

70
Zej

TESIS CON FALLAS DE ORIGEN



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

INDICE DE C.O.P. EN NIÑOS ESCOLARES DE 7 A 14
AÑOS Y ENFERMEDADES FRECUENTES EN
CAVIDAD ORAL

T E S I S

Que para Obtener el Título de:

Cirujano Dentista

PRESENTAN

**Gregorio Corzo Esquinca
Juan Antonio Ocaña**



MEXICO, D. F.

1 9 8 7



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Págs.
1 INTRODUCCION.	1
2 GENERALIDADES DE LA COMUNIDAD DE ARRIAGA, CHIAPAS..	3
3 ENCUESTAS REALIZADAS EN NIÑOS DE LAS ESCUELAS DE NI VEL PRIMARIO DE ARRIAGA CHIAPAS..	6
a) Cuadro 1. Niños de 7 años.	
b) Cuadro 2. Niños de 8 años.	
c) Cuadro 3. Niños de 9 años.	
d) Cuadro 4. Niños de 10 años	
e) Cuadro 5. Niños de 11 años.	
f) Cuadro 6. Niños de 12 años.	
g) Cuadro 7. Niños de 13 años.	
h) Cuadro 8. Niños de 14 años.	
4 AUSENCIA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SUPERIORES E INFERIORES.	18
5 PLATICAS SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS ESCOLARES. . . .	22
6 ALIMENTOS NUTRICIOS COSTEABLES A CUALQUIER NIVEL ECONO MICO.	25
8 TECNICAS DE CEPILLADO.	27
a) Técnica de Smith.	
b) Técnica de Starker.	
9 CANALIZACION DE PACIENTES ESCOLARES A TRATAMIENTO. . .	31
10 PREVENCION DE LA DENTICION DEL NIÑO ESCOLAR.	32
11 TRATAMIENTO PREVENTIVO.	35
12 DETENCION DE CARIES.	38
13 ENFERMEDADES BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS.	40
a) Encía.	
b) Gingivitis.	
c) Estomatitis Viral.	
d) Ulcera Aftosa Recidivante.	
e) Gingivitis de Vivent.	
f) Ginfiuvestomatitis Herpética.	

g)	Candidiasis Aguda.	
h)	Gingivitis crónica.	
i)	Gingivitis Puberal.	
j)	Fibromatosis Gingival ó Elefantiasis Gingival.	
k)	Gingivitis Hiperplástica Silantínica.	
l)	Periodontitis.	
m)	Periodontósis.	
n)	Queilitis.	
ñ)	Fisuras Angulares.	
14	Tratamientos en dientes de niños escolares.	51
a)	Tratamiento Pulpar Directo.	
b)	Pulpotomía.	
c)	Tratamiento Endodóntico.	
14	FARMACOLOGIA APLICADA AL NIÑO.	61
a)	Efectos indeseables.	
b)	Mecanismo de resistencia.	
C)	Criterio de elección.	
15	X PRUEBA DE EFICIENCIA.	65
16	CONCLUSIONES.	68

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

Durante el desarrollo, tanto de el presente trabajo de Tégis, como de mi Servicio Social, pude darme cuenta de que el problema de la mayoría de las poblaciones rurales tienen serios problemas en cuanto a salud bucal se refiere.

Estos problemas, se deben a diferentes causas, entre las cuales se encuentran la falta de higiene bucal, la mala alimentación y la falta de información adecuada al respecto,

Mi trabajo se enfoca específicamente a una población de el Estado de Chiapas: Arriaga. En este municipio llevé a cabo la realización de mi Servicio Social, lo que me permitió conocer mejor su situación al respecto.

Para la realización del presente trabajo, llevé a cabo una serie de entrevistas a niños de nivel primario así como a sus padres, para conocer de alguna manera las causas del mal estado en que se encuentra la salud bucal en ese lugar. En el desarrollo del trabajo presente unas tablas y posibles explicaciones la respecto, así como posibles soluciones y los tratamientos a seguir en cada caso.

Este trabajo lo llevé a cabo de esta manera, porque considero que uno de los papeles más importantes de la Odontología es de carácter preventivo, por lo que con este intenté dar orientación e información a niños y adultos sobre higiene y sa

lud bucal, esperando que de algo haya podido servir la ayuda que yo brindé y seguiré brindando en éste lugar.

Fomentar en el niño el hábito de la higiene bucal, es tarea de todo adulto, pero a falta de ello, el odontólogo es la persona más adecuada para hacerlo.

GENERALIDAD DES DE LA COMUNIDAD DE ARRIAGA , CHIAPAS.

El pueblo de Arriaga, Chiapas, se encuentra localizado en la región Sur-Occidental del Estado de Chiapas, y a 56 metros sobre el nivel del mar sobre la llanura del Pacífico dentro del Istmo de Tehuantepec, siendo su clima tropical-lluvioso.

Durante el invierno y el otoño, los vientos son tan fuertes que llegan a alcanzar grandes velocidades hasta de 110 km. por hora.

El municipio de Arriaga se encuentra sobre una estructura geográfica plana y su suelo es húmedo y fértil, siendo irrigado por dos ríos: "El Lagartero" y "Las Arenas".

Antiguamente su fauna terrestre fué abundante, pero ha ido desapareciendo con el tiempo, debido a la caza inmederada. Con respecto a la fauna acuática, existe la explotación de 33 especies aproximadamente.

La flora es exuberante, siendo de tipo tropical y la fruticultura es abundante y variada.

En cuanto a las viviendas se refiere, el 80% de ellas están construidas con material de la región: tejas, ladrillos, piedras; el otro 20% son de construcción moderna. De el total, solo el 35% cuentan con los servicios de agua potable, drenaje y pavimentación.

Este municipio tiene tres vías de acceso: por el Norte se comunica con Tuxtla Gutierrez, que es la capital del Estado: -

per al Oriente se comunica con Tapachula y la frontera con Guatemala; y hacia el poniente se comunica con la Carretera Panamericana.

El ferrocarril panamericano atraviesa la población de Oriente a Poniente. Precede de Ixtapac, Oaxaca y llega a Ciudad Hidalgo, Chiapas.

Los habitantes de este municipio, hacen su vida social asistiendo al parque central, a eventos sociales, culturales, deportivos y ferias tradicionales anuales.

La población en general habla el Castellano, y solo un 5% habla el Zapoteco, que es un dialecto heredado de la región Istmeña.

En cuanto al nivel educativo, este municipio cuenta con 8 escuelas primarias, 2 secundarias, 2 academias comerciales. Solamente el 60% de la población infantil asiste a las escuelas y en cuanto a la población adulta, solo el 8% tienen alguna profesión. Gran parte de la población adulta se dedica a la ganadería e al comercio, por lo cual la mayoría de ellos no tienen la necesidad de una preparación profesional para desempeñar este tipo de trabajo que es en gran medida producto de la experiencia.

La población cuenta con tres unidades hospitalarias: I.M.S.A., un hospital dependiente de la S.S.A y Cruz Roja Mexicana. Existen también clínicas, consultorios y laboratorios químicos particulares. Además, subsisten aún los servicios de curanderos, parteras y comadronas.

El 70% de la población es de religión Católica, y el 30% profesan diversas religiones: Protestantes, Evangelistas, Testigos de Jehová y Mormones.

La ganadería y el comercio son las dos fuentes principales de ingresos económicos de la población, por lo que se han establecido varias instituciones bancarias. Existe una fábrica de harina, un frigorífico de Chiapas y agencias de compra y venta de automóviles.

La economía del pueblo no va de acuerdo con el nivel educativo, esto da posibilidades amplias a los profesionistas para dispersar lo aprendido en la universidad, entre las cuales se encuentra el Odontólogo, ya que la población en general necesita orientación para un desarrollo óptimo, tanto en el área de la Medicina, como en la Odontología, etc.

Con estos antecedentes, el presente trabajo intenta realizar un estudio en cuanto a la salud bucal en la comunidad se refiere.

ENCUESTAS REALIZADAS EN NIÑOS DE LAS ESCUELAS DE NIVEL PRIMARIO DE ARRYAGA CHIAPAS.

Durante la realización de la encuesta aplicada a los niños de nivel primaria del municipio, se comprobó un alto índice de caries, sobretodo a nivel de primeros molares permanentes, lo que significa un serio problema dental.

Los resultados de dicha encuesta se presentarán más adelante a manera de cuadros de acuerdo a la edad de niños y niñas conjuntamente.

Los indicadores de los cuadros que presentaré son:

- M.S.D. Molar Superior Derecho
- M.S.I. Molar Superior Izquierdo
- M.I.D. Molar Inferior Derecho
- M.I.I. Molar inferior Izquierdo
- 4. Porcentaje de la cantidades de Molares afectados.
- lros. M.P. Primeros Molares Permanentes

C U A D R O 1

7

ENCUESTA REALIZADA EN 1 280 NIÑOS Y NIÑAS DE LAS ESCUELAS DE -
NIVEL PRIMARIO EN LA COMUNIDAD DE ARRIAGA, CHIAPAS EN LOS GRA-
DOS DE TERCERO A SEXTO AÑO EN 1987.

NUMERO DE NIÑOS. 71 PARADONTOPIAS. 13 - 18.30%
EDAD: 7 AÑOS VISITAS AL DENTISTA. 44 - 61.97%

284 Ires.M.P.		284 Ires.M.C.		284 Ires.M.O.	
M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.
0	0	14	15	1	1
0.0%	0.0%	4.93%	5.30%	0.35%	0.35%
M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.
1	2	26	22	1	1
0.35%	0.70%	9.15%	7.74%	0.35%	0.35%

C U A D R O 2

ENCUESTA REALIZADA EN 1280 NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA DE NIVEL PRIMARIO EN LA COMUNIDAD DE ARRIAGA CHIAPAS EN LOS GRUPOS DE TERCERO A SEXTO AÑO EN 1987

NÚMERO DE NIÑOS: 96

PARODONTOPIAS. 28 - 29.16%

EDAD: 8 AÑOS

VISITAS AL DENTISTA 57 - 59.37%

384 Ireg.M.P.		384 Ireg.M.C.		384 Ireg.M.O.	
M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.
0	0	35	24	0	1
0.0%	0.0%	6.51%	6.25%	0.0%	0.2%
M.T.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.	M.T.D.	M.T.I.
1	0	48	47	0	0
0.2%	0.0%	12.50%	12.24%	0.0%	0.0%

C U A D R O 3

ENCUESTA REALIZADA EN 1 280 NIÑOS Y NIÑAS DE LAS ESCUELAS DE NIVEL PRIMARIO EN LA COMUNIDAD DE ARIAGA CHIAPAS EN LOS GRUPOS DE TERCERO A SEXTO AÑO EN 1987.

NUMERO DE NIÑOS: 200

PARADONTOPIAS. 32 - 16%

EDAD: 9 AÑOS

VISITAS EL DENTISTA. 104 - 52%

800 Ires.M.P.		800 Ires.M.C.		800 Ires.M.O.	
M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.
0	0	76	72	0	0
0.0%	0.0%	9.50%	9.00%	0.0%	0.0%
M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.
16	16	126	125	3	3
2.00%	2.00%	15.75%	15.63%	0.37%	0.37%

CUADRO 4

ENCUESTA REALIZADA EN 1 280 NIÑOS Y NIÑAS DE LAS ESCUELAS DE NIVEL PRIMARIO EN LA COMUNIDAD DE ARRIAGA CHIAPAS EN LOS GRUPOS DE TERCERO A SEXTO AÑO EN 1987.

NUMERO DE NIÑOS: 274

PARODONTOPIAS. 31 - 11.3%

EDAD: 10 AÑOS

VISITAS AL DENTISTA . 146 - 53.28%

1 096		1 096		1 096	
Ires. M.P.		Ires. M.C.		Ires. M.O.	
M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.
1	3	118	115	5	5
0.09%	0.27%	10.77%	10.49%	0.46%	0.46%
M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.
141	14	176	174	3	3
12.86%	1.28%	16.05%	15.87%	0.28%	0.28%

C U A D R O 5

ENCUESTA REALIZADA EN 1 280 NIÑOS Y NIÑAS DE LAS ESCUELAS DE -
NIVEL PRIMARIO EN LA COMUNIDAD DE ARRIAGA CHIAPAS EN LOS GRA-
DOS DE TERCERO A SEXTO AÑO EN 1987.

NUMERO DE NIÑOS: 224 PARODONTOPIAS. 5 - 2.5%
EDAD: 11 AÑOS VISITAS AL DENTISTA. 146 - 65.17%

896		896		896	
lres. M.P.		lres. M. C.		lres. M.O.	
M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.
0	0	105	104	4	4
0.0%	0.0%	11.72%	11.60%	0.45%	0.45%
M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.
15	13	151	116	9	7
1.67%	1.45%	16.85%	12.95%	1.00%	0.78%

C U A D R O 6

ENCUESTA REALIZADA EN 1 280 NIÑOS Y NIÑAS DE LAS ESCUELAS DE NIVEL PRIMARIO EN LA COMUNIDAD DE ARRIOG CHIAPAS EN LOS GRADOS DE TERCERO A SEXTO AÑO EN 1987.

NUMERO DE NIÑOS: 255 PARODONTOPIAS. 44 - 17.25%
 EDAD: 1º AÑOS VISITAS AL DENTISTA 158 - 61.95%

1 020		1 020		1 020	
lres. M.P.		lres. M.C.		lres. M.O.	
M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.
3	1	110	110	2	3
0.29%	0.10%	10.78%	10.78%	0.20%	0.29%
M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.
24	29	135	129	1	2
2.35%	2.84%	13.24%	12.65%	0.10%	0.20%

ESTADRO 7

ENCUESTA REALIZADA EN 1 280 NIÑOS Y NIÑAS DE LAS ESCUELAS DE -
NIVEL PRIMARIO EN LA COMUNIDAD DE ARRIAGA CHIAPAS EN LOS GRA--
DOS DE TERCERO A SEXTO AÑO EN 1987.

NUMERO DE NIÑOS: 97 PARODONTOPIAS. 28 - 28.86%
EDAD: 13 AÑOS VISITAS AL DENTISTA. 67 - 69.00%

388 lres. M.P.		388 lres. M.G.		388 lres. M.O.	
M.S.D.	M.S.T.	M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.T.
9	4	52	65	2	2
2.32%	1.04%	13.41%	16.72%	0.52%	0.52%
M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.
24	22	45	38	4	3
6.18%	5.67%	11.59%	9.79%	1.04%	0.78%

C U A D R O 8

ENCUESTA REALIZADA EN 1 280 NIÑOS Y NIÑAS DE LAS ESCUELAS DE NIVEL PRIMARIO EN LA COMUNIDAD DE ARRIAG CHIAPAS EN LOS GRADOS DE TERCERO A SEXTO AÑO EN 1987.

NUMERO DE NIÑOS: 63 PARADONTOFIAS. 14 - 22.20%
 EDAD: 14 AÑOS VISITAS AL DENTISTA . 43 - 68.25%

252 lres. M.P.		252 lres. M.C.		252 lres. M.O.	
M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.	M.S.D.	M.S.I.
2	2	33	33	0	0
0.79%	0.79%	13.09%	13.09%	0.0%	0.0%
M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.	M.I.D.	M.I.I.
12	7	26	24	2	2
4.76%	2.78%	10.34%	9.52%	0.79%	0.79%

Las cifras obtenidas son en relación a primeros molares.- Como se observa en los cuadros, la cifra es grave para una edad tan temprana en diferentes períodos, al igual que en el problema de caries ya existentes, y si el niño no recibe la prevención adecuada serán dientes sumados a la lista tan extensa de dientes perdidos.

Checando la cantidad de primeros molares en un total de 5 120, encontré varios perdidos, cariados y obturados. Los resultados fueron los siguientes:

DIFERENTES GRADOS DE CARIES:

Primeros molares superiores derechos	533	10.41%
Primeros molares superiores izquierdos	528	10.31%
Primeros molares inferiores derechos	733	14.31%
Primeros molares inferiores izquierdos	685	13.37%
	<hr/>	
CARIADOS	2 479	48.42%
SANOS	2 360	46.09%
OBTURADOS	74	1.45%
PERDIDOS	207	4.04%
	<hr/>	
TOTALES	5 120	100.00%

Como puede observarse, el porcentaje de caries es bastante alto, y por lo menos la mitad de estos niños requieren de ayuda dental.

Ahora, comparando la cantidad de dientes cariados con la de dientes obturados permanentes, la cifra es mínima:

- 14 primeros molares superiores derechos
- 16 primeros molares superiores izquierdos
- 23 primeros molares inferiores derechos
- 21 primeros molares inferiores izquierdos

74 1.44% de 5 120 molares permanentes

En dientes anteriores existen un total de obturados de 30 así como unos 25 cariados. De ello podemos observar que dan más importancia a los dientes anteriores elidiendo a los posteriores, y es sólo cuando faltan más de uno en cada arcada, al sentir la dificultad al comer, que se preocupan por recuperarlos.

Cuando la higiene bucal es mala en los niños, e no existe, se debe a que los adultos en casa tampoco le hacen bien y es difícil que los niños obtengan un hábito de buen cepillado. Por esta razón, los niños presentan placas bacterianas, de las cuales a 120 requieren de profilaxis, además de otra gran cantidad de niños con sarro y en algunos casos con gingivitis severa.

Se hizo un pequeño programa para enseñar a cepillarse los dientes, con lo que con algunos niños se observaron buenos resultados al aceptar su responsabilidad de cepillarlos diariamente.

También se dieron fluenciones en las horas de descanso antes de entrar a las aulas de clase, y se les pregunté cuántas veces habían ido a un Cirujano Dentista. 539 contestaron que nunca habían ido por ningún motivo, los 743 restantes habí

an ido alguna vez, de los cuales sólo 2 o 3 niños que comunmente iban a un consultorio dental por estar en tratamiento.

Los resultados de la encuesta en una población infantil no son muy buenos en relación a sus primeros melares permanentes, que son a los que dedicó mayor atención por ser los primeros en erupcionar, así, al llegar los demás dientes a su etapa de erupción, el niño ya habrá recibido y comunicado a los adultos información sobre el cuidado de sus dientes.

En todos los niños de edad escolar y de diferente nivel económico se observó que eran clientes asiduos al consumo de dulces y demás alimentos ricos en carbohidratos, ya sea por ellos mismos o por que sus padres se los compran regularmente, sin cuidar su alimentación.

Como era de esperarse, los resultados fueron problemas en los dientes, los que al estar en mal estado pueden preveer -- problemas graves en diferentes partes del organismo.

Esta población cuenta con ayuda dental, sin embargo el problema en los niños sigue siendo grave. Esto se debe al poco interés que tienen al respecto tanto los adultos como la mayoría de los Cirujanos dentistas en servicio.

AUSENCIA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SUPERIORES E INFERIORES

Reflexionemos un momento sobre las maravillas que implica el desarrollo de la boca. La formación de dientes, que empieza en una etapa muy temprana de la vida fetal, en una fábrica situada profundamente en los huesos maxilares. Se podrá a decir que los dientes tienen un plano maestro que siguen sin consultar a nadie, desarrollándose independientemente, al igual que las articulaciones.

El desarrollo de la oclusión está influido por muchas -- fuerzas intrínsecas y extrínsecas de orden genético: congénito, metabólico, nutritivo, endocrino y endofacial o local, -- así como también por factores ambientales.

La posición de las piezas dentales en sus criptos requiere del crecimiento de las apéxis alveolares y los maxilares para que los dientes broten y ocupen su respectivo lugar y posición con arreglo y patrón normal humano.

Durante la encuesta realizada noté en la mayoría de los niños, la ausencia de los primeros molares permanentes, lo que llamó mi atención dedicándole mayor interés a este tema.

Los primeros molares permanentes no son iguales al resto de los demás dientes permanentes anteriores, los que están situados en la cara lingual de los dientes caducos formándose durante el tercer mes de vida intrauterina. Estos primeros

cuyo desarrollo es semejante al de los dientes de la primera dentición, permanecen inactivos aproximadamente hasta el sexto mes de vida cuando se inicia su crecimiento, terminando de formarse a la edad de cuatro años y empezando a experimentar su resorción por la acción de los osteoclastos el diente deciduo.

Los primeros molares permanentes alcanzan su desarrollo definitivo de la corona en el quinto año de vida, haciendo su erupción detrás de los segundos molares de los dientes deciduos a la edad de seis años llamándose "molar de los seis años".

No siempre será exacte en su erupción, de ahí el problema que presenta al ser confundido por los padres con dientes primarios. Según respuesta obtenida de los adultos, no tienen conocimiento de el número de dientes de que consta la dentición primaria, provocando el mal estado y aveces la pérdida de los dientes permanentes.

Habrán ocasiones en que se presentará la necesidad de llevar al niño con el Cirujano Dentista, por las molestias graves que presentará, sintiéndose éste impotente de controlarlo, sólo realizará el tratamiento adecuado y aprovechará la oportunidad de informar al niño y a los padres lo importante que es prevenir los dientes infantiles restantes y los nuevos, quedando a responsabilidad de los padres el decidir la atención preventiva del niño.

Los primeros molares permanentes poseen la mayor área oclusal y estos disponen del máximo de tiempo para que através de la función y masticación ocurran ajustes pertinentes, existiendo un equilibrio estático y dinámico del aparato masticatorio.

Cuando el individuo pierde sus dientes a edad temprana se considera en estado anormal.

Los resultados obtenidos en la encuesta realizada de primeros molares permanentes perdidos en un total de 1 280 niños y niñas en edades de 7 a 14 años, fueron los siguientes:

- 15 primeros molares superiores derechos.
- 10 primeros molares superiores izquierdos.
- 107 primeros molares inferiores derechos
- 103 primeros molares inferiores izquierdos.

235 de 5 120 primeros molares permanentes que corresponden a un 4.58%.

Debemos saber que el período oclusal se presenta en el lapso crítico de 3 a 21 años de edad, y la pérdida de un primer molar permanente en cualquiera de los arcos dentarios ocasionará una mala oclusión en el futuro, por ello la extracción de un diente permanente debe ser estudiada previniendo su alineación y remplazo.

El plano oclusal dentario ejerce en si una indudable influencia sobre el desarrollo de mandíbula, articulación temporomaxilar, y sin lugar a duda en sistema neuromuscular.

Los primeros molares son una guía en la oclusión final del niño, ya que sus múltiples crestas y puntas agudas deben quedar en forma ortodéntica permitiendo el cumplimiento de su antagonista.

Estos dientes al establecer contacto oclusal tomarán el -
 mande, pues en comparación con el resto de la arcada, formada
 por dientes deciduos, poseen mayor dureza en el área oclusal y
 mayor implantación, y están más cerca de la articulación tempe-
 romaxilar.

Por ello son importantes los primeros melares, al ser extra-
 ídos a la edad de erupción dentaria, acelera la erupción de se-
 gundas melares y en ocasiones de terceros melares y cuando el
 paciente ha perdido los melares primarios erupcionará los pri-
 mos melares antes de su etapa normal.

Existen muchos problemas dentales como consecuencia de la
 falta de cuidado que se tiene con los niños, aunado a la falta
 de higiene y una mala alimentación. Estos factores contribuyen
 a la acumulación de placas bacterianas e irritantes locales --
 que a su vez se fortalecen con los carbohidratos ingeridos por
 ser tan agradables al paladar.

Como mencioné anteriormente, la responsabilidad de todo -
 Odontólogo en servicio, es la de brindar información a los ni-
 ños para mantener en buen estado sus dientes, tanto los perman-
 entes como los temporales, para demostrarles que son importan-
 tes las dos denticiones y con ello evitar el tener que reportar
 el dolor que origina un diente en descomposición, o la espera
 de que sus restos vuelvan a infectarse. Desgraciadamente es ha-
 ta la edad adulta que se toma conciencia, y ya es demasiado --
 tarde para reparar el daño causado.

PLATICAS SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS ESCOLARES.

Después de investigar el número de escuelas existentes en la población de Arriaga Chiapas, lugar donde realicé el servicio social y el presente trabajo de tesis, consideré importante dar pláticas sobre salud dental y al mismo tiempo observar y recopilar datos importantes para mi tesis.

La mayor parte de la población infantil necesita una orientación básica sobre lo que es higiene bucal, y desde mi punto de vista las personas mejor capacitadas para ello son precisamente los pasantes de Odontología, claro está, contando también con la ayuda de los Odontólogos ya existentes en esta zona.

No es más que de nosotros que depende el tener buenos pacientes orientándoles desde la edad escolar, ya que es la edad en que muchos conocen por vez primera a un Cirujano Dentista.

A lo largo tanto de la realización de mi servicio social, como de mi trabajo de tesis, observé que existen niños que no saben lo que es un Cirujano Dentista, ya que reciben una muy escasa información al respecto, y es precisamente ahí donde debemos colaborar nosotros dándole la importancia necesaria.

Otra de las cosas que pude observar, es que una de las primeras reacciones de un niño al ver a un médico es la de esconderse, que representa un miedo al individuo de blanco, lo que nos obliga a los Doctores a manejarlos de una manera ade-

cuada hacia el niño al empezar la plática para explicar el motivo de la visita y el niño sienta confianza en vez de miedo.

Cuando un niño pene atención y se interesa y entera sobre el tema explicado, su expresión cambia, y al salir se nota un semblante alegre y agradable que nos despide.

El tema de la Higiene Bucal es bastante amplio e importante y la mayoría de las personas no le dan la importancia que requiere porque para ellos los cuidados de la primera dentición del niño es algo secundario, por lo que considera que la manera más eficaz para interesarlos en el cuidado de su boca es por medio de pláticas amenas y variadas de acuerdo al grado escolar.

En los primeros y segundos grados, los pequeños recibieron información sobre el cuidado de su boca por medio de un rotafolio que expresaba en forma de caricaturas lo siguiente: el cuidado de la boca, para qué sirve la boca, cómo es la boca, por qué hay que tener la boca limpia, y finalmente, por qué el Cirujano Dentista es su amigo.

En los grupos escolares de tercero a sexto grado las pláticas fueron más profundas, porque la información recibida describía las relaciones de la cavidad bucal con nuestro organismo, la formación de cada diente anatómicamente, las funciones que desempeñan cada uno en nuestra boca, sin dejar de explicar los cuidados que requieren la dentición primaria, como ayudar a los dientes permanentes con su limpieza en su desarrollo y cómo prevenir enfermedades e generalización de éstas en el organismo.

Otro de los puntos tratados en las pláticas, fué el de -
le importante que es la nutrición adecuada en el niño, ya --
que la alimentación nutricional correcta de un niño depende -
en gran medida del interés que demuestra a los padres.

En éste país, no es problema el suministro de comida, el
problema radica en lo que se da y en cómo se da, pues en la -
mayoría de los hogares se considera importante que el niño coma
hasta saciarse, sin poner atención en la calidad del alimento
que está comiendo ni el estrés emocional que reine en la mesa
que son los factores que repercuten indirectamente en el niño.

Parte de los labores del Odontólogo, corresponden también
la de informar sobre los nutrientes adecuados para el niño, re-
comendando alimentos que contengan lípidos, proteínas, hidratos
de carbono, vitaminas, minerales y agua en grandes cantidades
para promover el crecimiento óptimo de los tejidos corporales
y regular las funciones metabólicas.

Equilibrar la nutrición del niño es darle verduras, carnes
frutas, gramíneas, almidones, y azúcares distribuidas de tal -
forma que al día consuma sólo lo necesario para su edad

ALIMENTOS NUTRICIOS COSTEABLES A CUALQUIER NIVEL
ECONOMICO.

- Carnes:** pello, res, pescade, cerde, conejo, pichón, coderniz, iguana, berrege, chive, etc.
- Leche:** crema, mantequilla, queso, quesillo, etc.
- Huevos:** gallina, tortuga, guajolote, ganso, pato, etc.
- Gramineas:** frijol, garbanzo, arroz, trigo, lentejas, habas, -- maiz, semillas de calabazo, avena, etc.
- Verduras:** ejotes, calabacitas, nepales, chayotes, col, lechuga, papas, betabel, zanaherias, berres, acelgas, -- camotes, espinacas, perejil, rabanes, alfalfa, jitomates, champiñones, chiles, quintoniles, etc.
- Frutas:** pifa, naranja, toronja, limon, ciruela, mango, fresa, guayaba, manzana, papaya, platano, durazno, -- sandia, caña, uva, etc.
- Almidones:** pastas, tortilla, pan, pasteles, galletas, etc.
- Carbohidratos:** dulces, chocolates, miel, panela, refrescos, -- helados, etc.
- Grasas:** Cacahuates, nueces, almendras, avellanas, pistaches, etc.

Otro de los aspectos importantes que fueron tratados en las pláticas de higiene bucal fué el de el cepillado dental, - porque la mayoría de los niños no harán nada por sus dientes mientras los adultos no les inciten a el cuidado de estos.

Come es lógico, el niño necesita de el ampr y el cuidado de sus padres, pero desafortunadamente me he encontrado con - que a los niños se les tiene descuidados en cuanto a salud se refiere, y sobretodo en cuanto a salud bucal, ya que los padres no tienen el habito de cuidar su boca, no pueden enseñarlo a sus hijos.

El 90% de los padres de familia no tienen el habito del diario cepillado dental, por lo que sus hijos no lo tendrán - si una tercera persona no se le enseña. Este es un grave problema, pero que cree que es posible solucionar por medio de - un programa dental bien organizado y de manera permanente.

Por todo este, la orientación recibida en las escuelas - por parte de el Odontólogo en servicio es básica en el aprendizaje de los niños, e de no ser por ese medio, por lo menos - en el consultorio particular debe preocuparse el Odontólogo - por informar a sus pacientes al respecto, dándole la importancia necesaria a la higiene bucal.

En las aulas escolares, después de recibir información - sobre la boca y las enfermedades ocasionadas por falta de interés, se les enseñó la manera de cepillar sus dientes pidiendoles un cepillo dental y un vaso por cada alumno.

TECNICA DE SAMITH.

De acuerdo con ésta técnica se enseñó la del barrido, -- que es muy aceptable por no ser complicada é difícil, lo que ayuda a la dentición mixta estimulando los tejidos gingivales y evita lesiones en su acción vibratoria.

El enfoque sistemático del buen cepillado se inicia:

- a).- Por la cara vestibular de los dientes, en el cuadrante superior derecho siguiendo al izquierdo, regresando por las caras linguales y terminando en el mismo derecho -- siempre haciendo un movimiento hacia abajo.
- b).- Terminando la parte superior se inicia la inferior por el mismo lado derecho y se continúa en el izquierdo pasando a las caras linguales y terminando nuevamente en el lado derecho, siendo los movimientos del cepillado -- siempre hacia arriba.
- c).- En caras oclusales el mango del cepillo será colocado en forma paralela para los giros en oclusión tanto en superior como en inferior, y en dientes anteriores en forma horizontal.

TECNICA DE STARKER.

Cuando el niño aún es pequeño, se recomienda a los padres colocarse detrás del niño, sosteniendo la cabeza con el brazo izquierdo y cualquier movimiento que realice será simul

Con los dedos de la mano izquierda separa labios y carrillos mientras la derecha trabaja con el cepillo dental.

En los dientes superiores se le pide al niño que flexione ligeramente la cabeza hacia atrás, de esta forma la madre tendrá mejor visión y accese al cepillado de las superficies dentales. Una vez más, los dedos de la mano izquierda nos sirven para separar labios y carrillos.

Se recomienda a los padres que al terminar el cepillado alienten al niño a que lo realice por el mismo, como también se explicará que los resultados no serán inmediatos, sino poco a poco. Con constancia, el niño irá tomando conciencia de lo que significa su cepillado, y mientras este sucede los padres no deben olvidar por un tiempo el papel que desempeñan.

Después de un cepillado sencillo, efectivo y bueno, encontraremos un defecto: que las cerdas de los cepillos no pueden encontrarse en caras proximales y es ahí donde es fundamental la intervención del hilo dental, ya que entre estas caras se logra un mayor acumulamiento de placa bacteriana, que con el tiempo creará problemas mayores, como caries proximales e pérdida de las papilas interdentes aún en la dentición temporal.

Por ello es muy beneficioso aprender la técnica del uso del hilo dental combinado con el cepillado dental.

Existen personas con hábitos perniciosos que los peque-

nos observan y aprenden, y que mejor que enseñarles el buen hábito del uso del hilo dental.

En la mayoría de los programas de salud dental es raro mencionar la utilización del hilo dental ya que para muchos es algo sin importancia, es por eso que debemos enseñar a los niños una técnica fácil y apropiada de su uso.

El hilo dental es una cantidad de filamentos microscópicos de nylon. Hay de dos tipos, encerados y no encerados, ambos son lo suficientemente resistentes para evitar el rompimiento durante su uso. Es fácil de encontrarlos en tiendas de autoservicio, farmacias o distribuidoras dentales. El modo de usarlo es:

- a).- Se coloca al rededor del dedo medio unos 60 ó 90 cm. dejando 20 cm. de espacio.
- b).- Se ubica el hilo sobre las puntas de los dedos medios y presionando los pulgares y se pasa el hilo lentamente entre cada par de dientes.
- c).- Después de pasarle entre los puntos de contacto, se curva abrazando diente por diente de manera que el tejido gingival no sea lesionado, ahí se pule la superficie dentaria frotando el hilo hacia arriba y hacia abajo. Lo mismo se hace con la cara proximal del diente contiguo, a medida que el hilo se va deshilachando se va desovolvien-
do del dedo medio derecho y se va envolviendo en el izquierdo.

Durante el aprendizaje del cepillo dental con los niños de la comunidad, también recibieron fluoración en forma colectiva y una auto aplicación que realizaba cada niño consigo mismo.

Se aplicó fluoruro de sódico al 8% diluido en agua bidestilada por litro cada 6 meses, por lo tanto se llevó a efecto 2 veces durante mi servicio:

- a).- Primero se lavaron los dientes de los niños con piedra - pomex diluida en agua normal y dentrífico.
- b).- Después de enjuagarse la boca se les puso en su vaso una cucharada de fluoruro preparado, y se les indicó que se cepillaran los dientes con éste líquido.
- c).- Se les explicó a los niños el saber del fluoruro previniéndoles de no tragar o tomar agua ni alimentos durante una hora.
- d).- Los maestros cooperaron no permitiéndoles ingerir alimentos durante esa hora.
- e).- Malestares como dolor de estómago, de cabeza o vómitos - se presentaron sólo en caso de una posible intoxicación, afortunadamente no hubo ningún caso de éste tipo.
- f).- Los niños cooperaron con entusiasmo e interés, y en caso de que no vuelvan a recibir tan metódico tratamiento, en algo les servirá la cantidad recibida.

**HOJA PARA CANALIZACION DE PACIENTES
ESCOLARES A TRATAMIENTO.**

CENTRO DE SALUD _____ FECHA _____

EL NIÑO (A): _____ HA SIDO EXA
MINADO (A) POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA DE
ESTE CENTRO DE SALUD Y SUS CONDICIONES BUCALES ENCONTRADAS
SON LAS SIGUIENTES:

DIENTES PRIMARIOS (DE LECHE) CON NECESIDAD DE
OBTURACION: _____

DIENTES PERMANENTES CON NECESIDAD DE OBTURACION: _____

DIENTES PRIMARIOS CON EXTRACION INDICADA: _____

EL TRATAMIENTO REQUERIDO DE SU CONTRIBUCION ECONOMICA, LA -
CUAL SERA MINIMA Y SE LE INDICARA EN EL CENTRO DE SALUD AN-
TES DE INDICAR SU TRATAMIENTO, Y SI ESTA DE ACUERDO FIRME -
SU APROBACION, EN CASO DE QUE NO LO ESTE, ANOTE SUS RAZONES
PARA ELLO.

APRUEBO.

EXAMINO.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA.

PREVENCIÓN DE LA DENTICIÓN DEL NIÑO ESCOLAR.

Al realizar un estudio sobre la cantidad de dientes permanentes adquiridos en niños en edad escolar, pude comprobar que de seis a siete años, cuando inician su educación primaria, sus primeros cambios en la dentición infantil son los dientes centrales anteriores inferiores, ya que son los primeros en mudar, y también durante éste período ocurre la erupción de nuevos dientes permanentes en la parte posterior de la mandíbula.

Pedría decirse que en general hacen su erupción a los seis años cumplidos, y después de su aparición continúa el molar inferior izquierdo. A media erupción de éstos molares hace su aparición el molar superior derecho, y ya una vez erupcionados estos tres molares en la arcada y cuadrante correspondiente, finalmente hace su aparición el primer molar superior izquierdo, aunque todas estas erupciones pueden tener una variación de acuerdo a la dieta del niño, así como a la higiene y el cuidado de su dentición, y a veces influye el factor hereditario.

La encuesta realizada en esta población no podría brindarnos mejor información sobre cómo se encuentra nuestra población en relación a los conceptos de higiene dental, ya que aunque el lugar cuenta con profesionales dentales, no existe la información necesaria.

Las respuestas de los niños nos demostraron que es a ellos a quienes menos importancia les dan sus padres, al igual que el Cirujano Dentista, que debería ser uno de los principales eslabones en el cuidado del niño en su higiene dental.

Podemos decir que la opinión de varios niños que conocen a un Cirujano Dentista no fueron del todo favorables, debido a que la mayoría de ellos son llevados solo para que se les extraiga un diente, lo que en ocasiones llega a ser problemático, porque si el Dentista no es paciente con el niño, recibirá una mala impresión con lo que el niño se verá precisado a ir a la fuerza sin adquirir confianza en el Cirujano Dentista.

Si los Odontólogos trataramos de ser un poco más comprensivos con el niño, estoy seguro de que se obtendrían mejores resultados y buenos pacientes en el futuro.

También, durante la encuesta realizada, observé que la mayoría de los dientes permanentes perdidos, eran los primeros molares permanentes, así como un alto porcentaje de los mismos en estado carioso avanzado. Todas estas piezas dentarias, de no ser atendidas a tiempo aumentarán la lista negra de dientes perdidos, y no debemos olvidar que los primeros molares permanentes son los pilares de los demás dientes en la arcada, y la ausencia de éstos en cualquiera de los arcos dentarios provocará una mala oclusión de tipo periodontal, provocará un colapso en éste arco y una mala oclusión en el puesto.

Al observar el alto índice de caries en estos dientes se puede apreciar la falta de higiene bucal, la falta de infección sobre el cuidado de la boca, la mala alimentación, y el factor socioeconómico.

Según estudios realizados por el Dr. Bessert, se debe tener extrema cuidado con los dientes permanentes equilibrando no sólo la nutrición, sino su higiene dental que son importantes, así como los tratamientos que el niño reciba en el consultorio o servicios que se le proporcionen en su comida.

El Dr. Bessert que uno de los factores importantes en el cuidado dental es la educación que se le brinda a las personas para el cuidado de los dientes, tanto primarios como permanentes, pensando que se deben realizar estudios de los dientes de cada niño, ya que no todos los dientes presentan la misma anatomía, ni intervienen los mismos factores socioeconómicos en el problema de los primeros molares permanentes.

Los Drs. Cueto y Bucconer opinan que cuando los primeros molares están en proceso de erupción deben ser protegidos no sólo con flueraciones temperales, con la dieta del niño y con su higiene, sino que existen casos en los cuales las fesetas que presentan son demasiado profundas, lo cual contribuye al aumento del proceso carioso.

Cuando el primer molar permanente está en erupción debe vigilarse y llevar a efecto los siguientes pasos para su protección en sus fesetas profundas y evitar con éste el peligro se avance de caries que sin cuidado provocaría la perdida del diente permanente.

TRATAMIENTO PREVENTIVO.

- Aislamiento previo.
- Aplicación de la solución grabadora.
- Aplicación de la solución acidificadora.
- Lavado con agua, manteniendo la contaminación salival mínima.
- Secado con aire caliente durante 10 a 20 segundos.
- Aplicar adhesivo para evitar burbujas, sellando con resina.

El hecho de que los primeros molares sean los más afectados se puede deber a que los niños no están concientes aún de los problemas futuros que ocasiona la falta o destrucción de éstos.

En las preguntas realizadas a los padres sobre estos primeros molares permanentes, la mayoría no sabía la importancia que tenían, y en ocasiones ni siquiera sabían que fueran permanentes, por lo que al presentar caries en ellos no les llevaban con el Dentista en espera de que les mudaran algún día, evitando así "un gasto inútil".

En el tema anterior se habló de la nutrición del niño en relación a su dentición. En experimentos realizados se dice que las proteínas intervienen en la destrucción de los dientes, por ejemplo, las proteínas de la harina de trigo (gliadina y glutelina) poseen la propiedad de producir gluten al ser humedecidas con agua. Al ser horneado el pan puede alterarse esta propiedad produciendo un efecto favorable al aumento de azúcar que ejerce la saliva en el pan.

La leche en polvo, al ser colocada en autoclaves destruye la lisina y aumenta la capacidad cariogena de dietas con leche en polvo, expuestas a este tratamiento la lisina reduce la velocidad de descalcificación del esmalte al formar un complejo con la superficie, retrasando de ésta manera la difusión de ácidos.

Aunque estos allazgos son muy tempranos, no se duda que al existir modificación de los constituyentes de proteínas -- pueda afectar a la iniciación de caries.

Las grasas dietéticas inhiben la carie dental, los experimentos realizados demostraron que las dietas ricas en grasas detienen la destrucción dental en los niños. El aceite de higado de bacalao es una de las principales grasas, así como el aceite de maíz o manteca de cerdo; ellas inhiben el crecimiento microbiano. Sin embargo, hay un detalle: los ácidos -- grasos de 6 a 12 carbonos de longitud son buenos, ya que forman una capa en la superficie del esmalte, pero los ácidos -- grasos de 18 carbonos estimulan ligeramente el crecimiento de algunas cepas de lactobacilos.

Los efectos de las grasas se le pueden atribuir a:

- Alteración de las propiedades superficiales del esmalte.
- Interferencia en el metabolismo de los microorganismos bucales.
- Modificación de la fisiología bucal de los carbohidratos.

Los carbohidratos siempre estarán presentes en el inicio de caries, ya sea en alimentos naturales o refinados, su trascendencia en la etiología de las caries es así:

- Forma química de los carbohidratos ingeridos.
- Ritmo en que los carbohidratos se eliminan de la cavidad bucal.
- Frecuencia con que se ingieren los carbohidratos.

Demostre con ello que mientras más tiempo se tenga a zucar en la boca, máyer será la destrucción dental.

A otro punto que se le da máyer énfasis es al de la can tidad, en vez de las características típicas de los carbohidra tes presentes en la dáeta, aunque tal vez transcurran varios años antes de comprobar información detallada sobre la fisiología bucal de todos los carbohidratos contenidos en alimentos normales.

Los problemas de caries quizá son graves por la elimenta ción inadecuada. Observando a los niños en la escuela se da una cuenta que la mayoría consumen gran cantidad de golosinas.

DETENCION DE CARIES.

Para saber si las fosetas de primeros molares son demasiado profundas presentando la posibilidad de problemas cariosos en el futuro, hay que pigmentar los dientes con violeta degenciana saturadas en alcohol absoluto por lo menos durante siete días. Pasado este período se observará la existencia de caries previniendo así la destrucción del diente.

El flúoruro soluble de restauraciones de silicato, son absorbibles por las superficies dentales adyacentes a la obturación, volviendolas resistentes a las caries. El problema de este material es que es irritante a la pulpa, por lo que para protegerla es importante colocar una base, con ello este es un tratamiento eficaz.

Sabemos que existen muchos métodos de fluoración: la aplicación tópica de flúoruro, fluoridación del agua, flúoruro en dentríficos, tabletas, gotas y enjuagues bucales con flúoruro, todo este trae buenos resultados al disminuir el ataque general de caries, según estudios realizados en escuelas extranjeras.

Pero en México no contamos con ayuda tan eficaz de parte de nuestros Odontólogos, lo poco que se hace por los niños mexicanos es atender a los que llegan al consultorio dental y - que sus padres están concientes del tratamiento de flúoruro a efectuar en el niño y del bienestar futuro que le proporcionará a sus dientes.

Sin embargo, el resto de los niños, que desconocen totalmente este aspecto, no llegan a recibir nunca una fluoración, por ello es indispensable su aplicación a niños escolares, pero desgraciadamente no siempre se ha hecho, ni siquiera en las ciudades.

ENFERMEDADES BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS.

En los programas educativos-preventivos sobre las lesiones e infecciones de los tejidos de la cavidad bucal en los niños con falta de higiene es de suma importancia orientarlos de inmediato acerca de las enfermedades que existen y cómo se pueden evitar, ya que de no ser así, habrá un efecto acumulativo con severas consecuencias en la vida adulta, creando enfermedades como una periodontitis avanzada.

Muchas de las enfermedades bucales pueden prevenirse a tiempo durante la edad escolar, hablaremos de las más frecuentes en los niños:

ENCINA: La encina cubre los cuellos de los dientes y se continúa en el hueso alveolar. Clínica e histológicamente se dividen en 5 porciones distintas:

- Papila Interdental; es parte de la encía comprendida entre dos órganos dentarios, uniéndose por el bajo del punto de contacto de forma piramidal exteriormente.
- Encía Libre; la parte de la encía que se encuentra adyacente al diente, rodeándolo en forma de collar sin estar insertada en él, recibiendo el nombre de hendidura gingival, surco gingival ó crevículo.
- Encía Adherida; es la porción que se continúa con la encía libre por un lado y con la mucosa por el otro, está fuertemente unida al cemento y al hueso

alveolar, dándole consistencia firme.

- Línea Mucogival; sigue en centerne irregular haciéndose más cervical en los frenillos, que son verdaderas bandas de tejidos fibrosos que unen firmemente el tejido al hueso y limitan los movimientos de los labios y carrillos.

- Mucosa Alveolar; generalmente dada por la línea mucogingival y apicalmente por el fonde del saco, es un tejido liso adyacente que tiene poco tejido fibroso, suave, desplazable y el ella se encuentra la mayor irrigación sanguínea, lo que le da color rojo brillante y superficie lisa.

El color de la encía va a variar de acuerdo a la raza del individuo, espesor del tejido y grado de ratinización. En el niño se presenta de un color más suave y durante el período de erupción se torna gruesa con bordes redondeados.

GINGIVITIS: es común en el adulto, pero rara en el niño sano. Cuando se observa gingivitis en el niño es a nivel de encía, y cuando llega a afectar toda la boca se debe al factor nutricional y local.

- Gingivitis por erupción; se origina cuando el niño está en la etapa de maduración de sus dientes. Según estudios realizados, durante la erupción del diente la encía se inflama y da dolores por

la constante agreción del diente, agregando la falta de higiene provocando la acumulación de materia alba en torno del tejido libre y debajo de él en forma parcial, ocasionando con ello dolor. Cuando la gingivitis es así de leve, puede tratarse con un buen aseo bucal, más cuando es una periodontitis acompañada por tumefacciones de los ganglios linfáticos debe ser tratada por una terapia activa.

- Gingivitis por mal aseo bucal; originada por el bajo grado de limpieza que tenga el niño, los tejidos gingivales estarán inflamados. Este es reversible ya que puede ser tratado con una buena profilaxis eliminando los depósitos calcáreos acumulados; con una buena orientación en higiene bucal y enseñando técnicas buenas de cepillado este se puede evitar.

En las enfermedades gingivales agudas son más severas y mucho más dolorosas para el niño.

ESTOMATITIS VIRAL: Es originada por el virus simple, es una de las enfermedades más comunes en los infantes porque aún no tienen anticuerpos neutralizantes que les ayuden a combatir la infección desarrollándose rápidamente en los tejidos gingivales presentándose un color rojo vivo a fuego. El niño presenta fiebres elevadas, irritabilidad, dolor al comer alimentos acidos.

Otro síntoma característico de la enfermedad es la -- presentación de vesículas llenas de líquido amarillo e blanco, las cuales al romperse forman dolorosas úlceras cubiertas con una membrana gris blanquecina con una zona de inflamación grave. Este es observable en la mucosa de la lengua, paladar blando e duro, labios, -- amígdalas,

Es sólo durante el ataque primario que el niño presenta sintomatología, ya que después de éste ataque durante la infancia el virus puede permanecer inactivo presentándose durante un período más avanzado con una singular Maguila en la parte externa de los labios dándosele el nombre de Herpes Labial recidivante y tiende a aparecer en el mismo lugar.

Ya en la vida adulta se relaciona su aparición de acuerdo al stress emocional de la persona, e con ciertos tratamientos odontológicos que pueden provocar una irritación similar.

ULCERA AFTOSA RECIDIVANTE: Ataca a escolares y se desconoce su origen concreto, su aparición en repetición en la mucosa de la boca son limitadas y confluentes en lugares determinados, la úlcera es diferente por tener una base redonda u ovalada clatiforme de bordes ovalados y dolorosos.

En ocasiones pueden aparecer aisladas e múltiples. Son fáciles de distinguir de las infecciones virósicas primarias e secundarias microbianas. En ocasiones están asociadas a lesiones ulcerosas de otras áreas, persistiendo de 4 a 12 días. Curan sin inconvenientes, pues no dejan cicatrices en la mucosa.

sa aunque la lesión haya sido demasiado grande. La aparición de estas úlceras se relacionan con los alimentos ingeridos, la herencia, alegrías y situaciones socioeconómicas según se ha observado.

El tratamiento a seguir siempre se ha discutido ya que la infección siempre seguirá un curso de 14 días y nada puede acertar ese período, pero se aplica corticoesteroides, inyección de tripsina, uso bucal y tópico de antihistamínicos y uso de globulina gamma. Pero en la mayor parte de los casos, estos tratamientos no dan resultado satisfactorios, e incluso son contradictorios, por lo que lo mejor para recomendar en estos casos, debería ser la ingestión de alimentos altamente nutritivos y de muchos líquidos, y posiblemente aplicar un anestésico tópico leve para quitar las molestias; llevar una dieta balanceada blanda y evitar el contacto con niños, porque se ha observado que es contagioso.

El Odontólogo debe tener cuidado en el tratamiento de las úlceras aftosas recidivantes ya que se ha comprobado su fácil infección por contacto, por medio de una herida, el virus infecta en la herida y prolifera. Aún el mismo paciente puede infectarse en otras partes del cuerpo.

GINGIVITIS DE YVIVENT: es fácil de atacar en escolares de 6 a 12 años, por lo regular se observa en adolescentes, es fácil de diagnosticar a causa de la involucración de las papilas proximales y la pseudomembrana necrótica sobre el tejido marginal. Se localiza como responsable a los microorganismos llamados "berelia"

simbiosis espiroquetal.

GINPIVORSTOMATITIS HERPETICA: suele ser confundida con la de Vicent, pero la sintomatología es diferente: tejido inflamado, irritante deler, poco apetite, fiebres altas, malestar general, olor fétido en la cavidad bucal provocado por los germenos en descomposición, no hay reacción al antibiótico, ataca a los escolares y también a los adultos cuando hay desnutrición y mala higiene bucal.

La estomatitis herpética se caracteriza por la aparición de úlceras a nivel de carrillos, que son fáciles de aparecer y desaparecer en las infecciones bucales de cualquier índole.

CANDIDIASIS AGUDA O MUGUET: Es otra de las infecciones frecuentes en niños, este huésped es común en la cavidad bucal y puede originar problemas cuando se prolifera más de lo común, ya que disminuye la resistencia del infante en los tejidos. Este puede suceder cuando hay un excesivo uso de antibióticos, las lesiones se presentarán en forma de placas elevadas que pueden ser quitadas con facilidad, pero dejan su superficie sangrante.

Su tratamiento por lo regular siempre es exitoso con nistatina o micostatina dejándola caer en la boca durante varios días, este no es un medicamento tóxico, por lo que no se corre ningún riesgo.

GINGIVITIS CRONICA: que es inespecífica rara vez dolorosa y generalizada. Su origen se le atribuye a los cambios -- hormonales del organismo en el niño adolescente e -- descuido general bucal.

GINGIVITIS PUBERAL: Se observa en niños de 12 a 15 años, se -- presentan encías marginales engrosadas en presencia -- de irritantes locales, las papilas vestibulares también sufren este engrosamiento.

El tratamiento a seguir, es el de mejorar la higiene bucal del paciente, buena alimentación y el mejoramiento de manifiesta en un lapso de 3 a 5 semanas.

Cuando el agrandamiento es mayor de lo normal es necesaria la cirugía para eliminar tejidos fibrosos que es muy eficiente y combinada con una higiene adecuada, la recuperación será total.

FIBROMATOSIS GINGIVAL O ELEFANTIASIS GINGIVAL: sucede cuando el niño al nacer presenta tejidos gingivales normales pero al momento de iniciarse la erupción las encías siguen creciendo llegando a cubrir las coronas clínicas de los dientes causando a menudo un desplazamiento de los dientes provocando una mala oclusión. Durante este tiempo la afección no es dolorosa, pero cuando el crecimiento es en dientes posteriores se ven traumatizados los tejidos.

Según estudios realizados la fibromatosis se origina por una hiperqueratosis y alargamiento de las fibras epiteliales, el aumento de tejido es un espesamiento de las haces colágenas del estroma conectivo, mostrando el tejido un alto grado de diferentes y pocos fibroplastos.

El tratamiento siempre ha sido quirúrgico aunque después de un tiempo vuelva a crecer, se recomienda realizarlo por -- cuadrante ya que el sangrado es abundante.

GINGIVITIS HIPERPLASICA DILANTINICA: A los niños tratados con dilantín presentaron una hiperplasia indolera en las encías de tipo general afectando tejidos proximales -- vestibulares y linguales, después de esta etapa procede a una proliferación fibroplástica y depósito de colágeno, en ocasiones existe un engrosamiento de las encías cubriendo parte de la corona clínica de los -- dientes, sin embargo, a veces el tratamiento falla y -- es necesaria la cirugía.

Los Doctores Davis, Baer y Palmer tienen un tratamiento en la hiperplasia gingival dilantínica, después de la eliminación quirúrgica del tejido hiperplástico se construye una férula de presión positiva, usándose sólo de noche, en casos -- graves durante el día. Con éste, en la mayoría de los pacientes no hay recidivas.

Entre las gingivitis mencionadas están las originadas -- por falta de vitaminas. La deficiencia de vitamina C provoca

en el niño lesiones en los tejidos marginales y papilares que le producen dolor y emorragias espontáneas. Los estudios realizados por Millar y Reth describieron a la gingivitis escorbútica como una enfermedad capilar en paredes vasculares débiles y perosas, lo cual origina la hemorragia. Los capilares que alimentan la encía son terminales y anastomosan libremente creando obstrucciones capilares interdentaes que originan una necrosis.

Esta enfermedad es una de las más difíciles de captar para el Odontólogo, ya que se presenta generalmente en niños de difícil ingestión de ácido ascórbico o vitamina C en sus alimentos. Pero una higiene bucal a tiempo, un suplemento vitamínico hidrosoluble mejorarán notablemente el estado del niño.

Cuando el niño ^{no} es tratado en estas enfermedades de tipo primario, la enfermedad avanzará en forma tal que llegará a afectar su tejido periodental, originando una enfermedad más grave y más dolorosa. Cuando la gingivitis no es tratada en su origen deja graves consecuencias.

PERIODONTITIS: Es una secuela de la gingivitis cuando el proceso inflamatorio ha avanzado hacia el ápice para involucrar al hueso alveolar. Existirá una reabsorción y una fragilidad marginal de las alveolares que son observables en la radiografía. Habrá factores ambientales, movilidad y migración de los dientes que deberán ser cuidadosamente evaluados en el diagnóstico diferencial sin confundir una periodontitis con una periodontosis.

PERIODONTOSIS: Es un proceso destructor que afecta el perie-
dencia de niños y adultos jóvenes. Se confunde su nom-
bre con el término anterior, sin embargo, la diferencia
 es grande, ya que esta es una enfermedad que se origi-
na en un adolescente sano, y es una rápida pérdida --
 del hueso alveolar en torno de más de un diente sane-
permanente.

En los niños puede ser descubierta durante los exámenes
 radiográficos rutinarios e cuando existe la pérdida temporal
por aflojamiento de los dientes. Cuando es descubierta a tiem-
po y se inicia el tratamiento, el éxito dependerá de la canti-
dad de hueso existente y la eliminación de factores locales
como tartaro y oclusión traumática; ésta eliminación da bel-
las parodontales y una continua higiene dental que determina-
rá el éxito total del tratami nte.

No sólo las mucosas se ven afectadas sino también los la-
bios.

QUEILITIS: Se presenta en los niños con frecuencia, se secan
los labios, sequedad al contacto con el viento origi-
nando costras en los labios provocando molestias en -
 los niños al tomar sus alimentos, al reír, etc.

FISURAS ANGULARES, BOQUERAS O PERLECHA: Es producida por la -
 Cándida Albicans, es contagiosa, no hay síntomas ni -
 dolor, se extiende dentro de la boca adquiriendo la -
 mucosa brille blanco perlado e parduzco. Cuando es -

crónica el tratamiento es con fungicida como la solución de coprilato al 20%, cura prontamente la infección.

TRATAMIENTOS EN DIENTES DE NIÑOS ESCOLARES.

Un traumatismo ocasionado por una fractura de un diente anterior en un niño, da lugar a una experiencia trágica psicológica, que requiere de la habilidad, consejo y buen trato de el Odontólogo para disminuir el temor del niño.

Existen casos en los cuales la ayuda más valiosa será la extracción del diente por falta de recursos económicos, como también habrá casos que requieren de la ayuda del especialista.

Los estudios realizados por diferentes psicólogos, han demostrado que los dientes fracturados en un niño no tratados a tiempo, formarán un trauma difícil de olvidar aún en la vida adulta..

El tratamiento de los traumatismos en dientes es complicado por el pronóstico de la pulpa que es grande y en etapa de crecimiento, lo que determina la restauración definitiva comprobable. A menudo el pronóstico del cuál depende el éxito será con la rapidéz que se restaure el diente, sin importar la dentina a desgastar por proteger la pulpa. Hay que considerar una gran cantidad de factores comunes a los traumatismos de los dientes y verificar el plan de tratamiento y diagnóstico.

Después de realizar una historia clínica sobre el trauma

tismo del diente, es muy importante la toma de radiografía, - ya que éstas nos darán la exactitud de la cámara pulpar con - relación a los dientes contiguos y el tratamiento a seguir, - así como la visualización de fracturas en la raíz del diente. El valor de la radiografía es la percepción de datos valiosos durante la evaluación del tratamiento en el diente que se -- está trabajando.

Los traumatismos originados en niños siempre irán acompañados por lesión de los tejidos gingivales o por heridas penetrantes en las cuales no hay que descartar la posibilidad de un tétanos, por lo que el Odontólogo debe tomar las precauciones debidas a los primeros auxilios.

Los niños con la proyección de la inyección toxoide tetánica tendrán anticuerpos necesarios en su organismo, por lo que el cuidado e higiene que aplique el Odontólogo en el traumatismo ayudará a la prevención de la salud del niño.

En los dientes tratados debe tomarse en cuenta la cantidad de tejido lesionado, así si la pérdida es pequeña la restauración será inmediata, los dientes con pérdida mayor de dentina deben recibir una restauración temporal para proteger la pulpa del diente, ya que una hiperemia pulpar puede originar de inmediato por presión e irritantes térmicos e químicos.

Todo tratamiento descrito debe ser chequeado a las dos semanas, después cada mes, e como le considere el Odontólogo.

Otro tratamiento utilizado es el uso de bandas ortodóncicas, aunque no es aceptable estéticamente son importantes en la restauración temporal manteniendo contacto con los dientes adyacentes utilizándose directamente sobre el diente afectado pero si el tejido está demaciado lesionado debe ajustarse sobre un diente correspondiente intacto. Se puede emplear banda de la manera convencional o preformada.

Se coloca una vez que el diente haya sido lavado y secado, una pasta de hidróxido de calcio sobre dentina expuesta, se recubre la cara interna de la banda de desfile de zinc y se coloca sobre la corona fracturada. Si la pérdida es mayor, no se hace intento por restaurar de esta forma, una de las ventajas de éste tratamiento es que el Odontólogo puede realizar sus pruebas pulpares, ya que la banda se deja de cuatro a seis semanas e hasta que la recuperación del diente sea evidente.

Otro tratamiento seguro es la colocación de acero al cromo, es una de las restauraciones temporales que mayor éxito y protección dan en el diente fracturado.

Aunque ésta restauración ofrece ventajas, requiere de un tiempo para eliminar tejido y quedar en contacto con los dientes adyacentes en forma correcta, manteniendo la oclusión y sobretodo la curación en su sitio.

En ocasiones la corona sólo se limita al esmalte de la cara lingual, entonces se coloca una coronita tres cuartos, que una vez asentada debe asegurarse de que la oclusión no sea traumática. Con unas pinzas del número 114 se ajusta la goma cervical del diente previniendo la irritación del tejido -

gingival. Sobre la corona del diente expuesto se coloca una curación protectora de hidróxido de calcio y se cementa. Cuando la pérdida es mayor se coloca el metal de modo de que quede una estrecha banda de metal en el borde gingival como margen de bien terminado.

La mayoría de los traumatismos originados por accidentes de los niños, tienen exposición pulpar presentando un desafío para el diagnóstico y tratamiento. Esta es muy diferente a la pulpa expuesta por caries.

El Odontólogo debe tener presente que como resultado del golpe, existirán una gran cantidad de reacciones imprescindibles de la pulpa dentaria y los tejidos de sostén, por lo que el éxito a la conservación de la pulpa habiendo los siguientes tratamientos posibles:

TRATAMIENTO PULPAR DIRECTO: Cuando el paciente es atendido a una o dos horas del traumatismo recibido.

La exposición es pequeña se coloca una curación temporal (dycal y ZOE) que impedirá el ingreso de líquidos bucales a la fractura, también es de elección cuando la corona es dañada en un ángulo el utilizar una funda de acrílico.

Si la restauración es pequeña y requiere un perno, primero se realiza una pulpotomía o pulpectomía, según lo requiera el caso.

Durante el tratamiento deberá trabajarse con una buena asepsia bucal, con preferencia con dique de goma, éste mecanis

no de defensa no debe prolongarse más de lo necesario para evitar contacto con medicamento fuerte o materiales cáusticos que destruyen los gérmenes pero en exceso lesionan los tejidos.

La unión adhesiva entre la estructura del diente y el recubrimiento de la cavidad no es permanente, por lo tanto la corona y la zona en exposición real deben ser limpiadas constantemente de residuos alimenticios, ya que la pulpa debe mantenerse húmeda hasta recibir la restauración final.

El material de elección de los Odontólogos ha sido el hidróxido de calcio, óxido de zinc y eugenol. Una vez colocados debe preocuparse de que el sellado sea bueno para evitar la penetración de líquidos y colocar inmediatamente una restauración que proteja el tratamiento directo. Si al mes se observa una delgada capa de dentina, el tratamiento será un éxito.

PULPOTOMIA: Se realiza cuando el paciente se presenta varios días después de haber recibido el traumatismo y la corona es insuficiente para sostener una funda temporal. La restauración deberá ser con hidróxido de calcio. Este tratamiento es indicado cuando el tejido de exposición está necrosado eliminándose quirúrgicamente, en cierta medida dependiendo de ello el éxito de la restauración final del diente.

El procedimiento a realizar es igual al empleado con un diente con caries, el lugar es agrandado conservadamente con fresa de figura quitando suficiente tejido dental para ex

poner cámara pulpar.

Se amputa la pulpa con fresa coronaria redonda num. 2 ó 4 según se observe el tamaño de la cámara pulpar, una vez realizada éste paso, es limpiada la cámara pulpar, restos de dentina y coágulos con solución fisiológica e cloramina T.

Al terminar se coloca una celira de algodón sobre los muñecos pulpares, hasta fermarse el coágulo, después se retira y se coloca hidróxido de calcio extendiéndolo por la cavidad después óxido de zinc y eugenol, finalmente fosfato de zinc, - los resultados serán satisfactorios y observables en las siguientes citas.

TRATAMIENTO ENDODONTICO: No es raro que un paciente con un absceso periapital agudo en un diente traumatizado, le -- cuál es consecuencia de una exposición pulpar no localizada - durante el traumatismo, perdiendo vitalidad los vasos apicales, interrumpiendo la formación apical. En estos casos, el - Odontólogo se ve en la tarea de tratar un conducto con el ápice abierto. Si existe tumefacción debe ser drenado, proporcionando al paciente un alivio inmediato.

Con una fresa redonda num. 6 se abre cámara pulpar presentando dolor, debe dejarse drenar por espacio de varios días - hasta que seden los síntomas agudos, hay que aplicar antibiótico y limpieza excesiva en la eliminación de residuos.

Durante esta cita se lava el conducto con solución al 4% de cloramina T y se seca sellándole con cregel y óxido de zinc y eugenol por 72 horas.

En la siguiente cita se aísla nuevamente y esteriliza, - se quita la curación y elimina con tiramervios los restos de tejido pulpar, se irriga con cloramina T e zonite, se toma una radiografía con una lima para establecer la longitud correcta, después se lima, lava y seca el conducto, sellándolo con óxido de zinc y eugenol.

Después de 7 días como máximo, se abre el conducto introduciendo una punta de papel impregnante en paramonoclorofenol alcanferado. A los tres días se retira lavándose el conducto con alcohol isopropílico al 99%, se seca y obtura retirando - los excedentes. En caso de existir evidencia de reabsorción - radicular en la porción apical deberá efectuarse una apicectomía.

Una apicectomía sólo se realiza en casos de que no existe una pieza permanente en proceso de desarrollo. Cuando el ápice de la pieza no está desarrollada totalmente, se obtura con un material reabsorbible como óxido de zinc y eugenol.

Durante todos los traumatismos que recube el diente de - la resorción siempre será a nivel de la pulpa y tenemos diferentes casos que podrían darse.

Hiperemia pulpar: El Odontólogo debe tener los suficientes conocimientos y práctica para reconocer la actividad de - una lesión a distancia en el traumatismo de la pulpa y los tejidos de sostén, ya que la lesión por muy pequeña que sea produce una hiperemia pulpar, la cual al no tener circulación

celateral conducirá a un estado de necrosis pulpar. Para reconocer el diente traumatizado se enfoca una luz intensa, advirtiéndose que aparecerá de color rojizo la corona lesionada en comparación de la de los dientes adyacentes. Colocando el espejo por lingual la observación será mejor. Cuando existe coloración es un mal pronóstico.

Hemorragia interna: Cuando el Odontólogo puede observar un cambio de color después del traumatismo en un diente, se deberá a la presión ejercida por la ruptura de los capilares y salida de eritrocitos, formando la obstrucción y pigmentación.

Metamorfosis cálcica: Es una obliteración del conducto y la cámara pulpar aún cuando la radiografía puede darnos muestra de una obliteración total, existirá un conducto fino y -- restos de pulpa.

Las coronas clínicas de estos dientes presentarán un color amarillento, la respuesta eléctrica disminuye hasta la obliteración total, en los temporales la metamorfosis clásica suele ser normal, en los permanentes duran indefinidamente. -- Sin embargo este diente debe ser tomado como foco de infección, razón por la cual los endodentistas recomiendan su tratamiento lo antes posible.

- Pronóstico de la curación pulpar.
- La etapa de erupción del diente.
- El tamaño de la pulpa y cierre apicar.
- La normalidad y oclusión.
- Así como los deseos del paciente.

Coronas tres cuartos: Recomendadas en pacientes jóvenes, aunque la pérdida de tejidos la hace difícil, es una restauración recomendada en dientes anteriores superiores, ya que en inferiores la fuerza que desarrollan es mayor. Antes de colocar estas coronas se debe estar completamente seguro del diagnóstico dental, evitando un trabajo inútil en un diente fracturado ocasionándole mayores consecuencias.

Restauraciones con resina: Podría decirse que son mejores para la restauración de un diente afectado, ya que sólo basta tomar la resina adecuada. Después de realizar la separación con una fresa de bola No. 557 ó 69 de alta velocidad y una vez preparado el diente se coloca el material de restauración. En los dientes con fracturas mayores es necesario colocar una funda de celuloide, al terminar se coloca una capa protectora de cera fundida para evitar la evaporación durante la polimeración.

Se puede usar disco de papel y fresas redondas para dar forma a las caras vestibulares y lingual, o bien con un visturí cortar los excedentes.

Restauración tipe funda: Son las que más prefieren los pacientes por la estética, pero el problema para colocarlo es del Odontólogo, y se deben explicar al paciente los inconvenientes de poner una funda durante el tiempo de crecimiento -

del diente.

Durante los traumatismos sufridos en los dientes y el tratamiento a realizar, también encontramos un problema relacionado con la altura de las raíces de los dientes, claro que es poco común la fractura de una raíz temporal; sin embargo, - el tratamiento a efectuar es el mismo de un diente permanente, ya que las probabilidades de recuperación del traumatismo sufrido en la raíz son mejores.

Las fracturas a nivel medio se reparan más fácil y las de tercio apical le hacen sin tratamiento alguno. La realidad es que muchas pasan inadvertidas hasta la toma radiográfica - un tiempo después del traumatismo.

FARMACOLOGIA APLICADA AL NIÑO.

Siempre que existe una infección en el organismo a cualquier nivel, recurrimos a los antimicrobianos para poder combatirlos.

Los antimicrobianos son importantes, ayudan en el tratamiento de infecciones en la cavidad bucal y para realizadas - en ésta.

Pero como todo, si son usadas indiscriminadamente, sobre todo en niños, pueden provocar graves complicaciones.

El objetivo óptimo de las drogas antimicrobianas es el - de destruir al agente patógeno y no causar daño al paciente, - esto se realiza através de diversos mecanismos que se reducen en un resultado final.

Los tres mecanismos de acción de los antimicrobianos se pueden reducir en la siguiente forma:

1. Interferencia con la síntesis de la pared celular.
2. Daño de la membrana citoplasmática.
3. Interferencia con los procesos metabólicos intracitoplásmicos, síntesis de ácidos nucleicos, inhibición de la - fosforilación oxidativa, substitución de metabolitos intermediarios.

Las drogas pueden tener efecto bacteriostático • bactericida, según el mecanismo de acción sobre el agente y la cen-

centración de la droga.

EFFECTOS INDESEABLES.

Como regla general clínica, se considera que no existe medicamento atóxico en sentido absoluto y que cualquier droga tiene el potencial de producir efectos adversos en un paciente en particular.

Tóxicos: Pueden ser tóxicos los antimicrobianos prácticamente en todos los tejidos, pero más sobre riñón, hígado, sistema nervioso.

Alérgicos: Pueden ser leves ó graves como el choque anafilático.

Modificación de la flora bacteriana: El empleo de antibióticos, sobre todo de amplio espectro, favorece las superinfecciones (aumento de micro-organismos en algunas cepas del huésped) y la sobreinfección (aparición de nuevas cepas en la flora del huésped).

Modificaciones del cuadro clínico sin curación del padecimiento: Ocasióna serios problemas diagnósticos como acontece en las meningitis purulantes al ser tratadas con dosis demasiado altas de antibióticos.

Modificación de la respuesta inmunológica: Eventualmente puede ocasionar recaídas de las pruebas serológicas e inter

pretaciones erróneas de las mismas.

63

Prolongación de la duración de la infección: Con la consecuente prolongación de la enfermedad.

Selección de cepas resistentes de antibióticos: Con la efectividad de éstos.

MECANISMOS DE RESISTENCIA.

Mutación espontánea: La drogoresistencia obedece a mutaciones espontáneas que ocurren en una población bacteriana -- sensible, en ausencia de la droga contra la que se desarrolla resistencia.

Selección: Cuando el antimicrobiano ha destruido la población sensible, existirá un pequeño número de células genéticamente resistentes que darán origen a una nueva población de células resistentes.

Transformación: Drogoresistencia puede ser transferida a células sensibles mediante fragmentos de DNA extraídos de mutaciones drogaresistentes.

Transducción: Que es la resistencia transmitida a la bacteria por un fago.

Conjugación: La resistencia se transfiere a través de un episoma conocido como factor alfa o factor resistente.

CRITERIOS DE ELECCION.

El primer problema para elegir el antimicrobiano más adecuado a la práctica diaria, consiste en la identificación de la etiología en la infección, cuando ello se logra disponemos de suficiente información para elegir la mejor droga para cada agente patógeno.

Los puntos a seguir son:

- Hacer el diagnóstico de probabilidad de la entidad nosológica infecciosa.
- Analizar la información internacional, experimental, clínica y epidemiológica de la etiología quirúrgica de las infecciones.
- Seleccionar el antimicrobiano de acuerdo con la experiencia actualizada, en la eficacia de las drogas para los diversos gérmenes.

X PRUEBAS DE EFICIENCIA.

Una vez administrada la terapia antimicrobiana, deberá comprobarse su eficacia.

- Clínica: Fundamental y en ocasiones el inicio. La respuesta del paciente evaluada en términos de mínimos, magnitud y velocidad de evolución de los síntomas, ofrece siempre información decisiva de la eficacia.

- De laboratorio: Las pruebas de sensibilidad, *in vitro*, son útiles cuando los datos clínicos no se modifican con terapéutica y con algunos gérmenes en particular.

La penicilina es un antimicrobiano muy usual en los tratamientos de infecciones, no sólo de la cavidad bucal sino de cualquier otra enfermedad infecciosa de vías respiratorias, digestivas, etc.

La penicilina presenta reacciones alérgicas en pacientes asmáticos y en personas con tratamiento previo a la penicilina, estas reacciones se producen en forma inmediata a los 5 segundos de su aplicación, en algunas ocasiones aparece dentro de las 24 ó 48 horas.

Las reacciones que pueden producirse son:

- Transtornos cutáneos, urticarias, además angioneuróticas, - accesos asmáticos con disnea, respiración silbante por espasmo o bronquiales poco frecuente.
- Hasta Shock anafiláctico produciéndose bruscamente a los treinta minutos a la inyección I.M. con síntomas de debilidad, - palpitaciones o presión precorrea; suer frío, caída de presión arterial, pulso inapalpable, anoxia, cianosis, pérdida de la conciencia, convulsiones y aún la muerte.

Los accesos alérgicos son benignos y ceden con la supresión del tratamiento (antihistamínicos y corticoesteroides).

- Acceso asmático con inyección I.V. de aminofilina 250 mg a 500 mg inyectada lentamente.
- Shock anafiláctico, inyección subcutánea o I.M. de 0.5 a 1 mg de adrenalina, 100 mg hidrocortisonasuccinato aplicado por vía I.V. y un antihistamínico.

Principalmente enfermedades que se manifiestan en niños generalizándose en el adulto. El cuadro que presentará a continuación, anota los agentes causales y los tratamientos a seguir en cada uno de los casos.

P A T O L O G I A	AGENTE CAUSAL	TRATAMIENTO
Gingivestomatitis Herpética Primaria Herpes Bina Primaria	HERPES SIMPLE	Aspirina e Acetami- nafen.
Gleosepela	VIRUS COXSAKIE	Los antibióticos tie- nen valer. De sostén e hidritación adecua- da.
Herpagina	VIRUS COXSAKIE	De sostén e hidrita- ción adecuada.
Faringitis Linfanudular Aguda	VIRUS COXSAKIE	Tratamiento sintemá- tico
Varisela y Herpes Zeg- ter	VIRUS DE VARICELA ZOSTER	Agentes antivirales_ Indexuridina.
Eritema multiforme.	ALERCIAS	Medidas de sostén -- corticoesteroides.
Moniliiasis-Muguet	CANDIDA ALBICANS	Nistatina, anfeteri- cina B.
Liquen Plano	FACTORES PSICOSOMA- TICOS	
Gingibestomatitis ul- cera necrética.	B. VINCENT	Debridamiento local.
Angioma de Vincent	FIDESPIROQUETAS	Lavado, raspado, ce- pillado diario 3 ve- ces con H ₂ O ₂
Noma e Cangrumeris	DESNUTRICION, EN- FE MEDAD DEBILIDAD	Penicilina I.M.U. - oral 600 000 ui.
Glauclenistis Bieleriana aguda	STAPHILOCOCOS	Penicilina
Actinomicosis	ACTINOWYGUS.	Penicilina.
Elngstomicosis	PLASTOMICOS	Anfetericina B.

CONCLUSIONES.

Durante el desarrollo tanto del servicio social, como de_ pude darme cuenta del descuido en el que tiene la mayoría de la población de Arriaga con respecto a la higiene bucal, pero no_ basta con darse cuenta de ello, hay que llevar a cabo un proyec_ te de trabajo que al llevarse a cabo mejere las condiciones den_ tales de la población a largo, mediano y corto plazo.

Los hábitos de higiene bucal no son del todo transmitidos_ de padres a hijos como lo esperamos la mayoría de los Odontólo_ gos, por lo que es tarea de nosotros el crear hábitos de higie_ ne bucal por medio de pláticas en las escuelas e en centros re_ creativos. Lo importante es llegar al niño de la manera más natu_ ral e instruirle sobre la importancia del cuidado de sus diente_ s.

La ignorancia en que viven muchas comunidades de nuestro - país, no les permite conocer la importancia de muchas cosas en_ su vida, por lo que considero que es tarea de los profesionis_ tas el instruir y orientar a esa gente sobre lo que a su profes_ ión respecta. En lo que se refiere a la Odontología, es indis_ pensable el crear campañas curativas y preventivas de ésta, pa_ ra lograr un mejoramiento en la salud bucal de la mayoría de -- los habitantes de nuestro país.

Para lograr un mejoramiento al respecto, es necesario emp_ zar por los niños, que son las nuevas generaciones que pedrán - quizá en el futuro cambiar los malos hábitos por hábitos de hi_ giene, creando mayor sanidad.

Por ello, la Odontología no debe enfocarse únicamente a - el consultorio dental para atender casos ya existentes, no debe olvidar su misión preventiva, que es básica para elevar el nivel sanitario en cuanto a enfermedades bucales se refiere,

Por todo lo anteriormente expuesto, concluye lo siguiente:

- El Odontólogo nunca debe abandonar el servicio social por los que esté el poblado.
- Se debe tratar de seguir adelante con los pocos recursos con que cuenta la clínica.
- Se debe brindar orientación dental a las escuelas existentes.
- Dar fluoraciones a los niños que asisten a las clínicas y escuelas.
- Demostrar a la comunidad que los Odontólogos desean ayudar a evitarles las molestias que presentan las bocas en mal estado.
- Persuadirlos de que no proporciona ningún beneficio la extracción temprana de los dientes primarios y explicarles lo que esto ocasiona.
- Demostrarles que cuidar la dentición primaria-mixta es conservar en buen estado su boca evitando enfermedades.
- Si la clínica no cuenta con retafelios para la exposición de las pláticas, se pueden improvisar elementos para llevarlas a cabo de cualquier manera.

- Enseñar la importancia del cepillado dental en la vida de un ser humano.
- No olvidar nunca el buen humor ante todo trato con los niños y demás pacientes, ya que desde el momento que se eligió la carrera de Odontología, se debe estar consciente de que se tratará con diferentes caracteres dominantes en la raza humana y - que el buen trato al paciente es indispensable.

Hay mucho que hacer para el Odontólogo en diferentes regiones de nuestro país. Tenemos una gran tarea que realizar.

1. Mc.Donald Stookey, Katz.
ODONTOLOGIA PREVENTIVA.
Ed. Médica Panamericana.
3a. Edición. México 1983.

2. Woodall; Dafoe; Young; Weed; y Yankell.
ODONTOLOGIA PREVENTIVA.
Ed. Interamericana.
México 1983.

3. Langman, Jan.
EMBRIOLOGIA MEDICA: DESARROLLO HUMANO NORMAL Y
ANORMAL.
Ed. Interamericana.
México 1976. 3a. Edición.

4. Tiecke, Richard.
FISIOPATOLOGIA BUCAL.
Ed. Interamericana.
México 1960.