

19 No 146



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

E.N.E.P. ZARAGOZA
ODONTOLOGIA

EMERGENCIAS EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MIGUEL ANGEL TORRES VAZQUEZ

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

PROT O C O L O	1 - 7
I N T R O D U C C I O N	8
CAPITULO I PRESENTACION DEL PACIENTE DE EMERGENCIA	9 - 11
CAPITULO II HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE DE PRIMERA CITA DE EMERGENCIA	12 - 16
CAPITULO III RADIOLOGIA DENTAL	17 - 26
CAPITULO IV TRAUMATISMOS EN PIEZAS DENTALES PRIMARIAS	27 - 38
CAPITULO V ENDODONCIA (TRATAMIENTOS PULPARES)	39 - 45
CAPITULO VI TRAUMATISMOS EN TEJIDOS BLANDOS	46 - 50
CAPITULO VII PROBLEMAS PATOLOGICOS AGUDOS	51 - 69
R E S U L T D O S	70
C O N C L U C I O N E S	71
P R O P U E S T A S	72

P R O T O C O L O.

- a) TITULO DEL PROYECTO: EMERGENCIAS EN ODONTOPEDIATRIA.
- b) AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO: ODONTOPEDIATRIA.
- c) PERSONAS QUE PARTICIPAN : MIGUEL ANGEL TORRES VAZQUEZ.

DR. EDGARDO JORGE ROJAS GLZ.

- d) FUNDAMENTACION DEL TEMA:

Durante la realización de mi servicio social en el Hospital Infantil de México y a través de las investigaciones realizadas en esta institución y congresos relacionados con el tema de odontopediatria me he percatado de lo siguiente:

La odontología moderna avanza a grandes pasos, y es imposible que el C.D. de practica general abarque completamente y tenga todos los conocimientos de dicha odontología moderna, por lo cual la especialidad ya no es un lujo sino una necesidad.

Sin embargo esto no justifica el número de pacientes de edad -- infantil que acuden a las clínicas de especialidades con problemas avanzados de abscesos, tratamientos pulpares, ó fracturas mal atendidas y todo debido en la mayoría de los casos a la negligencia, - falta de conocimiento o a lo que puede ser peor a la falta de interés que tiene el odontólogo de practica general para los problemas o emergencias que presentan los pacientes infantiles, esto aunado a la pérdida de tiempo que según ellos origina atender a pacientes - infantiles, lo cual resulta de la falta de tacto o conocimiento en el manejo de los pacientes infantiles.

Existen sectores en los cuales no ha sido posible promover la educación para el cuidado de los dientes de los niños, no obstante el empeño de algunas Universidades como la E.N.E.P. Z. que percatan - dose de este problema realiza brigadas y coloca clínicas periféricas en la zona de influencia que presentan tales problemas, con el fin de promover y atender hasta donde sea posible la educación para la salud oral.

El enfoque de este problema es debido a que en nuestra formación profesional en la E.N.E.P. Z. realizamos diferentes encuestas relacionadas con el tipo de vida socioeconómico de la zona afluente a la E.N.E.P. Z. dándonos cuenta que en la mayoría de los casos dentro de esta área predominan diversos tipos de accidentes - así como la insalubridad, el sistema económico es muy bajo, por lo cual se observa tanto en la población infantil, joven, y adulta un ambiente de poca cooperación ó algunas veces hasta repudio hacia - las personas que tratan de ayudar por medio de estadísticas a esta población ya que muchas veces los programas han quedado archivados y esto a originado que esta población no crea ya en dichos programas de ayuda.

Se han dado casos en que el tratamiento inadecuado hecho por -- odontólogos con falta de ética profesional, que van desde un absceso tratado empíricamente, hasta traumatismos diversos que ocasionan al paciente un mal psicológico y social, sin que el C.D. le de importancia, o lo remita a alguna institución adecuada para su rehabilitación, por ejem. : S.S.A., H.I.M., D.I.F. etc., donde el tratamiento no afectara su situación económica ya que se le cobrara de acuerdo

a sus posibilidades.

e) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La atención y tratamiento estomatológico que se brinda a los niños a nivel particular e institucional en nuestro país y en especial en el D.F. puede considerarse que es la correcta y adecuada ?

Para comprender este material de investigación es necesario -- explicar el motivo por el cual se realizó este trabajo, esto es -- que durante mi formación profesional, en la actividad práctica de mi servicio social y la observación en la atención particular de los C.D. me di cuenta que las dificultades y problemas que hay en cuanto a la atención en niños es muy amplia.

Las dificultades y problemas que se suscitaron durante mi observación es que el C.D. general y en nuestra E.N.E.P. Z. no se maneja una historia adecuada a la atención odontopediátrica, también -- es posible apreciar que muchos de los tratamientos que se realizan a nivel particular son deficientes porque el dentista no conoce -- ampliamente el comportamiento del niño y se le es más fácil atender pacientes adultos. En el hospital infantil pude darme cuenta -- que la atención que se les da a los niños es muy completa, pero -- deficiente en cuanto al manejo del paciente, porque a él asisten -- una gran cantidad de infantes que requieren atención y esto ocasionado porque el C.D. gral. y el estudiante de odontología en el -- transcurso de sus estudios y la práctica clínica que llevan a cabo, además de los conocimientos que se les dan son muy generalizados y no saben atender ni tratar adecuadamente al paciente infantil. Agregando también que influya el lugar en donde se le da atención al ni-

ño ya que por ser infantiles les es mas facil influenciarse por el medio ambiente que les rodea durante su atención.

Otro problema es, la atención de urgencias en odontopediatria, - que no consiste únicamente en tratar un shok anafilactico, lesión- en tejidos blandos, o una interpretación clinica de signos graves, sino que las emergencias o consultas generales odontopediatricas - deben tratarse desde un factor causal que debe incluirse en la his- toria clinica emergente o general para poder realizár un buen diag- nóstico y ademas tener conocimiento sobre lo normal y lo anormal - de las complicaciones y sindromes en los cuales se puede confundir el C.D. y realizar tratamientos adecuados. Por lo cual considero - una deficiencia mas en el consultorio particular e institucional - porque no se llevan a cabo procedimientos que deben estar estable- cidos, como una rutina ó una secuencia de pasos para lograr un e - ficaz diagnóstico y consecuentemente un tratamiento adecuado (ma - nejo de H.C. infantil, de emergencia, y general, procedimientos pre - ventivos etc.).

Una dificultad más para una rehabilitación adecuada es que los - pacientes son solamente atendidos para aliviarles el dolor, infla- mación o hemorragia, lo cual es una falta de ética, negligencia ó - de conocimientos por parte del profesionista ya que en las clinicas de Zaragoza como en las perifericas se han dado casos de pacientes que llegan con diferentes problemas de atención de emergencias odo- ntopediatricas, que les han realizado tratamientos inadecuados a - su problema y que presentan complicaciones mas marcadas, , secuelas - de dicho tratamiento en donde el C.D. a nivel particular solamente consigue en sus tratamientos una remuneración económica para su be

neficio faltando a su ética profesional, que debe dar una atención adecuada a los núcleos necesitados y no enfocarse a un sector de la sociedad donde no se presentan estos problemas ni mucho menos en el nivel socioeconómico en el cual este tipo de problemas se presentan en menor escala, por tal motivo en este material señalamos las deficiencias que hay a nivel de la población necesitada que merece la misma atención médica y odontológica sin discriminarla ya que cualquier sociedad humana tiene derecho a este tipo de atención, y de acuerdo a nuestra ética y profesionalismo no debemos buscar nuestro beneficio particular, sino un beneficio mutuo para nuestra sociedad.

f) OBJETIVOS:

1) Que el C.D. antes de aplicar un tratamiento de emergencia odontopediátrico aprecie las variables de los diferentes procedimientos que puedan llevarse a cabo y las secuelas de los mismos.

2) Que los tratamientos de emergencia considerados los más comunes (traumatismos, laceraciones, procesos infecciosos etc.) no sean solamente curativos, sino también prevenirlos para una mayor eficacia en la práctica diaria.

3) Ampliar los conceptos sobre la importancia de la historia clínica, diagnóstico y la necesidad de los RX.

4) Que las personas que lean este material se den cuenta que el tratamiento en niños es más complejo que el tratar personas adultas,

g) HIPOTESIS:

En la actualidad la población infantil no recibe las atenciones y tratamientos adecuados para resolver los diferentes problemas-

estomatologicos de emergencia que padece nuestro pais y en especial en el D.F. a nivel particular e institucional.

Considero que la base de un buen diagnostico y tratamiento puede ser el conocimiento del comportamiento del niño, inspección visual, la confianza paciente dentista y la aplicación de todos los procedimientos adecuados para una atención los cuales no se llevan a cabo en un 75% de los profesionistas.

Uno de los problemas puede deberse a las secuelas que provienen en los pacientes una vez atendidos debido a la falta de interpretación y datos de historia clinica por parte del C.D. ó bien por falta de conocimientos adecuados para el tratamiento de los mismos.

La omisión de estudios radiograficos puede dar como resultado en la mayoría de los casos fracasos en el tratamiento.

Mientras menos es la importancia que le dán tanto los padres como algunos C.D. a los diversos sintomas que presentan el paciente, aumentara el grado de problemas de urgencia en el consultorio que ameriten una atención rapida y eficas.

h) MATERIAL Y METODOS:

METODO: Aplicación del metodo científico; Investigación bibliografica, recopilación de datos, síntesis bibliografica y de datos obtenidos.

INSTRUMENTO: Ficha de trabajo bibliografico, comparación de datos.

MATERIAL : Libros referentes a ; ODONTOPEDIATRIA

PATOLOGIA BUCAL

ENDODONCIA

- RADIOLOGIA
- DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLOGICO
- CIRUJIA
- ARTICULOS DEL CENID.

En esta tesis se aplico el metodo cientifico principiando por la investigación bibliografica de los diferentes libros basicos y de especialidad de la carrera odontologica, comparando los datos de -- cada uno de ellos y realizando la sintesis de los conocimientos obtenidos y a la vez trabajando en procedimientos comparativo en articulos de revistas de la profeción para lograr un mayor conocimiento con los procedimientos actuales y anteriores y obtener resultados y conclusiones a desarrollar en la situación actual de la población infantil a tratar.

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

Creemos de vital importancia que el odontologo debe de tratar - hasta donde le sea posible con exito y talento a los niños que se presentan a una cita de emergencia; ya que si no fuese así, se podría crear en dichos pacientes, desconfianza y miedo hacia los diferentes tratamientos odontologicos que en un futuro pudiesen presentarse.

La preparación y el conocimiento de los diferentes casos de emergencia odontopediatrica, es un punto si no el más importante -- uno de los mas importantes para poder tratar a estos pacientes.

Generalmente, los casos más frecuentes en la odontologia de emergencia son los problemas agudos.

La intención de realizar este trabajo ha sido la recopilación - de los casos más frecuentes en emergencia odontopediatrica.

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

C A P I T U L O. I

PRESENTACION DEL PACIENTE DE EMERGENCIA.

PRESENCIA DEL PACIENTE DE EMERGENCIA.

Los pacientes de primera cita de emergencia se pueden presentar de dos formas :

La primera, en la cual el paciente desea el tratamiento ya que las molestias que presenta hacen que necesite una ayuda inmediata y esto nos permite cualquier tipo de tratamiento. Es frecuente encontrar estos casos en pacientes pequeños que no han tenido contacto con odontólogos, y el problema que los afecta es generalmente infecciones agudas como sería un absceso agudo.

El otro caso; los pacientes son irritables, poco cooperativos y no permiten el tratamiento de la causa por la cual asisten al consultorio; Traumatismos graves como fracturas dentales, y lesiones en tejidos blandos. Su presencia en el consultorio es impresionante ya que pueden llegar inflamados, sangrando, con dolores fuertes y afectados psicológicamente (de una simple tensión nerviosa, hasta el histerismo)..

Este tipo de pacientes se presentan a cualquier edad y puede o no haber tenido experiencias dentales. Si nosotros tenemos conocimiento previo sobre la visita del paciente debemos tratar que su cita se realice cuando en el consultorio no se encuentre algún otro paciente, ya que lo grave del problema podría causar miedo o temor a los otros pacientes.

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

PRESENTACION DEL PACIENTE DE EMERGENCIA.

1.- FRANK M. CARTY.

EMERGENCIAS EN ODONTOPEDIATRIA.

Editorial El Ateneo, 1971.

2.- Clinicas Odontologicas de Norteamerica.

EMERGENCIAS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

Editorial Mundi, 1970

3.- Leyt. Samuel.

TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Editorial Barcelona Labor, 1972.

C A P I T U L O I I

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE DE PRIMERA CITA DE
EMERGENCIA.

HISTORIA CLINICA ESPECIFICA DEL PACIENTE DE PRIMERA

CITA DE EMERGENCIA.

DATOS PERSONALES

NOMBRE
DIRECCION.....
EDAD..... SEXO.....
NOMBRE DEL PADRE O ACOMPAÑANTE.....
OCUPACION.....
.....TELEFONO.....

FECHA
DIMINUTIVO.....
TELEFONO.....
DIRECCION.....

DATOS PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS

ANTECEDENTES HEMORRAGICOS.....
ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS.....
ANTECEDENTES INFECCIOSOS.....
ALERGIAS.....
HABITOS.....
VACUNA TETANICA.....
ALIMENTACION.....
CEPILLADO DENTAL.....
ACTITUD DEL NIÑO.....
ACTITUD DEL ACOMPAÑANTE.....
FECHA DE LA LESION.....
HORA EN LA QUE SE LESIONO.....
LUGAR EN QUE SE LESIONO.....
COMO SE LESIONO.....
HA SUFRIDO LESIONES ANTERIORES.....

EXAMEN CLINICO.

Para un buen examen clinico en odontologia de emergencia se deben-
llenar 5 reglas:

- 1.- Inspección clinica.
- 2.- Radiografias.
- 3.- Pruebas de vitalidad.
- 4.- Percusión.
- 5.- Manipulación.

- a) FRACTURA.....PIEZA.....TIPO.....
- b) LACERACION DE TEJIDOS.....
- c) TRANSLUMINACION.....
- d) MOVILIDAD.....GRADO.....
- e) REACCIONES DE VITALIDAD.....
- f) OCLUCION EN POSICION CENTRICA.....
- g) OCLUCION EN POSICION FUNCIONAL.....
- h) REACCION A LA PERCUCION
- i) SENSIVILIDAD AL TACTO.....

EXAMEN RADIOGRAFICO.

- TAMAÑO DE LA RAIZ.....ESTRUCTURA OSEA.....
- PARODONTO.....APICES.....
- OTROS.....
- PLAN DE TRATAMIENTO.....
-

La laceración de los tejidos ya sea blandos o duros son frecuen-
tes en los traumatismos, se debe hacer una inspección de estos y -
determinar su gravedad, su tratamiento a seguir,

El objeto de la transluminación es ver los siguientes estados -

como: Congestión pulpar, grietas en el esmalte, hemorragias en tejidos pulpares.

La reacción a la percusión es una prueba en la cual vamos a conocer o sospechar una lesión en la membrana periodontal y otras -- estructuras de sosten.

El objeto de checar la oclusión en cualquier posición será ver si no existen puntos prematuros de contacto de la pieza afectada con sus antagonistas, Si esto sucede se debe eliminar ya que si no se hiciera, podría crear problemas parodontales y periapicales posteriormente.

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

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE DE PRIMERA CITA DE
EMERGENCIA.

1.- Mac. Donald, Ralph. E.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.

Editorial Mundi, 1975

2.- Finn, Sidney B.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Editorial Interamericana. 1976

3.- Hotz, Rudolf P.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA; Odontologia niños y adolescentes

/ tr. Bernardo Schwartz. Buenos Aires, México,

Ed; Medica Panamericana, 1977

C A P I T U L O I I I

RADIOLOGIA DENTAL

- TIPOS DE RADIOGRAFIAS DENTALES.

- TECNICAS EMPLEADAS PARA LAS DIFERENTES
TOMAS RADIOGRAFICAS.

- ALTERACIONES.

RADIOLOGIA DENTAL.

"La radiología es uno de los métodos importantes, utilizados para el diagnóstico, y es también una obligación si hemos de tratar niños con éxito."

DR. Mac. Donald Ralph.

La radiología es uno de los métodos de diagnóstico más importantes, ya que nos proporciona datos tales como: Tamaño de la pieza, forma, posición, desplazamientos, cuerpos extraños, número de dientes, Fracturas radiculares o coronales, lesiones parodontales o periapicales, lesiones cariosas; Así como nos verifica la evolución, el éxito o el fracaso de nuestros distintos tratamientos dentales.

TIPOS DE RADIOGRAFIAS DENTALES Y QUE OBSERVAMOS

EN ELLAS.

En radiología dental existen varios tipos de radiografías, y serán usadas dependiendo de las condiciones en que se encuentre el paciente.

Las hay de dos : A) Extrabucales
B) Intrabucales

Estos dos tipos se dividen:

		Derecha
	I) Mandíbula lateral	Izquierda
A) Extrabucales		Derecha
	2) Laterales de la cabeza	Izquierda
	3) Panorámica,	

- superior
- I) Oclusales
- B) Intrabucales
 - Inferior
 - Superior
- 2) Periapical
 - Inferior
- 3) Interproximales

LAS RADIOGRAFIAS EXTRAORALES.

Los procedimientos radiográficos extraorales no son muy usados en odontología. Esto es un inconveniente por que pueden tener -- gran valor diagnóstico para el dentista cuidadoso que se esfuerza por comprender los síntomas radiográficos.

Hay muchos procedimientos radiográficos extraorales que mediante un grupo de imágenes, permite examinar toda la cabeza y el cuello.

Muchos de estos procedimientos son muy especializados y están designados para proveer una información de tipo específico. Algunas técnicas especializadas son más útiles en odontología que otras.

I.- LATERALES DE MANDIBULA.

- a) Cuando existe algún impedimento para la toma intraoral --
(Trismus).
- b) Pacientes no cooperativos, o muy poco.
- c) Se observa un lado de mandíbula y maxilar.

- d) No son buenas radiografias ya que sufren distorci3n de imagen.
- e) Se observan: Dientes, cuello, y condilo, su ubicaci3n y estructura.
- f) Se observan lesiones grandes como: Quistes, tumores, ostiomielitis.

2.- LATERAL DE LA CABEZA.

- a) En un traumatismo de cara y cr3neo.
- b) Afecciones 3seas.
- c) Para analisis cefalometricos.

3) PANORAMICA.

LAS RADIOGRAFIAS INTRAORALES.

Las radiografias intraorales en el ni1o constituyen una necesidad si se desea llevar a cabo un diagn3stico completo y exacto.

Las raices de los dientes primarios erupcionados, as3 como los dientes permanentes en desarrollo localizados dentro de los limites del hueso alveolar, se observan en estas radiografias.

El desarrollo que tiene lugar bajo la superficie de la enc3a es tal, que la radiografia constituye el unico medio de examinar en forma exacta esta zona.

A menudo, los dientes de los ni1os se da1an por una ca3da o un golpe en la boca. La extensi3n del da1o a los dientes, hueso de soporte y tejidos periapicales como consecuencia del traumatismo--

requiere la aclaración por medio de una radiografía.

I.- OCLUSALES.

- a) En pacientes Cooperativos.
- b) Son útiles para localizar objetos dentro o al rededor de los maxilares
- c) Para detectar dientes supernumerarios y tener una visión de area mayor.
- d) Dientes incluidos.
- e) Fracturas.

2.- PERIAPICALES.

- a) Caries profundas.
- b) Abcesos periapicales.
- c) Abcesos perodontales.
- d) Auxiliar para el control de la instrumentación bimecanica en -- endodoncia.
- e) Fracturas radicales y coronarias.
- f) Formas de erupción de las piezas primarias y permanentes.

3.- INTERPROXIMALES O DE ALETA DE MORDIDA.

- a) Se observan dos tercios de la porción coronaria de los dientes superiores e inferiores.
- b) Detectar caries en punto de contacto.
- c) Para examinar crestas interproximales.

TECNICAS EMPLEADAS PARA LAS DIFERENTES

TOMAS RADIOGRAFICAS.

I.- MANDIBULA LATERAL. (extraoral)

Se utiliza una pelicula de 5 por 7 pulgadas con un sostenedor de cartón. Se sienta al niño con el plano perpendicular al piso y el plano oclusal paralelo al piso, se empuja la barbilla hacia arriba y lateralmente hasta el pomulo y, la nariz toca en la palanca. Se usa un cono corto, colocándolo perpendicularmente a la placa, la punta del cono irá por debajo y atras del angulo de la mandibula aproximadamente una pulgada.

2.- LATERAL DE LA CABEZA. (extraoral)

Se coloca al paciente en decúbito ventral, la placa irá paralela al plano medio anteroposterior del paciente. Para observar el macizo facial se dirige el rayo perpendicularmente a una línea que une el agujero auditivo con el angulo externo del ojo, dicho rayo caerá por encima del borde inferior del hueso malar, o bien se puede proyectar el rayo central a la mitad de la arcada cigomatica.

I.- OCUSALES. (intraoral)

SUPERIOR; El plano oclusal debe ir paralelo al piso, la parte activa irá hacia arriba; el eje mayor va de derecha a izquierda, el niño cerrara la boca con suavidad, el borde anterior debera salir 2mm del borde incisal de los dientes anteriores,

El rayo se dirige hacia los ápices de los incisivos centrales - la colocación del cono se hara arriba de la punta de la nariz.

INFERIOR: Similar a la anterior, solo que la parte activa de la placa va hacia abajo y el punto de colocación del cono sera en el mentón.

2.- PERIAPICALES. (intraoral)

SUPERIOR. -Se tomara como referencia para la colocación del cono la linea imaginaria TRAGUS - ALA DE LA NARIZ, dicha linea debe ir paralela al piso.

El niño debera colaborar con nosotros, ya que sostendra la placa con el dedo pulgar. La angulación del cono será positiva.

INFERIOR: Se tomara como linea imaginaria TRAGUS - COMISURA DE LOS LABIOS, esta linea debera ir paralela al piso.

El niño detendra la placa con el dedo indice de la mano contraria al lado por irradiar. La angulación del cono sera negativa.

3.- INTERPROXIMALES (intraoral)

La placa se colocara con un diametro ya que son radiografias de aleta mordible. Se requiere que el rayo central sea proyectado casi perpendicularmente al plano sagital de la pelicula.

TECNICA DE BISECTRIZ DEL ANGULO.

Se fundamenta precisamente en la formación de una linea imaginaria formada por el eje longitudinal de las piezas dentarias y el eje de la pelicula radiografica dentro de la cavidad oral. Es la tecnica más usada en cualquier tipo de radiografia.

ANOMALIAS.

Las anomalías de las piezas dentales pueden ser asintomáticas y no visibles en la boca . Entre estas anomalías, tenemos aquellas -- que pueden alterar el desarrollo de una oclusión normal, estas anomalías las podemos descubrir por medio de radiografías, entre -- estas tenemos dientes supernumerarios, macro y microdoncia, piezas fusionadas, piezas anquilosadas, ausentes, dens in dent, odontomas, etc.

ALTERACIONES.

Las radiografías nos ayudan a diagnosticar y descubrir algunas alteraciones como:

a) EN CALCIFICACIÓN DE PIEZAS;

Pueden ser sistemáticas como la osteogénesis imperfecta, sífilis congénita, etc, además existen enfermedades particulares de -- los dientes, como la amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta etc.

b) EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ;

Las radiografías nos pueden dar un indicio temprano de retraso del desarrollo, la extensión del retraso o la precocidad de la erupción.

La causa más común de la erupción aberrante es la función glandular anormal. Una erupción retardada puede indicarnos una deficiencia glandular como en el hipotiroidismo y el hipopituitarismo, o -- alguna enfermedad metabólica tales como la Disostosis cleidocraneal.

Una erupción precoz puede ser ocasionada por un hipopituitarismo. Además por medio de las radiografías se puede determinar la --

edad ósea física del niño.

c) EN LA INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA PARODONTAL. :

Por medio de las radiografías se puede diagnosticar patosis apical, como en el caso de una infección periapical, en la cual existe un engrosamiento de la membrana periodontal. Se debe recordar que en los abscesos periapicales agudos iniciales, a menudo no se presentan cambios radiográficos, debido a que una importante cantidad de hueso deberá ser reabsorbida antes de que puedan presentarse dichos -- cambios.

d) EN EL HUESO DE SOPORTE:

Las destrucciones locales óseas pueden demostrar o indicar estados patológicos como abscesos, quistes, tumores, enfermedad de Paget, diabetes, raquitismo, escorbuto, enfermedades periodontales.

Pueden existir opacidad radiográfica localizada que nos pueden - indicar periostitis asfíctica, enfermedad de Paget, exostosis etc.

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

R A D I O L O G I A D E N T A L.

- Newlands Carlos

RADIOLOGIA DENTAL

Editorial Cientifica, 1952

- Mac. Donald, Ralph. E.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLECENTE.

Editorial Mundi, 1975

C A P I T U L O I V

TRAUMATISMOS EN PIEZAS DENTALES PRIMARIAS.

- CLASIFICACION DE LOS DIENTES ANTERIORES TRAUMA.
- TRATAMIENTO PARA LOS DIFERENTES TIPOS DE FRACTURAS.
- REACCION DE UN DIENTE TRAUMATISADO.
- FERULAS.

TRAUMATISMOS EN PIEZAS DENTALES PRIMARIAS.

TRAUMATISMO.- Lesión que causa falta de continuidad de los tejidos, producida por algún agente agridor.

ETIOLOGIA.- Golpes, caídas, choques automovilísticos, debilidad de las paredes adamantinas en preparaciones extensas.

Generalmente los traumatismos en piezas dentales primarias son - fracturas. Las fracturas casi siempre se presentan de dos tipos :

a) DIAGONALES.- Corren de la parte incisal hacia las caras mesiales o distales de las piezas, involucrando los ángulos incisio - mesiales o incisio - distal.

b) HORIZONTALES.- Corren por la parte o borde incisal de las piezas dentales, siendo las más comunes en las fracturas radiculares.

CLASIFICACIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES TRAUMATIZADOS.

TIPO I.- Fractura coronaria simple con poca o ninguna dentina -- afectada.

TIPO II.- Fractura coronaria extensa con considerable dentina -- afectada.

TIPO III.- Fractura coronaria extensa con considerable dentina - afectada y exposición pulpar.

TIPO IV.- Diente traumatizado con desvitalización, con o sin pérdida de estructura dentaria.

TIPO V.- Fractura radicular con o sin pérdida de tejidos coronarios.

TIPO VI.- Desplazamiento dentario sin fractura coronaria, ni radicular.

- a) INTRUSION.
- b) EXTRUSION.
- c) DESPLAZAMIENTOS LINGUALES O VESTIBULARES.
- d) AVULSIONES.

TRATAMIENTO PARA LOS DIFERENTES TIPOS DE FRACTURAS.

TIPO I.

- a) Suavizar los bordes ásperos.
- b) Aplicar una capa de barniz.
- c) Colocar restauración (opcional).
- d) Examen de control RX

Los bordes ásperos se suavizan con un disco de lija fina, para evitar que dichos bordes produzcan algunas laceraciones en la lengua o labios.

La aplicación de un barniz se hará con el objeto de proteger al esmalte.

La colocación de una restauración sera opcional, y si se coloca se hará con una resina epoxica y usando la tecnica de grabado de esmalte con acido fosforico.

El examen de control se efectuara 6 semanas despues y consistira en radiografias, pruebas de vitalidad, observación de cualquier cambio de color en la pieza afectada, si las pruebas de vitalidad son negativas sera necesario un tratamiento endodontico.

TIPO II

- A) Anestesia.
- b) Aislar el órgano afectado (región o cuadrante)
- c) Lavar la porción afectada.

- d) colocar una base de hidroxido de calcio sobre la dentina afectada.
- e) Colocar una base de oxido de zinc y eugenol.
- f) Colocar una restauración.
- g) Control de la oclusión.
- h) Examen de control.RX.

Generalmente se usara anestesia local y esta será con o sin -- vaso constrictor de acuerdo a la historia clinica.

El aislamiento se efectuará con dique de hule empleando la --- tecnica convencional.

El lavado se hará con alguna solución salina, con agua desti - lada u oxigenada. La colocación de la base de CaOH, se hará sin - presionarla hacia el diente, lo mejor sera que la base resbale o - gotee del instrumento con que se aplica.

La base de oxido de zinc tiene por objeto sellar y proteger la base que se encuentra debajo de ella, así como la preparación.

La colocación de la restauración se hará con una resina epóxi- ca usando la tecnica de grabado de esmalte con acido fosforico, o alguna restauración como: coronas de acero o policarboxilato de - pendiendo de la magnitud de la fractura, el control de la oclusión se hara' con el objeto de eliminar algún punto prematuro de contac- to que posteriormente pudiese crear algún problema en la pieza.

El examen de control se efectuará de la misma manera que el ti- po I.

TIPO III.

En este tipo existen cuatro técnicas a escoger para efectuar un

tratamiento, este tratamiento dependerá de la magnitud de la lesión y de la respuesta pulpar.

1.- RECUBRIMIENTO PULPAR.

2._ PULPOTOMIA.

3._ EXTRACCION DENTARIA.

a) Anestecia local.

b) Aislar el órgano afectado.

c) Lavar la parte afectada.

d) Colocar la base de hidroxido de calcio.

e) Colocar la base de oxido de zinc y eugenol.

f) colocar la restauración.

g) Control de la oclución.

h) Examen de control. RX.

Lo anterior describe la técnica I y parte de la II, esta última técnica y la técnica III serán explicadas en el capítulo sobre endodoncia.

TIPO IV.

El tratamiento se efectuará dependiendo de si o no hay perdida de estructura dentaria.

Las técnicas a tener opción son:

1.- Pulpectomia.

2.- Extracción dentaria.

Si hay perdida de estructura dentaria se colocará alguna restauración.

TIPO V.

a) Anestecia local.

- b) Aproximación máxima de los fragmentos.
- c) Estabilización de las piezas dentarias afectadas.
- d) Examen de control. RX.

La aproximación máxima de los fragmentos se efectuara con el dedo pulgar i el indice.

Existe mayor posibilidad de éxito, si la fractura se localiza en el tercio apical, pero si se encuentra en el tercio cervical hay pocas posibilidades de éxito. Si es necesario se efectuará un tratamiento endodóntico...

La estabilización de la pieza afectada se efectuará por un tiempo entre los 4 y 12 meses aproximadamente dependiendo del caso a tratar, y se podrá efectuar con bandas de ortodoncia, puente fijo-ferula de acrílico de autopolimerización.

TIPO VI.

La posibilidad de mantener la vitalidad pulpar dependerá de la laceración que hayan sufrido los vasos periapicales.

a) INTRUSION.- Se presenta con mayor frecuencia en dientes superiores. Se aconseja observar el diente afectado de 6 a 8 semanas esperando que la pieza vuelva a erupcionar. Si dicha pieza ejerce presión sobre el germen dentario de la pieza permanente, se deberá extrusionar por algún otro medio.

- a) Anestesia local.
- b) Colocar el diente en posición original, si es posible.
- c) Ferulizar el diente.
- d) Examen de control. RX.

La colocación del diente en posición original se hará con presión digital:

b).- EXTRUSION.- Es poco común en dientes primarios y si se presenta se debe sospechar de una fractura radicular, si no existe dicha fractura se usara la tecnica de dientes intrusionados.

c) DESPLAZAMIENTOS.- Los desplazamientos son producidos por fracturas de la tabla externa de los maxilares, estos desplazamientos pueden ser linguales o vestibulares con o sin perdida de estructuras adyacentes.

En estos casos el tratamiento a seguir será igual que en los casos anteriores.

d) AVULSIONES.- Se podrán reimplantar.

Este tratamiento se realizara de la siguiente manera:

a) Mantener el diente en una solución fisiológica.

b) Tratamiento endodontico.

c) Anestecia local.

d) Eliminar el cuáguulo del alveolo.

e) Introducir la pieza en el alveolo.

f) Ferulizar la pieza.

g) Examene de control. RX.

El diente se mantendra en una solución fisiologica con el objeto de que no se deshidrate.

El tratamiento endodóntico se efectuará fuera de la boca del paciente y usando la tecnica de la pulpectomía.

Al efectuar el tratamiento endodóntico se debe tener cuidado de no eliminar o desgarrar las fibras parodontales adyacentes al comen

to. La eliminación del cuárgulo se hará con el objeto de crear - sangrado en el alveolo para lograr que el reimplante se fije.

Un punto importante en esta técnica es saber si el paciente - está o no vacunado contra el tetano, si no lo está, se referira al medico general para que lo haga.

REACCIONES DE UN DIENTE TRAUMATIZADO.

En un diente traumatizado, pueden existir complicaciones o es - tados patológicos como los que se describen:

a) HIPEREMIA PULPAR.

Este estado se presenta en cualquier traumatismo por leve que - sea éste, y puede llevar al tejido pulpar a una necrosis .

La congestión sanguínea en la pulpa cameral puede ser detectada aunque la lesión en ese diente tenga poco tiempo de haber ocurrido.

El metodo de este estado patológico reversible, es la tanslu - minación; que consistirá en usar y dirigir una luz en la cara la - bial del diente afectado, en dicha cara, si se observa una pigmen - tación rosada y si el o los dientes adyacentes no la presentan se - podrá diagnosticar una hiperemia pulpar. La pigmentación se puede - observar durante varias ^{semanas} ^{despues} del traumatismo, e indi - - carnos una pobre prognosis.

"La hiperemia va en relación con la fuerza del trauma".

b) HEMORRAGIA INTERNA.

La hiperemia y la presión que existe en el tejido pulpar ocaci - onan una ruptura de los vasos pulpares produciéndose una hemorragia

Si la hemorragia es leve, ocasiona una pigmentación ligera, pero

si es severa la pigmentación sera mayor. Dicha pigmentación debe desaparecer de 2 a 3 semanas después del traumatismo, ya que si la pigmentación se presenta durante varios meses o años es evidente necrosis pulpar.

c) CALCIFICACION METAMORFOSICA DE LA PULPA DENTAL.

Se observa frecuentemente como una reacción a un trauma y consiste en una obliteración de la cámara pulpar y conductos radiculares .

En radiografias se debe observar si existe esta calcificación - aunque generalmente se observa una obliteración completa, existe un pequeño filamento de pulpa residual.

Si se presenta esta calcificación se debe tratar esta pieza endodónticamente, ya que el tejido pulpar existente es un foco de -- infección en potencia.

Si se presenta en dientes primarios y no se presentan problemas patológicos, no se efectuará ningún tratamiento ya que la raíz se reabsorberá en su proceso de exfoliación.

d) REABSORCION INTERNA.

Es un proceso destructivo causado por la acción de los osteo -- clastos. Se puede observar radiográficamente en la cámara pulpar - y conducto después de varias semanas o meses de ocurrido el trauma -- tismo .

Este proceso puede llegar a perforar la corona o la raíz y crea unas manchas de color rosado.

Si se logra detectar esta reabsorción a tiempo, el proceso a -- seguir sera endodóntico.

d) REABSORCIÓN APICAL.

Puede ser ocasionada por un traumatismo severo, poniendo en peligro las estructuras parodontales, se puede eliminar esta reabsorción reteniendo al diente en su alveolo. Generalmente el diente se encuentra extrusionado.

Tratamiento: Varía de acuerdo con la reabsorción apical, generalmente se efectuará endodoncia.

f) ANQUILOSIS.

La anquilosis es una reacción muy frecuente después de una lesión traumática, y es causada por la lesión que sufre la membrana parodontal, con una inflamación y una reacción de células osteoclasticas.

Clinicamente se observa la anquilosis de la pieza traumatizada, ya que esta pieza interrumpe su erupción y las piezas adyacentes, si la efectúan.

Radiograficamente se observa una continuidad de la formación de la membrana periodontal, así, como en la pulpa y la dentina.

El tratamiento a seguir en una pieza primaria anquilozada será quirúrgica, ya que si no se efectuará, habría problemas con la erupción del diente permanente.

FÉRULAS. (fijas, removibles).

Las férulas es un aparato para fijar o unir las piezas dentales.

Las hay de varios tipos como son:

1.- De acrílico.

2.- De alambre.

3.- Con hilos metálicos.

4.- Vaciadas.

Generalmente se úsara para férula de emergencia, la de acrílico, por su fácil manipulación y bajo costo.

Es difícil usar la férula de alambre y banda o la de hilos metálicos debido a que se necesita la cooperación del paciente. Las férulas vaciadas no se usan en cita de emergencia ya que su elaboración requiere de más de dos citas.

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

TRAUMATISMOS EN PIEZAS DENTALES PRIMARIAS.

1.-Elis Roy Gilmore.

CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS DE
LOS DIENTES DE LOS NIÑOS.

Editorial Mundi, 1962.

2.- Morris, Alvin M.

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA GENERAL.

Mayoral Herrero.- Ed. Barcelona Labor. 1974.

3.- Mc. Elroy, Donald L.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS

México, ed Interamericana. 1969

4.- Finn, Sidney B.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Editorial Interamericana. 1976

5.- Kruger Gustavo O.

TRATADO DE CIRUJIA BUCAL;

2a Edición, Editorial Interamericana 1969

C A P I T U L O V

ENDODONCIA

- FACTORES GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE TEJIDO PULPAR.
- RECUBRIMIENTO PULPAR.
- PULPOTOMIA.
- PATOLOGIA PERIAPICAL.
- PULPECTOMIA.
- DIENTES CON APICSE ABIERTOS.

E N D O D O N C I A.

Es una rama de la odontología, especializada, que se encarga del tratamiento del tejido pulpar y de las estructuras que se encuentran en contacto con él.

El tratamiento endodóntico en el niño es más recomendable que la extracción.

" AL SALVAR DIENTES PREVENIMOS MAL OCLUCIONES ,
AL CURAR NOS VOLVEMOS DOCTORES"

GURLEY.

Factores generales en el tratamiento del tejido pulpar:

- I.- Importancia estratégica a seguir de una pieza dentaria.
 - a) ¿ Cuanto tiempo permanecerá funcionando en la boca?
 - b) ¿ Presencia o ausencia del sucedáneo, y de estar presente ?
 - c) Estado de desarrollo oclusal.
 - d) Importancia psicológica de la retención de una pieza en la -- boca.
- 2.- La Corona clínica debe ser restaurada con una corona.
- 3.- Evaluación del tejido gingival circundante.
- 4.- Una fistula o una ligera movilidad no deberá ser un obstáculo para el tratamiento.
- 5.- Radiográficamente que exista un mínimo de dos tercios de la estructura radicular.
- 6.- Casi todos los pacientes con historia de enfermedades sistémicas mayores, leucémicos o que están bajo una larga terapia de --

cortico esteroides deberán ser descartados para un tratamiento endodóntico.

En el caso de un paciente hemofílico, el tratamiento endodóntico es preferible a la extracción.

7.- Tanto la cooperación del niño como la de los padres son indispensables.

8.- El dentista debe tener los conocimientos y habilidades necesarias para poder llevar a cabo el tratamiento.

TRATAMIENTOS ENDODONTICOS.

I.- RECUBRIMIENTO PULPAR.

Consiste en proteger la pulpa con un material especial.

INDICACIONES: Exposiciones pulpares pequeñas, sin presentar ningún problema radicular.

CONTRAINDICACIONES : Exposiciones pulpares demasiado grandes, - tejido pulpar en estado patológico, piezas con fractura radicular.

TRATAMIENTO :

- 1.- Historia clínica.
- 2.- Radiografía.
- 3.- Anestesia.
- 4.- Aislamiento con dique de hule .
- 5.- Preparación de la cavidad.
- 6.- Lavar perfectamente.
- 7.- Secar perfectamente con una torunda de algodón.
- 8.- Se coloca Hidroxido de calcio sobre la exposición pulpar.
- 9.- Se coloca una restauración.
- 10.- Examen de control RX.

II.- PULPOTOMIA.

Remoción total de la pulpa cameral.

INDICACIONES.- Exposición amplia de caries, eposición traumática, cuando no se han cerrado el ápice de la o, de las raíces. Cuando -- observamos radiográficamente que la caries llega a la pulpa vital, -- pero aún no la ha invadido.

PATOLOGIA PERIAPICAL.

DEFINICION: Es un estado patológico del tejido pulpar que involucra la región apical de un diente y los tejidos adyacentes a esta (tejidos parodontales).

ETIOLOGIA. - Para casos de emergencia sera:

- a) Bacteriana (caries).
- b) Traumáticas (necrosis pulpar).

ABCESO PERIAPICAL AGUDO.

Proceso supurativo agudo que generalmente drena por la región -- vestibular de la pieza afectada.

SINTOMAS. - Diente doloroso, con movilidad en algunos casos, a -- veces extrusionado de su alveolo, hay presencia de pus, los tejidos que rodean al diente se encuentran rojos, edematosos, sensibles, -- fiebre y adenitis regional.

RADIOGRAFICAMENTE. - Rarefacción apical localizada radiolúcida no circunscrita, con destrucción del trabeculo óseo y afección de la -- membrana parodontal.

DIAGNOSTICO. - Se efectuaran por la historia clínica, síntomas, -- radiografías,, examen clínico.

TRATAMIENTO.- Drenado, antibioticoterapia, endodoncia.

III.- PULPECTOMIA

Es la eliminación del tejido pulpar del diente, tanto de la porción coronal como radicular.

INDICACIONES.- Cuando el pronóstico de una pulpotomía es dudoso cuando el primer molar permanente no ha erupcionado es más recomendable hacer un tratamiento de conductos en el segundo molar primario en vez de extraerlo.

-Es conveniente conservar un diente primario cuando el permanente aún está, ausente, en especial si el paciente está en neutro ooclusión.

-Cuando se ha formado por lo menos la mitad de la raíz del diente permanente, ya que si se hace la extracción del diente primario la erupción del permanente se ve afectada.

-Cuando se observa radiográficamente descalcificación en conductos radiculares.

-Si la pulpa está degenerada, putrefacta o muestra vitalidad dudosa.

-Si la exposición tiene más de 72 hrs.

-Cuando presenta calcificación metamorfofosa de la pulpa.

-Una pequeña reabsorción interna.

- Una pequeña reabsorción apical.

CONTRAINDICACIONES:

-Reabsorción avanzada.

-Quistes foliculares subyacentes al diente afectado.

-Reabsorción apical avanzada.

TRATAMIENTO:

- 1.- Historia clinica
- 2.- Radiografias.
- 3.- Anestesia.
- 4.- Aislamiento con dique de hule.
- 5.- Remoción de caries y o materiales restaurativos presentes.
- 6.- Acceso a la cámara pulpar con alta velocidad.
- 7.- Penetración a la cámara pulpar con una fresa de bola esteril.
- 8.-Remoción de la pulpa cámara con una cucharilla.
- 9.-Remoción del tejido radicular por medio de tiranervios.
- 10.-Tomar conductometria.
- 11.-Preparación biomecanica.
- 12.-Secado de los conductos con puntas de papel.
- 13.-Obturación. El empleo de materiales de obturación como puntas de plata o gutapercha están contraindicados, ya que no son -- materiales reabsorbibles e interfieren en la erupción de la -- pieza sucedanea. Dichos conductos deben ser obturados con un material reabsorbible.
- 14.-Examen de control.rx
- 15.-Restauración con corona.
- 16.-Radiografias postoperatorias.
- 17.-Si el tratamiento requiere más de una cita y no se puede ob-- turar, se aplicara un algodón con algún elemento antinacteria no dentro del conducto.

DIENTES CON APICES ABIERTOS.

Son dientes que no han completado su desarrollo apical.

INDICACIONES: En dientes permanentes juvenes, cuando han sufrido desvitalización pulpar o necrosis antes de su desarrollo apical.

TRATAMIEANTO: Se siguen los mismos pasos del tratamiento anterior hasta el numero 12.

13.- Obturación.- se hace una mezcla de hidroxido de calcio con una gota de paramonocborofenol o formocresol.

14.-Examen RX de control de 3 a 6 meses.

Si el procedimiento resulto eficaz, se formara un puente calcificado en la porción apical.

15.-SE procedera a eliminar el material y obturar con un material normal en caso de que sea pieza permanente, si no fuese así, se dejara dicho material. A los 6 meses de iniciado el tratamiento y se colocara uno nuevo.

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

TRATAMIENTOS PULPARES

I.- Finn, Sidney B.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Editorial Interamericana 1976.

2.- Hotz, Rudolf P.

ODONTOPEDIATRIA; ODONTOLOGIA NIÑOS Y ADOLECENTES

ed. Médica Panamericana, 1977

3.- Mac. Donald, Ralph. E.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLECENTE.

ed. Mundi, 1975

4.- Mc. Eroy, Donald L.

Diagnostico y tratamientos Odontologicos.

México, Interamericana 1969

C A P I T U L O VI

TRAUMATISMOS EN TEJIDOS BLANDOS

- ETIOLOGIA

__ TRATAMIENTO.

TRAUMATISMOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

a) El traumatismo de los dientes infantiles a menudo va acompañado por abrasión de los tejidos faciales o aún por heridas penetrantes.

La posibilidad de la generación de tétanos después del trauma -- tismo ha de ser reconocida y deberán tomarse las medidas de prime -- ros auxilios que sean necesarias. El odontólogo deberá establecer -- el estado de inmunización, limpiar cuidadosamente la herida y, -- -- cuando esté indicado, derivar al niño al médico familiar. Convery -- puso énfasis en un traumatismo trivial que puede tener un fin fatal.

La mortalidad de los casos conocidos de tétano es del 50 al 60%.

Son lesiones producidas en los tejidos blandos como:

El paladar, Labios, encías, lengua, etc.

I.- MECANICA.- Golpes, mordeduras, penetración de objetos.

2.- SUST. QUIMICAS.- Generalmente son quemaduras por ; hielo seco
ácido acético salicílico, etc.

b) LESIONES:

Las lesiones van a variar desde una insición en cualquier parte de la mucosa bucal, pudiendo ser de mayor o menor intensidad, de -- pendiendo de la magnitud del traumatismo, hasta ulceraciones que se pueden complicar y crear una infección secundaria, o presentarse -- una simple ampolla.

c) SINTOMAS:

Son muy variados, pudiendo existir dolor intenso en la región -- del traumatismo, inflamación, hemorragia.

d) DIAGNOSTICO:

Se efectuara dependiendo de:

- 1.- Historia clinica.
- 2.- Aspecto de la lesión.

e) TRATAMIENTO:

Sera variado:

- 1.- Desde una limpieza de la zona, hasta el uso de sutura.
- 2.- En caso de infección secundaria se aplicara antibioticoterapia.
- 3.- El uso de algunos farmacos como: Violeta de genciana, anesicos topicos, analgesicos, antiinflamatorios, etc.

Los traumatismos en lengua generalmente son ocasionados por mordeduras, si se produce alguna insición, ésta debe ser suturada, en esta herida siempre existe sangrado abundante y el peligro de una infección secundaria.

Si el traumatismo solo causa una ulcera ó ámpula se aplicara un tratamiento paleativo.

Los traumatismos en carrillos, usualmente se deben a mordeduras que erosionan este tejido y pueden provocar úlceras ya sea con bordes sangrantes rojos o lesiones blancas dolorosas, se aplicara un tratamiento paleativo.

Los traumatismos en labios son ocasionados por golpes, mordeduras, quemaduras. En esta zona se pueden presentar úlceras, ámpulas o insiciones, estas ultimas crean gran hemorragia, y se deben suturar, así como aplicar antibioterapia. La zona generalmente se inflama y se vuelve dolorosa, en este caso se podra aplicar hielo y algún analgesico. Se deben tomar radiografias de la zona para veri-

d) DIAGNOSTICO:

Se efectuara dependiendo de:

- 1.- Historia clinica.
- 2.- Aspecto de la lesión.

e) TRATAMIENTO:

Sera variado:

- 1.- Desde una limpieza de la zona, hasta el uso de sutura.
- 2.- En caso de infección secundaria se aplicara antibioticoterapia.
- 3.- El uso de algunos farmacos como: Violeta de genciana, anesicos topicos, analgesicos, antiinflamatorios, etc.

Los traumatismos en lengua generalmente son ocasionados por mordeduras, si se produce alguna insición, ésta debe ser suturada, en esta herida siempre existe sangrado abundante y el peligro de una infección secundaria.

Si el traumatismo solo causa una ulcera ó ámpula se aplicara un tratamiento paleativo.

Los traumatismos en carrillos, usualmente se deben a mordeduras que erosionan este tejido y pueden provocar úlceras ya sea con bordes sangrantes rojos o lesiones blancas dolorosas, se aplicara un tratamiento paleativo.

Los traumatismos en labios son ocasionados por golpes, mordeduras, quemaduras. En esta zona se pueden presentar úlceras, ámpulas o insiciones, estas ultimas crean gran hemorragia, y se deben suturar, así como aplicar antibioterapia. La zona generalmente se inflama y se vuelve dolorosa, en este caso se podra aplicar hielo y algún analgesico. Se deben tomar radiografias de la zona para veri-

ficar que no exista ningun cuerpo extraño.

Los traumatismos en el paladar blando son ocasionados por algún objeto de forma cilindrica (lapices, varillas, etc.), produciendose una perforación de éste. Se debe efectuar un tratamiento quirurgico siempre que no inhiba los movimientos del paladar, acompañado por un tratamiento paleativo.

Los traumatismos en encia generalmente son ocasionados por objetos, quemaduras, o algunos alimentos. Rara vez se observan insiciones en este tejido, a menos de que el traumatismo sea mayor.

Usualmente se presentan úlceras con bordes edematosos que sanan entre los 7 y 10 dias, a menos de que se presente una infección secundaria . Las quemaduras que se presentan en la mucosa bucal se pueden tratar con: analgesicos, anestosicos locales, pomada con -- antimicrobianos (butacaina) ó antimicrobianos con uso local (tinctura de mertiolate).

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

TRAUMATISMOS EN TEJIDOS BLANDOS.

I.- Elis Roy Gilmore.

CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS
DE LOS DIENTES DE LOS NIÑOS.
editorial Mundi, 1962.

2.- Kruger Gustavo O.

TRATADO DE CIRUJIA BUCAL;
2a Edición Editorial Interamericana 1969

3.- Finn, Sidney B.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA
ed. Interamericana. 1976

4.- Mc Elroy, Donald L.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS.
México, ed. Interamericana.

C A P I T U L O. VII

PROBLEMAS PATOLOGICOS AGUDOS

- EL PARODONTO EN NIÑOS Y SUS ENFERMEDADES.

- ENFERMEDADES HERPETIFORMES.

PROBLEMAS PATOLOGICOS AGUDOS.

PARODONTO EN NIÑOS.

El parodonto es la unidad biológica formada por 4 elementos fundamentales:

- a) ENCIA.
- b) LIGAMENTO PARODONTAL.
- c) CEMENTO.
- d) HUESO ALVEOLAR.

La encia es tejido conectivo de color rosa pálido, firmemente -- adherido al hueso alveolar, puede 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 de los dientes permanentes, las papilas interdentarias son más angostas en sentido mesiodistal, que en sentido labiolingual, además llenan por completo los espacios interdentales, las papilas son más voluminosas en comparación a la 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 3 años.

A la edad aproximada de 10 años, dicho puntilleo se observa en una banda de aproximadamente tres milímetros próxima a la encia insertada, extendiéndose sobre los bordes y la papila interdentaria.

El intersticio gingival es más profundo, comparado con el adulto

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

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

ENFERMEDAD PARODONTALES EN NIÑOS Y SU
TRATAMIENTO.

Las enfermedades parodontales se presentan en la mayor parte de las personas. La evolución de dichas enfermedades generalmente es lenta y se cree que el factor más importante para la prevención, según la ORGANIZACION 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.

Segun 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.

ETIOLOGIA.- Existen factores que son los causantes de esta enfermedad.

a) Factores generales.

Estos factores modifican la resistencia organica del individuo

I.- Insuficiencia de vitamina: Complejo B.

Vitamina A, C, y D.

2.- Trastornos hormonales; Hiperparatiroidismo.

Deabetes.

Menopausia.

Menstruación.

Embarazo.

3.- Discrasedas Sanguineas: Anemia.

Leucemia.

Agranulocitocis.

4.- Alergias.

5.- Farmacos: Mercurio.

Bismuto.

Dilantin sodico.

b) Factores Lócales.

I.- Del medio bucal.

a) Materia Alba.

b) Empaquetamiento de alimentos.

c) Sarro.

2.- Tejidos dentarios.

a) Caries.

b) Anomalias de forma, de posición, de curvaturas, de las coronas dentarias.

c) Oclución traumática, anoclución.

3.- Adversos desde el punto de vista odontológico.

a) Mala odontología.

b) Mal cepillado.

c) 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 o --

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.

EVOLUCION:

- a) GINGIVITIS AGUDA.- Dolorosa, aparición repentina, de corta -- duración.
- b) GINGIVITIS SUBAGUDA.- Fase menos dolorosa que la anterior.
- c) GINGIVITIS RECURRENTE.- Enfermedad que aparece despues de haber sido tratada anteriormente.

DISTRIBUCION:

- a) LOCALIZADA.- Se limita a la encia, a uno o dos dientes.
- b) GENERALIZADA.- Abarca toda la boca.
- c) MARGINAL.- Se observa en el margen gingival pudiendo incluir la encia insertada; puede ser localizada o generalizada.
- d) DIFUSA:- Abarca la encia marginal insertada y la papila interdientaria, de uno o varios dientes.

ALTERACIONES GINGIVALES RELACIONADAS CON
LA ERUPCION DENTARIA.

A estas alteraciones gingivales se le denomina gingivitis de la erupción. Los tejidos que cubren al diente se van adelgazando, estos tejidos presentan ligera isquemia, con un abultamiento localizado, firme. La encia marginal está engrosada y presenta un borde cilindrico y sobresaliente que es donde está reorganizado el tejido conectivo; esto produce una hiperemia que no debe confundirse con una inflamación producida por algun otro factor,

En algunos casos la encía esta 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 completarse la erupción total de los dientes.

TERAPEUTICA: Ya que la encía esta inflamada se podrá aplicar masaje con el dedo o algún objeto metalico.

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

La formación del intersticio gingival se debe a la erupción de los dientes, este lugar se puede infectar, debido a la lesión que puedan producir los alimentos, tornarse más grave al grado de existir supuración local e inflamación. En este caso se usará la anti-bioterapia más conveniente para el presente.

GINGIVITIS ULCERONECROTICA AGUDA.

Llamada tambien Angina de VINCENT, boca de trinchera. Se presenta en adolescentes jovenes con mayor frecuencia, es una infección contagiosa, grave.

a) Etiología:

Es incierta ya que se cree que tiene un componente sicosomatico pero existen otros datos en la literatura que indican que se debe a una simbiosis caracteristica de microorganismos Fusco-espiroquetarios

b) FACTORES PREDISPONENTES.

Los hay de tipo general y local.

I.- Los factores locales:

- a) Erupción o mala posición de los dientes, infecciones pericoronarias.
- b) Bordes de restauraciones, obturaciones deficientes, restos de alimentos, zonas de contacto inadecuadas a consecuencia de caries dental.
- c) Cualquier zona local de higiene bucal insuficiente.
- d) Trastornos circulatorios y nutricionales locales del borde de la encía, por calculos o depositos metalicos en los tejidos.
- e) Irritación por exceso de tabaco.

2.- Factores Generales:

- a) Desnutrición en especial deficiencia de vitamina C, y de Complejo B.
- b) Enfermedades de los tejidos Hematopoyéticos (leucemia, neutropenia maligna, anemia aplásica).
- c) Trastornos digestivos y endocrinos.
- d) Situación de tensión y fatiga extrema.

c) Situación de las lesiones:

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

d) Lesiones:

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

e) SINTOMAS:

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, en ocasiones pérdida del gusto.

f) CONSECUENCIAS:

Si las úlceras progresan pueden afectar los procesos alveolares con secuestros de dientes y hueso, además puede convertirse en una gingivostomatosis ulceronecrotica crónica, y este estado puede crear problemas más graves en los pacientes.

g) DIAGNOSTICO:

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

h) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se debe hacer de la estomatitis herpética, eritema multiforme local, neutropenia maligna, leucemia aguda, diabetes incontrolada ó diagnosticada, placas mucosas de la sífilis, de la difteria.

i) TRATAMIENTO:

I.- Control de la etapa bacteriana:

Se podrá usar penicilinoterapia, enjuagues bucales que liberen oxígeno. Lejía oxigenada. Antisépticos de uso local (rin-

ra de mertiolate)

2.- ELIMINACION DE LOS FACTORES PREDISPONENTES LOCALES Y GENERALES.

3.- INSTRUCCION AL PACIENTE RESPECTO A LOS HABITOS DE HIGIENE -- ORAL.

Estos dos ultimos puntos son muy importantes para erradicar el problema, en el punto uno se deben efectuar maniobras quirurgicas.

ABCESO PARODONTAL.

Es inflamación purulenta de los tejidos del parodonto, localizada de expansión rápida.

a) ETIOLOGIA:- Bolsas infectas, está parcial o totalmente obstruida, existiendo retención de pus.

b) 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) RADIOGRAFICAMENTE: Generalmente los abscesos agudos no presentan cambios radiográficos en los primeros estadios.

d) DIAGNOSTICO: Se podrá drenar el absceso con una incisión perpendicular al eje axial del diente.

SE eliminaran los factores irritativos locales y los abscesos profundos,

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

ABCESO PERIAPICAL.

- 1.- Presencia de caries extensa.
- 2.- Intersticio gingival normal o de poca profundidad.
- 3.- Muerte pulpar.
- 4.- Margenes gingivales normales.
- 5.- Fistulas a nivel apical en ocasiones.
- 6.- Zonas radiolucidas a nivel apical en una radiografia.
- 7.- Poca movilidad dentaria.

ABCESO PARODONTAL:

- 1.- Ausencia de caries o si existe ésta poco profunda.
- 2.- Presencia de bolsa parodontal.
- 3.- Vitalidad pulpar.
- 4.- Continuidad entre el margen gingival y la zona de absceso.
- 5.- Presencia de fistula en relación con la cara lateral de la raiz.
- 6.- Zona radiolucida a nivel de las caras laterales de las raíces, la bifurcación y trifurcación.
- 7.- Bastante movilidad dentaria.
- 8.- Sarro y materia alba.

ENFERMEDADES HERPETIFORMES EN NIÑOS.

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

Estas infecciones son raras antes de los 6 meses de edad. El contacto inicial con el virus, generalmente pasa de inadvertido por una infección subclínica sin enfermedad manifiesta.

El contacto inicial con manifestaciones clínicas se debe a que -

la persona carece de anticuerpos específicos contra estos virus.

1.- GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA PRIMARIA.

Es una enfermedad contagiosa caracterizada por lesiones vesiculares y úlcerativas de la mucosa bucal 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 6 meses.

- a) ETIOLOGIA: Virus del Herpes simple.
- b) FACTORES PREDISPONENTES: Falta de resistencia.
- c) PERIODO PRODROMICO: Esta lesión tiene un periodo prodromico de 24 hrs. o más presentandose fiebre ligera, malester general, cefaleas, linfadenopatía cervical y trastornos digestivos.
- d) SITUACION DE LAS LESIONES: Las lesiones se sitúan en: labios, encías, lengua, paladar, faringe, unión cutaneomucosa y en algunas 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.

Los bordes de estas úlceras progresan y se observan rodeadas de una aureola inflamatoria rojo brillante.
- f) SINTOMAS: Son lesiones sumamente dolorosas, fiebre, mal estar general, dificultad para ingerir alimentos, linfadenitis, deshidratación, acidosis.
- g) DURACION: De 7 a 10 días.
- h) CONSECUENCIAS: Debido a la alta concentración de virus en la -

saliva, y si existe contacto con las manos, éstas pueden diseminar dichos virus y crear una conjuntivitis o una vulvovaginitis.

i)-DIAGNOSTICO: Este se basará en los siguientes puntos:

1.- Antecedentes de contactos con variedades primarias secundarias de la enfermedad.

2.- Evolución clínica.

3.- Aparición de lesiones bucales.

4.- Aislamiento de lesiones bucales.

5.- Curación espontánea.

j)- TRATAMIENTO: Se realizara un tratamiento de sostén en el cual se podran 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.

4.-Higiene bucal buena.

5.- No se aplicará antibioticoterapia a menos que exista otro tipo de infección que lo amerite.

II HERPES LABIAL RECURRENTE:

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

a) ETIOLOGIA: Virus del Herpes simple.

b) FACTORES PREDISPONENTES: Entre los factores tenemos: resfriados, fiebres, exposiciones prolongadas al sol, alergias, trastornos digestivos, traumatismos, gripas.

c) PERIODO PRODROMICO: El periodo prodromico es de 12 a 24 hrs. -

Durante el cual puede haber sensación de ardor en la región donde apareciera la lesión, así como parestesia labial.

d) SITUACION 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 serohemorrágicos, con ausencia de inflamación al rededor de la lesión.

f) SINTOMAS: Molestias, dolor ligero, fiebre en algunos casos.

g) DURACION: 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 cornea, produciendo opacidad y ceguera.

i) DIAGNOSTICO: 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: Consiste en buscar :

1.- La cicatrización rápida de las lesiones.

2.- Prevenir o disminuir la frecuencia de recaídas.

Estos 2 puntos se tratarán de obtener de la siguiente manera:

1.- Apicación de lubricantes, jalea de petroleo, tintura de benzoina, alcanfor, esencia de trementina.

2.- Vacunación múltiple contra la viruela.

Los antibioticos están contra indicados en esta enfermedad ya -- que carecen de acción hacia este virus.

Los esteroides corticosuprarrenales están contra indicados, porque parece que estas sustancias frenan la respuesta inmunologica -- del organismo.

III HERPES ZOSTER.

Es una enfermedad secundaria de la piel y troncos nerviosos, a -- veces recurrente, leve en niños y se presenta rara antes de los 10- años.

a) ETIOLOGIA: Virus de la varicela.

b) FACTORES PREDISPONENTES: Lesiones en los ganglios sensitivos-- por traumatismos, tumores, desnutrición, debilitante, administra -- ción de esteroides corticosuprarrenales.

c) PERIODO PRODRÓMICO: El periodo prodrómico tiene una duración -- 4 a 5 días, hay dolor y hormigueo quemante continuo o intermitente-- generalmente unilateral sobre una zona cutánea segmentaria.

d) SITUACION DE LA LESION:

1.- Cutánea, siguiendo la trayectoria de las 3 ramas del quinto-- par craneal,

2.- Bucal, en la punta de la lengua, paladar blando y mucosa de-- las mejillas.

e) LESIONES: Se presentan como una erupción vesicular rodeada por una base eritematosa neta con la formación temprana de postulas 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 encuentra afectada la segunda y tercera rama del quinto par craneal, siendo su características iguales a las ocasionadas por el herpes simple.

f) SINTOMAS: Dolor y hormigueo quemante, profundo e intenso, fiebre.

g) DURACION: De una a 5 semanas.

h) CONSECUENCIAS: Si el herpes soster se presenta en el trigemino 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 quedan afectadas las fibras del facial que inervan la lengua.

i) DIAGNOSTICO :

1.- Clínicamente por la distribución típica de las vesículas sobre la zona de distribución de un tronco nervioso sensitivo.

2.- INTERROGATORIO:

3.- IDENTIFICACION DE LA ENFERMEDAD VIRAL POR MEDIO DE FROTIS Y BIOPSIAS.

j) TRATAMIENTO: Corresponde al médico tratarla, pero se pueden administrar: CORTISONA y GLOBULINA INHUNE.

CANDIDIASIS. (algodoncillo, moniliasis, muguet)

Es una enfermedad causada por infección con hongos levaduriformes

el Candida (monilia) Albicans. Se ha comprobado repetidamente -- este microorganismo es un habitante relativamente común en cavidad bucal y aparato gastrointestinal de personas sanas. Asi la sola -- presencia del hongo no es suficiente para generar la enfermedad.

Esta enfermedad es comunmente en niños pequeños, personas debilitadas y en ocasiones en personas con alguna enfermedad cronica -- como diabetes o avitaminosis. La enfermedad se ha tornado, en forma considerable, más comun en los ultimos años debido al exagerado uso de antibioticos por via bucal, como penicilina, aureomicina, -- cloramfenicol, en forma de tabletas, aereosoles, y polvos esterilizan parcialmente la cavidad bucal suprimiendo o eliminando microorganismos susceptibles.

Como este hongo es relativamente insensible a los antibioticos, puede responder a la supresión de otros microorganismos con una -- proliferación abrumadora y la consiguiente infección de los tejidos.

Las lesiones bucales se caracterizan por la presencia de placas blandas y levemente elevadas que aparecen con mayor frecuencia en mucosa vestibular y lengua, pero que tambien se observan en paladar y piso de la boca, encía. Es una característica importante en el diagnostico el que sea posible desprender la placa moniliasica blanca de la superficie del tejido, y que al hacerlo quede una superficie del tejido, y que al hacerlo quede una superficie viva -- sangrante.

TRATAMIENTO: La introducción de nuevos agentes antihistaminicos específicos como la nistatina ha sido benéfica para el tratamiento de la candidiasis. Las suspensiones de nistatina, mantenidas en --

en contacto con la lesión bucal dio buenos resultados aún en --
casos crónicos y graves de la enfermedad.

QUEILITIS.

Esta condición se encuentra a menudo en los niños.

El primer síntoma que se nota es una sequedad de los labios, seguida por descamación y agrietamiento. Va acompañada característicamente por una dolorosa sensación de quemadura. Las causas comunes de queilitis son la sensibilidad al contacto con sustancias tales como juguetes y alimentos y sensibilidad a los rayos del sol. La condición se agrava si el niño se forma el hábito de humedecer sus labios con la lengua y dejar que el viento y el sol los quemen. El -- resultado es la formación de costra y exudado, la queilitis acompaña con frecuencia a las fiebres. En los casos crónicos aparecen a -- veces fisuras y erosiones.

ESCARLATINA.

La escarlatina, enfermedad que se produce de preferencia en niños durante los meses invernales, es causada por una infección por estreptococos beta hemolítico. En muchos sentidos es similar a la amigdalitis y faringitis agudas provocadas por estreptococos.

Las principales manifestaciones bucales de la escarlatina han sido denominadas "estomatitis escarlatínica". La mucosa, en particular la palatina, puede presentarse congestionada, y la garganta de un -- rojo vivo. Las amígdalas y pilares de las fauces suelen estar hinchados y a veces, cubiertos de un exudado grisáceo. Mas importantes son las alteraciones linguales. Desde el comienzo de la enfermedad -- la lengua tiene una capa blanca y las papilas fungiformes están edematosas e hiperémicas, y se proyectan sobre la superficie como --

pequeñas protuberancias rojas. Este fenomeno a sido descrito, desde el punto de vista clinico como "Lengua de fresa".

No se cuenta con medios de prevención de la escarlatina, aunque la enfermedad es, en la actualidad, en Estados Unidos, relativamente leve. La administración de antibioticos no solo mejóra la enfermedad, sino que también ayudara a evitar posibles complicaciones.

PULPITIS HIPERPLASTICA CRONICA

(Polipo Pulpar)

La pulpitis hiperplástica crónica es en esencia, una proliferación exagerada y exuberante del tejido pulpar inflamado cronicamente.

Se da casi exclusivamente en niños y adultos jóvenes, en dientes con caries grandes y abiertas. La pulpa así afectada se presenta como globulo rojo o rosado de tejido que protuye de la camara pulpar y suele ocupar la totalidad de la camara pulpar. Como el hiperplastico contiene pocos nervios, es relativamente incensible a la manipulación. La lesión puede o no sangrar con facilidad, según el grado, de irrigación del tejido.

Los dientes afectados con mayor frecuencia por este fenomeno son los primeros molares permanentes. La pulpitis hiperplastica cronica puede persistir como tal por muchos meses o hasta años. La lesión no es reversible y puede ser tratada por extracción del diente ó la extrirpación de la pulpa.

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

PROBLEMAS PATOLOGICOS AGUDOS

1.- Robbins Stanley L.

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL;

ed. Interamericana 1975

2.- Shafer, William, G.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

ed. Interamericana, 1978

3.- Finn Sidney B.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

ed. Interamericana 1976

4.- Hotz, Rudolf P.

ODONTOLOGIA NIÑOS Y ADOLECENTES

Tr. Bernardo Schwartz, Buenos Aires, México.

ed. Medica Panamericana 1978

R E S U L T A D O S.

1.- Para la investigación que se realizó para este material se observo que un 90% de la atención que se presta a nivel odontopediátrico particular no se maneja la historia clínica necesaria.

2.- Por la apreciación que tuvimos enfatizamos el uso de los RX en todos sus niveles ya que es un método indispensable para la confirmación o realización del diagnóstico de cualquier alteración bucal o general, y aunque los métodos y formas de atención evolucionan cada día nunca dejarán de ser indispensables los RX.

3.- Siguiendo los pasos de esta investigación basada en libros y artículos hicimos una comparación con los conocimientos adquiridos en la E.N.E.P. Z. dándonos cuenta que las variaciones de estos tratamientos (endodoncia, reducción de fracturas, tratamientos resarautivos) va en cuanto al autor pero persiguen un mismo fin con el observador que es el funcionamiento bucal, y como resultado de nuestra investigación al asistir a diferentes clínicas (prensa, novedades) nos dimos cuenta que no llevan a cabo los fines anteriormente marcados.

4.- 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 bucales que puedan presentarse en niños (problemas patológicos agudos,

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

- Después de la preparación de este trabajo se puede decir que en la mayoría de los casos en emergencias odontopediátricas, los pacientes se presentan asustadizos y poco cooperativos, ante esta situación nuestro primer paso será ganar su confianza, por ende su cooperación, para poder efectuar el tratamiento que el caso amerite.

- La historia clínica específica para estos casos es uno de los puntos más importantes para obtener un diagnóstico exitoso.

- El examen radiológico es otro punto que asociado con la historia clínica nos dará el diagnóstico correcto.

- Por ese motivo creemos importante la introducción del capítulo de radiología dental.

- Los tratamientos a efectuarse deben llevar como fin eliminar hasta donde sea posible el dolor y los problemas que se presenten, así como tratar de salvar los tejidos orales y restaurar estéticamente y funcionalmente las estructuras dentales.

- Para obtener lo anterior contamos con un sin número de materiales y técnicas que anteriormente han sido descritas.

- Los problemas patológicos bucales crean en el niño gran malestar general y bucal que repercuten en todo el organismo.

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

PROPUESTAS. (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, cirugía, o general), y esto se debe fomentar para una formación más eficiente en todos sus aspectos.

2.- Como otra alternativa propongo, lla que como egresados de la E.N.E.P. Z. me di cuenta de los avances, y pocas deficiencias que hay en cuanto a conocimientos, propongo que en las generaciones siguientes se promueva la utilización de historias clínicas anteriormente mencionadas lla que la que manejamos es para paciente general.

3.- Se propone que en la E.N.E.P. Z. la cual maneja pacientes -- adultos, adolescentes y niños se designen clínicas para los niños en un determinado horario, lla que hasta cuando termine formación profesional se le daba igual trato que a los adultos y no se comprendía que los problemas que presentan los niños y los adultos son diferentes a tratamiento y comportamiento.

4.- Una de nuestras alternativas dentro de las clínicas de la -- E.N.E.P. Z. es ; Que el estudiante que aquí lleva a cabo su formación como profesionalista este supervisado por una persona que cuenta con conocimientos odontopediátricos cuando atienda a un niño.

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

- 1.- Clinicas odontopediatricas de Norteamerica.
EMERGENCIAS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.
Editorial Mundi, 1970. 348 pags.
- 2.- Gans Stephan L.
CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA;
Editorial Interamericana, 1969. 770 pags.
- 3.- Frank M. Mc Carty
EMERGENCIAS EN ODONTOPEDIATRIA
Editorial el Ateneo, 1971. 370 pags.
- 4.- Ellis Roy Gilmore.
CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS DE
LOS DIENTES DE LOS NIÑOS.
Editorial Mundi, 1962 199 pags.
- 5.- Newlans Carlos.
RADIOLOGIA DENTAL.
Editorial Cientificas, 1952. 350 pags.
- 6.- Finn, Sidney B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
Editorial Interamericana 1976 .
- 7.- Mac. Donald, Ralph. E.
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLECENTE.
Editorial Mundi, 1975.
- 8.- Hotz, Rudolf P,
ODONTOPEDIATRIA; ODONTOLOGIA NIÑOS Y ADOLECENTES.

Editorial Medica Panamericana, 1977

9.- Shafer, Willam, G.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

Editorial Interamericana, 1978

10.- Fechter. J L.

TREATMENT PLANING.

Eng.

DENT CLIN NORTH AM 1978 Apr; 22 (2): 219

11.- Geopferd S. J.

Medical emergencies in the pediatric dental patient.

Eng.

Pediatric Dent 1979 Jun; I (2): 115 - 21

12.- Geopferd S.J.

Basic Emergency Kit for the Pedodontist.

Eng.

Pediatr Dent 1979 Jun; I (2); 109-14.