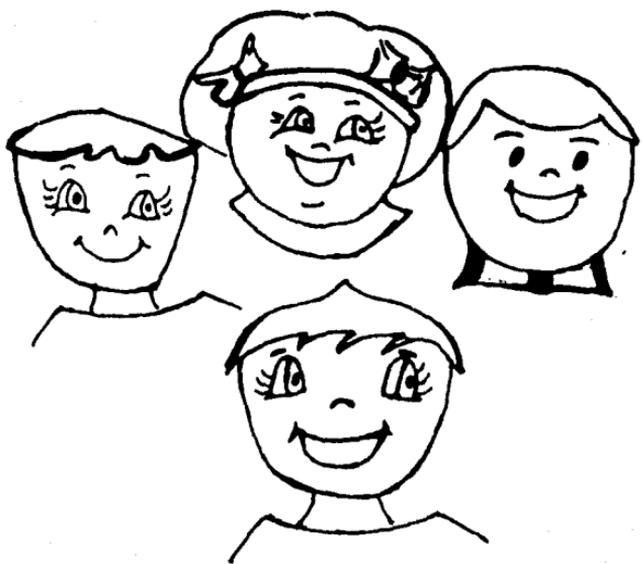
Enfermedades Parodontales en niños.

Capítulo XI

Conclusiones

Bibliografía.

PROLOGO



Una de las preocupaciones mayores de la profesión dental ha sido tratar de eliminar el dolor y el traumatismo al restaurar la dentición. Con este fin, las técnicas odontológicas han ido evolucionando.

En la presente tesis se tratarán de describir los diferentes procedimientos que podemos llevar a cabo actualmente para rehabilitar la dentición de los niños.

Debemos de procurar que éstas técnicas sean las más adecuadas a cada uno de nuestros pacientes, debido a que cada uno tiene una personalidad distinta que dependerá entre muchos factores a la edad del niño, la situación familiar, la educación y el grado de escolaridad, y el nivel económico y/o social del medioambiente que le rodea.

Se hará una revisión bibliográfica que incluya el manejo del niño (durante la primera y las subsecuentes visitas), la forma de efectuar una historia clínica conveniente y los procedimientos odontológicos desde los más simples hasta los más complejos.

El factor decisivo para la elección de este tema como trabajo de tesis fue el hecho de que más del 50% de la población de nuestro país es menor de 14 años, y podemos afirmar que es urgente la necesidad de actualizar nuestras técnicas para una mejor atención de los pequeños.

Además deberemos de tener en cuenta que el nivel de vida de más de la mitad de estos niños está por debajo los requerimientos mínimos de higiene y salud, y que, por lo tanto es necesario fomentar la creación de nuevas clínicas, más grandes y funcionales y que cuenten con departamentos de Odontología Preventiva, que ayudaría más para la salub bucal de los niños, que el tener que realizar otra clase de tratamiento.

Una cosa si podemos lograr: conseguir un nivel más alto en conocimientos, mejorar las técnicas de operatoria, de prevención, etc. Considerar que nunca se termina de aprender, y que con el tiempo, la Odontología tendrá mejores procedimientos, contará con mejores materiales, con instrumentos más adecuados, y por lo tanto se necesitará de profesionales más apegados a su trabajo, que verdaderamente muestren más interés y cooperación para realizar lo mejor de sus tratamientos.

Uno de los objetivos de ésta tesis sería que el cirujano dentista de práctica general que trata a niños, tome conciencia de los procedimientos odontopediátricos para el manejo del niño, y los lleve a cabo para obtener la confianza, la amistad y la cooperación del paciente.

Mediante esta relación podremos mostrarles los métodos preventivos que estan a nuestro alcance para tener una mejor salud bucal. Logrando una dentición saludable en la niñez, tendremos más probabilidades de conservar la salud oral de la población adulta en el futuro.

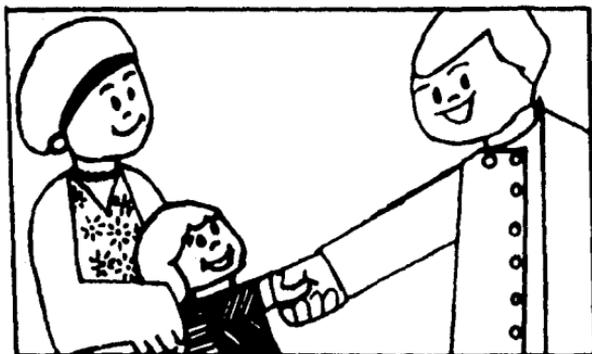
Por otro lado, si logramos que los pequeños sean buenos pacientes, éstos se convertiran en pacientes adultos cooperativos.

Capítulo I

Historia Clínica.

Manejo del paciente.

Disposición del Consultorio.



Una relación ideal con nuestro
paciente:
AMISTAD Y CONFIANZA.

La elaboración de una buena historia clínica es uno de los requisitos previos al tratamiento dental, ya sea que se trate de niños o de adultos.

En Odontopediatría, el examen que se practica al paciente debe de ser muy completo sea éste el primero, ó el examen de rutina que debe practicarse cada seis meses para asegurarse de la salud bucal del niño.

Se revisaran los tejidos blandos: encía, lengua, carrillos, piso de la boca, paladar, labios, etc. Siguiendo con nuestro exmaen, se observará la oclusión, haciendo que el niño abra y cierre la boca y efectúe movimientos de lateralidad. Se examinarán los maxilares para corroborar el estado en cuanto a crecimiento y desarrollo óseo.

Por último, los dientes serán revisados cuidadosamente cuadrante por cuadrante, para determinar el número de dientes cariados, extraídos, obturados, sanos, o bien cuando se trate de dentición mixta, para saber cuales de los -dientes sucedáneos han hecho ya su aparición.

Esto nos dará una visión exacta del estado bucal -del paciente. Algunos médicos anotan también la forma y el estado de la cara, el cuello, etc.

Para poder determinar el estado óseo de los maxilares, el grado de absorción de las raíces de los dientes temporales, o cualquier otra anomalía que no podamos detectar con la observación o palpación, será necesario hacer uso de la Radiología. De esto particularmente hablaremos en el capítulo III.

La mayoría de los odontopediatras opina que se deben incluir exámenes de laboratorio, anotar las fechas de -intervenciones quirúrgicas a que haya sido sometido el pa--

ciente, fechas y tratamientos odontológicos anteriores, etc.

Es necesario que nuestra historia clínica sea lo más resumida posible, pero que contenga los datos necesarios para poder diagnosticar correctamente y hacer un plan de tratamiento adecuado y con seguridad.

Además de que una historia clínica demasiado larga puede volver tediosa la consulta y además deberemos de tomar en cuenta de que es necesario archivarlas y será imposible tener actualizado y en orden ese archivo.

Se han hecho muchos ejemplos de historia clínica, y deberemos comparar algunas para poder elaborar la nuestra propia según nuestras necesidades.

HISTORIA CLINICA

Expediente No. _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de nacimiento _____ Edad: _____ Año que cursa _____

Razón de su visita:

- () revisión (examinación y prevención)
- () tratamiento completo
- () dolor-molestia (emergencia)
- () supervisión de desarrollo (Ortodoncia interceptiva)

Conteste SI o NO:

1. ¿Está su hijo bajo control médico por algún padecimiento?
Diga cual.
2. ¿Ha habido algún cambio en el estado general de salud de su hijo en los últimos años?

3. ¿Toma su hijo algún medicamento actualmente? Diga cual:
4. ¿Está sujeto a algún padecimiento nervioso, desmayos etc.
5. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento?
- 6.- ¿Está su hijo sujeto a cambios sanguíneos o tiene problemas de sangrado.
7. ¿Tiene su hijo moretones con facilidad?
8. ¿Ha tenido su hijo alguna experiencia de reacción alérgica.
9. ¿Tiene su hijo historia de problema de:
corazón, diabetes, asma, epilepsia, fiebre reumática, tuberculosis, riñones,
hígado, u otro padecimiento (favor de subrayar).
10. ¿Ha tenido su hijo alguna reacción no favorable en el pasado con el médico o-
cirujano dentista durante algún tratamiento?
11. ¿Se chupa su hijo el dedo pulgar o alguna otra cosa.
12. ¿Está su hijo tomando vitaminas con fluor o el agua contiene fluor?
13. ¿ Es su hijo adoptado.
14. Si su hijo ha tenido alguna dificultad con su médico o cirujano dentista -
cualquiera que sea su indole describalo.

Nombre del padre o tutor _____
 Nombre de la madre _____
 Dirección del paciente _____
 Responsable del costo del tratamiento _____
 Teléfono _____.

Superior																
	<input type="checkbox"/>															
D																I
Inferior																

En relación a como manejaremos al pequeño, procuraremos hacer un trabajo rápido, delicado y suave, pero primordialmente ordenado: haciendolo por cuadrantes, empezando por el más afectado en cuanto al número de dientes, o en cuanto a la extensión y profundidad de las lesiones cariosas de cada diente.

Manejo del paciente.

En Odontopediatría, tanto como en cualquier otra especialidad de la Odontología, se ha de tomar en consideración la personalidad del paciente, la enfermedad que padece, y como es que ésta enfermedad actua influenciando en su caracter así como la respuesta al tratamiento de la misma.

La primera visita al dentista, es para el niño todo un acontecimiento, y esto provoca el nerviosismo y la curiosidad. Además debemos tener en cuenta que la mayoría de las ocasiones el niño acude a nuestros consultorios cuando existe una salud bucal deficiente y por lo tanto dolor.

Existen muchos motivos para que un niño sienta temor hacia el dentista, pero principalmente es porque recibe la información de adultos que en su niñez recibieron tratamientos traumáticos y por lo tanto relatan su experiencia, algunas veces un tanto exageradas.

Muchas veces los padres amenazan a sus hijos con llevarlos al dentista si no se portan bien. Otras veces reciben una idea indirectamente, cuando llegan a escuchar en las conversaciones un rechazo hacia el tratamiento dental manifestado por los adultos.

Existen también factores favorables y entre ellos podemos contar con:

- Medios educativos sobre la salud, haciendo énfasis en los tratamientos preventivos y que a muchos niños les parece novedoso. (Técnica de cepillado, Dieta recomendable, Mostrar diapositivas o proyectar una película en donde se muestre un consultorio y muchas de las cosas que se utilizan, no presentando cosas que puedan despertar el temor del pequeño, pero no ocultando que habrá ocasiones en que se tenga que hacer uso de ellas)
- Que los padres nos ayuden a preparar al niño positivamente y les cuenten experiencias agradables que hayan tenido, pero sobre todo que les hablen de su salud bucal, que conduce a una buena salud general.
- Y sobre todo, que para las siguientes citas, que la primera visita sea un conjunto de experiencias agradables, sin dolores ni molestias.

Auxiliares en el manejo del niño.

La primera visita es importante como se ha dicho y por lo tanto el niño deberá ser acompañado por sus padres para que por este medio se establezca la confianza, y porque además en ésta cita se establecerá el tratamiento, costo y forma de pago, asuntos que el niño debido a su edad no podría comprender y que el cirujano dentista no deberá tratar con él nunca.

Después de ésta cita, hablaremos con los padres para informarles que después deberán de dejar al niño que entre solo. Hablaremos con el niño para hacerle comprender por medio de palabras sencillas que él debe ser ya una persona responsable por su salud y que queremos que coopere con nosotros para sanarle. Debemos hacernos sus amigos,-

y premiarles (puede ser con palabras cariñosas, alguna cosa que utilizemos como por ejemplo los cartuchos vacíos que tanto despiertan su curiosidad y que por su edad los considera valiosos, con algún pequeño regalo, y con alguna otra atención como felicitarle en su cumpleaños por escrito, cuando es un paciente al que ya estamos habituados a ver tanto si está aún con el primer tratamiento o si acude a revisión cada seis meses) cuando adopten una actitud positiva.

Cuando nos encontremos con casos difíciles tendremos que hacer uso de la persuasión y sobre todo de mucha paciencia. Si nuestros intentos fallan, podremos hacer uso de premedicación como se verá en el capítulo IV y aún de la anestesia general.

Antes de llegar a éste último mencionaremos algunas formas de control.

Control de voz: Cuando el niño solo es ligeramente aprensivo, puede controlarse con un tono de voz firme y de volumen medio que nos ayudará a obtener la atención del niño y por este medio podremos explicarle que es lo que le vamos a hacer y lo que queremos que el haga para ayudarnos y de este modo convencerle en que entre más nos ayude, menos molestias sentirá.

Control obtenido con la técnica de mano sobre boca y nariz: Cuando el niño se pone a gritar o a llorar, y no atiende a nuestro llamado aún si se eleva un poco la voz, se colocará la mano sobre la boca y la nariz sin hacer presión, y con la cara muy cerca de su cara y hablandole al oído preguntándole si quiere que retiremos nuestra mano. Generalmente el niño sentirá que le falta el aire y se callará. Además deberemos decirle que deberá callarse al re-

tirar nosotros la mano, ya que solo queremos verle los dientes.

Quitaremos nuestra mano, y si al hacerlo el niño - vuelve a gritar o llorar repetiremos la acción, dando a : - nuestra voz un tono convincente y como de complicidad. Se-repetirá ésta acción hasta obtener el efecto deseado.

Esto hará que el niño se canse un poco, y mientras-se repone, podremos entablar una conversación en la cual - se toquen puntos de interés para el chico.

Si logramos que el nos conteste y acceda cooperar - en esa primera visita, podemos asegurar su ayuda en todas - las demás citas subsecuentes.

Debemos recalcar, que nunca deberemos engañar al niño respecto a lo que puede llegar a experimentar. No decir - le que no le va a doler, ni cansarlo demasiado.

Disposición del consultorio.

Cuando no contamos con un consultorio diseñado ex-clusivamente para la atención de niños, deberemos adaptar - el que tenemos para darle menos seriedad a éste.

Colores claros, tanto de paredes como techos, iluminación adecuada, un decorado alegre, etc. contribuirán a - alegrar nuestro consultorio.

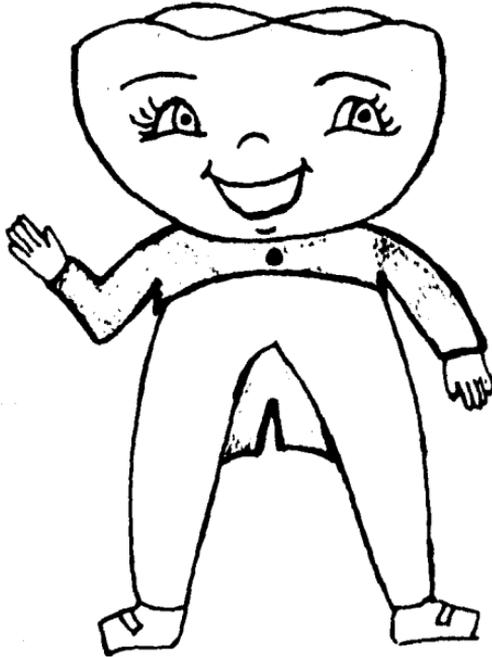
Por lo menos deberemos contar con un área para re-cepcción, una para el sillón y lo indispensable para la práctica de la operatoria, un área destinada al cuarto de rayos X un área para servicios sanitarios.

Lo anterior podría ser considerado como lo mínimo - para realizar nuestros tratamientos odontopediátricos, pero siempre deberemos adaptarnos a lo que tengamos.

Capítulo II

Anatomía de la dentición decidua.

Comparación y diferencias con la
dentición sucedánea.



¡Hola! ¿Quieres conocer a mi familia?

Los dientes primarios son 20, 10 en el maxilar superior y 10 en el inferior. Estos son:

- 2 incisivos centrales
- 2 incisivos laterales
- 2 caninos
- 2 primeros molares
- 2 segundos molares

Esta es la primera diferencia que encontramos con la dentición sucedánea, ya que en la segunda existen premolares (4 en cada maxilar) y terceros molares (2 superiores y 2 inferiores), lo que hace un total de 32 dientes.

Se encuentran además otras características que las hacen diferentes, y podemos mencionar:

TAMAÑO. Son proporcionalmente más pequeños los dientes de la primera dentición, ya que los maxilares infantiles están en etapa de crecimiento.

El ancho mesio-distal de incisivos y caninos es menor que en los de los dientes sucedáneos; no así los molares infantiles que son más anchos mesiodistalmente que sus sucesores los premolares.

ESMALTE. El esmalte de los dientes sucedáneos tiene el doble del espesor de los dientes primarios, aunque no se aprecian diferencias en el contenido mineral.

FORMA DE LA CORONA. Son pequeñas las coronas, pero más bulbosas y con una constricción cervical muy pronunciada. Las caras labiales o bucales de los molares están inclinadas hacia oclusal.

Las caras labial y lingual de los molares convergen

hacia oclusal haciendo que la superficie oclusal sea muy estrecha y una base relativamente amplia.

Los puntos de contacto entre los molares primarios son relativamente amplios y aplanados.

Las fosas y fisuras oclusales de los dientes primarios no son tan profundas ni tan extensas como las de los dientes sucedáneos.

RAICES. Son más finas, acintadas y más largas en proporción con la corona. Las raíces de los dientes anteriores generalmente no presentan la desviación de los ápices hacia distal.

Las raíces de los molares en ocasiones forman como tenazas alrededor de los gérmenes de los sucesores, debido a que divergen y se acomban por lo que se debe tener cuidado al realizar extracciones cuando las raíces no están absorbidas, además de que generalmente el diámetro mesio-distal de las raíces es más ancho que la corona.

PULPA. El contorno sigue la unión amelodentinaria más exactamente que en los permanentes.

Los cuernos pulpares son más largos y puntiagudos que lo que las cúspides sugieren y como la dentina es relativamente más delgada, la pulpa es proporcionalmente más grande.

Los conductos pulpares son finos y acintados siguiendo la forma de las raíces.

COLOR. Se observa una coloración blanco-azulosa en la dentición primaria contrastando con la coloración amarillo-grisácea que llegan a adquirir los dientes sucedáneos.

Morfología de los dientes temporales.

Incisivo central superior: El diámetro mesio-distal de la corona es superior a la longitud cervico-incisal. La superficie vestibular es lisa. El borde incisal es casi o es recto. Hay rebordes marginales bien desarrollados en la cara lingual y el cíngulo está bien desarrollado también.

La raíz de este diente es cónica.

Incisivo lateral superior: Es similar a la del central, pero la corona es más pequeña en todas las dimensiones. La raíz es más larga que la corona y también es cónica.

Canino superior. La corona es muy estrecha en cervical en comparación con los incisivos y las caras mesial y distal son más convexas además de que el borde incisal no es recto, sino que existe una cúspide bien desarrollada.

La raíz es más larga que la corona (más de dos veces el tamaño de ésta), y suele estar inclinada hacia distal.

Primer molar superior: Es un diente tricuspídeo cuyo ancho bucal es mayor que el lingual de manera que se aproxima al contorno triangular de un premolar. A veces puede tener una cúspide accesoria disto-lingual y en estos casos se observa que las cúspides disto-bucal y mesio-lingual están unidas por un puente oblicuo que atravieza la cara oclusal.

Segundo molar superior: Es muy notable el parecido de este diente con el primer molar sucedáneo. Existen dos cúspides vestibulares bien definidas con un surco de desarrollo entre ellas. Hay tres cúspides en la cara palatina-

una mesiopalatina grande y bien desarrollada, una distopalatina y una cúspide suplementaria menor (Tubérculo de Carabelli).

Las raíces son más largas y gruesas que las del primer molar temporal superior, siendo la lingual la más grande y gruesa de todas.

Incisivo central inferior: Es más pequeño que el superior. La cara vestibular es lisa. La cara lingual puede ser aplanada o puede existir una ligera concavidad.

La raíz es aproximadamente el doble del largo de la corona.

Incisivo lateral inferior: Es similar en forma, aunque un poco mayor en tamaño que el incisivo central inferior, el borde incisal se inclina hacia distal. La raíz es aproximadamente del tamaño de la del central.

Canino inferior: En forma es similar al superior. En tamaño es apenas más corta la corona y la raíz 2 mm. aproximadamente, además de que no es tan ancho linguovestibularmente como el superior.

Primer molar inferior: No se parece a ningún diente permanente. Tiene cuatro cúspides. Las dos mesiales son más anchas en sentido buco-lingual y mejor desarrolladas que las distales. El largo de la corona es en la zona mesiovestibular, superior a la mesiolingual.

Las raíces largas y finas se separan mucho en el tercio apical. El extremo de estas es chato, casi cuadrado.

Segundo molar superior: Es un diente que tiene cinco cúspides, tres en la superficie vestibular separadas por surcos; uno mesiovestibular y otro distovestibular, y dos - cúspides en lingual.

El segundo molar inferior es casi rectangular convergente hacia distal.

Las raíces del segundo molar temporal son finas, - además de que son un poco más largas que el largo cervico--incisal de la corona.

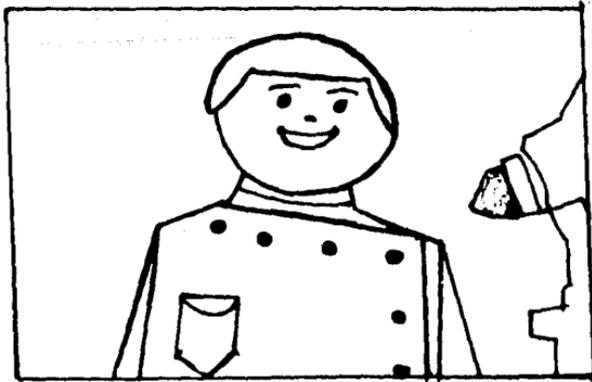
Capítulo III

Técnicas de radiografías periapicales

Radiografías de aleta mordible

Técnica Maxilar Lateral

Técnica para radiografía oclusal



La Radiología es un auxiliar muy importante para diagnóstico en Odontopediatría. Se puede hacer desde un diagnóstico precoz de caries, hasta el descubrimiento de trastornos metabólicos (hipocalcificación por ejemplo), problemas de desarrollo, etc.

Según Brown, las anomalías que se deben encontrar en una radiografía, se clasifican en cuatro grupos:

1. Anomalías de número. Ausencia congénita de dientes, anodoncia parcial o total y dientes supernumerarios.

2. Anomalías de forma. Esta clasificación incluye dientes cónicos, incisivos de Hutchinson, molares aframbuesados, hipoplasia de Turner, deslaceración, dens in dente, raíces supernumerarias, macrodoncia o microdoncia y geminación.

3. Anomalías de posición. La erupción ectópica más común se produce con los primeros molares permanentes. Esta situación suele involucrar una reabsorción ectópica coincidente del segundo molar temporal.

4.- Anomalías de textura. La más común es la caries. Algunas otras son amelogénesis y dentinogénesis imperfectas.

Pero además de éstas anomalías, se podrá descubrir tartaro, reabsorción interna, raíces o coronas fracturadas, lesiones periapicales, quistes dentígeros, enoplasias, fracturas del reborde alveolar, enfermedad parodontal, fisuras, quistes de las hendiduras, taurodoncia y puentes dentinales y además permitirá obtener una imagen relativamente exacta del tejido pulpar.

Examen bucal de 12 radiografías. Se emplea para ni

ños entre 6 y 12 años. Incluyen 4 periapicales de los molares temporales, 4 periapicales de los caninos, 2 periapicales de los incisivos y 2 posteriores de aleta mordible. Para este examen se utilizarán películas periapicales número 0 y número 2. En ocasiones se puede completar éste examen con películas maxilares laterales extraorales (5" x 7"). - Examen bucal de 16 radiografías. Se utiliza éste tipo de examen en niños de 12 a 14 años y adolescentes. Comprenden 4 periapicales de molares, 4 de premolares, 4 de caninos, - 2 de incisivos y 2 extraorales maxilares laterales.

Técnica de radiografías periapicales.

Para la toma de las radiografías periapicales superiores, la cabeza debe conservar una misma posición y lo que variará será la posición de la película y el cono del aparato.

Se coloca la cabeza del niño de manera que el plano sagital medio sea vertical al piso. La línea ala-tragus debe ser paralela al piso.

Primer molar permanente: Se coloca la película de manera que toda la tuberosidad del maxilar y los molares queden registrados. El borde superior de la película está casi en la línea media del paladar, y las puntas de las cúspides deben quedar cerca del borde oclusal (0.5 cm).

El rayo central entra por debajo del ángulo externo del ojo sobre la línea ala-tragus. El ángulo vertical recomendado es de 30 grados sobre la horizontal.

Premolares o molares temporales superiores: Se dobla ligeramente la película. El borde superior de la película estará cerca de la línea media del paladar, y la punta anterosuperior irá lo más adelante posible.

El rayo central penetra por un punto debajo de la pupila, sobre la línea del ala al tragus. El ángulo vertical es de 35 grados sobre la horizontal. El rayo central es así perpendicular al eje mesiodistal del paquete o a la tangente mesiodistal de las caras vestibulares de los premolares o molares temporales.

Caninos temporales o permanentes superiores: Se coloca el paquete diagonalmente de manera que el ángulo posteroinferior esté debajo de la punta de la cúspide canina.

El canino y el incisivo lateral deben quedar completamente registrados. El ángulo anteroinferior suele extenderse más allá del borde incisal de los incisivos centrales y el ángulo anterosuperior estará por palatino de los premolares del lado opuesto.

El rayo central penetrará por el ala. El ángulo vertical es de 40 grados sobre la horizontal. El rayo central debe ser paralelo a las caras proximales del canino y el lateral.

Incisivos temporales o permanentes superiores: En ocasiones es necesario hacer un doblez en la película cuando el espacio es muy angosto para que los lados queden paralelos al eje mayor de la película. El borde incisal de estos dientes quedará a unos cinco milímetros del borde incisal del paquete.

El rayo central entra por la punta de la nariz. El ángulo vertical recomendado es de 45 grados sobre la horizontal.

Para la toma de radiografías periapicales inferiores, se coloca la cabeza de manera que el plano medio sagital sea vertical. La línea del tragus al ángulo de la boca

será paralela al piso.

Al igual que para las superiores, la posición de la cabeza es la misma y lo que varía es la posición de película y el cono.

Incisivos temporales o permanentes inferiores: El paquete se coloca de manera que se registren los cuatro incisivos.

El borde inferior de la película irá debajo de la lengua lo más profundamente posible antes de que el borde anterior del bloque de mordida sea colocado sobre los bordes incisales. El rayo central penetra a un cm. por sobre el borde inferior de la mandíbula, en línea por debajo de la punta de la nariz. El ángulo vertical es de 10 grados bajo la horizontal.

Caninos temporales o permanentes inferiores: El borde inferior de la película se coloca lo más debajo posible de la lengua antes de que el bloque de mordida se ubique sobre el borde incisal del canino inferior. El rayo central penetra aproximadamente un centímetro por sobre el borde inferior de la mandíbula en un punto por debajo del ala de la nariz. El ángulo vertical es de 10 grados debajo de la horizontal.

Premolares o molares temporales inferiores: Se dobla la película un poco y se coloca de manera que queden registrados los premolares o molares temporales y los dientes adyacentes. El ángulo anteroinferior plegado será colocado lo más anteriormente posible en la línea media o sobre el frenillo lingual.

El rayo central entra a un centímetro del borde inferior de la mandíbula en línea por debajo de la pulpa. El

ángulo vertical es de 5 grados por debajo de la horizontal.

Molares permanentes inferiores: Se coloca la película de modo que quede registrada la zona retromolar o el borde anterior de la rama ascendente, los molares.

El rayo central entra a un centímetro sobre el borde inferior de la mandíbula en un punto por debajo del ángulo externo del ojo.

El ángulo vertical será de cinco a cero grados por debajo de la horizontal.

Radiografías de aleta mordible.

Se debe colocar la cabeza del paciente de manera que el plano medio sagital sea vertical. La línea que va del ala al tragus deberá ser horizontal.

La película se coloca de modo que el borde inferior de ésta se encuentre en el piso de la boca entre la lengua y la cara lingual de los molares. Si se tratara de radiografías con aleta especial para ésta técnica, se colocará entre las caras oclusales de los dientes. De esta manera, el borde anterosuperior deberá quedar en contacto con el paladar.

El dentista sostiene la aleta contra las caras oclusales y pide al paciente que cierre; al momento en que el paciente va cerrando, el dentista deberá ir retirando los dedos.

El rayo central penetra por el plano oclusal, en líneas por debajo de la pupila. El ángulo vertical es de 5 a 10 grados sobre la horizontal.

Técnica maxilar lateral.

En ésta técnica se utiliza una película de 5" x 7", ya que será una toma extraoral.

El plano oclusal del paciente será paralelo al piso, el plano sagital sera perpendicular. El eje mayor de la película estará perpendicular al piso y se apoyará en el hombro del paciente y contra su cara.

El niño sostendrá la película contra la cara con su mano extendida y con los dedos separados. La nariz deberá pegar con la película, y entonces se pedirá al paciente que levante ligeramente el mentón.

El rayo central entra por un punto media pulgada de bajo y detrás del ángulo de la mandíbula por el lado opuesto al que se radiografiará.

Técnica Oclusal

Anterior Superior: El plano oclusal del paciente debe ser paralelo al piso. Se coloca una película periapical número 2 de manera que el plano medio sagital divida en dos partes iguales la película. Se indica al paciente que muerda para sostener la radiografía y el borde anterior debe sobresalir 2 mm. del borde incisal de los dientes anteriores.

El rayo central se encuentra dirigido hacia los ápices de los incisivos centrales, por sobre la punta de la nariz siendo el ángulo vertical de 65 grados sobre la horizontal.

Anterior Inferior: La posición de la película es idéntica a la superior, pero se pedirá al niño que heche la

cabeza hacia atrás para que el plano oclusal quede a 45 grados respecto del plano vertical.

El ángulo del rayo central sera de 25 grados por debajo de la horizontal, coincidiendo con la línea media y dirigido a los ápices de los centrales inferiores.

Posterior Superior: El plano oclusal del paciente debe estar paralelo al piso, con el plano sagital perpendicular a éste. La película se coloca de manera que el borde anterior de ésta descansa entre el canino y el lateral. El borde sobresaldrá también 2 mm por delante de las caras vestibulares de los molares. El niño deberá morder para sostener la película.

El rayo se dirige hacia los ápices de los molares temporales por entre sus caras proximales. La angulación sera de 60 grados sobre la horizontal.

Capítulo IV.

Anestesia y Premedicación

Anestesia General.

Introducción

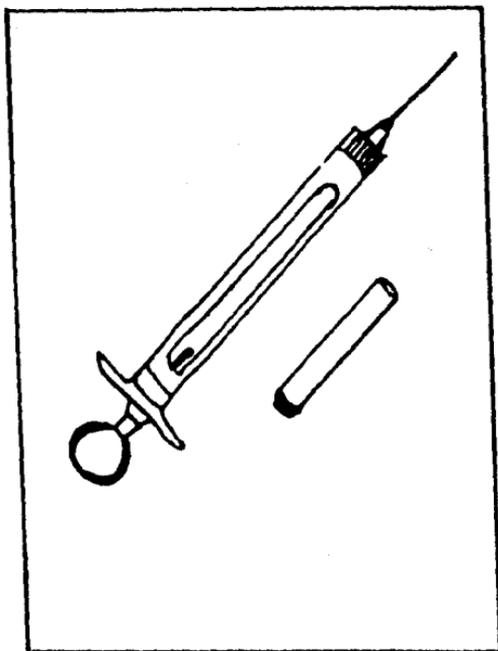
Instrumental

Técnicas de Anestesia

Premedicación

Fármacos utilizados en premedicación
odontopediátrica.

Anestesia General.



Para poder efectuar un trabajo dental con rapidez y comodidad, es necesario haber efectuado la anestesia de la región a tratar.

En Odontopediatría es tanto o más necesario lograr una buena anestesia, ya que así el niño aceptará los procedimientos y nos agradecerá que le evitemos lo más posible - el dolor.

Una inyección con técnica suave es fundamental en el tratamiento de pacientes infantiles, ya que se sentirán más confiados en que el cirujano dentista no desea causarles daño.

Los requisitos principales para la técnica de anestesia local incluyen:

1. Una buena historia clínica, para asegurarse de que el paciente puede resistir la aplicación del anestésico.

2. El conocimiento del tipo y técnica de la anestesia necesaria.

3. Agujas estériles y bien afiladas.

- 4.- Una técnica que disminuya el miedo del niño y que lo haga accesible a tratamientos futuros.

Aún para el niño más pequeño, normalmente no existen contraindicaciones para el uso de anestesia local.

Instrumental

- Jeringa
- Agujas desechables

- Anestesia tópica
- Anestesia local
- Aplicadores de algodón.

Jeringa

Muchos autores opinan que el uso de jeringa con ar-
pón es mejor para poder succionar en el momento de aneste-
siar para estar más seguros de que se aplica correctamente.
Esto puede resultar un poco traumático para algunos pacien-
tes, entonces puede hacerse uso de una jeringa común y co-
rriente y se evitaban problemas al hacer la infiltración -
muy lentamente.

Agujas desechables

Se recomiendan desechables porque siempre las ten-
dremos listas para usarse, perfectamente estériles y afila-
das. Esto nos ayudará para evitar infecciones y además pro-
ducirá menos dolor, ya que penetrará rápidamente.

Anestesia Tópica

Nos ayuda a reducir o eliminar el malestar de la -
penetración de la aguja. Esto es muy importante al tratar-
con niños. Además de que contamos con anestésicos tópicos-
de sabor agradable y que no produce irritación de mucosa.

La anestesia tópica puede encontrarse en dos presen-
taciones: spray y pomada. La elección dependerá del cirujano
no dentista.

Anestésicos locales

Es amplia la variedad de anestésicos locales que en-
contramos a nuestra disposición y por lo tanto esto quedará

a criterio del cirujano dentista para la elección.

Existen un index donde se presenta detalladamente - la composición, tiempo de duración, indicaciones y contraindicaciones, reacciones secundarias, etc. De cada uno de - los anestésicos. La presentación es en cartuchos de 2 ml.

Aplicadores de algodón

Nos sirven para limpiar la zona en donde se va a hacer la infiltración y que quede seca para que penetre más - fácilmente la aguja.

Nervios y Zonas que inervan

Nervio dentario inferior: dientes inferiores hasta la línea media. Frecuentemente el incisivo central y los - tejidos blandos de los labios son inervados por fibras del - nervio opuesto alveolar inferior.

Nervio Lingual: tejidos linguales blandos hasta la - línea media y los dos tercios anteriores de la lengua.

Nervio Buccinador: Mucosa del carrillo y tejidos - blandos vestibulares de revestimiento de los dientes poste- riores y una parte de los caninos.

Nervio Dentario Posterosuperior (cigomático): Mola- res temporales y primeros molares permanentes superiores, - también los tejidos blandos que los rodean.

Nervio Dentario Superior Medio: Raiz mesiovestibu-- lar de los primeros molares sucedáneos, premolares, molares temporales, tejidos blandos de revestimiento vestibular de - estos dientes, así como de los caninos. Frecuentemente falta y en tales casos, es el nervio alveolar posterosuperior- el que suple estas estructuras.

Nervio Dentario Anterosuperior: Incisivos y caninos, y los tejidos blandos vestibulares que los recubren.

Nervio Palatino Anterior: rodea los tejidos de los molares temporales, permanentes y premolares y la porción palatina que rodea los tejidos blandos del canino.

Nervio Nasopalatino: Rodea los tejidos blandos de los incisivos y la porción palatina que rodea los tejidos blandos del canino. Contribuye a la inervación de los incisivos centrales y laterales.

Técnicas de Anestesia.

1. Anestesia regional del dentario inferior

Según varios estudios de la anatomía cara y cuello de niños se informó que el agujero de entrada del dentario inferior está por debajo del plano oclusal de los dientes temporales del niño por lo que la inyección debe ser dada algo más abajo y más atrás que en los adultos,

Se coloca el pulgar sobre la superficie oclusal de los molares con la uña sobre el reborde oblicuo interno y la yema descansando en la fosa retromolar. La aguja es insertada desde el lado opuesto de la boca y debe dividir en dos la uña cuando el tejido es penetrado. Se inyecta una pequeña porción en el tejido que se penetra continuando hasta que la aguja toca el hueso y cuando esto sucede, la aguja debe ser llevada suavemente, comprobar si no es aspirada sangre e inyectar el anestésico espaciadamente. La profundidad de la penetración oscila en unos 15 mm., pero variará con el tamaño del maxilar inferior y la edad del paciente.

2. Anestesia regional del nervio lingual

Se anestesia en el trayecto al efectuarse la anestesia del nervio dentario inferior.

3. Anestesia regional del buccinador

Se deposita la solución en el surco vestibular adyacente al primer molar permanente.

Todos los dientes del lado inyectado estarán anestesiados para los procedimientos operatorios, con la posible excepción de los incisivos que puedan recibir inervación cruzada del lado opuesto.

4. Anestesia regional del nervio nasopalatino

Anestesia los tejidos palatinos de los seis dientes anteriores si se hace entrar la aguja en el conducto es posible lograr una anestesia profunda de los seis, aunque es muy dolorosa.

La vía de inserción de la aguja corre a lo largo de la papila incisiva justo por detrás de los incisivos centrales. El malestar que se produce por esta inyección puede ser disminuido si se deposita solución a medida que avanza la aguja.

5. Inyección palatina anterior

En el niño con solo la dentición temporal se anestesiara colocando la aguja a unos 10 mm. posterior a la caradistal del segundo molar temporal. No es necesario penetrar a el agujero palatino posterior. Se inyectaran lentamente pequeñas cantidades donde el nervio emerge del forámen.

6. Técnica suprapariética

Se deberá depositar la solución anestésica frente - a los ápices de las raíces vestibulares y cerca del hueso.

El punto de punción está en el surco vestibular por encima de las raíces de los dientes. La aguja se colocara en una angulación de 45 grados aproximadamente con el bisel hacia la mucosa y deberá inyectarse la solución lentamente.

Premedicación

Cuando nos encontramos con pacientes aprensivos y - que, aún después de intentar convencerlos no cooperan para poder realizar el tratamiento, debe hacerse uso de fármacos para calmarlos aunque generalmente debe restringirse la premedicación.

Se deben considerar los siguientes puntos para de--terminar las dosis que deben aplicarse para una premedica--ción satisfactoria:

1. Edad del niño: en general el niño menor requiere menos medicación.
2. Peso del niño: cuanto más pesado es, se necesita rá más medicación.
3. Actitud mental del niño: un niño nervioso, excitable y desafiante suele requerir una dosis mayor de medicamento.
4. Actividad física del niño: un niño hiperactivo y de pronta respuesta es candidato para aumen--tarle la dosis.

5. Contenido estomacal: si se prevee la necesidad de medicación, el niño deberá ingerir una comida liviana o se le dará la premedicación con el estómago vacío.
6. Momento del día: en general es necesaria una dosis mayor para el niño en las horas de la mañana que en las vespertinas o en cualquier momento que sea considerado de descanso del niño.

Los propósitos más importantes de la premedicación son los siguientes:

1. Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.
2. Elevar el umbral del dolor.
3. Controlar las secreciones de las glándulas salivales y mucosas.
4. Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
5. Controlar los trastornos motores (en enfermos de parálisis cerebral).

Selección de Fármacos

Dependerá en parte al manejo de comportamiento del paciente y podrá clasificarse:

- 1) Niños que necesitan premedicación preventiva.
- 2) Niños que necesitan medicación de control.

La diferencia consiste en que los niños que pertenecen al segundo grupo son pacientes que no pueden establecer una cooperación con el profesional debido a que sean de cor

ta edad (menores de 4 años), que tengan algún padecimiento mental o alguna otra perturbación.

Vías de administración

Principalmente podemos hacer la administración por vía oral o vía parenteral (administración intramuscular o intravenosa).

La medicación por vía oral ofrece las ventajas siguientes:

1. Puede ser administrada por el familiar.

2. La medicación se deberá suministrar a la hora indicada por el dentista, con el objeto de obtener el nivel efectivo de la misma cuando se practique el tratamiento.

3. La administración por esta vía no produce en el niño ningún temor ni dolor.

Desventajas:

1. El contenido estomacal retarda la absorción de la droga, por lo tanto el efecto puede prolongarse o reducirse (esto lo hemos mencionado antes; si se prevee correctamente esta situación no habra problemas).

2. El dentista dependerá de la cooperación de la familia.

3. El niño puede reaccionar desfavorablemente al sabor de la droga.

Vía parenteral

La inyección intravenosa no es muy aconsejable, so-

bre todo en pacientes muy pequeños, principalmente en los menores de cinco años.

La vía intramuscular es empleada en ocasiones, pero se debe practicar al niño una hora antes de su cita al consultorio.

También se pueden mencionar algunas ventajas:

1. Efecto más rápido
2. Mayor acción sedativa
3. Menor duración que el equivalente de una dosis administrada por vía oral.

La elección deberá basarse por lo tanto en todo lo antes mencionado y se tomaran todas las precauciones posibles en cada caso.

Entre los fármacos con los que podemos contar actualmente para lograr una premedicación satisfactoria se encuentran los siguientes:

Hidroxizina (Atarax, Vistaril)

Agente psicosedativo muy usado en la práctica odontológica, derivado del difenilmetano.

Es sedativo, antihistamínico, antiespasmódico, antiemético y ligeramente anticolinérgico.

Se absorbe en el tracto gastrointestinal y sus efectos se manifiestan a los treinta minutos, el umbral de este efecto puede anticiparse a las dos horas después de su administración, que puede ser por vía oral, desapareciendo a las seis horas.

No induce a un verdadero sueño, por lo que constituye una ventaja en la odontopediatría.

El uso de este medicamento es muy seguro y no hay efectos secundarios generalmente.

Se presenta en forma de tabletas: 10, 25, 50 y 100-mg. jarabe: una cucharadita equivale a 10 mg. y solución inyectable: 25 mg/ml y 50 mg/ml.

La dosis varía según el paciente y podemos observar que los diferentes autores indican:

- a) Lang: 50 mg. una hora antes de la cita
- b) Capper: 30 mg. una hora antes de la cita
- c) Pretell, Alexander y Stewart: 20 a 30 mg. por vía oral cuarenta y cinco minutos antes de la cita.
- d) McDonald hace referencia a su libro que la dosis adecuada es de 10 a 70 mg aunque no especifica el tiempo en que debe administrarse.
- e) Law y Lewis: suspensión de Vistaril 25 mg antes de la cita.

La dosificación la puede hacer el cirujano dentista basado en los criterios anteriores.

Prometazina (Fenergan)

Derivado de la fenotiazina, sedativo preoperatorio, usado en odontopediatría. Uno de los antihistamínicos más potentes y actúa como potenciador de otros fármacos. Cuando se emplea sólo, se recomienda una dosis de 12.5 a 25 mg. La prometazina se presenta en ampollitas de 25 mg/ml en jarabe son 6.25 mg/5ml.

Depresor respiratorio, se han reportado casos de hipotensión, hiperexcitabilidad y pesadillas en niños a los cuales se les administraron de 75 a 125 mg.

Se recomienda su administración asociada con otras drogas para obtener mejores resultados, tanto en el tiempo de acción como en que se reducen los problemas de efectos secundarios.

Clorhidrato de Meperidina (Demerol, Lorfan, Narcon)

Es un narcótico sintético, droga de potente poder analgésico, además es espasmolítico y sedante y tiene un ligero efecto de anestésico local. Es más o menos la mitad de efectivo que la morfina, pero más efectivo que la codeína.

Es el medicamento de elección para el paciente temeroso pero que coopera, para el que tiene una cardiopatía congénita en la cual es conveniente aliviar la angustia, y para los niños física y/o mentalmente disminuidos.

Desventajas:

Puede provocar depresión respiratoria, náusea y vómito.

No debe emplearse en niños con padecimientos de obstrucción pulmonar crónica con disfunción hepática.

Su principal efecto clínico es somnolencia, xerostomía, y puede llegar a producir náusea y vómito.

El efecto nocivo de la droga se puede disminuir con el uso de la co-medicación, ya que se puede asociar con otros fármacos y así se emplea menos narcótico y obtener un efecto sedativo deseado.

La dosis es administrar 1 mg por libra de peso, pero no es conveniente llegar ni sobrepasar los 100 mg.

Para cuando llegue a ocurrir una depresión respiratoria producida por el demerol, se debe tener a su alcance Clorhidrato de Nalorfina (Nalline) y se administrará de 5 a 40 mg. por vía intramuscular.

Dosis:	18 mg.	en niños entre 3 y 4 años de edad
	25 mg.	5 y 6
	37 mg.	7 y 8
	50 mg.	9 y 12

Alfaprodina (tigan, nesentil)

Es un narcótico que se administra generalmente por vía subcutánea. Su efecto puede presentarse a los 5 ó 10 minutos después de administrarse. Se metaboliza en el hígado y su efecto desaparece a las dos horas por lo que se emplea en Odontopediatría para procedimientos cortos.

Si se administra por vía intravenosa, su efecto se produce a los dos minutos, pero no es recomendable porque debido a la rapidez de la respuesta la reacción es difícil de controlar.

No produce una sedación profunda, por lo que el paciente no se encuentra completamente dormido, la droga no es efectiva en los casos de problemas severos de conducta

Dosificación:

El nivel se calcula en 0.5 mg/lb de peso.

El nesentil o alfaprodine puede contribuir a obtener la cooperación del niño en el consultorio. Se encuentra indicada para preescolares.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

40

Anestesia General

Antes de que un paciente sea sometido a un anestésico general, deberemos de hacernos varias preguntas:

1. ¿Hay una disminución o un problema psicológico o de conducta tan importante que impida al niño cooperar en el consultorio dental?
2. ¿El trabajo por realizar es de tal magnitud como para que el paciente no quiera cooperar?
3. ¿Se cuenta con un equipo satisfactorio? Medicamentos para emergencias, medios de resucitación y comodidades adecuadas para la recuperación post-anestésica, etc.
4. ¿Están el anestesista experimentado en el tratamiento de niños y familiarizado con las peculiaridades pediátricas?
5. ¿Ha sido el niño objeto de una revisión física y de una investigación de laboratorio adecuadas? ¿Ha sido preparado emocionalmente para esa clase de intervención?

Si la respuesta a todas las preguntas anteriores es sí, decidiremos si es conveniente o no el uso de la anestesia general.

Indicaciones para la anestesia general

1. Niños con retardo mental, al punto que el odontólogo no pueda comunicar la necesidad de atención odontológica.
2. Niños en quienes no se puede lograr un control adecuado de la conducta por los procedimientos habituales a tal-

efecto, complementados con premedicación, anestésicos - locales y un grado aceptable de restricción.

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

Es conveniente recordar que el acto anestésico-quirúrgico va asociado a otros eventos, que contribuyen a hacerlo emocionalmente más traumático:

1. El padecimiento en si.
2. La hospitalización. El cambio de medio ambiente puede llegar a perturbar a nuestro paciente, aunque en muchos casos el tiempo de hospitalización es mínimo.
3. El acto quirúrgico: debe de ser para el niño un procedimiento que no le produzca ni le aumente su temor o ansiedad, ya que el niño deberá estar perfectamente premedicado y no tiene porque sufrir ninguna alteración emocional.

Se debe informar tanto a los padres como a nuestro paciente en forma sencilla y clara lo que vamos a efectuarlas sensaciones o molestias que puede llegar a experimentar el sitio y equipo donde serán realizados etc. Esto nos ayudará en el manejo del paciente y en la preparación de la intervención.

Muchos de los dentistas hacen uso de los hospitales para la atención de los pacientes, aunque algunos opinan - que se puede realizar la intervención en el consultorio.

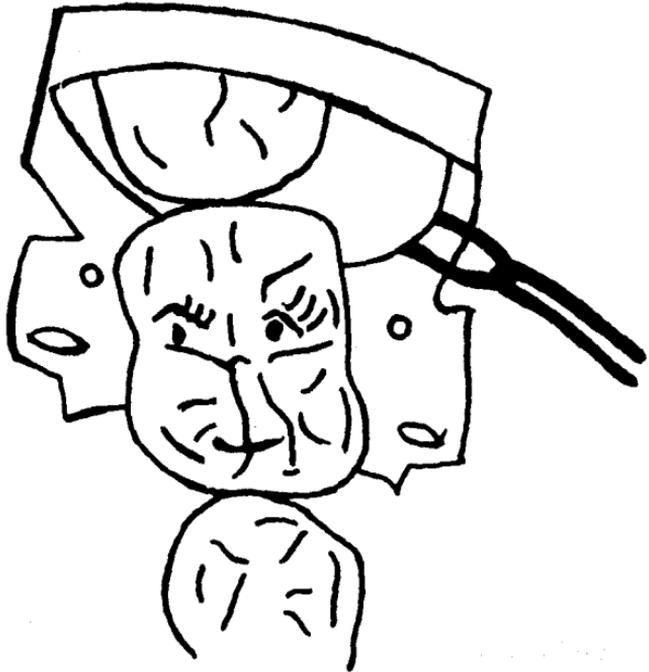
Los anesthesiólogos opinan que podría ser peligroso-realizar un tratamiento dental con anestesia general en un-consultorio porque no se cuenta con equipo especializado pa-ra resolver alguna emergencia que se pudiera presentar.

Es necesario pues que nosotros brindemos todas las-comodidades y seguridades a nuestros pacientes.

Capítulo V

Técnicas para aislar el campo operatorio.

- Dique de hule
- Rollos de algodón
- Comparación entre ambas técnicas.



¡UF!

Dique de Goma

El uso del dique de goma como medio de aislar nuestro campo operatorio nos brinda muchas ventajas sobre otras técnicas:

1. Control más efectivo del paciente (sobre todo en Odontología Infantil), porque supone un aislamiento de la zona a tratarse.

2. Protección mayor para el paciente, contra el hecho de trabajar y aspirar cuerpos extraños que pueden contactar con la parte posterior de la boca.

Es importante su uso sobre todo cuando se trabaja con anestesia general.

3. Mejor restricción de lengua, carrillos y músculos linguales de movimientos involuntarios, como en los casos de parálisis cerebral por ejemplo.

4. Menor tiempo operatorio, debido al control del paciente.

5. Mayor visibilidad. Contrastan mejor las estructuras del diente.

6. Mejorar la educación paterna, pues el dentista podrá mostrar el tratamiento efectuado al niño. Así podrá también indicarle los cuidados que debiera tener con la salud del niño.

7. Elimina el peligro de contaminación del material de obturación (amalgama, silicatos, resinas, etc.) por la saliva o algún otro fluido extraños.

8. Util auxiliar en tratamientos endodónticos.

9. Fácil colocación. Con la práctica el dique de goma podrá colocarse en 2 minutos aproximadamente.

Todas estas ventajas lo hacen el procedimiento de elección para aislar el campo operatorio.

Material e Instrumental.

Dique de hule: generalmente viene en dos presentaciones: en rollo o precortado. Tres tipos: liviano, medio y pesado. Dos colores: claro y oscuro.

Pinza Perforadora: Tiene 5 orificios que usaremos según el diente que nos servirá para colocar la grapa y según los dientes que vayan a aislarse.

Pinza portagrapa

Arco de Young

Grapas

Hilo dental

Tijeras

Instrumento plástico o de puntas romas

Al hablar de las grapas deberemos de hacer comparaciones entre las indicaciones que cada autor nos da.

En Odontopediatria se utilizan las siguientes grapas:

Ivory No. 14, No. 8A y No. 00

No. 14 A, No. 2 y No. 4

S.S.W. No. 1 A, No. 2 A, No. 3 A, No. 4 A

No. 27 (sin aletas)

Ash. No. 14, No. 14 A.

Entre todas estas podemos hacer muestra elección.

Técnica

Se perfora el dique según el diente o dientes que se aislarán.

Estos dientes deberán estar libres de restos alimenticios, por lo que se hará una limpieza antes de empezar cualquier procedimiento.

Se lubrican los labios y las comisuras de la boca del paciente, y también los orificios del dique de goma en la parte que va a quedar en contacto con los tejidos blandos del paciente.

Escoja la grapa probando y prefiera la que ofrezca la resistencia necesaria al tratar de colocarla sobre el diente.

Puede colocarse la grapa con el dique juntos, o también se puede colocar primero el dique en los dientes a aislar y colocar después la grapa, o la grapa primero y colocar el dique después.

De cualquier forma en que se coloque, deberá tenerse cuidado de que se adapte perfectamente a las coronas de los dientes y para esto se usará el instrumento de puntas romas cuidando de no rasgar el dique.

Se atará un trozo de hilo dental para asegurarnos de que si llegara a zafarse no se pierda o no nos cause problemas con el paciente.

Ya estabilizada la grapa con el dique y habiendo revisado que esté bien colocada, se procede a colocar el arco de Young.

Para la eliminación de la saliva o el agua del airtrotor utilizaremos el sistema de eyectores.

Ahora ya podemos empezar a realizar nuestro tratamiento.

Hay ocasiones en que no se puede colocar la grapa - si el diente está muy destruido, esto se puede solucionar - colocando una banda alrededor y cementandola de manera que nos sirva de anclaje.

Rollos de Algodón

Quando por algún problema no es posible colocar el dique de hule a pesar de todos nuestros esfuerzos, tendremos que recurrir a el uso de rollos de algodón.

Aunque se utilizan para aislar el campo no ofrecen la mitad de las ventajas del dique de goma.

Es necesario estar cambiando constantemente para - que tengan la suficiente capacidad de absorber todo el fluído.

Suelta un poco de pelusa y esto puede pegarse al material de obturación, manchandolo o dificultando su uso.

Es necesario que se utilicen aditamentos especiales: portarrollos que usualmente son incómodos y poco aceptados por el paciente.

Colocación.

Asegurese de que el rollo de algodón en la posición lingual quede por debajo de la lengua. Con frecuencia, es necesario recortar el rollo de algodón que va en lingual pa

ra evitar que el paciente sienta náuseas.

En el arco superior, el rollo de algodón se debe colocar en el pliegue mucobucal, deslizándolo hacia la mejilla a la vez que se lleva a la posición deseada. El rollo queda fijo en su posición.

Del mismo modo que en la técnica del dique de hule-usamos el sistema de eyectores, en la colocación de los rollos de algodón nos será de doble utilidad su uso.

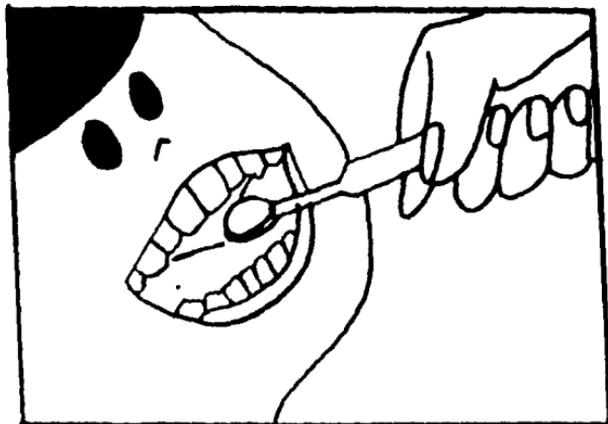
Queda a elección del dentista y según con las instalaciones con las que cuente el uso de la técnica para aislar el campo operatorio.

Capítulo VI.

Diseño y apertura de cavidades en
dientes primarios.

Cementos más utilizados en Odonto-
pediatría.

Materiales de Obturación.



Preparación de cavidades.

Se consideraran los principios que se utilizan para la preparación de cavidades en dientes sucedáneos, aunque - es necesario hacer modificaciones teniendo en cuenta la anatomía de nuestros dientes primarios.

Incisivos y caninos primarios.

Cuando existen lesiones cariosas de tamaño moderado en las caras proximales de estos dientes, se debe modificar la preparación típica de la clase III. Se puede lograr mejor retención mediante la preparación de una cola de milano lingual en superiores, y una cola de milano labial o bucal en los inferiores.

La cola de milano no debe extenderse incisalmente - más allá del tercio medio de la corona debiendo limitarse - al tercio medio y cervical para evitar así que llegue a producirse exposición pulpar.

Se hace la preparación con fresa de fisura de la - porción proximal de la cavidad. No se hará retención incisal en estos casos. La pared axial debe ser convexa con el fin de hacerla paralela al contorno externo del diente.

Generalmente no se hacen preparaciones de cuarta ó quinta clase, sino que se prefiere eliminar caries y hacer una preparación para la colocación de coronas de acero-cromo o de policarboxilato, que requieren de un desgaste mínimo y hablaremos después de ellas.

Molares Primarios.

Primer molar superior: La preparación de cavidades en el primer molar superior (M-O, O y D-O), puede conside-

rarse en forma parecida a las que se recomienda para los premolares superiores de la dentición sucedánea.

Debe recomendarse que se redondeen todos los ángulos de la preparación, que las paredes sean paralelas al contorno externo del diente; que la profundidad sea uniforme y el piso sea curvo ligeramente, lo que nos proporcionará mejor retención y resistencia a la compresión cuando se trata de dientes primarios.

Segundo Molar Superior: La preparación de cavidades (MO, O DO, OL y L) para el segundo molar primario es similar a la del primer molar permanente superior. El reborde transversal de la superficie oclusal es relativamente mayor. El contorno de la cola de milano oclusal en una cavidad clase II debe llegar solamente hasta el reborde transversal. Esta se atraviesa únicamente cuando está afectado por la caries.

Primer Molar Primario Inferior: La anatomía de éste diente hace que la preparación de cavidades sea difícil. La más utilizada es la DO. La medida bucolingual de la corona de este molar a nivel del tercio gingival es considerablemente mayor en mesial que en distal.

Tomando en cuenta eso, la cavidad DO debe hacerse cuidadosamente, porque las paredes marginales pueden quedar muy delgadas y/o el istmo muy estrecho. Existe un reborde transversal en la superficie oclusal del primer molar inferior, el cual se debe considerar en la misma forma que el puente transversal del molar superior. Por debajo de las cúspides mesiobucal y mesiolingual se encuentran relativamente cercanas las extensiones de los cuernos pulpares respectivos.

Si durante la preparación de una cavidad se cruza -

el reborde transversal, se aumenta la irritación pulpar y - los riesgos de una exposición mecánica son mayores.

Si se presenta caries en ambas fosas oclusales es - preferible hacer restauraciones individuales, especialmente en dientes con un reborde transversal definido y pronunciado. Si es un caso de caries en las superficies mesial y - distal se debe colocar una corona de acero inoxidable en lugar de una preparación MOD o dos preparaciones clase II independientes.

Segundo Molar primario inferior: La preparación de cavidades en el segundo molar primario inferior, es similar a la utilizada para los primeros molares permanentes inferiores, excepto en el caso de una fisura bucal exageradamente profunda. En este caso, la preparación puede ser independiente y su forma será elíptica y paralela a la fisura.

Preparaciones MOD

Quando existen lesiones proximales tanto en la superficie mesial como en la distal de cualquier molar primario, se debe colocar una corona de acero inoxidable.

Preparación de una cavidad clase II

Los principios básicos en la preparación de cavidades en los dientes primarios no cambian a pesar de las modificaciones que deban sufrir.

1. Protección de las estructuras de soporte del tejido pulpar.
2. Remoción del esmalte desmineralizado y de la dentina cariada e infectada.

3. Extensión de los márgenes de la cavidad hasta - aquellas áreas que pueden considerarse como no susceptibles o de auto-limpieza.

4. Preparación de la cavidad de tal manera que las estructuras sanas y la restauración de amalgama resistan la fuerza y el "stress" masticatorio.

Fallas Mecánicas en la Preparación de Cavidades.

1. Una extensión inapropiada en áreas relativamente inmunes es una invitación a la caries recurrente.

Extender la preparación de la cavidad a puntos y fi suras potencialmente susceptibles a la caries, es lo indica do.

2. Un esmalte socavado y sin soporte se fractura - con facilidad dando como resultado márgenes defectuosos. - Remueva con cinceles el esmalte sin soporte.

3. Si el itsmo oclusal es estrecho se puede fractu rar con facilidad bajo las fuerzas de oclusión normales con pérdida de la restauración proximal. El itsmo oclusal debe ser más amplio en los dientes primarios que en los permanen tes.

4. Un ángulo agudo axio pulpar disminuye el espe-- sor de la amalgama a nivel de la unión ocluso-proximal. Una amalgama delgada se fractura con facilidad bajo condiciones masticatorias normales y causa pérdida de la porción proximal de la restauración. El ángulo axio pulpar debe redon-- dearse para aumentar el espesor y la resistencia de la res-- tauración en ese punto.

5. Las amalgamas carecen de resistencia en los bor

des. Un borde delgado y agudo se fractura con facilidad. - Por lo tanto las paredes proximales deben hacerse en ángulo recto con respecto a la superficie del esmalte.

6. Una forma de retención inadecuada (porque carece de cola de milano oclusal y de ranuras proximales) puede producir el desplazamiento de la restauración.

Barnices cavitarios.

El barniz cavitario dental típico es, principalmente una resina natural o sintética disuelta en un solvente - como cloroformo, éter o acetona. Al pintarlo sobre la preparación cavitaria, el cloroformo se evapora y deja una fina película. Se cree comunmente que ésta película sirve como aislación eficaz, aunque esto es no comprobado.

Por el contrario, se dice que los barnices cavitarios no protegen la pulpa contra choque térmico, porque esta es una función del cemento que se utiliza como base.

El barniz, tiende a reducir la microfiltración cuando se lo emplea con varios materiales de restauración. Otro de sus usos parece ser que evita que se pigmente la preparación cavitaria de los iones de plata, mercurio y estaño. - La capa de barniz también es beneficiosa para impedir la penetración del ácido del fosfato de zinc o del cemento de silicato.

En Paidodoncia, hay situaciones en las que la cavidad no es bastante grande para alojar una base y la restauración, entonces el uso del barniz es importante.

El barniz debe ser líquido y no viscoso, porque una capa espesa no moja bien el diente y no ofrece un sellado perfecto. Se debe aplicar varias capas, dejando un tiempo-

de espera para dejar que se seque. Puede aplicarse con un pincel, como alguna torunda de algodón, o en ocasiones especiales, tales como aplicar el barniz en nichos para pins, y entonces se puede colocar con algún instrumento metálico.

No suelen usarse los barnices cavitarios con las restauraciones de acrílico. El acrílico convencional se ablanda o reacciona con el solvente.

Bases de Cemento.

La función de la base de cemento es promover la recuperación de la pulpa lesionada y protegerla contra nuevas agresiones. Sirve como barrera contra los cambios térmicos proporciona una barrera contra el ácido.

La base debe soportar además la condensación de la amalgama y si esta no es adecuada, la restauración se romperá.

Los materiales para base de hidróxido de calcio o de óxido de zinc y eugenol, poseen una resistencia suficiente para soportar las fuerzas de la oclusión.

Cuando se trata de una cavidad clase II, o es demasiado profunda, será necesario además de una capa de cualquiera de los cementos antes mencionados, una capa de cemento de fosfato de zinc, el cual es más fuerte y soporta mayor presión.

Un barniz cavitario y una base de cemento se complementan perfectamente y nos proporcionarían mayor seguridad en el momento de la obturación y después para tener confianza en que no se fracturará ni habrá filtración de saliva o algún otro material.

Materiales de Obturación

Amalgama: Este es el material más utilizado para la restauración permanente en un promedio que va del 80 al 90%.

En Odontopediatria observamos que esto es igualmente notable, y se debe a que es un material económico, maleable de alta resistencia y que se puede almacenar por largo tiempo sin sufrir cambios que lo afecten en el momento de la colocación.

Además se dice que el éxito de las obturaciones con amalgama es que entre sus cualidades está la propiedad germicida o antimicrobiana de los iones metálicos como la plata, el mercurio o el cobre que la integran; otra razón que se argumenta es que aun en condiciones impropias existe la tendencia a la disminución de la microfiltración a medida que la restauración se encuentra colocada.

A pesar de lo anterior, se han tenido fracasos, de los cuales el 56% se debe a que las cavidades en donde se colocan estan mal diseñadas o alguna otra complicación.

En un 40% de los casos, los fracasos se deben a que no se manipula correctamente la mezcla. Puede ser también que no es suficiente el tiempo de trituración, por lo que la condensación no es la debida y esto puede ser un factor para que la mezcla no sea perfecta.

Otra causa es que la cantidad de mercurio y la delimitadura no sean las debidas y esto puede producir una mezcla porosa o frágil.

Aun así en pedodoncia, en la gran mayoría de los casos se utilizará la amalgama como restauración final.

Cemento de Silicato: Es un cemento muy utilizado para restauraciones en dientes infantiles debido a que el promedio de vida de este cemento dentro de la boca es de cuatro años, por lo que esa sería la primera contraindicación en casos de dientes sucedáneos.

Entre los componentes del polvo, se encuentra un fundente fluorado, que nos proporciona un efecto anticariogénico.

Los cementos de silicato son muy solubles en los ácidos orgánicos, como el láctico, el acético y, en especial del cítrico. Por esta razón, la desintegración de una restauración de silicato es mayor en la zona cervical, donde el pH tiende a ser inferior por la retención de la placa. La falta de higiene también contribuirá a la acumulación de placas que pueden abrigar ácidos nocivos.

Acrílicos: Los acrílicos poseen ciertas propiedades: son insolubles en los líquidos bucales y poseen una baja conductibilidad térmica. Esto es una justificación para su empleo. Sin embargo, poseen un elevado coeficiente de expansión térmica, escasa resistencia y poca tolerancia a la abrasión, y no son anticariogénicos.

Los acrílicos no son más irritantes para pulpa que muchos otros materiales usados comunmente. Siempre que se utilice una resina como restauración final, no se debe emplear como base óxido de zinc y eugenol, porque este último reacciona o disuelve la mayor parte de los acrílicos.

Se usará como base entonces una base de hidróxido de calcio de fraguado rápido.

Capítulo VII

Pulpa y Terapia Pulpar

Introducción

Mecanismos de defensa de la pulpa.

Recubrimiento pulpar indirecto

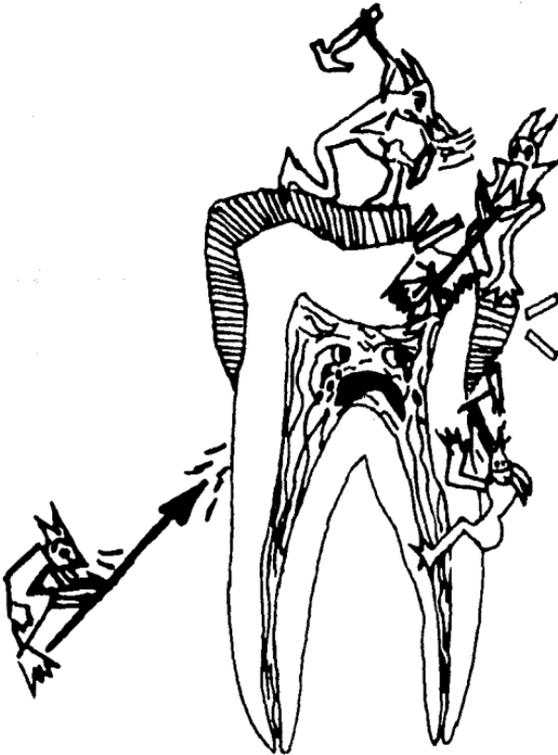
Recubrimiento pulpar directo

Pulpotomía

- Con formocresol
- Con hidróxido de calcio

Pulpectomía

Técnica de Frank o de Apexificación.



; AUXILIO !

La pulpa dental es un tejido conectivo que proviene del mesenquima de la papila dental, y ocupa las cavidades - (cámara y conductos radiculares) del diente.

Es un tejido blando que conserva toda la vida su aspecto mesenquimatoso. La mayor parte de las células tienen en los cortes forma estrellada y están unidas entre sí por grandes prolongaciones citoplásmicas.

La pulpa se halla muy vascularizada, los vasos principales entran y salen por los agujeros apicales. Las paredes de todos estos vasos sanguíneos son muy delgadas. Esto hace entonces que el tejido sea muy sensible a cambios de - presión, porque las paredes de la cámara pulpar no pueden - dilatarse.

Un edema inflamatorio puede llegar a causar compresión de los vasos sanguíneos y por lo tanto necrosis pulpar.

También posee infinidad de terminaciones nerviosas, y a eso se debe la sensibilidad tan exagerada en casos de - enfermedad pulpar.

Es importante conservar la salud pulpar como un aspecto preventivo en Odontopediatría, ya que nunca se podrá - sustituir artificialmente ninguna pieza dental de manera óp - tima.

Encontramos dificultades para tratar endodónticamen - te a los dientes primarios debido a la anatomía pulpar. La reabsorción radicular también nos causa problemas en el mo - mento de la condensación, ya que se dificulta la obtención - de un buen sellado periapical.

A pesar de todo lo anterior, se puede considerar a - la terapia pulpar como un procedimiento que coloca la barre

ra para prevenir infecciones posteriores, al mismo tiempo - que elimina y controla el proceso infeccioso presente.

Encontramos lesión pulpar cuando existe un proceso carioso profundo, o bien, cuando ha existido fractura accidental.

MECANISMOS DE DEFENSA DE LA PULPA

Cuando existe lesión dentinaria, se pueden observar 3 zonas que según la profundidad son:

- 1) Zona Superficial Necrótica con la placa bacteriana.
- 2) Zona infectada desmineralizada la cual contiene muchas bacterias en los túbulos (Gram + y Gram-)
- 3) Zona, más profunda, Desmineralizada afectada que se encuentra prácticamente libre de bacterias.

La pulpa responde ante el proceso de la caries de - dos maneras:

- 1) Los túbulos dentinales responden a los productos tóxicos y al ácido mediante la producción de dentina esclerótica, la cual disminuye considerablemente el diámetro de los túbulos y algunas veces llega a obstruirlos en forma total.

De esta manera, se trata de disminuir el proceso de la caries por medio del depósito adicional del material calcificado. Se le considera a ésta capa la primera línea de defensa.

- 2) A medida que los odontoblastos reciben el estímulo

lo de la lesión que avanza, se deposita dentina reparativa por debajo de los túbulos afectados. Por medio de ésta dentina de reparación se intenta crear una barrera entre la lesión y la pulpa.

El tipo de dentina reparativa que se forme dependerá de la severidad del estímulo. Si éste es ligero, se formará una dentina en forma regular y bien calcificada.

Cuando es un estímulo severo, la reacción puede ser que se forme un depósito de dentina irregular, o que no haya respuesta habiendo ausencia total de respuesta.

Terapia Pulpar.

Al encontrar un problema que afecte pulpa podemos, según la etapa en que se encuentre, realizar diferentes tipos de tratamiento, y el cirujano dentista debe elegir la que crea más conveniente.

1) Recubrimiento Pulpar Indirecto.

Es el sellado con un medicamento conveniente sobre la dentina cariada parcialmente excavada.

Indicaciones: para las lesiones cariosas profundas que involucren a la pulpa, especialmente en piezas permanentes jóvenes con raíces incompletamente formadas.

Contraindicaciones: Dolor dental, exposición pulpar franca o patología periapical.

Ante todo si se piensa que existen posibilidades de encontrar o provocar exposición pulpar, el diente deberá estar aislado (con dique de hule), y procederemos a abrir la cavidad con una fresa redonda (de carburo). Esto será -

para remover el esmalte que se encuentra sin soporte y la dentina infectada, pudiendo llegar a nivel de la unión dentino-amelica.

La dentina de la zona afectada (tercera capa), se remueve solo parcialmente y cuidando de dejar una capa de 1 milímetro de espesor aproximadamente.

Algunos cirujanos dentistas prefieren hacer uso exclusivamente de las fresas para remover la dentina que dejemos será la necesaria para no provocar exposición pulpar.

Después de remover toda la dentina infectada y parte de la afectada, se procederá a lavar, secar y colocar óxido de zinc y eugenol o bien hidróxido de calcio (en dientes permanentes juvenes) y se procede a sellar con cemento de oxifosfato, debiendo permanecer por un espacio de cuatro a seis semanas.

Después de este tiempo, la dentina afectada remanente debe de encontrarse remineralizada (más dura y de color oscuro). Se efectuara una revisión de control y si no ha habido dolor se puede proceder a obturar.

2) Recubrimiento pulpar directo.

Es la colocación directa del medicamento sobre pequeñas exposiciones pulpares. Esta técnica se encuentra limitada a los casos de dientes anteriores traumatizados con una exposición mínima (1 mm. de diámetro como máximo) y de corta duración.

Técnica

1. Anestesia y aísle con dique de hule.
2. Limpie la cavidad con agua destilada estéril y séquela con torundas de algodón.
3. Aplique cemento medicado (hidróxido de calcio generalmente o bien óxido de zinc en caso de dientes primarios).
4. Se procede a sellar la cavidad para protegerla usando óxido de zinc o cemento de oxifosfato.
5. Se deja éste apósito por un período de seis a ocho semanas. Si no ha habido cicatrización, es recomendable lavar otra vez con agua estéril y colocar un nuevo apósito de hidróxido de calcio.

Si no ha habido complicaciones, se hace una revisión para verificar si ha habido cicatrización es decir, si se formó un puente dentinario completo y si no existe dolor, se puede proceder a obturar.

Esta técnica se utiliza ya en muy pocas ocasiones - debido a que como no es posible determinar el estado de in-

flamación pulpar, el tratamiento fracasa en el 50 o 60% de los casos.

Generalmente cuando se trata de dientes primarios y sobre todo cuando estos ya están muy afectados, se elige otro tipo de tratamiento, como es la pulpotomía, o en última instancia, se usará la pulpectomía.

3) Pulpotomía

Es la remoción o amputación quirúrgica de toda la pulpa coronal dejando intacto el tejido pulpar de los conductos radiculares.

Indicaciones:

1. En todas las comunicaciones pulpares de dientes vitales.
2. Cuando la pulpa esté libre de supuración o de algún síntoma de necrosis.
3. Cuando no haya historia de dolor espontáneo.
4. Cuando no haya calcificaciones en la cámara pulpar, ya que esto indicaría un cambio degenerativo importante y puede implicar la pulpa en conductos radiculares.

Contraindicaciones:

1. Cuando las raíces de los dientes primarios estén casi reabsorbidas y el diente sucesor permanente pueda tomar su lugar en el arco.
2. Cuando el diente sucesor permanente se haya de-

sarrollado lo suficiente para soportar las fuerzas de la masticación y cuando el crecimiento y desarrollo de ese segmento del arco se vean impedidos por la retención de ese diente primario.

3. Cuando la retención del diente primario no esté en armonía con la oclusión o el crecimiento del arco.
4. Cuando el paciente tiene una mala salud general y su resistencia a una infección esté disminuida.
5. Cuando haya evidencia de daño parodontal u óseo.
6. Cuando haya evidencia de reabsorción interna.
7. Cuando haya historia de dolor prolongado después de algún estímulo.
8. Cuando haya evidencia de que la pulpa se encuentra necrótica.
9. Cuando haya un sangrado excesivo o que no se pueda controlar dicho sangrado en menos de cinco minutos y sin usar sustancias vasoconstrictoras.
10. Cuando haya calcificaciones pulpares.
11. Cuando haya movilidad.

Métodos de diagnóstico.

Comunmente podemos recurrir a:

1. Pruebas radiográficas: por medio de éstas, se podrá observar hasta donde se encuentra la lesión cariosa, así como el estado en que se encuentran las estructuras anexas al diente a tratar.

2. Prueba de percusión: Se utiliza el mango del espejo para golpear ligeramente al diente, y dependiendo del tono que se escuche, se diagnosticará si existe patología o no.
3. Pruebas de movilidad: Se establecerá el grado de movilidad haciendo presión con el dedo índice por vestibular, y apoyando el mango del espejo por palatino o lingual del diente.
4. Pruebas eléctricas: se utilizará un vitalómetro que trabaja a base de corrientes eléctricas de bajo voltaje, pero en dientes primarios no es recomendable, ya que algunos autores señalan que puede llegar a provocar irritación en un diente sano, o aumentar la sensibilidad en un diente afectado.
5. Pruebas térmicas: se utiliza agua fría o trocitos de hielo y una varilla de cristal que será calentada para alternar frío o calor sobre el diente a observarse. Esto nos indicará si la lesión es aguda o crónica.
6. Presencia o ausencia de dolor: Se anotará que tipo de dolor es (espontáneo o provocado), su duración, si se presenta en el día o en la noche, etc.

Todas las pruebas antes mencionadas nos ayudaran a diagnosticar si la pulpa del diente o dientes a tratar está vital o no.

En la actualidad existen dos medicamentos que son muy empleados: el formocresol, cuyo uso está generalmente más indicado en dientes primarios, y el hidróxido de calcio

que se utiliza más propiamente en dientes permanentes jóvenes.

Pulpotomía con formocresol.

Actualmente se considera como un procedimiento para tratar vitalmente la pulpa, aunque antes se pensaba contrariamente, debido a las propiedades de fijación del tejido - sufrido por la acción del formocresol.

Berger realizó pulpotomías utilizando formocresol y óxido de zinc y eugenol y logró un 97% de éxito clínico.

Histológicamente observó que:

En el sitio de amputación encontró una capa superficial de restos y después una zona de fijación consistente de un tejido coloreado de negro con buen detalle celular.

Una segunda zona, donde la pulpa aparecía más celular y la definición odontoblástica menos preservada.

Por último en la región apical aparecía un mínimo - cambio celular con una tendencia a proliferar tejido conectivo fibroso.

Massler y Barber reportan también tres zonas:

1. Una zona de fijación próxima al sitio de amputación. No existe actividad celular.

2. La zona siguiente es la denominada zona pálida - caracterizada por la pérdida de algunos detalles celulares. Tampoco existe actividad celular.

3. La tercera zona se caracteriza por la presencia de células inflamatorias crónicas. Las partes apicales más profundas del tejido pulpar aparecen a veces como un tejido normal o como un infiltrado de tejido de granulación.

Se observan diferencias en ambos estudios, pero en los 2 se reportaron éxitos en un promedio que va del 90 al 95% de los casos.

Cuando usamos el formocresol, podemos hacer el tratamiento en dos técnicas: la de "cinco minutos" o la de "siete días". Se denominan así por el tiempo que la torunda de algodón impregnada permanece en contacto con el tejido pulpar remanente.

Una indicación de la técnica de siete días es para casos en los que se sospeche que la infección ha sobrepasado el sitio de la amputación. Esta técnica se utiliza especialmente en dientes primarios con uno o más conductos con pulpa vital.

Para la técnica de "cinco minutos" se utiliza una torunda de algodón saturada con formocresol que se coloca en contacto con los muñones radiculares durante ese tiempo.

Inmediatamente después de retirada la torunda, se obtura con óxido de zinc y eugenol.

Cuando se lleva a cabo la técnica de siete días, se utiliza una torunda ligeramente húmeda (es decir que debe haberse removido el exceso de formocresol exprimiendo la torunda entre otra que esté seca) y ésta se coloca en contacto con los muñones pulpares aproximadamente durante siete días. Se sella con algún cemento provisional. Al término de éste período, si no ha habido molestias o complicaciones se puede proceder a colocar una base de cemento y a obturar.

Se dice que el éxito clínico del formocresol se atribuye a su potente capacidad bactericida. Actualmente el formocresol más empleado es de Buckley y su fórmula consiste en:

tricresol.....	35 ml.
formalina.....	19 ml.
glicerina.....	25 ml.
agua.....	21 ml.

Pulpotomía con hidróxido de calcio.

El hidróxido de calcio es un cemento que se utiliza para estimular la formación de dentina secundaria para proteger a la pulpa de los efectos infecciosos que provoca la caries. Esto se debe a que el alto pH del cemento irrita la pulpa de tal modo que las células mesenquimatosas indiferenciadas se transforman en odontoblastos, los cuales inician el depósito de dentina reparativa.

Para esta técnica, los dientes deben seleccionarse cuidadosamente, si se desea obtener éxito.

Debido a que las propiedades antibacterianas del hidróxido de calcio son bastante limitadas, lo utilizaremos cuando el sitio de amputación esté libre de infección. Además se recomienda hacer de ésta técnica cuando la pulpa cameral que se extirpe sea vital todavía.

Cuando una pulpotomía con hidróxido de calcio falla, se presentan dificultades al tratar de llevar a cabo procedimientos endodónticos debido al estrechamiento de los conductos radiculares en la zona próxima al sitio de la amputación. Hay ocasiones en que los conductos se obliteran completamente. Esto se debe precisamente al depósito de dentina reparativa y que resulta de la formación de un puen

te dentinario incompleto (perforado en el centro y no total).

Técnica para pulpotomía.

1. Anestesia y aísle el diente o dientes a tratar.
2. Remueva toda la lesión cariosa y descubra la cámara pulpar utilizando una fresa de bola de carburo.
3. Remueva toda la pulpa cameral utilizando la fresa, o bien una cucharilla afilada y estéril.
4. Limpie la cámara pulpar con agua destilada y controle la hemorragia en este caso con torundas de algodón.
5. Coloque el medicamento sobre los muñones pulpares.
6. Selle el medicamento (formocresol o hidróxido de calcio) en la cámara pulpar con óxido de zinc y eugenol.
7. En caso de que se utilice la técnica de siete días del formocresol, remuevalo después del período de tiempo apropiado, y selle la cámara con óxido de zin y eugenol nuevamente.

Quando se utiliza el hidróxido de calcio, se debe examinar la respuesta en el sitio de amputación, para determinar si existe un sellado completo del resto del tejido pulpar.

También en este caso se sellará la cavidad con óxido de zinc y eugenol.

8. Coloque la restauración final (generalmente en odontopediatría se utilizan coronas prefabricadas, sean de acero-cromo o policarboxilato, debido a la fragilidad que se presenta como resultado de la pulpotomía).

Pulpectomía.

Cuando se han intentado alguno o más de los procedimientos antes mencionados y no se ha logrado éxito y se necesita que se conserven los dientes primarios (sobre todo - los segundos molares) se intentará hacer la pulpectomía como un último recurso conservador.

El criterio para seleccionar dientes para pulpectomía se basa en:

1. Que el diente sea fácil de restaurar.
2. La presencia de una buena estructura de soporte radicular.
3. Que sea factible detectar en forma fácil la presencia de los conductos radiculares.
4. Patología periapical severa.

La pulpectomía también se debe efectuar en lugar de la pulpotomía cuando la pulpa, aún estando vital, presente las siguientes condiciones:

1. Cuando radiográficamente se pueda observar un ensanchamiento de la membrana parodontal o algún cambio más pronunciado.
2. Cuando el sangrado de la pulpa sea de un color rojo oscuro.
3. Cuando este sangrado rojo oscuro se presente asociado con una exposición pulpar de gran tamaño.
4. Cuando este sangrado rojo oscuro esté asociado con dolor intermitente por un período mayor de veinticuatro horas.

Técnica de pulpectomía.

1. Anestesia y aisle el diente a tratar.
2. Remueva la lesión cariosa completamente.
3. Elimine la pulpa cameral (puede utilizar la técnica para pulpotomía).
4. Elimine la pulpa radicular, utilizando tiranervios, del mismo modo en que se hace para los casos de pacientes adultos.
5. Lave la cámara y conductos pulpares con agua - destilada y estéril.
6. Seque con torundas de algodón y puntas de papel.
7. El limado y ensanchado es mínimo, si se trata - de los dientes primarios. En los molares primarios, las limas se pueden utilizar en dirección buco-lingual, con el fin de mantener la forma - elíptica de los canales.
8. Después de limpiar los conductos y la cámara - pulpar y dejar perfectamente seco, se puede proceder a obturar.

Obturación

Algunos autores recomiendan hacer uso de óxido de zinc y eugenol fluido y utilizar un léntulo para introducirlo dentro de los conductos, y esto servirá para que podamos hacer uso de un cono de óxido de zinc y eugenol que habremos preparado anteriormente para que ya este casi fraguado y así penetre con facilidad hasta el nivel descado.

Técnica de Frank o de Apexificación

En los dientes permanentes jóvenes y en los que no hay una formación radicular completa se hace difícil lograr un sellado periapical apropiado.

Se basa en una buena instrumentación biomecánica y en la desinfección del conducto radicular. Este tratamiento tiene como objetivo el de estimular la formación de tejidos calcificados de reparación en el ápice.

La técnica consiste en la limpieza biomecánica del conducto radicular seguido de la obturación con una pasta de hidróxido de calcio y paramonoclorofenol alcanforado.

Se sella la cavidad y se deja pasar de cinco a seis semanas. Como se indicó anteriormente, el hidróxido de calcio estimula las células indiferenciadas para convertirlas en especializadas y que produzcan dentina secundaria o reparativa, o como en éste caso, se produzca cemento para terminar la formación correcta del ápice.

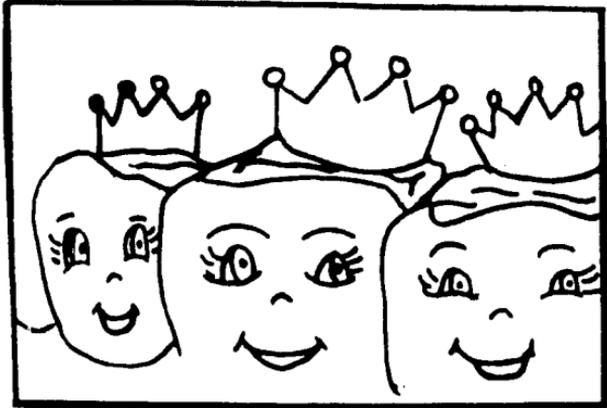
Si al término de este tiempo el ápice no está preparado para recibir un tratamiento endodóntico convencional, debe lavarse el conducto y removerse todo el medicamento.

Se le coloca una mezcla fresca de hidróxido de calcio durante otras seis semanas.

Esto debe repetirse hasta que podamos obturar con puntas de plata, gutapercha, etc.

Capítulo VIII.

Coronas Prefabricadas
Coronas de Acero Inoxidable
Coronas de Policarboxilato
Requisitos e indicaciones



Cuando nos encontramos en la necesidad de colocar una obturación que abarca las caras mesial, oclusal y distal y donde nos encontramos que una restauración convencional no es adecuada, deberemos de colocar coronas, ya sean de acero cromo o de policarboxilato. Esto ya se había enunciado en el capítulo VI.

Requisitos para su uso:

El diente seleccionado para ser restaurado debe tener un tejido pulpar sano, o debe haber sido sometido a un tratamiento endodóntico exitoso. El tejido parodóntal debe ser sano, y además deberemos de constatar el grado de absorción de las raíces.

Indicaciones: En Odontología Infantil estas coronas estarán indicadas para:

1. Restaurar dientes primarios o permanentes jóvenes excesivamente destruidos por la caries.
2. Restaurar molares primarios con caries que incluyan 3 superficies o más.
3. Restaurar molares primarios que han sido sometidos a tratamiento endodóntico, ya que éstos tienden a volverse más frágiles o a resquebrajarse.
4. Restaurar dientes primarios excesivamente destruidos por el ataque de caries rampante o recurrente.
5. Restaurar dientes primarios o permanentes jóvenes con hipoplasia.
6. Restaurar dientes primarios o permanentes jóvenes con anomalías hereditarias.

7. Restaurar dientes primarios o permanentes jóvenes en niños con defectos físicos y/o mentales en donde el factor higiene bucal es primordial.
8. Como una restauración intermedia o de emergencia en el tratamiento de dientes anteriores fracturados.
9. Como anclaje para aparatos fijos (mantenedores de espacio).
10. Como anclaje para aparatos destinados a la disuación de hábitos.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

Existen diferentes clases de coronas de acero inoxidable. Se pueden obtener en distintas formas y tamaños, algunas son festoneadas, no requieren adaptación en gingival porque vienen en medidas standar en cuanto al largo cervico incisal.

Preparación del diente (Molares superiores o inferiores).

El primer paso en la técnica es la eliminación de la caries para establecer si existe involucración pulpar o no.

Se reducen las caras proximales con discos de diamante. No debe haber contacto con los dientes adyacentes.

Se procede a desgastarse la cara oclusal con una piedra de diamante, siguiendo la anatomía de las cúspides y dejando un espacio de más o menos 1 mm. respecto al antagonista.

Generalmente no se reducen las caras vestibular y lingual, porque debido a su anatomía nos ofrecen una retención muy conveniente para la corona sin necesidad de hacer un corte excesivo.

Se pule toda la preparación para suavizar los ángulos de la misma.

Para elegir la corona más apropiada, deberemos medir el ancho mesio-distal del diente y buscar la más ape- gada a ésta medida. Otra forma es probar variar coronas so bre el diente.

En caso de que necesite algún ajuste, se recortará- lo necesario, y se adaptará con las pinzas que nos sirven - para adaptar las bandas generalmente.

Después de probar la corona, comprobando que no se altere la oclusión y que la zona pericoronaria no presenta- isquemia (lo que indicaría que la corona esta más larga de- lo debido), y que no provoca molestias a nuestro paciente - debido a que hemos obtenido una adaptación correcta, pode- mos proceder a cementarla.

Aislamos con rollos de algodón. Secamos perfecta- mente, preferentemente con torundas de algodón. Si desea- mos proteger la preparación con barniz, ese es el momento - de hacerlo (tres capas de barniz es suficiente).

Preparamos cemento de oxifosfato fluido y lo aplica- mos a la corona, la cual llevamos al diente colocandola de- lingual hacia vestibular.

Pedimos al paciente que muerda sobre un abatelen- guas, presionando sobre la corona. Esto ayuda a que la co- rona llegue hasta el nivel adecuado para que selle con el -

margen cervical.

Retiramos el excedente de cemento antes de que se seque. Nos aseguramos una vez más de que no haya molestias ni interferencias en la oclusión.

CORONAS PARA DIENTES ANTERIORES

Lo anteriormente descrito nos sirve perfectamente - si se trata de dientes posteriores. En el caso de los incisivos y caninos donde encontramos que la estética es parte muy importante del tratamiento porque en algunos casos los pacientes no aceptan un cambio de color en sus dientes, es muy útil y recomendable el uso de las coronas de policarboxilato.

Estas coronas son muy parecidas a los dientes en cuanto forma y color. Ofrecen casi todas las ventajas de las coronas de acero inoxidable, aunque son menos resistentes, y además necesitan de una preparación menos conservadora debido a que para mejorar la retención es necesario realizar mayores desgastes.

Preparación:

El diente se desgastará como si se le fuese a colocar una corona de porcelana, es decir reduciendo todas las caras, pero sin dejar hombro sino más bien un terminado en bisel.

Cementación:

Se utiliza generalmente resinas compuestas debido a que son tan delgadas que un cemento oscuro se trasluce. - Puede utilizarse también cemento de oxifosfato blanco.

Por otra parte en el caso de rehabilitación de dientes anteriores con coronas, deberemos de hacer uso de las de acero inoxidable cuando se trate:

Fracturas

Cuando la restauración deba permanecer por más de 8 meses.

Cuando nos encontremos ante un caso de sobreeclusión.

Todos estos factores nos conduciran al uso de estas coronas, pero aun así si se desea una estética no muy desfavorable, podemos modificar las coronas haciendoles una abertura en la parte vestibular dejando solo 2 mm por lado, lo que nos dara la apariencia como si se tratara de una corona tres cuartos.

Este tipo de corona modificada se conoce como fenestrada.

Preparación:

Al igual que en los casos de molares, los cortes se haran en las caras proximales y en el borde incisal. Los pasos son los mismos.

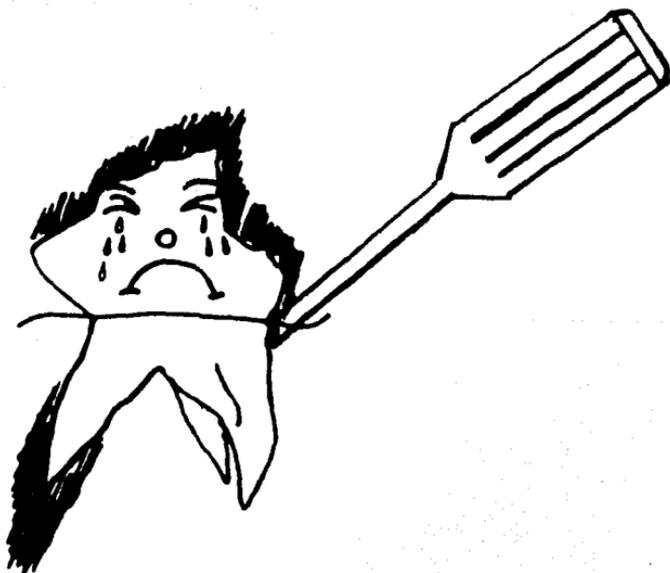
Cementación:

Se hace con cemento de oxifosfato fluido y se tienen las mismas precauciones que en la colocación de coronas posteriores.

Nota: Actualmente en México contamos con coronas UNITEC, ION y ocasionalmente Rocky Mountain.

Capítulo IX

Exodoncia en Odontopediatría.



Para efectuar un procedimiento exodóntico es necesario el reconocimiento de una anomalía y el diagnóstico se puede hacer mediante una buena toma radiográfica, y dichas radiografías deben ser guardadas como un informe permanente. Se observaran las áreas de la reabsorción y las áreas potenciales de la fractura radicular además de que las buenas radiografías nos determinaran el estado de formación de las raíces y el desarrollo del germen en ese caso deberá tenerse cuidado al efectuar la extracción para no dañar al diente sucedáneo.

De ser posible se informará al paciente tres o cuatro días antes del procedimiento, ya que así el niño estará preparado y comprenderá que no se le engaña, porque de no ser así, tendrá temor de ir al consultorio para tratamientos posteriores.

Generalmente no se acostumbra el uso de antibióticos o antiinflamatorios salvo en casos de infecciones localizadas con dolor agudo, fiebre o si el niño tiene un debilitamiento crónico. (cardiopatías, etc.)

Hablando de la anestesia, solo en casos especiales se hará uso de anestesia general y se tomaran precauciones y procuraran realizarse tales tratamientos en hospitales para mayor seguridad.

Los movimientos serán espaciados, suaves y delicados, ya que además de brindar confianza a nuestro paciente evitaremos la fractura de la pieza debido a que los dientes infantiles son más frágiles.

Rara vez se tendrán problemas posteriores y se recomendará una dieta blanda, para evitar que partículas penetren dentro de los alveolos.

Instrumental: Algunos autores recomiendan los siguientes forceps:

No. 37 Ash: utilizado para extraer incisivos centrales laterales, caninos superiores temporales.

No. 157 Ash: para la extracción de molares temporales superiores.

No. 123 Ash: para la extracción de centrales, laterales, caninos y molares temporales inferiores.

Contamos además con elevadores y usualmente separadores o retractores del labio.

Técnica

Los movimientos usados son:

Superiores (incisivo central, lateral y canino)

1. Colocación de forceps
2. Movimiento hacia lingual
3. Movimiento hacia labial
4. Movimientos de rotación (hacia ambos lados)
5. Extracción del diente hacia abajo (tirón suave pero firme).

Inferiores (incisivo central, lateral y canino inferiores)

1. Colocación del forceps
2. Movimientos hacia labial
3. Movimiento hacia lingual
4. Movimientos rotatorios hacia derecha y hacia izquierda.

5. Extracción del diente al pasar por la menor resistencia.

Molares (superiores e inferiores)

1. Colocación del forceps
2. Movimiento hacia bucal
3. Movimiento hacia lingual
4. Movimiento hacia bucal más fuerte
5. Movimiento hacia lingual más fuerte
6. Extracción del diente por el paso de menor resistencia, puede hacerse un ligero movimiento de rotación, pero -- si hay resistencia a este movimiento debe ser disminuido.

Indicaciones para la exodoncia.

Son muy similares a las dadas para los adultos.

1. Caries irreparables
2. Patología apical
3. Fracturas de las coronas o raices
4. Si los dientes primarios interfieren en la erupción -- por el mantenimiento prolongado de los dientes temporales a causa de la reabsorción incorrecta de las raices -- o de anquilosis, y dientes supernumerarios.
5. En caso de absceso dentoalveolar agudo, con presencia -- de celulitis.
6. Si se ha producido infección del área periapical o in-- terradicular que no pueda eliminarse por otros medios.

Contraindicaciones.

1. Estomatitis infecciosa
2. Discrasias sanguíneas
3. Cardiopatías reumáticas agudas o crónicas

4. Infecciones sistémicas o tumores malignos.

Complicaciones y Accidentes.

- Al absorberse la raíz, se debilita y muchas puntas radiculares exfolian con el diente permanente.
- Se puede desalojar un germen dentario; se debe empujar hasta su sitio original y se puede cerrar al alveolo con sutura.
- Aspiración o deglución de dientes o raices especialmente cuando se realiza la operación bajo anestesia general y la boca se mantiene abierta por la fuerza. Si durante o después de la operación no se encuentra el diente, deberán realizarse exámenes radiográficos.

Capítulo X

Enfermedades Parodontales
en niños.

Introducción

Enfermedades Gingivales

Ataques al hueso parodontal.

1 El Parodonto Infantil

Ante todo debemos conocer las características normales del parodonto infantil sano y así poder diferenciarlos en los casos de enfermedad parodontal.

Los componentes del parodonto son: encía, ligamento parodontal, hueso alveolar y cemento.

El parodonto es el tejido de protección y sostén del diente, y está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales con la edad.

Durante la etapa infantil, la encía es de color rosa pálido, firme y lisa aunque en ocasiones puede estar punteada como en el adulto.

La papila interdental es ancha vestibulolingualmente y relativamente angosta mesiodistalmente. Al igual que en el adulto encontramos una depresión intermedia llamada - col.

La depresión del surco gingival de la dentición primaria es de 2.1 ± 0.2 mm. En el adulto sano, la encía marginal posee un borde "en filo de cuchillo", en tanto que en el niño es grueso y redondeado.

El ligamento parodontal de la dentición decidua es más ancho que el de la dentición sucedánea.

El hueso alveolar de la dentición primaria visto radiográficamente nos muestra una cortical alveolar destacada, en la etapa de germinación y durante la erupción. Las trabéculas del hueso alveolar son mas escasas, pero más gruesas y los espacios medulares son más grandes que en los adultos. Las crestas de los tabiques interdentarios son -

planas.

2. Cambios durante la erupción.

Principalmente se observará un abultamiento previo a la erupción, el margen gingival es edemático, redondeado y ligeramente enrojecido.

Algunos autores opinan que este estado no es patológico ya que solo es temporal, hasta que se termina el proceso de erupción.

Solo si existen complicaciones debido a una higiene bucal deficiente puede llegar a haber una entidad patológica conocida como gingivitis marginal crónica aunque deberemos hacer notar que ésta última también puede ser ocasionada por otros factores.

3. Enfermedad Gingival

Aunque la encía es componente parodontal, también haremos una división para poder enfocar primeramente los problemas que se presentan en la mucosa de revestimiento; por lo tanto mencionare algunas afecciones relativamente comunes, que atacan además de la encía, las mucosas de carrillos, labios, lengua, paladar duro, piso de la boca, etc.

Pueden considerarse como enfermedades reversibles y en algunos casos suelen ser leves.

3.1 Gingivitis Marginal Crónica.

Es el tipo de alteración gingival más frecuente en la niñez. La mayoría de las veces, tiene su causa en la higiene bucal deficiente, lo cual conduce a la formación de placa bacteriana y al acumulo de materia alba y sarro, que-

son irritantes locales.

La placa dentobacteriana y los cálculos, parecen formarse con mayor rapidez en niños entre los 8 y 12 años - (en un promedio que varía del 77 al 95%).

Existen otros factores que contribuyen a la irritación local y por lo tanto a la gingivitis.

- a) Dientes flojos y cariados
- b) Dientes en malposición o en maloclusión
- c) erupción dental.

Se ha observado que debido a estos tres factores podemos decir que no siendo la causa directa ayudan a la aparición de la patología, porque los restos de alimentos quedan atrapados con más facilidad, y son mas difíciles de remover al mismo tiempo. Se observa desde cambios de color hasta edema. En algunos casos también existen úlceras y - formación de bolsas profundas que contienen pus.

El tratamiento consiste en la eliminación de elementos irritativos locales y la enseñanza de una buena técnica de cepillado.

3.2 Gingivostomatitis Herpética aguda.

Infección causada por el virus herpes simple. Aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños menores de - 6 años, aunque también aparecen en adolescentes y adultos.- Es contagiosa y sobre todo ataca a organismos debilitados,- por lo que es frecuente después de enfermedades sistémicas-graves.

Los síntomas de la enfermedad se desarrollan subitamente e incluyen además de los tejidos gingivales al rojo -

fuego una elevada fiebre, malestar, irritabilidad, cefalalgia y dolor al ingerir alimentos o líquidos con contenido ácido.

En cuanto a los signos bucales, podemos mencionar: presencia de vesículas llenas de líquido amarillo o blanco; lesión difusa, eritematosa y brillante de la encía y la mucosa bucal adyacente, con grados variables de edema y hemorragia gingival.

Quando las vesículas se rompen se forman dolorosas úlceras de 1 a 3 mm de diámetro, cubiertas por una membrana grisácea y con una zona circunscrita de inflamación.

Esta inflamación dura de 7 a 10 días, y su tratamiento es sintomático, procurando calmar el dolor y las molestias en general lo más posible.

3.3 Gingivitis ulceronecrotizante o infección de Vincent.

Es común que ésta enfermedad se confunda con la entidad patológica anterior.

Existen puntos que nos ayudan a diferenciar correctamente y son:

Gingivitis ulceronecrotizante aguda:

Etiología no establecida (posiblemente fusospiroquetal)

Lesión necrotizante

Margen gingival carcomido. Seudomembrana que se desprende y deja áreas vivas. Encía marginal afectada, raramente otros tejidos bucales.

Relativamente rara en niños

Duración indefinida

No hay inmunidad comprobada

Contagiosidad no demostrada.

Gingivestomatitis herpética aguda:

Etiología viral específica

Eritema difuso y erupción vesicular

Las vesículas se rompen y dejan úlceras esféricas u ovals, levemente hundidas. Lesión difusa de encía, puede incluir--mucosa y labios.

Se presenta con mayor frecuencia en niños

Duración de 7 a 10 días

Un ataque agudo produce cierto grado de inmunidad

Contagiosa.

La gingivitis ulceronecrotizante aguda se produce - en bocas sanas o superpuestas a la gingivitis crónica, o a-bolsas parodontales. La lesión puede circunscribirse a un-solo diente o un grupo de dientes, o abarcar toda la boca. Es raro en bocas desdentadas, pero a veces se producen le--siones esféricas aisladas en el paladar blando.

Las lesiones son en sumo grado sensibles al tacto y el paciente se queja de un dolor constante, irradiado, co--rrosivo, que se intensifica al contacto con alimentos condimentados o calientes y con la masticación.

Signos extrabucuales: Linfadenopatía local y aumento leve de temperatura son características comunes a los esta-dos leve y moderado de la enfermedad. En los casos graves-puede haber complicaciones orgánicas marcadas, como fiebre-alta, pulso acelerado, leucocitosis, pérdida del apetito y-decaimiento general. Las reacciones generales son más in--tensas en niños. Es frecuente que insomnio, estreñimiento, alteraciones gastrointestinales, cefalea y depresión mental acompañen al cuadro.

3.4 Moniliasis.

Esta es una infección micótica de la cavidad bucal, originada por un hongo, *Candida Albicans*, y suele ser aguda, pero puede llegar a ser crónica.

La infección aguda de *Candida Albicans* es la más común de las enfermedades fúngicas que atacan a la cavidad bucal. La moniliasis se ve en pacientes bajo tratamiento de antibióticos por vía general. En los lactantes, se producen epidemias en salas de niños, a través de pinzas, ropas y ropa de cama contaminada. También se puede observar esta clase de afecciones en niños nacidos de madres con vaginitis monílica, y esto es con frecuencia muy significativa.

Signos y síntomas: Las lesiones bucales son por lo general múltiples, aunque pueden aparecer como un parche aislado. Las lesiones características son de color blanco-cremoso, que se asemeja a la leche coagulada, adherentes, y si se retiran a la fuerza dejan puntos sangrantes. La maceración en la comisura labial puede revelar la presencia de *Candida Albicans*.

Clínicamente, la moniliasis se puede confundir con la difteria, con la leucoplasia y posiblemente con liquen plano, aunque el diagnóstico deberá de basarse además de la historia clínica con el estudio microscópico de frotis de las lesiones.

La moniliasis crónica se produce por un tipo raro de *Candida albicans*, y se desarrolla a partir de una lesión granulomatosa generalmente. Comienza en la infancia y puede llegar a persistir varios años.

Se acompaña además de las lesiones bucales, de le--

siones en uñas y piel. Además el granuloma moniliasico se manifiesta como una reacción inflamatoria profunda, con producción de tejido de granulación.

Cuando la afección llega hasta los pulmones y muchas veces de lesiones de riñón concomitantes llega a producir la muerte en muchos de los casos.

Tratamiento: Generalmente los antimicóticos de elección son Nystatin y anfotericina B, por vía oral o tópicamente; en la actualidad los remedios antiguos como violeta de genciana y solución de Lugol son aún muy populares.

3.5 Recesión gingival localizada.

Existen muchos factores que pueden llegar a producir recesión gingival, pero en niños, la más importante es la posición del diente en el arco. La encía puede estar inflamada o sana, según haya irritantes locales o no.

La recesión gingival se produce en dientes en vestibuloversión o en aquellos que están inclinados o girados de modo que las raíces se proyectan hacia vestibular. Puede ser una fase de transición en la erupción dentaria y puede corregirse cuando el diente alcanza su posición adecuada, o cuando se hace un tratamiento ortodóntico correcto.

Enfermedad Parodontal.

Por lo general, solo en el 5% de los niños y adolescentes se puede presentar problemas parodontales propiamente dichos; esto se debe en la gran mayoría de los casos a enfermedades básicamente degenerativas del parodonto. Son verdaderamente infrecuentes, pero cuando existen las podemos clasificar en cuatro grupos:

1. Periodontitis (pérdida ósea alveolar avanzada en la adolescencia).

En algunos de los casos eran de origen hereditario, y muchas veces se encontraban 2 o más casos en una misma familia; también se sospecha de la existencia de una etiología sistemática, pero no ha habido bases suficientes para apoyar esta teoría. La pérdida ósea es pronunciada, pero generalmente se puede efectuar algún tratamiento parodontal, que siendo adecuado nos permitirá conservar a los dientes en su sitio.

Los primeros afectados son los primeros molares permanentes y los dientes anteriores, siendo una destrucción ósea vertical y no horizontal. Además puede aparecer esta destrucción alrededor de un solo diente o tres, pero no necesariamente afecta toda la dentición.

2. Hiperqueratosis palmoplantar con destrucción parodontal-temprana (Síndrome de Papillon Lefevre).

Se caracteriza por hiperqueratosis de palmas y plantas, destrucción temprana grave del parodonto y en algunos casos calcificación de la cortical. Las alteraciones de piel y bucales aparecen alrededor de los cuatro años y la dentición decidua se pierde totalmente a los cinco años de edad.

La dentición permanente aparece normalmente, pero - existiendo la destrucción parodontal activa, se exfolian - también y el paciente queda desdentado totalmente después - de tres o cuatro años de su aparición.

El síndrome es heredado y parece seguir un patrón - recesivo autosómico. La frecuencia es de cuatro por mi- - llón por lo que se le considera extremadamente raro.

Los cambios microscópicos incluyen la inflamación - crónica de la encía y de los tejidos parodontales de soporte, con destrucción de la adherencia epitelial, degenera- - ción de las fibras del ligamento parodontal con resorción de hueso, cemento y dentina.

3. Destrucción parodontal idiopática severa en niños.

De etiología desconocida, es un estado en extremo - raro, que no presenta relación con ningún síndrome. La des - trucción parodontal es intensa y generalizada, y algunos - dientes están completamente denudados de hueso; obvio es de - cir que hay movilidad dentaria y migración patológica conco - mitante.

Asimismo, se observa inflamación gingival acentua-- da, agrandamiento gingival y bolsas parodontales purulen- - tas.

No hay cambios notables en otros huesos del cuerpo.

4. Atrofia alveolar avanzada precoz.

Miller, Wolf y Siedler describieron pérdida ósea pa - rodontal en pacientes jóvenes y la denominación atrofia al- veolar avanzada precoz. Se relaciona con niveles elevados - de colesterol sérico y calcio y a una curva de tolerancia -

de azúcar aplanada. Los pacientes tienen una dieta alta en carbohidratos. Se observan cambios más intensos en los primeros molares permanentes y en los incisivos. No se conoce la etiología completa, pero se supone que factores generales debilitan al parodonto de estos dientes cuando erupcionan.

El tratamiento comprende la extracción de los primeros molares ampliamente afectados para impedir la lesión de los segundos molares y de los premolares que aún no erupcionan.

CONCLUSIONES

- Es importante que en México los cirujanos dentistas lleven a cabo su trabajo enfatizandolo en la atención de la población infantil tan numerosa en nuestro país.

La prevención es tan importante como la rehabilitación,-- además llevando a cabo los procedimientos preventivos se obtiene la reducción de población afectada por enfermedades sean bucales o generales.

- Una historia clínica bien elaborada será una de las bases para lograr un tratamiento odontopediátrico exitoso.

Si logramos que esta historia sea breve, pero ordenada,-- podremos manejarla mejor, y siempre estaremos informados de lo necesario para efectuar nuestros tratamientos.

- El niño necesita comprensión y educación sobre su salud, no mimos ni promesas de regalos si se porta bien. Es mejor informarle previamente y no engañarle si queremos su cooperación.
- Podemos llevar a cabo nuestros tratamientos odontopediátricos en el mismo consultorio destinado para la atención de adultos haciendo pequeñas adaptaciones. No necesitamos un local especial.
- Es importante establecer las diferencias entre las denticiones primaria y sucedánea, debido a que basadas en estas características distintas se modificarán los procedimientos.
- Las tomas radiográficas son un auxiliar muy importante -- en el momento de hacer un diagnóstico. Podemos hablar -- de diferentes técnicas, todas útiles si se utilizan ade--

cuadamente.

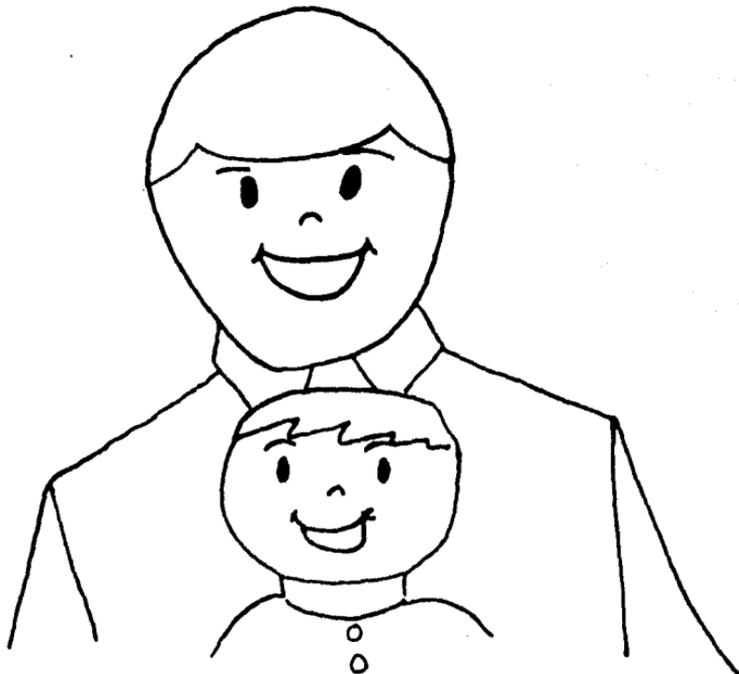
- Es importante que nuestros procedimientos anestésicos - sean lo menos desagradables posibles. El paciente nos - agradecerá una técnica suave y no lo sensibilizaremos - inadecuadamente. El conocimiento de la inervación y de - las técnicas adecuadas a cada caso es necesario e impor- tante.
- La premedicación y/o la anestesia general son auxiliares que deberemos de valorar detenidamente para hacer un - buen uso de ellas.*
- Las ventajas de conservar un campo operatorio perfecta- mente seco son indiscutibles. El uso del dique de goma- nos asegura visibilidad perfecta, mayor comodidad y rapi- dez. Es en mi opinión la técnica a elegir.
- El diseño y apertura de cavidades en dientes primarios - está basado en las características propias del esmalte, - la dentina y la pulpa de estos dientes.
- Contamos con variados procedimientos para elegir en el - caso de terapia pulpar. El cirujano dentista debe ele- gir el más conveniente, por lo que deberá contar con los conocimientos básicos y el criterio suficiente para valo- rar el caso. ✓
- Aunque es uno de los tratamientos más traumáticos, es im- portante hacer uso de los procedimientos exodónticos - cuando nos encontramos en casos en que la rehabilitación no es posible de lograr por medios conservadores. Es - por lo tanto necesario saber hacer buen uso de los for- ceps y demás instrumentos para Exodoncia.

- El problema de enfermedades parodontales en niños, a pesar de no ser frecuente, debe evitarse.

Si encaminamos nuestros esfuerzos para el control de placa e institución de una higiene oral conveniente, tendremos más del 50% de posibilidades de éxito en la rehabilitación parodontal.

Otro de los factores que deberemos de tomar en cuenta - será la alimentación, que es muy deficiente en algunos casos.

- La destrucción de hueso alveolar parece tener generalmente origen sistémico; otra de las teorías podría ser que son enfermedades de origen hormonal; lo más conveniente sería iniciar nuevas investigaciones encaminadas a descubrir la etiología de éstas enfermedades.



BIBLIOGRAFIA

1. Barber, Thomas K & Massler, Maury. MANUAL DE ODONTOPE-
DIATRIA CLINICA Y DE LABORATORIO.- Universidad de -
Illinois.- Sección Dental.- División de salud de la -
Familia.- Organización Panamericana de la Salud.- Was-
hington D. C. U.S.A.- 1976.- 200 p.p.
2. Mc. Donald, Ralph E.- DENTISTRY FOR THE CHILD AND ADO-
LESCENT.- C.V. Mosby, St. Lois.- 1969.- 539 p.p.
3. Odontología Clínica de Norte América.- PAIDODONCIA.- -
Editorial Mundi.- 1971.- Buenos Aires, Argentina.- -
340 p.p.
4. Finn, Sidney B.- CLINICAL PEDODONTICS.- W. B. Saunders,
Philadelphia.- 1957.- 663 p.p.
5. Law, David B. et al.- UN ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA.- -
Editorial Mundi.- 1972.- Buenos Aires, Argentina.- -
331 p.p.
6. Brauer, John Charles.- ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.- Edito-
rial Mundi.- 1960.- Buenos Aires, Argentina.- 483 p.p.
7. Davies, G. N.- DENTISTRY FOR THE PRESCHOLL CHILD.- -
Edin burgh, Livingstrone.- 1961.- 268 p.p.
- 8.- Ellis, Roy Gilmore.- THE CLASSIFICATION AND THE TREAT-
MENT OF INJURIES TO THE TEETH OF CHILDREN, A REFEREN-
CE MANUAL FOR THE DENTAL STUDENT AND THE GENERAL PRAC-
TITIONER.- Chicago, Year Book Medical.- 1970.- 231 p.-
P.

9. Glickman, Irving.- PERIODONTOLOGIA CLINICA.- Editorial Interamericana.- 1972.- México, D.F.,- Capítulo 20.- - p.p. 252-267.
10. Gilmore, H. William & Lund, Melvin R.- ODONTOLOGIA OPERATORIA.- Editorial Interamericana.- 1976.- México, D. F.- 530 p.p.
11. Jorgensen, Niels Bjorn & Hayden, Jess Jr.- ANESTESIA - ODONTOLOGICA.- Editorial Interamericana.- 1970.- México, D.F.- 143 p.p.
12. Wader Ferguson Harrison.- LE LIVRE DES DENTS POUR LES-ENFANTS.- París.- Semaine Dentaire.- 1920.- 64 p.p. - ilustraciones.