



# ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

“AREA DE INFLUENCIA DE LA CLINICA  
ODONTOLOGICA CUAUTITLAN IZCALLI”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:  
JOSE LUIS YAÑEZ VALDEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
RECURSOS	4
RESULTADOS	6
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	24

## INTRODUCCION

Una inquietud en la elaboración de este trabajo fué precisamente el conocer que Municipios tengan mayor necesidad de que les difundan información de salud dental, para que las autoridades tanto Universitarias como Estatales, tomen las decisiones pertinentes para que en conjunto de futuras planificaciones de construcción de servicios de salud sean ubicados en las zonas que más necesidades tienen.

Como se apreciará en el contenido del trabajo, existen zonas donde el porcentaje es exageradamente bajo en cuanto a la influencia, en la Clínica Odontológica Cuautitlán Izcalli.

I.- La Clínica Odontológica Cuautitlán Izcalli se encuentra ubicada en el extremo norte del Municipio del mismo nombre.

Por su localización, teóricamente pueden acudir a la Clínica pacientes en busca de servicio odontológico procedentes de las colonias en inmediata vecindad, tales como; La Aurora, La Piedad, Buenavista, San Antonio, el Jacal, Santa Rosa, La Perla, Francisco Villa, Tepalcapa, Jardines del Alba, 21 de Marzo, San Isidro, Tlautla, Hacienda Cuamatla, San Juan Atlamica, Ozumbilla, El Sabino, La Joya, Loma Bonita, así como también del Municipio de Cuautitlán de Romero Rubio, Tultitlán, y la Unidad Habitacional de Cuautitlán Izcalli.

El propósito, del presente estudio es el de determinar el área de influencia real de la Clínica Odontológica Cuautitlán Izcalli, realizar un estudio de comunidad de dicha área, con lo cual en otro estudio se podrá efectuar una encuesta de salud bucal.

## II.- ANTECEDENTES

Existen estudios de la comunidad realizados por pasantes de las carreras de Medicina y Enfermería de algunas de las colonias que forman parte del Municipio, más sin embargo, no existe ningún trabajo que muestre el área de influencia de la Clínica.

### III.- HIPOTESIS:

El área de influencia está representada por las colonias que se encuentran en inmediata vecindad con la Clínica Odontológica Cuauhtitlán Izcalli. Sin embargo dicha área puede estar dispersa en las colonias circunvecinas.

Se trata de un trabajo de investigación documental retrospectiva para el que se utilizarán como unidades de estudio los expedientes clínicos del archivo de la Clínica en los cuales se encuentra claramente escrito el domicilio. Se excluirán aquellos expedientes que no cumplan con este requisito, así como aquellos que pertenezcan a familiares del alumno.

#### IV.- RECURSOS:

Humanos.- El trabajo será realizado directamente por mí.

Materiales.- 80 hojas blancas, 7 lápices, 3 heliográficas del Municipio de Cuautitlán Izcalli.

#### V-FINANCIAMIENTO:

Todos los gastos serán cubiertos por mí.

80 hojas blancas	\$ 83.50
7 lápices	105.00
3 Heliográficas	900.00
1600 alfileres	3,200.00
4 lápices de colores	350.00
	<hr/>
	\$ 4,638.50

#### VI.- METODOLOGIA

Las unidades de estudio serán expedientes del archivo de -  
Clínica y para su selección se utilizará el procedimiento de muestreo  
sistemático, escogiendo un expediente de cada 10. Estos fueron selec-  
cionados por medio de una urna en la que previamente se colocaron -  
10 bolitas numeradas.

Si alguno de los expedientes seleccionados no reúne los re-  
quisitos establecidos se tomará el inmediato posterior . De esta ma-  
nera, nos quedará una muestra de aproximadamente el 10% de la pobla-  
ción en estudio.

El domicilio de cada expediente seleccionado se marcará so  
bre la heliográfica del Municipio por medio de alfileres.

Los resultados se expresarán en forma verbal escrita atrav  
vés de la presentación gráfica donde se especificarán con diferentes  
colores el área de influencia.

## VII.- TIEMPO Y PROBLEMAS POSIBLES

Se calcula que el tiempo posible en que se puede elaborar este trabajo de investigación será de dos a tres meses, ya que se -- considera que no habrá problemas para su realización.

## R E S U L T A D O S

Cuautitlán Izcalli.- Nombre compuesto de dos palabras "Cuautitlán" Cuauhtitlan. Se compone en mexicano, de Cuauhuitl, árbol y de "Titlán" entre; y significa "Entre los árboles" y de Izcalli, tu casa significa " Tu casa entre los árboles "

1.- Aspecto Geográfico.- Situación Geográfica: los terrenos que ocupan actualmente el municipio de Cuautitlán Izcalli se localizan en la porción noroeste del Valle de México sobre el Valle de Cuautitlán.

La ciudad de Cuautitlán Izcalli, cabecera del Municipio, se ubica a los 19<sup>º</sup> 4' 59" de longitud oeste del Meridiano de Greenwich.

Extensión Territorial y Límites:

El territorio de Cuautitlán Izcalli tiene la Extensión de 119.52 Km<sup>2</sup> determinada por sus límites actualmente reconocidos, de conformidad con los decretos de fechas 22 de Junio de 1973 y 21 de Noviembre de 1973.

El Municipio de Cuautitlán Izcalli se localiza dentro del perímetro siguiente:

A partir de la cruz grabada de concreto en el parámetro norte de Puente Grande sobre el río Hondo de Tepetzotlán, a la altura del Kilómetro 47 de la supercarretera México-Queretaro, siguiendo una línea imaginaria por el centro del embalse en dirección norte hasta llegar al punto que forman la unión de los límites de los Ejidos de San Lorenzo y Santa Barbara. Continúa el límite en dirección oriente hasta el eje de la vía de Ferrocarril México-Laredo. Quebra hacia el sur por todo el eje de la vía hasta llegar al vértice Norte-Poniente del Ejido de Melchor Ocampo, siguiendo en dirección Poniente hasta encontrar el eje de la Vía del Ferrocarril México-Ciudad Juárez y continuando por el eje del mismo en dirección sur hasta el vértice oriente del Ejido de San Mateo Ixtacalco.

Continúa al poniente por los límites Sur y Oriente del mismo Ejido, hasta la ermita de Juan Diego, pasando por la parte exterior de la glorieta en\_ que se encuentra ubicada.

Sigue en dirección Oriente por el eje del camino del rancho Ozumbi--lla, hasta volver a encontrar el Eje del Ferrocarril México- Cd. Juárez - sigue hacia el sur por el Eje de la vía, hasta el vértice sur-poniente de la propiedad particular de la Industria Purina, S.A., siguiendo por el lí\_mite sur, en dirección oriente hasta el Eje del antiguo camino real Méxi-co-Cuautitlán. Continúa por el Eje de este camino con dirección sur hasta la altura del lindero entre el Ejido de Tultitlán y la propiedad de la In\_dustria Bacardí, S.A., a partir de ese punto y sobre el mismo lindero, en dirección poniente sigue hasta el eje de la Autopista México-Querétaro. De ahí continúa sobre este Eje en dirección sur hasta llegar al paso infe\_rior de la carretera de San Martín Tepetlía o Lechería.

Sigue en dirección oriente por el lindero sur de la propiedad de la\_ Industria de Altos Hornos de México, S.A., hasta encontrar nuevamente el Eje del camino real México-Cuautitlán. Quiebra después en dirección Sur - siguiendo el eje del mismo camino hasta llegar al entroke de la carrete\_ra México- Coacalco, y de ahí continúa con dirección Oriente sobre el Eje de la misma carretera hasta encontrar el eje de la vía del Ferrocarril - México- Cd. Juárez y Laredo. En este punto continúa con dirección sur si-guiendo el Eje de la vía, hasta llegar al límite Norte del Municipio de - Tlalnepantla. Se continúa con dirección poniente sobre el límite Norte - del municipio de Atizapán, hasta llegar a otro vértice que formaban los - límites de los municipios de Villa Nicolás Romero, Tultitlán y Atizapán . A partir de este vértice continúa formando una línea quebrada, en direc--ción noroeste hasta encontrar el vértice trino que formaban los munici---pios de Villa Nicolás Romero, Tepetzotlán y Tultitlán. en donde sigue con dirección Noroeste por el límite municipal de Villa Nicolás Rro. hasta el

vértice trino que formaban los municipios de Cuautitlán, Tepetzotlán - y Villa Nicolás Romero. En este punto arranca una línea quebrada con - dirección Noroeste que sigue hasta encontrar el vértice trino que for- maban los municipios de Tepetzotlán, Cuautitlán y Villa Nicolás Romero. A partir de este punto se continúa por el lindero Oeste de la Fracción del Ejido de Santiago Cuautlalpan, el cual colinda al oeste con el Eji do de Santa María Tianguistengo y pequeñas propiedades de la Ex-Hacien da de San José santiago en una línea recta de dirección Norte, hasta - encontrar el eje del embalse hasta cerrar la delimitación en el vérti- ce de partida en el centro del Puente Grande que se encuentra en la -- unión de la carretera de Cuautitlán-Tepetzotlán-Teoloyucan.

El Municipio fue integrado con las siguientes áreas de los muni- cipios que se indican:

Municipio de Cuautitlán	83'032,560.05 m <sup>2</sup>
Municipio de Tultitlán	33'202,000.23 m <sup>2</sup>
Municipio de Tepetzotlán	15'327,577.52 m <sup>2</sup>
T O T A L	131,562,137.80 m <sup>2</sup>

#### HIPSOMETRIA.-

Los terrenos municipales ocupan una altura promedio de 2,252 ms\_ NM, encontrándose los lugares más altos hacia el sur con las alturas - hasta de 2,500 MSNM,(metros sobre el nivel del mar). La cabecera muni- cipal actual que se habrá de transformar con el correr de los años en el centro de la ciudad, queda ubicada a 2,250 MSNM en el sitio que ac- tualmente ocupan las oficinas municipales.

#### GEOGRAFIA Y OROGRAFIA:

Como quedara dicho, los terrenos municipales ocupan parte del ex tenso Valle de Cuautitlán y los terrenos se desenvuelven bajo la forma de suaves lomajes inclinados de Oriente a Poniente.

Dentro de los terrenos municipales sólo existe un pequeño cerro que tal vez sea más conveniente llamar loma, ubicada junto al pueblo de San Juan Atlamica en la colonia de Bella Vista, esta altura llamada Cerro de Cachucha, tiene una altitud aproximadamente de 2.350 MSNM ( metros sobre el nivel del mar ).

#### HIDROGRAFIA E HIDROLOGIA:

El sistema hidrológico está representado por un solo río, el de nominado Río Cuautitlán, en la presa de Guadalupe, toma el curso en dirección noroeste y cruza casi completamente los terrenos municipales.

Los recursos hidrológicos están representados fundamentalmente por el Lago de Guadalupe, importante presa artificial cuyas aguas se aprovechan en el riego de los terrenos ejidales, especialmente de Tepalcapa y la ampliación de Santiago Tepalcapa.

Otras presas y bordos de menor capacidad e importancia son los llamados Espejo de los Lirios, de las Palomas, de las Colinas, los Sauces, los Lirios, los Frailes y los Valles.

Existe también hacia el poniente de la ciudad una pequeña presa de la Piedad, junto al pueblo de Tepojaco.

Con referencia a la existencia de manantiales éstos existen solamente hacia la parte poniente del municipio de Tepotzotlán y sus aguas se limitan fundamentalmente para riego.

#### CLIMA:

De acuerdo a la información recabada por la estación Metereológica de la presa de Guadalupe, que opera la Secretaría de Recursos - Hidráulicos, el clima predominante es templado subhúmedo con lluvias en verano, la especificación de los diferentes fenómenos como temperatura media, etc. varían.

## FLORA Y FAUNA:

Debido a la naturaleza del terreno, la flora local era limitada y al proyectarse esta nueva ciudad hubo la necesidad de hacer respectivos estudios del suelo, a fin de incorporar algunas variedades de árbol, -- que además de sobrevivir al medio produjeran beneficios a la colectividad, y de esta forma han arraigado y se multiplican las siguientes variedades Pirul, fraile, jacaranda, álamo, plateado, fresno, colorín, -- troeno en sus diferentes especies: teja, grila, pinto, etc., y cedrela.

Se agregaron otras variedades que son los de eucalipto y fresno, con el objeto de refrescar el ambiente y devolver la humedad del suelo, al tiempo de que estas variedades forman barreras entre el polvo, el -- humo y las industrias y perforan los suelos con lo que contribuyen a -- airarlos.

Asimismo y con el fin de separar las distintas unidades habitacionales se introdujeron algunas variedades que para, en forma de setos -- reemplazarán a las bardas y dieran un carácter de mayor acercamiento a los hogares. Estos setos confeccionados con pino, cedrella, pircanto y troenos. Con esto se logró una mejor adaptación de las plantas al terreno a parte de embellecer a la ciudad.

Finalmente, se está haciendo una extensa campaña, para que los -- habitantes conviertan al froténis de sus casas en jardines, con lo que además de embellecer a la ciudad, dan al ambiente una cantidad de humedad necesaria para la vida. En estos jardines se plantarán diversas variedades de flores de ornato que incluyen desde las rosas en todas sus variedades hasta flores más sencillas como pajaritos, violetas, etc.

Conjuntamente con esto se han proyectado otras áreas donde se forestarán, es el caso de la región que circunda al Espejo de los Lirios y el llamado parque central cuyos 10 mil maestros comenzaron a forestar

Finalmente se han dejado vastos espacios para sembrar frutales ..

#### IV.- RECURSOS FISICOS Y HUMANOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD BUCCODENTAL

Actualmente la ciudad de Cuautitlán Izcalli cuenta con 25 consultorios dentales privados y con una clínica Odontológica de la E.N.E.P. - Iztacala.

La Clínica Odontológica Cuautitlán, se encuentra ubicada sobre la Av. Jorge Jiménez Cantú sin número, entre el CONALEP Cuautitlán II y los Laboratorios de Estructuras Metálicas pertenecientes a la FESC de la U.N.A.M.

El objetivo por el cual se creó esta Clínica es el de proporcionar servicio asistencial, principalmente a personas de escasos recursos económicos.

Para lograr lo anterior, dispone actualmente de:

32 Unidades Dentales

2 Centrales de Enfermería

2 Aparatos de Rayos X

1 Cuarto Oscuro

1 Laboratorio para Prácticas de los estudiantes

1 Aula de Clases

1 Cuarto para hacer Historias Clínicas

1 Cuarto para correr Modelos

1 Cuarto de recuperación

Dirección

Biblioteca y Archivo

Almacen

Cuarto de Máquinas (Compresoras y bombas de Succión)

Baños

2 Cuartos de Servicio de Limpieza

1 Cisterna

3 Jardines

1 Estacionamiento

Esta Clínica proporciona servicio Matutino y Vespertino contando -  
con el siguiente personal:

En el turno Matutino:

16 Doctores C.D.

5 Enfermeras

3 Trabajadores de Servicio

5 Trabajadores Administrativos

Aproximadamente 180 alumnos que son los encargados de la atención  
directa al paciente asesorados por los C.D. Profesores.

En el turno Vespertino:

14 Doctores C.D.

4 Enfermeras

3 Trabajadores de Servicio

2 Trabajadores Administrativos

Aproximadamente 160 alumnos que cumplen la misma función que los  
del turno Matutino.

Está en proceso de construcción un anexo de Servicios Médicos el  
cual contará con Medicina General, Psicología y Odontología, ésta última  
contará con 4 Unidades Dentales, además contará con 3 aulas, biblioteca\_  
y baños.

## 2.- FACTORES SOCIALES.- (Organización de la Comunidad)

Pertenece al primer distrito judicial y rentístico de Cuautitlán con asiento en la ciudad de Cuautitlán y al cual pertenecen los municipios de Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Coyotepec, Huehuetoca, Tepotzotlán, Melchor Ocampo, Teoloyucan, Tultepec y Tultitlán.

Para efectos políticos, pertenece al Undécimo Distrito Electoral de Tlalnepantla, con asiento en Tlalnepantla de Comonfort y al cual pertenecen los municipios de Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli y Tultitlán

Para efectos de su gobierno interior, el Municipio de Cuautitlán Izcalli tiene como cabecera a la ciudad de Cuautitlán Izcalli, con los siguientes Distritos:

- a- Centro Urbano
- b- Distrito H-01 Jardines del Alba
- c- Distrito H-11 Jardines del Alba
- d- Distrito H-21 Arcos del Alba
- e- Distrito H-22 Atlanta
- f- Distrito H-32 Cumbria
- g- Distrito H-41 Rincon Colonial
- h- Distrito H-42 Ensueños
- i- Distrito H-51 Arcos de la Hacienda
- j- Distrito H-52
- k- Distrito H-61 Jardines de la Hacienda
- l- Distrito H-61 Jardines de la Hacienda
- m- Distrito H-62 Infonavit Norte
- n- Distrito H-81 Valle de la Hacienda

Además comprende las localidades sujetas a la clasificación siguiente

### COLONIAS:

- a- Ampliación tres de Mayo
- b- Bellavista

- c- Bosques de Xhala
- d- Francisco Villa
- e- Halcón Oriente
- f- Jorge Jiménez Cantú
- g- La Aurora
- h- La Joyita
- i- La Perla
- j- La Piedad
- k- Loma Bonita
- l- Luis Echeverría Alvarez
- m- San Isidro
- n- San José Buenavista
- ñ- Santa María de Guadalupe
- o- Santa Rosa
- p- Tres de Mayo

EJIDOS:

- a- Axotlán
- b- La Piedad
- c- Plan de Guadalupe
- d- San Antonio Tultitlán
- e- San Francisco Tepojaco
- f- San José Huilángo
- g- San Lorenzo Río Tenco
- h- San Martín Tepetlixpa
- i- San Mateo Ixtacalco
- j- Santa Bárbara
- K- Santa María Tianguistengo
- l- Santiago Tepalcapa

## FRANCIONAMIENTOS HABITACIONALES

- a- Bosques del Lago
- b- Generalísimo María Morelos y Pavón
- c- Granjas Lomas de Guadalupe
- d- La Quebrada
- e- Lago de Guadalupe
- f- Unidad Cívica Bacardí

## FRANCIONAMIENTOS INDUSTRIALES

- a- Complejo Industrial Cuamatla
- b- Distrito I-31
- c- Distrito I-31B Parque Industrial Cuamatla
- d- Distrito I-41 Parque Industrial Cuamatla
- e- Distrito I-71A
- f- Parque Industrial La Luz

## PUEBLOS

- a- Axotlán
- b- El Rosario
- c- La Aurora
- d- San Francisco Tepojaco
- e- San José Huilángo
- f- San Juan Atlámica
- g- San Lorenzo Río Tenco
- h- San Martín Obispo
- i- San Mateo Ixtacalco
- j- San Sebastián Xhala
- k- Santa Bárbara
- l- Santa María Tianguistengo
- m- Santiago Tepalcapa

## RANCHOS Y EX-RANCHOS

Almaraz

Coapa

Cuatro Milpas

El Colorado

El Chopo

El Jacal

El Molinito

El Olvido

El Peral

El Sabino

El Vergel

Hacienda de Cuamatla

Hacienda de Lechería

La Joya

La Providencia

Ozumbilla

San Antonio

San José Puente Grande

San Miguel

Victoria

### TASA DE CRECIMIENTO ( Demografía )

La información que proporcionamos a continuación se refiere a los principales poblados que pertenecen a Cuautitlán Izcalli, con datos de 1980 y a la cabecera municipal a la cual se le calcula al presente una población de 300 000 habitantes:

### DENSIDAD DE POBLACION APROXIMADA:

San Lorenzo Río Tenco

4,150 Habitantes

Santa Bárbara	5 800	Habitantes
San Mateo Ixtacalco	3 600	"
San Sebastian Xhala	4 500	"
Bosques de Xhala	600	"
Loma Bonita	3 200	"
Sta. María de Guadalupe	6 800	"
Fracc. La Quebrada	22 500	"
San Martín Tepetlixpa	7 600	"
Unidad Cívica Bacardí	1 550	"
Luis Echeverría	1 800	"
Granjas Lomas de Guadalupe	6 100	"
Halcón Oeste	7 750	"
Jiménez Cantú	2 200	"
La Joyita	550	"
Colonia Tres de Mayo	3 600	"
Lago de Guadalupe	1 500	"
Bosques del Lago	1 300	"
San Fco. Tepojaco	5 800	"
Axotlán	1 800	"
Francisco Villa	1 000	"
Santiago Tepalcapa	7 300	"
San Isidro	1 800	"
San Juan Atlámica	3 900	"
San José Buenavista	2 100	"
La Aurora	1 400	"
Bellavista	1 900	"
La Piedad	4 800	"
San José Huilango	1 700	"
Sta. María Tianguistengo	2 100	"
El Rosario	1 800	"

Santa Rosa	3 800	Habitantes
La Perla	850	"
Jardines del Alba	1 400	"
Arcos del Alba	10 500	"
Atlanta	17 500	"
Cumbria	13 800	"
Valle Ensueños	14 500	"
Los Parques	5 200	"
Arcos de la Hacienda	3 300	"
Valle de la Hacienda	4 400	"
Infonavit Norte	17 800	"
T O T A L	215 550	"

PRODUCTO PERCAPITA.- La mayoría de la población son trabajadores asalariados con un sueldo mínimo en el Estado de México de \$350.00, y mensualmente les redeviene de \$10,500.00 a \$15,000.00 Pesos.

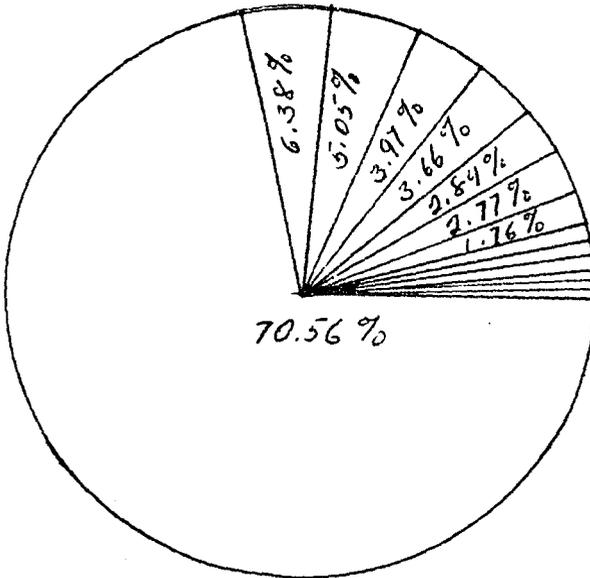
### 3.- NIVEL ECONOMICO DE LA POBLACION.- ( Campo de Trabajo )

Por el desarrollo que últimamente se ha suscitado en la población de Cuautitlán Izcalli, un número de industrias que operaban en el D.F., se han establecido en los alrededores de la misma trayendo consigo un gran campo de trabajo para los pobladores que en ella radican.

Las Industrias establecidas y por establecerse en la zona industrial de Cuautitlán Izcalli, como consecuencia del esfuerzo promocional que desarrolla el organismo descentralizado del Estado de México Cuautitlán -- Izcalli para que esta zona fuera productiva y generadora de fuentes de trabajo.

PORCENTAJE POR MUNICIPIOS

MUNICIPIO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
CUAUTITLAN IZCALLI	1117	70.56 %
TLALNEPANTLA	101	6.38 "
CUAUTITLAN DE ROMERO R.	80	5.05 "
ATIZAPAN DE ZARAGOZA	63	3.97 "
TEOLOYUCAN	58	3.66 "
TEPOTZOTLAN	45	2.84 "
DISTRITO FEDERAL	44	2.77 "
TULTITLAN	28	1.76 "
TULTEPEC	15	0.94 "
ECATEPEC	10	0.63 "
COYOTEPEC	9	0.56 "
COACALCO	5	0.31 "
HUEHUETOCA	5	0.31 "
XALOSTOC	3	0.18 "
<b>TOTALES</b>	<b>1583</b>	<b>100.00 %</b>













# INDICE

	Pág
Introducción -----	1
Características del odontólogo en su trato para con los niños -----	3
Preparación profesional óptima	
Personalidad del odontólogo	
Habilidad y rapidez	
Léxico del odontólogo	
Importancia de la primera visita del niño al con- sultorio dental -----	9
En condiciones normales	
En condiciones de emergencia	
El niño menor de 2 años -----	14
Afecciones odontológicas manifestadas al na- cer	
Alteraciones y afecciones comunes en época- de erupción de la dentición primaria	
Reacción psicológica ante el cirujano den- tista	
Posibles tratamientos odontológicos a efec- tuar en esta etapa.	
El niño de 2 a 4 años -----	30
Posibles afecciones odontológicas comunes - a este periodo	
Reacciones psicológicas ante el cirujano -- dentista	
Tratamientos odontológicos a efectuar en es- ta edad	

	Pág
El niño de 4 a 6 años -----	40
Posibles afecciones odontológicas a esta edad.	
Reacción psicológica ante el cirujano -- dentista	
Tratamientos odontológicos a efectuar en esta edad	
Reacción psicológica ante el cirujano -- dentista	
Tratamientos odontológicos a efectuar en esta edad	
El niño de 6 a 8 años -----	58
Posibles afecciones odontológicas comunes a esta edad	
Reacción psicológica ante el cirujano -- dentista	
Tratamientos odontológicos a efectuar en esta etapa	
Tratamiento especial a niños difíciles normales en el consultorio dental (menores de siete años) -----	83
Tratamiento del niño miedoso difícil	
Tratamiento del niño caprichoso difícil	
Hábitos orales negativos -----	94
De perversión de los procesos funcionales normales	
Hábitos diversos	
Hábitos de postura	
Tratamientos	
Conclusiones -----	105
Bibliografía -----	107



Por tales motivos he seleccionado este trabajo, sabiendo la importancia que se le debe dar a la preparación y dedicación del odontólogo para el manejo y tratamiento del niño, y con esto poder evitarle problemas que repercutan en su vida futura.

Para lograr realizar este trabajo he recurrido a una investigación documental.







fianza y aprehensión, como cualquier cosa que no comprenda. Utilizar palabras sencillas y cotidianas que suelen usar los niños de determinada edad, según las circunstancias, pero sin caer en las formas distorsionadas del lenguaje que se oyen a menudo.

Al seleccionar temas de conversación, elegir temas acerca del deporte que practique o le agrade, asimismo como sus experiencias y equipos favoritos, no discutir de más y dejar que el niño lleve la conversación, si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar mayor interés a la plática.

Los niños se sienten halagados si se les considera como personitas mayores a su edad, de ahí que en ocasiones es necesario hablarles como si fueran ligeramente mayores.

Tratar de alejar de su mente los procedimientos dentales e interesarles en temas de interés común. Siempre que se esté trabajando con un niño, no efectuar preguntas que requieran respuestas, si se tienen ambas manos y algunos instrumentos dentro de su boca. Los niños tienden a utilizar sus preguntas para interrumpir lo que se está haciendo. A la mayoría de los niños les gusta que se les esté hablando mientras se les atiende, esto se observa principalmente cuando se está inyectando el anestésico. No dejar que los niños usen las preguntas como técnica dilatoria.

Se deberá evitar decir palabras que inspiren miedo, ya que algunos se estremecen al oír palabras como "aguja", "jeringa"; esto es común en niños de 6 años de edad o menos.

Jamás deberemos de engañar al niño, si por ejemplo lo vamos a inyectar, decir que le va a molestar un poquito, es decir predisponerle para que se prepare psíquicamente y no sufra algún tipo de decepción a nuestras palabras.

Utilizar términos como "hormiguitas" (a la solución - anestésica), "avioncito" (por el ruido similar que hace la turbina al girar), etc.

Informar siempre al paciente, lo que se le va a hacer y si él lo cree necesario, facilitarle un espejo para que observe dicha operación, jamás debemos engañarle.

Asimismo, debemos utilizar objetivos positivos "...que valiente eres...", "...magnífico paciente...", etc. para hacer que el niño se sienta a gusto y coopere más.

Los regalos como premio al buen comportamiento observado causan buena impresión y pueden ser muy variados. Jamás utilizar palabras de engaño o tratar de sobornar, - tanto de nuestra parte como de los padres.

Si el dentista pierde el control y eleva la voz, sólo - asustará al niño y se le dificultará más su cooperación, aun- que en algunos casos esto si será necesario efectuar cuando- el paciente a veces se quiere imponer, pero sólo en determi- nadas circunstancias y plenamente evaluadas.

Recordar que los niños les asusta lo desconocido, todos los movimientos deberán mostrar suavidad y al mostrar nues- tro equipo o materiales de trabajo, lo haremos con mesura y- tacto así como al efectuar el tratamiento trazado.

También recordar que cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe prever que la tarea le

resultará algo difícil, ya que practicar una odontología modelo para niños no es fácil. Requiere la adquisición y utilización de amplios conocimientos odontológicos, de los cuales gran parte es común a los que se utilizan para adultos, pero otra parte es única y pertinente sólo para niños. Si el odontólogo conciente en hacer el esfuerzo adicional que se requiere para dominar el tema, se dará cuenta de que trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que puedan experimentarse en todas las prácticas odontológicas.

La odontología para niños requiere más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en periodo de formación.

## IMPORTANCIA DE LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

La primera visita al consultorio la hace generalmente - el niño acompañado de sus padres. Es posible que las si- - guientes visitas las haga el niño solo, y por lo tanto, no - podrá facilitar la información requerida.

Debe de haber disponibles formularios ya impresos para registrar los siguientes datos: nombre completo del paciente y su apodo, nombre del padre y la madre, sus respectivos domicilios y números de teléfono, la persona responsable del - pago de los honorarios, su dirección y número de teléfono. - También se debe pedir y registrar el nombre de la persona -- que recomendó su consultorio al paciente o a los padres de - éste. Es un gesto amable enviar a esta persona una nota de - agradecimiento.

Ante todo debemos considerar:

- Que el niño es llevado
- Averiguar si en ese momento presenta dolor o es visita de rutina
- Si tiene experiencia odontológica negativa, ya sea - por comentarios o experiencias del mismo paciente.

La primera visita la podemos clasificar en:

Primera visita del niño en condiciones normales  
Primera visita del niño en condiciones de emergencia

En la primera visita del niño en condiciones normales o examen de rutina procederemos a:

1. Introducción del niño al consultorio dental. Hay que atender al niño inmediatamente, nunca hacerle esperar y es conveniente que sea el propio odontólogo quien lo reciba y le pregunte su nombre y dé a conocer el suyo, estableciendo la conversación adecuada a la edad del paciente; tratar amablemente y modular la voz. Explicar exactamente para que sirven todos y cada uno de nuestros aparatos para que no sienta temor a lo desconocido y se despierte su curiosidad y así desaparecer la tensión que siente.
2. Examen clínico. Elaboración de la historia clínica, bromeando un poco al hacer las preguntas. Realizar un examen dental y de toda la cavidad bucal en sí; debemos incluir en éste una consideración de la edad cronológica de nuestro paciente al igual que la edad dentaria (fisiológica), crecimiento de cabeza, arcos dentarios, etc.

La edad fisiológica puede definirse como la cantidad de reabsorción radicular en el diente primario y el desarrollo relativo del diente permanente no erupcionado, localizado por debajo del primario.

Evaluar el estado de salud presente y pasada, lesiones patológicas en y alrededor de la boca, oclusión, observando como se juntan los dientes antagonistas, higiene bucal, hábitos orales negativos, lesiones cariosas. Dentro de este punto incluiremos un examen radiológico; podemos a través de este medio determinar y llegar a elaborar el diagnóstico consiguiente respectivo de lesiones cariosas interproximales.

Debemos considerar la edad fisiológica dentaria más que la edad cronológica, al elaborar su diagnóstico. Exis-

ten muchas variaciones en el niño en lo que se refiere a la velocidad de crecimiento de las estructuras duras y blandas del cuerpo, cabeza, cara, maxilares y dientes, que pueden o no considerarse normales para el individuo en una edad determinada.

La enfermedad, las actividades metabólicas, medio ambiente, etc., son factores que pueden influir en la edad dentaria, por lo tanto en el tratamiento indicado.

3. La curación. Deberá ser sedante en los dientes cariados, si existe dentina reblandecida, la vamos a remover con cucharilla (sin molestar al paciente) lo que más podemos y colocamos una curación sedante tipo óxido de zinc-eugenol en forma provisional, para posteriormente intervenir ese diente en una cita subsecuente.
4. Instrucción sobre el cepillado dental. Se le deberá enseñar al niño la forma de cepillarse los dientes correctamente. Se le puede regalar un cepillo adecuado o se le pedirá que para una próxima cita traiga el suyo para instruirlo sobre el uso adecuado del mismo. Podemos enseñarle sobre un modelo para que él pueda observar perfectamente y hacer que él repita la operación vigilando que lo haga correctamente, asimismo indicaremos a los padres que vigilen la forma en que lo hace ya estando en casa.
5. En caso de no encontrar anormalidades en cavidad bucal y lesiones cariosas en sus dientes y si el paciente ha cooperado, podemos realizar una profilaxis y posteriormente, si aun no se ha aburrido y el tiempo lo permite, podemos llevar a cabo una aplicación de flúor o en su defecto programar esto para una cita posterior.

6. Plan de Tratamiento. Platicaremos a los padres sobre el tratamiento que se va a efectuar, en que va a consistir, el número de citas que se llevará aproximadamente en realizar el tratamiento. El tipo de obturaciones que se puedan emplear y su costo, por último la hora adecuada de las subsecuentes citas.

En la primera visita el niño en condiciones de emergencia.

1. Introducción del niño al consultorio dental. Tenemos que ser amables con el niño, tratar que adquiriera confianza y platicar lo necesario, y atender inmediatamente el problema, explicándole que viene a nosotros que somos las personas adecuadas, para resolver o quitar sus malestares, tomando las precauciones necesarias pues el niño puede venir inaccesible.
2. Al encaminarnos a quitarle su problema, no debemos ocasionar mayores malestares que los que presenta, evitando cualquier procedimiento traumático, utilizando exclusivamente alguna terapéutica sencilla con carácter provisional para en una futura cita (en la cual no presente dolor) establecer el tratamiento ideal, para eliminar el problema presente (remoción de tejido cariado y colocación de alguna curación sedante o paliativa).

Si el problema es de absceso agudo, canalizar si se puede, si no administrar los fármacos adecuados.

3. Plan de tratamiento. Platicaremos a los padres sobre, en qué consistió la cita, el tratamiento que se va a efectuar, en qué va a consistir, el número de citas, el tipo de obturaciones que se va a emplear y su costo, por último la hora adecuada para las siguientes citas y

hacerles ver lo importante de éstas ya que el tratamiento de emergencia que se le dio al paciente ha sido provisional.

#### Comentarios negativos respecto a la Odontología

Algunas veces los niños oyen ciertos comentarios negativos tales como: ...me dolió mucho la muela cuando fuí al dentista..., ... se siente re'feo..., etc. Esto es muy común en nuestro medio, la mejor forma de ir suprimiendo estas expresiones es que los padres vayan familiarizando al niño con la Odontología; esto puede ser logrado enseñando lo que a ellos les han efectuado en su boca (amalgamas, incrustaciones, etc.) y el niño seguramente por interés querrá tener algo de eso; que lo lleven durante sus sesiones operatorias como un espectador, que se le explique la importancia de curarse o atenderse sus dientes, así como cuando le lleven a examen médico general y ante todo, jamás comentar sus experiencias odontológicas traumatizantes pasadas con el niño, o con otras personas, estando el infante presente, antes bien, ir encauzándolo positivamente e ir creándole confianza y despertar interés hacia los procedimientos odontológicos.

Y en esta primer cita, no intervenir en absoluto los padres, con el objeto de ayudar a controlar al niño si éste se indispone; sólo irán como espectadores y si su presencia es requerida, algunos niños se sienten apoyados en la primera cita si el padre está presente, posteriormente adquirirán confianza si se les sabe encauzar.

## EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS

Se ha comprobado que al nacer, el niño tiene ya definidos perfectamente el número de dientes primarios, aunque todos ellos todavía no alcanzan su forma definitiva, que seguirá desarrollándose posteriormente.

Lo mismo acontece con algunos de los dientes permanentes, los cuales presentan ligeros esbozos que continuarán desarrollándose a la par que el desarrollo físico en general del niño. Es en esta etapa en que el aporte de calcio que recibe a través de una rica dieta en productos lácteos, de hecho es su única alimentación los primeros meses y sus derivados, favorecerán una dentición bien desarrollada.

Respecto a la maloclusión futura, se ha comprobado que los niños alimentados con pecho materno tienen menor número de posibles maloclusiones que los alimentados con biberón -- desde sus primeros días.

Dado que en esta etapa de la vida, el niño recibe o debe recibir mayores cuidados para su sobrevivencia, no requiere por lo regular en forma severa de atención odontológica, aunque por la creciente inquietud del niño por aprender y su inagotable curiosidad, cuando empieza a caminar, sus caídas son frecuentes y a veces por descuido no se le vigila adecuadamente, puede lesionarse o bien llegar a perder ante un traumatismo severo algunos de sus dientes primarios y si requiere atención odontológica. Ante éste su nuevo mundo, algunas veces no los llevan al consultorio por una emergencia.

Ahora bien, el miedo es una de las primeras emociones - que se experimentan después del nacimiento, aunque la res- - puesta al sobresalto está presente al nacer y se puede demos- - trar antes del nacimiento reacciones reflejas a este tipo de estímulos. A medida que el niño crece y aumenta su capaci- - dad mental, toma conciencia de los estímulos que producen -- miedo y pueden identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de - la huida, si no se puede resolver el problema de otra manera.

Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situa- - ción y si le es físicamente imposible huir se intensificará- - su miedo y entonces la comunicación del odontólogo para con- el niño puede ser muy difícil.

Un niño de corta edad es muy sensible ante la gente que le es extraña y reaccionará con temor, buscando el apego ma- - terno comúnmente.

Lo que asusta a un niño de 2 años puede no asustarle a - los 4 años. Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos produce miedo al niño, porque es ines- - perada.

En esta etapa les da por meterse a la boca cuanto obje- - to tienen a su alcance y pueden llegar a lesionarse, una he- rida provocada en la faringe con la punta de un lápiz por -- ejemplo.

- Afecciones odontológicas manifestadas al nacer. Mu- - chas veces el niño presenta ciertas características que no - son comunes a todos los niños, al momento de nacer o un poco después de ello y que la mayoría de las veces se toma como - un rasgo distintivo no dañino y se deja al descuido por lo - común. Entre estas peculiaridades encontramos:

Dientes neonatales: uno por lo regular, es raro, pero se han presentado casos, y éstos pueden ser supernumerarios- (la mayoría) o erupción prematura de algún diente primario.- La conducta a seguir en estos casos es primero determinar a cual género pertenece, lográndose esto mediante examen radiográfico y evaluación clínica (forma de la corona, tamaño, -- ubicación, etc.).

El diente supernumerario presenta la mayoría de las veces deficiencia en la formación de su corona, más pequeño en sus dimensiones que el diente primario. Al examen radiográfico presenta la dimensión de su raíz mucho muy corta en sentido cervico-apical, o bien sólo presenta un tercio de dicha raíz o no la presenta. Además se observará la presencia o no del diente primario con su ya casi formada capa de esmalte.

Una vez confirmado el diagnóstico, debemos indicar el tratamiento que se requiera lo más pronto y acertado posible.

Diente supernumerario: el tratamiento a seguir comúnmente si se presenta abajo de él el diente primario será el de una cuidadosa extracción, advirtiéndole a sus padres que de no hacerlo podría desviarse de su lugar al momento de erupción -- del susodicho diente primario y éste posteriormente al diente permanente sucesor.

Diente primario: una vez comprobado radiográficamente dicho género, el tratamiento será conservador, es decir, procederemos a desgastar el borde incisal y limaremos sus asperezas y aristas cortantes. Ya que éstas pueden irritar enormemente el pezón materno si se descuida la higiene de esta -- área puede generarse alguna infección y transmitirse al niño, aparte del dolor de la madre, así como de la tensión emocional que representa para ella el tener que darle de comer en esas condiciones de dolor y que repercute en el niño como se

ha comprobado, al irritarse el pezón pueden formarse grietas que retengan restos de leche succionada y al no tener la higiene requerida ser foco potencial de infección al entrar en descomposición dicha leche.

Diente supernumerario fusionado con un primario: si se presenta este aspecto, su tratamiento será conservador, similar al segundo de los casos.

Estos dientes erupcionan comúnmente en el maxilar inferior aunque también aparecen en el maxilar superior.

Labio Leporino y Paladar Hendido: El labio y paladar hendido se encuentran entre las deformidades congénitas más comunes en el hombre. Estos defectos estructurales del complejo facio-bucal pueden variar desde una ligera mella en el labio o una pequeña hendidura en la úvula, hasta una separación completa del labio y ausencia de división entre las cavidades nasal y bucal.

En la mayoría de los casos, los individuos nacidos con labio fisurado, paladar hendido o ambas cosas, desarrollan varios defectos asociados, como dientes deformados, maloclusiones, menoscabo del lenguaje, infecciones del oído medio y alta susceptibilidad e infecciones superiores respiratorias.

Clasificación según Kernahan y Stark 1958.

Grupo I. Hendiduras del paladar primario. Comprende todas las hendiduras localizadas antes del agujero incisivo, es decir todas las formas y grados de labio hendido y combinaciones -- del labio y procesos alveolares hendidos.

Grupo II. Hendiduras en posición posterior al agujero incisivo: Comprende todos los grados de hen

diduras del paladar duro y blando.

Grupo III. Combinaciones de hendiduras en paladares primarios y secundarios. Comprende una combinación del grupo I y II.

La presencia de labio hendido se basa en la teoría de "Deficiencia mesodérmica" en que se sugiere que el labio y el premaxilar existen en sus formas tempranas como una capa ectodérmica en donde están presentes 3 masas de mesodermo. Normalmente estas masas de mesodermo crecen y se unen para formar el labio superior y el premaxilar, pero si no crecen ni se infiltran en la capa ectodérmica, el debilitamiento consiguiente de esta delicada membrana se rompe, dando por resultado el labio hendido.

Respecto a los mecanismos embriológicos que producen hendiduras del paladar secundario, se acepta que es debido a que los procesos palatinos no logran encontrarse y hacer fusión en la línea media. El movimiento de estos procesos de posición vertical a cada lado de la lengua a fusión futura en posición nariz horizontal sobre la lengua es un proceso complicado que podría encontrar mucha interferencia. Entre los factores que podrían ocasionar esto, tenemos:

- a). Falta de desplazamiento entre los procesos.
- b). Procesos estrechos o algún otro defecto estructural.
- c). En individuos de cabeza demasiado ancha.

Aquellos que presentan solamente hendiduras palatinas en paladar blando requerirán cuidados dentales ordinarios a pacientes normales.

En ocasiones se requiere la participación del odontólogo, después del nacimiento de un niño así deformado, para la

elaboración de un dispositivo obturante similar a una base de dentadura superior, el cual servirá para:

- Evitar la caída del maxilar inferior
- Facilitar la alimentación del lactante con paladar hendido.

El aparato se construye con resina acrílica sobre un modelo del paladar del niño. Elaborando un portaimpresiones con cera de placa base reblandecida con agua caliente y adaptada al paladar y musculatura del niño; después de pulir y reforzar el portaimpresiones se toma la impresión empleando una película delgada de alginato. Una vez obtenido el modelo se procede a la elaboración del dispositivo en resina acrílica transparente.

Es probable que encontremos dificultades al tomar ciertas radiografías dentales, pero éstas serán de suma importancia para el diagnóstico de la caries, supernumerarios, anodoncias parciales, deformaciones de dientes, etc.

En caso de presentar desviación de tabique nasal, observaremos que tienden a respirar por la boca y si al trabajar sobre sus dientes, bloqueamos la entrada del aire, reportando estado de angustia y ansiedad, esto puede superarse usando el dique de hule, con orificios amplios para el aire.

Los pacientes con labio o paladar hendido o ambas situaciones, frecuentemente presentan dientes supernumerarios en la dentición primaria y permanente. En la dentadura primaria se permite que estas piezas hagan exfoliación de manera normal o puede hacerse la extracción después de la pérdida de las piezas adyacentes. En cambio en la dentición permanente, se extraen lo más pronto que sea posible.

También en este tipo de pacientes es común la ausencia

de piezas dentarias, las cuales deberán ser reemplazadas por razones estéticas, las piezas artificiales pueden ligarse a una placa acrílica, que los niños generalmente retienen en boca sin dificultad.

Es frecuente observar hipoplasia amelogénica, sobre todo en el área de los incisivos. De ser posible esto, recubrir estas piezas en su totalidad - por medio de coronas totales- para conservarlas, pensando en tratamientos futuros- como bases de coronas individuales o pilares de puentes- .

La frecuencia de esta anomalía es mayor en los hombres que en las mujeres.

La edad avanzada de los progenitores - especialmente la del padre- puede ocasionar esta anomalía estructural.

Respecto a la causa aún se desconoce, pero se aceptan ciertas circunstancias entre las que tenemos:

- Factores exógenos. Cuando son atribuibles a algún agente ambiental específico (en casos de rubeola en la gestante durante el primer trimestre o ciertos fármacos del tipo talidomida).
- Genes mutantes y aberraciones cromosómicas. Como cuando se presenta displasia ectodérmica y en casos de trisomías D y E.
- La herencia. En cuanto a los efectos de muchos genes (herencia poligénica) que predisponen estas alteraciones.

### Tratamiento

Por lo común es quirúrgico consistente en volver a colocar y suturar las secciones hendidas.

Existen diversas técnicas para llevar a cabo esto, siendo la más utilizada la llamada o denominada "zetaplastia", - sobre todo para casos de labio fisurado y se aconseja realizar esta operación entre la 2a. y 12a. semana de edad.

Respecto a su tratamiento, por lo regular se emplean -- colgajos mucoperiódísticos que se obtienen de los procesos palatinos óseos y se ponen en contacto en la línea media y en caso de no lograr satisfactoriamente esto o en ocasiones don de la cirugía no rehabilitaría adecuadamente dicha anomalía se recurre a la prótesis para obtener un cierre de estas cavidades anormales a través de dispositivos removibles de -acrílico.

Respecto a situaciones de paladar hendido, se aconseja realizar la operación cuando el paciente tiene de 18 a 24 me ses de edad.

Alteraciones dentales comunes y forma de tratamiento. -

La presencia de hendiduras en el labio, en el paladar o en ambos, en recién nacidos ocasiona diversos problemas dentales.

Este tipo de pacientes lógicamente son más sensibles y están más deprimidos por lo que se requiere por parte del -- odontólogo mayor comprensión y tacto para lograr cooperación del paciente (ya de más edad).

De acuerdo a la gravedad de la deformación, serán los - daños y cuidados observados en los dientes de estos pacien-- tes.

Es necesario - en la mayoría de los casos- la interven ción del ortodoncista para corregir las giroversiones de los dientes que es muy frecuente en este tipo de pacientes. Ade

más de la elaboración en ciertos casos de diversos implementos protéticos especiales.

Alteraciones y afecciones comunes en época de erupción de la dentición primaria.

La importancia de alimentar al niño con leche materna - es sin lugar a dudas inobjetable, durante los primeros meses y complementando si el bebé lo requiere con leche artificial, lo mismo ir administrando poco a poco - por prescripción médica- alimentos naturales semisólidos ricos en aporte vitamínico y minerales.

La vitamina "D" y el "calcio" son elementos de importancia fundamental.

Si la dieta de la madre en el período de gestación es - deficiente en vitaminas "D", "C", "calcio" los dientes y huesos del bebé sufrirán consecuencias desagradables como malformaciones, erupción retardada, etc.

La edad en que "despunta" - erupciona- el primer diente del bebé es bastante variable, generalmente ocurre alrededor de los 6 ó 7 meses y el último diente alrededor de los 2 y 3 años aproximadamente.

El momento de erupción de los dientes es típicamente característico y encontramos que el bebé se pone irritable y caprichoso, que pierde el apetito, que pasa las noches agitadas y sin dormir y que coincide con la presencia de enfermedades gastrointestinales, faríngeas, etc. (existe explicación lógica para esto, el bebé al sentir "comezón" en sus encías, tiende a tocárselas y si tiene los dedos sucios y al hacerlo de manera constante tiende a enfermarse). Y algunas madres culpan a la salida de los dientes de esto, cosa absurda pero aun consistente en nuestros días.

La dentición debe de ser encarada como un proceso natural, aunque a veces levemente doloroso, pero no requiere ningún tipo de medicación. El bebé eventualmente rechazará los alimentos sólidos durante un cierto período y su dieta deberá ser ligeramente modificada en algunas circunstancias. Si los dolores nocturnos son muy intensos, entonces deberá administrarse una pequeña dosis de aspirina infantil.

Dar al bebé durante el día pequeños trozos de manzana - para que al apretar con sus encías les dé masaje y estimule al diente subyacente a erupcionar lo más pronto posible.

Es de suponer que la irritación en la encía arriba del diente por erupcionar, al ser presionada por el diente, (recordar que si no ha erupcionado presenta el borde incisal -- aserrado-mamelones de desarrollo-- que son excedente de esmalte en forma irregular y cortante) ocasiona dolor que no es muy intenso y se puede aminorar dándole al bebé algo en que entretener esta nueva sensación. Caso contrario dándole como anteriormente anotamos una pequeña dosis de analgésico-infantil y pequeños trozos de manzana para estimular la pronta erupción.

Respecto a productos que contienen pequeñas dosis de -- anestésico (Nenedent- Sueñodent, etc.) no son convenientes, ya que para que realmente actúen -- dado su pequeño efecto pasajero-- es necesario estar aplicando continuamente el producto y esto no es conveniente dado el campo húmedo de la boca.

**Alteraciones de los tejidos dentarios por desnutrición materna.**

La nutrición es el proceso mediante el cual el organismo es capaz de asimilar y utilizar los alimentos ingeridos.

garantizando así el desarrollo normal de órganos y tejidos.

La buena nutrición es el resultado de la ingestión de una dieta balanceada que contenga cantidades adecuadas de -- proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. Es bien sabido que una deficiencia en vitamina "D" y "calcio" -- ocasiona en los niños el raquitismo, o que la carencia del -- flúor en el agua de bebida, hace a los dientes más suscepti- bles al ataque de la caries.

Entre los primeros síntomas, mediante el cual se mani- fiesta el embarazo, están las náuseas matinales, con el sub- secuente vómito, anorexia, etc. De acuerdo a esto, muchas -- veces la mayoría de las mujeres encintas, dejan de comer o -- toman comidas muy ligeras sobretexto para eliminar las náu- seas y por ende descuidan esta importantísima etapa para el- producto.

Ya que es el primer trimestre donde el embrión requiere de los diversos nutrientes para asegurar un óptimo desarro- llo, y si la gestante no se alimenta como debería de ser, el producto toma de su cuerpo aquello que requiere, en perjui- cio de la madre.

Probablemente la deficiencia de vitamina "A" llegue a -- causar anomalías tales como: amelogénesis, dentinogénesis y- osteogénesis imperfectas.

Respecto a los demás complementos vitamínicos, su defi- ciencia ocasiona alteraciones en los demás tejidos, en los -- dentarios no se ha comprobado.

Alteraciones en los tejidos dentarios por determinados fármacos

Comprobado está que la ingestión prolongada de fármacos

en esta etapa ocasiona lesiones en los dientes de tipo de hipoplasias del esmalte, aunque más bien se presentan pigmentaciones de la corona clínica.

El esmalte de los dientes cambiará de color, que va desde el amarillo al pardo y el gris al negro - sobre en el caso de las tetraciclinas- .

Esto ocurre en el momento de la calcificación de los -- dientes si se administran fármacos de este tipo - se ha comprobado que una mínima dosis ocasionará alteraciones en el - color de los dientes, a mayor terapéutica, mayor pigmenta- - ción en relación al tiempo de la misma.

Soentegen y Keitel demostraron que cuando se adminis- - tran tetraciclinas durante el primer año de vida, las zonas- de pigmentación suelen estar localizadas en el límite amelo- dentinario. También se piensa que fármacos del tipo "Cloran- fenicol" llegan a ocasionar pigmentaciones dentarias simila- res.

Las dosis de penicilina administradas por largo tiempo, posiblemente no lleguen a causar alteraciones dentarias, más bien se piensa que es la enfermedad por ser la causa de di- - chas alteraciones dentarias.

Alteraciones de los tejidos dentarios- por algunas enfermedades

- a) Hipoplasia por deficiencia nutritiva: en particular los estados deficitarios de vitamina "A", "C", "D", calcio, fósforo, etc. Pueden estar relacionados con hipoplasia adamantina.
- b) Hipoplasia relacionada con lesión cerebral: en niños - con parálisis cerebral se encontraron casos de hipoplasia adamantina.

- c) Hipoplasia por alergia: se han reportado casos de hipoplasia adamantina en situaciones de alergia grave.
- d) Hipoplasia relacionada con Síndrome Nefrótico (estudios de Oiver y Quings). Se observaron defectos adamantinos en dientes permanentes- al momento de empezar la enfermedad y la formación del esmalte.
- e) Hipoplasia por infección y trauma local. En todo diente que estuviera formado su matriz o calcificándola en el momento de un estado deficitario o de una enfermedad general, será evidente una hipoplasia tipo adamantino.- Un diente primario infectado, seguramente dañará al - - diente permanente sucesor, ocasionando hipoplasia (Hipoplasia de Turner) o hipocalcificaciones.

Un traumatismo en los dientes primarios que provoque su desplazamiento apical, puede interferir en la formación de la matriz o en la calcificación del diente permanente sucesor.

- f) Hipoplasia por rayos X. La irradiación por motivos terapéuticos en el tratamiento de los tumores malignos -- ocasionan ligeras hipoplasias.
- g) Hipoplasia ocasionado por exceso de flúor: (fluorosis dental) cuando el agua de bebida contiene más de una -- parte por millón (de flúor y agua respectivamente) pueden afectar los ameloblastos durante la etapa de formación del diente y causar manchas o vetas en el esmalte. (El esmalte puede tener un aspecto blancuzco opaco o -- puede presentar fositas) -por lo común estas vetas se -- presentan en las capas externas del esmalte.
- h) Hipoplasia por eritroblastosis fetal: si un niño padeció una ictericia severa y persistente durante su perío

do neonatal, los dientes temporales pueden tener un color azul verdoso característico, o bien un color pardo.

- i) Hipoplasia y pigmentación por enfermedad porfirífica: - (exceso de producción de pigmentos) se observan dientes de color pardo purpúreo, como resultado del depósito de porfirina en los tejidos de formación.
- j) Pigmentación intrínseca: ciertas afecciones de origen pulpar pueden provocar que el diente aparezca decolorado-pigmentos hemáticos sobre todo y su descomposición.- Por traumatismos comúnmente.

#### Reacción psicológica ante el Cirujano Dentista

Considerando que el niño depende enteramente de la madre en la etapa comprendida desde el nacimiento hasta los dos años, su comportamiento y reacción ante el C.D. que por alguna circunstancia es llevado ante él, será la que presente ante cualesquier persona que le es extraña y buscará desesperadamente la ayuda materna y su miedo se traducirá en llanto. También el lugar le será completamente desconocido y aumentará su ansiedad y temor, no queriendo separarse para nada de la persona que lo lleve. Y se volverá inaccesible ante nuestros requerimientos, viéndonos en una situación por demás desagradable pero que debemos y podemos resolver.

#### Posibles tratamientos odontológicos a efectuar en esta etapa

Es rarísimo que se presente ante nuestra consulta un niño de esta edad salvo la inquietud de algunos padres, al observar que según ellos -no le salen sus dientes y se mues-

tran hasta cierto punto ansiosos por saber cuando saldrán -- dichos dientes o bien cuando ya han erupcionado, suelen consultarnos para saber si "salieron" bien, o su color, tamaño, forma, posición es la adecuada o normal.

Pero a veces ocurren incidentes drásticos, como sería - la lesión de estos dientitos a través de un traumatismo como sería la caída del pequeño, provocándole "avulsión", desviación, intrusión o fractura de algunos de sus dientes, reportando el infante intenso dolor.

Si el diagnóstico es avulsión, sin fracturas óseas y si conservan estos dientes y no ha transcurrido más de un día, - podemos reimplantar a su alvéolo este diente así extruido -- (previa endodoncia y obturación del conducto).

Si el diagnóstico es giroversión, podemos (previa anestesia) acomodar el diente en su lugar, lo mismo que si se -- presenta intrusión.

Pero si esto se reporta y diagnostica fractura -mediante examen clínico y radiológico- coronaria, como mortificación pulpar efectuaremos un recubrimiento directo o indirecto (dependiendo del grado de fractura), a una biopulpotomía. Y si se tratara de una fractura radicular a nivel del tercio cervical por ejemplo, intentaremos la reducción y fijación - de ambos fragmentos y posterior inmovilización del diente me diante el empleo de una férula.

Y si se tratara de una fractura con múltiples porciones radiculares y óseas procederemos a su exfoliación, siempre y cuando la evaluación del caso nos determine este procedimiento.

Respecto a aplicaciones de flúor en esta etapa, es raro que acudan con un niño de esta edad para su aplicación, ya -





Se observa que al igual que al ampliarse el mundo social del niño, éste suele empezar a alternar con otros de sus congéneres y esta nueva situación le atrae, aunque a veces frecuentemente en niños menores de tres años les gusta estar y jugar a solas, pero la tendencia del juego en grupo, le hacen perder poco a poco este miedo y suele incorporarse a un grupo, esto es común aproximadamente a los tres años de edad.

Aunque la madre sigue ocupando un lugar primordial, poco a poco se va volviendo más independiente, al alternar sus juegos con otros niños. Obviamente la figura paterna va tomando más forma y arraigo en el niño, ya que empieza a ver en él, - la sensación de seguridad y apoyo emocional en muchas de sus situaciones desconocidas. Además logra captar la importancia y papel que ocupa éste en el ambiente familiar.

Si tiene hermanos, son éstos los que le ayudan a integrarse a este nuevo y agradable mundo "social" en el que tiene que aprender -muchas veces- a compartir algunas de sus inapreciables posesiones.

En esta etapa aprende a utilizar correctamente algunos utensilios como los cubiertos, tijeras para recortar figurines, cepillos de zapatos, etc.; en fin dada la amplia variedad de objetos que puede dominar, se insiste en la enseñanza del cepillado dental y aseo de su boca, el cual acepta gratamente al observar con mucha atención como lo hacen los adultos y él desea por lo común así hacerlo.

Ya la gente desconocida no le causa tanto temor, aunque a veces ante personas totalmente diferentes a las que ha visto, suele adoptar una actitud de observación y estudio antes de efectuar algún interrogatorio.

Le agrada mirar por la ventana y así empieza a observar a otras personas que se le irán haciendo familiares (el carte

ro, el vendedor de revistas, etc.) y a veces suele imitar en gestos y flexiones de la voz de éstas.

Ya ha aumentado su inquietud y curiosidad, por lo que anda de un lado a otro y no se logra tenerlo en paz. Cuando se intenta someterlo, recurre al llanto que aun sigue siendo uno de sus implementos defensivos, aunque ahora ya dispone de otros medios como son el correr, esconderse, pedir auxilio, etc. ante un supuesto ataque, incluso algunos niños amenazan con atacarnos si nos oponemos a sus deseos.

Posibles afecciones odontológicas comunes a este periodo de edad

No es común encontrar lesiones cariosas extensas a principios de esta etapa, pero si al final de ésta es muy posible; ya que su régimen dietético aun no es rico en hidratos de carbono, como lo sería en situación escolar.

Si acaso podemos encontrar caries incipientes debidas muchas veces a causa de la cantidad de azúcar que muchas madres colocan en los biberones de la leche que dan a sus hijos, principalmente a la hora que toman ésta antes de dormir y que muchas veces se duermen con la botella en la boca y la leche o los líquidos azucarados que le dan, se acumulan alrededor de los dientes principalmente los anteriores superiores e inferiores; sabemos que él o los líquidos ricos en hidratos de carbono proporcionan un medio de cultivo excelente para los microorganismos acidógenos, produciendo así, descalcificación y destrucción de los tejidos duros del diente.

Es más común observar áreas descalcificadas en los dientes primarios, ocasionadas como anotamos anteriormente por fármacos estados de desnutrición materna, en embarazo y lactancia, etc.

También es frecuente observar una variada gama de malo-

clusiones dentarias ocasionadas sin lugar a dudas por determinados hábitos orales negativos, entre los que encontramos el chupeteo de dedos, la introducción de objetos varios en la boca (puntas de almohadas, frazadas, etc.), respiración bucal por obstrucciones nasales o bien acostumbamiento; que por lo regular son maloclusiones Clase II -de Angle, las cuales pueden variar desde muy incipientes hasta muy graves.

Respecto a los tejidos blandos, es rarísimo encontrar gingivitis, aun cuando muchas veces se observa la presencia de placa bacteriana alrededor de los dientes.

A veces se presentan casos de hipoplasias extensas y aunado a una dieta rica en carbohidratos-golosinas, refrescos, etc.- más la ausencia de higiene oral, ocasionará grandes lesiones cariosas -aunque esto se observa sólo en una minoría de niños.

### Reacción psicológica ante el Cirujano Dentista

El niño de 2 a 3 años seguirá sintiendo temor ante la gente que le es desconocida, aunque muchos de estos niños ya han tenido la oportunidad de alternar y observar a estas personas.

Otros niños en cambio, actuarán como niños de 1 a 2 años, es decir con pánico exacerbado, ya que no han tenido roce social amplio.

A los dos años los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Según Gesell e Ilg (1949) a los dos años el vocabulario varía entre 12 y 1000 palabras. Si el niño tiene un vocabulario limitado la comunicación será difícil.

Se piensa que a los dos años, el niño está en etapa pre

Se piensa que a los dos años, el niño está en etapa pre cooperativa y que prefiere el juego solitario que acompañado, pues no desea alternar con otros niños sus juegos, tal vez - denote cierto egoísmo interno.

Le toma arraigo a la figura paterna y frecuentemente en lugares desconocidos se aferra a la mano de éste mientras se familiariza con la situación y el lugar que le son extraños.

En niños de tres años en adelante, reaccionan de acuerdo al roce social que han tenido que por lo regular ha sido amplio, y es aquí cuando nuestra influencia puede tener - - arraigo en la psique del niño, ya que el niño con frecuencia y debido a su creciente curiosidad lo llevará a querer conocer, ver, oler y sentir, y en ocasiones manipular todo lo -- que le es desconocido. Y si nosotros no lo defraudamos en - nuestros procedimientos y tratamientos, se convertirá en paciente cooperativo y fácil de sobrellevar y convencer.

Con este niño de tres años se puede uno comunicar y razonar con mayor facilidad durante los procedimientos odontológicos, se presentan deseosos de conversar y disfrutar al - narrarnos sus pequeñas aventuras y travesuras.

Hymes informó que niños de tres años y menos en situaciones de stress o cuando se les lastima o están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para pedir consuelo, apoyo o seguridad. Tiene dificultad para aceptar las palabras y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan -- bien al personal y los procedimientos operatorios de rutina.

Tratamientos odontológicos posibles a efectuar en esta edad

Algunos autores recomiendan la aplicación de flúor cuando ya todos los dientes primarios han erupcionado y como esto ocurre comúnmente en esta etapa cronológica y el niño se vuelve más cooperativo y tiende a ir perdiendo el miedo gradualmente conforme se va desarrollando física e intelectualmente, es más fácil efectuar dicha aplicación de flúor en sus dientes como medio eficaz preventivo ante el ataque de la caries.

Se recomienda el empleo de flúor de tipo estannoso y soluciones aciduladas de fluoruro de sodio, ya que según datos estadísticos (Finn, Wellock y Brudevold) de determinados productos con fluoruro en el esmalte dentario y por ende una mejor protección al diente.

Respecto a la técnica de aplicación, ya anotamos esto en el breve capítulo anterior, a los preceptos establecidos.

También suelen presentarse a nuestra consulta pacientes infantiles que acusan gran destrucción dentaria (debido a la ingesta -cuando sus dientes aun estaban formando su matriz- de fármacos tipo tetraciclina o cloranfenicol; estados deficitarios de nutrición materna en el embarazo o bien de estos niños durante su lactancia y primera etapa de niñez; dieta alimenticia deficiente de leche materna, ya sea desde su nacimiento -pérdida prematura de leche en las madres- o desde los primeros años de vida). Por descalcificación en determinadas áreas que son puntos críticos para el inicio y desarrollo de lesiones cariosas severas. Estas áreas descalcificadas pueden observarse clínicamente como pequeñas "manchas blancas" - hasta parduzcas- y que se diferencian de los tejidos dentarios bien diferenciados.

En estas situaciones y después de evaluar concienzudamente dicha circunstancia podemos elegir entre aplicaciones constantes de flúor y correcciones de la dieta alimenticia - como medios preventivos o bien removiendo estas áreas para posterior reconstrucción con materiales de obturación acordes al área destruida tanto en estética como en función.

Si se presentan lesiones cariosas a causa de áreas descalcificadas, procederemos a efectuar la remoción de caries meticulosamente, colocación, siempre de una base de Hidróxido de Calcio - como protector popular - , una segunda base de Oxido de Zinc-Eugenol y la obturación definitiva, comúnmente amalgama de plata como restauración final.

Recordar que al efectuar una cavidad en estos dientes y a esa edad, el órgano pulpar es amplio y grande y está expuesto en gran proporción a ser lesionado por nosotros al remover los tejidos afectados de caries, por lo que el diseño de la cavidad deberá ser tomado en cuenta como de primer orden, así como la forma de retención y resistencia.

En algunas circunstancias en que las áreas descalcificadas comprenden gran cantidad de tejidos duros oclusales - cúspides sobre todo - algunos odontólogos recurren al uso de coronas de acero preconformadas como medio restaurativo y preventivo.

En dientes anteriores se recomienda el uso de resinas - autopolimerizables que por su resistencia y ante todo por su estética son el material de elección para restaurar áreas dentarias dañadas por caries o por descalcificación. También como anotamos ya, algunos niños presentan gran cantidad de placa bacteriana debido a: nula higiene dental, técnica de cepillado dental deficiente e inconstante. Por lo que se debe proceder a efectuar una profilaxis adecuada a la par --

que la enseñanza de técnicas de cepillado eficiente.

Una profilaxis óptima tiene por objeto remover esta placa bacteriana de todas aquellas áreas dentarias donde suele presentarse, ya que ocasionará daños irreparables en los tejidos dentarios donde se asiente.

El uso del hilo dental (seda) para caras proximales y espacios interdentarios es difícil que el niño lo emplee adecuadamente por lo que ante nuestra consulta lo utilizaremos siempre.

A continuación describiremos una técnica sencilla y fácil de efectuar en nuestra práctica profesional.

1. El paciente cómodamente sentado y con la ayuda del auxiliar dental, procedemos con un cepillo girando a baja velocidad, previa embadurnación de pastas limpiadoras ligeramente abrasivas de todas las áreas dentarias por limpiar, a remover esta placa bacteriana con movimientos suaves y sin recargar mucho el cepillo sobre el diente para evitar su sobrecalentamiento.
2. Una vez limpiadas estas áreas, procederemos con copitas de hule a baja velocidad a pulir susodichas áreas dentarias accesibles.
3. Uso del hilo seda para remover placa bacteriana de caras proximales, mediante movimientos de vestíbulo a lingual y viceversa, ejerciendo ligera presión sobre las piezas dentarias con el hilo seda de atrás hacia adelante y viceversa.
4. Aplicación de agua-aire a presión sobre las caras proximales para remover los destritus que quedan

atorados y también sobre los tejidos gingivales para estimular la circulación sanguínea de éstos.

Una vez efectuada esta operación, comprobaremos su eficacia mediante el uso de soluciones que revelan la presencia de la placa bacteriana y le indicaremos al paciente y a los padres de la importancia del uso de esto para comprobar si la higiene oral que hagan en su casa es eficiente como la que nosotros realizamos en el consultorio.

Describiremos ahora una técnica simple de cepillado dental, fácil de asimilar por niños de esta edad.

1. Uso de poca pasta dental.
2. Empezar el cepillado en arcada superior, con movimientos de arriba-abajo abarcando en todos los casos tejidos gingivales y blandos- empezando en los dientes izquierdos a los derechos (arbitrariamente sugerimos esto).
3. Con movimientos de abajo-arriba cepillamos los dientes de la arcada inferior de izquierda a derecha.
4. Con los dientes superiores e inferiores contactando los anteriores a nivel de borde incisal, aplicaremos movimientos rotatorios en sentido a las manecillas del reloj a todos los dientes superiores e inferiores describiendo amplios círculos, igual de izquierda a derecha.
5. Cepillar áreas oclusales con movimientos rotatorios describiendo pequeños círculos y no efectuar movimientos de barrido horizontales que ocasionarán mayor abrasión y empaquetamiento de restos alimenticios en áreas proximales tanto de dientes superiores como de los inferiores.

6. Procedemos a efectuar la limpieza de las caras linguales -en la arcada inferior- con movimientos de -- abajo hacia arriba y en arcada superior con movimientos de arriba hacia abajo, de izquierda a derecha y en la región de los anteriores colocaremos el cepillo en posición perpendicular a éstos.
7. Es importantísimo cepillar la lengua, con movimientos de atrás-adelante y sacando ligeramente ésta para no provocar náusea- se depositan aquí el 50% de microorganismos de la flora bucal, normal y anormal y restos alimenticios.

## EL NIÑO DE 4 A 6 AÑOS

La inquietud y la curiosidad, aumenta en forma gradual a su desarrollo físico. Es un niño que empieza a alternar con otros en mayor número de ocasiones, ya que por lo común asiste a cursos de preprimaria, en donde quierase o no participa en juegos y actividades en conjunto y ya no es considerado como ser individual.

Su mente es más despierta, elabora preguntas con más congruencia y sus frases exclamativas o imperativas son más coordinadas.

Le encanta que se le llegue a considerar como una persona más grande, pero le encanta el oír ciertas palabras de mi mo; también critica a otros niños que se comportan de diferente manera a lo establecido, elogia aquello que le sorprende y atrae lo nuevo y cambiante. Se empieza a interesar por las aventuras de determinado personaje, ya sea aquellos que ve en la televisión o en las tiras cómicas.

Los recortes de figurines, los juegos manuales, las anécdotas y narraciones de cuentos y novelas le interesan so bremanera y en muchas ocasiones actúa y trata de disfrazarse como el personaje que admira.

Ya se muestra muy independiente de la protección materna y ocupa su lugar la figura paterna ante los ataques que sufre por parte de sus amigos o bien de lo que presupone que le puede ocasionar daño o malestar.

La actividad escolar le atrae, pero las tareas en casa no le agradan mucho, ya que el juego le es de primer orden -

ya sea realizado éste en grupo o bien con otro chico de edad similar a él.

Las gentes y los objetos que desconoce no le inspiran - demasiado temor ya que se da cuenta que existen innumerables cosas que él desconoce, más bien le provocan curiosidad.

Suele gustarle más participar en juegos con niños de su edad, que con niños mayores que él.

Es dinámico, activo y emprendedor, al ir acompañando a su madre al clásico mandado o de compras, se aferra a la mano materna, pues aun le causa miedo andar solo en lugares lejanos, aunque una vez que llegue a habituarse al mismo camino, le agrada caminar solo; pero cualquier estímulo fuerte - que desconozca o bien aquello que conoce y ya ha tenido oportunidad de considerar como dañino, le causa cierto temor - boquinas de automóviles, rechinidos de llantas, ladridos de perro, etc. esto hace que retorne al lado de la madre y observe atentamente el comportamiento de ésta y a la vez se protege.

Le gusta cooperar y se presta a efectuar pequeños trabajos caseros o ayuda gratamente en actividades de este tipo o escolares.

Los deportes le llaman mucho la atención, ya que observa con mucho interés y suele preguntar el porqué de éstos o aquéllos. A la par que le atrae observar, le gusta participar activamente en aquel deporte que llegue a ser de su preferencia.

Los juegos y actividades que realiza al lado de sus padres los goza intensamente y se enfada si éstos no quieren - participar con él.

Pero antes de realizar cualesquier actividad con personas extrañas, presta larga atención y sólo cuando cree que eso no le causara daño o malestar intenta participar en ella, la que denota cierto grado de timidez.

Por lo regular es un gran conversador y vive en un gran mundo de incontables fantasías que hace "realidad" en sus -- juegos.

Al finalizar los cinco años, está muy adaptado a los -- cambios sociales que ha tenido, de ahí que su participación en quehaceres escolares le atraiga. Frecuentemente ya sabe las vocales, ligeras sumas -aunque se equivoca la mayoría de las veces, contar del uno al diez, diferenciar bien los colores, señalar las partes de su cuerpo, etc. Algunos niños ya han aprendido a atarse las agujetas de sus zapatos, aunque a esta edad a la mayoría de los niños les es un tanto difícil.

Su conversación es muy hilvanada y en muchas ocasiones lo hace como una persona mayor a su edad.

#### Posibles afecciones odontológicas a esta edad

En primer término encontramos caries medianas extensas y profundas y en algunas ocasiones cada vez más alarmantes - lesiones pulpares irreversibles; la ingesta de golosinas y - refrescos que lleva a cabo el niño de esta edad preescolar, - en la que muchos de los maestros o educadores suelen tener - la osadía de premiar (?) el buen comportamiento de éstos, me diante ciertos regalos con alto contenido de azúcares.

Lo mismo ocurre con algunos padres -la mayoría- que gus tan de llevar a casa y en forma cotidiana bolsas de golosinas a sus hijos.

Y también es exagerada la forma que hoy día los niños -



rededor de los cuellos dentarios y en algunos casos no comunes la presencia de sarro supragingival muy adherido al tejido dentario.

También sabemos que la destrucción de las áreas de contacto proximales en dientes primarios ocasionará la mesialización de los dientes posteriores, provocando futuras maloclusiones por malposiciones dentarias.

La presencia de hábitos orales negativos nuevos como sería la introducción de lápices, mordedura de gomas, etc. se hacen patentes en edad preescolar y en lo futuro.

Las fracturas dentarias a nivel coronal o radicular alcanzan índices leves de incidencia, ya que los niños participan en juegos de grupo que no son rudos o violentos, sus principales juegos son las carreras, encantados, la gallina ciega, etc. aunque se pueden prestar casos de fracturas dentales.

#### Reacción psicológica ante el Cirujano Dentista.

Sabiendo de antemano que un niño de cuatro años reaccionará y escuchará con interés las explicaciones que uno le dé, normalmente responderá bien a las indicaciones verbales que se le den.

Su temor ahora se presenta ante los aparatos e instrumental, sus preguntas infieren sobre su uso y del funcionamiento de los mismos y no desea por el momento saber nada sobre su empleo en él hasta no ver su uso o aplicación en otras personas.

En general el niño de esta edad que viva en un ambiente familiar equilibrado y agradable, con un grado normal de educación

cación y disciplina, será un paciente odontológico muy cooperador.

Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y como anotamos les gusta conversar intensamente, aunque tienden a exagerar muchas de sus pláticas. En algunas ocasiones el niño puede tornarse desafiante y recurrir al empleo de malas palabras.

El niño de cinco años, ha alcanzado ya la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupo y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y social están mejor definidas y el niño no suele tener miedo o temor de dejar al padre en la sala de recepción y afrontar una situación desconocida por sí solo.

Si el niño ha sido preparado por sus padres, no tendrá temor a las experiencias nuevas, como las relacionadas con el jardín de niños o con las del consultorio médico dental.

Los niños de esta edad suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y de sus ropas, responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Estos comentarios pueden ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el paciente.

A estos niños les agrada mostrar aquello que se les ha efectuado en sus dientes como sería: amalgamas, resinas o simplemente curación de Oxido de Zinc-Eugenol, etc.; como prueba irrefutable de su cooperación en la cita dental y como una más de sus posesiones, además de que tiene "algo" similar a sus padres y lo muestra a sus amigos, familiares, maestros, etc.

Posibles tratamientos odontológicos a efectuar a esta edad. -

Hemos anotado a la caries como una enfermedad progresiva y lesiva a los tejidos dentarios, cuando éstos no se les toma en cuenta por ser dientes de "leche". Analicemos brevemente algunas de las funciones de estos dientes.

- a) Una de las funciones de los dientes desiguales, es provocar el estímulo adecuado a los tejidos de soporte que lo rodean, para asegurar su óptimo desarrollo y reproducción, es decir un buen funcionamiento dental asegura per se un estímulo adecuado para un óptimo desarrollo de los maxilares y demás estructuras óseas interrelacionadas. Por ejemplo: si un diente determinado está afectado por caries profunda con irritación pulpar, no desempeñará su función ya que frecuentemente e inconscientemente muchas veces dejamos de usar ese lado o arcada dentaria para masticar o cortar los alimentos y por ende dejamos de efectuar el estímulo que necesita esa parte correspondiente al hueso maxilar, el cual tendrá un hipodesarrollo y podrá ser la causa de muchas y graves maloclusiones dentarias futuras.
- b) Pero existen casos en que no es nadamás un diente el que presenta dolor, sino que encontramos varios de éstos y de ambos lados, presentándose entonces un cuadro anormal en forma bilateral, refiriéndose a la masticación de los alimentos, siendo éstos verdaderamente tragados, haciendo que otros órganos del complemento digestivo, funcionen más allá de lo que deben hacer normalmente, con la consiguiente irritación y afectación de los mismos al efectuar estas funciones.

c) Otro aspecto importante es que estando sanos estos -dientes -o bien restaurados pero devueltos a la salud- mantendrán el espacio adecuado para la correcta erupción de los dientes permanentes subyacentes sin sufrir alguna alteración; pero si presentan casos de caries graves y posterior complicación pulpar y para dental con la consiguiente destrucción ósea del área circundante al diente así afectado, pueden ocasionar una pronta erupción de los dientes permanentes sucesores. Ahora bien en algunas ocasiones se recurre a la extracción de dientes primarios, descuidando el -aspecto de colocar un mantenedor de espacio adecuado a la situación presente y ocasionando sin lugar a du das mesializaciones de los dientes situados poste- -riormente a ellos, colapsando el espacio restante, -haciendo que los dientes permanentes tengan dificultades para erupcionar o bien quedan impactados.

También un aspecto que debemos tomar en cuenta es el de los tejidos gingivales, es decir, el extraer un -diente, la herida resultante cerrará formando un te- jido de cicatrización muy fibroso, que dificultará -la erupción del diente sucesor.

d) La condición fonética, también tiene suma importan- -cia, ya que si todos los elementos de la cavidad bu- cal y faríngeos están en condiciones de normalidad, -el desarrollo y aprendizaje del lenguaje hablado, se asimilará correctamente, pero si uno de estos elemen- tos orgánicos está en malas condiciones -la cual en- nuestro caso- este aprendizaje puede ser afectado.

Caso concreto, el de la ausencia de los incisivos su periores primarios por extracción prematura, en el -cual se observará una mayor penetración de aire al -

hablar, con la consiguiente deformación de las palabras que aún se están aprendiendo y que puede convertirse en un hábito perdurable.

- e) Respecto a la estética, en caso de faltar por ejemplo los anteriores superiores o inferiores principalmente, se ha visto que se puede provocar un daño en el desarrollo de la personalidad del niño. Ya que un niño que reporta anodoncia provocada o no de estos dientes anteriores, es blanco del encono y burla por parte de sus condiscípulos o amigos de esa edad o bien mayores que él que se fijan en esta situación -ya que se les ha enseñado a reconocer las distintas partes de su cuerpo en el jardín de niños o en casa; el resultado es que muchos de estos niños se inhiben al reír o al hablar, su lenguaje se limita para no abrir la boca y mostrar a los demás su anormalidad, pues sienten vergüenza y les apena que se den cuenta de ello o bien que se mofen de él.

Un niño con dientes sanos y agradables, ríe ampliamente y goza de una conversación, lo que hace más adaptable al medio social que lo rodea y nos preguntamos si un niño por esta circunstancia limita su conversación o sus expresiones de alegría éstas son someramente algunas de las funciones de los dientes primarios.

Volviendo al tema de las lesiones cariosas, cuando éstas se ubican en áreas cercanas al órgano pulpar, inexorablemente ocasionará su constante irritación, manifestada con dolor inconstante calmado mediante la ingesta de analgésicos cuando éste arrecia.

Claro está que muchas veces se manifestará dolor o molestia ante los diversos estímulos físicos o químicos (como-

son los alimentos refrigerados helados, alimentos calientes, golosinas muy azucaradas o el aire frío vespertino, etc.) -- que provocan una hiperemia pulpar, la cual puede ser activa o pasiva (es decir reversible o irreversible) que cederá al remover el estímulo que la provoca. La terapia pulpar en casos de hiperemia será ante todo suprimir el estímulo que la ocasiona o bien evitar que el estímulo provocante siga ac-tuando.

En caso de estímulos biológicos como sería una caries profunda, actuaremos removiendo con extremo cuidado la caries y la dentina reblandecida y colocando una curación tipo sedante (óxido de zinc-eugenol) y también con la finalidad de crear un campo operatorio lo más aséptico posible, aprovechando el poder catericida y antiséptico de este fármaco.

Posteriormente se programa para que en una segunda cita se remueva completamente los tejidos afectados, coloquemos su respectiva base y procedamos a la obturación definitiva.

Pero en muchos de estos casos si observamos que al remover caries y profunda será inminente el ocasionar una herida pulpar, planearemos una biopulpotomía o si ya se han reportado síntomas de pulpitis una Necropulpotomía y posterior modificación del órgano pulpar restante.

Consideraremos primero las circunstancias en las cuales podemos efectuar una Biopulpotomía al  $\text{Ca(OH)}_2$ .

- a) Caries demasiado profundas con irritación constante sin llegar aún a lesionar el órgano pulpar (clínicamente).
- b) Cuando al remover caries cercana a techo pulpar se haga accidentalmente una herida pulpar amplia mayor de 2 mm por movimiento del paciente en respuesta al

dolor durante el fresado, incluso estando anestesiado el paciente o por inhabilidad del operador, al remover la caries o tejidos reblandecidos.

- c) Cuando previamente y con finalidad de obturación con amalgama o resina, consideremos una inadecuada retención del material obturante.
- d) En caso de exposiciones accidentales del órgano pulpar (en traumatismos severos) al medio bucal.

La terapia a seguir consistirá en:

1. Previa anestesia del diente por intervenir (local o regional).
2. Aislado del diente a tratar. Ya sea mediante rollos de algodón o bien realizando un aislado absoluto con el dique de hule.
3. Asepsia de la cavidad con algún antiséptico -tisol, eugenol, etc.
4. Remoción de tejidos cariados y reblandecidos, efectuando esto de la periferia al centro de la cavidad.
5. Remoción de caries cercana a techo pulpar y lavado con alguna solución estéril de la cavidad.
6. Remoción de techo pulpar efectuando con instrumentos rotatorios-fresa a alta o baja velocidad.
7. Remoción del órgano pulpar coronario, mediante el uso de una cucharilla filosa.
8. Lavado de la cavidad y secado de la misma con algodón.

9. Colocación -a presión- (para que no queden burbujas de aire atrapadas) de hidróxido de calcio a la entrada de los conductos radiculares.
10. Colocación de una base de Oxido de Zinc-Eugenol, hasta obturar provisionalmente toda la cavidad.
11. Se citará al paciente a las 72 ó 96 horas siguientes para obturar en forma definitiva la cavidad.

En caso de efectuar una Necropulpotomía consideremos:

- a) El paciente muestra extremada renuencia a la anestesia local o bien está contraindicada emplearla en él.
- b) Caries demasiado profundas con franca irritación pulpar.
- c) Exposiciones pulpares ya sea por traumatismos o por inhabilidad del odontólogo operante (excediendo más de 2 mm.).
- d) Casos incipientes de pulpitis sin que se hayan lesionado tejidos paradontales.
- e) Cuando previamente y con la finalidad de obturación con amalgama o resina consideremos una inadecuada retención del material obturante.

El procedimiento a seguir será:

1. Leve remoción de caries y de tejidos reblandecidos.
2. Colocación de una curación desvitalizante-trióxido -arsenioso- en una torunda ligeramente impregnada en eugenol o timol.
3. Colocación temporal de óxido de zinc-eugenol para se

llar la cavidad.

4. Cita a las 48 ó 72 horas siguientes.

En la segunda cita procederemos a efectuar la pulpoto-  
mía propiamente:

1. Aislado relativo o absoluto de la pieza dentaria por tratar.
2. Remoción cuidados -y una vez comprobado que no repor-  
ta dolor al hacerlo de la curación y de la torunda -  
con el desvitalizante.
3. Remoción cuidadosa de la caries -de la periferia al-  
centro y tejidos reblandecidos del piso de la cavi-  
dad y paredes de la misma.
4. Remoción del techo pulpar y posteriormente de la pul-  
pa coronal necrosada y de una parte de la pulpa radi-  
cular-I ó 2 mm más allá de la entrada de los conduc-  
tos radiculares.
5. Colocación de alguna substancia momificante -pasta-  
de Gysi, Oxpara, etc.- a la entrada de los conductos,  
haciendo presión para obturar la pasta.
6. Colocación de una base de Oxido de Zinc-Eugenol como  
obturación temporal hasta el borde de la cavidad.
7. Se citará al paciente para la obturación definitiva-  
a los 7 días.

Y cuando estas caries ya han lesionado el órgano pulpar  
y muestran clínicamente signos y síntomas de esto (dolor - -  
constante, absceso paradontal agudo o crónico, presencia de-  
conductos fistulosos, etc.) recurrimos al tratamiento radical

de la completa remoción del órgano pulpar: la pulpectomía -- (ya sea en condiciones de vitalidad o no del órgano pulpar).

Algunas de sus indicaciones serían:

- a) Pulpitis aguda o crónica.
- b) Necrosis pulpar.
- c) Abscesos parodontales.
- d) Rarefacción de tejidos periapicales.
- e) Fracturas coronales amplias.

La técnica a seguir sería:

1. Radiografía previa al tratamiento de los conductos.
2. Anestesia del diente por intervenir.
3. Aislamiento del diente o de la arcada dentaria correspondiente ya sea en forma relativa o absoluta.
4. Remoción de caries -de la periferia al centro- y tejidos reblandecidos.
5. Lavado de la cavidad.
6. Remoción de techo pulpar -acceso- y de pulpa cameral (con.tiranervios).
7. Remoción de pulpa radicular mediante tiranervios muy finos, en caso de no facilitarse una entrada de éstos recurrimos al empleo de una lima o ensanchador - muy fino para guiar la entrada del tiranervios.
8. Leve ensanchado del o los conductos, mediante el uso del mismo tiranervios o con limas y ensanchadores (1 ó 2 números solamente) muy finos.

9. Lavado y secado de los conductos.
10. Colocación mediante una punta de papel o torunda de algodón de algún antiséptico (Eugenol, Timol, etc.)
11. Colocación de una torunda de algodón cuya finalidad - Sería la de una almohadilla y curación provisional - hasta cerrar la cavidad.
12. Control del o los conductos mediante cambios de curación según sea el caso cada cuatro o cinco días.
13. Obturación de los conductos después de haber obtenido resultados satisfactorios - ausencia de dolor, torunda sin olor fétido, supuraciones, etc.- con una pasta a base de Oxido de Zinc-Eugenol.
14. Radiografía de control.
15. Cita posterior a las 24 ó 48 horas para preparar al diente para su restauración definitiva.

En algunas circunstancias por demás desagradables nos vemos en la necesidad de hacer extracciones dentarias ante casos sumamente avanzados de destrucción dentaria, en estas circunstancias la haremos siguiendo los principios fundamentales de una buena exodoncia.

- a) Extracción completa de la pieza dentaria.
- b) Ausencia de dolor en el momento y después de la extracción dentaria.
- c) Respetar los demás tejidos adyacentes.

La técnica operatoria sería:

1. Anestesia local o regional según sea el caso, utilizando una aguja delgada y con la punta afilada, lí-

quido anestésico semicaliente-acorde a la temperatura. Infiltración lenta-mínimo 1 minuto (diremos al niño que si la aplicamos lentamente no le molestará-demasiado, no así si lo hacemos rápido y le damos a escoger entre estas dos condiciones.

2. Una vez comprobado que el efecto anestésico es adecuado, procederemos a la separación de los tejidos gingivales con un recortador de amalgama.
3. Aprensión del diente por extraer a nivel del cuello-dentario.
4. Movimientos de lingual a vestibular o de rotación según sea el caso (1 ó 2 movimientos) para luxar y extraer el diente.
5. Colocación de una gasa sobre el alvéolo para contener la hemorragia.

Por lo común no requieren estos casos de medicación posoperatoria.

Explicaremos al padre de la colocación de un mantenedor de espacio adecuado al área de extracción dentaria, ya sea fijo o removible para evitar futuras maloclusiones dentarias por malposición de éstas.

También es posible en esta etapa, nos lleven a niños con problemas de alteraciones de tejidos gingivales y bucales ocasionados por enfermedades propias de la niñez: Rubéola, Escarlatina, Varicela, Sarampión, etc.- o bien sus secuelas o protaumatismos de los tejidos blandos.

Por ejemplo casos comunes de Herpes Simple, con manifestaciones en las comisuras externas labiales o sobre el labio los clásicos "fogazos", prescribiremos una terapéutica paliativa

tiva consistente en analgésicos, complementos vitamínicos ricos en vitaminas A y C, enjuagues con soluciones levemente alcalinas como el bicarbonato de sodio para modificar el pH.

En casos de gingivitis estreptococidas (podemos diferenciar las de las herpéticas en forma clínica, porque esta última manifiesta vesículas, las cuales al romperse forman úlceras crateriformes) en las cuales se presentan gingivorragias intensas a la leve presión, cambio de color que va desde el rosado normal al rojo vinoso -por rotura de pequeños vasos y salida y descomposición de la hemoglobina-, temperatura de 38°C en adelante, anorexia, involucramiento de los ganglios linfáticos cervicales o tejidos amigdalinos. La prescripción en este caso será a base de antimicrobianos, enjuagues con soluciones que modifiquen el pH bucal y si el paciente lo permite masaje en los tejidos gingivales para favorecer la circulación sanguínea, analgésicos para el dolor todo esto de acuerdo al peso y la edad, con superficie corporal del paciente en cuestión.

En caso de ser una gingivitis herpética, el tratamiento será paliativo y de sostén, mejorando la dieta alimenticia, modificando el pH, prescribiendo complementos vitamínicos con alto contenido en vitamina A y C.

Es raro pero pueden presentarse a nuestra consulta casos de heridas leves en la faringe o paladar, por un traumatismo con un lápiz, un cubierto, etc, en las cuales el niño así afectado y sus padres muestran gran angustia. La terapia a seguir será la inspección visual del área herida, leve exploración para determinar la presencia o no de objetos extraños en dicha área y aplicación tópica de algún antiséptico, mejoramiento y modificación de la dieta alimenticia (siendo ésta blanda o líquida) por algunos días hasta volver a la dieta normal.

En algunos casos observamos casos de celulitis a causa de absceso paradontales en dientes muy destruidos, aquí se recomienda prescribir antimicrobianos de reducido espectro para combatir el foco infeccioso y reducir sus manifestaciones colaterales, aplicación externa de hielo para reducir la inflamación presente y analgésicos en caso de reportar dolor, posteriormente se optará -evaluando concienzudamente el problema- si el tratamiento dental será una buena extracción o el tratamiento del o los conductos que dicha pieza dentaria presente.



Le agrada salir con mamá y ayudarle cuando efectúa sus compras, da su opinión respecto a determinado producto alimenticio, y también sobre lo que a él le gustaría comer.

Suele preferir determinados guisos e insiste que se hagan con frecuencia, enojándose cuando se le dan guisos que no son de su agrado. Pero comprende que ya nada le servirá esta situación y que terminara comiendo eso, aunque de mala gana y mayor tiempo.

Le atraen los espectáculos como el cine, el circo, el teatro infantil, ya que comprende más esto y goza al entender mejor la trama, o algún acto específico.

Le gusta reafirmar su hombría (en el caso de los varones) diciendo que no le gustan las niñas, ya que éstas son muy lloronas o pegalonas. Las niñas por su parte a esta edad, alternan sus juegos con niños y niñas indistintamente sin llegar a preocuparse por estos tópicos.

Al preguntarle qué profesión le gustaría tener o desempeñar responde ingenuamente que policía, vendedor, futbolista, etc.; es decir se apoya en las figuras que observa constantemente y que imponen autoridad o admiración por sus características físicas.

Los programas de T.V. le atraen sobre manera y hace suyos determinados "héroes" y piensa que él puede ser uno de ellos e incluso en sus juegos toma ese papel y exige a los demás que lo respeten y obedezcan ya que él no es un ser común sino un héroe, el cual salvará a sus amigos ante los "enemigos" y situaciones más terribles imaginadas: aunque acercarse a la edad de 8 años -incluso desde los 7- va dejando paso a sus fantasías y se asienta más a la realidad.

Le atrae estar en continuo movimiento, o sea que su

atención se enfoca a juegos al aire libre, aunque los juegos en casa (pintar, armar rompecabezas, recortar figurines, - leer comics, etc.) le parecen interesante, pero no le retienen mucho tiempo.

Su reacción a gente desconocida no es ya temerosa, sino más bien indiferente, pues ya ha visto a la gran parte de -- los diversos individuos.

Su independencia se torna en cierto alejamiento de los padres, para alternar con otros niños sus juegos o percances, ya no es el infante apegado a la protección materna como -- cuando tenía 3 o 4 años.

#### Posibles afecciones odontológicas comunes a esta edad

Mencionábamos a la caries como una de las enfermedades más comunes que se observa en cavidad oral, en niños que están en situación escolar, en esta época es frecuente que ya algunos dientes primarios y secundarios la presenten -- estos últimos por deficiencias de esmalte en los surcos o fosetas -- caso concreto del primer molar inferior-- al final de esta etapa en algunos casos observamos extensa destrucción dentaria tanto de los tejidos duros como blandos, llegando a producir irritación de la pulpa al medio bucal como es el caso de los pólipos pulpares.

El porque decimos que los niños escolares reportan un -- incremento de caries, es fácil deducirlo --en todos los niveles sociales se aprecian esto el consumo excesivo de golosinas y refrescos a la hora del recreo, sin remover siquiera -- los excedentes con enjuagues bucales, dejando un medio rico en azúcares propicio al desarrollo y reproducción de ciertos microorganismos que destruyen la sustancia dentaria; al salir a jugar con sus amigos piden dinero para "gastar", en --



por extracción prematura de los molares primarios o con caries proximales de éstos, ocasionan la aparición de maloclusiones dentarias futuras.

Algunos niños practican ya a esta edad deportes en los que se observan grandes fricciones, rudeza, etc. y reportan fracturas coronarias leves o extensas- en los incisivos centrales superiores sobre todo.

La incidencia de trayectos fistulosos, es respuesta a agresiones de tejidos periapicales (ya que algunos de los dientes primarios se les deja al azar ante ataques cariosos-severos) ante la evolución de la caries en tejidos pulpaes.

#### Reacción psicológica ante el Cirujano Dentista

El niño de seis años manifiesta una separación de los lazos estrechos con la familia. Es una época de transición-importante y puede presentar una ansiedad considerable. Gebell e Ily se refieren a los cambios en el niño. Manifestaciones tensionales alcanzan a esta edad una cima, en las cuales pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas- y acaso golpes a los padres incluso.

En esta edad suele haber un claro incremento en la respuesta temerosa.

Muchos de los preescolares tendrán miedo a las personas, a los elementos naturales, a ciertos animales -gatos, perros, etc.

Algunos de estos niñitos tienen miedo a los traumatismos en su cuerpo, reaccionando en forma histérica y grandilocuente (una cortada, un raspón).

Un ligero rasguño o la vista de la sangre puede causar una respuesta exagerada o desproporcionada con la causa. Con la debida preparación para la experiencia odontológica se puede esperar sin embargo que el niño de seis años responda de una manera satisfactoria.

Con estos niños, se recomienda dejarles que exploren -- nuestro consultorio, platicar con él acerca de la importancia de la atención odontológica y darle a comparar situaciones desagradables o agradables que pudiera tener si se descuida o se deja al azar el examen de sus dientes.

La comunicación juega aquí un papel muy importante, al niño de esta edad le gusta que se considere como gente mayor y le desagrada sobre manera los niños y las palabras dulzosas, que son agradables a niños menores.

La conversación sobre temas favoritos del infante crean un ambiente de tranquilidad en el niño, al dejar que sea él el que lleve la conversación interesándonos por sus pequeñas aventuras o aficiones.

Responder a todas sus preguntas en forma veraz y realista pero con sutileza, es decir no engañarlo, sino prepararlo para una colaboración aceptable aun cuando le indiquemos que podemos ocasionarle ligera molestia, pero siempre en pro de evitarle molestias intensas futuras.

Su poder de raciocinio se va ampliando y capta rápido -- nuestra sugerencia y acepta cooperar cuando comprende que no pretendemos efectuarle daño alguno, sino más bien pretendemos ayudarlo.

Su aprensión se acentuará si ve a ve escenas desagradables en nuestro consultorio, por lo que debemos actuar con tacto al dejarle ver como trabajamos con otros pacientes.

Su cooperación es amplia, si de antemano sabe que en -- esa cita no le ocasionamos mucha molestia, ya que él nos interrogará que le haremos y como lo hacemos; una vez obtenida la respuesta tiende a someterla prontamente pero si al pre-- guntar comprende que esa sesión no será muy agradable, manifestará tensión y leve angustia hasta pasar ésta.

Un recurso muy empleado en niños de esta edad es el de preguntar en forma constante el uso de esto o aquello, para -- "dilatarse" un poco el procedimiento odontológico.

Algunos niños soportan estoicamente la situación; otros prefieren llorar y calamares hasta que pase ese momento.

Después de haber sido atendidos, hacen elogio de sus -- dientes sanos y sirven de enlace con otros niños para que se "dejen" atender.

Por lo común, les agrada observar lo que les hace -- por lo que el empleo de un espejo de tipo de tocador, es apropiado para que le mostremos los males y enfermedades que presenten, así como en la forma en que las quitamos y la forma de restaurar correctamente sus dientes afectados.

En algunos niños que presentan alta renuencia y toman -- como castigo la experiencia odontológica, es conveniente -- aclararles que no es así, sino más bien se trata de una de -- las manifestaciones de sus padres para procrear bienestar y salud, establecemos paradojas con ellos como padres y estos últimos como hijos, hasta lograr la aceptación del niño como es el de brindarle un servicio médico más en pro de la salud en general.

Posibles tratamientos odontológicos a efectuar en esta edad.

Trataremos primero la cuestión de los mantenedores de espacio que como su nombre lo indica, su función será la de procurar el espacio dejando por la extracción prematura de algún diente primario, para la erupción adecuada de él diente sucesor y el diseño de éste dependerá de la edad y necesidades del paciente y como objetivo evitar un posible desequilibrio dental.

Algunas de las características que deberán reunir estos aparatos serían:

- a) Mantener el espacio en sentido MD del diente perdido.
- b) No deberá interferir con los procesos de crecimiento y desarrollo de los dientes y arcos alveolares.
- c) Deberá de impedir la extracción de los dientes del arco antagonista.
- d) No deben poner en peligro los dientes restantes mediante la aplicación de tensión excesiva sobre los mismos.
- e) Deberá mejorar el aspecto estético en el caso de haber perdido los dientes anteriores superiores o inferiores.
- f) Deberá ser higiénico.
- g) De accesible al costo de las personas.
- h) No lesionar los tejidos circunvecinos o subyacentes.

Ya se ha mencionado que estarán indicados ante cualquier falta de dientes por extracción prematura o anodoncia (parcial o total).

Y también ante cualesquier situación que pueda ocasionar traumatismo y estimulación de hábitos perjudiciales -introducción en el espacio presente de la lengua, carrillos, - etc.

Podemos clasificarlos en:

- a) Activos o pasivos
- b) Fijos, semifijos o removibles
- c) Metálicos o de acrílico -según el material empleado.

Mantenedor de espacio activo: nos ayuda a la compensación del espacio, puede servir para empujar hacia distal o enderezar un primer molar permanente, que se ha desplazado o inclinado hacia mesial e impedirá seguramente la erupción normal del segundo premolar.

Mantenedor del espacio pasivo: es aquel que se coloca para salvaguardar el espacio adecuado a la erupción del diente permanente sucesor.

Mantenedor de espacio fijo: a base de coronas coladas o prefabricadas desgastando las retenciones del molar que servirá de pilar del mismo.

Mantenedor de espacio removible: comúnmente a base de acrílico con ganchos forjados como medios de retención- más estético que el fijo- proporcionan mayor estímulo para erupcionar el diente subyacente.

Claro está que los mantenedores de espacio podemos utilizarlos desde que el infante en cuestión así lo amerite, es decir si por alguna circunstancia llegue a perder alguno(os) de sus dientes primarios y esto puede presentarse en niños - de dos años o de más edad- por traumatismo y avulsión o por exodoncia prematura pero necesaria.

Y podemos afirmar esto que corresponde ya al campo de la ortodoncia preventiva, la cual podemos aplicar sin ser especialistas en este género.

También podemos utilizar aparatos removibles tipo mandibulares de espacio con la finalidad de elevar la mordida, cuyo objetivo principal sería evitar una sobremordida muy cerrada o bien leves giroversiones dentarias para evitar mordidas cruzadas, etc.; éstos son pequeños trabajos ortodóncicos que podemos efectuar fácilmente.

Volviendo el tema de la caries, reiteramos la importancia de efectuar una excelente cavidad para el material obturante o restaurativo.

Tomaremos en cuenta antes que nada el diseño de la cavidad, la cual deberá ser imaginada primero, pensando cuáles serían sus límites y la cantidad de tejidos dentarios por remover sin que quede débil la pieza dentaria, posteriormente removeremos muy bien el tejido cariado y reblandecido, y una vez bien removido esto y comprobado mediante la visualización y la exploración, efectuaremos realmente el diseño de la cavidad de acuerdo a la cantidad y disposición de los tejidos dentarios que queden del diente tratado y aquí aplicaremos otro principio como es de forma de retención, tomando en cuenta: "...lo que se dé extensión a una cavidad, darle profundidad y la cavidad será retentiva por sí sola..."; claro está aplicando esto al problema presente; si al evaluar el problema observamos tal característica, ya que tenemos otros medios de lograr retención del material obturante como sería el tallar paredes ligeramente relativas, haciendo las convergentes hacia oclusal, fisuras en paredes auxiliares, retenciones en ángulos formados por el piso de la cavidad y las paredes. La forma de resistencia que indica la inconveniencia de dejar paredes delgadas susceptibles a la

fractura, logrando evitar esto removiéndolas y sustituyéndolas por el material obturante. Aunado a esto entra lo del tallado de paredes adamantinas, es decir dejar siempre paredes de esmalte soportadas por tejidos dentario -el cual desempeña funciones de amortiguamiento ante las fuerzas que se aplican sobre el diente al entrar en función, en caso contrario el esmalte se fracturará ya que no posee esta característica.

Efectuaremos después el lavado de la cavidad, con la finalidad de eliminar los residuos de tejidos dentarios que -- fueron cortados y para observar concienzudamente si ya no -- quedan indicios de caries o tejidos reblandecidos o bien, a algún tipo de lesión pulpar (herida pulpar).

Algunos autores añaden también la forma de conveniencia, es decir la forma más conveniente de poder efectuar una cavidad logrando una buena visualización, un mejor campo operativo, una extensión por prevención, etc., o bien la conveniencia de utilizar tal o cual material restaurativo.

Respecto al tipo de la cavidad, diseñaremos y efectuaremos éste, de acuerdo a la anatomía del órgano pulpar del -- diente en cuestión y así lograremos una verdadera forma fisiológica, tratando de respetar al máximo éste.

Seguramente y siempre en cavidades profundas, o bien -- donde deducimos la presencia de algún cuerno pulpar, aplicaremos una capa protectora de hidróxido de calcio, ya que aun que clínicamente no se observa herida pulpar, los túbulos -- dentinarios quedan cortados y se efectúa realmente una herida o entrada directa al órgano pulpar, efectuando así un método de protección pulpar catalogado como indirecto y a la vez ayudaremos a la formación de neodentina. Posteriormente a esto, colocaremos una base consistente en Oxido de Zinc --

Eugenol cuya finalidad sería sedar al diente ante la agresión que sufre durante el fresado y a la vez cierto aislante entre el órgano pulpar y el material obturante, lo mismo que esta base nos servirá para diseñar un piso plano como lo sugieren los libros de texto.

Todos estos conceptos los aplicamos a la elaboración de cavidades para su obturación como amalgama o resina, aunque esta última se emplea preferentemente para la restauración de piezas dentarias anteriores dada su inmejorable estética, en estos casos sólo se emplea una ligera capa de hidróxido de calcio, ya que se piensa que el óxido de zinc-eugenol logra pigmentar dicha resina.

En cuanto a las restauraciones de dientes con incrustaciones metálicas diremos que es necesario dominar una buena técnica de preparación de cavidades, toma de impresión, corrido del modelo y una buena incrustación para lograr una buena restauración del diente así tratado. Ya que es frecuente observar incrustaciones con un sellado defectuoso -ya sea en alguna falla en los aspectos antes notados.

Y recordar que las incrustaciones se emplean cuando la cantidad de tejidos dentarios restantes quede débil -a nuestro juicio-, ya que éstas protegerán la fragilidad de éstos.

Un aspecto muy importante en la elaboración de este tipo de preparaciones es el biselado del ángulo cavo superficial para asegurar un buen sellado alrededor de toda la cavidad.

Y al probar una incrustación, ésta deberá ser retenida por se y no esperar que el cemento "pegue" dicha incrustación, ya que aparentemente cumplen esta finalidad- su uso se destina a evitar la existencia de una interfase existente entre el diente y la incrustación- no deberá manifestar in-

ferencias oclusales, es decir puntos prematuros de contacto con el diente antagonista, que en lo futuro pueda desencadenar trastornos articulares; no presentar aristas cortantes - que sean capaces de ocasionar irritación constante a los tejidos blandos y órganos adyacentes, o capaces de alojar restos alimenticios difícilmente de remover con el cepillado dental.

Respecto a las inflamaciones agudas de tejidos blandos - que se observan alrededor de la muela de los "seis años", podemos decir que en ocasiones, afortunadamente -se presentan muy dolorosas al complicarse con algún proceso infeccioso o sin él, haciendo que se reporte anorexia, cefalea, odontalgia, mialgia local, linfadenitis, decaimiento general, ante lo cual el empleo de analgésicos antiinflamatorios, antimicrobianos, no logran quitar el problema -actúan como paliativos; se sugiere la extirpación del tejido gingival que recurre a este diente que por lo común presenta una consistencia fibrosa, aplicando anestesia local -regional de ser posible - aunque la inflamación presente pueda provocar una exacerbación del dolor ya que aumentamos más líquido al edema presente y así retiramos más los tejidos ocasionando mayor dolor.

También se recomienda la aplicación de flúor en dientes permanentes que regularmente empiezan a esta edad a reemplazar a los primarios.

En algunas ocasiones, observamos sobre todo en la región anterior, inferior, la erupción de dientes permanentes -atrás -por lingual- de los caducos y que amerita la extracción de estos últimos, pero a pesar de esto notamos clínicamente que el espacio dejado, no basta para un acomodo adecuado de los permanentes, evaluaremos la cuestión de desvanecer caras proximales de los dientes adyacentes para procrear mayor espacio o bien si consideramos que esto será insuficien-

te, haremos la extracción de estos laterales y caninos sobre todo, pero programando éstas para evitar maloclusiones severas en lo futuro.

También se sugiere vigilar y enseñar la técnica de cepillado adecuada y corregir la que el infante presente, ya que se muestra un incremento de placa bacteriana, debido a una negligencia en el cepillo dental en los niños de esta edad.

## EL NIÑO DE 8 A 12 AÑOS

El niño de ocho a doce años es una persona por lo regular muy centrado y responsable -la mayoría de las veces- de acuerdo a las experiencias adquiridas en años anteriores.

Le agrada alternar con muchos niños y es muy sociable. - Le gusta que lo tomen en cuenta, suele formar parte de equipos deportivos en la escuela, o con los niños de barrio, etc. Le agrada que sus padres jueguen con él y aprende a compartir aquello muy personal con otros niños, es decir le gustan las actividades del club, las excursiones, los campamentos, etc.

Ante situaciones desconocidas reacciona con aplomo y entereza, pero aun persiste cierto temor que se va disipando gradualmente.

Le gusta ser independiente -muestra cierta rebeldía ante las órdenes de los mayores-, no le agradan personas extrañas le hablen en forma mimosa ya que él lo toma como un asunto de "niñería" para con él y esto ofende su ego que tiende a que se le considere como una persona mayor.

Al alternar con otros niños va desarrollando su entidad colectiva, es decir empieza a comprender que ya no es él solo, sino que existen otros seres humanos como él, que sienten y actúan como él y que para realizar las tareas o juegos amplios necesita de la colaboración de otros para realizar - bien determinada actividad en forma más agradable y amena.

A la par que su desarrollo físico su nivel intelectual se ha acrecentado y comprende con claridad acciones y situa-

ciones que en edad anterior le parecían difíciles e incomprensibles.

La lectura es una de las actividades que le atraen y necesita buenos libros de temas seleccionados por padres y maestros para desarrollar sus propios gustos literarios -estos libros deberán ser colocados en lugares fácilmente asequibles.

Disfruta sintiéndose importante y útil al hacer mandados caseros, acomodar revistas y periódicos atrasados, juguetes, etc.

Le agrada la emoción primitiva de pertenecer a un grupo restringido y secreto -algún tipo de secta (?) o agrupación - que la gente desconozca -la pandilla del gorro azul, los vengadores negros, etc.

Se acomoda a las modas de vestir, hablar, jugar y conducirse de los de su "banda", admira a los niños mayores y necesita del ejemplo de éstos y la guía en materia de tolerancia moral y sentido de la vida y ante la volubilidad de sus aficciones necesita la condescendencia de éstos.

Requiere saltar, correr, empeñarse en ejercicios agotadores propios para mayores, pero se deberá vigilar esto en previsión de agotamiento arduo.

Le gusta participar en los planes y actividades familiares, viajes, paseos a centros vacacionales, planes para la diversión ante espectáculos artísticos y deportivos. Le agrada emprender cosas y terminirlas y que le dan enormes satisfacciones -armado y decorado de aviones, barcos, etc.

La libertad de visitar él sólo a sus amigos y ser anfitrión de los mismos en casa le ayudarán en el desarrollo de su personalidad.

Las actividades fuera de casa le dan ocasión de satisfacer su gusto por la aventura.

Necesita estar seguro de la comprensión y apoyo de sus padres en sus actividades creadoras y recreativas, asimismo deberá saber que ellos simpatizan con sus actividades artísticas -tocar el piano, la armónica, etc.-

La tolerancia hacia sus gestos nerviosos y la oportuna indagación de su origen por parte de sus padres -una mala nota en su boleta escolar que necesita ser revisada por sus padres y no cumplir él esto, podría ocasionar una anomalía en su comportamiento y conducta habitual. Además comprender ciertas situaciones en las cuales aún no asume una responsabilidad como se quisiera -arreglo de su ropa, juguetes, útiles escolares en su cuarto-.

Las pagas o propinas le ayudarán a conocer el valor del dinero y un cierto grado de independencia, a la vez el esfuerzo que requiere para tenerlo.

Con deberes impuestos en casa se acostumbrará a hacer frente a situaciones serias y adquirirá ciertas responsabilidades positivas.

Respecto a las preguntas del niño relativas al sexo, los padres deberán contestar francamente de acuerdo a la edad del infante.

Los horarios de sus tareas caseras, el ver televisión, deberán estar en común acuerdo con los padres y vigilados por éstos para fomentar la disciplina, la práctica de la argumentación y el razonamiento le ayudarán a desarrollarse mentalmente y adquirirá madurez si se le permite tomar decisiones y enfrentarse a las consecuencias de una equivocación.

## Posibles afecciones odontológicas

Podemos considerar que en esta etapa en que todavía persiste algunos de los dientes primarios, éstos muestran ya -- grandes lesiones cariosas y que en ocasiones sólo encontramos restos radiculares y que es incongruente pero a menudo -- encontramos grandes destrucciones de tejidos dentarios en la "muela de los seis años", la cual presenta a menudo la clásica forma de "molcajete" o "cazuela" dada la extensa lesión.

Casos frecuentes de hiperemias pulpares, pulpitis agudas o procesos parodontales a menudo se concentran más.

También es frecuente el observar en los premolares -- sobre todo -- ciertos grados de descalcificación a nivel de las cúspides o toda la cara masticatoria con un color blancuzco -- característico, lo mismo observamos en algunos primeros molares a nivel del surco mesovestibular, en donde se presentan -- pequeñas depresiones susceptibles al ataque de las caries.

Y dada la incidencia de los molares primarios mucho muy cariados en caras proximales, se presentan mesializaciones -- de los primeros molares tanto superiores como inferiores y -- dando como resultado erupciones fuera de lugar de los segundos premolares sobre todo, que al intentar erupcionar originan presiones sobre los primeros premolares en sentido mesial, acercándose a los laterales, disminuyendo el espacio -- propio para los caninos, el cual irremesiblemente erupcionará mucho muy labializado, ejerciendo presión sobre el lateral lingualizándolo y presentándose entonces una malposición dentaria mucho muy amplia y por demás antiestética.

Los tejidos gingivales son los que al final de cuentas -- van a sufrir múltiples alteraciones, lo que va a producir -- que éstos se dispongan de acuerdo a la situación presente, -- no cumpliendo satisfactoriamente su función de deslizar el -- alimento y reteniendo gran cantidad de éste gracias a dispo-

sición que presentan los dientes, aunado a esto la mala higiene que presentan los escolares de esta edad y la ingerencia de productos con gran cantidad de carbohidratos, da por resultado caries proximales de dientes antero-resuperiores - sobre todo -e inferiores.

También a esta edad es frecuente el observar mordidas - mucho muy cerradas en la región anterior, dientes con un grado de erupción anormal, es decir no erupcionan lo que debería de ser en la región posterior y mordidas cruzadas tanto en anteriores como en la región posterior.

Encontraremos pues una gama de anormalidades del aparato masticatorio, al encontrarse alterados algunos de sus componentes que van desde los dientes hasta los músculos masticadores que pueden tener un desarrollo hipo o hipertónico.

Algunos autores mencionan a los microorganismos causantes de la destrucción dentaria o presentes en procesos cariosos -caso concreto del estreptococo B hemolítico como agentes causantes de contínuas amigdalitis, las que pueden considerarse como vías para futuras enfermedades cardiovasculares, de ahí que la caries debe ser completamente erradicada de los dientes.

### Reacción psicológica ante el Cirujano Dentista

El niño de ocho años reacciona con cierto grado de interés ante el odontólogo, pues va aprendiendo a perder su temor, pero necesita que se le explique que le vamos a efec-tuar o el servicio y la utilidad del equipo odontológico y sólo basta hacer esto una vez para que lo acepte rápidamente aunque lo espera con cierto grado de estress.

El niño de esta edad que aún no ha tenido experiencia -

odontológica, reaccionara con cierto grado de interés y temor y al ocasionarle algún tipo de molestia o dolor, reaccionará con forma muy estruendosa, aceptará lo propuesto y cooperará ampliamente, pero solicitará mayor cuidado y calma.

Se comporta muy bien, permanece sentado en la sala de espera muy quieto ya que su inquietud y curiosidad dan paso a una calmada y expectativa espera ante situaciones desconocidas y que una vez experimentadas se comportará como una persona mayor de su edad.

Podemos decir que desde esta edad, el comportamiento del niño ante el cirujano dentista será el de un verdadero adulto bien el de una persona ya bastante razonable para mantener una conversación muy congruente con nosotros para cooperar ampliamente durante la cita operatoria si no le causamos experiencias odontológicas dolorosas en extremo.

Posibles tratamientos odontológicos a efectuar en esta etapa.

Ya que es frecuente observar lesiones cariosas amplias en los primeros molares, al remover ésta, ocasionará que los dientes queden muy frágiles, debemos proteger éstos, no dejando paredes delgadas o sin soporte dentinario. Se recomienda la incrustación, aunque la amalgama bien aplicada, da buenos resultados si su manipulación y condensación son excelentes.

Y ante casos cada vez más comunes de lesiones pulpares que van desde hiperemias, hipertrofias pulpares o bien claras pulpitis, muestra misión es conservar en lo posible a estos primeros molares mediante procedimientos de protección indirecta, o directa, según sea el caso; o bien mediante la-

extirpación del órgano pulpar ya sea parcial o totalmente. - Ahora bien si consideramos el caso en que la raíz no ha alcanzado su etapa completa de desarrollo y cierre formal del forámen apical hasta alcanzar la luz adecuada para que penetren al diente los vasos sanguíneos, linfáticos, y terminaciones nerviosas necesarias para asegurar la vitalidad del diente, efectuaremos una pulpectomía y aceleraremos el cierre del forámen apical con sustancias que contienen hidróxido de calcio y efectuar posteriormente una buena obturación de conductos.

Además recordemos que es el primer molar permanente la base para una buena oclusión futura, ya que nos dará la dimensión vertical adecuada para facilitar el acomodo de los demás dientes, tanto en situación anterior como para implantar la contactación con los antagonistas.

Ahora bien si al evaluar el problema, se hace necesaria la extracción, colocaremos un mantenedor de espacio para evitar la extrusión del antagonista o bien dejaremos que sea el segundo molar el que ocupe el lugar del primero si esto es necesario.

Las extracciones seriadas previamente programadas ante la falta de espacio por mesialización de los adyacentes en relación posterior, nos obligarán muchas veces a la extracción de los primeros premolares con la finalidad de conservar al canino en su lugar adecuado, ya que un diente que presenta una raíz larga muy útil para fines protéticos en caso de así ameritarse.

En algunos casos se presentan impactaciones o inclusiones de caninos superiores sobre todo, que obligan a su extracción ante un posible enquistamiento futuro. Esto en ocasiones es fácil de efectuar por parte del odontólogo si sigue los procedimientos y maniobras operatorias propias del

caso, expuestos en libros de texto relativos a la Cirugía Bucal y llevada a cabo siempre con la ayuda de un auxiliar que conozca el asunto para hacerlo de una manera rápida y eficaz aun con el empleo de anestesia local.

Un procedimiento operatorio descrito a grandes rasgos - sería (en el caso de canino superior impactado).

- a) Excelente serie radiográfico -tanto periapicales como oclusales y en algunos casos panorámicas- para - determinar en lo posible la disposición, tamaño, -- forma y cantidad de dientes impactados, así como -- precisar el sitio de acceso operatorio-vestibular o palatino.
- b) Tener el equipo e instrumentos, así como el material complementario necesarios para la operación -- por efectuar - Eyector quirúrgico, fresas quirúrgicas de alta y baja velocidad y respectivas unidades de trabajo, legras curetas, elevadores rectos, peri apicales y de bandera, forceps adecuados de extremos activos delgados- tipo bayoneta- , raigoneras, bisturí con navajas intercambiables, limas para hueso, tijeras para cirugía, pinzas de curación, espejos bucales, portaagujas, hilo seda 3 0 ó 4 0, gassas, suero fisiológico, solución isotónica (jerin-- gas para irrigar las soluciones), etc.
- c) Anestesia local, para bloquear tejido dentario y -- gingival y en ocasiones óseo.
- d) Incisión unilateral o bilateral de acuerdo a las -- circunstancias.
- e) Desprendimiento de encía del hueso y creación de un

colgajo amplio suficientemente adecuado para no entorpecer las maniobras quirúrgicas.

- f) Si se requiere de la ampliación de una ventana amplia, la efectuaremos mediante el uso de fresas quirúrgicas a alta o baja velocidad según sea la preferencia estas últimas requieren constante irrigación para no hacer un sobrecalentamiento lesivo al hueso. Esto le llamamos Osteotomía.
- g) Se ampliará la ventana para facilitar la extracción de un solo intento pero de no ser posible esto último, se efectúa la sección del diente (Odontosección) y posterior extracción de las partes seccionadas -- con elevadores de bandera, periapicales o rectos.
- h) Una vez extraído completamente el diente impactado, retiraremos el capuchón de tejido blanco que rodeaba al diente para no dejar vestigios susceptibles - de posibles enquistamientos futuros, mediante el curetaje en la cavidad ósea resultante.
- i) Limaremos las crestas óseas cortantes y lavaremos - profusamente para que no queden seguir las óseas o - dentarias que ocasionen algún tipo de secuestros y - procesos infecciosos resultantes.
- j) Suturar con puntos aislados para juntar los labios - de la herida.
- k) Prescripción de antiinflamatorios y analgésicos, -- así como de reposo, citando al paciente a los 4 ó 5 días para quitar las suturas.

En casos de fracturas dentarias sobre todo en dientes - anteriores superiores, no se recomienda el procedimiento resu

taurativo a base de jackets Crown y de coronas Veneer, por presentar aun estos dientes una pulpa mucho muy amplia, susceptible de sufrir lesión al fresado, ya sea por sobrecalentamiento o por exposición accidental de algún cuerno pulpar.

Se prefiere el grabado de resinas como material restaurador eficiente y estético, esto se efectúa comúnmente y por demás fácil y rápido.

Una técnica sería:

1. Si la lesión es amplia y cuando clínica y radiográficamente se aprecia cercanía con algún cuerno pulpar, pero sin llegar a herirlo, aplicaremos una delgada capa de hidróxido de calcio.
2. Aislado previo ya sea en forma relativa o absoluta.
3. Secado con aire para deshidratar el área donde aplicaremos algún agente grabador como es el ácido fosfórico- previamente diluído al 50%, dejando que actúe durante un minuto, o bien al 30% 2 a 3 minutos, de acuerdo a las indicaciones del fabricante.
4. Se aplica agua para eliminar el ácido restante y se secan con aire a baja presión las áreas grabadas.
5. Aplicación de la resina, primero la líquida y después la pasta sólida ayudándonos con una cofia o tiras de celuloide para contener y delimitar la resina, dejamos endurecer durante 7 minutos aproximadamente de acuerdo a las indicaciones del fabricante.
6. Retiramos la cofia o la tira de celuloide y removemos los excedentes ayudándonos con fresas de diamante, fresas para resina, discos para pulir y tiras de lija.

Claro está que ya en esta edad podemos aplicar todos --  
los procedimientos odontológicos antes mencionados.

## TRATAMIENTO ESPECIAL A NIÑOS DIFÍCILES NORMALES EN EL CONSULTORIO DENTAL (MENORES DE SIETE AÑOS)

En algunas ocasiones nos llevan a nuestra consulta a determinado tipo de niños que presentan ciertas características que hacen que se les consideren en cierta clasificación que llamaremos difíciles siendo éstos completamente normales psíquicamente.

Este término lo emplearemos a los infantes que requiriendo atención odontológica no se presentan bajo ninguna circunstancia común al colaborar con nosotros cuando intentamos hablarles siquiera en algunos casos.

Como hemos notado estos niños son normales físico-intelectualmente, pero no cooperan ante algún procedimiento odontológico rutinario, por lo que en mi práctica personal he hecho, es necesario efectuar en ellos un procedimiento que según diversos puntos de vista parecerá drástico e inhumano según dicen pero que hasta ahora no hemos notado resultados negativos un tanto agresivo y cruel (?).

Tal vez aquí entra en juego el amor propio y el deseo de demostrar que al recurrir a uno como odontólogo (los pacientes) tenemos la obligación de demostrar con hechos la eficacia de nuestro trabajo.

Ahora bien una medida comúnmente adoptada por algunos compañeros odontólogos, es el uso de la anestesia general como auxiliar en este tipo de pacientes y que ni siquiera se toman la molestia de intentar someter al paciente mediante los procedimientos rutinarios y sólo en determinados casos extremos po-

demostramos pensar en este medio como último recurso.

Anotaremos y ratificaremos que el empleo de la anestesia general como auxiliar en tratamientos odontológicos es bueno, efectivo, rápido de inducir y aparentemente sin efectos tóxicos generales, pero que aumentará el costo de susodicho tratamiento y nos preguntaremos: puede pagarlo la gente común que somos la mayoría?.

En diversos libros de texto, preconizan que debemos intentar todos los recursos posibles conocidos no lesivos, antes de pensar someter al paciente mediante la anestesia general.

De ahí en este pequeño capítulo, detallaremos algunas técnicas que solemos emplear ante este tipo de pacientes y que -- nos han dado excelentes resultados sin ningún daño o psíquico-posterior.

Debo aclarar que estas técnicas no son de nuestra invención, las hemos asimilado de otros compañeros odontólogos, aun que si las hemos modificado de acuerdo a nuestras características personales.

El niño difícil lo consideramos como tal, al paciente que va desde llorar ampliamente sin lograr callarle, hasta el niño-caprichudo e irracional en extremo, incluso sus padres no lo gran someterle con palabras--por lo común en estos últimos los culpables de dicha actitud infantil--lloran con intensidad y -- frecuencia extraordinaria, patean, golpean objetos a su alcance e intentan o amenazan golpearnos o mordernos. Y a veces llegan a decirnos malas palabras, en fin nos muestran un cuadro sumamente desalentador y aparentemente parece ser que no -- colaborará con nosotros.

Por lo regular ni siquiera se sientan y están siempre al lado de sus padres berriquiando y pidiendo a lágrima viva que--

salgan inmediatamente de "... este lugar tan feo y horrible..."

Algunos pacientes se comportan así y hacen que sus padres a quienes les apena la situación, empiecen a ponerse nerviosos, en tensión y que provenga la amenaza del maltrato físico, incluso dentro del consultorio dental; otros nos sugieren que -- por favor atendamos a sus hijos en una cita futura y que llegando a casa "... hablarán con sus hijos...", y que seguramente después colaborarán con nosotros. (Es obvio que dicha plática se refiere al empleo del maltrato físico con la vanal respuesta del niño que si se dejará).

Esto es contraproducente para nosotros ya que demostrará nuestra ineptitud al dejar que nos "ayuden" en esa forma los padres, que al parecer ya han intentado el convencimiento mediante regalos, promesas-sobornos clásicos y que rotundamente han fracasado y consideran como último recurso dicha actitud negativa.

Debemos hacer como anotamos anteriormente, que los padres adquieran confianza absoluta en nosotros aún en las primeras citas, mediante una conversación previa con ellos, en la cual utilizaremos toda nuestra elocuencia y poder de convencimiento para lograr dicha confianza e indicarles que fácilmente podemos resolver alguna circunstancia o contrariedad que se dé.

Otros pacientes se tornan difíciles a consecuencia de los comentarios que oyen respecto a los procedimientos odontológicos, ya sea por parte de propios padres, o bien mediante conversaciones con sus familiares o amigos.

El niño "caprichudo" o el "rebelde" que desea que todo se le cumpla y cuando no está de acuerdo, o bien se niega a tal o cual cosa, hace gala de su ya clásico berrinche o ataque histérico, tirándose al piso y llorando como si lo estuvieran golpeando.



ñante que salga y que nos deje a solas con su niño. Aquí por lo común los acompañantes intentan convencerle a que coopere o se irán a casa, aunque el llanto de sus hijos les haga inconscientemente permanecer ahí y no salir, por lo que pediremos a los padres nuevamente que salgan, al hacerlo el niño pedirá -- que se queden y que si cooperará, "... pero que no se vayan..." Es entonces cuando debemos indicar con palabras suaves pero -- enérgicas y convincentes-sin alterar demasiado la voz dirigirnos al niño y decirle que si no coopera a la próxima intentona, sus padres si saldrán y quedará solo.

Frecuentemente al llegar a este estado, el niño miedoso - difícil coopera ya que no desea quedarse a solas (a quien todo lo que ve le causa temor).

Y mediante el empleo de paciencia y mucha perseverancia y ante todo técnicas odontológicas adecuadas, procederemos a - - atender al niño, aún en las primeras citas, cuando no nos conoce ni nos da toda su confianza.

Evitaremos ante todo con este tipo de pacientes, causarle un máximo de dolor en los procedimientos odontológicos requeridos para ir ganando así su amistad y platicándole continuamente cosas de su agrado e interés.

Veamos ahora el caso del niño "miedoso rebelde" difícil.

Se muestra renuente a sentarse y soltar a su acompañante, con su clásico lloriqueo alarmante y profuso.

Una vez que ha sido llevado al sillón dental, pediremos - al padre en cuestión y que se retire unos cuantos pasos de ahí.

Si el niño tiende a aferrarse al padre, nosotros lo sujetaremos e impediremos que así lo haga, indicándole que de seguir así, haremos que salgan.

Frecuentemente el niño tiende a revolverse en el sillón dental e intenta desasirse de nosotros, a patear, a decir ma las palabras, a llorar desafortadamente, en fin emplea todos -- sus recursos para dejarle en paz.

Ante esta situación por demás desagradable, pediremos y - haremos salir a los padres de la sala operatoria, indicándoles que no se preocupen, que podemos controlar la situación, que - no es nueva esta situación para nosotros y que les llamaremos - cuando creamos esto necesario.

Al salir los padres el niño llora con mayor intensidad y - frecuencia, golpea lo que se encuentra a su alcance y amenaza - con atacarnos si no lo dejamos ir con sus padres que por lo co mún esperan en la recepción y se encuentran a la expectativa, - entonces como sin dar importancia le diremos que puede hacer - lo que quiera, pero si persiste en ello, no llamaremos a nadie hasta que se comporte como debe de ser; al ver que sus pala - bras y acciones no surten efecto, promete que si dejará de llo rar o que cooperará pero que vengan sus padres y lo dice con - tal elocuencia que tenemos que darle crédito aparentemente a - sabiendas que muy probablemente no sucederá así. Nuevamente - al estar presentes sus padres vuelve a intentar su treta infan - til de llorar y exigir que se lo lleven de ahí pero ya. Volve mos a indicar al niño que se controle o nuevamente haremos sa - lir a sus padres y como persiste en esa actitud, haremos que - salgan y esperen nuestro llamado, es posible que esta situa - ción se repita varias veces, hasta que decidamos ponerle fin - hablando drásticamente al niño, indicándole que ésta será la - última vez que trate de engañarnos y que ésta próxima vez sus - padres se irán a casa quedándose él hasta que coopere y en ca - so de no hacerlo se quedará indefinidamente y si sigue en el - mismo plan, pediremos a los padres que se "vayan" previamente - les haremos entender que esto es necesario y que digan a su hi jo que como no quiere cooperar se marcharán a casa y solamente

vendrán cuando nosotros se lo pidamos, haciendo el simulacro - de así hacerlo -En ocasiones ha sido necesario que realmente - abandonen el consultorio dental y regresen posteriormente cuando les llamemos).

El niño ante esta situación inesperada, tiende a cooperar ante el temor de quedarse solo y que nadie le defenderá de nosotros.

Pero si el niño aparenta cooperar pero a la vez utiliza - variados recursos para aplazar tal o cual tratamiento, le indicaremos que ya estuvo bien y en cambio si coopera más pronto - se irá a casa.

Debemos cumplir nuestra palabra de que salgan de la sala-operatoria los padres hasta que hayamos terminado lo planeado - a efectuar en esa cita, prometiendo que si se comporta mejor - podemos permitir que entre su acompañante o que terminaremos - pronto.

Aún ante súplicas y promesas de "portarse bien" mantendremos nuestra postura para demostrar que somos más obstinados -- que él. Pero que daremos mayor celeridad a nuestro trabajo; - es entonces cuando nuestro paciente empieza a comprender que - nosotros podemos más que él y tiende a cooperar, pero primero - suele arrancarnos la promesa de que sea rápido lo que hagamos.

Actuaremos entonces con delicadeza, rapidez y seguridad - en nuestros procedimientos, indicando antes lo que vamos a hacerle y demostrando con hechos la veracidad de nuestras palabras.

Es importante hacer al niño que hemos cumplido lo pactado con él y que llamamos a sus padres a veces a la mitad de la cita sólo porque él cooperó como todo un valiente y que si se -- comporta así lo atenderemos mejor en las próximas citas y que-

nos considere como sus amigos que sólo pretendemos curarle sus problemas dentarios y bucales. Regularmente el niño se presenta ahora mucho más calmado y promete muchas cosas respecto a su comportamiento futuro.

Analicemos ahora el caso del niño "caprichoso" difícil.

Este tipo peculiar de pacientes con quienes los procedimientos ordinarios no surten ningún efecto y a quien ya hemos tratado de convencer con las anteriores técnicas y que observa y mantiene su postura por capricho típico, hace el berrinche característico como es el de azotarse en el piso, intentar y lograr arañar, golpear, morder, tc.; a quienes le impidan reunirse con sus padres, llorar a grito abierto, decir un repertorio de malas palabras y parece que lo agrade uno físicamente por su comportamiento.

Viendo que las palabras no surten efecto, procederemos al empleo de la restricción física mediante el empleo de una "toalla" o "trapo" cuyo objetivo es someter al niño por muy difícil que se ponga, esto se logra cubriéndole la boca y la nariz, impidiéndole el paso del aire y dificultarle la respiración momentáneamente, aplicando ésta con fuerza e impidiendo que se la quite, sujetando con una de nuestras manos las extremidades superiores, para evitar que se la quite como anotamos, con suavidad hablaremos a su oído palabras suaves pero enérgicas; es posible que ceda en su actitud en la primera puesta, pero de no ser así, seguiremos utilizando este recurso el número de veces requerido hasta alcanzar el objetivo que nos hemos propuesto, ya sea su colaboración o su acatamiento.

En algunos pacientes debido a su peso y corpulencia física, es necesario sujetarle piernas y brazos y rodearles, apoyamos su cara en nuestro pecho para un mejor control, estando uno convenientemente sentados y lejos del alcance de objetos -

que puedan ser dañados por el infante cuando éste se mueva o -  
 pateee contra nosotros o contra lo que ve enfrente o manotee.

Ante esta situación, el niño opta por rendirse y pide que se le quite dicho trapo, pero si al quitárselo continúa llorando o mostrando renuencia a cooperar, se le dirá que la próxima intentona será poniéndoselo por mayor tiempo e incluso se ejercerá mayor presión contra su cara y que no pida que se la quitemos, porque no se le obedecerá ya que no cumple lo que promete. Y sólo en caso de obediencia, no se le volverá a aplicar.

En caso de presentar renuencia, aplicaremos con mayor -  
 fuerza la "toalla" incluso nos atrevemos a sugerir, que se continúe la presión hasta que el niño se le dificulte la respiración y al notar que hemos ido demasiado lejos en este procedimiento, claro está sin riesgo de provocar asfixia, aflojaremos para permitir el paso de aire, para luego volver a presionar con la misma intensidad anterior. Esto se hace con la finalidad de desesperar al niño y hacerle ver que uno puede más que él, debido a nuestro tamaño, fuerza y tenacidad y que lograremos irremisiblemente nuestro objetivo a pesar de las trabas -- que nos ponga.

Claro está que esto lo utilizaremos como último recurso, -  
 para lograr nuestra finalidad y que lo haremos cuantas veces -  
 sea necesario hasta así conseguirlo y dominar al niño.

Este procedimiento lo haremos obviamente en su totalidad -  
 a solas, sin que para esto entre o pidan colaborar los padres,  
 ya que sufrirían y angustiarse al ver esto. Aunque en alguna  
 cita futura y cuando hayamos terminado el tratamiento odontológico,  
 les diremos a los padres -si nosotros queremos claro está-  
 la forma sin entrar en detalles de como lograremos esto.

Este método es muy eficaz para hacer callar a un niño que

llora desafortadamente, a un niño que aunque calmado se niega - rotundamente a que se le apliquen las famosas "hormiguitas" para evitarles dolor, cuando éstas son requeridas en nuestros -- procedimientos operatorios.

Una vez lograda la cooperación del paciente entre en juego nuestra habilidad para hacer ver al niño que esto fué muy - necesario para hacer que cooperara y que si en otra ocasión in tente hacer su "teatrito" lo volveremos a hacer sin miramien-- tos de ninguna especie, es decir prevenirlo para otra cita futura en la que no quiera cooperar.

En algunas ocasiones el niño logra tomar la toalla y tien de a esconderla, con toda calma, le diremos y mostraremos que-- tenemos muchas de esas e incluso más grandes, hasta hacer que-- nos la entregue o que la coloque en el lugar que le indiquemos. Y cuando decida cooperar, le diremos que la toalla ahora nos - servirá como recordatorio, incluso nos damos el lujo de colo-- cársela sobre su blusa, diciéndole que es para que no ensucie-- sus ropas. Esto es con el objetivo de no crearle una fobia ha cia el trapo y hacerle ver que somos nosotros los que vamos a-- decidir cuándo, cómo y dónde haremos lo requerido en dichas ci tas, aunque podemos aceptar sugerencias de su parte siempre y-- cuando sean éstas coherentes.

Muchos autores están en contra de éstas técnicas, las cua les las consideran nocivas para la psíque del niño, hemos com-- probado que tal aseveración no tiene una base sólida como tal-- ya que el paso del tiempo hemos visto que no se procrean situa-- ciones de trauma psíquico demostrable. Tal vez basen sus fun-- damentos en que no las aplican con el cuidado que se requiere-- y el deseo de lograrlo y de ahí que preconizan el empleo de la anestesia general sin más ni más, ya que esto ocasiona a veces pérdidas de tiempo.

Cabe mencionar que el empleo de fármacos como premedicación es un recurso de muchísima utilidad en este tipo de pacientes considerados difíciles como sería el empleo de sedantes adecuados al peso y tamaño del infante en cuestión, para calmar un poco el ímpetu y agresividad que muchos de éstos suelen presentar.

Recordemos que nuestra premisa es atender odontológicamente y de la mejor manera posible a todo tipo de pacientes y que mientras más difícil se nos presenten, mayor satisfacción es ver realizado nuestro trabajo en forma eficaz y que quienes recurren a nosotros queden satisfechos plenamente.

## HÁBITOS ORALES NEGATIVOS

Un hábito es una práctica fija, producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el hábito - se hace menos consciente y si se repite a menudo, puede ser relegado por completo al subconciente.

Se sabe que determinados actos continuos, son causa de malposiciones dentarias y por ende ocasionan una disfunción en la cavidad oral.

### Clasificación de hábitos.

1. Hábitos que son perversiones de los procesos funcionales normales.
  - a) Hábitos anormales de succión.
  - b) Hábitos anormales de respiración.
  - c) Hábitos anormales de fonación.
  - d) Hábitos anormales de deglución.
  
2. Hábitos diversos.
  - a) De la lengua.
  - b) De los carrillos.
  - c) De morderse las uñas.
  - d) De los labios y frenillos.
  - e) De llevarse cuerpos extraños a la boca.
  - f) Masoquistas.
  
3. Hábitos de postura.
  - a) Hábitos ocasionados por presiones anormales de diferentes elementos.

- b) Hábitos al dormir.
- c) Hábitos al estudiar.
- d) Hábitos de la mímica.

1. Hábitos que son perversiones de los procesos funcionales.

#### Hábitos de Succión.

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida, revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto.

La succión se observa frecuentemente en el pulgar y el mantenimiento del dedo en la boca se vuelve sustituto de la madre, cuando no está disponible con el alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca y también de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como un signo de independencia o de separación de la madre.

El niño parece encontrar un alivio a todas las irritaciones al succionar, esto requiere normalmente la presencia del pezón en la boca o la presencia de un dedo o de artículos habituales que produce aproximadamente el mismo efecto sedante.

Se acepta que si este hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no existe probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas dentarias, pero si el hábito persiste de 6 a 12 años de edad, pueden producirse consecuencias lamentables.

Uno de los efectos producidos y quizá el más importantes es la maloclusión resultante, por lo común una clase II subdivisión 2 de Angle; siendo ésta la más frecuente, tomando como factores importantes la posición del pulgar y de la acción de palanca que se ejerza sobre los otros dientes y el alvéolo, --

por las fuerzas que genera y de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo.

La retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano y el brazo la fuerzan continuamente a adoptar una posición en retrusión.

Cuando los incisivos son empujados labialmente, el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua está mantenida contra el paladar.

La fuerza muscular de los carrillos produce contracción del arco maxilar y el labio superior se vuelve hipotónico y el inferior está presionado contra los incisivos superiores.

La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultades del lenguaje.

Para la corrección y eliminación, existen diversos aparatos e implementos ya sean fijos o removibles, la mayoría de los cuales sirve como un "recordatorio" para el niño, esto siempre y cuando dicho niño desee ser ayudado al explicarle nosotros y mostrarle las consecuencias de la persistencia de dicha "costumbre" -un guante de tela para el pulgar por ejemplo.

Aunque por lo común son dispositivos que separan el pulgar del paladar, así la succión no se produce y el acto es ineficaz.

Dichos aparatos consisten en enrejados o rejillas fijadas con bandas o coronas en los primeros molares primarios a cada lado del arco superior.

La rejilla la forma una sola barra o un armazón con varias barras, dichas barras deberán estar separadas del paladar ligeramente en la línea media.

Habitualmente el reflejo de llevar la mano hacia la boca desaparece en pocas semanas y el aparato puede retirarse; si el hábito reaparece, el aparato puede volverse a colocar por más tiempo.

#### Hábitos de la Respiración.

La respiración bucal puede deberse a varias circunstancias:

- a) Por obstrucción.
- b) Por hábito.
- c) Por defectos anatómicos labiales.

Cuando respiran por la boca por obstrucción, se presenta dificultad para inhalar aire a través de los conductos nasales -presencia de mucosidad exagerada en las fosas nasales-.

El niño que respira continuamente por la boca por "costumbre" aunque no haya obstrucción presente puede ser precedida de lo anterior.

El infante que presenta defectos anatómicos labiales y respira por vía bucal, por ejemplo labio superior corto, que le impide cerrar por completo y se logra con grandes esfuerzos por parte de éste.

Tomaremos en cuenta ciertos factores predisponentes como son:

- a) Hipertrofia de los turbinantes causados por alergias, infecciones crónicas de la mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
- b) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

- c) Hipertrofia de los tejidos linfoides, faríngeos y -- adenoides, por ejemplo durante las horas de sueño, -- cuando el niño está acostado y la amígdala faríngea -- aumenta de tamaño, puede cerrar por acción mecánica -- los pasajes de la nariz y la farínge, bloqueadas las -- coanas y forzando al niño a respirar por la boca.

El tratamiento depende de la causa motivante, si es por -- anomalía anatómica requerirá intervención quirúrgica del oto-- rrinolaringólogo, ejercicios musculares y tratamiento de las -- maloclusiones.

Y el método simple aconsejado en pacientes por simple hábito, es por medio de una pantalla oral de acrílico que se inserta en el vestíbulo de la boca, entre los labios y los dientes. Se usan durante las horas de sueño de modo que el paciente se ve obligado a respirar por la nariz. Dicha pantalla debe extender sus límites superiores e inferior hasta el surco -- mucogingival y en la zona posterior hasta premolares. Se puede usar conjuntamente un trozo de tela adhesiva para evitar -- que durante la noche se desaloje y se pierda su función.

#### Hábitos de Fonación.

Algunos niños acostumbran sisear las palabras, es posible que esto se deba porque la extremidad de su lengua tiene contacto con los incisivos y la mandíbula se mantiene más o menos estacionaria.

Estos hábitos producen desviación labial de los incisivos o infraoclusión de los mismos.

El estudio detenido de la posición ocupada por la lengua, de los niños con defectos de pronunciación revela a menudo causa de maloclusión. Para combatir estos hábitos el ortodoncista necesita de la cooperación de un especialista en ortolalia,

que enseña al paciente a vencer los defectos fonéticos eliminando así la causa de la presión anormal ejercida sobre las arcadas cuyo agente generalmente es la lengua.

#### Hábitos de Deglución y Formas Anormales de Alimentación.

El niño después de nacer deberá ser alimentado por leche materna. Primero porque así empieza a ejercer el debido estímulo -al hacer que sus pequeños músculos empleen una fuerza extraordinaria para lograr su requerimiento alimenticio-, para el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilofaciales y segundo porque el niño mamando en los brazos de su madre adquiere un sentimiento de seguridad, alegría y de protección.

El uso prolongado de "mamila" o "chupón" es capaz de producir una maloclusión, ya que la presión constante de estos objetos produce un desplazamiento de los dientes sobre los que se aplica, alterando las relaciones oclusales de las arcadas. En la actualidad existen biberones cuyos chupones grandes o -- con grandes orificios, llenan completamente la boca del niño, ya que el chupón se extiende hacia atrás en el paladar blando y así el niño no requiere gran trabajo y no usa adecuadamente el dorso de la lengua, ni los labios de una manera constante y así empieza el hábito de deglutir incorrectamente.

Como sabemos la lengua con la lubricación de la saliva da forma al bolo alimenticio, que guiado a la faringe constituye el primer acto de la deglución, y si éste se presenta pervertido originado por una presión entre los dientes en todos los actos de la deglución por el vicio que se denomina "perversión muscular" y es de resultados desastrosos ya que ocasiona mordida abierta- sacará la lengua entre los dientes en cada ocasión que pase saliva o alimento.

#### 2. Hábitos Diversos.

##### Hábitos de Lengua.

La lengua es un órgano susceptible de colocarse en las posiciones más imprevistas y con más frecuencia que ningún otro. La lengua como sabemos interviene en los requerimientos de la fonación, deglución, succión, etc., está bien adaptada en sus funciones, pero también puede con facilidad responder a los deseos nerviosos del niño y en mala coordinación llevarla a posiciones indeseables, que le causen placer o malos hábitos.

El hábito de tener la lengua entre los dientes es el más grave, esta posición viciosa puede producir por presión constante de día y de noche, trastornos muy serios tanto estéticos como funcionales, considerando la exagerada fuerza que tiene, fácil es de comprender el daño y la deformación que puede producir modificando la posición de las piezas dentarias, aquí podemos recordar el axioma que reza: "el músculo domina al hueso"

El hábito de morderse la lengua puede localizarse en la región de los incisivos provocando mordida abierta o bien en la región de los premolares y molares ocasionando una maloclusión de éstos.

El empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos superiores, aunque también puede presentarse de presión de los incisivos inferiores, con mordida abierta -- pronunciada y "ceceo".

Respecto al tratamiento de este hábito oral negativo dependerá de la edad y capacitación del paciente, un niño pequeño no responderá a nuestras sugerencias en cuanto a la posición de la lengua al deglutir.

También se sugiere un dispositivo similar al usado en el tratamiento de erradicación de succión del pulgar, excepto que las barras palatinas están colocadas en forma horizontal que se extienden hacia abajo desde el paladar, para evitar que la lengua empuje hacia adelante.

### Hábito de los carrillos.

La succión de los carrillos puede ser unilateral o bilateral cuando se practica en forma bilateral, ocasiona una reducción en el crecimiento normal de la mandíbula como del maxilar, cuando es unilateral puede ocasionar una maloclusión del tipo-mordida cruzada.

Esto puede solucionarse en parte por medio de la colocación de una placa o pantalla vestibular que impida dicha succión.

### Hábito de morderse las uñas.

Las que practican este hábito tienen aparentemente una -- costumbre inocente pero puede producir también una maloclusión dentaria, es tan frecuente entre niños y adultos y diffcil de suprimir.

Algunos autores clasifican a éstos, roedores de uñas como enfermos de tipo neurótico, otros explican este hábito como suplemento de chuparse los dedos. Al parecer esto se debe en definitiva a una tensión emocional contenida por conflictos psfquicos, tales como sentimientos de agresividad, poca atención-afectiva de los padres o de otras personas.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente. Este hábito, llega a abandonarse mediante fuerza de voluntad, -- aunque también puede persistir de por vida.

### Hábitos de los labios y frenillos.

Aquí encontramos el chupeteo y mordida del labio, el chupeteo de éste puede ser aislado o bien acompañado de la succión del dedo, casi siempre se trata del labio inferior.

Por lo común se presenta en la edad escolar, aunque a veces se presentan hábitos de mordida del labio superior. Cuando el hábito de mantener el labio inferior abajo de la región posterior de los dientes superiores se mantiene repetidamente, el resultado es la labioversión de estos dientes, también a menudo una mordida abierta y algunas veces linguoversión de los incisivos inferiores.

El odontólogo puede ayudar con la proposición de ejercicios tales como la extensión del labio superior debajo del borde de los incisivos superiores y la aplicación con fuerza del labio inferior contra él. El mordisqueo del labio también se puede corregir por medio de la colocación de un arco lingual de alambre sostenido por medio de bandas o coronas colocadas en los primeros molares temporales y además con la colocación de una sección del arco en la cara labial en donde se aplicará acrílico autopolimerizable. Usando aproximadamente un mes este aparato se corregirá este hábito.

Un hábito raras veces observa es el del empuje del frenillo, si los incisivos permanentes superiores presentan diastema, el niño puede trabar su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esta posición durante varias horas. Este hábito se inicia probablemente como un juego ocioso, pero puede desarrollarse en acto que desplace los dientes, ya que los separa.

Hábito de llevarse cuerpos extraños en la boca.

En los niños pequeños se observa gran tendencia de llevarse a la boca todo aquello que está a su alcance y si esto ocurre cuando están en etapa de erupción dentaria puede ocasionar que se desvíen de su lugar, si no se elimina dicho hábito (meterse a la boca cucharas, juguetes, puntas de telas).

Y ya en época escolar se observa la introducción de obje-

tos en boca tales como lápices, gomas, plumas, etc., siendo -- efectuados estos hábitos por placer o comodidad.

En las mujeres adolescentes vemos que es muy común encontrar que abren "pasadores" para el pelo con los incisivos para colocárselos en la cabeza.

Se ha observado aserramiento de incisivos y dientes parcialmente privados de esmalte por su cara labial.

La corrección se llevará a cabo de acuerdo al cuerpo extraño utilizado haciéndolo notar y hacer ver al paciente en -- cuestión la conveniencia de interrumpir dicho hábito, o lesionar gravemente sus dientes.

Hábitos masoquistas.

Ocasionalmente se puede encontrar niños con hábitos de esta naturaleza.

Un niño examinado -Sidney B. Finn- utilizaba la uña del -dedo pulgar para rasgar el tejido gingival de la superficie la bial de un canino inferior.

El hábito había privado completamente a la pieza dentaria del tejido gingival marginal, exponiendo el hueso alveolar. El tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica y también envolviendo el dedo con cinta adhesiva.

### 3. Hábitos de Postura.

Se ha observado en ciertos niños que al dormir, acostumbran apoyar su cabeza sobre su mano, pero haciendo presión sobre el carrillo, o bien al estudiar apoyan una mano sobre la -cara, causando deformaciones y maloclusiones.

Estos hábitos son relativamente fáciles de corregir; por-

lo que a la mímica se refiere, es bien sabido que los niños -- tratan de imitar a los adultos, como el caso de un niño con fa miliar que sufre de una deformación protrusiva de la mandíbula, es casi seguro que el niño tratará de imitar esta situación, - ya sea al hablar o ante un grupo de amigos en sus juegos.

Otros hábitos pueden ser producidos por "tentación" como cuando una pieza dentaria está fracturada, o falta, engendra - la costumbre perniciosa de tocar con la lengua el borde fractu rado o el espacio de la pieza perdida esto puede ocasionar la temida mordida abierta.

Los hábitos de postura durante el día son fáciles de co-- rregir si se obtiene la cooperación activa del niño, lo que se efectúa en la noche, requiere el uso de dispositivos psicológi cos como motivaciones y vigilancia aplicada por parte de los - padres.

## CONCLUSIONES

El manejo del niño durante el procedimiento odontológico es una experiencia mucho muy grata y satisfactoria si se cumple con algunos de los conceptos anotados.

La importancia de preservar los dientes primarios y permanentes mediante procedimientos preventivos o correctivos, tiene como finalidad contribuir a asegurar una óptima salud en general.

Al niño debemos entenderlo como tal y ajustarnos a sus limitaciones tanto físicas como intelectuales para poder atenderlo odontológicamente hablando- como es debido.

Jamás debemos ocasionarle algún trauma que vaya en detrimento de su futura personalidad.

Lograr que el niño capte la importancia de la salud dental y bucal como elementos importantes de su entidad orgánica general y como lograr y mantener ésta.

Asimismo asegurar la cooperación y supervisión de los padres en cuanto al cepillado dental, la no excesiva ingerencia de productos ricos en azúcares e inspección constante de los dientes de sus hijos o su visita al consultorio dental para exámenes de rutina.

Encaminar éstos nuestros esfuerzos para que cada vez se mejore nuestra posición odontológica en el campo médico y se capte su importancia dentro de las demás profesiones como es y debería ser.

Y llevar nuestra odontología a quienes la necesitan y no-  
limitar a la élite que pueda pagarla.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BURKET LESTER W. "Medicina Bucal"  
Ed. Interamericana 7a. Edición.  
México, 1980.
2. FINN SIDNEY B. "Odontología Pediátrica"  
Ed. Interamericana 4a. Edición.  
México, 1976.
3. FLOYDE EDDY HOGEBOOM. "Odontología Infantil e Higiene Odontológica"  
Ed. UTEHA 6a. Edición  
México, 1958.
4. GRIEDER ARTHUR. "Psicología Aplicada en Odontología"  
Ed. Mundi 1a. Edición.  
Buenos Aires, 1970.
5. HOLLOWAY P.J. Y SWALLOW J.N. "Salud Dental Infantil"  
Ed. Mundi 2a. Edición.  
Argentina, 1979.
6. KENNEDY D.B. "Operatoria Dental en Pediatría"  
Ed. Panamericana 1a. Edición.  
Buenos Aires, 1977.
7. Mc DONALD RALPH E. "Odontología para el Niño y el Adolescente"  
Ed. Mundi 2a. Edición  
Argentina, 1975.

8. MAYORAL JOSE Y MAYORAL GUILLERMO. "Ortodoncia-Principios-Fundamentales y Práctica"  
Ed. Labor      3a. Edición      1977
9. RAMFJORD DR. SIGURD P. "Oclusión"  
Ed. Interamericana      2a. Edición,  
México, 1972.
10. SPIRO J. CHACONAS. "Ortodoncia"  
Ed. El Manual Moderno      1a. Edición  
México, 1980.