



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA-U.N.A.M.

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

CONSIDERACIONES A TOMAR PARA EXODONCIA
EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
JAVIER AGUADO DIAZ

SAN JUAN IZTACALA, EDO. DE MEX. 1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

- I.- PRIMER VISITA AL CONSULTORIO DENTAL.
 - A).- LA FORMA DE ACTUAR DURANTE LA PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO DENTAL.

- II.- CONDUCTA A SEGUIR EN EL CONSULTORIO DENTAL.
 - A).- PAPEL DEL ODONTOLOGO.
 - B).- DESARROLLO PSICOLOGICO.
 - C).- EL PROCESO DE APRENDIZAJE.
 - D).- EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO A DIFERENTES EDADES.
 - E).- REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.

- III.- METODOS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

- IV.- MORFOLOGIA DENTAL DE LA PRIMERA DENTICION.
 - A).- DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE LOS DIENTES TEMPORALES Y LOS PERMANENTES.

- V.- TECNICAS RADIOGRAFICAS EN ODONTOPEDIATRIA.
 - A).- EXPOSICION A LOS RAYOS "X" Y PROTECCION CONTRA ELLOS.
 - B).- PREPARATIVOS PARA LA TOMA RADIOGRAFICA EN NIÑOS
 - C).- PUNTOS A OBSERVAR EN UNA RADIOGRAFIA.
 - D).- TECNICAS RADIOGRAFICAS.

VI.- INSTRUMENTAL QUE SE UTILIZA PARA LA EXODONCIA EN ODONTOPEDIATRIA.

VII.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA EN ODONTOPEDIATRIA.

A).- INDICACIONES.

B).- CONTRAINDICACIONES.

VIII.- ANESTESIA EN ODONTOPEDIATRIA.

A).- CONSIDERACIONES PREANESTESICAS.

B).- USO DE ANESTESICOS TOPICOS.

C).- PASOS Y REQUISITOS DE UN ANESTESICO TOPICO.

D).- CONSIDERACIONES PARA LA ANESTESIA LOCAL.

E).- CONSIDERACIONES A TOMAR PARA LA ANESTESIA EN NIÑOS.

F).- PAPEL DEL DENTISTA ANTES DE ANESTESIAS AL NIÑO.

G).- TECNICAS DE ANESTESIA EN ODONTOPEDIATRIA.

H).- COMPLICACIONES Y ACCIDENTES AL APLICAR ANESTESIA LOCAL EN NIÑOS.

IX.- CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PAIDODONCIA.

A).- HISTORIA CLINICA.

B).- MEDICACION EQUILIBRADA.

C).- PREPARACION PREOPERATORIA DEL PADRE Y DEL NIÑO.

D).- ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS.

1.- PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS.

2.- PROCEDIMIENTOS PARA LA COLOCACION
DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

X.- TECNICA DE LA EXODONCIA.

A).- CONSIDERACIONES PARA LA TECNICA-
EXODONTICA.

B).- LA OPERACION DE LA EXTRACCION -
DENTARIA PUEDE DIVIDIRSE EN TRES
PERIODOS.

C).- TECNICA EXODONTICA DE LOS DIEN--
TES PRIMARIOS.

D).- VARIANTES DE LA TECNICA EXODONTI
CA.

XI.- CUIDADOS POSOPERATORIOS.

XII.- ACCIDENTES Y COMPLICACIONES MAS FRE--
CUENTES DE LA EXODONCIA.

XIII.- CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

P R O L O G O

La exodoncia es una rama de la Odontología que le concierne desalojar aquellos órganos dentarios de su estructura de sostén que realmente lo necesiten. La exodoncia en Odontopediatría tiene a su cargo muchas responsabilidades, dado que un diagnóstico erróneo en esta área repercutiría sobre el sistema estomatognático; por lo tanto se debe valorar las condiciones de cada paciente antes de realizar nuestro trabajo en la boca del niño, tomando en cuenta varios factores como son el psicológico, social, económico y físico. De acuerdo a ellos dar un plan de tratamiento acertado no olvidando que estamos con ese ser tan importante que es el niño.

La exodoncia no es la única solución a seguir cuando el diente está involucrado en problemas; sino que es uno de los planes de tratamiento que quedaría en segundo término, quedando en primer lugar las demás áreas de la Odontología (como es la Operatoria Dental, la Endodoncia, la Parodontología, etc.) que su principal idea es conservar la integridad de la dentadura temporal hasta donde sea posible y esperar a que los dientes caigan por sí solos.

La extracción de los dientes fue considerada hasta hace poco tiempo, como un acto quirúrgico de escasa importancia que se dejaba en manos de empíricos que recibieron el nombre despectivo de "sacamuelas". Es que en verdad dicha operación era conceptuada, no sólo sin importancia, sino hasta denigrante e inconveniente para ser realizado por-

manos expertas: pues según el equivocado criterio de aquella época, la fuerza bruta era lo único digno de tomarse en cuenta en esta intervención. Felizmente, los tiempos han cambiado; la profesión odontológica sabe que la extracción aparentemente más sencilla debe considerarse un acto quirúrgico delicado, el que hay que realizar con pleno conocimiento del estado general del paciente cuya salud puede ser perjudicada, y hasta poner en peligro su vida

Saber también que la extracción de cada diente en particular tiene su técnica quirúrgica específica. Conocer los requisitos de la asepsia que debe reunir el acto operatorio; así como los principios de la anestesia que le permitirá realizarlo sin dolor. No ignorar tampoco los posibles accidentes que puedan presentarse en el momento de ejecutarla o después de realizarla, y de acuerdo con estos conocimientos, los previene en la medida de lo posible o los repara, si inevitablemente se han producido.

Dentro de esta área de la odontología se encuentra una de las mayores de las responsabilidades del odontólogo, ya sea para poder afrontar los problemas que se susciten por la inquietud innata de este período de la vida, y además que es el inicio de las relaciones con ese sujeto en formación, procurándole crear una idea de cuán importante es el trabajo a realizar en su boca, y no crearle la idea de que nosotros solamente estamos para mutillarle la boca, sino que también concierne a nosotros instruir, educar y prevenir a él como a sus padres con métodos para el mantenimiento de una

buena salud bucal.

En esta tesis explico de la manera más sencilla los pasos y la técnica con que se realiza esta exodoncia, tomando en cuenta todas aquellas con sideraciones que hacen más fácil que se cumplan los objetivos de la odontología infantil, siempre y cuando se tengan las bases de la odontopediatría.

Recordemos que un niño bien atendido en la sala operatoria será un buen paciente durante toda la vida.

1.- PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO DENTAL.

En general, se está de acuerdo en que la orientación de la conducta de un niño en el consultorio odontológico es el requisito previo para su atención dental completa, lográndose a través de una correcta preparación psicológica del niño para que acepte la odontología. La preparación bien puede comenzar en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con el padre. La recepcionista explicará que, a menos que exista una emergencia - el odontólogo desearía que la primera visita se arreglara para un momento que le permita completar el examen e introducir al niño en la odontología - sin apuros.

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda forma de preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de que él pueda relacionar al niño con la odontología y el consultorio dental de una manera más satisfactoria que los padres. Algunos odontólogos prefieren enviar una carta a los padres, en la que se describe la política del consultorio y se indica qué es lo que se ha de realizar en la primera visita.

El momento del día en que se ve a un niño, - en especial al más pequeño, puede influir sobre su conducta. En términos generales, se reservarán las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños, ya que estos son más capaces de aceptar temprano el tratamiento que si llegan cuando están cansados. El odontólogo está más alerta y más capacitado para lidiar con las reacciones impredecibles a esa hora temprana. Es probable que entonces

no tenga ningún retraso en su plan de trabajo y - que el niño no deba aguardar para ser visto. La espera en la sala de recepción a menudo da al niño - la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de asustarse por ruidos desusados o hechos. En los niños poco cooperativos o está de - alguna manera disminuido como para hacerle difícil adaptarse a la rutina habitual del consultorio. Pa - ra este tipo de niños se debe tomar en cuenta la - última sesión de la mañana o algún momento en que - el consultorio esté libre de niños y otros pacien - tes que pudieran resultar influidos por una pertur - bación.

Las visitas para el niño muy pequeño o el - muy temeroso deben ser relativamente cortas, hasta que el niño este plenamente informado de los proce - dimientos y haya adquirido confianza en sí mismo y en el odontólogo.

A).- LA FORMA DE ACTUAR DURANTE LA PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO DENTAL.

Cuando el odontólogo puede esperar una reac - ción normal del paciente de primera vez ante la in - vitación de pasar al consultorio, la asistente sa - ludara al niño y al padre. El odontólogo permanece - rá en segundo plano, sin mucho apuro para hacer su aparición. La asistente se dirigira al niño por su primer nombre y, suponiendo que la primera visita - fuera para examen o inspección inicial, invitará - al niño y a la madre a que pasen al consultorio, - siendo útil el padre ya que puede proporcionar in - formación valiosa que ayude en el examen. Después -

que el odontólogo saludo al niño y al padre, les preguntara si hay algo que les preocupa en particular respecto de la boca o los dientes de su hijo. Cuando la mayoría de los padres habrán hecho alguna observación previa traerán alguna pregunta importante para ellos, se les debe dar tiempo para expresarse y para contar una breve historia de toda atención dental previa.

Si la asistencia dental comprende que el niño no va a responder normalmente, podría ser deseable excluir al padre del consultorio y pueda manejarlo de acuerdo con él. Quizá pudo darse cuenta de que sí el niño está realmente asustado o si no desea o no puede cooperar.

A continuación sugerimos algunas reglas para obtener obediencia que a menudo son útiles para manejar a los niños en el consultorio dental: La primera regla es ganarse la atención del niño. Es preciso ganar la atención del niño que chilla o llora para asegurarse de que oye las indicaciones. Una segunda regla es expresar las órdenes en un lenguaje que pueda comprender y, pronunciar las palabras con lentitud y claridad. El niño entonces es más capaz de seguir las instrucciones, que además deberán ser pocas y de a una por vez. A los 5 años, un niño puede llevar a cabo 3 órdenes a la vez; pero sólo con la atención concentrada. El odontólogo y su personal deben ser justos y razonables en sus pedidos. No pueden esperar cooperación de un niño incómodo o dolorido.

El uso de amenazas o sobornos es un mal medio de obtener obediencia. Frases como "Si eres -

bueno te daré un libro o te obsequiare un juguete", pueden ser substituidas por "Cuando salgas te obsequiaré un libro o un juguete". Entonces el regalo no sera interpretado como soborno.

Si el niño en verda está asustado, ha de in tentarse superar su temor mediante la forma de - - abordar lo conociendo las causas que lo originan, - en este caso el profesional le explicara detalladame nte procurando borrar esa idea mediante démos - - traciones y explicaciones. Sin embargo muchas de - las reacciones de los niños no son tan definidas y el niño que no desea cooperar además puede estar - algo asustado o sentir aprensión. La aprensión pue de ser aliviada tomándose tiempo para explicar los instrumentos empleados en el consultorio dental y explicárselos en términos comprensibles. Sólo unos pocos instrumentos serán mostrados por vez. De hecho, cuando por primera vez se examina a un pacien te, con frecuencia no se tiene nada en la platina. Se limita pedir al niño que abra la boca y con los dedos se separan los labios y se hace la inspec- - ción inicial de los dientes. Después de esto, quizá pueda incorporar un espejo bucal o un explorador; pero la necesidad y el uso de cada instrumento deben ser explicados.

Si un niño no desea cooperar para el examen bucal o un procedimiento simple como la profiláxis dental, entonces se cree que en cierto grado de - restricción estará justificado para controlar la - situación y para que el niño comprenda con hechos - que no habrá dolor ni malestares. Quizá en este mo mento sea oportuno conversar con los padres para - hacerles saber que el niño no quiere cooperar y -

grabarles la necesidad del examen y tratamiento y así obtener su permiso para proceder en forma cariñosa pero firme.

Si el padre acompaña al niño al consultorio en ocasión de la primera visita con el fin de proporcionar información al odontólogo, es aconsejable describir brevemente lo observado en la boca del hijo. Se pondrá énfasis, empero, en que la presentación de los hallazgos dentales y del plan de tratamiento será efectuada en una visita posterior, después de haber completado todos los datos.

Algunos odontólogos cometen el error de tratar de hacer demasiado en la primera visita de un niño. Si no siente un dolor, bastará la inspección y profiláxis dental, aun cuando haya muchos dientes destruidos o cariados. Si hubiera un dolor en algún diente claro está, habrá que remediarlo; pero ésta es una de las pocas excepciones. Si el odontólogo sigue un procedimiento simple, el niño tendrá oportunidad de adquirir confianza en sí mismo y en el profesional. Así mismo, mientras que se efectúa la profiláxis tendrá oportunidad de trazarse un plan de tratamiento para el niño.

Si el examen y profiláxis marchan sin tropiezos; como ocurrirá en la mayor parte de los casos, el odontólogo querrá tomar las radiografías en la primera visita. El tipo de examen que elija dependerá de la edad y el estado de la dentadura del niño.

Después de la profiláxis dental y del procedimiento radiográfico, el odontólogo debe de invi-

tar al padre a que vuelva al consultorio para discutir brevemente lo observado. Debe señalar sus observaciones iniciales respecto de la susceptibilidad del niño a la caries, los dientes cariados sin esperanzas y alguna afirmación general relativa a la gravedad del caso y el tiempo que podría ser necesario para restaurar la boca a un estado de sa--lud. Debe informar a los padres que, antes de la --visita siguiente, tendrá la oportunidad de exami--nar las radiografías con todo cuidado y trazar un plan de tratamiento para el niño.

Si el odontólogo sigue un procedimiento similar al que ha sido trazado, habrá logrado mucho. Ante todo, el niño habrá sido introducido en la --odontología. Ha habido una oportunidad de observar la reacción del niño en el consultorio dental, lo--cuál es muy importante para determinar el tiempo --que será necesario para completar el tratamiento.

Si el llamado es para un tratamiento de --emergencia, se anunciará al padre que el doctor --tratará al paciente de acuerdo con la situación. --Ese tipo de tratamiento tiene máxima importancia.-- En el caso de un traumatismo, el padre estará ex--tremadamente conmovido. Una afirmación profesional tranquila de que el paciente recibirá el tratamien--to adecuado servirá para calmar al padre emocionado.

Con las radiografías adecuadas y otros me--dios de diagnóstico, con el tratamiento adecuado y una evaluación de la situación, se podrá comunicar el pronóstico al padre. Se le asesorará acerca de la situación existente y de las probabilidades pa--

ra el futuro. Cualquier información relativa a implicaciones legales y reclamos de seguros deberá ser consignada en la ficha, de modo que las reclamaciones posteriores puedan ser atendidas de una manera eficaz. El paciente será despedido con la seguridad de nuevas citaciones oportunas.

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: Completado el examen radiográfico total, se podrá aconsejar sobre el tratamiento de emergencia que sea necesario realizar para ese paciente. Esto incluye un tratamiento sedante para el diente hiperémico o la apertura y avenamiento de un diente con lesión periapical. Estos procedimientos deben llevarse a cabo con gran cuidado, de modo de no ejercer excesiva presión sobre el diente culpable. Es preciso reconocer que el eugenol tiene un gusto chocante además de crear una sensación de quemadura al tocar la lengua. En este procedimiento es importante el uso inteligente de rollos de algodón. Rara vez está indicada la extracción de un diente en la primera visita y a menudo puede contribuir a problemas de manejo en sesiones subsiguientes.

II.- CONDUCTA A SEGUIR EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Toda extracción dentaria en niños implica - la consideración no sólo de problemas técnicos, si no también, y en primer término, la comprensión - plena de que significa para el niño la pérdida de su diente y el respeto a las emociones que la in-tervención moviliza.

La pérdida de un diente, en que debemos de- extraer lejos de la época normal de cambio como el que "se está cayendo solo" constituye una herida - narcisfstica que rompe la integridad del esquema - corporal. Y justamente en la zona de la más profun- da y temprana significación en la evolución psicoe- mocional; la boca.

En primer lugar, cuando vamos a realizar - una extracción, quizá corresponda calmar la ansie- dad de los padres, muchas veces más asustados que su propio hijo, a quién contagian con sus actitu- des o palabras inadecuadas todo su temor. Aclarar- les que ese diente a extraer pertenece a su hijo y que su hijo no sólo se diente. Está unido a él - por algo más que nervios y vasos sanguíneos. Aquí - suele surgir aquello de "si total no tienen rai- - ces" o "si sólo es una puntita". Mostrarles enton- ces la diferencia entre un molar primario y su for- mación radicular a los 3 ó 4 años y otro próximo a su exfoliación, digamos a los 9. Además, cuántas - dificultades puede plantear la extracción de un - resto radicular primario retenido.

Explicarles que el momento no es grato, en-

modo alguno. Y que, para disminuir la intensidad del trauma y aliviar la tristeza de la pérdida que siempre existe, lo primero es, precisamente aceptar lo genuino de su miedo, de su rechazo y de su resistencia y que resulta muy positivo si lo manifiesta. No confiamos en el niño callado, sumiso, sometido, que acepta la extracción como si nada... ¿Es ya un veterano resignado de las extracciones? o ¿Es tan intenso el miedo que ni puede expresarlo? ¿Coincide la extracción con alguna situación ambiental que el niño vive con sentimiento de culpa? (nacimiento de un hermano, enfermedad o muerte de uno de sus padres u otro familiar, separaciones, por ejemplo) y esa extracción "le viene bien". Es muy conveniente ayudarle a verbalizar lo que siente, permitirle luego a reaccionar sus sentimientos y es casi seguro que le evitaremos inconvenientes y reacciones desagradables posteriores.

Que sepa con claridad que ese diente "ya no sirve", "que molesta", "debe salir de su boca". No estamos de acuerdo con el empleo de palabras o expresiones que pretendiendo acentuar la necesidad de la extracción, o quitarle seriedad, pueden crear connotaciones negativas: "este diente es una porquería", "esta podrido", "va a enfermar al de-abajo", "esta lleno de bichitos", etc..

Y sobre todo, reasegurarle que ese diente que debe eliminarse, será reemplazado por otro, más grande, más lindo, y más fuerte. Y mostrarle en la radiografía dónde está, cómo se está formando y decirle aproximadamente cuándo va a salir. Pero en esto hay que ser muy cautelosos, sobre todo con los niños más pequeños, porque no tienen una

clara noción del tiempo. Es muy frecuente aquello de "ayer me pusiste la pastita". Y ese ayer corresponde a una visita de hace dos meses, por ejemplo. Es fundamental insistir en que no se trata de una pérdida definitiva, irreparable, acentuamos siempre lo positivo. Y decirle cuando corresponda, como vamos hacer para "guardarle el lugar al nuevo".

Pese al conocimiento a menudo limitado de la psicología del niño, los odontólogos logran por lo general llevarse bien con los niños y son capaces de trabajar con el mismo grado de eficiencia que con los adultos. El verdadero niño problema en el consultorio dental es la excepción. Sin embargo, el odontólogo le resultaría mucho más fácil aceptar cada niño si supiera que cada problema de conducta o un estado de ansiedad puede ser diagnosticado con facilidad y resueltos. Tal aceptación se producirá sólo con resultado de estudio e investigación continuos en el campo relativamente intacto de la psicología infantil en la relación con la odontología.

Pocos padres comprenden la desventaja del odontólogo presentando un niño asustado, ansioso o de hecho opuesto al examen inicial y demás procedimientos. Sólo en raras ocasiones tiene el odontólogo la ventaja de conocer el desarrollo psicológico del pequeño, la preparación que los padres efectuaron para la primera visita a la posibilidad de una experiencia lamentable previa. Casi sin excepción, sin embargo, los padres esperan que el odontólogo domine por completo la situación y preste el servicio de salud a sus hijos, cualquiera que sea su reacción.

A).- PAPEL DEL ODONTOLOGO.

La función primaria del odontólogo es efectuar el tratamiento dental necesario, su campo no debería estar limitado a la eficiencia técnica. - Por el cultivo de un enfoque sensible y comprensivo, puede hacer mucho por ayudar a su paciente a superar la situación. Más aún, la odontología es una experiencia que el niño debe tratar de dominar. El niño que ha aprendido a dominar su papel como paciente odontológico muestra cierta flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede en su torno. El niño se muestra capaz de confiar en el odontólogo y de responderle, demostrando confianza en su capacidad para satisfacer las exigencias de la situación.

El odontólogo que limita su ejercicio profesional a los niños o el odontólogo general que incluye muchos niños en su práctica, escucha a menudo la pregunta "¿porqué le interesa tanto esta fase de la odontología?". Muchos suponen que es por un genuino gustar de los niños. La mayoría de los autores están de acuerdo en el afecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio odontológico y ese amor por las criaturas debe ser evidente en todo momento. Pero más importante aún es el deseo de cumplir un verdadero servicio de salud. El odontólogo que incluye una gran cantidad de niños en su práctica lo hace por que comprende y aprecia la importancia del servicio de salud dental para el niño. Esta fase del ejercicio profesional es probable que le presente un desafío mayor que algunas otras; además, puede apreciar los beneficios a largo plazo -

de una atención temprana y adecuada. Además se da cuenta de que prestando atención dental a los niños ayudará a reducir el acúmulo nacional de necesidades dentales a un volumen manejable en el futuro, en particular si su tratamiento abarca la odontología preventiva en su aspecto más amplio.

Hay veces en que cualquiera que atienda niños se sentirá inseguro en el manejo de determinada criatura. Es más probable que esta inseguridad se presente cuando uno se enfrenta con un problema con el cuál no está familiarizado. Es por eso que el hombre que incluye niños en su ejercicio profesional debe estudiar odontología continuamente y debe familiarizarse con la amplia variedad de situaciones y anomalías que debe diagnosticar y manejar. Quizá la inseguridad deba ser aceptada como parte del ejercicio de la odontología moderna. Los odontólogos deben comprender, sin embargo, existen debilidades en sus conocimientos y que no deben contar con la respuesta para todos los problemas relacionados con el manejo del niño. Por supuesto, esto es cierto en todos los terrenos de la atención del niño y la comprensión de este hecho ayudará a quién quiera que proporcione un servicio de salud para los niños para así superar un ocasional sentimiento de inseguridad.

Es sumamente importante que el odontólogo aprenda a enmascarar su reacción emocional ante una determinada situación. Hasta el niño más pequeño puede captar rápidamente la indecisión o la angustia. Al aumentar la aprensión del odontólogo se reflejará en el niño. El odontólogo no debe mostrar jamás ira, cualquiera que sea la provocación.

De hecho, será útil que pueda enmascarar cualquier tipo de involucración emocional y que crea una atmósfera de comprensión, al parecer controlada.

B).- DESARROLLO PSICOLOGICO.

El odontólogo que gula con éxito a los niños por la experiencia odontológica se dá cuenta - de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Este cambio es quizás una razón para que la reacción del niño pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra. Es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay dos niños, ni siquiera en la misma familia que sigan exactamente el mismo esquema.

Todos los que trabajan con niños deben de comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a la edad cronológica. Esta, en verdad, no tiene importancia para el dentista. Sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento, debe considerar ambas edades, fisiológica y psicológica.

C).- EL PROCESO DE APRENDIZAJE.

Yarrow afirmó que existen datos suficientes para sugerir que aún antes del nacimiento operan mecanismos simples de aprendizaje. Es un hecho establecido, sin embargo, que el aprendizaje asocia-

tivo simple progresa desde el instante del nacimiento. Mediante el aprendizaje, la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio.

D).- EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO A DIFERENTES EDADOS.

DOS AÑOS.
A veces el odontólogo deberá examinar o tratar a un niño de 2 años; por lo tanto, es conveniente que el cirujano dentista preste atención a las faltas de conducta y al grado de desarrollo que pueda esperar a cierta edad y debe procurar de terminar si el niño se está desarrollando según la norma.

A los 2 años, los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación, sobre todo, por que existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario, a esa edad el vocabulario varía de 12 mil palabras. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón, se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de 2 años, mientras que en otros la cooperación es limitada.

A menudo se dice del niño de 2 años que está en la etapa precooperativa. Prefiere el juego solitario pues no aprendió a jugar con los otros niños. Es demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente y debe tocar y manejar los objetos con el fin de captar plenamente su sentido. A-

esta edad, el dentista debe permitir que el niño - sostenga el espejo, huela la pasta dentífrica o - sienta la tacita de goma. Al hacerlo tendrá una me- - jor idea de lo que el cirujano dentista intenta ha- - cer.

Al niño de 2 años le suele intrigar el agua y el lavabo. Se lleva bien con los miembros de su familia. Sin embargo, el padre parece ser en mu- - chos casos el favorito. Puesto que en esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los lugares y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio.

TRES AÑOS:

Con el niño de tres años el odontólogo sue- - le poder comunicarse y razonar con más facilidad - durante la experiencia odontológica. Tiene un gran deseo de conservar y a menudo disfrutará contando- - historias al dentista y sus asistentes. En esta - etapa, el personal odontológico puede comenzar a - servirse de un acercamiento positivo. De todos mo- - dos a cualquier edad es conveniente señalar los - factores positivos antes que los negativos. En par- - ticular para el más pequeño, es cierto que tenderá a hacer las cosas que se le dice que no haga.

Hymes informó que niños de 3 años o menos, - en situaciones de stress o cuando se les lastima, - están fatigados o asustados, automáticamente se - vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apo- - yo y seguridad. Tienen dificultades para aceptar - la palabra de nadie por nada y se sienten más segu-

ros si se permite que el padre permanezca con -
ellos hasta que conozcan bien el personal y los -
procedimientos.

CUATRO AÑOS.

El niño de 4 años por lo común escuchará -
con interés las explicaciones y normalmente respon-
derá bien a las indicaciones verbales.

Los niños de esta edad pueden tener mentes-
vivaces y ser grandes conversadores, aunque tienen
a exagerar en su conversación. En algunas situacio-
nes el niño de 4 años puede tornarse bastante desa-
fiante y puede recurrir al empleo de malas pala-
bras. Sin embargo, la criatura de 4 años que haya-
vivido una vida familiar feliz con un grado normal
de educación y disciplina será un paciente odonto-
lógico muy cooperador.

CINCO AÑOS.

El niño de 5 años ha alcanzado la edad en -
que está listo para aceptar las actividades en gru-
pos y la experiencia comunitaria. A esta edad la -
relación personal y la social están mejor defini-
das y el niño no suele sentir temor de dejar al pa-
dre en la sala de recepción. Si el niño de 5 años-
ha sido bien preparado por sus padres no tendrá te-
mor a experiencias nuevas, como las relacionadas -
con ir al jardín de infantes o al consultorio del-
médico o del dentista. Los niños de este grupo cro-
nológico o suelen estar orgullosos de sus posesio-
nes y sus ropas y responden muy bien a los comenta-

rios sobre su aspecto personal. Los comentarios so
bre sus vestidos pueden ser usados eficazmente pa-
ra establecer la comunicación con el nuevo pacien-
te.

SEIS AÑOS.

A los 6 años, la mayor parte de los niños -
se separa de los lazos muy estrechos con la fami-
lia. Es aún, empero, una época de transición impor-
tante y puede aparecer una ansiedad considerable.

Manifestaciones tensionales alcanzan a esta
edad un poco, con lo que puede incluir estallidos-
de gritos, violentas rabietas y golpes a los pa-
dres. A esta edad suele haber un claro incremento-
en las respuestas temerosas. Muchos de los preesco
lares tendrán miedo a los perros, a los elementos,
o aún a los seres humanos. Algunos de los niños de
esta edad tienen temor a los traumatismos en su -
cuerpo. Un ligero rasguño o la vista de sangre pue
den causar una respuesta desproporcionada con la -
causa. Con la debida preparación para la experien-
cia odontológica, se puede esperar, sin embargo, -
que el niño de 6 años responda de manera satisfac-
toria.

E).- REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.

Hay por lo menos 4 reacciones a la experien-
cia odontológica: temor, ansiedad, resistencia y -
timidez. El odontólogo que trata a los niños se da
rá cuenta rápidamente de que el niño no siempre de
muestra una reacción definida o única. En vez, pue

de darse una combinación de varias de esas reacciones. Esta combinación torna más complejo el problema, en particular dado que el odontólogo debe de diagnosticar la reacción con rapidez y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño con miembros de la profesión odontológica.

TEMOR.

El temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimenta en la infancia. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño pueden ser extremadamente dañoso.

Watson y Lowery, estiman que el temor en su mayor parte, "cultivado en el hogar", tal como los estallidos de amor o de rabietas. Creen además, que hacia los 3 años, la vida emocional del niño ha quedado establecida y que los padres han determinado ya si el niño se convertirá en una persona feliz, íntegra y de buen carácter, o en una persona llorosa y quejosa, una cuya vida estará regida por el temor. Los niños, sin embargo parecen tener ciertos temores naturales, tales como asociación con la inseguridad o la amenaza de la inseguridad.

Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor, un temor adquirido desarrollado por imitación de aquellos que temen. La persona que imitan puede temer a las tormentas con truenos, la visita al odontólogo o una gran variedad de situaciones. El temor expresado en tercer término por un niño es el resultado de experiencias desagradables; con un animal, un compañero o quizá un médi-

co o un dentista.

No debemos suponer, por lo tanto, que todos los niños temen al consultorio odontológico. En vez, quienes tengan esta reacción pueden estar imitando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio dental, el odontólogo debe primero procurar-determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él. Algunos niños llegan al consultorio dispuestos a responder con tensión y temor, sobre todo a causa de la manera en que la odontología les fué presentada en su hogar. En casos aislados, el temor a un odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica traumática que dejó sensibilizado al niño y desarrollo en él sus propios temores a partir de padres, familiares y relaciones.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la profesión dental en cuanto al problema de eliminar el temor. Incluye la postergación de la sesión, intentos de razonar con el niño, ridiculizarlo, retarlo o dejar que observe la atención dental del otro niño. Ninguno de estos métodos a tenido gran éxito para resolver el problema. La mayor parte de los niños llegan al consultorio-necesitados de algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventiva: por lo tanto, no es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso con la esperanza de que finalmente superará su temor a la odontología y se tornara más cooperativo. Puesto que el miedo es controlado por el sistema -

nervioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado y controlar su temor. El ridículo o la comparación con un niño normal que pasó por la experiencia odontológica sin problema alguno sólo podrán complicar la vida emocional del niño asustado y por lo general no conduce a un grado satisfactorio de cooperación. La mayor parte de los dentistas encontraron también que es muy poco práctico dejar que el niño miedoso observe mientras otro se atiende. Rara vez se mostrará menos temeroso o más cooperativo cuando le llegue su turno para encarar la situación. Por lo tanto, el abordaje más lógico puede ser el reacondicionamiento del niño temeroso.

Si el niño es realmente miedoso, el abordaje sin apuros del problema rendirá altos dividendos. La mitad de la batalla estará ganada si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa del temor. A menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó. En este caso, el profesional podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones.

En la primera sesión, el odontólogo no debe intentar más que procedimientos simples, debe explicar cuidadosamente lo que está haciendo y el uso de todos los instrumentos, y gradualmente debe ir construyendo hasta llegar a los procedimientos normales de rutina que son necesarios para el servicio de salud. Si bien el control por la voz suele ser suficientemente para superar los temores del niño, ocasionalmente puede ser necesario em-

plear una forma de restricción, en particular en una emergencia, con el fin de dominar ya los temores del niño. Los padres sin embargo, deben tener conciencia de que el odontólogo y sus asistentes tendrán que retener al niño para cumplir siquiera un examen superficial y probar al niño que el procedimiento es placentero y en verdad bien distinto de lo que esperaba o se le había dicho.

ANSIEDAD.

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor. Edelson estima que algunos niños desarrollan la necesaria seguridad con lentitud y permanecen inseguros y ansiosos mucho tiempo después que superaron esos sentimientos. Los niños miedosos están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; su reacción puede ser violentamente agresiva: por ejemplo, una exhibición de rabieta en el consultorio dental. Se estima que en los niños la rabieta suele ser una reacción que oculta lo que pasa "entre bambalinas": un estado de ansiedad o de inseguridad. Si el niño que hace demostraciones de rabieta en su hogar se le recompensa, las rabieta pueden convertirse en hábito. Cuando este niño se comporta de manera similar en el consultorio odontológico, el profesional deberá decidir si la reacción es de temor agudo o es una rabieta. Por supuesto, si el niño está realmente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud. Si el niño está claramente en una demostración de una rabieta, en cambio, el odontólogo puede demostrar su autoridad y dominio de la situación.

RESISTENCIA.

La resistencia es una manifestación de ansiedad o de inseguridad, y de hecho el niño se rebela contra el medio. Puede hacer despliegues de rabietas o darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse. La regresión puede ser otra manifestación, en cuyo caso el niño se rehusa a desarrollarse. Puede seguir mojando la cama, puede no intentar hablar bien o puede seguir con sus hábitos de juego más infantiles. La retracción es otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño se rehusa a participar en el juego y no hablará con extraños y ni siquiera con conocidos. El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de pacientes, el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier ocasión.

Si bien no entra en la responsabilidad del odontólogo tratará los estados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio dental está condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el medio.

Se encontró que las causas de conducta negativa aumentan si el niño cree que tiene un problema dentario. Se concluyó que un niño que tiene conciencia de un problema dentario puede encarar la sesión con un mayor nivel de aprensión que el niño que no tiene esa conciencia. La aprensión puede ser transmitida al niño por la madre, en particular si ella ya habla reconocido que ese problema necesitaba tratamiento.

TIMIDEZ.

La timidez es otra reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso del paciente de primera vez. Suele estar relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño. El niño tímido necesita pasar por un período de "precalentamiento". Esta es una instancia en la que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio mismo por otro niño paciente bien adaptado. El tímido necesita ganar con fianza en sí mismo y en el odontólogo. Por otra parte, la timidez puede reflejar una tensión resul tante de que los padres esperan demasiado del niño o aun protegen con exceso.

III.- METODOS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

Para llevar a cabo cualquier acto quirúrgico es necesario tomar en cuenta los postulados de la cirugía que son:

- prevención de la infección.
- mitigar el dolor.
- control de la hemorragia.
- manejo cuidadoso de los tejidos.

Para que toda intervención sea coronada con el éxito exige que se cumplan estos fundamentos.

La exodoncia en odontopediatría es un acto quirúrgico que también debe reunir estas condiciones. En este capítulo haremos énfasis sobre uno de ellos, que es la prevención de la infección; dando las formas y métodos para que la realicemos.

Asepsia: Tiene por objeto eliminar o destruir todo germen patógeno antes de que entre al organismo.

Asepsia: También se define como la regla que tiene la finalidad de destruir agentes sépticos que vayan a tener contacto con el campo o área operatoria, y es la destrucción teórica absoluta de los gérmenes.

Antisepsia: Se entiende como destrucción o inhibición de los gérmenes cuando estos han entrado al organismo, y se utilizan sustancias químicas.

cas llamadas antisépticos.

La esterilización se logra por medio de ---
agentes QUIMICOS Y FISICOS.

AGENTES QUIMICOS. Constituyen los productos que en terapéutica se denominan antisépticos, desinfectantes o germicidas. Solo citaremos aquellos en relación con nuestro objeto, sin estudiarlos - desde el punto de vista químico.

Este método es utilizado en aquellos instrumentos que no puedan esterilizarse por otros me-
dios como es el calor.

Los agentes químicos van actuar coagulando o deshidratando las proteínas de los gérmenes. La calidad del agente se deberá a la capacidad para atravesar la envoltura externa y poniéndose en contacto con órganos importantes como son el núcleo y el protoplasma.

Para lograr la efectividad de un antiséptico debe de reunirse ciertos requisitos que son:

- inmersión total del instrumental en la solución.
- debe estar el tiempo necesario.
- las superficies por esterilizar deben estar limpias.

El poder del antiséptico depende de la calidad y cantidad de los gérmenes y de su solubilidad de su envoltura.

A continuación se enumeran algunos de los agentes químicos:

Alcohol; actúa como deshidratante y se utiliza para conservar el material.

Tintura de yodo; (yodo diluido en alcohol - al 10%) se usa para antisépsia del campo operatorio por medio de pinceladas en los tejidos adyacentes a la cirugía.

Acido fénico; en solución alcohólica se emplea para conservar los materiales de sutura.

Tintura de mertiolato; tiene las mismas funciones que la tintura de yodo.

Cloruro de benzal; sirve para mantener el material limpio por solución.

AGENTES FISICOS. Estos actúan por medio de la acción mecánica o por temperatura. La acción mecánica logra su objetivo con ayuda de agua, jabón y cepillo; y es usado para las manos del operador o para el instrumental por utilizar.

La temperatura que se utiliza es de dos tipos:

1.- Calor seco. Se obtiene por medio de aparatos que consisten en cajas metálicas (estufas secas) cuyo ambiente se calienta por medio de gas o la electricidad, este se usa para superficies lisas a una temperatura de 100° C. y durante el tiempo de 5-10 min.. Tiene el inconveniente de que el-

acero del instrumental pierde su dureza y filo por el exceso de calor en sus partes constituyentes.

2.- Calor húmedo. Se eleva en un recipiente la temperatura del agua hasta que ésta alcanza - - 100° C. (ebullición), dentro de él se introduce el material a esterilizar durante 30 a 60 min.. El in conveniente es de que se pueden oxidar algunas superficies del material.

Puede emplearse el calor bajo presión con - el cual se consigue elevar la temperatura a 130- - 140°. Los aparatos para tal propósito se denominan autoclaves, siendo la forma ideal de esteriliza- - ción, ya que no hay cambios bruscos de temperatura que pueden afectar al instrumento, y esto se debe a que el volumen del vapor va aumentando conforme la temperatura, o sea que es directamente propor- - cional.

IV.- MORFOLOGIA DENTAL.

El propósito de este capítulo es presentar una breve revisión sobre la anatomía dental de la dentadura infantil, antes de aplicar los procedimientos exodónticos, y ver todas aquellas características que se toman en cuenta para la exodoncia entre una dentición y otra.

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.

El diámetro mesiodistal de la corona es superior a la longitud cérvico-incisal. No suelen ser evidentes en la corona las líneas de desarrollo; de modo que la superficie vestibular es lisa. El borde incisal es casi recto, aun antes que haya evidencias de abrasión. Los rebordes marginales bien desarrollados en la cara lingual y un ángulo bien desarrollado. La raíz del incisivo es cónica.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR.

La forma del incisivo lateral es similar a la del central, pero la corona es más pequeña en todas sus dimensiones. El largo de la corona de cervical a incisal es mayor que el ancho mesiodistal. La forma de la raíz es similar a la del central, pero es más largo en proporción de la corona.

CANINO SUPERIOR.

La corona del canino es más estrecha en cervical que la de los incisivos, y las caras distal-

y mesial son más convexas. Tiene una cúspide aguzada bien desarrollada en vez del borde recto incisal. El canino tiene una larga raíz cónica que supera el doble del largo de la corona. La raíz suele estar inclinada hacia distal, por apical del tercio medio.

INCISIVO CENTRAL INFERIOR.

Es más pequeño que el superior, pero su espesor linguovestibular es sólo 1 mm. inferior. La cara vestibular es lisa, sin los surcos de desarrollo. La cara lingual presenta rebordes marginales y cingulo. El tercio medio y el tercio incisal lingual pueden tener una superficie aplanada a nivel de los rebordes marginales, o puede existir una ligera concavidad. El borde incisal es recto y divide la corona linguovestibularmente por la mitad. La raíz tiene más o menos el doble del largo de la corona.

INCISIVO LATERAL INFERIOR.

La forma del lateral es similar a la del incisivo central, pero es algo mayor en todas sus dimensiones, excepto la vestibulolingual. Puede tener una concavidad mayor en la cara lingual, entre los rebordes marginales, el borde incisal se inclina hacia distal.

CANINO INFERIOR.

La forma del canino inferior es muy similar

a la del canino superior, con muy pocas excepciones. La corona es apenas más corta y la raíz puede ser hasta 2 mm. más corta. No es tan ancho en sentido linguo-vestibular como su antagonista.

PRIMER MOLAR SUPERIOR.

La mayor dimensión de la corona está en las zonas de contacto mesiodistal, y desde estas zonas la corona converge hacia la región cervical.

La cúspide mesiolingual es la mayor y la más aguzada. Cuenta con una cúspide distolingual mal definida, pequeña y redondeada. La cara vestibular es lisa, con poca evidencia de los surcos de desarrollo. Las tres raíces son largas, finas y bien separadas.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

Hay un parecido apreciable entre el segundo molar temporal superior y el primero permanente. Existen dos cúspides vestibulares bien definidas, con un surco, de desarrollo entre ellas. La corona es bastante mayor que la del primer molar.

La bifurcación entre las raíces vestibulares está próxima a la región cervical. Las raíces son más largas y gruesas que las del primer molar temporal, como la lingual que es la más grande y gruesa de todas.

Hay tres cúspides en la cara lingual; una cúspide mesiolingual que es grande y bien desarro-

llada, una cúspide distolingual y una cúspide suplementaria menor (tubérculo de Carabelli). Hay un surco bien definido que separa la cúspide mesiolingual de la distolingual. En la cara oclusal se ve un reborde oblicuo prominente que une la cúspide mesiolingual con la distovestibular.

PRIMER MOLAR INFERIOR.

A diferencia de los demás dientes temporales, el primer molar inferior no se parece a ningún diente permanente. La forma mesial del diente, visto desde vestibular, es casi recta desde la zona de contacto hasta la región cervical. La zona distal es más corta que la mesial.

Presenta dos claras cúspides vestibulares - son evidencias de un claro surco de desarrollo entre ellas; la cúspide mesial es la mayor de las dos. Hay una acentuada convergencia lingual de la corona en mesial, con un contorno romboideo en el aspecto distal. La cúspide mesiolingual es larga y bien aguzada en la punta; un surco de desarrollo - separa está cúspide de la distolingual, que es redondeada y bien desarrollada. El reborde marginal mesial está bastante bien desarrollado, aun al punto en que parece otra pequeña cúspide lingual. - - Cuando se ve el diente desde mesial, se nota una gran convexidad vestibular en el tercio cervical. - El largo de la corona es en la zona mesiovestibular superior a la mesiolingual; de tal modo, la línea cervical se inclina hacia arriba desde vestibular hacia lingual.

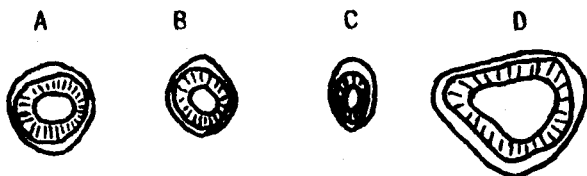
Las raíces largas y finas se separan mucho en el tercio apical, más allá de los límites de la corona. La raíz mesial, vista desde mesial, no se parece a ninguna otra raíz primaria. El contorno vestibular y el lingual caen derecho desde la corona y son esencialmente paralelos por más de la mitad de su largo. El extremo de la raíz es chato, casi cuadrado.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR.

Hay un parecido con el primer molar permanente inferior, excepto en que el diente temporal es menor en todas sus dimensiones. La superficie vestibular está dividida en tres cúspides separadas por un surco de desarrollo mesiovestibular y otro distovestibular. Las cúspides tienen un tamaño casi igual aparecen en lingual y están divididas por un corto surco lingual. El segundo molar primario, visto desde oclusal, parece rectangular, con una ligera convergencia de la corona hacia distal. El borde marginal mesial está más desarrollado que el distal.

Hay una diferencia entre las coronas del segundo temporal y el primero permanente; la cúspide distovestibular, que en el permanente es inferior a las otras dos cúspides vestibulares.

Las raíces del segundo molar temporal son largas y finas, con una separación característica mesiodistal en los tercios medio y apical.



- La anatomía radicular debe determinar las fuerzas correctas de desplazamiento. A.B. Central superior y canino inferior primarios, raíces redondas y ahusadas; por lo tanto, está indicada la rotación. C. Central inferior, raíz ovalada; por lo tanto, corresponde luxación labiolingual. D. Molar superior primario, tres raíces curvas, luxación bucopalatina indicada.

DIFERENCIAS MORFOLÓGICAS ENTRE LOS DIENTES TEMPORALES Y LOS PERMANENTES.

- 1.- En todas sus dimensiones los dientes primarios, son más pequeños, que las medidas de los permanentes correspondientes.
- 2.- Las coronas de los dientes primarios son más anchas en su diámetro mesiodistal en relación con su altura cervicoincisal, dándoles a estos un aspecto de copa (en anteriores) y a los molares un aspecto más aplanado.
- 3.- Los surcos cervicales son más pronunciados, especialmente en la superficie vestibular de los primeros molares primarios.
- 4.- Las superficies bucales y linguales de los molares primarios son más planas por arriba de la depresión cervical que de los permanentes.

5.- Las superficies bucales y linguales de los molares, especialmente de los primeros, convergen bruscamente hacia oclusal, de manera que el diámetro bucolingual de la superficie oclusal es mucho menor que el diámetro cervical.

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

7.- En los primeros molares la capa de esmalte termina en un borde definido, en vez de ir desvaneciéndose hasta llegar a ser en filo de pluma, como ocurre en los molares permanentes.

8.- La capa de esmalte es más delgada, aproximadamente de 1 mm. de espesor.

9.- Las varillas del esmalte en el cervix se inclinan oclusalmente en vez de orientarse gingivalmente como lo observamos en dientes permanentes.

10.- Existe menos tejido que proteja a la pulpa en los dientes primarios.

11.- Los cuernos pulpares son más altos en los molares primarios, especialmente los cuernos mesiales y las cámaras pulpares son proporcionalmente mayores en relación a la pequeña corona que las rodea.

12.- Existe un espesor de dentina mayor sobre la pared pulpar en la fosa oclusal de los molares primarios.

13.- Las raíces de los dientes anteriores primarios son mesiodistalmente más estrechas que la de los permanentes, esto junto al cuello sumamente estrecho y los bordes de esmalte prominentes, da la imagen característica de que la corona se ajusta por sobre la raíz tomando la forma de una copita.

14.- Las raíces de los dientes primarios son más largas y más delgadas, en relación con el tamaño de la corona, que las de los permanentes.

15.- Las raíces de los dientes primarios se expanden hacia fuera más cerca del cuello que la de los permanentes.

16.- Las raíces de los molares primarios se expanden más a medida que se acercan a los ápices, que la de los permanentes, esto permite el desarrollo normal del diente (germen del permanente).

17.- Los dientes primarios generalmente tienen un color más blanquesino, azulado.

V.- TECNICA RADIOGRAFICA.

En el diagnóstico de las enfermedades dento-maxilo-faciales, desde hace mucho tiempo, la radiología tiene una función auxiliar imprescindible. Aún el perfeccionamiento de los métodos de exámenes clínicos no ha disminuído la importancia de los hallazgos radiográficos. Al contrario, por los progresos de la radiología, la radiografía se ha convertido en una parte integral del diagnóstico de muchas enfermedades.

No raras veces las posibilidades de diagnóstico de enfermedades dentales en los niños se ven restringidas por las condiciones morfológicas y la falta de reconocimiento de la necesidad de medidas de diagnóstico. Por eso, aquí la radiografía tiene que cumplir una tarea especial. Esta tarea muchas veces fue menospreciada, se dió poca importancia a las enfermedades encontradas en la dentadura temporal y porqué la técnica radiográfica en los niños presentaba dificultades. Además se ha obstaculizado el empleo de los rayos röntgen a causa de los inconvenientes de la exposición de estos a los niños.

Este auxiliar más importante del diagnóstico en la odontología fue el descubrimiento del profesor Röntgen con su "rayo X" en 1895.

Actualmente este instrumento importante para el diagnóstico es una obligación si hemos de tratar al niño con éxito. Además, los problemas de erupción o desarrollo pueden descubrirse en las radiografías y su tratamiento precoz podría redu-

cir la necesidad de tratamientos ortodónticos prolongados.

La obtención de radiografías intrabucales - en el niño plantea varios problemas, ya que un - - buen paciente en potencia puede volverse un problema debido a alguna experiencia traumática al tomarse radiografías dentales. El niño no comprende - el dolor y no permitirá la toma de radiografías si se les lastima. Si las radiografías son la primera experiencia dental del niño, debemos proceder con cautela y comprensión para asegurarle una experiencia agradable.

Es preferible explicar lo que va a suceder, quizá permitiéndole al niño sostener la película y referirse al cono del aparato como una "nariz", - "trompa de elefante", etc.. Siempre debemos ser - sinceros con el niño, evitando decir "no va a doler" porque quizá sí duela. Si existe la posibilidad de dolor, expliquemos que puede "pellizcar" un poco. Otras palabras que pueden provocar miedo y - aprensión son "disparo" o "disparar" y no deberán ser empleadas. Trabajemos rápidamente. Es necesario emplear kilovoltaje alto y tiempo de exposición corto. Coloquemos el tubo del aparato correctamente antes de colocar la película. Para obtener el tiempo de exposición más rápido, se recomienda utilizar la técnica de la bisectriz del ángulo con cono corto. Hablemos constantemente al niño para - distraerlo y establecer confianza. Digámosle que - fije su atención a un objeto de la habitación, dental forma que no nos "siga" con los ojos al salir de la misma. Hablémosle al niño y él tratará de - complacernos. Si tropezamos con dificultades, "to-

memos" por lo menos una película "aunque no se haya expuesto" y prometamos al niño que tomaremos el resto en la siguiente visita. Nunca perdamos la calma, ya que si hacemos esto habremos perdido al paciente.

Se ha demostrado que utilizando el mandil de plomo se obtiene una reducción de 98% en la radiación; por lo tanto, debemos utilizar un mandil de plomo para toda exposición radiográfica.

A).- EXPOSICION A LOS RAYOS Y PROTECCION CONTRA ELLOS.

Conocida la gran sensibilidad a los rayos de los tejidos infantiles, el radiografiar la dentadura temporal o la permanente nos obliga a emplear todas las posibilidades de protección contra los rayos, para evitar cualquier exposición indeseable y desfavorable a los mismos, tanto a los genes como del soma, o por lo menos reducir los peligros a un mínimo. Por lo cual es necesario, antes de entrar en las explicaciones de las distintas técnicas y la interpretación de las radiografías; hacer algunas observaciones sobre la exposición a los rayos y a la protección contra los mismos en los niños.

En las tomas radiográficas de dientes y maxilares, especialmente en niños, hay que observar estrictamente las siguientes exigencias.

1.- Tiempo de exposición corto por el uso de películas muy sensibles y en los procedimientos

extrabucales por el empleo de pantallas intensificadoras.

2.- Con una mayor distancia foco-piel y con ello casi siempre mayor distancia entre foco-gónadas. Por eso hay que preferir el tubo largo para tomas intrabucales y para las tomas craneales - transversales, se preferirá la teleradiografía.

3.- Por el uso del diafragma y los tubos puede reducirse las dosis de gónadas y tanto en tomas extrabucales como intrabucales, si se pueden reducir los campos de piel en un tercio. Se preferirá por eso enfocar el menor campo posible y también por razones de mejor calidad de las radiografías.

4.- Una mayor filtración con aluminio permite reducir más las dosis de gónadas; por término medio, 1 mm. de aluminio. Los aparatos dentales deberían tener por lo tanto, una filtración total de por lo menos 2 mm. de aluminio.

5.- Por el empleo de delantales o escudos de plomo puede reducirse las dosis de gónadas a un mínimo. La reducción es, con delantales con 0.5 mm. de plomo, del 95% y con delantales con 0.25 mm. y con escudos, del 85%.

6.- Puede contribuir a ser mayor la distancia entre foco y gónadas, la posición acostada del niño o la posición perpendicular de la cabeza. Estos procedimientos, empero, empeoran las condiciones para la toma, de modo que no lo recomendamos, cuando hay alguna protección como la mencionada en

el punto 5.

7.- Se obtiene una reducción de la dosis gadal de 20 hasta 40 veces al emplear el procedi-- miento de tomas panorámicas, y de la tomografía, - en vez de la seriada común. Por eso, se preferirán tales procedimientos para las tomas en conjunto, - en vez de los usados en ortopedia maxilar y en cirugía maxilofacial. Pero para el diagnóstico deta-- llado de los dientes, dichos procedimientos no pue-- den competir con la calidad de la radiografía in-- trabucal.

B).- PREPARATIVOS PARA LA TOMA RADIOGRAFICA EN NI-- ÑOS.

Por la estatura de los niños se requiere ante todo un asiento más alto. Esto se obtiene mejor con un taburete que puede ser ajustado a la altura deseada. Así el apoyo para la cabeza y el aparato-- quedan siempre en la misma posición como para el - adulto. Dado que el plano oclusal del maxilar por-- radiografiar debe estar siempre horizontal. El ca-- bezal para las radiografías del maxilar debe estar perpendicular; para la mandíbula debe estar incli-- nado hacia atrás.

Enfoque perpendicular al plano sagital, se-- hace después de haber introducido la pelícua en - la boca.

No hay que olvidarse de remover todos los - cuerpos extraños (aros, cadenas, horquillas, par-- ches, aparatos ortodóncicos, etc.). Que se encuen-- tran en el campo por radiografiar.

Al colocar la película en la boca del niño, puede haber dificultades por la película o por el reflejo faríngeo. Por eso algunos autores prefieren las películas más chicas, de 2X3 cm. y estas tienen en ciertos casos ventajas. Pero los niños se sienten molestos por las películas en sí, no tanto por el tamaño de las mismas. El formato de 3X4 cm., o aún de 4X5 para tomas oclusales, tornan innecesarias, a veces más radiografías. En las películas mayores deben doblarse aventualmente algún ángulo que pueda molestar en la boca.

También los sostenedores de películas molestan a los niños muchas veces, de modo que con excepción del sostenedor para bite-wing- los mismos deben ser descartados; mantiene la película el dedo del niño o de su acompañante. El profesional y su ayudante, jamás deben sucumbir a la tentación de sostener ellos mismos la película. Una experiencia de muchos años demuestra que- ni siquiera un niño muy pequeño- es necesario hacer una excepción.

Para amortiguar o evitar el reflejo faríngeo se recomienda:

a).- Alentar amablemente al niño y pedirle que respire por la nariz.

b).- Proceder rápidamente y con seguridad al colocar la película en la boca.

c).- Utilizar anestésicos de superficie, para lo cual entre muchos preparados los mejores resultados se han obtenido con la xilocaína viscosa, por su color y su gusto.

C).- PUNTOS A OBSERVAR EN UNA RADIOGRAFIA.

Las anomalías que una buena técnica radiográfica debiera descubrir han sido clasificadas a continuación:

a).- Anomalías de número. Ausencia congénita de dientes, anodoncia total o parcial y dientes supernumerarios, son ejemplos de esta categoría.

b).- Anomalías de forma. Esta clasificación incluye dientes cónicos, incisivos de Hutchinson, molares aframbuesados, hipoplasia de Turner, dislaceración, dens in dente, raíces supernumerarias, macrodoncia o microdoncia o geminación.

c).- 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.

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

Además de estas anomalías, una técnica útil descubrirá reabsorción interna, raíces o coronas fracturadas, lesiones periapicales, quistes dentígeros, neoplasias, fracturas del borde alveolar, enfermedad periodontal, fisuras, quistes de las hendiduras, taurodoncia y puentes dentinarios y permitirá obtener una imagen relativamente exacta del tejido pulpar.

Para la exodoncia debemos de tomar en cuenta el estado de formación de las raíces y el desarrollo del diente germen. Si es así, deberá tenerse especial cuidado para prevenir el movimiento del diente sucedáneo. Si el diente cariado debe ser extraído y sus raíces se encuentran parcialmente reabsorvidas, las radiografías denotarán las áreas de la reabsorción y las áreas potenciales de la fractura radicular. También podemos ver la extensión de la destrucción coronaria, el grado de divergencia radicular, la posición del germen permanente y el tipo de cualquier proceso patológico-alveolar asociado.

Las radiografías deben ser guardadas como un informe permanente ya que tiene un valor médico-legal en caso de aclaraciones posteriores.

D).- TECNICAS RADIOGRAFICAS.

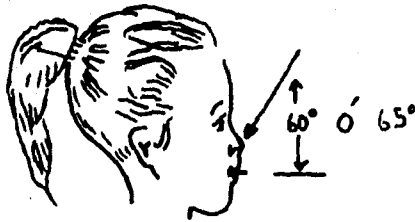
TECNICA MAXILAR LATERAL.

En la técnica maxilar lateral se emplea una película médica de 5X7". el plano oclusal del paciente deberá ser paralelo al piso y su plano sagital debe serle perpendicular. El eje mayor de la película estará perpendicular al piso y se apoyará en el hombro del paciente y contra su cara. Se indica al niño que sostenga la película con la mano contra la cara. Los indicadores del lado de la película deben ser colocados por encima de la orbita de los pacientes. La mano que sostiene la película tendrá los dedos bien extendidos y separados. Rotará entonces al niño la cabeza hacia la película -

hasta que la nariz la toque justo. El paciente levantará entonces el mentón ligeramente. El eje mayor de la cabeza del niño debe estar inclinado - unos 15° hacia el lado por radiografiar. El rayo central entrará en el paciente por un punto media-pulgada debajo y detrás del ángulo de la mandíbula por el lado opuesto al que se radiografiará. El ángulo vertical está 17° debajo de la horizontal. El rayo central será perpendicular al plano de la película.

TECNICA OCLUSAL ANTERIOR SUPERIOR.

El plano oclusal del paciente debe ser paralelo al piso. Se coloca una película periapical - No. 2 en la boca del paciente, de modo que el eje mayor vaya de izquierda a derecha y que el plano medio sagital divida en dos partes iguales la película. Se indica al paciente que cierre con suavidad para sostener la película, cuyo borde anterior debe sobresalir unos 2 mm. del borde incisal de los dientes anteriores. Se dirige el rayo central hacia los ápices de los incisivos centrales, 1 cm. por sobre la punta de la nariz y a lo largo de la línea media. El ángulo vertical será de 65° sobre la horizontal.



Colocación de la película en los dientes primarios anteriores superiores.

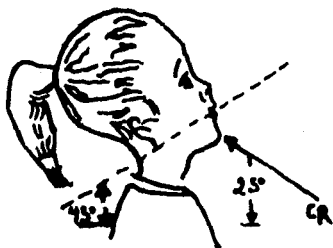
TECNICA OCLUSAL POSTERIOR SUPERIOR.

El plano oclusal del paciente debe ser paralelo al piso, con el plano sagital perpendicular a éste. Se coloca una película periapical No. 2 en la boca del niño de modo que el eje mayor de la película sea paralelo al plano sagital medio. El borde anterior debe descansar entre el canino y el lateral. El borde externo de la película debe sobresalir unos 2 mm. de los bordes vestibulares de los molares. Se indica al niño que cierre con suavidad para sostener la película. Se dirige el rayo central hacia los ápices de los molares temporales, - por entre sus caras proximales. El ángulo vertical es de 60° sobre la horizontal.

TECNICA OCLUSAL ANTERIOR INFERIOR.

La colocación de la película es idéntica a la superior, con excepción de que la cara sensible mirará al aparato. También sobresaldrá unos 2 mm. - de los bordes incisales al ocluir el niño. Este -

echará la cabeza hacia atrás para que el plano - - oclusal quede a 45° respecto del plano vertical. - El ángulo del rayo central será de 25° por debajo de la horizontal, coincidirá con la línea media y estará dirigido a los ápices de los centrales inferiores.



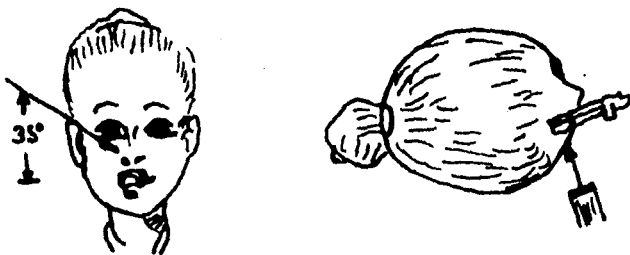
Colocación de la película de los dientes primarios anteriores inferiores.

TECNICAS BUCALES, PERIAPICAL Y DE ALETA MORDIBLE.

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES DE LOS PREMOLARES O DE -
LOS MOLARES TEMPORALES SUPERIORES.

Se ubica la cabeza del niño de manera que - el plano medio sagital sea vertical. La línea del ala del tragus será paralela al piso. El paquete - será doblado y ubicado de manera que el primer molar, el primero y segundo molar temporales, y la - cara distal del canino queden registrados. Las pun -
tas de las cúspides linguales quedarán a unos 0.5 -
cm. del borde oclusal del paquete. El punto de - -
identificación será ubicado hacia el plano oclusal. El borde superior de la película estará cerca de -
la línea media del paladar y la punta anterosupe -
rior doblada irá lo más adelante posible.

Se aplicará una ligera presión del pulgar - contra el tercio inferior o superior del paquete - para que se mantenga durante la exposición. Como - la fuerza de sostén de la película no debe doblar - la, se advertirá al paciente que debe ejercer sólo una ligera presión. Se emplea la mano derecha para el lado izquierdo y la mano izquierda para el lado derecho. Los dedos estarán extendidos y echados hacia atrás fuera del haz de rayos X, contra la cara del paciente. El rayo central penetra por un punto debajo de la pupila sobre la línea del ala al tragus. El ángulo vertical es de 35° sobre la horizontal. El diámetro del extremo abierto del tubo es - paralelo al borde oclusal de la película o a la - tangente mesiodistal de las caras vestibulares de los premolares o molares temporales. 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 tempora- les.



Posición de la cabeza para los molares primarios - superiores.

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES DE LOS CANINOS TEMPORALES SUPERIORES.

Se ubica la cabeza del niño de manera que el plano medio sagital sea perpendicular al piso. La línea ala-tragus será paralela al piso. Se ubicará el paquete diagonalmente, de manera que el ángulo posteroinferior esté debajo de la punta de la cúspide canina. El canino y los laterales deberán quedar completamente registrados. El ángulo anteroinferior suele extenderse más allá del borde incisal de los incisivos centrales. El ángulo anterosuperior suele estar por palatino de los premolares o molares temporales del lado opuesto. El punto de identificación estará hacia oclusal.

Se aplicará una ligera presión del pulgar contra el paquete de manera que los mantenga en la posición deseada sin curvarlos. Se usará la mano derecha o la izquierda. Los dedos estarán extendidos y retirados del paquete, de manera que el haz de rayos no sea interferido, y quedarán contra el lado de la cara del paciente. El rayo central entrará por la punta de la nariz. El ángulo vertical inicial recomendado es de 45° sobre la horizontal. El diámetro horizontal del extremo abierto del tubo deberá ser paralelo al eje mesiodistal (o el borde incisal del paquete).

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES DE LOS INCISIVOS TEMPORALES INFERIORES.

Se ubica la cabeza de manera que el plano medio sagital sea vertical. La línea del tragus al

ángulo de la boca será paralela al piso. En general, no se dobla el paquete. Pero para niños muy pequeños pudiera ser necesario plegar los ángulos inferiores y usar un bloque de mordida corto. Además, la película para niños No. 0 pudiera tener que ser utilizada para esta exposición y para todas las técnicas mandibulares si el niño es pequeño. En algunas ocasiones será necesaria una fijación digital. Se centrará el bloque de mordida sobre el borde incisal del paquete. El borde inferior de la película irá debajo de la lengua, lo más profundamente posible antes que el borde anterior del bloque de mordida sea colocado sobre los bordes incisales.

El punto de identificación será ubicado hacia oclusal.

Con el extremo anterior del bloque de mordida descansando sobre los incisivos inferiores, se instruye al paciente para que muerda sobre él con fuerza suficiente para mantenerlo en posición. El rayo central penetra algo más de 1 cm. por sobre el borde inferior de la mandíbula, en línea por debajo de la punta de la nariz. El ángulo vertical inicial recomendado es 10° bajo la horizontal. El diámetro horizontal del extremo abierto del tubo será paralelo al eje mesiodistal (o borde incisal) de la película.

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES DE CANINOS TEMPORALES INFERIORES.

Se ubica la cabeza del niño de manera que -

el plano medio sagital sea vertical. La línea del tragus a la comisura bucal será paralela al piso. No se doblará el paquete. El bloque de mordida emplea el borde plano de los incisivos central y lateral para sostener el bloque. Esta posición asegura mayor estabilidad que el empleo de las puntas de las cúspides de los caninos superiores e inferiores. El borde inferior de la película se coloca lo más debajo posible de la lengua antes que el bloque de mordida se ubique sobre el borde incisal del canino inferior. El punto de identificación queda hacia el plano oclusal.

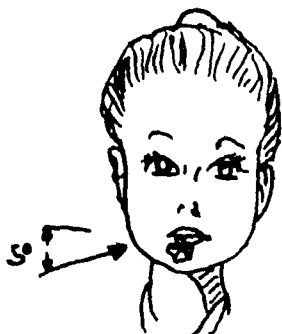
Con el extremo anterior del bloque de mordida apoyado sobre el borde incisal del canino inferior, se indica al paciente que muerda con suavidad para sostener el conjunto en posición. El rayo central entra a más o menos 1 cm. por sobre el borde inferior de la mandíbula en un punto debajo del ala de la nariz. El ángulo vertical inicial recomendado es de 10° debajo de la horizontal. El diámetro horizontal del extremo abierto del tubo será paralelo al borde incisal del paquete.

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES DE LOS PREMOLARES O DE LOS MOLARES TEMPORALES INFERIORES.

Se ubica la cabeza de manera que el plano medio sagital sea vertical. La línea del tragus al ángulo de la boca será paralelo al piso. El ángulo anteroinferior de la película se doblará y se ubicará la película de manera que la cara distal del canino, primero y segundo premolar o primero y segundo molar temporal, más el primer molar permanen

te queden registrados. El bloque de mordida será - incorporado al tercio anterior de la pelícua, de- manera que el bloque de mordida descansa sobretodo en los premolares o molares temporales. El ángulo- anteroinferior plegado será colocado lo más ante- riormente posible en la línea media o sobre el fre- nillo lingual. El punto de identificación quedará- hacia oclusal.

Con el bloque de mordida apoyado sobre la - cara oclusal de los premolares inferiores o mola- res temporales, se indica al paciente que muerda - con suavidad para mantenerlo en la debida posición. El rayo central entra a poco más de 1 cm. del bor- de inferior de la mandíbula en la línea por debajo de la pupila. El ángulo vertical inicial recomen- da do es de 5° por debajo de la horizontal. El diá- metro horizontal del extremo abierto del tubo será - paralelo al borde oclusal del paquete.



Posición para la toma de molares primarios infe- riores.

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES DE LOS INCISIVOS TEMPORALES SUPERIORES.

Se ubica la cabeza de manera que el plano medio sagital quede vertical. La línea ala-tragus será paralela al piso. Si fuera necesario doblar la película a causa de la estrechez del arco, se hará un doblar de unos 3 mm. todo a lo largo de ambos bordes longitudinales, para que queden paralelos al eje mayor de la película. Se coloca el paquete de manera que los incisivos centrales estén centrados mesiodistalmente en la película. El borde incisal de los incisivos estará a unos 5 mm. del borde incisal del paquete. El punto de identificación estará hacia oclusal.

Se aplicará una ligera presión del pulgar contra el paquete de manera que lo mantenga en la posición deseada sin curvarlo. Se usará la mano de recha o izquierda. Los dedos estarán extendidos y retirados del paquete, de manera que el haz de rayos no sea interferido, y quedarán contra el lado de la cara del paciente. El rayo central penetra por la punta de la nariz. El ángulo vertical inicial recomendado es de 45° sobre la horizontal. El diámetro horizontal del extremo abierto del tubo deberá ser paralelo al eje mesiodistal (o el borde incisal) del paquete.

RADIOGRAFIAS DE ALETA MORDIBLE POSTERIORES.

Se ubica la cabeza de manera que el plano medio sagital sea vertical. Será horizontal la línea del ala al tragus. El borde inferior de la pe-

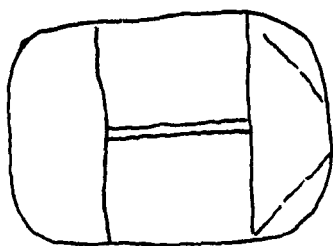
lícula de aleta mordible se ubica en el piso de la boca, entre la lengua y la cara lingual de la mandíbula; la aleta se colocará entre las caras oclusales.

El borde anterior del paquete se ubica lo más adelante posible en la región del canino, de manera que quede registrada la cara distal. El ángulo anteroinferior del paquete será bien doblado hacia lingual para facilitar la colocación de la película y disminuir la incomodidad del paciente. Además, se dobla el ángulo anterosuperior para adaptarlo al paladar y el posterósuperior para evitar la iniciación del reflejo de vómito. El ángulo anterior inferior de la película suele encontrarse cerca o sobre la inserción del frenillo lingual en la línea media.

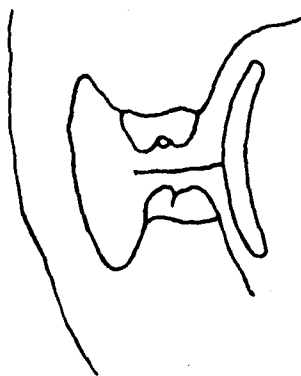
El dentista sostiene firmemente la aleta contra las caras oclusales de los dientes inferiores, con el índice y pide al paciente que cierre lentamente. Se desliza el dedo hacia las caras vestibulares a medida que le paciente ocluye. El rayo central penetra por el plano oclusal, en línea por debajo de la pupila. El ángulo vertical es de unos 8° sobre la horizontal.

El diámetro horizontal del extremo abierto del cono es paralelo al borde de la aleta o a la tangente media de las caras vestibulares de los dientes posteriores radiografiados.

A



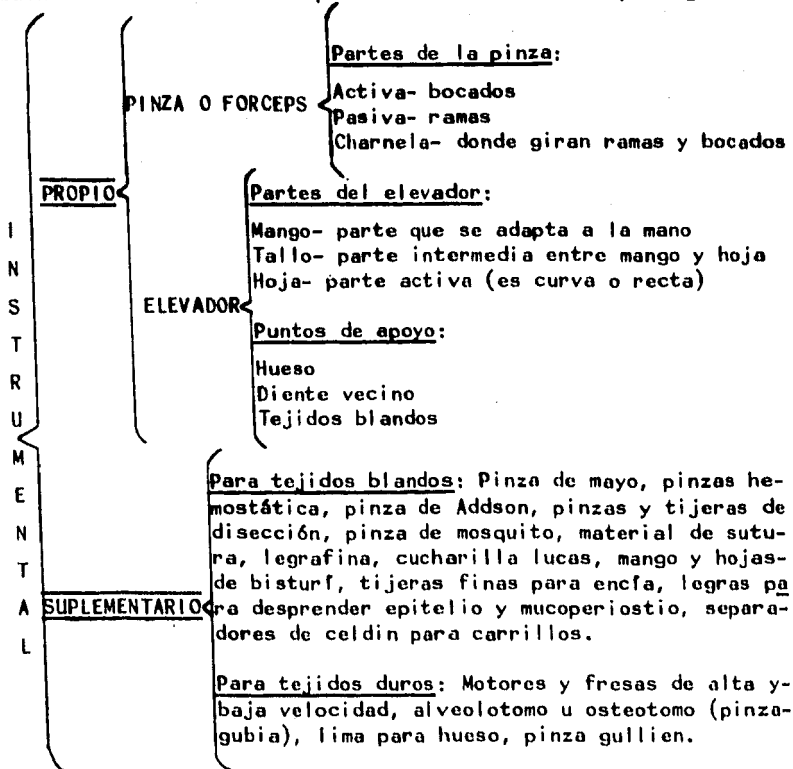
B



En la fig. A vemos el paquete de aleta mordible. Y en la fig. B la forma en que se coloca el paquete.

VI.- INSTRUMENTAL.

Los medios de que nos valemos para llevar a cabo la exodoncia a un feliz término, depende de la buena elección y el buen uso del instrumental por utilizar en el acto quirúrgico.



El fórceps es un alicate modificado y consta esencialmente de las mismas partes, a saber; un par de ramas o mordazas con mangos que se unen y cruzan por medio de una charnela; cada una de las mitades constituye una palanca de primer género, cuyo punto común de apoyo está en la charnela. El instrumento debe ser del mejor acero, y las ramas del fórceps o porción prensora templada en forma que sea ligeramente flexible, antes de romperse en caso de que se aplique una fuerza extraordinaria.

Además de estar hechas para que se adapten exactamente al cuello y raíz del diente para el cual está construido el instrumento, deben ser finos y agudos en sus extremos, para apartar el borde de la encía e introducirse cuanto queramos, entre la raíz del diente y su alvéolo. Las ramas deben ser de acero bruñido en vez de niqueladas, pues esto no añade resistencia; en cambio, las hace menos aguda y suele desprenderse la capa de níquel, especialmente en las puntas. Si los mangos son barnizados en lugar de niquelados, son menos resbaladizos; pero más difíciles de limpiar.

Los mangos deben ser fuertes, anchos y rugosos; pero no con hendiduras demasiado profundas porque dificulta su limpieza. Los mangos deben ser suficientemente largos para proporcionar a la mano del operador una sujeción firme; no más, pues la longitud de los brazos aumenta su potencia, los hace pesados y entorpece la delicadeza de los movimientos.

Los mangos no deben cerrarse antes que las ramas ajusten exactamente al diente y aún entonces

debe existir espacio suficiente para colocar el pulgar entre ellos.

Cuando está prendido el diente, las ramas del fórceps deben ser paralelas a su raíz en cierta distancia y no meramente ponerse en contacto - sus extremos dejando libre la corona. No deben ser más de lo necesario, pues de este modo se pierde potencia y con frecuencia se torcerían al aplicarlas al cuello de un diente muy firme antes de moverlo.

La charnela debe ser fuerte y no tomar porciones del carrillo al cerrarse.

Los fórceps como hemos observado a menudo, debe convertirse en una prolongación de los dedos y debe tener un ligero movimiento lateral o juego entre las ramas del instrumento. Este movimiento o juego lateral tiene dos objetivos; primero, permitir que las ramas del fórceps se adapten por sí mismas a las diferentes formas de dientes y segundo, facilitar el contacto con la raíz del diente, pues para esto es necesario; aparte de la prensión, un ligero deslizamiento sobre la misma. Sabemos que el sentido del tacto está disminuido o casi - abolido cuando usamos un instrumento rígido, que permite apreciar solamente la presión, convirtiendo la extracción en un movimiento puramente mecánico de la mano.

Algunos autores no recomiendan ningún elevador específico, ya que se uso sólo se aconseja para demostrar al niño que el anestésico local ha surtido efecto. El motivo de esto es eliminar las-

manipulaciones innecesarias que pudieran crear un problema. Los elevadores solamente están indicados en caso de una fractura radicular o cuando la lámina externa está destruida por patología parodontal y deja expuesta a la raíz. Este tipo de elevadores son los llamados apicales.

El odontólogo experto se arregla, en general, con dos fórceps especiales para dientes temporales, uno superior y otro inferior. Pero también es posible emplear fórceps normales para la extracción de dientes temporales. Para los molares primarios se presta el fórceps para premolares permanentes y para los incisivos y caninos temporales, se presta el fórceps normal para los incisivos o para raíces. Esto se puede llevar a cabo pues los fórceps son muy similares a los infantiles; pero es más recomendable darle el uso para que fueron destinados.

Algunos operadores prefieren fórceps infantiles especiales, porque pueden esconderse en la palma de la mano. No consideramos que esto sea necesario, ya que una explicación deberá preceder a la extracción y los fórceps con mangos mayores pueden controlarse mejor.

El instrumental utilizado en la extracción de dientes temporarios está limitado generalmente al fórceps universal No. 101 SSW y el elevador de Rower (en cola de pescado). El fórceps se aplica para cualquier diente temporario. Pero cuando contamos con bastante instrumental este debe ser específico para cada diente; el cuál a continuación lo describimos:

Incisivo central o lateral superior y canino. Se utiliza el fórceps universal número 150 SSW.

Incisivo central o lateral inferior y canino. Se utiliza el fórceps número 151 SSW (es parecido al 150).

Molares superiores. Se usa el 150 SSW.

Molares inferiores. Se usa el 151 SSW.

Otros fórceps recomendados son los de Ash, ya que son simples fórceps cuyos bocados proporcionan un contacto adecuado con la superficie radicular para impedir que la corona se rompa y son:

Ash 37, fórceps universal del maxilar (central, lateral y caninos).

Ash 123, fórceps mandibular (central, lateral, canino y molares).

157, fórceps para molares temporales superiores.

También podemos utilizar el elevador periodontal o el elevador Forsyth y unos mantenedores de goma para tener la boca abierta. El abridor de boca debe usarse durante la extracción de molares temporarios cuando se aplica un excesivo esfuerzo al cóndilo mandibular opuesto.

VII.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA EN ODONTOPEDIATRIA.

Al considerar si se deben de extraer dientes temporales, deberá siempre tenerse presente - que la edad; por sí sola, no es criterio aceptable para determinar si es necesario extraerlo o no. Un diente primario que esté firme e intacto en el arco nunca deberá ser extraído, a menos que se haya realizado una evaluación completa clínica y radiográfica de la boca completa, especialmente del - - área particular.

Oclusión, desarrollo del arco, tamaño de - los dientes, cantidad de raíz, resorción de los - mismos, estado de desarrollo del sucesor permanente subyacente y de los demás, presencia y ausencia de infección, todos estos factores deberán tomarse en cuenta al determinar cuándo y cómo deberá ex- - traerse.

A).- INDICACIONES.

Están determinadas principalmente por tres factores que por orden de importancia son los siguientes:

1. Condiciones de los tejidos.
2. Condiciones del diente.
3. Condiciones de la articulación.

Condiciones de los tejidos.- Los tejidos ve cinos y aún otros más distantes pueden ser alterados por la presencia de dientes enfermos y la ex--

tracción es con frecuencia el único procedimiento de alejar esta fuente de irritación.

Estas condiciones pueden ser:

1.- Inflamación o supuración procedente de la infección de un diente el cuál no puede ser aliviado ni puede ser curado por drenaje a través del mismo o desagüe en otra parte cualquiera y cuya demora en aliviarlo puede dar por resultado la extensión de la infección u otras secuelas.

2.- La presencia de ulceración, necrosis y otras lesiones patológicas asociadas a dientes enfermos o la irritación mecánica de dichas lesiones por dientes sanos o enfermos, si los dientes en cuestión no son fácilmente reparables por tratamiento o cuando se desea eliminar todo origen de irritación inmediata y permanente.

3.- Los dientes causantes de la hiperplasia de ganglios linfáticos o que actúan como punto de partida de irritación de tejidos linfáticos predispuestos, por ejemplo; linfadenitis tuberculosa, linfadenoma y afecciones malignas.

4.- La neuralgia del trigemino, cuando ha resistido a todo tratamiento local y general sin intervención quirúrgica y antes de proceder a una intervención más seria que la que representa la extracción.

5.- Si la conservación de un diente necesita una larga y pesada operación en una persona delicada de salud o si la causa de enfermedad es la

irritabilidad del sistema nervioso.

6.- Como una operación preliminar de otras mayores, por ejemplo, escisión del maxilar superior o de la mandíbula, epitelioma que interese el suelo de la boca o sus proximidades.

7.- Para lograr espacio que permita la penetración de los alimentos en algunos casos de constricción permanente de las arcadas; por ejemplo, - anquilosis de la articulación temporomaxilar y cicatrización de los tejidos de la mejilla.

Condiciones del diente.- En este punto incluimos las irregularidades de forma, posición y número de los dientes, su firmeza, la extensión de la caries, lesión o afección del periodonto.

Estas condiciones pueden enumerarse como sigue:

1.- Malformación o malposición de los dientes. Estas condiciones están frecuentemente asociadas y los dientes pueden requerir la extracción a causa de la deformidad que producen o por su propensión a ser causa de caries de los dientes adyacentes.

2.- Dientes que han hecho erupción en posición anormal, que es imposible hacer una alineación correcta y que molesta a la lengua, labios y mejillas o que por su posición defectuosa predisponen a la caries de los dientes vecinos.

3.- Si los dientes están apiñados hasta el-

extremo de dificultar su función.

4.- Dientes que se hayan aflojado por absorción o destrucción de su alvéolo hasta el punto de ser inútiles, más bien perjudiciales a la masticación.

5.- Dientes cariados o enfermos hasta el extremo de no ser recomendable adoptar el tratamiento conservador (endodóntico, protésico, etc.).

6.- Dientes afectos de periodontitis crónica, en los cuales no ha dado resultado el tratamiento local, ni el general.

7.- Por indicación ortodóntica, para facilitar o dirigir la erupción dental.

8.- Cuando interfiere en la erupción del permanente o lo desvía de su curso normal.

9.- Dientes prematuros (previa valoración particular).

10.- Supernumerarios.

11.- Restos radiculares.

12.- Dientes con disvulsión.

13.- Dientes con anquilosis (como si estuvieran sumergidos).

14.- Dientes retenidos.

15.- Dientes cuya destrucción está hasta la bifurcación o si no se puede establecer un margen-

gingival duro y seguro.

Condiciones de la articulación.- Este factor puede influir acerca del método de tratamiento a adoptar cuando, por otras razones, se pone en duda la cuestión de la extracción.

1.- Un diente pierde utilidad con la desaparición de su antagonista, o bien puede ocupar una posición tan irregular, que impide restaurar por medio de la prótesis la oclusión perfecta.

2.- Cuando uno o más dientes quedan en los maxilares y son: por su condición o posición impropios para la retención de piezas artificiales.

Cuando se está considerando el tratamiento conservador de dientes primarios con pulpas o tejidos periapicales infectados, el estado general del paciente es igual de importante que los estados locales. Puesto que no podemos eliminar con certeza la infección presente dentro o alrededor de los mismos, los procedimientos de conservación serán importantes y peligrosos para pacientes que sufren fiebres reumáticas y sus secuelas, tales como cardiopatía reumática. También están contraindicados los procedimientos conservadores en esos casos de cardiopatía congénita, en trastornos renales y en casos de posibles focos de infección. Se sabe que los focos primarios de infección y su manipulación causan bacterias transitorias que pueden ir seguidas de endocarditis bacterianas subaguda en pacientes que sufren cardiopatía reumática y congénita; y puede llegar a causar enfermedades en algunos otros órganos.

Las extracciones se pueden volver relativamente libres de peligro por medio del uso juicioso de antibióticos antes y después de la operación.

B).- CONTRAINDICACIONES.

Las contraindicaciones de la extracción, - con excepción de las consideraciones mencionadas - arriba, son básicamente iguales a las de los adultos. Muchas de estas contraindicaciones son relativas y pueden ser superadas con precauciones especiales y premedicación.

1.- Estomatitis infecciosa aguda, la infección de Vincent aguda o la estomatitis herpética y lesiones similares, deberán ser eliminadas antes - de considerar cualquier extracción.

2.- Las discrasias sanguíneas vuelven al paciente propenso a infección posoperatoria y a hemorragia. Deberán realizarse extracciones sólo después de consultar minuciosamente con un hematólogo y de preparar adecuadamente al paciente.

3.- Las cardiopatías reumáticas agudas o - crónicas y las enfermedades renales requieren protección antibiótica adecuada.

4.- Las pericementitis agudas, los abscesos dentoalveolares y la celulitis.

5.- Las infecciones sistemáticas agudas contraindican las extracciones alectivas para los niños, a causa de la menor resistencia del cuerpo y-

la posibilidad de infección secundaria.

6.- Los tumores malignos. Cuando se sospecha su existencia, son una contraindicación de las extracciones dentales. El traumatismo de la extracción tiende a favorecer la velocidad de crecimiento y extensión de tumores. Por otro lado, se indican claramente las extracciones si las arcadas o tejidos circundantes van a recibir terapéutica de radiación para el tumor maligno; esto se hace para evitar hasta donde sea posible el riesgo de una infección en el hueso que ha sido expuesto a la radiación.

7.- Los dientes que han permanecido en una formación ósea irradiada, deberán extraerse sólo como último recurso y después de haber explicado detalladamente las consecuencias a los padres. Si éstos tienen que ser extraídos, es aconsejable consultar al radiólogo que administró la radiación. En la mayoría de los casos, a las extracciones, les sigue la infección del hueso, incluso después de terapéuticas antibióticas, debido a la avascularidad que sigue a la radiación. La infección va seguida de osteomielitis de progreso lento, que es muy dolorosa e imposible de controlar, excepto por amplias resecciones de la totalidad del hueso irradiado. Por lo tanto, es muy peligroso extraerlo después de exposición a radiación.

8.- La diabetes sacarina plantea una contraindicación relativa. Es aconsejable consultar al médico para asegurarse de que el niño está bajo control médico. En los casos controlados de diabetes no se observan más infecciones que en casos de

niños normales, por lo que los antibióticos no son prerrequisito para realizar una extracción. Es importante que el niño diabético prosiga con su dieta en igual composición cuantitativa y cualitativa después de la operación. En este aspecto pueden alterar el metabolismo de grasa y azúcar del niño.

9.- Los caninos temporales no deberán extraerse nunca para dejar espacio libre a la erupción de los incisivos laterales permanentes; así como no debe extraerse nunca un diente temporal para facilitar la erupción de ningún diente permanente, como no sea su propio sucesor.

10.- En enfermedades fébriles depauperantes y toda enfermedad que deprima la resistencia orgánica.

11.- En afecciones nerviosas.

12.- Presencia de gingivitis ulcerosa o cualquier proceso ulcerativo agudo que ataque los tejidos bucales, puede extenderse a los alvéolos después de la extracción y dan lugar a una hemorragia secundaria grave o necrosis alveolar.

VIII.- ANESTESIA EN ODONTOPEDIATRIA.

Hay que recordar que todos los procedimientos quirúrgicos requieren buena anestesia, si el paciente está debidamente premedicado, cómodo y si se manejan los tejidos con suavidad, se podrán - - efectuar operaciones bastante extensas con anestesia local. Cuando los temores del paciente sean insuperables, cuando no sea posible lograr que comprenda la situación o cuando el procedimiento tenga que ser bastante complicado, entonces estará indicada la anestesia general. Esto dependerá de la habilidad del dentista y su competencia. Debe ser capaz de diagnosticar dichas condiciones, comprender sus implicaciones, relatarlas a los padres y darles los juicios aceptables, cuando la cirugía sea la solución.

A).- CONSIDERACIONES PREANESTESICAS.

1.- En casos seleccionados, se les dá un sedante a los niños, se someterán de buen gusto a la inyección de solución anestésica local. La premedicación es con Demerol -clorhidrato de mepiridina-, que es un sedante poderoso, analgésico y antisialagogo, es útil para tratar la aprensión preoperatoria. Esta droga se administra por vía oral con dosis de 25 a 50 mg. en tabletas. Debe de adminis- -trarse, por lo menos, media hora antes de la operación. Pero también se deberá de enviar al niño para que vacíe la vejiga y el intestino antes de someterlo a anestesia local.

2.- El hacer que el niño realice la técnica

de hiperventilación (respirar profundo y rápidamente), justo antes y durante la inyección, no sólo emplea la psicología de la distracción sino que eleva eficazmente el umbral del dolor.

3.- La sedación por vía bucal (en el hogar si es posible) de media a tres cuartos de hora antes de la inyección, es una ayuda práctica para el niño moderadamente aprensivo.

4.- El uso de un anestésico por topicación o unguento de xilocaína al 5% aplicados a la mucosa antes de la inyección, es útil para disminuir la incomodidad de la punción.

La mayoría de las drogas anestésicas superficiales NO tienen sabor agradable, son tóxicas y pueden irritar la mucosa.

5.- El uso de un enjuagatorio o de un atomizador de sabor agradable es un método eficaz para reducir temporalmente el recuento bacteriano de la boca, antes de la extracción. La tintura de Zephiran (1:1000) (cloruro de benzalconio) se usa como una mayor protección y refinamiento de técnica, pasándola alrededor de los cuellos de los dientes a extraer y el sitio de la inyección del anestésico local.

6.- Los niños parecen tolerar mejor la anestesia local después de ingerir algún alimento aproximadamente dos horas antes de la operación.

7.- La sala de operaciones deberá equiparse con todos los instrumentos dispuestos en una bande

ja que deberá ser cubierta por una toalla y lejos de la vista del paciente (por lo regular detrás de él). Un despliegue de agujas, bisturis, fórceps y otros instrumentos desconciertan no sólo a los niños; sino a cualquier paciente, el hacerlo sólo - provocaría mayor miedo y aprensión.

8.- Deberá aflojarse la ropa del niño y deberá protegerse con una bata o delantal. Se prefieren los delantales de hilo ya que las batas de caucho o plástico favorecen la transpiración libre - del paciente y eso hace que cualquier paciente se sienta incómodo.

9.- No deberán permanecer en la sala operatoria, los parientes o amigos, a menos que se considere que su presencia sea beneficiosa para el manejo del niño.

B).- USO DE ANESTESICOS TOPICOS.

Algunos operadores clínicos aconsejan el uso de anestésicos tópicos antes de inyectar. Es difícil determinar hasta que grado son eficaces. Indudablemente, poseen valor psicológico; pero no son sustitutos de una buena técnica de inyección.

Los anestésicos tópicos mejorados actuales reducen muchísimo el ligero malestar de la inserción de la aguja antes de la inyección del anestésico local. Algunos anestésicos tópicos; sin embargo, presentan claras desventajas porque tienen un gusto desagradable para el niño. Además, el tiempo adicional requerido para aplicarlos puede tornar -

al niño aprensivo hacia lo que vendrá.

El clorhidrato de diclonina al 0.5% ha sido utilizado con éxito como anestésico tópico y antiséptico preinyección para niños. Su gusto es agradable, su acción es rápida y no causará irritación ni desprendimiento de los tejidos. En los últimos años, en muchos consultorios se ha convertido en rutina el empleo de un ungüento anestésico tópico. Ejemplo de anestésico soluble en agua, con base no alcohólica que permite fácil transferencia a la mucosa, es la Naepafna Benzocaína tetracaína (novocol).

C).- PASOS Y REQUISITOS DE UN ANESTESICO TOPICO.

1.- Deberá secarse la membrana mucosa para evitar la dilución de la solución del anestésico -tópico.

2.- Deberá mantenerse el anestésico tópico en contacto con la superficie a tratar por lo menos 2 min., concediendo otro minuto para entrar en acción. Uno de los errores cometidos al utilizar anestésico tópico, por parte del operador, es no conceder tiempo suficiente para que el agente tópico actúe antes de inyectar. Es aconsejable esperar por lo menos 4 min. después de aplicar el anestésico tópico y antes de empezar la inyección.

3.- Deberá seleccionarse un anestésico tópico que no cause necrosis local, en el lugar de la aplicación. No se ha observado irritación producida por el uso de pomada de xilocaína (lidocaína).

4.- Debe tener sabor agradable.

D).- CONSIDERACIONES PARA LA ANESTESIA LOCAL.

1.- Deberá utilizarse una aguja afilada, - con bisel relativamente corto, unida a una jeringa que trabaje perfectamente. Consideramos adecuadas las agujas desechables, ya que siempre están afiladas y estériles. Su uso elimina la posibilidad de transferir infección de un paciente a otro por medio de agujas contaminadas.

2.- Si los tejidos están algo flojos, deberán estirarse, como ocurre en el pliegue mucobucal; deberán comprimirse si están densamente ligados, como el paladar duro. Usar tensión y presión ayuda a producir cierto grado de anestesia y de esta manera disminuye el dolor asociado con la introducción de la aguja. Si el tejido está flojo, es preferible estirarlo sobre la aguja a medida que se avanza.

3.- Si se utiliza técnica de infiltración, la solución anestésica deberá ser depositada lentamente. Las inyecciones rápidas tienden acentuar el dolor. Si hay que anestesiar más de un diente en el maxilar superior, el operador puede introducir la aguja en el área anestesiada y cambiando su dirección o a una posición más horizontal, puede hacer avanzar gradualmente la aguja y depositar la solución anestésica. El lado palatino puede anesthesiarse inyectando unas gotas en anterior al agujero palatino mayor, que puede encontrarse en una línea que conecta los últimos molares erupcionados. Cuando la anestesia es necesaria en la región inci

siva del maxilar superior, hemos encontrado preferible administrar el anestésico primero en labial y después pasar la aguja desde ésta área anestesiada a través de la papila interdientaria entre los centrales y gradualmente depositar la solución anestésica a medida que avanza la aguja. Esta técnica parece causar menos dolor que si se inserta la aguja en o alrededor de la papila incisiva.

4.- El vasoconstrictor deberá mantenerse a la menor concentración posible, por ejemplo, con xilocaína de 2 por 100, no deberá usarse más de 1:100 000 de epinefrina.

5.- Después, deberá explicarse al niño los síntomas de la anestesia. Sentir hormigueo, entumecimiento o inflamación podría asustar a un niño que no haya sido advertido de antemano.

6.- Deberá dejarse transcurrir suficiente tiempo (5 min.) antes de empezar cualquier operación. Si no se siente hormigueo y entumecimiento en los 5 min. que siguen a un bloqueo dental inferior deberá considerarse como fracaso la inyección y habrá que repetir el procedimiento.

7.- Deberán utilizarse jeringas de aspiración para evitar la inyección intravascular de la solución anestésica y reducir a un grado mínimo las reacciones tóxicas, alérgicas e hipersensibles.

8.- No aprobamos tampoco, salvo casos muy especiales, el explicar el proceso de la anestesia y postergar su realización para una sesión próxima. Ello sólo agrega a la ansiedad y angustia del niño

y seguramente obliga a nuevas explicaciones. Debemos, mostramos y hacemos, reiterando prácticamente la explicación.

9.- El niño debe ser informado sobre cuándo y dónde podría experimentar un poco de dolor por la inyección, procuremos no engañarlo diciéndole que no va a sentir nada, porque se sentiría defraudado por nosotros.

10.- Es importante que una conversación paralela acompañe a este procedimiento y que se enjuague la boca inmediatamente después de la inyección. La mayoría de los anestésicos locales tienen un gusto desagradable y es de desear la inmediata evacuación de los mismos.

11.- El anestésico debe ser calentado antes de inyectarlo ya que de esta forma es más cómodo para el niño, porque existe menor traumatismo de los tejidos y menos dolor después de la inyección y que el anestésico parece causar efecto más rápidamente.

12.- Nunca se deberá dejar sólo en el consultorio dental a un niño que por primera vez ha sido anestesiado.

E).- CONSIDERACIONES A TOMAR PARA LA ANESTESIA EN NIÑOS.

La anestesia local en los niños no es muy diferente de la de los adultos. La menor densidad ósea acelera la difusión del anestésico local a -

través de las capas compactas de hueso. Por otro lado, el menor tamaño de la mandíbula y el maxilar reduce la profundidad a que habrá de penetrar la aguja en ciertas anestésias de bloqueo.

Se encontrará que, con excepción del bloqueo dental inferior, no son necesarios otros bloqueos en los niños.

La densidad ósea es tal, especialmente en la región de la tuberosidad, que las soluciones anestésicas, pasan fácilmente a través de la corteza sin que el odontólogo tenga que recurrir a inyección más profunda. Las inyecciones profundas en esta área, pueden ir seguidas de hematomas debido al plexus pterigoides adyacente o lo que es más probable, a una lesión de la arteria alveolar superior posterior o de su rama gingival externa que corre hacia abajo y hacia adelante a lo largo de la pared posterolateral del maxilar superior, cercana al periostio. Esto es un accidente desagradable; pero no siempre se puede evitar. Una vez que se observa el hematoma, puede ser controlado tapando con esponjas altamente comprimidas detrás en lateral a la tuberosidad intrabucalmente mientras se aplica presión del exterior contra esta tapón con compresas heladas.

Generalmente, no son necesarios los bloqueos mentales e infraorbitales. A menudo, producen lesiones nerviosas y hematomas transitorios que pueden ser dolorosos. El bloqueo del agujero palatino mayor a menudo causa sensación de ahogo.

En la infiltración marginal, la punción se-

hace en el pliegue mucobucal (labial), ligeramente gingival al punto más profundo y la aguja penetra hacia el hueso en dirección apical del diente en particular. Deberá considerarse la longitud de la raíz de cada uno en especial.

En el maxilar superior se puede anestesiar todos los dientes, incluso los molares permanentes por infiltración terminal en el pliegue labial (bucal). La mucosa palatina puede anesthesiarse por dos métodos diferentes; puede depositarse una gota de anestésico lentamente en la mucosa palatina, aproximadamente 0.5 cm. sobre el margen gingival. Esto requiere cierta presión y es doloroso incluso junto con anestésico tópico. Otro método emplea el acceso a través de la papila interdental. Dos o tres min. después de la infiltración en la superficie labial (bucal), se inserta una aguja delgada en el aspecto labial (bucal) de la papila y se lleva lentamente hacia arriba y palatinamente a través de los espacios interdentes, liberando unas cuantas gotas de solución a medida que la aguja avanza. Este método como ya lo hemos dicho es menos doloroso y sirve perfectamente a nuestros propósitos.

En la mandíbula se pueden extraer los 6 - - dientes anteriores bajo infiltración terminal. La experiencia obtenida con xilocaína de 2% nos ha convencido de que se pueden extraer incluso molares primarios bajo infiltración, aunque es preferible el bloqueo mandibular. Puede anesthesiarse la mucosa lingual de la manera descrita antes, pasando la aguja a través de las papilas interdentes.

Los molares permanentes requieren una inyección de bloqueo; y también las extracciones múltiples u operaciones mayores que afecten la mandíbula. Al aplicar una inyección de bloqueo dental inferior, hay que tener presente que la rama ascendente en el niño es más corta y estrecha anteroposteriormente que en el adulto. La dimensión horizontal anteroposterior puede estimarse por palpación a través de la piel. La menor altura de la rama - tendrá que ser compensada con la inserción de la - aguja unos cuantos milímetros más cerca del plano oclusal que en los adultos.

Puede anesthesiarse el nervio lingual durante la retracción de la aguja, después de haber depositado el anestésico en el nervio dental inferior. Se retira la aguja aproximadamente media pulgada (12.5 mm.) y se voltea mediante la jeringa para cubrir el mayor curso anterior y medial del nervio lingual en relación con el nervio dental inferior.

Como mencionábamos anteriormente, deberá informarse al niño sobre los síntomas subjetivos que puede experimentar, como hormigueo, entumecimiento y sensación de hinchazón en labio y lengua, ya sea antes o preferiblemente después de administrar la anestesia. Las pruebas de anestesia deberán realizarse cuidadosamente, con lenta y creciente presión de un explorador u otro instrumento, teniendo presente que la anestesia en tejidos superficiales no implica necesariamente anestesia de los tejidos más profundos.

No deberá anesthesiarse el nervio bucal lar-

go hasta que aparezcan claros síntomas de entumecimiento en el lado respectivo del labio, ya que el niño puede proporcionar información equivocada al estar aturdido por el hormigueo o entumecimiento de la mucosa labial.

El nervio bucal largo deberá anesthesiarse - por infiltración terminal en el pliegue mucobucal de la pieza respectiva.

F).- PAPEL DEL DENTISTA ANTES DE ANESTESIAR AL NIÑO.

Apoyamos el intermediario en la palma de su mano (primero en la nuestra, si es preciso) y vamos dejando caer unas gotitas en fila. Usamos agujas cortas con intermediarios largos. "Tengo que colocar estas gotitas del líquido en tu encía, alrededor del diente". Y esto es lo que en verdad debe hacerse. Introducir la solución gota a gota, - suavemente, adelantando las sensaciones que más o menos va a experimentar. La anestesia previa de la mucosa (relativa; pero suficiente) el esperar 2 a 3 min., más el estiramiento de los tejidos que se vuelven sobre la aguja perfectamente afilada (muy importante controlar siempre la punta) y el "¿Sientes que entra la primera gotita?" (muchas veces - "no" es la respuesta), suprimirán la sensación de pinchazo. El niño puede, si lo desea, seguir con un espejo grande de mano todo procedimiento y comprobar así, por ejemplo, que "no está hinchado" como parece. Los puntos sucesivos se hacen en zonas ya anestesiadas, atravesando las lengüetas interproximales, de vestibular a palatino. No apurarse, saber esperar y no perder contacto con el niño.

Se cree que el punto serio en el rechazo de la anestesia local o la incomodidad y aprensión - que provoca, no está tanto en el pinchazo técnicamente suprimible, sino en la sensación de "muerte-parcial". Se deja de sentir una parte del cuerpo, - pequeña si; pero muy propia, parte que se entrega al profesional. Quizá esto nos permita comprender al niño que acepta la inyección y luego no deja seguir, o grita y llora, con la extracción. A lo terrible que para él es "no sentir" ya esa parte, - viene a agregarse el que le "sacan" algo que le pertenece.

G).- TECNICAS DE ANESTESIA EN ODONTOPEDIATRIA.

ANESTESIA PARA LOS DIENTES INFERIORES:

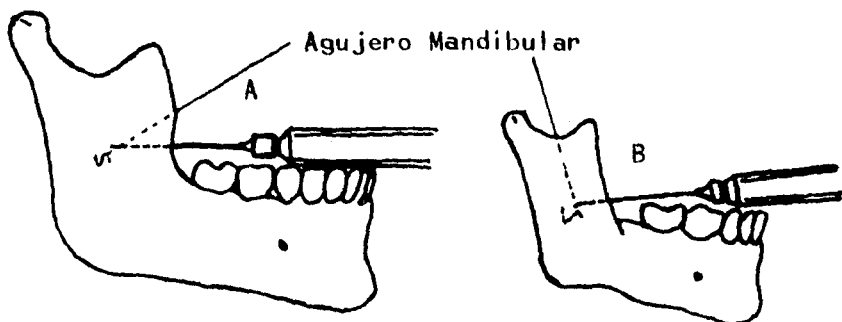
Anestesia regional del dentario inferior.-

Cuando se emprenden procedimientos de operatoria dental o cirugía en los dientes inferiores - permanentes o temporales, se debe dar una anestesia regional en el dentario inferior. No se puede confiar en la técnica de inyección supraparióstica para que sea completa la anestesia de esos dientes.

Olsen informó que el agujero de entrada del dentario inferior está por debajo del plano oclusal de los dientes temporales del niño. Por lo tanto, la inyección debe ser dado algo más abajo y - más atrás que en los adultos. Según una técnica - aceptada, se coloca el pulgar sobre la superficie oclusal de los molares con la uña sobre el reborde oblicuo interno y la yema del pulgar descansando - en la fosa retromolar. Se puede obtener un apoyo -

firme durante el procedimiento de inyección si se apoya la yema del dedo medio en el borde posterior de la mandíbula. La jeringa estará orientada desde un plano entre los dos molares temporales del lado opuesto de la arcada. Es aconsejable inyectar una pequeña cantidad de la solución tan pronto como se penetra en los tejidos y seguir inyectando cantidades pequeñas a medida que la aguja avanza hacia el agujero dentario inferior.

La profundidad de la penetración oscila en unos 15 mm., pero variará con el tamaño de la mandíbula y la edad del paciente. Se depositará más o menos 1.5 ml. de la solución en la proximidad del dentario inferior.



Bloqueo dental inferior. Posición de la jeringa en el adulto (A) y en el niño (B)

Anestesia regional del nervio lingual.-

El nervio lingual puede ser bloqueado si se lleva la jeringa al lado opuesto con la inyección de una pequeña cantidad de la solución al retirar la aguja.

Anestesia regional del bucinador.-

Para la eliminación de los molares temporales inferiores o la colocación del dique con grapas sobre estos dientes, es necesario anestesiar el nervio bucinador. Se deposita una pequeña cantidad de anestesia en el surco vestibular por distal y vestibular del diente indicado.

Todos los dientes del lado inyectado estarán anestesiados para los procedimientos operativos, con la posible excepción de los incisivos centrales y laterales que pueden recibir inervación cruzada del lado opuesto.

ANESTESIA PARA LOS INCISIVOS Y CANINOS TEMPORALES Y PERMANENTES.

Técnica supraperióstica.-

Para anestesiar los dientes temporales anteriores se emplea la infiltración (técnica supraperióstica). La inyección debe ser efectuada más cerca del borde gingival que en el paciente con dientes permanentes y se depositará la solución muy cerca del hueso.

Al anestesiar los incisivos centrales perma

entes, el sitio de punción está en el surco vestibular y la solución se deposita lentamente y apenas por encima y cerca del ápice dental. Como puede haber fibras nerviosas que provengan del lado opuesto, podría ser necesario depositar una pequeña cantidad de la solución anestésica junto al ápice del otro incisivo central para obtener la anestesia adecuada. Si se habrá de aplicar dique de goma, es aconsejable inyectar una o dos gotas de la solución anestésica en la encaja marginal libre para impedir el malestar ocasionado por la colocación de grapas y ligaduras para dique.

Antes de la extracción de incisivos y caninos temporales o permanentes, habrá que dar inyección nasopalatina. Del mismo modo, si se observa que el paciente no cuenta con anestesia profunda de los dientes anteriores durante los procedimientos de operatoria.

ANESTESIA PARA LOS MOLARES TEMPORALES Y LOS PREMOLARES SUPERIORES.

El nervio dentario superior medio inerva los molares temporales superiores, los premolares y la raíz mesiovestibular del primer molar permanente. Antes de los procedimientos operatorios en los molares temporales superiores, hay que depositar solución anestésica frente a los ápices de las raíces vestibulares y cerca del hueso. Por lo general, se puede evitar la inyección del nervio palatino anterior, a menos que se deba efectuar una extracción. Si la grapa del dique de goma presiona el tejido palatino, será necesaria una gota de la solución anestésica inyectada en el tejido margi-

nal libre, lo que es menos doloroso que una verdadera inyección del palatino anterior.

Para anestesiar el primero y segundo premolar superior, basta una sola inyección en el surco vestibular para que la solución quede depositada - algo por encima del ápice dental. La inyección debe ser hecha lentamente y cerca del hueso. Si se han de extraer los premolares, será necesario inyectar también el lado palatino del diente.

ANESTESIA PARA LOS TEJIDOS PALATINOS.

Regional del nervio nasopalatino.-

La anestesia regional del nervio nasopalatino no anestesiara los tejidos palatinos de los 6 dientes anteriores. Si se hace entrar la aguja en el conducto, es posible lograr la anestesia total de los 6. Sin embargo ésta técnica es dolorosa y no se debe usar por rutina antes de los procedimientos operatorios. Si el paciente siente una anestesia incompleta después de la inyección supraparietalsica por sobre los ápices dentales en vestibular, puede ser necesario recurrir a la inyección para el nasopalatino. La vía de inserción de la aguja corre a lo largo de la papila incisiva, justo por detrás de los incisivos centrales. Se dirige la aguja hacia arriba dentro del conducto palatino anterior. El malestar asociado a la inyección puede ser reducido si se deposita la solución anestésica a medida que avanza la aguja. Cuando hace falta anestesia del canino, puede ser necesario inyectar una pequeña cantidad de solución anestésica por lingual para anestesiar las ramas superpuestas del

nervio palatino anterior.

Inyección palatina anterior.

La inyección palatina anterior anestesiará el mucoperiostio palatino desde la tuberosidad hasta la región del canino y desde la línea media hasta la cresta gingival de lado inyectado. Esta inyección se emplea en conjunción con la regional - del dentario superior medio o posterior, antes de un procedimiento quirúrgico. La inervación de los tejidos blandos de los dos tercios posteriores del paladar deriva de los nervios palatinos anterior y medio.

Antes de efectuar la inyección, es útil trazar la bisectriz de una línea imaginaria que vá desde el límite gingival del último molar erupcionado hasta la línea media. Si el odontólogo se - - acerca desde el lado opuesto de la boca, podrá inyectar sobre esa línea imaginaria y por distal del último diente.

En el niño con sólo la dentición temporal, - la inyección debe ser unos 10 mm. posterior a la - cara distal del segundo molar temporal. No es necesario penetrar en el agujero palatino posterior. - Se inyectará lentamente unas pocas gotas donde el nervio emerge del forámen.

H).- COMPLICACIONES Y ACCIDENTES AL APLICAR ANESTESIA LOCAL EN NIÑOS.

1.- Introducción de la aguja en la luz de - un vaso sanguíneo, que puede acarrear una inflama-

ción local, o en personas hipertensas vasoconstricción general.

2.- Lipotimias. Por el stress nervioso que presenta el paciente ante la visión de la jeringa.

3.- Isquemia. Que aunque hay zonas las cuales al anestesiar se tornan isquémicas; que son reacciones fisiológicas normales, sin embargo puede presentarse después de haber anestesiado lugares como en la piel, cara o cuello, que se deben considerar accidentes, ya que son debidas a la acción de la adrenalina orgánica, por una técnica inadecuada de inyección o por inyecciones muy profundas.

4.- Shock Anafiláctico. Que es la reacción violenta del organismo a la segunda dosis de una sustancia que previamente lo sensibilizó. Los signos y síntomas que vamos a encontrar son: palidez, sudoración fría, pulso acelerado, descenso de la temperatura, mareos y al extremo pérdida de la conciencia. El tratamiento a seguir es el siguiente:

a).- Colocar al paciente de tal manera que su cabeza quede más baja que el nivel de sus piernas (posición de Trendelenburg).

b).- Se le aflojará toda la ropa que pudiera interrumpirle de alguna forma la circulación sanguínea.

c).- Se cubrirá al paciente con mantas para que se evite la pérdida de calor.

d).- Se tratará de restablecer la tensión arterial para lo cuál se administrará suero glucosado o algún vasoconstrictor, para elevar el nivel de irrigación sanguínea al cerebro.

5.- Otro accidente considerado, es la elevación de la tensión arterial por causa del cirujano, esto es por: negligencia, mala técnica de anestesia o simplemente irresponsabilidad al anestesiar.

6.- Otros accidentes son los que se presentan por punción de fibras musculares causando dolor, trismus por lesión a troncos nerviosos, infecciones por uso de agujas sin esterilizar.

7.- El anestesiar en procesos infecciosos agudos, lo que se provoca será difundir dicha infección a zonas mayores, que incluso pueden llegar a ser verdaderas septicemias.

8.- Las reacciones alérgicas locales como las vesículas en la mucosa bucal o en los labios, deben considerarse como signo de alarma y el uso ulterior del agente causante se hará tomando ciertas precauciones o utilizando un anestésico de composición química diferente.

9.- La parestesia y la neuritis es provocada por la penetración de agujas en el nervio, debido a la mala aplicación de la inyección.

10.- Rotura de las agujas. Se producen por lo general, cuando la aguja atravieza un músculo o cuando pasa por debajo del periostio provocando un movimiento reflejo brusco de la cabeza del paciente.

11.- Hay que advertir a los padres de los niños que decidieron un anestésico local, que el tejido blando de la zona puede carecer de sensaciones por una hora o más. El niño deberá ser observado atentamente para que no se muerda los tejidos - inadvertidamente o intencionalmente, ya sea el labio, la lengua o la cara interna de los carrillos. Con no poca frecuencia un padre llamará al odontólogo una hora o dos después de la sesión para decirle que observó una lesión de la mucosa bucal y dudar si el accidente no se produjo durante el trabajo. A esta úlcera se le llamará "úlcera traumática". El niño debe ser visto 24 horas después y se indicarán colutorios con solución fisiológica para mantener limpia la zona. También se recomienda después de haber terminado el tratamiento odontológico colocar un rollo de algodón entre los labios o sujetarlo mediante seda dental o ligaduras colocadas a través de los espacios interdenciales, cuando la anestesia persiste todavía en el momento que el niño sale del consultorio del dentista.

12.- Traumatismo de la inyección. El traumatismo provocado por la inyección comprende la gran mayoría de las complicaciones locales. La técnica-supraperióstica suele provocar reacciones menores - como edema, dolor persistente y a veces ulceración ligera en el punto de inserción de la aguja. La primera de estas complicaciones se debe a la infección, a una inyección demasiado rápida o demasiado voluminosa; la última es provocada por infección. - Este tipo de malestar cede generalmente en unos - cuantos días.

13.- Hemorragia debida a hemofilia o trata-

mientos con anticoagulantes. Este tipo de hemorragia es particularmente peligrosa cuando es necesario hacer bloqueos profundos, para aliviar el dolor en un enfermo ambulatorio activo.

14.- Reacciones tóxicas. Las reacciones tóxicas aparecen cuando una cantidad excesiva de - - anestésico es absorbida rápidamente por el organismo. La absorción aumenta cuando se inyecta a gran velocidad cantidades excesivas de la solución en - los tejidos peribucles muy vascularizados. Además si el dentista inyecta accidentalmente un cartucho de procaína por vía intravenosa en 5 seg., esta velocidad es 15 veces superior a la que suele considerarse como segura, o bien 200 más tóxicas. La secuencia de la reacción tóxica toma la forma de excitación, convulsiones y depresión.

15.- Reacciones psíquicas. La mayoría de - los enfermos manifiestan reacciones psíquicas; pero generalmente el dentista se percata sólo de - - aquellos signos que preceden inmediatamente al síncope. Afortunadamente las técnicas de primeros auxilios son conocidas por todo el mundo y el poder de recuperación del organismo es tal, que sólo raramente aparecerá un estado de choque. El síncope puede llevar a un estado de choque secundario, que se transformará en irreversible; si no es tratado con la debida rapidez.

16.- La administración de un anestésico local puede ir seguida por un ataque asmático agudo. Se considera que estos ataques son una manifestación alérgica o traducen un estado de tensión emocional.

17.- Una señal relativamente frecuente de estimulación central son las arcadas o vómitos que pueden deberse a razones psicológicas o tóxicas.

18.- También aparecen a veces lesiones herpéticas en labio, lengua o encía, que pueden explicarse por el trastorno de la inervación trófica.

19.- También deberá advertirse a los padres, que se muestren muy cuidadosos en no dar al niño alimentos muy calientes hasta que recupere sus sensaciones normales, para evitar que se produzca graves quemaduras.

IX.- CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PAIDODONCIA.

Los principios generales de la cirugía bucal permanecen constantemente, se apliquen en adultos o en niños. Sin embargo, en los niños estamos tratando con un organismo en desarrollo en sus aspectos físico-fisiológicos. Por lo tanto, deberán modificarse las técnicas para adaptarse a las necesidades del paciente en etapa de crecimiento. Algunos de los factores que se deberán tomar en consideración al practicar cirugía bucal en los niños.- A diferencia de los adultos, serán:

1.- La cavidad bucal es pequeña y se presentarán mayores dificultades para lograr acceso al campo de operación.

2.- El maxilar y la mandíbula están en proceso de crecimiento y desarrollo, la dentadura está en continua transformación, con erupción y resorción de dientes primarios y erupción de los permanentes en forma simultánea. Cualquier interferencia en los centros de crecimiento de los maxilares o la extracción prematura de los primarios, pueden llegar a malformaciones de los maxilares, de los dientes permanentes o de ambos.

3.- La estructura ósea del niño contiene un porcentaje más alto de material orgánico, que la vuelve más flexible que la de los adultos y menos propensa a las fracturas.

A).- HISTORIA CLINICA.

El profesionalista no debe omitir hacer una breve historia clínica que puede revelar algún padecimiento cardiorespiratorio importante y antecedentes de estados alérgicos anafilácticos. Así mismo debe conocer el estado psíquico de su paciente para calmar su inquietud tanto psicológicamente como por medio de una medicación preoperatoria sedante. Un paciente excitable puede llegar a tener un síncope de etiología neurogénica en el momento de la inyección del anestésico y confundirse fácilmente la signología y la sintomatología con los efectos indeseables de las drogas anestésicas. El éxito del procedimiento analgésico depende de gran parte de la preparación psicológica del paciente. Debe hablársele con suavidad y explicándole paso a paso lo que vá a sentir suplicándole su colaboración y ganándose su confianza.

Debe tener cuidado en los pacientes muy excitables o neuróticos, así como en los niños que no tienen aún uso de razón. En estos casos deberá administrarse una medicación preanestésica adecuada o bien, atenderles bajo anestesia general en un medio hospitalario y con la colaboración del anestesiólogo, de acuerdo con un buen criterio médico y la magnitud de la operación.

Interrogar sobre padecimientos cardiovasculares (hipertensión, trastornos de ritmo, etc.), -desequilibrio neurovegetativos, alteraciones endocrinas (diabetes, tirotóxicas, etc.). Así como interrogar sobre el tipo de medicamento que esté usando el paciente para valorar el riesgo y poder-

conocer alguna probabilidad en particular, (hipotensión postural con los derivados de la Rauwolfia, tranquilizantes, etc.).

En los casos que el paciente relate antecedentes de alergia a los medicamentos hacer pruebas de sensibilidad. Elegir una solución bloqueadora - de acuerdo con cada caso en particular. Debe evitarse la inyección intravascular e inyectar la solución lentamente.

Vigilancia estrecha del paciente mientras - que se establece el bloqueo nervioso, procurando - durante el tiempo de latencia distraer la atención del paciente en forma agradable.

B).- MEDICACION EQUILIBRADA: UNA AYUDA PARA EL NIÑO PACIENTE ODONTOLÓGICO.

En los últimos años, los odontólogos que -- brindan atención profesional a los niños, han advertido que hay muchos procedimientos disponibles - y que para la reducción de la aprensión son valiosos auxiliares, la angustia y el temor al tratamiento odontológico. La medicación es sólo uno de ellos. La atención cuidadosa liberará al niño de - su aprensión, angustia y temor, antes, durante y - después el tratamiento le dará la máxima comodidad física y mentalmente y le otorgará la eficiencia - máxima durante el tratamiento. Idealmente, el niño deberá sentirse cómodo mediante la prevención y - alivio de las actitudes y sensaciones desagradables. Se ha escrito mucho sobre el uso de medicación en el campo de la medicina pediátrica y menos en el ámbito de la odontología para niños. Los ar-

tículos odontológicos suelen referirse a una aplicación única, como la preoperatoria, la posoperatoria o la medicación. Los conceptos modernos exigen que ahora consideremos un programa de "medicación equilibrada" que incluyera la utilización de medicación preoperatoria, posoperatoria y medicación.

Ya no podemos más sentirnos satisfechos con la eliminación del dolor en el campo operatorio en el curso del tratamiento. El niño debe ser tratado como a una persona. La medicación no es; sino otra valiosa ayuda para ello. Con frecuencia se presentan medicamentos nuevos y mejorados que son aplicados en odontología para niños. Algunos son útiles para la necesidades específicas, otros sirven a una combinación de necesidades. A causa de este hecho, los odontólogos deben pensar ahora en términos de medicación equilibrada. Un medicamento suele estimular el éxito de otro.

Al tratar al paciente niño, el odontólogo debe comprender que se trata de una persona, con sus propios problemas y peculiaridades que cada uno requiere su propio tipo personal de medicación y dosis. La modificación de ésta para adultos no puede ser válida para una entidad aparte como es el niño. Un individuo difiere de otro tanto como el día de la noche y las técnicas aplicadas a uno, podrán ser un desastre para otro. Esto es cierto para la medicación como para la cirugía mayor. Nuestro saber; por lo tanto, deberá estar orientado por la fisiología total del individuo por los factores ambientales. La dosis por peso no puede ser un factor determinante.

En Odontología hemos estado gobernados demasiado tiempo por el aspecto farmacológico de las dosis medicamentosas en relación con la toxicidad. Lo que se perdió en nuestro enfoque de la terapéutica medicamentosa es el aspecto fisiológico del cuerpo individual. Conociendo la reacción de la fisiología individual ante los diversos medicamentos y la excitación dada, se determina mucho de nuestro éxito o fracaso con los medicamentos y sus dosis.

C).- PREPARACION PREOPERATORIA DEL PADRE Y DEL NIÑO.

Antes de la extracción de un diente primario, el dentista o su ayudante deberá preparar a los padres y al niño para el procedimiento. La extracción de un diente puede afectarle emocionalmente tanto a los padres como a los niños y requiere preparación.

Preparación de los padres.- El dentista deberá contar con el permiso de los padres antes de llevar a cabo el procedimiento en el menor. En algunos de los casos, cuando existe duda acerca de la restauración de algún diente primario con caries, la posibilidad de la extracción deberá ser tratada con el padre durante la presentación del caso, antes de comenzar el tratamiento. Si entonces se decide que el diente en cuestión deberá ser extraído, esta preparación evitará la necesidad de que el dentista deje al paciente mientras solicita el permiso de los padres para realizar la extracción.

Durante la presentación del caso, conviene averiguar si los padres abrigan temores ligados a experiencias anteriores con extracciones dentarias. El padre suele preocuparse por el sangrado y dolor posoperatorio. Debemos asegurar al padre que no suele presentarse dolor después de la extracción de un diente primario. Si los conocimientos odontológicos de los padres son limitados, estos pueden pensar que el diente primario ya se encuentra móvil y no conciben que pueda tener raíces largas. Debemos explicar que no se trata simplemente de un diente flojo; sino que los dientes primarios con frecuencia poseen raíces largas. Esto puede ser ilustrado con la radiografía preoperatoria. No debemos permitir que el padre explique al niño lo que el dentista hará; esto lo deberá realizar el mismo dentista o su ayudante. Las intenciones de los padres son buenas; sin embargo, su vocabulario puede ser deficiente e inadvertidamente puede atemorizar al niño en su afán de prepararlo. Jónhson ha demostrado que la angustia maternal parece ser uno de los principales factores que afectan al comportamiento de niños que requieren una extracción.

Por lo tanto, el tiempo que dedica a la preparación de los padres es tiempo bien empleado.

Preparación del niño. Esta varía según la edad del niño. Baldwin afirma que el niño de 8 a 10 años que requiere una extracción deberá tener un período de preparación. Este grupo parece ser aceptó mejor la idea de la extracción cuando se le notificó 4 a 7 días antes. Sin embargo, el autor opina que una explicación detallada prematura es inadecuada. Piensa que al niño se le deberá infor-

mar el mismo día de la visita.

El dentista deberá estar preparado para contestar la pregunta del niño "¿Va usted a arrancarme un diente?" la respuesta deberá ser: "no, yo no arranco dientes, simplemente los aflojo". Eso es muy diferente. Las palabras "arrancar o sacar" sugiere una experiencia dolorosa para el niño. Este tipo de preguntas generalmente las hace el niño en la etapa de la dentición mixta, cuando normalmente se le aflojan los dientes anteriores primarios. En este caso, el dentista o su auxiliar deberá asegurar al niño que el dentista no vá a extraer el diente porque el niño asocia sacar o arrancar con un diente flojo.

El vocabulario que usa el dentista o auxiliar para presentar al niño los instrumentos para la extracción es muy importante; sugerimos usar las siguientes palabras: el anestésico local puede llamarse "medicina para dormir", el fórceps "aflojador", el botador o elevador "probador"; y la gasa "algodón".

Una vez que se han presentado los instrumentos al niño, las siguientes explicaciones deberán incluir las sensaciones que pueda experimentar y lo que se espera de él una vez que el diente haya sido extraído. Después de administrar el anestésico local, la explicación al niño podrá ser como sigue: "voy a tomar este probador (enseñárselo) para ver si tu diente está dormido; después, voy a tomar este aflojador (enseñárselo) para aflojar tu diente; después, cierras tus dientes y muerdes este algodón". El algodón se coloca en la boca del

niño. Se le pide que junte los dientes y mantenga el algodón hasta que los dientes despierten; entonces, habremos terminado. Sin embargo, deberemos hacer hincapié en las sensaciones que el niño podrá experimentar durante todo el proceso.

Es muy importante que el niño comprenda la diferencia entre presión y dolor. Esto no lo explicamos verbalmente, colocamos nuestra mano sobre el hombro del niño para explicar la sensación de presión. Tomamos el probador y verificamos el grado de anestesia, colocándolo en el surco gingival, utilizando considerable presión para determinar la profundidad de la anestesia.

El niño deberá estar convencido de que se encuentra profundamente anestesiado antes de extraer el diente. No es el dentista el que debe cerciorarse de que no dolerá, sino el niño. Para el paciente joven; las explicaciones mencionadas anteriormente deberán ser repetidas asegurando que las comprende y que sabe perfectamente bien lo que haremos. Es obvio que debemos dedicar suficiente tiempo para llevar a cabo esta etapa de la preparación.

D).- ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS.

Aún antes de la extracción de un diente primario, el dentista deberá considerar algunas normas generales sobre como incorporar la extracción de dientes primarios a su plan de tratamiento en general. El dentista que proyecta su tratamiento -

por cuadrantes deberá planear sus procedimientos restaurativos o la colocación de mantenedores de espacio junto con la extracción de los dientes.

Deberá evitarse la programación de una extracción para la primera visita del niño, ya que esto constituye una forma negativa de introducirlo a la odontología. Salvo que exista infección aguda u odontalgia, el diente no deberá ser extraído en la primera cita, especialmente en niños muy pequeños o aprensivos con dificultad para ajustarse al consultorio.

Para el niño aprensivo que necesite la extracción de dientes anteriores y posteriores, el dentista deberá considerar la zona anterior superior como un cuadrante, separado de la zona posterior superior, al hacer su plan de tratamiento. Esta precaución reducirá el número de veces que se requiere administrar un anestésico local en una cita. Sin embargo, cuando los dientes anteriores y posteriores inferiores se encuentran en el mismo cuadrante, podrán ser extraídos en la misma cita.

Cuando es necesario extraer dientes posteriores de un sólo lado en el maxilar y en la mandíbula, el diente inferior deberá ser extraído primero; de otra forma, el sangrado de los alvéolos superiores puede obstruir la visión del operador durante la extracción del molar inferior.

Cuando se piense extraer un diente primario en un cuadrante en que están indicados otros procedimientos, debemos considerar qué procedimientos deberán realizarse primero.

1.- PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS.

Si se piensa colocar una restauración de amalgama de clase II en un diente y la superficie proximal del diente adyacente por extraerse se encuentra intacta, la restauración deberá ser colocada primero. Una vez colocada la restauración y antes de la extracción del diente adyacente, la superficie proximal contigua a la amalgama fresca deberá ser rebajada antes de la extracción. Al colocar primero la amalgama, el exceso de la misma puede ser eliminado con facilidad, evitando que pequeñas partículas de amalgama se incorporen al sitio de la extracción.

En un niño en que existe un molar que será extraído, contiguo a otro molar que deberá recibir una corona de acero inoxidable, la corona se coloca antes de la extracción del molar adyacente. Esto permite eliminar con facilidad el exceso de cemento que utilizamos para la colocación de la corona y evita que éste se incorpore al coágulo sanguíneo en el alvéolo de la extracción. La superficie proximal del diente por extraerse deberá ser rebajada exactamente igual que en la técnica descrita para la colocación de una amalgama.

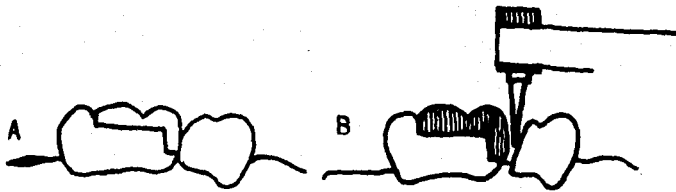


Fig. A. En el segundo molar primario se colocará una restauración mesioclusal de amalgama. - El primer molar primario será extraído.

Fig. B. En el orden de tratamiento, la amalgama se coloca primero. En seguida, se reduce la superficie proximal intacta del primer molar primario antes de su extracción.



Fig. A. Se colocará una corona de acero inoxidable en el segundo molar primario (T). Asimismo, se piensa extraer el primer molar primario. (S).

Fig. B. Primero, se coloca la corona de acero inoxidable, la superficie proximal adyacente se rebaja. A continuación, se extrae el primer molar primario.

2.- PROCEDIMIENTOS PARA LA COLOCACION DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

Cuando se piense utilizar un mantenedor de espacio unilateral fijo de banda y aro o un mantenedor de espacio corona de acero cromo y aro, deberá considerarse el tiempo de colocación de los aparatos. La banda deberá primero ser adaptada al diente, posteriormente se toma la impresión. La banda se coloca dentro de la impresión y se corre el modelo. El diente que será extraído se corta del modelo de estudio. En seguida se ajusta el aro y se fija a la banda sobre el modelo. En la segunda visita, el diente se extrae; procediendo en seguida a colocar el mantenedor de espacio de banda y aro. Debemos procurar que las partículas de cemento no penetren al alvéolo. Si se piensa colocar el mantenedor de espacio de banda y aro directamente, la banda deberá ser adaptada primero, luego se extraerá el diente y al final se fijará el aro a la banda.

También debemos considerar el momento propio para la extracción de molares primarios antes de colocar un arco lingual soldado. Cuando se piense extraer molares primarios inferiores en la dentición mixta, seguido por la colocación de un arco lingual soldado, es conveniente extraer los dientes antes de cementar el arco lingual. Esto evita que el alambre del arco lingual dificulte la correcta colocación del fórceps.

X.- TECNICA DE LA EXODONCIA.

A).- CONSIDERACIONES PARA LA TECNICA EXODONTICA.

1.- Las estructuras óseas jóvenes y elásticas así como el desarrollo radicular incompleto - suelen facilitar una extracción que sería bastante difícil ya alcanzada la madurez.

2.- El diente afectado debe ser extraído en su totalidad con la menor lesión posible de las partes que lo rodean y con la rapidez compatible con la salud del paciente.

3.- Los dientes están retenidos en los maxilares en parte por su forma, pues en un cráneo seco los que tienen sus raíces ensambladas en el hueso permanecen en su sitio; sin embargo, otros caen por su propio peso.

De todos modos, el principal lazo de unión es una fuerte membrana, el periostio alvéolodentario que lo une al alvéolo en que descansa; al ceder esta membrana y el hueso que lo rodea es posible hacer la extracción de un diente.

4.- Los molares temporales son los dientes que requieren más cuidado en su extracción, pues como tienen raíces finas y divergentes, están expuestas a fracturarse sino se hacen los movimientos con toda precaución y aumentando gradualmente la amplitud del movimiento a medida que vá soltando el diente.

5.- Las raíces de los dientes temporales mu

chas veces son muy curvas, especialmente las de los molares, dado que circundan los gérmenes de los premolares. Las raíces son bastante anchas en sentido vestibulolingual, de modo que la luxación con los fórceps resulta más difícil de lo que se supone.

6.- Las raíces de los dientes temporales están ya más o menos reabsorbidas, generalmente en el momento de la extracción. Esta circunstancia debe tenerse presente especialmente al extraer molares temporales muy destruidos en niños de 9-11 años de edad. Aquí los premolares están ya por erupcionar, y al tomarlos profundamente con el fórceps podrían ser extraídos involuntariamente.

7.- El odontólogo, en la extracción de dientes inferiores, toma en la forma usual la mandíbula con los dedos medio, índice y pulgar, mientras en el maxilar superior se toma el reborde alveolar entre pulgar e índice, durante la extracción.

8.- Cuando sea posible, es aconsejable dar al padre o al paciente o a ambos instrucciones para que el paciente no coma ni beba nada por un período de 3 horas previo a la hora de la sesión. Ello puede reducir la tendencia a las náuseas y al vómito. Si no se dieran tales instrucciones será conveniente reducir ligeramente la dosis.

9.- Una raíz de molar temporal puede extraerse generalmente con facilidad mediante un fórceps para raíces de ramas finas, o con un botador aplicado en íntimo contacto con la raíz para evitar el riesgo de mover o desarticular el premolar.

subyacente.

10.- Raramente habrá necesidad de dejar en el maxilar una raíz temporal si tenemos a mano un instrumento apropiado y su presencia puede impedir que el sucesor permanente adopte su posición correcta.

11.- La extracción de las raíces temporales después de la erupción de sus sucesores, puede exigir gran cuidado y ser más conveniente que los fórceps el empleo de instrumentos como los excavadores, escoplos o una cucharilla pequeña de Volkmann.

12.- Un diente temporal que ha sido retenido en su posición en el arcada dentaria más allá del período normal porque no tiene sucesor, no debe ser extraído, pues dejaría un hueco permanente que hubiera ocupado quizá durante muchos años. Las raíces de un diente temporal no se reabsorven generalmente en ausencia de su sucesor.

13.- Es dudoso que la extracción de un diente temporal favorezca la erupción de su sucesor en ausencia de la obstrucción mecánica, porque hay que contar que el diente permanente cumpla por sí mismo las condiciones fisiológicas habituales de la erupción.

14.- La reabsorción defectuosa de un molar temporal donde toda la porción radicular está reabsorbida con excepción de las puntas terminales y donde la corona del premolar ha erupcionado hasta pasar estas porciones apicales, no es una comprobación infrecuente. Si el diente temporal-

está vital, significa que las terminaciones radiculares no están infectadas y no hay justificación o necesidad para la eliminación de dichas puntas apicales. Sería un procedimiento quirúrgico difícilso eliminar las terminaciones radiculares a que nos hemos referido, sin causar un daño al periodonto de los dientes vecinos. Por lo tanto, se recomienda que tales terminaciones radiculares de dientes temporarios vitales sean mantenidas en el arco, salvo que en un momento subsiguiente haya una historia que necesite que sean eliminadas como foco potencial de infección.

15.- Para impedir que la corona se rompa, los bocados de los fórceps deben colocarse debajo del borde gingival y siempre en la raíz debajo de la unión cementoadamantina. Los dientes primarios tienen una marcada constricción en ese lugar y por lo tanto, se fracturan fácilmente en esa región - salvo que se aplique correctamente el fórceps, que debe comprimirse lo justo para que no se muevan los bocados. La sobrecompresión apretará la corona causando su fractura. Bajo anestesia local, si el diente tiene una caries cervical profunda, los bocados no deben tocar la cavidad, porque ello producirá dolor pulpar, aún cuando la anestesia sea adecuada para extraer el diente sin dolor. Un desplazamiento lento, gradual, es preferible a los movimientos rápidos, repentinos, espasmódicos. La inco modidad de la presión puede asustar al niño y se le debe explicar con tranquilidad. Muchas veces el pequeño confunde presión con dolor y salvo que se le explique esto puede crearse un problema de manejo.

16.- Después de la anestesia, pasamos a una buena sindesmotomía. En algunos casos de dientes - con avanzada reabsorción, o restos radiculares superficiales, el mismo sindesmotomo de hoja gruesa puede servir para volcar el diente y extraerlo.

17.- No olvidemos la anatomía radicular de los dientes primarios, ni la presencia del germen del permanente.

18.- Cuando se trata de molares muy debilitados por caries avanzadas, con gran destrucción coronaria a veces con un pólipo emergiendo del centro, es muy conveniente extraer las raíces por separado.

19.- Examinar el diente extraído y controlar con las radiografías. Esto es importante, sobre todo en casos de reabsorciones atípicas. No "escabar" a ciegas buscando la otra raíz.

20.- Muchas de las puntas radiculares fracturadas se reabsorberán o con mayor frecuencia, llegarán a la superficie y se desalojarán al brotar la pieza permanente. En algunos casos, una punta radicular puede actuar como cuña y evitar la erupción del sucesor permanente, lo que requeriría extracción quirúrgica.

21.- Si una radiografía muestra un premolar atrapado en las raíces del molar, deberá seccionarse la pieza y extraerse cuidadosamente cada raíz.- Deberá recordarse que la bifurcación de una pieza primaria está mucho más cercana a la porción coronaria que en las piezas permanentes, de manera que

sólo habrá que dividir un puente muy estrecho de sustancia dental.

22.- Las lesiones periapicales crónicas y los tractos sinusoidales no deberán tratarse con raspado, ya que sanan después de la extracción de las piezas infectadas y el raspado del alvéolo puede dañar al folículo dental y causar trastornos en la calcificación del esmalte de la corona. Sin embargo, los quistes deberán ser extraídos.

23.- Si se ha producido suficiente resorción radicular, las extracciones pueden ser sencillas. Por lo contrario, si un diente particularmente un molar, tiene que ser extraído prematuramente, las raíces pueden haber sufrido poca resorción o resorción irregular, y esta situación puede volver muy difíciles las extracciones para estos casos. Debe tenerse presente que la corona de la pieza su cedánea está situada en relación cercana a las raíces del diente primario. Las raíces extendidas de los molares temporales rodean a las coronas de los permanentes y podemos desalojar o extraer, la pieza en formación si no se tiene gran cuidado durante la extracción. El diente permanente ofrecerá poca resistencia a causa de la falta de desarrollo de sus raíces. No es raro observar que la resorción de una raíz de molar primario se produce a medio camino entre el ápice y la unión de cemento y esmalte. Esto debilita considerablemente la raíz y las fracturas de este tipo de raíz no son raras.

24.- Las buenas radiografías son de gran importancia y deberán estudiarse cuidadosamente antes de plantear la extracción.

B).- LA OPERACION DE LA EXTRACCION DENTARIA PUEDE-DIVIDIRSE EN TRES PERIODOS:

- 1.- La aplicación del fórceps al diente;
- 2.- La destrucción de sus conexiones membranas y dilatación del alvéolo.
- 3.- La separación del diente de su alvéolo.

En el primer período el instrumento debe tenerse en la palma de la mano, las ramas dirigidas-hacia arriba o hacia abajo, según el maxilar donde se opere, empleando el pulgar como tope o regulador que gobierna la separación de los mangos y por lo tanto, de las ramas del fórceps.

Debe adaptarse primero a la porción más oscura del cuello del diente y entonces ponerse en contacto fácilmente con el lado opuesto. Esto hecho, se retira gradualmente el pulgar y se afirma por la presión fuerte y constante en dirección de la raíz del diente.

La fuerza empleada debe regularse por la resistencia experimentada, aplicándola suavemente y aumentándola a medida que el caso lo requiere y con frecuencia acompañándola de un ligero movimiento de rotación muy favorable.

La experiencia facilitará al operador informarse cuando esto ha sido llevado a un buen término. En un principio la tendencia es a empujar insuficientemente el fórceps en el alvéolo del diente, poniéndose en contacto solamente los bordes con el cuello dentario con el que probablemente se fractu

ra por este sitio. Si el diente está ya suelto y - especialmente si se tiene una sola raíz, no hay necesidad de empujar las ramas del fórceps en el alvéolo, pues haciéndolo solamente ocasionaríamos dolor inútil.

El operador debe juzgar, a medida que avanza, cuánta fuerza se requiere, empezando suavemente y continuando en aumento la fuerza hasta conseguir su objeto.

Quizá requiere más juicio esta parte de la operación que ninguna otra y debe admitirse que si es torpeza emplear una fuerza innecesaria para obtener una prensión firme, será peor pecar de lo - contrario y causar la fractura del diente por forzar demasiado poco. El diente, una vez convenientemente prendido, debe retenerse con una fuerza suficiente para impedir que resbale el instrumento; pero no tan grande que perjudique al diente.

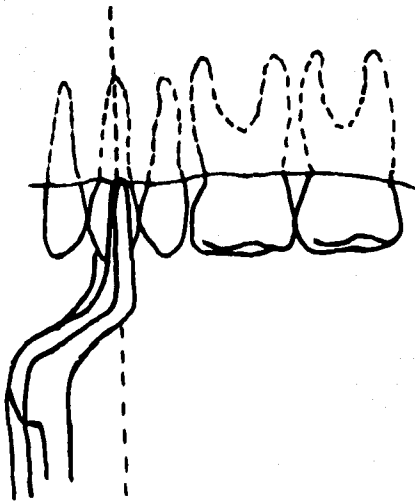
El segundo período de la operación, la separación del diente de sus conexiones membranosas y dilatación del alvéolo, comienza ahora. Este consistirá en un ligero movimiento de rotación si el diente tiene una raíz cónica, o un movimiento en - sentido lingual (o palatino) y vestibular si la - raíz es aplanada o si hay dos o más raíces.

Al llevar a cabo estos movimientos debemos seguir ciertas indicaciones generales que vamos a mencionar: pero si con una fuerza moderada no cede el diente, podemos emplear la fuerza en otras di--recciones, aumentándola gradualmente si salimos airosos en nuestros esfuerzos.

Cuando cede el ligamento alvéolodentario y el hueso que lo rodea, produce una sensación que podemos percibir fácilmente, y cuando el ligamento está suficientemente separado y el alvéolo dilatado, empezamos con los verdaderos movimientos de la extracción o tercer período de la operación.

También debemos proceder con criterio en este paso, pues si la fuerza extractiva se aplica demasiado pronto experimentaremos gran resistencia y nos exponemos a fracturar el diente si la fuerza continúa; si la aplicamos demasiado tarde, provocamos dolor innecesario. Un error en la indicación precedente puede ir acompañado de la desagradable circunstancia de poner al descubierto parte del alvéolo. La fuerza extractiva, por regla general, debería ser ejecutada principalmente en la dirección del eje longitudinal del diente; pero es una regla con muchas excepciones.

El operador hábil juzgará en que dirección sale más fácilmente el diente desprendido y ejecutará la tracción en la dirección de menor resistencia. En los movimientos de la extracción, el diente y el fórceps deben ser completamente solidarios y participar en todos los movimientos; nada provoca con más facilidad la fractura de un diente que un instrumento aplicado sin la debida firmeza.



- Ilustrando el principio del paralelismo. Nótese que el eje largo de la raíz, los bocados del fórceps y el mango son paralelos.

C).- TECNICA EXODONTICA PARA LOS DIENTES PRIMARIOS.

ANTERIORES.

Raramente ofrecen dificultades mecánicas en su extracción, porque por lo general tenemos reabsorción radicular activa y la erupción gradual de los permanentes los afloja y desplaza en cierta medida, de manera que la mayoría de las coronas primarias de los anteriores caen solas o las saca el niño. Tampoco hay problema en cuanto a la posibilidad de extraer gérmenes permanentes. En los casos en que no se ha producido la reabsorción radicular y hay retención prolongada de esos incisivos y caninos es fundamental actuar con delicadeza para -

prevenir la fractura radicular. La dirección de las fuerzas aplicadas al fórceps deben estar influidas por la anatomía de la raíz a extraer.

Dientes anteriores superiores.- El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente.- El corte horizontal de las raíces de estos dientes son redondas, por lo tanto, la fuerza inicial es ligeramente hacia el lado lingual. Esta pequeña fuerza inicial familiariza al niño con la sensación de presión. Además esta fuerza provoca la expansión del hueso lingual. La siguiente fuerza se aplica en sentido contrario a las manecillas del reloj, este movimiento afloja al diente, porque la forma de la raíz es cónica. A continuación, con un movimiento sostenido en dirección labial el diente se extrae de su alvéolo.

El canino superior primario tiene una raíz relativamente larga. Aunque hay algún aplanamiento en sus caras mesial y distal, es redondeada, ahusada y se desplazará mejor por rotación. Puede existir alguna dilaceración distal del ápice, lo cual modificará la rotación. Naturalmente, cualquier desviación marcada de la anatomía radicular normal aparece en la radiografía y la técnica se modifica de acuerdo a las circunstancias.

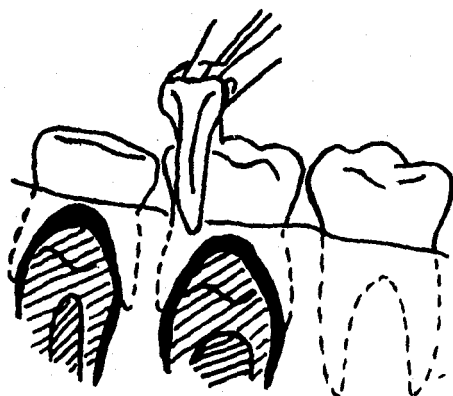
Dientes anteriores inferiores.- El operador se coloca detrás y hacia un lado del paciente. El corte horizontal de estos dientes presentan forma ovalada, a diferencia de las raíces de los dientes anteriores superiores, que son redondas. Aquí, como en los dientes anteriores ^S, la fuerza inicial es en sentido lingual; pero debido a que las raíces -

de estos dientes son ovaladas la dirección de la fuerza es en sentido labial, con una sola acción sostenida. Una vez que se ha aflojado el diente, un movimiento contrario a la dirección de las manecillas del reloj, lo extrae fácilmente de su alvéolo.

POSTERIORES.

Las dificultades mecánicas en la extracción de los molares primarios se acrecentan por la caries coronaria extensa, la divergencia de las raíces, los ápices delgados como astillas y la presencia de los gérmenes de los premolares entre las bifurcaciones radiculares.

La aplicación correcta de los bocados de los fórceps debe ser, en general, lo más alto posible en las superficies radiculares. Sin embargo, en el caso de un molar con el premolar erupcionado entre la bifurcación de sus raíces, hay que tener mucho cuidado de no tocar esa corona permanente en desarrollo con los bocados del fórceps. En un caso así es preferible colocarlo directamente y en forma paralela en una raíz más que en la bifurcación. (ver dibujo)



Colocación de los bocados del fórceps en una raíz, para impedir comprometer la corona del premolar que está debajo. Los bocados del fórceps no deben molestar los tejidos por debajo de la bifurcación de un molar primario y se colocan mejor en la raíz mesial o distal.

La caries coronaria extensa no tiene porque ser una complicación, salvo que la caries haya pasado la unión cementoamantina. Entonces puede ser preferible fracturar deliberadamente la porción remanente de la corona y extraer cada raíz por separado.

Molares primarios superiores.- El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente.- La dirección inicial de la fuerza es ligeramente lingual, debido a que la raíz palatina de este molar es curva. Debemos ejercer poca fuerza para no fracturar esta raíz palatina curva. En seguida, con un sólo movimiento hacia el lado vestibular, se afloja el diente y con un movimiento contrario a las manecillas del reloj lo extraemos fácilmente del alvéolo.

Molares primarios inferiores.- La técnica para la extracción del primero y segundo molares primarios inferiores se presentan por separado. Para el primer molar primario el operador debe estar colocado al frente y hacia un lado del paciente sujetando la mandíbula. Un corte de las raíces muestra que éstas son planas en sentido mesiodistal y elípticas. Por lo tanto, está contraindicado todo movimiento rotatorio. La fuerza inicial es ligeramente hacia el lado lingual; en seguida, con un só lo movimiento sostenido en dirección vestibular aflojamos la pieza. Una vez floja, con un movimiento contrario a la dirección de las manecillas del reloj se extrae el diente de su alvéolo.

Para el segundo molar primario inferior. El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente al tomar cualquiera de los dos. La técnica es similar a la descrita para el primer molar inferior. Las características morfológicas de las raíces del primer molar primario inferior justifican el uso del fórceps cuerno de vaca. Una de las características morfológicas del segundo molar primario es que la convergencia de las raíces comienza aproximadamente en el tercio medio de las mismas, a diferencia del primer molar primario inferior, donde la convergencia comienza en el tercio apical. Además, la raíz mesial tiene un surco que va por todo el aspecto mesial; un surco similar también se encuentra sobre la raíz distal a lo largo de todo su aspecto distal. Estas características contraindican todo movimiento rotatorio y justifican el levantamiento de la pieza en forma vertical. Los bocados del fórceps se colocan profundamente dentro de la bifurcación radicular. La fuer-

za inicial es ligeramente hacia el lado lingual. - En seguida, con un sólo movimiento en sentido vestibular y apretando continuamente los mangos del instrumento, el diente se extrae de su alvéolo.

D).- VARIANTES DE LA TECNICA EXODONTICA PARA:

- 1.- Dientes anquilosados.
- 2.- Dientes retenidos.
- 3.- Dientes supernumerarios.
- 4.- Dientes precoces.
- 5.- Restos radiculares.
- 6.- Dientes multiradiculares.

Dientes anquilosados.

Los dientes temporales anquilosados, frecuentes en niños, requieren una mención especial a causa de su potencial quirúrgico. Desde un punto de vista clínico práctico. Considero dos tipos de dientes anquilosados; primero los que presentan evidencia clínica de anquilosis, como estar "sumergidos" o no seguir a los otros de su cuadrante en la erupción. Estos dientes pueden estar ligeramente fuera de oclusión o estar completamente dentro del reborde alveolar aunque con evidencia de haber estado alguna vez en la boca. Radiográficamente veremos la falta de una línea periodontal bien identificada puede ser una buena evidencia de confirmación de la anquilosis ósea.

Segundo, están los dientes con casi toda o toda la raíz reabsorbida y que sin embargo no dan señales de movilidad y dan un sonido sólido al ser percutidos. Los dientes están virtualmente solda-

dos al hueso circundante y puede haber una diferencia considerable en el grado de la anquilosis que interesa para la extracción. Estos dientes quedarán, finalmente, "sumergidos" pero no todos los dientes "sumergidos" mostrarán signos de anquilosis.

Uno no puede predecir totalmente por el examen radiográfico y clínico que dificultades podrá encontrar en la eliminación de dientes anquilosados. Ante todo, cuando sea factible, se deberá probar la extracción con pinzas; el odontólogo con frecuencia se verá gratamente sorprendido al descubrir que sólo 1 mm. ó 2 de hueso están realmente sosteniendo el diente. Si no se realiza la luxación con una presión razonable de las pinzas, uno puede verse enfrentado con un procedimiento quirúrgico formidable.

Primero se elimina la corona mediante un corte horizontal con fresa redonda, justo por debajo del borde cervical de la corona e insertando al elevador para fracturarla. Se rodean entonces las porciones restantes del diente con la ayuda de una fresa No. 8, eliminando hueso, hasta que sea posible la extracción del diente. Con frecuencia, uno no puede determinar clínicamente la diferencia entre tejido dental y óseo y hay que efectuar una disección en bloques. En estas instancias hay que evitar la destrucción excesiva de hueso y el traumatismo de los dientes adyacentes. Pudiera resultar necesaria la verificación del progreso quirúrgico con exámenes radiográficos.

Dientes retenidos.-

La eliminación de los dientes temporales retenidos en los pequeños puede a veces tornarse necesaria. Los dientes que han sido traumatizados - pueden estar causando obstrucción para el progreso de los dientes permanentes. A veces se eliminan - premolares no erupcionados, en el curso de un tratamiento ortodóntico.

Está indicada la eliminación temprana de --
dientes mal formados, caninos retenidos.

El abordaje quirúrgico de estos problemas - debe ser tal que se levante un colgajo mucoperiostico adecuado para evitar todo daño al aporte vascular, seguido por una eliminación conservadora de hueso. Una vez que se descubre el diente de manera que se vea la corona, el seccionamiento múltiple - de ésta con fresa de carburo No. 8 facilitaría la removición a través de ventanas conservadoras en el hueso y así se reducirá al mínimo la probabilidad de dañar las estructuras adyacentes. Es importante la limpieza completa de todos los tejidos foliculares y los tejidos apicales incompletamente calcificados. Los bordes del hueso remanente pueden ser - alisados con limas y suturar con seda o catgut.

Dientes supernumerarios.

Con frecuencia presentan dientes supernumeriarios nuestros pequeños pacientes, que se dan múltiples o aislados y son más comunes en la región - anterosuperior. Sin embargo, a veces se les ve en otras zonas, como en la región premolar inferior o hasta en las regiones molares.

Los dientes supernumerarios anterosuperiores del niño interesan mucho al odontólogo por los problemas que puedan crear.

Estos dientes, que pueden ser evidentes radiográficamente a cualquier edad, desde recién nacidos hasta adultos, rara vez erupcionan y suelen ubicarse por palatino de las raíces temporales y en una posición que impida la erupción correcta de los incisivos permanentes, centrales o laterales. A menos que el niño sea examinado con regularidad incluidas radiografías periódicas, la evidencia más común de su presencia es la retención de uno o más dientes anteriores superiores.

Cada caso que involucre un diente supernumerario debe ser diagnosticado y evaluado de acuerdo con sus propias peculiaridades, pero en general es mejor cuanto antes sean extraídos estos dientes supernumerarios. A veces, el acceso quirúrgico a la zona es bastante difícil y se crean peligros indeseados a los dientes permanentes. En tales instancias, uno puede observar el progreso con la ayuda de radiografías y puede confiar en que el crecimiento y desarrollo brinden mejores condiciones quirúrgicas.

Dientes precoces.

Los dientes precoces pueden hacer erupción al nacer y aún antes. Estos dientes prematuros pueden estar bien construidos o constar apenas de unas pequeñas cúspides agudas y calcificadas, poco adheridas a la mucosa. Estos pueden, en caso necesario, extraerse con los dedos generalmente.

Extracciones de restos radiculares.

Cuando las raíces de los dientes temporales están necrosadas por gangrena de la pulpa, producen frecuentemente la ulceración de los tejidos que las cubren dejando la raíz expuesta en mayor o menor extensión.

La ulceración de la encía se debe probablemente a la presencia de la raíz necrosada que actúa como un cuerpo extraño, pues la ulceración se limita a esta región. El secuestro de la raíz necrosada es expulsado por la presión que ejerce sobre el diente que va a substituirle.

Estas raíces temporales descubiertas aparecen casi invariablemente en el lado vestibular del alvéolo y generalmente en las regiones incisiva superior y molar inferior. Se extraen fácilmente introduciendo un botador recto entre la raíz y la encía y empujando en la línea de menor resistencia. Si existe una gruesa capa de encía cubriendo la raíz, se separa previamente cortándola con un escalpelo.

Dientes multiradicales.

Un diente multiradicular, y sobre todo las divergencias radiculares, aumentan la resistencia mecánica a las fuerzas desplazadoras. Por lo tanto, esos dientes deben extraerse por la aplicación repetida de fuerzas de luxación, lentas, graduales, atrás y adelante, usando la cortical alveolar bucal como punto de apoyo y sacando todas las ventajas de la elasticidad de las paredes óseas en las que están implantadas las raíces. Un operador há-

bil interpreta el grado de resistencia a las fuerzas aplicadas y por la sensación de transmisión de la resistencia desde el fórceps a sus manos sabe cuándo detener un cierto movimiento de vaivén. - - Esas fuerzas vuelven aplicarse varias veces hasta que se produce el movimiento suficiente de la raíz, las fuerzas repentinas, bruscas, espasmódicas, son las responsables de las fracturas radiculares de los molares primarios.

XI.- CUIDADOS POSOPERATORIOS.

Las instrucciones posoperatorias adecuadas son absolutamente necesarias para asegurar el éxito de la intervención. Es bien sabido que la inadecuada o simplemente falta de instrucciones posoperatorias, pueden ser causa de un fracaso aún en las heridas mejor operadas. Con todo, y a pesar de ello, muchos dentistas no dan instrucciones para proteger su cirugía. A pesar de que la palabra escrita al final de una intervención es mucho más efectiva que todas las instrucciones verbales que puedan darse al paciente.

Algunos de los cuidados posoperatorios son los siguientes:

1.- Irrigación. El paciente no debe irrigarse por lo menos durante 24 horas, al cabo de las cuales se hará un suave lavatorio con algún antiséptico bucal.

2.- Cuidado de la herida. El paciente no debe tocar la herida ni con la lengua.

3.- La dieta debe ser líquida o blanda y debe estar en una proporción alta en calorías y proteínas.

4.- Para combatir el edema se colocará una bolsa de hielo sobre la cara (si la intervención ha sido a colgajo se mantendrá la bolsa por más tiempo). Si la inflamación persiste es necesario administrar algún tipo de anti-inflamatorio.

5.- Calor. No debe usarse en la cara.

6.- Dolor. Se administrará algún tipo de analgésico.

7.- Complicaciones. Puede haber edema por lo menos durante 5 días si se ha empleado colgajo, pero en los subsiguientes pueden presentarse complicaciones tales como; un dolor incontrolable, una severa hemorragia, alta temperatura, dificultad para abrir la boca, etc.

8.- Hemorragias. Sostenga la gasa con firmeza entre los maxilares y sobre el lugar de la operación durante media hora después de la intervención.

9.- Espículas óseas. Durante el proceso de cicatrización afloran algunos pequeños fragmentos de hueso afilados que atravezaron la encía. Estas no son raíces, a menudo se eliminan por sí mismos, o el mismo dentista los puede eliminar.

10.- Higiene bucal. Una escrupulosa higiene bucal, de los dientes y de la herida, es esencial para reducir las probabilidades de infección. El paciente puede hacer enjuagatorios con sustancias oxigenantes para acelerar la cicatrización y eliminar el olor y gusto desagradable. La película blanca de la encía se puede retirar por medio de un hisopo de algodón o de una gasa colocada alrededor de un dedo limpio y sumergido en la solución antiséptica, frotándose las encías. Los dientes se hacen con dentífrico, evitando la zona operada.

11.- Puede sobrevenir algún malestar por el uso de anestesia local. Por eso se utilizan anestésicos de rápida inducción y rápida eliminación.

Es necesario decir a los padres el motivo - por el que usamos el rollo de algodón y la posibilidad de que se presente un leve sangrado. Al padre se le dan rollos de algodón y gasas adicionales para que pueda cambiarlas si el efecto de la anestesia no ha desaparecido cuando el niño regresa a casa, o la gasa puede ser colocada también sobre el alvéolo si se presenta sangrado leve. Al padre no deberá preocuparle el hecho de que exista sangre sobre la almohada al día siguiente. Esto representa un sangrado muy leve del alvéolo en cicatrización mezclado con saliva, lo que da la aparencia de una gran cantidad de sangre. Una forma conveniente de llevar a casa la gasa y el algodón es colocarla dentro de un sobre con las instrucciones escritas, reafirmando lo que se ha dicho a los padres. Al padre se le pide que no pregunte al niño si le duele, ni que continuamente indague acerca de su estado. Es necesario hacer hincapié en que esto es un procedimiento que por lo general no provoca molestia. Una vez que haya desaparecido la anestesia, el niño podrá volver a sus actividades normales.

Es responsabilidad del profesional seguir - el curso del posoperatorio tan uniformemente como sea posible y un orden para llevarlo puede ser el siguiente:

1.- Prescripción de una medicación adecuada de acuerdo con la intensidad del dolor.

2.- Capacidad para pronosticar con alguna -
certeza el curso del posoperatorio.

3.- Reconocimiento de una anormalidad en el
posoperatorio.

4.- Preparación para enfrentarse con las -
complicaciones.

Infección posoperatoria; puede ser causa de
una celulitis pero este estado puede ser diferen--
ciado del edema y del hematoma posoperatorio, si -
la infección se presenta es recomendable el si- -
guiente método de tratamiento:

a).- Instrucción dietética. Evitese durante
unos días alimentos y carnes difíciles de masticar.
Coma bastante fruta y beba diariamente 8 ó 10 va--
sos de agua, jugo de frutas u otros líquidos. Se -
puede complementar esta dieta tomándo cápsulas mul-
tivitamínicas (prinisol-C) inmediatamente después-
de las comidas, necesarias para la reparación tisu-
lar.

b).- Analgésicos y sedantes. (terapia de -
mantenimiento y para incrementar la resistencia -
del huesped).

c).- Incisión y drenaje tan pronto como sea
posible (evacuación del pus e incrementar la resis-
tencia tisular).

d).- Prescripción de antibióticos si se con-
sidera necesario (con el objeto de disminuir la re-
sistencia bacteriana).

Rara vez se observan problemas de osteitis alveolar o alvéolo seco en los niños (esta es una infección localizada en las paredes del alvéolo).- Si un niño de menos de 10 años desarrolla un alvéolo seco, el operador deberá considerar inmediatamente la existencia de alguna infección poco común, como actinomicosis, o alguna complicación de trastornos sistémico (anemia, trastorno nutricional, etc.).

Forma de tratarse: Puede obtenerse alivio rápido y curación por taponamiento del alvéolo con una tira de gasa con polvo Orthoform o algún preparado similar. La gasa actúa anestesiando y no desinfectando. No tiene olor desagradable, y es por eso, preferible el taponamiento con clorofenol alcanforado.

XII.- ACCIDENTES Y COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DE LA EXODONCIA.

Pueden presentarse de vez en cuando complicaciones y accidentes imprevistos que exigen intervención rápida y ponen a prueba el espritu de iniciativa del odontólogo. Si se sospecha algún accidente desagradable hay que avisar al paciente el posible peligro antes de empezar la operación, así - se evitará posibles censuras al operador.

A continuación describimos algunos de los - accidentes y complicaciones más comunes:

1.- Puede existir una excrementosis tan ex--tensa que la extracción del ápice radicular por - vía alveolar resulta verdaderamente imposible. En estas condiciones por medio de fresas se ensancha el alvéolo hasta obtener espacio suficiente para - permitir la salida de la raíz.

2.- Es probable fractura de dientes y raíz--ces en que se haya insertado una corona de espiga- y de aquellos cuyas pulpas han sido desvitalizadas con gran anterioridad. Al ocurrir esta fractura se recurre al fórceps radicular que se introduce entre la raíz y el proceso alveolar, cortando este - último y asegurando un amarre firme sobre la raíz; también puede recurrirse a botadores cuyas hojas - se colocan a lo largo de la raíz, practicando la - extracción por apalancamiento.

Sin embargo, si al extraer un molar prima--rio se fractura una raíz, es mejor sacarla con un elevador fino o por el denominado "método del col-

gajo", en el que se levanta la mucoperiostio y se elimina suficiente cortical bucal como para ver bien la raíz, y extraerla con un elevador pequeño en punta. El método del "colgajo" o abierto se realiza porque permite mejor abordaje y menos traumatismo. Las incisiones en la encía se hacen de manera que el mucoperiostio pueda ser rebatido y exponga el hueso, el cuál se elimina con fresas adecuadas o con escoplo y martillo hasta lograr acceso suficiente a la raíz. Al aplicar luego el elevador, cuidar no desplazar la punta de la raíz ni dañar los dientes vecinos.

3.- El síncope. No es raro que los pacientes caigan en estado sincopal después de la extracción dentaria. Tal accidente es probable en individuos atacados por abscesos alveolares. Cuando se notan síntomas de malestar, ansiedad, palidez labial, sudoración fría y debilidad general puede deducirse que el síncope es inminente, y entonces se inclina el sillón hacia atrás hasta que el paciente esté en posición casi horizontal y se le da oler al paciente sales aromáticas (amoniacaes) - también se puede sentar al paciente y hacerle que baje la cabeza hasta o entre las rodillas durante unos minutos, esto nos ayuda a combatir la hipoxia cerebral aguda.

4.- La extracción o luxación de un diente contiguo es un accidente inevitable en caso de coalescencia, pero en caso contrario hay que evitarlo.

5.- Cuando un diente ha sido causa de un absceso alveolar, puede fácilmente ser forzado en pleno seno maxilar; se produce generalmente este -

accidente por no separarse bastante los picos del fórceps, con el cuál, en vez de hacer presión en la raíz, la empuja, en caso de ocurrir este accidente se ensancha el alvéolo en dirección vestibular y la raíz se saca del seno maxilar con pinzas.

6.- También puede darse el caso de introducirse un diente por medio del fórceps o los botadores en los tejidos vestibulares, linguales o faríngeos.

7.- Perjudicar otros dientes por medio de un golpe con fórceps o estropear coronas o puentes contiguos son accidentes evitables, que el profesional a de tener sumo cuidado de que no ocurran.

8.- También son evitables si el operador es cuidadoso, las contusiones y pellizco de las mejillas y labios por medio del fórceps. En caso de contusiones se emplearán fomentos calientes. Las laceraciones de los tejidos se tratarán con tintura de yodo y enjuagues apropiados. Las heridas de la lengua y suelo de la boca son rara vez graves a no ser que resulte lesionada alguna arteria, en cuyo caso puede ser necesario recurrir a la ligadura. Si el paciente es victima de una herida profunda ocasionada por contusión de un botador debe tratarse con una inyección de suero antitetánico además del tratamiento local.

9.- También puede producirse la luxación de la articulación temporomandibular, al extraer dientes inferiores y proporcionar al respectivo maxilar el obligado soporte. Cuando esto ocurre debe reducirse inmediatamente la luxación, en cuyo caso

la única consecuencia será el dolor local en la masticación durante algunos días.

10.- La fractura de los huesos maxilares durante la intervención no es corriente, pero puede ocurrir. Puede ser debido a la fragilidad ósea ocasionada por enfermedad constitucional, o debilidad causada por infecciones, quistes, dientes incluidos o impactados y también a neoplasias.

11.- El proceso alveolar expuesto, denudado de tejido gingival a de extirparse con fórceps de cortar, cucharillas o fresas.

12.- Cuando no se forma un coágulo sanguíneo firme, dejando las paredes alveolares expuestas a los fluidos bucales, se produce una osteítis u ostiomielítis. Es una causa del dolor posoperatorio persistente.

13.- La lesión del nervio mentoniano y alveolar inferior.

14.- Dolor postexodóntico e infección aguda.

15.- Desalojamiento de aparatos protésicos o de obturaciones.

16.- Extracción del germen de la segunda dentición.- Si se desplaza un germen de pieza permanente durante una extracción, deberá ser empujado cuidadosamente hasta llegar a su posición original y deberá cerrarse al alvéolo con uno o dos puntos de sutura. Algunos operadores cubren el germen con geolfam. Si por error se extrajera un germen -

de pieza permanente, deberá ser reinsertado inmediatamente sin tocar el folículo dental o las papilas dentinales. Deberá tenerse gran cuidado en orientar la pieza en el alvéolo en la posición bucolingual apropiada, y deberá cerrarse el alvéolo con puntos de sutura.

Después de la erupción, deberán hacerse pruebas pulpares. Si una pieza permanente que ya hizo erupción con raíz insuficientemente formada ha sido desalojada durante la extracción de una pieza primaria, deberá ser reinsertada e inmediatamente habrá que ferulizarla. Después de curar deberán realizarse pruebas pulpares, aunque los hallazgos radiográficos de mayor desarrollo radicular y de futura constricción del canal radicular son la prueba de que se ha vuelto a establecer el suministro vascular.

17.- Enfisema. Es un acúmulo de aire entre los tejidos blandos, que puede causarse por los instrumentos o bien al anestesiar inadecuadamente.

18.- Abscesos. Pueden ser causados al anestesiar con agujas mal esterilizadas, o por operar en zonas con procesos infecciosos, o con instrumental mal esterilizado.

El uso de restos de anestésico utilizados en otros pacientes, pueden ser causa de procesos infecciosos.

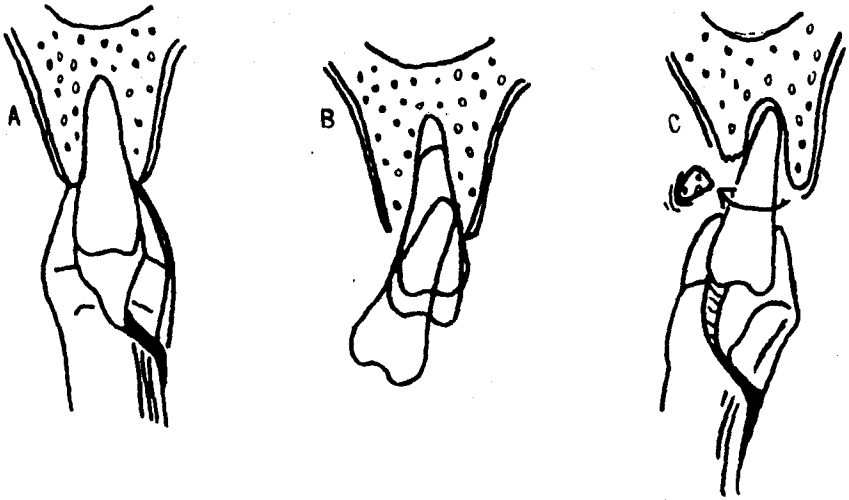
19.- Hematomas. Este problema posoperatorio se presenta con frecuencia, debido muchas veces a una deficiente colocación del colgajo en su lugar,

es decir, sobre hueso sano.

También puede causarse un hematoma por trauma posoperatorio tales como: lesiones por alimentos demasiado duros, técnica de cepillado traumática, o bien por negligencia del propio paciente.

El tratamiento consistirá en levantar nuevamente el colgajo, limpiar perfectamente tanto la superficie ósea como la fibromucosa y colocar nuevamente en su lugar y se fijará, ya sea por apósito quirúrgico, o bien por el uso de placas de acrílico temporales para una mejor cicatrización del proceso.

20.- Es común las fracturas de las finas raíces en especial cuando los premolares se ubicaron bien en la bifurcación de los molares y causaron una reabsorción dispareja, éstas raíces deben ser eliminadas, siempre que se pueda evitar un daño al germen del permanente.



A. El fórceps debe tomar bien el diente, para tener la máxima superficie de contacto. B. El diente debe ser retirado con una serie de movimientos lentos y firmes. C. Los movimientos bruscos pueden provocar la fractura del hueso alveolar o de la raíz.

XIII.- CONCLUSIONES.

No hace demasiados años, la mayoría de los niños eran introducidos al consultorio dental como resultado de un "dolor de muelas" y con la explicación paterna al niño de que debían visitar al dentista para que le "sacara la muela". Al llegar al consultorio dental se pedía al odontólogo que extrajera el diente culpable y delante del niño agradaba el que se trataría de una operación sencilla, claro está, imposible de comparar con la gran operación que él había tenido que soportar una vez. - No obstante, en vividos términos descriptivos los padres narran sus pasadas experiencias en el consultorio odontológico. En las imaginativas mentes infantiles eso genera temor. Como resultado de ese diálogo, el odontólogo se enfrentaba con la tarea de aliviar al pequeño paciente de su dolor y de aquietar sus temores; tarea extraordinaria. Sin duda este viejo episodio es representado una y otra vez en los consultorios dentales de todo el país, - en este mismo momento; no obstante, con el énfasis constante en la educación del público, la incidencia puede ser disminuida, y lo está siendo.

La mayoría de los niños que han sido guiados en sus hogares, con una vida de hogar feliz y con una experiencia previa satisfactoria en el consultorio médico o del odontólogo serán pacientes sin inconvenientes. Pero hay unos pocos niños que llegan al consultorio mal adaptados, o física o mentalmente incapaces de encarar la situación.

Hay acuerdo general en que uno de los aspectos más importantes en la orientación de la conduc

ta del niño es la eliminación del dolor. Si el niño siente dolor durante nuestros procedimientos operatorios, su futuro como paciente será dañado. Por lo tanto, es importante en cada visita que el malestar quede reducido al mínimo y evitar toda situación de dolor.

Antes de empezar el acto quirúrgico debemos hacer una historia clínica amplia y completa para evaluar las condiciones del paciente para evitarnos en un futuro complicaciones serias que pondrían en peligro la vida de nuestro paciente.

Hay que recordar que lo más importante es la comodidad del paciente antes y después de la intervención, y más aún en un paciente infantil.

La extracción de los dientes temporarios es una parte integral en cualquier práctica dental en la que se incluye a los niños. El miedo, detractor para el cuidado dental, llega al máximo cuando se hace cualquier forma de cirugía bucal. De ahí que el dentista que ha tenido éxito en el manejo del niño a través de experiencias previas (primera visita, examen radiográfico, profilaxis, y procedimientos operatorios) sea la persona indicada para efectuar la extracción.

Cuando sea posible, el niño deberá ser informado con anticipación de que se le efectuará una extracción; de no ser así, es factible que se muestre aprensivo en cada visita al consultorio. Baldwin ha indicado que en un período de 4 a 7 días antes del tratamiento quirúrgico es adecuado decirle al niño, no así un tiempo mayor que es ad-

verso a las reacciones psicológicas.

Antes de realizar el trabajo clínicamente - se realizará mentalmente para evitar hasta - sea posible complicaciones y prevenir secuelas molestas al paciente. Debe hacerse un perfecto diagnóstico basándose en todos los medios a nuestra - disposición, antes de realizar una extracción, procurando realizar ante todo, todos los procedimientos conservadores. Es deber del odontólogo que va a extraer dientes primarios prematuramente asegurarse de que haya suficiente espacio para sus sucesores.

No olvidemos que los dientes temporales tienen su función solamente durante, aunque importante período de la vida. El hecho de que el crecimiento de los maxilares y del cuerpo generalmente es más activo durante el tiempo en que actúan los dientes primarios, y que este crecimiento depende hasta cierto punto de su presencia y está influido favorable o desfavorablemente por su condición.

No se realizarán extracciones de dientes temporales sin la planeación previa de la colocación de un mantenedor de espacio, ya sea diseñado por nosotros mismos o por el ortodoncista.

La extracción de los dientes temporales, al igual que la de los dientes permanentes, deben evitarse hasta donde sea posible. Si se realizarán deben tomarse en cuenta la formación, erupción y anátomía de los dientes temporales para evitar complicaciones.

Se debe aplazar la extracción de dientes ro-
lacionados con abscesos alveolares bien desarrolla-
dos cuando existe fluctuación, y en el cuál el ca-
mino más corto para evacuar el pus es la incisión-
gingival, en estos casos es preferible evacuar el-
contenido de la cavidad del absceso sin pérdida de
tiempo y retrasar la extracción del diente causan-
te hasta que hayan desaparecido los síntomas infla-
matorios agudos.

El uso de antibióticos y su necesidad son -
de importante consideración. Una buena regla a se-
guir es que si el absceso dental está bien locali-
zado, el tracto fistuloso se halla establecido, el
paciente es asintomático y tiene buena salud, el -
antibiótico no es necesario. Pero si hay dolor -
fiebre o hinchazón periapical y adenopatía y apa-
rentementé la infección no ha llegado al límite má-
ximo, o si el niño tiene un debilitamiento crónico,
por ejemplo, una enfermedad congénita del corazón,
debe administrarse entonces una terapéutica con an-
tibióticos.

Las intervenciones quirúrgicas dentales de-
ben ser ejecutadas, en lo posible, con anestesia -
local de acuerdo a las condiciones particulares fí-
sicas y psíquicas; requieren, como condición pre-
via, que el odontólogo logre ganarse la confianza-
del niño, y que la conserve durante todo el tiempo
que dure el tratamiento. Aún las intervenciones -
más pequeñas requieren, por eso, una preparación--
detenida, mucha paciencia y una atmósfera tranqui-
la y en lo posible siempre amena. Debe disponerse-
de tiempo suficiente y extremo cuidado, sobre todo,
para la anestesia.

Es muy triste el que muchos odontólogos envíen al niño a cirujanos dentistas para extracciones bajo anestesia general, sin antes hacer un esfuerzo para realizar la extracción bajo anestesia local. El odontólogo general u odontopediatra deberá evitar informar a los padres que la anestesia general es el método de elección, cuando, con manejo adecuado, el trabajo podía haberse hecho bajo anestesia local con mucho menos dificultad.

Hemos encontrado que muchos niños pueden ser tratados bajo anestesia local, siempre que los padres cooperen y no existan otras contraindicaciones. Deberá informarse al niño, en términos sencillos, lo que va a realizarse. Nunca deberá decirse le una mentira; al niño sólo se le engaña una vez, y a partir de ahí perderá la confianza para siempre. Es más seguro decir al niño que va a experimentar alguna molestia, como un picadura de mosquito o un rasguño, que prometerle un proceso totalmente indoloro, y luego no poder cumplir la promesa.

Si un niño se queja de dolor ante la inyección o la operación, es necesario creerle volver a considerar la situación, volver a inyectar en caso necesario, pero jamás someterlo a dolor por la fuerza.

Un gran porcentaje de los niños, incluso de los más difíciles y asustados, pueden ser persuadidos para aceptar algún anestésico local. El resto, generalmente los niños muy pequeños, deberán ser tratados bajo efectos de anestesia general.

Cuando se va a realizar cirugía electiva, - es mejor examinar al paciente por lo menos una vez antes de la operación. Esto da oportunidad al operador de hablar al paciente y establecer una relación. Esta visita permitirá la discusión del procedimiento con el niño y sus padres. Al tomar tiempo para explicar que habrá que hacer, el odontólogo - podrá minimizar el miedo y la aprensión del niño.

Tenemos la obligación de instruir al paciente como a sus padres en cuánto a posibles accidentes causados por tener los tejidos anestesiados.

Es bueno recordar que los anestésicos de acción rápida, profunda y duradera, como la xilocaína, es más potente y más tóxica que la procaína al 2% y debe usarse en cantidades mínimas. De la misma manera, este anestésico se metaboliza más lentamente que la procaína, y como son más potentes que ésta y tienen más de un factor de difusión, pueden usarse a veces con la técnica de infiltración más que por bloqueo o conducción para exodoncia en - - dientes primarios. La cortical inferior de un niño es más porosa que la del adulto y permite la difusión subperiostica del anestésico a las terminaciones nerviosas inferiores, sin embargo, la técnica regional o troncal, cuando la cooperación del paciente no constituye problema es preferible a la - infiltración.

Si la aguja está afilada y es de calibre 27, si se aplica firme presión con el dedo en la zona de la inyección y si se induce la solución lentamente en el tejido mientras el paciente se está hiperventilando y el operador le reasegura con tran-

quilidad, la experiencia no tiene por que ser desagradable. Las inyecciones subperiosticas son más eficaces que las supraperiosticas, porque las soluciones deben difundirse a través del periostio antes de que se produzca la anestesia.

Muchos padres son de opinión que los dientes temporarios tienen raíces cortas y que cualquier extracción relacionada con la dentición temporaria es muy simple. La eliminación de dientes temporarios, cuando las raíces están todas reabsorbidas y cuando están flojos, por lo general puede ser realizada con un ligero tirón por el niño o por el padre, y ésta experiencia es la que conduce a la creencia que el procedimiento no tiene problemas.

La técnica de la extracción de dientes temporales se limita a la luxación del diente con pinzas. Los elevadores apenas son necesarios. Serían peligrosos, además, por una remoción involuntaria del diente sucesor o del vecino.

Los molares primarios superiores e inferiores se extraen con un movimiento bucolingual; el movimiento hacia el aspecto lingual frecuentemente ofrece menos resistencia. Pueden presentarse dificultades para aplicar los fórceps, especialmente en molares inferiores, a causa de la inclinación lingual de la corona y la incapacidad del niño para abrir la boca suficientemente. Es conveniente tomar una radiografía postquirúrgica para asegurarse de que no hemos dejado restos óseos ni dentarios en la cavidad ósea. Si durante o después de la operación no se encuentra una pieza o parte de

ella, deberán realizarse inmediatamente exámenes radiográficos de la caja toraxica y del abdomen. La ausencia de tos no prueba que la pieza no haya sido aspirada. Una pieza o parte de ella alojada en el árbol bronquial deberá ser extraída cuanto antes por broncoscopia, para evitar graves complicaciones. Si la pieza u otro cuerpo extraño está alojado en el canal alimentario, deberá asegurarse su eliminación, examinando las heces en busca de la pieza. Si ésta no es recuperada y se observan síntomas abdominales, deberá obtenerse la consulta de un médico.

RESUMIENDO: Todo miembro de la profesión odontológica debe asumir responsabilidades adicionales para brindar una atención esmerada a los niños. El logro de ese fin puede ser alcanzado por un incremento de la cooperación de los padres y del niño, lo que a su vez depende de un sólido programa educativo y preventivo. El equipo odontológico debe hacer un esfuerzo concienzudo para acercarse a cada paciente con entusiasmo y con simpatía por los temores del padre e hijo. El enfoque inteligente se verá facilitado por el reconocimiento de la existencia del temor al dolor, factores económicos y alteraciones estéticas. Una rutina apropiada y la honestidad inspirarán la confianza necesaria para el tratamiento dental correcto y para una acertada orientación.

Con la cooperación de todos los interesados se puede adiestrar al niño para que asuma una actitud receptiva respecto a la odontología y para que otorgue los valores necesarios a su salud bucal.

De este modo, el odontólogo podrá experimentar la gran emoción de sentirse parte de una profesión maravillosa, la que le permite brindar un servicio al niño.

BIBLIOGRAFIA

PEDODONCIA. Brauer Jhon Charles.

ODONTOLOGIA INFANTIL. Leyt Samuel.

CIRUGIA BUCAL. Ries Centeno Guillermo.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Sidney B Finn.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Michael Cohen.

ODONTOLOGIA INFANTIL. E Harndt, H Weyers.

UN ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA. David B Law.

MANUAL DE EXTRACCIONES DENTARIAS. F Coleman.

CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA. PAIDODON--
CIA.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA. Serie X, Vol.
29.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. Ralph -
E Mc. Donald.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA. PAIDODONCIA.-
Serie V, Vol. 15.