

29 No. 40



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

E. N. E. P. ZARAGOZA

ODONTOLOGIA

**TERAPIA PULPAR Y PARODONTAL
EN ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTAN
RAUL CORVERA GIL
RICARDO MONTAÑO LOPEZ

MEXICO, D. F.

1982



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

	pág.
Protocolo	1
Introducción	8
<u>TERAPIA PULPAR:</u>	
I. Descripción de la etiología de las Patologías Pulpares	9
II. Identificación de los padecimientos reversibles e irreversibles	13
III. Descripción del recubrimiento pulpar indirecto y directo	20
IV. Descripción de la técnica de la Pulpotomía	26
V. Descripción de la acción del Formocresol	31
VI. Descripción de la acción del Hidróxido de Calcio	36
<u>TERAPIA PARODONTAL:</u>	
VII. Descripción del parodonto en niños	41
VIII. Identificación de las enfermedades parodontales en niños	44
IX. Identificación de las principales alteraciones gingivales relacionadas con la erupción dentaria	48
X. Identificación del absceso parodontal y su tratamiento	53

XI.	Identificación de las enfermedades herpetiformes en niños, y su tratamiento	56
XII.	Descripción de las características de la moniliasis y su tratamiento	64
	Resultados	67
	Conclusión	68
	Propuestas	69
	Bibliografía	70

1. PROYECTO PARA LA AUTORIZACION DE TESIS.

a) Título del proyecto:

" Terapia Pulpar y Parodontal en Odontopediatría "

b) Area específica del proyecto:

" Odontopediatría "

c) Personas que participan:

Ricardo Montaña López

Dr. Francisco Munguía

Raúl Corvera Gil

2. FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

El propósito fundamental que nos motivó a realizar este trabajo, es el de proporcionar al Odontólogo, diversos conceptos sobre Odontopediatría, ya que a partir de ellos presentamos el que, a nuestro juicio, refleja mejor las terapias que nos ocupan. Muchas veces por falta de conocimiento sobre este tema, el cirujano-dentista recurre a otros tratamientos que no son los adecuados y, por lo tanto, la especialidad es una necesidad.

Intentamos, por lo siguiente, poner de manifiesto las ventajas de estas terapias, sin duda valiosísimas, en la medida en que contribuyen eficazmente a la conservación de los órganos dentales.

Es también nuestro deseo contribuir a la difusión de estas terapias que si bien no son nuevas, hasta hoy no han sido utilizadas, de manera continua, en la práctica corriente del medio odontológico.

El cirujano-dentista, de práctica general, debe estar familiarizado con el manejo de las terapias, con el objeto de poder brindar un mejor servicio a los pacientes que así lo requieren.

La especialidad de Odontopediatría es una de las más importantes para el Odontólogo y es de la que menos conocimientos tenemos al terminar la carrera.

Desde el punto de vista bio-psico-social, es importante el mantener un equilibrio entre estas tres entidades. El biológico, para preservar la salud del individuo y para nosotros su salud bucal que implicaría la conservación de todas sus estructuras.

El psicológico es muy importante, pues la pérdida de un órgano de nuestro cuerpo implica una idea de pérdida o mutilación y, como consecuencia, el empleo de una prótesis. Por último, desde el punto de vista social, el podernos desenvolver en un determinado medio ambiente, ya que de esto dependerá el tipo de población y sus necesidades de salud.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Objeto de estudio: ¿Los procedimientos clínicos que se realizan en la terapia pulpar y parodontal en Odontopediatría contribuyen a la conservación de los órganos dentales?

Las terapias pulpares y parodontales no consisten únicamente en una interpretación clínica, sino que en Odontopediatría deben investigarse desde su factor etiológico.

Ahora bien, para poder llevar un buen diagnóstico, es imprescindible tener conocimiento sobre lo normal y lo anormal, de las complicaciones y síndromes en los cuales se puede confundir el cirujano-dentista, realizando tratamientos que lejos de ayudar al paciente complican más su problema.

Durante la Segunda Guerra Mundial, el tratamiento odontológico comenzó a gozar de cierta confianza de los Odontólogos. Es probable que la introducción de los antibióticos llevó a la profesión a salvar los dientes despulpados. Al doctor Louis I. Grosman, de la Universidad de Pennsylvania, debemos mucho del renacimiento endodóntico basado en el empleo inteligente de los antibióticos.

En su trabajo, el doctor Coolidge señaló los adelantos en endodoncia como: "en gran parte una cuestión de experimento". Es verdad, dijo, que hemos descartado el arsénico para desvitalizar pulpas dentarias, pero ello, sucedió recientemente cuando fueron mejorados los anestésicos locales. Más aún, la conservación de la pulpa vital no avanzó mucho desde 1929, cuando Orban habló por primera vez de la capacidad reparadora de la pulpa.

Mientras tanto, las lesiones de la pulpa dentaria avanzan inexorablemente. Cada Odontólogo, lucha lo mejor que puede contra la enfermedad; suele ser un colaborador inoportuno de la muerte pulpar.

Aunque es mucho lo que se ha hablado sobre la conservación de la pulpa dentaria sana, en realidad es poco lo que se ha hecho con este fin.

A pesar de que actualmente disponemos de todos los adelantos, es necesario convencer a muchos pacientes de que el tratamiento de conductos es una solución inteligente y práctica para un problema antiquísimo: la pérdida de los dientes.

Como propuesta al planteamiento del problema, tenemos dos puntos de vista:

- a) El preventivo, que incluye: dieta balanceada, técnica de cepillado, aplicación de flúor, visitas periódicas al dentista y educación para la salud dental.
- b) El de odontología restauradora, que incluye: el tratamiento de recubrimiento indirecto, recubrimiento directo, pulpotomía y pulpectomía.

4. HIPOTESIS DE TRABAJO

Los procedimientos clínicos utilizados en la terapia pulpar y parodontal, en odontopediatría, sí contribuyen a preservar los órganos dentarios en la cavidad oral.

5. OBJETIVO GENERAL

Es el comprobar las ventajas de la Terapia Pulpar y Parodontal en Odontopediatría.

6. OBJETIVOS INTERMEDIOS

A. Terapia Pulpar:

- Descripción de la etiología de las patologías - pulpaes.
- Identificación de los padecimientos reversibles
- Identificación de los padecimientos irreversibles.
- Descripción del recubrimiento pulpar indirecto.
- Descripción del recubrimiento pulpar directo.
- Descripción de la técnica de la Pulpotomía.
- Descripción de la acción del Hidróxido de Calcio.
- Descripción de la técnica del Hidróxido de Calcio.
- Descripción de la acción del Formocresol.
- Descripción de la técnica del Formocresol.

B. Terapia Parodontal:

- Descripción del prodomto en niños.
- Identificación de las enfermedades parodontales en niños.
- Identificación de las principales alteraciones gingivales, relacionadas con la erupción dentaria.
- Identificación del absceso parodontal y su tratamiento.
- Identificación de las enfermedades Herpetiformes en niños, y su tratamiento.

- Descripción de las características de la moni-
líasis y su tratamiento.

7. MATERIAL Y METODOS

Método. Síntesis bibliográfica.

Técnica. Sistematización bibliográfica.

Instrumento. Ficha de trabajo bibliográfico.

Se trabajó con síntesis bibliográfica y ficha de trabajo. Se acudió a varias bibliotecas y al CENIDS. Se recabó toda la bibliografía más reciente del tema que se va a desarrollar en este trabajo.

En primer lugar, se hizo una recopilación de cada tema de que consta este trabajo.

Luego se revisó el contenido de cada tema haciendo, a su vez, una síntesis de cada uno de ellos; se pasó a ordenar debidamente todas las síntesis obtenidas, ya que ésto es muy importante para obtener un buen resultado de trabajo.

El material que se utilizó para conseguir dicha información fue: libros, revistas y artículos referentes a Odontopediatría, Patología Bucal, Endodoncia, Radiología, Diagnóstico y Tratamiento Odontológico y Cirujía Maxilofacial.

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

Creemos de vital importancia, que el Odontólogo debe tratar hasta donde le sea posible, con éxito y talento a los niños que se presenten en el consultorio, ya que si no fuese así, se podría crear en dichos pacientes, desconfianza y miedo - hacia los diferentes tratamientos odontológicos, que en un futuro pudiéseren presentarse.

La preparación y el conocimiento de los diferentes casos, - en Terapia Pulpar y Parodontal, en odontopediatría, es un - punto, si no el más importante, uno de los más importantes para poder tratar a estos pacientes.

Generalmente, los casos más frecuentes en la odontología in fantil, son problemas agudos.

Nuestra intención, al realizar este trabajo, ha sido la recopilación de los casos más frecuentes en Terapia Pulpar y Parodontal en odontopediatría.

Por este motivo, nuestra tesis va encaminada a la presentación y tratamiento de dichos problemas.

TERAPIA PULPAR

I. DESCRIPCION DE LA ETIOLOGIA DE LAS PATOLOGIAS PULPARES

La pulpa es un tejido muy rico en vasos y nervios, que posee un gran poder de defensa; primero a nivel celular y posteriormente en forma de dentina terciaria o de defensa.

Una pulpa viva nunca será eliminada, a menos que tenga un padecimiento irreversible o necrosis pulpar, o bien, complicaciones periapicales.

Habrán padecimientos pulpares que estén en un estado de reversibilidad en la que tendremos que agotar todos nuestros recursos para conservar la pulpa en estado de salud.

Las causas que pueden llegar a irritar una pulpa dental, son las siguientes:

a) Mecánicas

a.1 Traumatismos

a.2 Movimientos ordodóncicos excesivos.

b) Físicas

b.1 Térmicas. Los cambios de temperatura llegan a afectar a la pulpa cuando encontramos caries y obturaciones metálicas sin protección. Estos cambios de temperatura reducen desde hiperemias hasta padecimientos irreversibles.

b.2 Eléctricas.

— Corriente galvánica.

- Radiaciones que pueden llegar a producir muerte pulpar.

Externas:

- c) Químicas. Obturaciones medicamentosas como: silicatos, resinas, incrustaciones o amalgamas - sin una correcta protección pulpar.
- d) Biológicas. Bacterias, especialmente estreptococos, estafilococos, hongos, virus y esporas que pueden entrar a la pulpa dental por tres diferentes vías:
 - caries y fractura
 - bolsas parodontales
 - vía hemática

Internas:

- e) Edad
- f) Degeneraciones pulpares
- g) Enfermedades sistémicas
- h) Presión atmosférica. Pueden llegar a producir - muertes pulpares si se suceden cambios muy bruscos.

En personas que aumentan de presión atmosférica, porque tiende a haber irritación pulpar en pulpas expuestas o en obturaciones recientes.

Cuando se baja de presión rápidamente, tiene posibilidad de agudización o dolor ante procesos crónicos.

- i) Iatrogenia. Son los errores producidos por la -

mala operatoria del cirujano-dentista. El 50% - de las necrosis de pulpa son producidas por iatrogenia. El resto por fracturas y caries, así como traumatismo.

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

- HARRIS, r, and, C. J. - Histogenesis of the fibroblast in the human dental pulp.
arch. oral biol. 1967
págs. 282 - 286
- ROBBINS STANLEY L. - Patología Estructural y Funcional
Editorial Interamericana 1975
págs. 408 - 412
- SHAFER, WILLIAM, G. - Tratado de Patología Bucal: 3a. - Edición.
Editorial Interamericana 1978
págs. 785 - 789

II. IDENTIFICACION DE LOS PADECIMIENTOS REVERSIBLES E IRREVERSIBLES

Reversibles. dentro de estos padecimientos están:

Hiperemia. Es un aumento en el contenido sanguíneo con una vasodilatación en el sistema circulatorio, provocando éste un éxtasis sanguíneo.

Los síntomas clínicos de la hiperemia son: dolor - provocado, que desaparece en cuanto se retira el estímulo.

A nuestras pruebas de diagnóstico:

- a) Inspección. podemos observar una caries u oclusión traumática.
- b) Palpación. es negativo (no hay presencia de dolor).
- c) Percusión. es negativo.
- d) Pruebas eléctricas. responde ligeramente antes que el diente testigo.
- e) Frío. dolor que desaparece inmediatamente después de retirado el estímulo.
- f) Calor. es negativo o ligera molestia que desaparece igualmente que el anterior.
- g) Rayos X. se puede observar una pequeña caries, sin alteración de membrana.
- h) Causas. cualquiera de las anteriormente mencionadas en etiología de la enfermedad pulpar.
- i) Tratamiento. retirar el estímulo que lo provoca.

Pulpitis incipiente. En esta se observa inflamación de la pulpa. No hay presencia de exudado, ya que éste es propio en caries profunda en donde ya existe una invasión bacteriana.

El dolor es provocado y tarda unos segundos en desaparecer, después de retirado el estímulo.

- a) Inspección. vamos a observar caries.
- b) Palpación. la respuesta es negativa.
- c) Percusión. la respuesta es negativa.
- d) Frío. dolor
- e) Calor. dolor
- f) Pruebas eléctricas. la respuesta es ligeramente después del umbral del testigo.
- g) Rayos X. a nivel de corona se observa caries profunda y no hay cambios a nivel de membrana pro-dontal.
- h) Tratamiento. Pulpotomía. Pero siempre ante la - pulpitis incipiente, hay que darle oportunidad a la pulpa, de recuperarse por sí sola.

Irreversibles. dentro de estos padecimientos encontramos los siguientes:

Pulpitis parcial. Hay inflamación aguda de la pulpa, gran cantidad de linfocitos y macrófagos, comenzando a aparecer pequeñas zonas de exudados. Aparecen zonas de necrosis, invasión de microorganismos y se aprecia una comunicación pulpar.

Hay dolor espontáneo que suele ceder a los analgésicos

cos solamente.

- a) Inspección. encontramos gran destrucción de la -
pieza por caries.
- b) Palpación. la respuesta es negativa.
- c) Percusión. la respuesta es negativa.
- d) Frío. dolor
- e) Calor. dolor
- f) Estímulos eléctricos. respuesta después del um--
bral doloroso.
- g) Rayos X. caries penetrantes en corona y a nivel
periapical y parodontal, no hay cambios.
- h) Tratamiento. Pulpectomía.

Pulпитis aguda. Dolor intenso agudo e irradiado, -
punzante, espontáneo. Se encuentran en la pulpa zo-
nas de necrosis y abscesos, así como una total desor-
ganización pulpar.

- a) Inspección. obturaciones con reincidencias.
Hay dolor espontáneo que suele ceder a los anal-
gésicos solamente.
Encontramos gran destrucción de la pieza, motiva
da por caries.
- b) Palpación. la respuesta es negativa.
- c) Percusión. la respuesta es negativa.
- d) Frío. dolor
- e) Calor. dolor
- f) Estímulos eléctricos. respuesta después del um--
bral doloroso.

- g) Rayos X. caries penetrantes en corona y a nivel periapical y parodontal, no hay cambios.
- h) Tratamiento. Pulpectomía.

Pulpitis aguda. Dolor intenso agudo e irradiado, punzante, espontáneo. Se encuentran en la pulpa zonas de necrosis y abscesos, así como una total desorganización pulpar.

- a) Inspección. obturaciones con recaídas de caries, obturaciones con resinas y silicatos.
- b) Palpación. no hay dolor.
- c) Percusión. en su fase inicial la respuesta es negativa, y en su fase terminal hay dolor.
- d) Frío. el dolor se calma con éste.
- e) Calor. dolor.
- f) Estímulos eléctricos. respuesta después del umbral.
- g) Rayos X. se observa caries profunda penetrante. Se observan obturaciones muy profundas con grandes desajustes e inclusive una corona bien ajustada, pero con gran desgaste de tejido dentario.
- h) Tratamiento. Pulpectomía.

Pulpitis crónica. Es una inflamación proliferativa, en donde existe un aumento en el número de células. Esta pulpitis generalmente se presenta en pulpas expuestas con comunicación de gran tamaño; no es doloroso a menos de que se irrite la pulpa directamente. Por lo general, esta pulpitis se presenta en dientes jóvenes; sangra fácilmente y es una característica del polipo pulpar, el cual está cubierto por -

un tejido epitelial queratinizado o por una capa de queratina que es similar a la de la encía, pero que normalmente no se encuentra en pulpa.

La queratina se deposita como defensa después de la descamación continua que sufre la encía.

- a) Inspección. hay una gran destrucción de tejido dentario por caries, cubierta por una zona o un tejido de apariencia de tejido gingival.
- b) Palpación. ante ésta, en la zona del polipo es doloroso, pero a nivel periapical es negativo.
- c) Percusión. la respuesta es negativa.
- d) Frío. dolor.
- e) Calor. dolor.
- f) Estímulos eléctricos. en el tejido duro después del umbral doloroso.
- g) Rayos X. se observa gran destrucción de la corona con franca comunicación al exterior, la membrana parodontal se encuentra normal.
- h) Tratamiento. en el caso de que no se haya terminado de formar la apexificación, se recomienda Pulpotomía, y si ya está terminada de formarse, Pulpectomía.

Necrosis. Por lo general, se presenta en casos de obturaciones donde se emplean agentes químicos muy tóxicos (pulperyl), o en golpes o traumatismos en donde hay un desprendimiento del paquete vasculonervioso.

En la necrosis, la muerte de la pulpa se manifiesta

con el cese de todo metabolismo y, por lo tanto, de toda capacidad de defensa.

Por lo general se presenta en forma rápida y aséptica. Ahora bien, si la necrosis es seguida por una - invasión de microorganismos, se le denomina NECRO-- BIOSIS, ésto suele suceder por tres diferentes vías que son las siguientes:

1. A través del diente: caries o fractura
2. Vía parodontal
3. Vía sanguínea o hemática conocida por anacoresis.

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

- ELROY DONALD L. - Diagnóstico y Tratamiento Odontológico.
México, Interamericana 1969
págs. 307 - 309
- Mc. DONALD RALPH E. - Odontología para el Niño y el Adolescente.
Tr. H. Martínez 1975
págs. 121 - 123
- SILVA HERSONE - Manual de Patología Pulpar
Odontología, U.N.I.T.E.C. 1979.
págs. 25 - 31

III. DESCRIPCION DEL RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO Y DIRECTO

A. Recubrimiento Indirecto:

Un diente con una lesión de caries profunda, presenta una exposición pulpar en potencia. El Odontólogo puede producir exposiciones pulpares cuando remueve toda la dentina blanda y mancgada (desmineralizada). En estos casos, el diente se puede tratar mediante un recubrimiento pulpar indirecto. Esta técnica requiere de un juicio clínico sagaz y al mismo tiempo habilidad clínica.

Si el Odontólogo piensa que existe una exposición pulpar en potencia, el diente debe aislarse con el dique de goma, después de anestesiarlo. La lesión debe abrirse con una fresa para remover el esmalte que se encuentra sin soporte y al mismo tiempo, toda la dentina infectada a nivel de la unión amelodentinaria. La dentina infectada sólo se remueve en forma parcial con la fresa, dejando una zona afectada sobre el área de la exposición.

Es preferible una fresa a una cucharilla, porque hay mejor control cuando se utiliza la fresa al remover la dentina desmineralizada. La cucharilla tiende a remover gran cantidad de dentina, muchas veces más de la que se desea y produce la exposición que el Odontólogo trata de evitar.

Después de remover toda la dentina infectada y

parte de la que está afectada, se coloca hidróxido de calcio u óxido de zinc y eugenol sobre la zona de dentina desmineralizada. Se sella la cavidad con fosfato de zinc o amalgama, por espacio de cuatro a seis semanas.

Después de este lapso de tiempo, la dentina afectada se debe encontrar remineralizada (más dura y de un color más oscuro). A pesar de que no es necesario inspeccionar esta dentina afectada, se sugiere examinar nuevamente aquellos dientes, en los cuales se intenta el procedimiento por primera vez. Esto le permitirá al Odontólogo, hacer una evaluación de su técnica y verificar los resultados del tratamiento, con el fin de obtener confianza en él mismo. La restauración permanente (corona, amalgama o incrustación) se puede colocar después de cuatro a seis semanas.

El fundamento biológico del éxito del recubrimiento pulpar indirecto, descansa en los hallazgos relacionados con el hecho de que la dentina remineralizada se encuentra prácticamente libre de bacterias, y que los odontoblastos son capaces de depositar dentina reparativa cuando se elimine la fuente productora de ácidos u otros productos tóxicos.

Es importante sellar completamente la lesión. El tratamiento no tendrá éxito si la infección se presenta de nuevo. Debe mencionarse que el tratamiento es efectivo, tanto en dientes temporales como en dientes permanentes.

También es importante considerar que no es conveniente irritar el tejido pulpar más allá de lo estrictamente necesario. Por lo tanto, hay que ser muy cuidadoso durante la remoción de la dentina infectada y la porción de la dentina afectada. Las zonas necróticas e infectadas no son vitales y, además, son bastante superficiales. La dentina afectada, además de ser vital, es la zona más amplia. La remoción exagerada de dentina afectada puede traumatizar la pulpa y, al mismo tiempo, crear una exposición pulpar.

Parece que la droga colocada en contacto con la dentina desmineralizada, no es factor primordial, considerándose preferible la utilización del óxido de zinc y eugenol, en vez del hidróxido de calcio. El primero es un agente sedante y posee además algunas propiedades antibacterianas. A pesar de que el hidróxido de calcio posee propiedades capaces de estimular el depósito de dentina reparativa, no se necesita en realidad este estímulo, que ya ha surgido como resultado del proceso de la caries dental. Por otra parte, el óxido de zinc y eugenol permite que este proceso continúe hasta que se forma una dentina calcificada por debajo de la lesión. El periodo de cuatro a seis semanas, es el tiempo en que se deposita, con más rapidez, la dentina reparativa. La cantidad que se deposita desde ese momento.

Este procedimiento no debe intentarse cuando existen señas de que la pulpa se encuentra obviamente infectada.

B. Recubrimiento Directo:

El uso cada vez más popular del recubrimiento - pulpar indirecto, se ha traducido en una disminución del uso del recubrimiento pulpar directo.

Es común la práctica de una pulpotomía, cuando un recubrimiento pulpar indirecto no se puede efectuar. El recubrimiento pulpar directo, prácticamente se encuentra limitado a los casos de dientes anteriores, traumatizados con una exposición mínima y de corta duración.

La técnica para el recubrimiento pulpar directo es la siguiente:

1. Anestesia el diente y aisle el campo operativo, con el dique de goma.
2. Limpie la pulpa expuesta con agua destilada estéril y séquela con torunda de algodón.
3. Aplique hidróxido de calcio blando sobre la pulpa expuesta.
4. Selle y proteja con óxido de zinc y eugenol, utilizando una banda o corona de acero inoxidable.
5. Inspeccione el sitio de la exposición, después de un periodo de seis u ocho semanas, con el fin de determinar el grado de formación del puente dentinal. Si la cicatrización es completa, el diente puede ser restaurado de acuerdo a las necesidades. Si el proceso de cicatrización es incompleto, se recomienda irrigar de nuevo, el sitio de la exposición, con agua estéril y volver a tratar -

con hidróxido de calcio.

Generalmente no se utiliza el recubrimiento pulpar directo en dientes primarios, debido al éxito que se obtiene con la pulpotomía a base de formocresol. En dientes con exposición por caries, el estado de inflamación de la pulpa es difícil de determinar.

En consecuencia, se recomienda pulpotomía en estos casos, porque es bastante probable que el sitio de amputación esté localizado a nivel de un tejido pulpar sano.

En forma experimental se han intentado recubrimientos pulpares directos con formocresol, sin embargo, no existe suficiente evidencia para recomendar su procedimiento en forma rutinaria.

La pulpotomía no debe intentarse cuando existen señas evidentes y obvias, de que la porción coronal del tejido pulpar se encuentra infectado. No existe ninguna prueba que indique la necesidad de este procedimiento en la dentición primaria.

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

- HOTZ, RUDOLF P. - Odontopediatría; Odontología Niños y Adolescentes.
Tr. Bernardo Schwartz, Buenos Aires.
México, ed. Médica Panamericana 1977.
págs. 705 - 709
- MORRIS, ALVIN M. - Las especialidades Odontológicas en la Práctica General, Mayoral - Herrero.
Barcelona, Labor. 1974
págs. 372 - 376

IV. DESCRIPCION DE LA TECNICA DE LA PULPOTOMIA

En forma reciente se ha venido preconizando el uso de las pulpotomías para dientes primarios con pulpa necrótica o degenerativa. Ha sido recomendada, especialmente, en segundos molares primarios, antes de la erupción del primer molar permanente. Ciertamente es que debe instituirse alguna medida que evite la extracción del segundo molar temporal por lo menos - hasta la erupción del primer molar permanente, sin embargo, la técnica requerida para una endodoncia, demanda mayor tiempo que la técnica de dos citas -- (siete días), pulpotomía con formocresol. Parece razonable sugerir que si fracasa la técnica de dos citas, se intente la pulpectomía para tratar de preservar el diente.

Aun cuando no es deseable, ni es biológicamente posible dejar tejido necrótico en los conductos radiculares, parece que el éxito de la denominada técnica de siete días, en dientes con pulpas necróticas, se debe a que este material se vuelve inocuo, por acción de la droga.

Aparentemente la cicatrización es exitosa y puede deberse, en parte, a la fijación y desinfección de este material. Probablemente las defensas orgánicas naturales desempeñan un papel muy importante, al permitir que cicatrice alrededor del diente sin contratiempos. Aparentemente, esto también es cierto cuando los conductos no pueden limpiarse adecuadamente con limas. Además, con esta técnica no existe el peligro de presionar material necrótico en forma inadvertida, más allá del ápice.

Aunque no existen datos estadísticos, hasta el momento se ha estimado que el tratamiento de pulpas necróticas en proceso de degeneración, a base de formocresol y con la técnica de dos citas, es exitoso en un 60 ó 70 por ciento de los casos.

El criterio para seleccionar dientes para pulpoto-
mía, se basa en:

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

Existen dificultades cuando se intenta la pulpoto-
mía en dientes primarios, especialmente en los dientes posteriores.

Las dificultades que se pueden encontrar son las siguientes:

1. Conductos radiculares demasiado estrechos.

Los conductos radiculares en los molares temporales, tienen generalmente forma de cinta y no son fáciles de alcanzar con las limas. Esto puede interferir con una buena instrumentación bio-mecánica de los conductos y a la vez, interferir con un sellado apropiado de los mismos. En dientes anteriores, generalmente ésto no es un problema.

2. Perforación de la raíz debido a la curvatura de la misma.

Buscando una buena limpieza biomecánica, es factible remover una cantidad exagerada de estructura radicular en el área del conducto, lo cual puede traducirse en una perforación.

Por lo general, ésto tampoco presenta problemas en los dientes anteriores.

3. Desinfección inadecuada de los numerosos conductos accesorios en los dientes primarios.

Esto puede hacer que el tratamiento fracase.

4. Sellado adecuado de los conductos.

Con el óxido de zinc y eugenol puede ser utilizado para obturar los conductos, siendo un material reabsorbible; es necesario colocar esta pasta en forma cuidadosa dentro de los canales. Generalmente, éstos no quedan suficientemente llenos, porque es difícil determinar la cantidad apropiada de material que debe utilizarse. Esto puede resultar a causa de la dificultad en ampliar, en forma suficiente, el conducto o a que éste sea demasiado estrecho cerca del ápice, lo cual impide que la pasta llegue a dicha área. En algunos casos, la pasta es formada más allá del ápice.

La técnica para realizar la terapia radicular de un diente primario anterior, es la misma que se usa para un diente permanente. Se hace una mezcla espesa de óxido de zinc y eugenol; se forma con ella un cono de extensión adecuada, se cubre con una crema o pasta más blanda del mismo material y luego se coloca en el conducto.

En los molares primarios, las limas se pueden utilizar en dirección buco-lingual, con el fin de mantener la forma elíptica de los canales. El uso de las limas se facilita mecánicamente cuando se sostiene con un instrumento especial denominado "portalima".

Después de limpiar los conductos, debe aplicárseles dentro, una crema o base de óxido de zinc y eugenol utilizando un léntulo. Algunos autores han recomendado que se agregue formocresol en la mezcla de óxido de zinc y eugenol, pero el efecto que esta mezcla pueda tener sobre la reabsorción normal de las raíces, no está establecida. Por consiguiente, se sugiere que no se utilice formocresol incorporado en el óxido de zinc y eugenol, porque puede retrasar la exfoliación natural de los dientes primarios.

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

- MAURY MASSLER - Manual de Odontopediatría Clínica
Departamento de Odontología Infan
til - Universidad de Illinois.
págs. 403 - 405

V. DESCRIPCION DE LA ACCION DEL FORMOCRESOL

La pulpotomía con formocresol se considera, en la actualidad, como una forma de tratamiento pulpar vital. Anteriormente, el uso del formocresol se consideraba como un tratamiento no vital debido a sus propiedades de fijación del tejido.

A pesar de que el tejido pulpar, cercano al sitio de amputación, sufre fijación, su parte apical permanece vital.

El estudio histológico revela la existencia de tres zonas fácilmente observables:

1. La primera zona está próxima al sitio de amputación y es una zona de fijación. En ella, a pesar de observarse células, no existe actividad celular. Dichas células se encuentran en estado de fijación.
2. La zona siguiente se denomina zona pálida, caracterizada por la pérdida de algunos detalles celulares y por una falta de actividad celular.
3. La tercera zona se caracteriza por la presencia de células inflamatorias crónicas. Las partes apicales más profundas del tejido pulpar, aparecen a veces como un "tejido normal" o como una "infiltración de tejido de granulación".

TECNICA DEL FORMOCRESOL Y SUS CONTRAINDICACIONES.

Técnica. En general se utilizan dos técnicas con el

formocresol: la de una cita o "cinco minutos" y la de "siete días" o técnica de dos citas. Las técnicas son denominadas de acuerdo con el tiempo que la torunda de algodón con el formocresol, permanece en contacto con el tejido pulpar.

Para la técnica de "cinco minutos" se utiliza una torunda de algodón saturada con formocresol, la cual se coloca en contacto con los muñones pulpares durante un lapso de cinco minutos. Después de este tiempo, la cámara pulpar se obtura con una mezcla de óxido de zinc y partes iguales de eugenol y formocresol.

En la denominada técnica de "siete días", se utiliza una torunda de algodón húmeda (de la cual se ha removido todo exceso de formocresol), que se coloca en contacto con los muñones pulpares, aproximadamente durante siete días. En los dientes con pulpa necrótica, se deben limpiar y secar las cámaras y la parte de los conductos radiculares de fácil acceso, antes de colocar la torunda con formocresol, la cual se remueve después de siete días, procediéndose a obturar la cámara y la porción accesible de los conductos radiculares con óxido de zinc y eugenol. Existe alguna controversia sobre la necesidad de aplicar formocresol durante siete días.

Una indicación de la técnica de siete días, ha sido la de usarla en dientes en los que se sospecha que la infección ha sobrepasado el sitio de la amputación. Esta técnica se utiliza especialmente en dientes primarios con uno o más conductos con pulpa necrótica.

El extraordinario éxito clínico del formocresol ha sido atribuido a su potente capacidad bactericida.

El éxito de la terapia pulpar depende del control, eliminación y prevención de la infección.

Contraindicaciones. Existen varias contraindicaciones para la pulpotomía con formocresol. Ninguna se puede considerar como absoluta y todas requieren de una cuidadosa evaluación clínica.

En general, no se debe proceder a realizar una pulpotomía con formocresol, cuando:

1. El diente no se puede restaurar fácilmente. Antes de proceder a cualquier tipo de tratamiento pulpar, el Odontólogo debe considerar la restauración del diente de acuerdo con el tipo (por ejemplo, corona de espiga) y la dificultad que presente (por ejemplo, casos de extensión subgingival de la lesión de caries). Los dientes que no pueden repararse, deben extraerse, aunque puede hacerse un tratamiento pulpar exitoso.
2. Existen patologías severas, tanto periapicales como intreradiculares. Si la radiografía muestra que más de la mitad del hueso alveolar de soporte está destruido, el pronóstico es dudoso. En esas circunstancias, debe considerarse bien la extracción del mismo o el tratamiento rutinario de endodoncia.

A pesar de que en algunos casos tratados con formocresol ha desaparecido la lesión periapical o

radicular, las condiciones existentes en el área periapical no han sido descritas. Un examen cuidadoso de la radiografía, parece indicar la desa ración completa de la lesión.

3. Sólo existe la mitad de la raíz del diente prima rio, como resultado del proceso normal de exfo-- liación o si se presentan reabsorciones atípicas en la superficie externa del diente. No debe intentarse un tratamiento pulpar si el diente va a permanecer en la boca durante un periodo de seis meses, o si la falta de huesos de soporte es exa gerada. Además, algunos casos que presentan reabs orción atípica asociada con la patología pulpar puede acelerar el proceso de exfoliación del - - diente primario.

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

- FINN, SIDNEY B. - Odontología Pediátrica Tr. Muños Seca.
4a. edición México: Interamericana 1976
págs. 335 - 337

VI. DESCRIPCION DE LA ACCION DEL HIDROXIDO DE CALCIO.

Desde el punto de vista "biológico", la pulpotomía con hidróxido de calcio, parece ser excelente. Sin embargo, los dientes deben seleccionarse cuidadosamente si se desea obtener éxito.

El sitio de la amputación debe estar libre de infección, pues las propiedades antibacterianas del hidróxido de calcio son bastante limitadas. El propósito de la droga, es estimular la producción de dentina reparativa para sellar la pulpa del medio ambiente externo. El alto Ph de la droga irrita la pulpa, de tal modo que las células mesenquimatosas indiferenciadas, se transforman en odontoblastos, los cuales inician el depósito de dentina reparativa.

Las principales causas de fracaso, con esta técnica, son el control parcial de la infección y las reabsorciones internas en los dientes primarios. La interpretación radiográfica de la formación del puente dentinario puede ser errónea en el sentido que, desde el punto de vista tridimensional, dicho puente puede ser incompleto, perforando en el centro y no total.

La cicatrización debe inspeccionarse para determinar la extensión del puente dentinario. Si éste resulta ser incompleto, es necesario raspar el área y colocar hidróxido de calcio nuevamente.

Uno de los problemas constantes, con una pulpotomía fracasada con hidróxido de calcio, es la dificultad que presenta un tratamiento de endodoncia, debido -

al estrechamiento de los conductos radiculares en la zona próxima al sitio de la amputación, pudiendo darse casos en los cuales el conducto radicular se oblitere completamente.

TECNICA DEL HIDROXIDO DE CALCIO Y SUS CONTRAINDICACIONES.

La técnica para la pulpotomía es la siguiente:

1. Anestesia y aisle el diente en el cual va a realizar el procedimiento.
2. Remueva toda lesión de caries y descubra la cámara pulpar utilizando una fresa de fisura de punta redondeada.
3. Ampute la porción coronal del tejido pulpar hasta el nivel de la entrada de los conductos radiculares, utilizando una cucharilla afilada. El uso de una fresa para el procedimiento de amputación, puede llevar a una perforación del piso de la cámara pulpar, al desgarramiento del tejido pulpar, a la extirpación inadvertida de la totalidad del tejido o a un implante de restos de dentina en el tejido pulpar.
4. Limpie la cámara pulpar con agua destilada estéril y controle la hemorragia con torunda de algodón.
5. Coloque el medicamento sobre la entrada a los conductos pulpares radiculares.
6. Selle el medicamento con hidróxido de calcio y la cámara pulpar con óxido de zinc y eugenol.
7. En los casos de pulpotomía con hidróxido de calcio, se debe examinar la respuesta en el sitio -

de la exposición, para determinar si existe un sellado completo del resto del tejido pulpar, mediante una barrera calcificada, sellando posteriormente la cavidad con óxido de zinc y eugenol.

8. Coloque la restauración permanente (generalmente se utiliza una corona de acero inoxidable).

Contraindicaciones. Las mismas que se señalan para la pulpotomía con formocresol, pueden aplicarse aún con mayor rigidez a las pulpotomías con hidróxido de calcio. No puede intentarse una pulpotomía con esta droga si, a juicio del Odontólogo, la infección ha progresado más allá del sitio de amputación. Aun cuando no existe un método determinado para detectar la extensión de la infección, generalmente se puede afirmar que si la pulpa está expuesta por más de 72 horas y además sangra profundamente, no está en condiciones para una pulpotomía. En dientes permanentes, con una raíz completamente formada, se recomienda proceder al tratamiento rutinario de los conductos debido a su mayor éxito, cuando éste se compara con las pulpotomías. Si la pulpotomía falla, generalmente el tratamiento radicular es más difícil.

Manera de reconocer las fallas:

La pulpotomía a base de formocresol puede fallar en las siguientes condiciones:

1. Recurrencia o formación de un tacto fistuloso.
2. Formación de patología periapical o intra-radicular, o falta de resolución en la patología existente.

3. Reabsorción atípica en la superficie radicular.
4. Desarrollo o movilidad continua u otros síntomas que pueden ser indicativos de una patología periapical.

Aunque en algunos casos es posible tratar el diente en forma repetida, generalmente no se tiene éxito. Los fracasos de la pulpotomía a base de hidróxido de calcio, pueden establecerse o diagnosticarse en aquellos casos que exhiben los mismos signos y síntomas de las fallas asociadas con la pulpotomía a base de formocresol. Por supuesto que una pulpotomía con hidróxido de calcio no puede efectuarse en aquellos dientes con patología periapical o intra radicular. Uno de los signos más comunes para detectar las fallas con la pulpotomía, a base de hidróxido de cálcio, es la formación de patología periapical o la presencia de reabsorción interna.

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

- FINN, SIDNEY B. - Odontología Pediátrica Tr. Muños Seca.
4a. edición México: Interamericana 1976
págs. 473 - 474

TERAPIA PARODONTAL

VII. DESCRIPCION DEL PARODONTO EN NIÑOS

El parodonto es la unidad biológica formada por cuatro elementos fundamentales:

- a) Encía
- b) Ligamento parodontal
- c) Cemento
- d) Hueso alveolar

La encía es tejido conectivo de color rosa pálido, firmemente adherido al hueso alveolar, pudiendo ser pigmentada o lisa.

Debido a la forma anatómica de la corona, los puntos de contacto son más próximos a la superficie oclusal. En comparación a los dientes permanentes, las papilas interdentarias son más angostas en sentido mesio-distal, que en el sentido labio-lingual, además, llenan por completo los espacios interd~~en~~tales; las papilas son más voluminosas en comparación a las que se encuentran en los dientes permanentes.

El color rosa pálido se debe a la preponderancia del tejido conectivo sobre los vasos sanguíneos. La superficie epitelial es aterciopelada y suave, con irregularidades debido al puntilleo, el cual es visible en niños de tres años.

A la edad aproximada de diez años, dicho puntilleo se observa en una banda aproximadamente de tres milímetros próxima a la encía insertada, extendiéndose sobre los bordes y la papila interdentaria; el interricio gingival es más profundo, comparado con

el del adulto.

El ligamento parodontal está formado por varias fibras y es más ancho de lo que se observa en los dientes permanentes.

El hueso alveolar presenta una prominente lámina dura, aun durante la erupción. Presenta crestas planas, ya que en la dentición permanente dichas crestas se observan puntiagudas.

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

- GEOPFERDS, J. - Basic Emergency Kit for the Pedodontist.
Eng.
Pediatr Dent 1979 Jun; I (2): 109 - 14
págs. 846 - 849

VIII. IDENTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES EN NIÑOS

Las enfermedades parodontales se presentan en la mayor parte de las personas. La evolución de dichas enfermedades generalmente es lenta y se creó que el factor más importante para la prevención, según la Organización Mundial de la Salud, es el cepillado dental correcto, así como el uso de algunos materiales auxiliares como las puntas de hule, hilo dental y pastillas reveladoras de placa.

Según encuestas realizadas por la O. M. S., del 60 al 70% de las pérdidas de los dientes a los cuarenta años, se debe a enfermedades parodontales.

Rtiología. Existen dos factores causantes de esta enfermedad.

1. Factores generales. Estos factores modifican la resistencia orgánica del individuo.
 - a) Insuficiencia de vitaminas: complejo B
Vitamina A, C y D
 - b) Transtornos hormonales: hiperparatiroidismo
Deabetes
 - c) Discrasias sanguíneas: anemia
Leucemia
Agronulocitosis
 - d) Alergias
 - e) Farmacos: mercurio
Bismuto
Dilantil sódico

2. Factores locales

a) Del medio bucal:

- materia alba
- empaquetamiento de alimentos
- sarro

b) Tejidos dentarios:

- caries
- anomalías de forma, de posición, de curvaturas, de las coronas dentarias.

c) Adversos desde el punto de vista odontológico:

- mala odontología
- mal cepillado
- malos hábitos (respiración bucal)

Entre las enfermedades más comunes en niños, tenemos:

Gingivitis. Es una inflamación de la encía, con cambios en la papila, ya que ésta es la menos queratinizada y la más alejada del tejido conectivo, extendiéndose hasta el margen gingival y encía insertada. La coloración de la encía es resultado de reacciones a nivel celular; el rojo brillante indica la hiperemia activa que ocasionalmente invade el margen gingival.

La particularidad de la gingivitis es que la adherencia epitelial aparece en su sitio; hay poco sangrado, no existe exudado purulento.

Evolución:

a) Gingivitis aguda. Dolorosa, aparición repentina

de corta duración.

- b) Gingivitis subaguda. Fase menos dolorosa que la anterior.
- c) Gingivitis recurrente. Enfermedad que aparece - después de haber sido tratada anteriormente.

Distribución:

- a) Localizada. Se limita a la encía, a uno o dos - dientes.
- b) Generalizada. Abarca toda la boca.
- c) Marginal. Se observa en el margen gingival pu-- diendo incluir la encía insertada. Puede ser lo calizada o generalizada.
- d) Difusa. Abarca la encía marginal insertada y la papila interdientaria, de uno o varios dientes.

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

FECHTNER JL.

Treatment planning. Eng.

Dent Clin North Am 1978

págs. 128 - 130

IX. IDENTIFICACION DE LAS PRINCIPALES ALTERACIONES GINGIVALES RELACIONADAS CON LA ERUPCION DENTARIA

A estas alteraciones gingivales se les denomina gingivitis de la erupción. Los tejidos que cubren al diente se van adelgazando y se presentan ligeramente isquémicos, con un abultamiento localizado firme. La encía marginal está engrosada y presenta un borde cilíndrico y sobresaliente, que es donde se está reorganizando el tejido conectivo; ésto produce una hiperemia que no debe confundirse con una inflamación producida por algún otro factor.

En algunos casos la encía roja, edematosa, sensible al tacto.

El niño se encuentra irritado y rechaza los alimentos, existiendo la tendencia a morderse los dedos para ejercer presión sobre los tejidos.

En la erupción de los dientes permanentes, la gingivitis aumenta por los factores locales, pero suele desaparecer al contemplarse la erupción total de los dientes.

Terapéutica. Ya que la encía está inflamada se podrá aplicar masaje con el dedo o con algún objeto metálico.

La aplicación tópica de unguento anestésico, antes y después de los alimentos, así como antes de acostarse, disminuirá el dolor al niño. En caso de que los síntomas sean más severos, se podrá administrar algún analgésico.

La formación del interticio gingival se debe a la erupción de los dientes; este lugar se puede infectar debido a la lesión que pueden producir los alimentos, tornarse más grave al grado de existir supuración local e inflamación. En este caso se usará la antibiotocoterapia.

Gingivitis ulceronecrótica aguda, llamada también angina de vicent, boca de trinchera o guna.

Se presenta en adolescentes jóvenes con mayor frecuencia, siendo una infección contagiosa grave.

- a) Etiología. Es incierta ya que se creó que tiene un componente sicosomático, pero existen otros datos en la literatura que indican que se debe a una simbiosis característica de microorganismos fusoespiroquetarios.
- b) Factores predisponentes. Los hay de tipo general y local.

1. Factores locales:

- Erupción o mala posición de los dientes, - infecciones pericoronarias.
- Bordes de restauraciones sobresalientes, - obturaciones deficientes, restos de alimentos, zonas de contacto inadecuadas o consecuencia de caries dental.
- Cualquier zona local de higiene bucal insuficiente.
- Transtornos circulatorios y nutricionales locales del borde de la encía, por cálculos o depósitos metálicos en los tejidos.

- Irritaciones por exceso de tabaco.

2. Factores generales:

- Desnutrición, en especial deficiencia de vitamina C y de complejo B.
- Enfermedades de los tejidos hematopoyéticos (leucemia, neutropenia maligna, anemia aplásica.)
- Trastornos digestivos y endócrinos.
- Situaciones de tensión y falta extrema.

Situación de las lesiones. Se localizan en la encía marginal, en la papila interdientaria, mejillas, labios, lengua, faringe y, en ocasiones, en las amígdalas.

Lesiones. La lesión típica es una úlcera en socabado, que suele aparecer en la papila interdientaria y en la encía marginal; estas úlceras pueden tener una pseudomembrana gris amarillenta.

Síntomas. Dolor quemante intenso, salivación abundante, sabor metálico especial, sangrado espontáneo, elevación de la temperatura corporal, aumento del pulso, linfadenitis regional, pérdida del apetito, malestar general, sensibilidad en boca, olor fétido, el borde gingival puede mostrar zonas necróticas, dificultad para masticar y, en ocasiones, pérdida del gusto.

Consecuencias. Si las úlceras progresan pueden afectar los procesos alveolares con secuestros de dientes y hueso, además, puede convertirse en una gingivostomatitis ulceronecrotica crónica, y este esta-

do, puede crear problemas más graves en los pacientes.

Diagnóstico:

1. Se basa en la historia clínica.
2. En la evolución de las lesiones.
3. En la sintomatología.
4. En frotis bacteriológicos.

Diagnóstico diferencial. Se debe hacer la estomatitis herpética, eritema multiforma local, neutropenia maligna, leucemia aguda, diabetes incontrolada o no diagnosticada, placas mucosas de la sífilis de la difteria.

Tratamiento:

1. Control de la etapa bacteriana.
2. Se podrá usar penicilina.
3. Enjuagues bucales que liberen oxígeno.
4. Antiséptico de uso local.
5. Eliminación de los factores predisponentes y generales.
6. Instrucción al paciente, respecto a los hábitos de higiene bucal.

Estos dos últimos puntos son muy importantes para erradicar el problema, en el primero no se deben efectuar maniobras quirúrgicas.

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

SILVA HERSONE

Manual de Patología Pulpar

Odontología, U.N.I.T.E.C. 1979

págs. 43 - 48

X. IDENTIFICACION DEL ABSCESO PARODONTAL Y SU TRATAMIENTO

Inflamación purulenta de los tejidos del parodonto, localizada y de expansión rápida.

- a) Etiología. Bolsa infectada, está parcial o totalmente obstruida, existiendo retención de pus.
- b) Evolución. Elevación de la encía en la parte afectada, edematosa, roja con superficie lisa y brillante, con un orificio en la superficie por el cual puede salir exudado purulento, dolor pulsátil irradiado, sensibilidad a la percusión-palpación, movilidad dentaria, linfadenitis, fiebre, malestar general.
- c) Radiográficamente. Generalmente, los abscesos agudos no presentan cambios radiográficos en los primeros estudios.
- d) Diagnóstico. Se efectuará tomando como base los datos clínicos y radiográficos, si es que existen.
- e) Tratamiento. Se podrá drenar el absceso con una incisión perpendicular al eje axial del diente.

Se eliminarán los factores irritativos locales y los abscesos profundos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. Ausencia de caries o si existe ésta, poco profunda.

2. Presencia de bolsa paradontal.
3. Vitalidad pulpar.
4. Continuidad entre el margen gingival y la zo
na del absceso.
5. Presencia de fístula en relación con la cara
lateral de la raíz.
6. Zona radiolúcida a nivel de las caras latera
les de las raíces, la bifurcación y trifurca
ción.
7. Bastante movilidad dentaria.
8. Sarro y materia alba.

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

- GEOPFERD S. J. - Medical emergencies in the pediatric
dental patient. Eng.
Pediatr Dent 1979 jun.
págs. 388 - 401

XI. IDENTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES HERPETIFORMES - EN NIÑOS, Y SU TRATAMIENTO

Las enfermedades producidas por virus herpéticos - pueden ser peligrosas y ponen en juego la vida de los pacientes, en algunos casos.

Estas infecciones son raras antes de los seis meses de edad. El contacto inicial con el virus, generalmente pasa inadvertido por una infección subclínica sin enfermedad manifiesta.

El contacto inicial con manifestaciones clínicas, se debe a que las personas carecen de anticuerpos específicos contra estos virus.

1. Gingivoestomatitis Herpética Aguda Primaria.

Es una enfermedad contagiosa caracterizada por lesiones vesiculares y ulcerativas de las mucosas bucales y piel peribucal, acompañada de un cuadro general. Es una infección localizada que puede propagarse.

Se presenta con frecuencia en lactantes y niños menores de seis años.

a) Etiología. Virus del herpes simple.

b) Factores predisponentes. Falta de resistencia.

c) Periodo prodrómico. Esta lesión tiene un periodo prodrómico de 24 horas o más, presentándose fiebre ligera, malestar general, ca-

falea, linfadenopatía cervical y trastornos digestivos.

- d) Situación de las lesiones. Las lesiones se sitúan en: labios, encía, lengua, paladar, faringe, unión cutaneomucosa y, en algunas ocasiones, en genitales y ojos.
- e) Lesiones. Las lesiones son vesículas aisladas múltiples, formando eritema, edema e inflamación. Estas vesículas se rompen dando lugar a úlceras crateriformes con bordes lisos y fondo amarillo-grisáceo, pseudomembranoso.
- f) Síntomas. Lesiones sumamente dolorosas, fiebre, malestar general, dificultad para ingerir alimentos, linfadenitis, deshidratación acidosis.
- g) Duración. De 7 a 10 días.
- h) Consecuencias. Debido a la alta concentración del virus en la saliva, y al existir contacto con las manos, éstas pueden diseminar dicho virus y crear una conjuntivitis o una vulvovaginitis.
- i) Diagnóstico. Este se basará en los siguientes puntos:
1. Antecedentes de contactos con variedades primarias o secundarias de la enfermedad.
 2. Evolución clínica.
 3. Aparición de lesiones bucales.

4. Aislación e identificación del virus.
5. Curación espontánea.

j) Tratamiento. Se realizará un tratamiento de sostén, en el cual se podrán usar:

1. Anestésicos locales en forma de enjuagues antes y después de comer.
2. Analgésicos, con el objeto de eliminar el dolor.
3. Dieta blanda para evitar lesionar más las mucosas bucales; no tomar alimentos ácidos ni calientes.
4. Higiene bucal buena.
5. Tomar mucha agua.
6. No se aplicará antibioticoterapia, a menos que exista otro tipo de infección que lo amerite.
7. Aplicar idu ofteno, roabase.
8. Enjuagues con amosan para oxigenar.

2. Herpes Labial Recurrente.

Erupción vesicular recurrente sobre la mucosa labial, generalmente llamada "fuego".

a) Etiología. Virus del herpes simple.

b) Factores predisponentes. Entre estos factores tenemos: resfriados, fiebre, exposiciones prolongadas al sol, alergias, trastornos digestivos, traumatismos, gripes.

- c) Periodo prodrómico. Este periodo es de doce a veinticinco horas, durante el cual puede haber sensación de ardor en la región donde aparecerá la lesión, así como parestesis labial.
- d) Situación de las lesiones. Estas lesiones se sitúan en la unión cutánea de los labios; - muy rara vez se localizan en paladar duro, - cerca de la encía.
- e) Lesiones. Primero aparece un edema y un eritema local del labio, seguido de una vesícula de un centímetro de diámetro, de forma ovalada o redondeada, conteniendo un líquido claro e incoloro. La superficie de la vesícula es tersa, se rompe con facilidad y crea una úlcera con bordes irregulares, fiabiles, ligeramente socabados, con fondo serohemorrágico, con ausencia de inflamación alrededor de la lesión.
- f) Síntomas. Molestias, dolor ligero, fiebre en algunos casos.
- g) Duración. De 7 a 10 días, con secuelas de sensibilidad de por vida.
- h) Consecuencias. El virus se puede diseminar y ocasionar vesículas genitales, úlceras dendríticas de la córnea, produciendo opacidad y ceguera.
- i) Diagnóstico. Se basa en los siguientes puntos:

1. Antecedentes de contacto con variedades - primarias o secundarias de la enfermedad.
2. Evolución clínica.
3. Aparición de lesiones bucales.
4. Aislación e identificación del virus.
5. Curación espontánea.

j) Tratamiento. Este consiste en buscar:

1. La cicatrización rápida de las lesiones.
2. Prevenir o disminuir la frecuencia de la recaída.

Estos dos puntos se tratarán de obtener de la siguiente manera:

- Aplicación de lubricantes: jalea de petróleo, tintura de benzofina, alcanfor, esencia de trementina.
- Vacunación múltiple contra la viruela.

Los antibióticos están contraindicados en esta enfermedad, ya que carecen de acción hacia este virus.

Los esteroides corticosuprarrenales están contraindicados, porque al parecer estas sustancias frenan las respuestas inmunológicas del organismo.

3. Herpes Zoster.

Es una enfermedad secundaria de la piel y de los troncos nerviosos, a veces recurrente. En los niños es leve y se presenta rara vez antes

de los diez años.

- a) Etiología. Virus de la varicela.
- b) Factores predisponentes. Lesiones en los ganglios sensitivos por traumatismos, tumores, desnutrición, debilitante, administración de esteroides corticosuprarrenales.
- c) Periodo prodrómico. Este periodo tiene una duración de 4 a 5 días; hay dolor y hormigueo quemante, continuo o termitente, generalmente unilateral sobre una zona cutánea segmentada.
- d) Situación de las lesiones:
1. Cutánea. Siguiendo la trayectoria de las tres ramas del quinto par craneal.
 2. Bucal. En la punta de la lengua, paladar blando y mucosa de la mejilla.
- e) Lesiones. Se presentan como una erupción vesicular rodeada por una base eritematosa neta, con la formación temprana de pústulas que se rompen y terminan desapareciendo. Las lesiones anteriormente descritas se presentan en la porción cutánea, y son las que tienen mayor duración.

Las lesiones bucales aparecen cuando se encuentran afectadas la segunda y tercera ramas del quinto par craneal, siendo sus características iguales a las ocasionadas por el herpes simple.

- f) Síntomas. Dolor y hormiguelo quemante, profundo e intenso, fiebres.
- g) Duración. De una a cinco semanas.
- h) Consecuencias. Si el herpes zoster se presenta en el trigémino, puede quedar afectado el ganglio geniculado del facial y producir dolor en el oído, vértigos y, en ocasiones, sangrado por el conducto auditivo externo, con o sin parálisis facial, además, quedar afectadas las fibras del facial que inervan la lengua.
- i) Diagnóstico:
1. Clínicamente, por la distribución típica de las vesículas sobre la zona de distribución de un tronco nervioso sensitivo.
 2. Interrogatorio.
 3. Identificación de la enfermedad viral, -- por medio de frotis y biopsias.
- j) Tratamiento. Corresponde al médico tratarla, pero se pueden administrar: Cortisona y Globulina Inmune.

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

- HAROLD W. HARGIS - Urgencias Clínicas Odontológicas
de Norteamérica.
Editorial Interamericana 1978
págs. 733 - 738
- CARTHY, FRANK M. - Emergencias en Odontología.
Buenos Aires; El Ateneo, 1973
págs. 415 - 420

XII. DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS DE LA MONILIASIS Y SU TRATAMIENTO

Candidiasis (moniliasis, muguet). La candidiasis es una infección causada por el hongo CANDIDA (monilia), albicans, y por lo general afecta las túnicas mucosas de la boca, tacto gastrointestinal y vagina. Las lesiones de la mucosa bucal se llaman muguet.

La candidiasis es una infección superficial. Las lesiones de la cavidad bucal se presentan en los dos extremos de la vida: la infancia y la vejez, o en pacientes debilitados por alguna otra causa como: alcoholismo, leucemia o diabetes. También puede aparecer en enfermos sometidos a un tratamiento prolongado con antibióticos o corticosteroides.

Clínicamente, puede observarse en cualquier lugar de la mucosa bucal, con el aspecto de placas blancas o blancogrisáceas que en ocasiones semejan leche cuajada.

El hecho de que las lesiones son múltiples facilita el diagnóstico diferencial. Al contrario de muchas otras lesiones blancas, las placas de muguet pueden "borrarse" cuando se les frota, dejando superficies expuestas, dolorosas y sangrantes. De vez en cuando, las placas cambian de localización y de tamaño.

El hongo candida albicans se halla presente en todas las bocas; sin embargo, se vuelve patógeno en aquellas personas en quienes la resistencia tisular ha disminuido (por ejemplo, debido a diabetes

o leucemia), en las que el "balance" de la flora bucal está alterado, de tal manera que favorezca el desarrollo de candida albicans (por el uso prolongado de antibióticos), y en el recién nacido, en el que las bacterias de la cavidad bucal aún no se han "establecido".

El muguet se trata mediante control de la causa del debilitamiento (diabetes). Cuando sea posible, suprimiendo el empleo de antibióticos. Si esta medida no resulta incompatible con la salud del paciente, entonces, enjuagando la boca del recién nacido con saliva de la madre para fomentar el desarrollo de otros organismos y administrando Nitatina (100,000 unidades, cuatro veces al día).

Boqueras. Las boqueras se caracterizan por fisuración, grietas y ardor, así como por resequedad de las comisuras de la boca.

La saliva entre esas grietas da como resultado una maceración de la piel. Las lesiones se encuentran tanto en niños como en adultos, y en pacientes edentados.

Los enfermos lamen las comisuras de la boca. Las boqueras pueden deberse a deficiencia de riboflavina e infección producida por el hongo candida albicans, entre otras causas.

El tratamiento depende de la eliminación de la causa, si ésta se manifiesta. La aplicación de pomada de Nistatina (100,000 unidades por gramo) ha sido beneficiosa en muchos casos.

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

- S. N. BHASKAR - Patología Bucal, Buenos Aires,
El Ateneo 1978
págs. 283 - 286

R E S U L T A D O S

1. Por la apreciación que tuvimos, hacemos énfasis en el uso de los Rayos X en todos sus niveles, ya que es un método indispensable para la confirmación o realización del diagnóstico de cualquier alteración bucal o general.

Ahora bien, aunque los métodos y formas de atención evolucionan cada día más, nunca dejarán de ser indispensables los Rayos X.

2. Siguiendo los pasos de esta investigación que está basada en libros y artículos, hicimos una comparación con los conocimientos adquiridos en la E.N.E.P. Zaragoza, dándonos cuenta que la variación de estos tratamientos (Endodoncia, Reducción de Fracturas, Tratamientos Restaurativos) es en cuanto al autor, pero ambos persiguen un mismo fin conservador, que es el funcionamiento bucal. Como resultado de nuestra investigación, la cual logramos al asistir a diferentes clínicas (Prensa, Novedades, etc.), pudimos percatarnos de que no llevan a cabo los fines anteriormente marcados.
3. En Odontopediatría no solamente se atiende a pacientes con traumatismos en los componentes bucales o tratamientos generales, sino que, como su nombre lo indica, es para todas aquellas afecciones orales que puedan presentarse en niños. (Problemas Patológicos Agudos).

C O N C L U S I O N

Después de la investigación y preparación de este trabajo, podemos decir que en la mayoría de los casos, en emergencia odontopediátrica, los pacientes se presentan asustadizos y poco cooperativos. Ante esta situación, nuestro primer paso será ganar la confianza y por ende la cooperación del paciente, para poder efectuar el tratamiento que el caso amerite.

Los tratamientos a efectuar deben llevar un fin primordial, como lo es el de eliminar, hasta donde sea posible, el dolor y los problemas que se presenten, así como tratar de salvar los tejidos orales y restaurar estética y funcionalmente las estructuras dentarias.

Para lograr lo antes mencionado, contamos con un sinnúmero de materiales y técnica, que anteriormente han sido descritas.

Los problemas patológicos bucales crean en el niño gran malestar general y bucal, repercutiendo en todo su organismo.

El diagnóstico correcto y oportuno de estos padecimientos evitará mayores problemas. Afortunadamente contamos con agentes terapéuticos, de diversas clases y efectos, para poder realizar un control y erradicar dichos problemas.

P R O P U E S T A S

ALTERNATIVAS DE SOLUCION:

1. Como alternativa para una mejor atención odontopediátrica y a cualquier nivel, creemos y afirmamos que es necesario el manejo de una Historia Clínica adecuada, para cada situación de paciente (de Emergencia, Cirujía o General), y ésto se debe fomentar para una formación más eficiente en todos sus aspectos.
2. Como otra alternativa propongo, ya que como egresado de la E.N.E.P. Zaragoza pude darme cuenta de los avances y pocas deficiencias existentes, en cuanto a conocimientos, que dentro de las generaciones siguientes se promueva la utilización de las Historias Clínicas mencionadas en el punto anterior, ya que las que actualmente manejamos son para "paciente general".
3. Se propone que en la E.N.E.P. Zaragoza, la cual maneja pacientes adultos, adolescentes y niños, se designen clínicas exclusivas para los niños en un determinado horario, ya que hasta cuando terminé mi formación profesional, se les daba igual trato que a los adultos, sin comprender que los problemas que presentan los niños y los adultos son diferentes en cuanto a tratamiento y comportamiento.
4. Una de nuestras alternativas dentro de las clínicas de la E.N.E.P. Zaragoza es: Que el estudiante que aquí lleve a cabo su formación como profesionista, esté supervisado por una persona que cuente con los suficientes conocimientos odontopediátricos, cuando éste atienda a un niño.

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

1. FINN, SIDNEY B. - Odontología Pediátrica Tr. -
Muños Seca.
4a. edición México: Interamerica
cana 1976.
2. HAROLD W. HARGIS - Urgencias clínicas Odontologi
cas de Norteamérica.
Editorial Interamericana 1978.
3. HARRIS, r, and C. J. - Histogenesis of the fibroblest
in the human dental pulp.
arch. oral biol, 1967.
4. HOTZ, RUDOLF P. - Odontopediatría; Odontología
niños y adolescentes
Tr. Bernardo Schwartz, Buenos
Aires, México, ed. Médica Paname
ricana, 1977.
5. KRUGER GUSTAVO O. - Tratado de cirugía bucal; 2a.
edición, ed. Panamericana 1978
6. CARTHY, FRANK M. - Emergencias en odontología.
Buenos Aires, El Ateneo, 1973.
7. ELROY DONALD L. - Diagnóstico y tratamiento odonto
lógicos.
México, Interamericana 1969.
8. Mc. DONALD RALPH E. - Odontología para el niño y el
adolescente.
Tr. H. Martínez - 2a. edición
Buenos Aires Mundi, 1975.

9. MORRIS, ALVIN M. - Las especialidades Odontológicas en la Práctica General, Mayoral Herrero Barcelona Labor, 1974.
10. ROBBINS STANLEY L. - Patología Estructural y Funcional. Editorial Interamericana, 1975
11. SHAFER, WILLIAM, G. - Tratado de Patología Bucal; 3a. edición Editorial Interamericana, 1978
12. S. N. BHASKAR - Patología Bucal Buenos Aires, El Ateneo, 1978
13. SILVA HERSONE - Manual de Patología Pulpar Odontología, U.N.I.T.E.C. 1979
14. MAURY MASSLER - Manual de Odontopediatría Clínica. Departamento de Odontología Infantil. Universidad de Illinois.

BIBLIOGRAFIA DEL CENIDS

1. FECHTNER J. L.
Treatuent planning
Eng.
Dent Clin North An 1978 Apr; 22 (2): 219

2. GEOPFERD S. J.
Medical emergencies in the pediatric dental patient.
Eng.
Pediater Dent 1979 Jun; I (2): 115 - 21

3. GEOPFERD S. J.
Basic Emergency Kit for the pedodontist
Eng.
Pediater Dent 1979 Jun; I (2): 109 - 14