

870122

63
27

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IATROGENIA EN ODONTOPEDIATRIA Y SU POSIBLE TRATAMIENTO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

HILDA AURORA MORALES RIVADENEYRA

Asesor: **Dra. MONICA MARGARITA NUÑO GONZALEZ**

GUADALAJARA, JALISCO. 1987



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.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

*Complicaciones en el tratamiento operatorio
dental infantil y sus consecuencias 1*

CAPITULO II

*Complicaciones en el tratamiento endodóntico
dental infantil y sus consecuencias21*

CAPITULO III

*Tratamiento psicologico inadecuado del niño
en el consultorio dental y sus consecuencias ..38*

CASUISTICA61

CONCLUSIONES72

BIBLIOGRAFIA73

INTRODUCCION

El odontólogo que es responsable siempre destacará el enorme valor que tiene el preservar la dentición primaria de los niños, en el estado lo más natural posible.

En el transcurso de su práctica dental, el odontólogo tendrá la oportunidad de observar sus errores de omisión ó comisión y ver como se desarrollan. Estos pacientes posiblemente volveran al consultorio con problemas dentales más complicados, de adolescentes ó adultos, de tal forma que pueden relacionarse directamente con decisiones que se tomarón al tratar estas piezas anteriormente.

Por lo tanto el éxito de cualquier plan de tratamiento dental dependerá de la prontitud con que se descubran y se traten las lesiones. Es importante también conocer algunas de las complicaciones más comunes que se pueden presentar en el consultorio dental y sus posibles consecuencias -- posteriores, resolviendolos a tiempo, evitando así problemas futuros y procurando tener siempre éxito en todos nuestros pacientes.

CAPITULO I

COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO OPERATORIO

DENTAL INFANTIL Y SUS CONSECUENCIAS

Las bases de la operatoria dental infantil son la preservación de la dentición temporaria, para que mantengan funciones normales y ocurra la exfoliación natural.

Al lograr esta meta, el dentista obtiene la satisfacción de saber que ha utilizado todos sus conocimientos para preparar el camino para la erupción de piezas permanentes sanas, que asumirán el lugar que les corresponde en los arcos dentales. El odontólogo, al hacer esto, contribuye a la salud general del niño. (3)

Sin embargo, a causa de la inmadurez del niño, diferencias en la anatomía dental y el momento de la exfoliación, el enfoque de varios procedimientos de operatoria dental para niños puede diferir claramente de procedimientos similares para adultos.

Y es aquí donde surgen las complicaciones en el tratamiento operatorio.

Para realizar un tratamiento odontológico acertado este se basa, en diagnóstico exacto y cuidadosa planeación del tratamiento, para esto utilizamos medios de diagnóstico de los cuales hablaremos a continuación. (3)

Medios de diagnóstico.-

Deben evaluarse tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento; urgencia, secuencia y resultados probables. Una secuencia bien organizada de tratamiento evita muchos falsos comienzos, repetición de tratamiento y pérdida de tiempo, energías y dinero. La planificación terapéutica se basa fundamentalmente en la historia clínica y en los datos de exploración clínica y radiográfica. (3)

El uso continuo de la radiación para diagnóstico es esencial en la odontología moderna y el dentista no deberá dudar en hacer radiografías a niños cuando crea que son necesarias. Sin embargo puesto que estos rayos producen efectos indeseables, nunca habrá excusa para usarlos de manera indiscriminada e inapropiada. Los dentistas tienen responsabilidad profesional porque aunque la cantidad de radiación usada sea mínima, aumenta la exposición total a radiación de los seres humanos, además que los tejidos en rápido desarrollo de los niños pueden ser más sensibles a los rayos X. (3)

Otros de los medios de diagnóstico son las pruebas de sensibilidad pulpar en la primera infancia que sufren limitaciones evidentes debido a la incapacidad del paciente para cooperar totalmente. Por otro lado las pruebas eléctricas se consideran más fiables que los realizados con frío ó calor. (9)

Sin embargo estas son más orientativas sobre la po

sibilidad de provocar dolor en el diente.

También hay que tener en cuenta que los dientes permanentes jóvenes en los estadios iniciales de erupción clínica, pueden presentar un umbral doloroso muy elevado en las pruebas eléctricas. (9)

Una vez establecido el diagnóstico y tratamiento a seguir y superado el miedo a lo desconocido por una introducción programada, el único miedo remanente es el dolor. No habrá duda de que la dentina de algunos dientes primarios es sensible a los instrumentos y, en ese caso, la experiencia de la preparación cavitaria es desagradable. El factor más importante en el control del dolor es la anestesia local, -- pues una vez eliminada toda posibilidad de dolor el tratamiento puede ser de la más alta calidad. (4)

Por lo tanto ahora continuaremos hablando sobre la anestesia y sus posibles complicaciones.

Anestesia.-

Como la utilización de la jeringa puede asustar al niño, la anestesia local debe hacerse de forma cuidadosa y -- considerada, se debe preguntar a los padres del niño como -- reacciona éste a las inyecciones. (9)

Un niño pequeño no puede participar en la decisión de si debe ó no utilizarse anestesia local, es el dentista -- quien tiene que tomar por si mismo estas decisiones, aparte-

que debe aplicarse en el preciso momento en que el paciente ha alcanzado el máximo grado de cooperación y se le han dado explicaciones claras. (9)

Si se usa un anestésico de superficie y una aguja bien aguzada y desechable el dolor de la punción se reduce a un mínimo y el niño apenas lo siente. (5)

Los efectos adversos de la administración de anestesia local, pueden deberse a la inserción de la aguja ó a la solución inyectada. Las complicaciones ocasionadas por la solución, pueden clasificarse como sistémicas ó locales. Las reacciones tóxicas, alérgicas e idiosincráticas son reacciones medicamentosas sistémicas, en tanto que las infecciones y las irritaciones por la solución anésteica son locales. Aunque las infecciones pueden extenderse y tener efectos sistémicos, la complicación puede originar que se clasifiquen como una reacción tisular local. (1)

Una de las complicaciones de la anestesia en los niños es el riesgo de lesión local por mordedura ó raspado de tejido anestesiado, la técnica adecuada de inyección reduce al mínimo el riesgo de trismo, hematoma y parestesias. (9)

Por supuesto está complicación se reduce informando repetidamente al niño y a sus padres sobre ello. A los padres les resulta más difícil comprender la relación entre la herida por raspadura y la anestesia, que la aparición de mordeduras, pero como el aspecto de éstas últimas no corresponde con la idea general de lo que es una señal de mordedura,-

a veces los padres también pueden acusar al dentista de haber provocado la herida del niño con alguno de sus procedimientos.

Una herida por mordedura es siempre una complicación desafortunada ya que es poco lo que se puede hacer por reducir las molestias que produce y de algún modo, el niño siempre vera al dentista como el causante de este efecto doloroso. (9)

Además de esto, otra de las complicaciones que puede sufrir el niño son desvanecimientos psicogenos, producidos por factores como ansiedad, agotamiento, y el dolor ó molestias originadas en la región oral. (9)

Los pródomos del desvanecimiento son; sudoración fría, inquietud, palidez, náusea y dolor gástrico. La verdadera causa del desvanecimiento es una disminución de la presión arterial, y puede restablecerse la conciencia colocando al paciente en decúbito supino con la cabeza pendiente. Inmediatamente hay que comprobar que las vías aéreas se encuentren libres, y si el grado de inconciencia es profundo administrar oxígeno. A todo paciente que haya sufrido desvanecimiento hay que darle después una explicación tranquilizadora y apoyo psicológico. (9)

Cuando se ha aplicado correctamente la anestesia y dado las indicaciones pertinentes seguiremos con el aislamiento.

Aislamiento.-

El paciente suele tener cierto grado de resistencia a las bacterias naturales de la boca, la técnica aseptica -- tiene por objeto evitar la introducción de patógenos extra-- ños así como la propagación anormal de las bacterias bucales normales.

Es de enorme importancia la prevención adecuada de infecciones á través de operatoria dental, y la eliminación de piezas fracturadas e irreparables, esto ahorrará muchas -- molestias al odontólogo y al niño. (2)

Los instrumentos deben estar esterilizados en el -- autoclave y materiales como suturas deben ser comprados en -- paquetes preesterilizados y las manos y los brazos deben ser minuciosamente lavados hasta los codos y librados de toda -- alhaja.

Aparte de todo esto, también se puede prevenir la -- infección con un aislamiento correcto, que sirve para dos -- procedimientos, la preparación de la cavidad y la colocación del material reparador. (2)

El aislamiento permite el mejor acceso, visibili-- dad y esterilidad, en caso de tener que realizar tratamiento pulpar. (7)

Hay dos medios de lograr el aislamiento, por medio de dique de goma ó por el uso de rollos de algodón y gasa.

El dique de goma proporciona el mejor aislamiento.

pero se usa muy poco, quizá sea porque muchos dentista no se sienten lo suficientemente prácticos como para colocar el dique en un niño, y piensan que tal vez se llevarían mucho tiempo en colocarlo.

Las complicaciones de usar el dique de goma son la incorrecta manipulación del portagrapas, pues puede traumatizar el labio del arco opuesto al que se esta tratando. Las grapas y ligaduras colocadas incorrectamente pueden traumatizar las encías, aunque estas lesiones son pasajeras. (7)

También es posible apretar con las grapas los tejidos del carrillo ó la lengua, pero esto puede evitarse deslizando el índice por el surco bucal en el momento de colocarlas. Las grapas mal aseguradas ó incorrectamente seleccionadas están propensas a desplazamiento, además del peligro de su inhalación ó ingestión. Por lo tanto siempre se debera de usar un trozo de seda dental atado al arco de la grapa y unido al arco del dique de goma. (7)

La mala retención de la grapa puede ser debida a la fatiga de su arco que da por resultado la pérdida de su elasticidad. Estas grapas gastadas deben desecharse. Una cúspide debilitada se fracturará en caso del desprendimiento repentino de una grapa.

Por otro lado el arco de sostén del dique de goma puede provocar marcas por su presión sobre la cara, lo que puede evitarse con la colocación de un rollo de algodón, debajo del mismo ó una gasa debajo del dique. (7)

Los orificios mal preparados harán moverse incorrectamente el arco y el dique hacia arriba haciendo que el primero se aproxime a los ojos y que el dique cubra la nariz.

La producción de saliva también puede provocar derrames si la grapa está colocada incorrectamente.

Cuando se maneja bien al niño éste acepta la aplicación del dique como algo normal. El uso de rutina del dique de goma es uno de los grandes adelantos de la operatoria dental infantil.

Los odontólogos que rechazan el dique deberían preguntarse si realmente están conformes con el método de aislamiento que emplean. (7)

Después de haber logrado un aislamiento adecuado, proseguiremos con la operatoria dental propiamente dicha, -- así como sus posibles complicaciones causadas principalmente por las diferencias que hay entre la dentición permanente y la decidua. (1)

Operatoria.-

El objetivo de la preparación de la cavidad es la remoción del material de caries. Se proyecta la cavidad teniendo en cuenta los posibles sitios futuros de ataque y una vez terminada se restaura con material adecuado para devolver al diente su forma correcta. (7)

El efecto de la preparación de la cavidad aunque -

no puede ser completamente evitado, es posible minimizarlo - utilizando cortes húmedos, éste impide también que la temperatura se eleve dentro de la dentina y la pulpa dental. Otra ventaja más del corte húmedo es la prolongación de la vida - de la fresa a casi el doble de lo que normalmente se observa en los cortes secos. (1)

Las brocas de carburo y las puntas de diamante deberán estar limpias y afiladas. Sobre todo, no deberán estar gastadas hasta el estado en que producen más calor que el -- que pueda disipar fácilmente el rocío de agua y aire.

Es de mala economía usar brocas aplanadas ó instrumentos de diamante desgastados una y otra vez para reducir - gastos del consultorio. (3)

Los dientes temporales son piezas pequeñas con cámaras pulpares proporcionalmente grandes, aunque, los dientes permanentes jóvenes tienen también pulpas coronarias grandes con cuernos pulpares agudos. Indudablemente, las moder--nas técnicas de alta velocidad representan un mayor riesgo - de sobre-extensión, exposición accidental de la pulpa y le--sión iatrógena de los dientes vecinos. (9)

Considerando que las dimensiones de los tejidos duros son pequeñas en relación a los instrumentos que se ---- emplean, existe riesgo de exposición durante la preparación.

A este respecto se ha demostrado que llevando a cabo una preparación gradual ó intermitente, pueden evitarse - una gran proporción de tratamientos pulpares en dientes tem-

porales. (9)

Recubrimiento Pulpar Indirecto.-

La técnica consiste en remover toda la caries, con excepción de aquella que, de acuerdo con la experiencia del odontólogo, provocaría de exposición pulpar.

El recubrimiento pulpar indirecto se aplica a los dientes con vitalidad pulpar que presentan grandes lesiones de caries en la proximidad de la pulpa. (7)

Para el odontólogo el recubrimiento pulpar, puede resultar muy atractivo dado su teórica simplicidad, pero -- aunque puede parecer sencillo a simple vista a veces se complica por la dificultad que entrañan las pequeñas dimensiones de los dientes temporales, sobre todo en dientes con -- atrición, en los que, con frecuencia queda poco espacio para hacer una restauración después de haberse aplicado material de recubrimiento y la base. (7)

El recubrimiento indirecto está siempre indicado -- cuando todavía hay una capa no cariada de dentina delgada, pero cien por ciento intacta, encima de la pulpa. En la dentición primaria es rara la formación de dentina secundaria, sobre la que se basa el éxito del recubrimiento. Es probable -- que esto se deba a la disminución de la capacidad reactiva -- de la pulpa en particular en los molares temporarios. (5)

La aceptación de esta técnica por parte de los pa-

dres está determinada en gran medida por la forma en que el profesional lo explique.

El éxito del tratamiento pulpar indirecto se evalúa por la ausencia de signos y síntomas, y el fracaso del tratamiento se manifiesta por dolor ó por exposición pulpar en la segunda sesión. (7)

Las amalgamas dentales cuando son colocadas por primera vez permiten cierta filtración de saliva en la interfase entre la amalgama y el diente mismo. Este derrame salival tiende a irritar la pulpa y puede volver hiperalgésico al diente y demasiado sensible al frío y al calor. Aunque lo lógico dictaría una barrera térmica para proteger la pulpa, lo necesario es un sellador adecuado en el borde entre la amalgama y el diente. (1)

La amalgama de plata es el material principal utilizado para restauraciones en pacientes infantiles en dentaduras primarias y también en permanentes, sera la manipulación de este material que realice el odontólogo ó su ayudante lo que determine el éxito ó el fracaso de la restauración en cualquier cavidad preparada adecuadamente. (3)

Así como la proporción de aleación a mercurio usada, es un factor importante para determinar el éxito. (3)

Si no se utiliza suficiente mercurio, la fuerza de comprensión de la amalgama será alterada, y será difícil lograr amalgamación adecuada. Si se usa exceso de mercurio se reducirá la fuerza final de la amalgama.

Generalmente se recomienda para la amalgamación - 1:1 partes de mercurio por partes de amalgama.

Es necesario también condensación adecuada para lograr fuerza máxima, buena adaptación marginal, resistencia a la corrosión y pulido liso. (3)

El efecto de la contaminación de la humedad durante la condensación es conocido por todos. La saliva ó humedad de la mano puede hacer reacción con el cinc y producir gas hidrógeno.

La acumulación de hidrógeno dentro de la amalgama produce diminutas lagunas de vacío dentro de la restauración lo que reduce la fuerza de comprensión. (3)

También causa una expansión diferida de la amalgama de manera que la restauración sobresaldrá de las paredes de la cavidad.

El margen mal alineado de la cavosuperficie sirve de área que propiciara la reunión de bacterias y desechos de comidas, lo que iniciará la caries secundaria.

Esta contaminación húmeda puede evitarse utilizando sistemáticamente un dique de caucho en todos los procedimientos operatorios. (3)

Las restauraciones deben ser cuidadosamente pulidas por razones estéticas, para limitar la corrosión y de ese modo prolongar su vida y para reducir concentraciones de tensión oclusal que pueden resultar nocivas. El pulido final no debiera realizarse en las 48 hrs. que sigan a la coloca---

ción de la amalgama, para que logre su máximo grado de fuerza y dureza. (3)

Una pérdida temprana de la estructura dental decidua, como en el caso de las caries interproximales (mesial y/o distal), por lo general conducirá a un cierre del espacio que a menudo no es notado, esta pérdida insidiosa de -- espacio puede sumar varios milímetros, acumulandose en cada sitio de caries interproximal. Usualmente la pérdida de espacio es producida por la erupción del primer molar permanente en la fase inicial de la dentición mixta ó puede producirse más tarde en el período de dentición mixta como consecuencia de las fuerzas de oclusión y la migración mesial resultante. (1)

Se ha dicho que el aparato más importante en el -- campo de la ortodoncia profiláctica es una restauración totalmente contorneada, bien colocada en un molar primario. - (10)

Las obturaciones con escaso contorno pueden permitir la temprana migración mesial del primer molar permanente, la aguda inclinación cuspídea puede impedir, entonces cualquier alteración espontánea de esta maloclusión iatrogenica.

Las obturaciones interproximales con escaso contorno, con contactos aplanados ó abiertos, facilitan la retención de restos de alimentos, materia alba y placa bacteriana. Así mismo, las restauraciones sobrecontorneadas impiden que la encía tenga estímulo mecánico, ofreciendo además un -

sitio para la retención de la placa.

El dentista que realiza las primeras restauraciones proximales ó cervicales tiene una gran responsabilidad respecto a la futura salud periodontal del paciente. Los margenes defectuosos, la estructura superficial inadecuada y los contactos insuficientes producen con frecuencia gingivitis crónica en el niño que progresa insidiosamente hacia la enfermedad parodontal del adulto. (9)

Nada es tan desalentador como observar una gingivitis iatrogénica en una boca sana, cuando la causa puede atribuirse al uso inadecuado de la matriz. (7)

El mejor tratamiento es la limpieza de la caries y la colocación de restauraciones de amalgama correctamente modeladas ó la cuidadosa adaptación y colocación de coronas de acero inoxidable.

Las lesiones proximales incipientes pueden ser también reversibles ó al menos, detenerse en su evolución. Sin embargo, no contamos todavía con información suficiente para poder evaluar el pronóstico a largo plazo de las lesiones proximales más superficiales detectadas en las radiografías.

También en este caso hay que tener en cuenta la totalidad de la información obtenida, tanto en la historia clínica como en la exploración, para definir si está indicado un procedimiento paliativo ó una actitud más activa. (9)

Para hacer cualquier recomendación basándose en el aspecto radiográfico de las lesiones proximales, hay que ase

gurarse de que la radiografía esté correctamente tomada y revelada y de que se examine en condiciones óptimas. El hacer juicios clínicos a partir de radiografías mal hechas y valoradas a la ligera con luz natural, es una costumbre totalmente criticable. (9)

Coronas de Acero.-

El restablecimiento de la capacidad masticatoria - de una dentición primaria muy deteriorada mediante coronas - de acero es sin duda la solución mejor y más durable. Pero - es un trabajo difícil y requiere una preparación exacta y -- una adaptación perfecta de la corona a su cierre periférico - y su oclusión. (5)

Las coronas de acero inoxidable han probado ser un medio eficaz y práctico para restaurar los dientes demasiado degradados ó con una fractura muy baja donde la amalgama no podría ser retenida. (1)

Pero de ninguna manera consideramos a la corona de acero inoxidable como un tratamiento ideal de caries exten-- sas ó un medio de evitar el fracaso de la amalgama. Si se maneja sin cuidado estas coronas pueden causar tanto daño como una amalgama mal terminada. (7)

Entre las complicaciones más comunes son que se -- puede producir un hombro, ante la inclinación incorrecta de la fresa en vez de un rebajado interproximal sin hombro. Se-

deberá intentar con cuidado la reducción del diente para poder quitar este hombro, teniendo en cuenta la posibilidad de una exposición traumática. Si no se consigue quitárselo, no se podrá asentar la corona, cuyos bordes chocarán con él.

La destrucción de toda una pared lingual ó bucal - por causa de caries ó uso exagerado de instrumentos cortantes puede dar por resultado la inclinación de la corona hacia el lado deficiente.

La colocación de una amalgama antes de poner la corona ofrece apoyo y evita la inclinación. (7)

La integridad marginal de la corona queda reducida cuando esta adaptada imperfectamente pues esto puede causar la retención de placa bacteriana y posteriormente gingivitis. Se ha dicho que cualquier inflamación crónica de los tejidos de sostén, provocada por los bordes abiertos ó demasiado extendidos puede dar por resultado la caída prematura de ese diente. (9)

La corona correctamente adaptada se cementa con cemento de fosfato de cinc, inmediatamente se prueba su oclusión para asegurarse de que la corona no ha sido forzada en exceso sobre los bordes de la preparación, (9) y para ver su función en la oclusión pues de tener una incorrecta oclusión puede traernos problemas significativos en la relación interoclusal en desarrollo.

Otra complicación puede ser la inhalación ó ingestión de la corona, esto aunque afortunadamente rara vez ocu-

re, puede ser causado por un movimiento imprevisibles, pero si esto ocurriera se intentará extraerla haciendo poner al niño cabeza abajo cuanto antes, si no se tiene éxito se consultará al médico para la indicación inmediata de una radiografía de tórax. Si la corona se encuentra en los bronquios ó el pulmón la consulta médica llevará quizás al intento de extraerla por broncoscopia. (9)

La presencia del reflejo tusígeno en el niño consciente reduce por fortuna las posibilidades de inhalación, - aunque es más probable la ingestión de la corona.

Esta es de menores consecuencias, pero deberá ser diagnósticada por ausencia de la corona en la radiografía de tórax. (9)

Por lo general la corona pasa sin consecuencias -- por el tracto alimentario, en el curso de 5 a 10 días.

La angustia y las tensiones en el niño, el padre y el dentista se reducen si se toman todas las precauciones posibles para prevenir la ingestión ó inhalación de la corona, una de estas precauciones es, colocando un dique de goma (9)

Exodoncia.-

Perdida prematura se refiere a pérdida tan temprana que el mantenimiento natural del perímetro del arco puede ser comprometido y es antes de la época esperada para su --- exfoliación. (5)

Si bien se intenta hoy día más que antes la conser-
vación de los dientes temporales hasta su recambio natural, -
 su extracción esta indicada a menudo.

La extracción se hace con la pinza para dientes --
 temporales con movimientos luzantes, estos deben realizarse-
 en forma lenta y con sumo cuidado, porque las raíces de mola-
 res muchas veces están curvadas y con principio de reabsor--
 ción por lo que se rompen con facilidad. (5)

Las raíces de los molares circundan con frecuencia
 la corona del premolar subyacente permanente, y mediante mo-
 vimientos poco controlados éste puede ser extraído junto con
 el molar temporario. (5)

En casos especiales será recomendable cortar la co-
rona del diente temporal y extraer cada raíz por separado. -
 Por lo general no es necesario emplear elevadores, lo que en
 ocasiones comporta algún peligro por la posible lesión de --
 los dientes vecinos ó de los gérmenes dentarios subyacentes-
 (5)

Cuando un diente primario se pierde antes de que -
 el sucesor permanente haya comenzado a erupcionar, es proba-
 ble que el hueso se vuelva a formar sobre el diente permanen-
 te demorando su erupción. (10)

Cuando su erupción está demorada, los otros dien--
 tes disponen de más tiempo para correrse al espacio que de--
 biera haber sido ocupado por el diente demorado. (3)

La pérdida prematura de piezas primarias conduce a

la rotura de la integridad de los arcos dentales y de la odu
sión, así como también de la estética y puede ocasionar un -
trauma psicológico. Además de problemas de fonación.

Para estó se podría utilizar dentaduras parciales-
removibles, por lo que podrán utilizarse con éxito para res-
taurar sus consecuencias. (3)

Otra iatrogénia es no decir a los padres que se le
puede poner mantenedores de espacio al niño.

Esto puede deberse a que los odontólogos no se --
sienten con capacidad para ponerlo ó que sienten que pierden
el tiempo colocando, así como también no se consideran con -
la habilidad suficiente para convencer a los padres de lo ne
cesario e importante que es poner un mantenedor de espacio.

Aparte de que con la pérdida prematura de piezas -
anteriores se pueden desarrollar hábitos bucales perjudicia-
les, como son las exploraciones linguales en él espacio crea
do. La persistencia de este comportamiento después de la --
erupción de piezas sucedáneas puede llevar a mal posiciones-
dentales debido a presión lingual excesiva. (3)

Entre las complicaciones posoperatorias de las --
extracciones son. El alveolo seco es poco común, lo más fre-
cuente es la deglución ó aspiración de piezas ó raíces, espe-
cialmente bajo anestesia general, cuando la boca se mantiene
abierta por la fuerza. Si es posible se debiera extraer todas
las piezas sueltas antes de iniciar la anestesia general. --
Aunque también este mismo tipo de accidentes se pueden produ

cir bajo anestesia local. (3)

CAPITULO II

COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO ENDODONTICO
DENTAL INFANTIL Y SUS CONSECUENCIAS

El objetivo fundamental de la terapéutica pulpar -
pediátrica es el mantenimiento de los dientes tratados como
unidades de la arcada dentaria hasta su exfoliación. El diente
actúa como mantenedor de espacio natural, con cumplimiento
de un papel estético y funcional. (2)

Así como también se puede controlar mejor los factores
de comodidad, ausencia de infección, fonación y prevención
de hábitos aberrantes.

La probabilidad de conservar la vitalidad de una pulpa
variará ampliamente de acuerdo a sus condiciones y patología
del tejido pulpar. (4)

Para alcanzar los objetivos del tratamiento, es imperativa
la evaluación preoperatoria. Una vez tomada la decisión de
conservar el diente, la terapéutica pulpar ejecutada está
relacionada directamente con el grado estimado de patología
pulpar. (2)

Así como también para un buen diagnóstico, son esenciales
buenas radiografías que llevarán a la elección del tratamiento
y del pronóstico.

Aparte de que también se debe de tomar en cuenta -

la cooperación del paciente.

Así como también los conductos pulpares, muchas veces son muy angostos y curvos en la región apical de los molares temporarios, y dificultan el tratamiento radicular. (5)

Siempre que sea posible se debe mantener la vitalidad pulpar, esto es muy importante en dientes jóvenes con ápices incompletos, porque la vitalidad pulpar y la integridad de la vaina radicular de Hertwig son responsables de la continuación del desarrollo apical. (2)

No obstante la voluminosa cavidad pulpar, que llega cerca de la superficie, hace que la pulpa temporaria sea en especial sensible a irritaciones bacterianas, químicas y traumáticas. (5)

Así mismo durante la preparación cavitaria puede dañarse la pulpa de diferentes maneras, por medio de cambios térmicos, esto es por las variaciones de la temperatura, -- esto se evita utilizando alta velocidad refrigerada con aire ó agua. La deshidratación se produce por desecación de la dentina cuando hay un secado excesivo. Así como la vibración -- que es causada con el uso imprudente de presión sobre dientes jóvenes con pulpas grandes y ápices incompletos, esto -- puede ser también una secuela de fresas con baja velocidad ó por ajustes de bandas, pudiendo todo esto ocasionar un traumatismo pulpar. (2)

También se produce una agresión pulpar muy intensa -- cuando nos acercamos demasiado a la pulpa ó eliminamos exce-

sivamente la dentina, esto es sin duda, se exponga ó no la pulpa, uno de los mayores traumatismos causados a la pulpa, las preparaciones menos profundas son siempre preferibles a las muy profundas. (3)

La integridad de la pulpa es afectada a medida que los instrumentos rotatorios se acercan a la preentina, no sólo debido a la lesión inmediata de la pulpa si no también en razón de la proximidad de los materiales de obturación tóxicos, los mismos productos destinados a proteger la pulpa pueden ser las toxinas que ocasionen su desvitalización. (3)

Recubrimiento Pulpar Directo.-

Una pulpa vital puede exponerse por trauma ó por caries. La exposición pulpar generalmente se explica como la destrucción directa de la integridad de la dentina que rodea a la pulpa misma. (3)

Se supone generalmente que la pulpa está sana -- antes de la exposición accidental durante la preparación cariaria, por estas razones sus poderes de recuperación deben ser excelentes. En consecuencia se han desarrollado técnicas para intentar conservar la vitalidad de la pulpa. (4)

Una de las técnicas es el recubrimiento directo y es la forma más sencilla de recubrimiento de la pulpa y como su nombre lo indica consiste simplemente en colocar una capa de material protector sobre el lugar de exposición pulpar --

antes de restaurar la pieza. El recubrimiento directo puede ser favorable cuando es una exposición reducida y sólo afecta, por ejemplo de manera superficial a un cuerno pulpar, no hay hemorragia de la pulpa, esta no se ensucia y todavía no ha terminado el crecimiento de la raíz. (5)

La meta a alcanzar es la creación de dentina nueva en el área de exposición, y la consiguiente curación del resto de la pulpa, ó su retorno a condiciones normales.

El hidróxido de calcio es un material que estimula la curación favoreciendo el desarrollo de dentina secundaria. Sin embargo, puede "sobrestimular" ó estimular actividades odontoclásticas hasta el punto de que ocurra frecuentemente resorción interna de la dentina. (3)

En dentaduras primarias, se logran mejor los recubrimientos pulpares solo en aquellas piezas cuya pulpa dental ha sido expuesta mecánicamente con instrumentos cortantes al preparar la cavidad, en estos casos, la probabilidad de invasión bacteriana es mínima y no se requiere procedimientos operatorios posteriores.

En ninguna circunstancia deberá permitirse la penetración de saliva en la preparación de la cavidad ó que este en contacto con el área expuesta. Generalmente, se presenta muy poca ó ninguna hemorragia. (3)

Una de las complicaciones del recubrimiento directo es una persistencia de los síntomas y como consecuencia una degeneración pulpar.

El dentista tendrá cuidado de no usar una innecesaria presión durante la condensación en el sitio de la exposición, así mismo el sellador marginal de la obturación final debe impedir el ingreso de saliva y bacterias para asegurar el éxito. (7)

Si es esencial conservar la vitalidad de una pulpa para permitir se completen las raíces ó nos mantenga un espacio, el tratamiento de elección es la pulpotomía.

Pulpotomía.-

Puede definirse como la eliminación completa de la porción coronal de la pulpa dental, seguida de la aplicación de curación ó medicamentos adecuados que ayude a la pieza a curar y a preservar su vitalidad.

La probabilidad de conservar la vitalidad de una pulpa expuesta por caries es impredecible. Variará ampliamente de acuerdo a las condiciones en las que ocurrio. (4)

Una copiosa irrigación con sol. fisiológica de la cámara pulpar evitará que los restos de dentina lleguen a la pulpa radicular, lo que ocurriría si se empleara aire.

Hay que tener cuidado de no perforar la delgada pared pulpar ó interproximal, evitando la fuerza excesiva con la fresa. (7)

La hemorragia postamputación se controla humedeciendo bolitas de algodón con una solución no irritante, con

solución fisiológica y colocándolas sobre los muñones pulpares, estos son sensibles al trato poco delicado y el odontólogo debe prevenir las hemorragias traumáticas iatrogénicas - al retirar la bolita de algodón. (7)

Entre la técnica de pulpotomía en dientes permanentes y la técnica de pulpotomía en dientes primarios, existen importantes diferencias. A la segunda se le conoce como técnica de pulpotomía con formocresol y se define como, amputación completa de la pulpa coronaria vital, y la colocación de formocresol, sobre los muñones radiculares. (9)

El objetivo fundamental de tratar la pulpa con formocresol es desvitalizar el tejido lesionado y destruir los microorganismos invasores. Las complicaciones de esta técnica son la dificultad de controlar la profundidad de penetración del medicamento y el hecho de que este puede producir irritación crónica en la zona que se desea curar. Sin embargo este compuesto produce osteítis periapical y reabsorción radicular interna, además de que puede causar necrosis en los tejidos adyacentes por lo que debe usarse con precaución. Por lo tanto no puede esperarse la curación propiamente dicha de ninguna pulpa radicular tratada con este compuesto. - (9)

Aparte que la pulpotomía con formocresol puede provocar una exfoliación prematura, y han sido demostrados los defectos del esmalte en los dientes sucesores permanentes.

La ausencia de síntomas de dolor ó molestias no es

indicación de éxito deben obtenerse radiografías para determinar cambios en tejidos periapicales. (3)

Una de las complicaciones de este tratamiento es - que generalmente le siguen resorciones internas con destrucción de raíz, que se observan en revisiones sucesivas, principalmente en piezas primarias.

En algunas ocasiones la reabsorción radicular fisiológica del diente temporal, se produce tanto interna como externamente (reabsorción interna dentro del conducto radicular, reabsorción externa en la raíz ó el hueso circundante) esto puede deberse a sobre estimulación de las células pulpas no diferenciadas. (3)

Muy pocos casos presentan reabsorción después de - 1 mes de realizado el tratamiento, una gran proporción de -- los procesos de reabsorción aparecen al cabo de 6 meses y la mayoría absoluta al cabo de un año.

La reabsorción puede continuar hasta que se produzcan fracturas radiculares debidas a la fuerza masticatoria - ó hasta que el proceso interno sea superado por la reabsor-- ción fisiológica externa.

No obstante, la reabsorción se detiene en algunos- casos, y puede discernirse radiográficamente la formación - de un tejido duro reparador. (9)

Pulpectomía.-

Si la lesión es aún más traumática el tratamiento de elección es la pulpectomía, está es la eliminación de todo tejido pulpar de la pieza, incluyendo las porciones coronarias y radiculares, aunque la anatomía de las raíces de -- las piezas puede complicar estos procedimientos, existe mucho interés por las posibilidades de retener las piezas primarias en vez de crear los problemas de mantenedores de espacio a largo plazo. (3)

Los sistemas de conductos radiculares de los incisivos y caninos primarios, como los de sus sucesores permanentes, suelen consistir en un solo conducto con ramificaciones anastomóticas. Los molares primarios, suelen presentar tres conductos radiculares. Los molares inferiores contienen los conductos mesiovestibulares y mesiolingual dentro de la raíz mesial, mientras que un conducto distal solitario se -- extiende a lo largo de la raíz distal. (2)

Pero las variantes son que con el tiempo el depósito de dentina secundaria, que se acelera durante la reabsorción radicular fisiológica, puede producir una variedad de cambios en la arquitectura original del conducto, y puede desarrollarse una red fina, tortuosa y ramificada de cuatro ó cinco conductos por lo tanto torna difícil la terapéutica radicular convencional, si no la torna imposible. (2)

Así como también existe una íntima relación anató-

mica entre el ápice de la raíz primaria y la corona del suceso permanente. Se han de tomar todas las precauciones para limitar los instrumentos, soluciones irrigadoras, medicamentos y materiales de obturación para que no sobrepasen los ápices para reducir al mínimo el daño potencial al germe dentario permanente.

Las raíces primarias son finas y el uso del instrumental convencional para el tratamiento de conductos, puede ocasionar una perforación radicular. Aunque las limas son las más aceptadas. (2)

Sin embargo deberán tenerse en cuenta varios puntos importantes al realizar tratamiento endodónticos en piezas primarias, primero deberán tenerse cuidado de no penetrar más allá de los ápices de la pieza, hacer esto puede dañar al brote de la pieza permanente en desarrollo, segundo deberán usarse material reabsorbible, pues si no actuaría como irritante, deberá de introducirse el material presionando ligeramente de manera que nada ó casi nada atravesase el ápice de la raíz. (3)

Los fracasos endodónticos pueden estar causados por factores locales ó sistémicos ó por la combinación de ambos. Entre los fracasos locales que han sido reportados están varios aspectos de los procedimientos endodónticos tales como instrumentación pobre ó inadecuada del conducto radicular. La presencia de dentículos en el conducto radicular complica la terapia endodóntica, además de que aumenta la po

sibilidad de fracturar los instrumentos. (11)

Los accidentes ó maniobras inadecuadas crean circunstancias que de no ser corregidas, acrecientan la probabilidad del fracaso. Las fracturas de instrumentos, las perforaciones, la sobreinstrumentación y sobreobturación excesiva puede llevar a pronósticos desfavorables. (6)

Los instrumentos que más se fracturan son limas, - ensanchadores, sonda barbadas y lentulos, al emplearlas con demasiada fuerza ó torción exagerada y otras veces por haberse vuelto quebradizos, ser viejos y estar deformados. La mayoría de los instrumentos fracturados quedan firmemente trabados en el conducto y su retiro es difícil, si no imposible por lo tanto en piezas primarias se procede a la extracción

Con respecto a las piezas permanentes un factor -- importante en el pronóstico y tratamiento es la esterilización del conducto antes de producirse la fractura del instrumento, si estuviese estéril, se puede obturar sin inconveniente alguno procurando que el cemento de conductos envuelva y rebese el instrumento fracturado. Por lo contrario, si el -- diente está muy infectado ó tiene lesiones periapicales habrá que agotar todas las maniobras posibles para extraerlo, - en caso de fracaso, se justifica que el operador deje el -- instrumento firmemente trabado en su lugar donde puede actuar como sellador de ápice. (8)

Sin embargo si hubiera fracaso, la intervención -- quirúrgica con resección de la raíz que contiene el instru-

mento fracturado está indicada. En casos donde el fragmento queda en el centro del conducto y es imposible pasarlo, se puede recurrir al acceso quirúrgico del ápice y la colocación de una obturación apical. Si el fragmento sobresale del foramen y la inflamación persiste se puede exponer el ápice y colocar una obturación apical. (3)

La extensión de la instrumentación del conducto radicular tiene un efecto significativo sobre el resultado de la terapia endodóntica pues reduce mucho el éxito del tratamiento, además que el uso de instrumentos demasiado gruesos para el volumen de la estructura radicular llevará a la fractura del ápice, si aparece una lesión y persiste, este ápice deberá ser eliminado quirúrgicamente, en piezas permanentes y en piezas temporales el siguiente paso sería la extracción. (11)

Esta sobreinstrumentación puede pasar fácilmente desapercibida en la radiografía, pero se tornara evidente cuando el material de obturación se proyecte por el espacio que deja. (6)

Las perforaciones de los lados de la raíz ó del piso de la cámara pulpar que fuerón hechas durante el curso de la terapia del conducto radicular, pueden causar la formación de bolsas periapicales y en algunos casos más avanzados, se puede producir reabsorción ósea severa. De este modo está claro que el pronóstico para la retención de dichos dientes perforados depende de la localización y del tamaño de la perforación, así como de la capacidad del operador para sellar-

las zonas perforadas y la velocidad con que la perforación es cerrada. (11)

Generalmente la perforación cerca del ápice torna prácticamente imposible la instrumentación y la obturación del conducto verdadero. Si se origina una lesión periapical, lo primero que haremos es tratar de lograr la reparación mediante la colocación de hidróxido de calcio en el conducto para estimular la formación de hueso nuevo en el defecto. -- Esto puede servir como matriz contra la cual es posible volver a obturar el conducto sin sobreobturar excesivamente. En el caso de que este procedimiento falle, se recurrirá al -- acceso quirúrgico. Se completa la obturación del conducto y se secciona la punta radicular hasta el punto donde el instrumento se desvió del conducto. (6)

La mayor parte de las veces, la obturación de conductos se planea para que llegue hasta la unión cementodentaria, pero, bien porque el cono se desliza y penetre más ó porque el cemento de conductos puede ser presionado y condensado traspasa el ápice, produciendo con esto la sobreobturación. (11)

Esto puede originar dolor posoperatorio, una reacción persistente de cuerpo extraño, así como también puede causar hipoplasia del esmalte en la pieza permanente sucesora, además de cicatrización incompleta en el ápice, así como probablemente induzca la formación de granulomas periapicales. Reduciendo así las posibilidades de reparación. Si hay-

un fragmento de cemento, se retira por medio de raspado apical y se hace una obturación del ápice para sellar éste. Si el material es gutapercha se puede hacer una obturación apical de amalgama. (3) Esto es en piezas permanentes. En piezas temporales el material de obturación se reabsorbera en poco tiempo, sin dejar por esto de haber lesión, en un momento dado, en la pieza sucesora permanente.

En caso de un diente erupcionado recientemente cuyo desarrollo radicular es incompleta, estamos ante un problema diagnóstico más complejo. De este modo, en los dientes permanentes, lo poco fidedigno de las pruebas pulpares y la mayor posibilidad de recuperación justifican la demora en el tratamiento para una revaloración ulterior de la vitalidad pulpar. (6)

Los signos de necrosis incluyen aparición ó aumento progresivo del cambio de color de la corona, síntomas de pulpitis, formación de una zona radiolucida periapical ó cese del desarrollo radicular.

Si la evidencia de la falta de vitalidad es clara hay que hacer el tratamiento endodóntico completo lo antes posible a fin de evitar secuelas agudas ó crónicas de importancia como abscesos y quistes. Además del tratamiento temprano prevendrá el posible cambio intenso de color de la corona y aumentará la posibilidad de lograr que se blanquee si el cambio de color ya existe. (6)

Si la pulpa muere, el crecimiento radicular cesa y la formación del diente queda incompleta. El tejido pulpar -necrótico sirve de irritante del tejido periapical y el ápice queda abierto en forma de trabuco ó tubular, y si se quiere salvar el diente hay que volver a estimular el crecimiento radicular para cerrar el ápice ó habrá que obturar el conducto, desde el ápice, ésto es, hacer la obturación apical.- (6)

Es un desafortunado accidente que nunca debe ocurrir y que sin embargo ha sido citado más de una vez, y se produce al no emplear aislamiento ó dique. (8)

Si un instrumento es deglutido ó inhalado por el paciente, el médico especialista deberá hacerse cargo del caso para observarlo y, si hiciera falta hacer la intervención necesaria. Si el instrumento fué deglutido se aconseja que el paciente tome un poco de pan y deberá ser observado por rayos X, para controlar el lento pero continuo avance através del conducto digestivo, que por lo general es expulsado a las pocas semanas. Si fué inhalado, será necesario muchas veces su extracción por broncoscopia después de su ubicación roentgenografica. (8)

La conservación de un diente primario con una cámara pulpar infectada no tratada suele estar contraindicada porque establece un sitio de infección crónica en el hueso alveolar. Puede en cualquier momento producir un absceso alveolar. Puede dañar el diente de reemplazo, en desarrollo, si -

la corona de este diente está calcificándose activamente, y ciertas circunstancias pueden presentar una amenaza para la salud del niño. (4)

Entre las complicaciones posteriores al tratamiento endodóntico pueden ser el dolor consecutivo a la colocación del material de obturación que es causado habitualmente por la presión sobre la pulpa, y el tratamiento consiste en retirar el apósito y reemplazarlo cuidadosamente evitando presión.

Un conducto mal obturado, aunque esté sellado en el ápice, sigue abierto microscópicamente y permite el paso de líquidos y bacterias desde el conducto hasta el tejido periapical y viceversa. (3)

Otra complicación es que la corona puede fracturarse, puesto que la dentina y esmalte se vuelven quebradizos y deshidratados, esta puede prevenirse cubriendo el diente tratado con una corona de acero, inmediatamente de completado el tratamiento pulpar. (3)

Una complicación más puede ser signos y síntomas de infección en un examen de control. (4)

Cuando se realicen terapéuticas pulpares en piezas infantiles, debiera hacerse ver a los padres la posibilidad que existe de fracaso, además se le debe explicar que serán necesarias visitas periódicas para evaluar piezas tratadas. (3)

Los dientes primarios tratados endodónticamente se

rán evaluados con intervalos de 6 meses. Los signos posoperatorios que indican fracaso son: tumefacción del margen gingival, exudado de la hendidura gingival, fístula abierta, movilidad excesiva, sensibilidad a la percusión, dolor, formación de radiolucidez en el ápice ó la bifurcación y reabsorción radicular prematura. (2)

Una de las complicaciones de no realizarse tratamientos dentales a tiempo es la tumefacción que indica que un diente sin vitalidad en el cual el exudado sigue los planos faciales se presenta clínicamente como celulitis, en la arcada superior plantea el peligro adicional de penetrar en el seno cavernoso, el manejo debe incluir el drenaje por vía de la extracción ó por la apertura directa de los conductos y la complementación terapéutica antibiótica. (2)

La movilidad patológica de un diente primario es un resultado del exudado inflamatorio en los tejidos de sosten, para esto no es esencial (en cuanto a la opinión popular) probar la sensibilidad a la percusión mediante el golpeo con el mango del espejo, esta acción puede ser exageradamente traumática, en particular cuando el niño ya informó que el diente estaba sensible a la percusión, una prueba útil sería aplicar presión digital al diente y evaluar la respuesta del niño mediante observación de sus ojos, las pupilas contraídas indican dolor. (2)

El valor de las radiografías puede ser engañoso, en cuanto una patósis puede manifestarse como radiolucidez -

sólo cuando la lesión sea realmente extensa. (2)

Un tratamiento pulpar conveniente en dientes temporales es uno de los servicios más valiosos que puede prestarse a un paciente infantil, porque no hay mejor conservador de espacio que un diente temporario. (7)

Pero todo esto se podrá prevenir mediante examen sistemático y tratamiento temprano, así como enfoque prudente de todos los procedimientos de restauración y empleo sensato de todos los materiales de obturación, el odontólogo puede muy bien prevenir gran parte de las mortificaciones pulpares que se producen en la actualidad. (3)

CAPITULO III

TRATAMIENTO PSICOLOGICO INADECUADO DEL NIÑO
EN EL CONSULTORIO DENTAL Y SUS CONSECUENCIAS

Contar con un conocimiento básico en el trato con el niño es fundamental para el dentista, no sólo para ayudarle a resolver problemas terapéuticos agudos, sino también para adiestrar al paciente adulto que será mañana. Pues las primeras experiencias dentales del niño se reflejarán con frecuencia en su actitud hacia la odontología cuando sea adulto. La educación dental que el profesional dará al niño -- consiste esencialmente en enseñar a encarar una situación -- nueva. (3)

La psicología infantil es la disciplina científica que tiene por objeto aportar al adulto las claves que le permitan comprender al niño y trabajar con el . Es fundamental -- que la odontología infantil contemple la psicología del niño -- más aún si se tiene en cuenta la importancia capital de la -- cooperación del paciente y el tratamiento dental, y a seguir -- las indicaciones del personal odontológico. (3)

Existen tres factores que gobiernan la conducta -- del niño; su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambien -- te. Los dos primeros factores apenas están sometidos a inter -- ferencias y demandas externas en las que intervenga el adul -- to. (3)

Es muy importante para el dentista conocer los perfiles de maduración del niño a las diferentes edades para -- así poderlo tratar adecuadamente. A continuación hablaremos sobre la secuencia de maduración del niño y su comportamiento. (9)

A los 2 años el niño necesita mucho tiempo para -- adaptarse a las situaciones nuevas y no puede esperarse que el responda a preguntas ú órdenes directas, puede conseguirse su cooperación siempre que se tenga en cuenta su falta de concentración. El niño de 3 años de edad. Tiene mayor estabilidad emocional y es más razonable, trata de agradar y adaptarse, coopera más y muestra curiosidad sobre el mundo que le rodea. Para estos niños puede ser de buen resultado darles un paseo inicial por las unidades dentales vecinas para ver como se comportan otros niños. A la edad de 4 años el niño es muy activo tanto física como mentalmente. Por otra parte, tiene una gran confianza en sí mismo, por lo que es muy aprovechable si el dentista logra estimular su voluntad de cooperación y crear en el sentimiento de que "nosotros estamos tratando juntos sus dientes". El niño responde bien a -- las instrucciones verbales directas. El niño de 5 años es -- muy sensible a las alabanzas y los reproches y es muy importante también para él su aceptación por parte de las personas que le rodean. El niño de 6 años de edad entra en la fase de maduración rápida. Psicológicamente se caracteriza por una gran bipolaridad ó alternancia entre el afecto y el rechazo

Tendencia a la hipocondría. Desde los 12 años a los 14, el pensamiento se hace más abstracto y va adquiriendo la capacidad de razonar y resolver problemas, sin enfrentarse a la situación concreta. Durante el comienzo de la pubertad existe tendencia a la aparición de reacciones emocionales desequilibradas, y es frecuente que el niño demuestre un escaso interés por la higiene y el orden. (9)

El nivel de maduración está sometido a un control externo mínimo tiene que ser aceptado por parte del adulto, de forma que no puede forzarse a un niño por encima del nivel de maduración, ya que puede ser incluso peligroso. (9)

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan. - Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa ó por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina y alas molestias que acompañan a los tratamiento dentales. (3)

"Los niños - problema son niños con problemas". El odontólogo tendrá éxitos más duraderos al manejar el paciente si trata de reconocer estos problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él pueda interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón ó con saber que existen pocas razones para asustarse. El odontólogo tiene a veces dificultades para comprender esta actitud. Puesto que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, se comprende que se manifieste con base más emocional que intelectual, y por lo tanto, no se puede interpretar basándose en la razón tan solo.-

(3)

El temor y la ansiedad, suelen ser absurdos desde el punto de vista racional, es muy tentador tratar de corregir al niño diciéndole que sus reacciones son ridículas. Al tratar con estos niños, los adultos insensibles les acusan de maleducados y desobedientes, sin embargo el dentista debe manejar esos sentimientos con sensibilidad y comprensión. -- Psicológicamente, el temor y la ansiedad son dos entidades distintas. El temor es la reacción frente a la amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física de dolor, sin embargo, aunque tanto el temor como la respuesta física al dolor son desagradables sirven como medios de alarma, y sin esas reacciones, la raza humana desaparecería muy pronto. Por lo contrario, la ansiedad es un esta

do emocional que se origina en fuentes internas, tales como fantasías y expectativas no reales. Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que aquel nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad. La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías que la del adulto, y por ello, el niño tiene más tendencia a sufrir ansiedad. De esta fantasía nos podemos valer para transportar al niño a donde nosotros deseamos y así hacer el tratamiento dental más llevadero si se maneja adecuadamente, y por lo tanto tener una arma a nuestro favor. (9)

Las reacciones agresivas pueden actuar como una válvula de seguridad. Es inútil tratar de corregir a un niño que está gritando salvajemente en medio de una rabieta, pero una vez que ha pasado lo peor de su estado ansioso el niño puede normalmente ser sugestionado. En los niños especialmente comprendidos entre 1 año y medio y 4 años de edad, la agresión se manifiesta, bien por desafío ó bien por obstinación, en un intento de mantener el yo y ambas actitudes suelen adquirir formas rígidas y agresivas. Al adulto tales reacciones les parecen ilógicas. Como son caprichosas y poco duraderas, es mejor casi siempre pasarlas por alto de algún modo, en vez de tratar de suprimirlas. (9)

La obsesión, en los casos graves puede parecer difícil establecer contacto con el paciente lo que imposibilita suprimir contacto con la odontología, y en ocasiones puede resultar útil la premedicación con un sedante ya que dis-

minuye el aislamiento del paciente y le ayuda a expresar sus problemas. Sin embargo hay que insistir en que, incluso con premedicación, el resultado sigue dependiendo de los esfuerzos personales que haga el dentista para establecer contacto con el niño y aliviar su temor y ansiedad. (9)

Las reacciones regresivas son aquellas en las cuales el niño sufre un retroceso en su madurez, comportándose de una forma más infantil de lo normal, comenzando por ejemplo, a chuparse el dedo, aunque hubiera abandonado ese hábito hace ya tiempo, ó perdiendo el control de los esfínteres antes de cada visita al dentista. Estas reacciones son importantes señales de alarma que deben ponernos en guardia para tratar de descubrir qué es lo que atemoriza al niño. (9)

Basándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular, se creo la siguiente escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental. (9)

Grado 3. Aceptación positiva; voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, -- ojos brillantes, tranquilos ó vivos y móviles.

Grado 2. Aceptación indiferente; conversaciones ó preguntas demasiado rápidas, movimientos cautelosos ó indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental sigue siendo relajada.

Grado 1. Aceptación con desgana; falta de conversación, de respuesta quizás vaga protesta y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos el niño parpadea ó frunce el ceño.

Grado 0. No aceptación; protestas verbales ó físicas manifiestas ó llorando.

Este tipo de observaciones ayudan al clínico a valorar a cada paciente en concreto. Además, se registran en las sucesivas visitas, reflejan también la capacidad de aprendizaje y adaptación del niño al tratamiento dental.

El máximo grado de aceptación lo consiguen los dentistas que invierten el suficiente tiempo al principio y permiten al niño adaptarse gradualmente al tratamiento dental.

(9)

Es buena política conocer al paciente infantil -- antes de que llegue a la silla dental. Cuando los padres llaman por primera vez para pedir cita, puede obtenerse información sobre el niño. Es importante preguntar a los padres cuánto sabe el niño sobre el dentista y procedimientos dentales se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional -- del niño observándolo en la sala de recepción. (3)

El manejo del paciente resulta mucho más sencillo si se puede predecir aunque sea remotamente, cómo va a reaccionar cuando se le empieza a tratar. Conocer al paciente significa ya media victoria. Saber como actúa guiará su manejo. Es valioso poder predecir su comportamiento. (3)

Una manera sencilla de hacer agradable la visita del niño al consultorio dental, es apartar un rincón de la sala de espera especialmente para ellos. Tener disponibles sillas y mesas de niños donde puedan sentarse a leer. Las tarjetas que recuerdan la visita y las de notificaciones deberán ser atractivas, para que el niño sienta que le son enviadas a él. (3)

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno.

Es recomendable evitar que los niños pacientes vean sangre ó a adultos con dolores. Las personas con ojos enrojecidos de llorar ó perturbadas emocionalmente enervarán a los niños. Se debe evitar que los niños vean a estos pacientes, haciendo que salgan por otra puerta ó programando todas las visitas infantiles para el mismo horario diariamente. (3)

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infundan confianza. Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir traumas.

Que el dentista reciba al niño en la sala de espera el día de la primera visita es de gran ayuda. Cuando se trata por primera vez a un paciente infantil, siempre debe llamarsele por su nombre de pila. Si no se sabe, hay que inves-

tigarlo. Nunca se le llame "muchachito" u otro nombre poco familiar. (3)

Si el procedimiento tiene que producir dolores, -- aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de por qué, -- no es muy eficaz.

En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina la razón, y las seguridades verbales caen en oídos sordos. No gaste energía diciendo al paciente que no debe tener miedo sin primero darle razones para creerle. (3)

El dentista deberá explicar como funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Se hace rodar el motor sobre -- sus uñas, para que pueda sentir la inofensividad de una copa pulidora de caucho. Se hace demostración con la jeringa de -- aire, y después, como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada, sino que, cuando sea necesario, puede ser detenida en cualquier momento. (3)

Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta será ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al --

establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se esté estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares del niño, hable de amigos, de animales ó de la escuela.

En la primera cita deberá realizarse solo procedimientos menores e indoloros. Se obtiene la historia. Se instruye sobre el cepillado de dientes. (3)

Es de buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario tratamiento de urgencia.

Generalmente, se invita a los padres en la primera visita a que pasen a la sala de operaciones para comprender el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales. (3)

No se debe mostrar nunca exceso de entusiasmo ni sea demasiado insistente. No se le dé la mano a la fuerza, ni se le salude con voz demasiado elevada. Tratar al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural y cálida. Recordar que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir de repente. Actitudes a veces amistosas y naturales dan mucha seguridad, porque no sugieren nada desagradable en el futuro.

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a ir con el dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al --

brazo de su madre. Si no se le puede convencer con palabras, el odontólogo deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearlo con los brazos como si fuera a abrazarlo. De esta manera se tiene control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies ó manos dañen a nadie. Hacer que el niño sienta que el odontólogo es suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente para herirlo. (3)

Si el dentista tiene confianza en si mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmita a su paciente. Si el dentista no tiene seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño. No existen en el manejo del niño fórmulas misteriosas ó secretos para entablar contacto. El manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia. (3)

Cuando se trata a niños, son importantes también la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar el comportamiento del niño. Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final. No debe darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y son difíciles de manejar, lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias.

Los niños no deberían ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermanito ó la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales, y la visita al dentista solo añadiría más ansiedad y desconcierto. En estos momentos, será muy difícil lograr cooperación, y pueden encontrarse dificultades emocionales. (3)

Cada paciente deberá recibir la atención completa del dentista. Siempre trate al niño como si fuera el único paciente que se ve ese día. Nunca se deje un paciente muy pequeño sentado solo en la silla ya que sus temores, aún no disminuidos por completo, pueden agrandarse. Si se tiene que abandonar la sala de operaciones, aunque sea por un minuto, asegúrese de que está presente su ayudante. Sin embargo si el niño está claramente atemorizado, es mejor que el odontólogo no abandone en absoluto la sala. También es mala política transferir al paciente infantil de una sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento, como puede ser la cirugía. Esto presentará una situación nueva para el niño y causará ansiedad, si es posible, realice todo el trabajo necesario en el niño en la misma sala. (3)

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rápidos y mínimo de dolor, pues si no los realiza de esta manera al niño no le interesará volver y puede cambiar su actitud hacia la odontología.

La ayudante es muy conveniente cuando se trabaja con niños, puede ser muy valiosa para ayudar a controlar al niño, y para facilitar los procedimientos operatorios al dentista. Cuando se hacen trabajos operatorios, la manera correcta es generalmente la más sencilla y fácil. (3)

Un niño puede ver claramente cuándo hay ineficiencia, aún después de pocas visitas al consultorio. Los niños son más observadores que los adultos, tal vez porque son más inquisitivos y se interesan por lo que les rodea.

El niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabarán. (3)

El odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño. Muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra. Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como "aguja" ó "fresa", y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se llaman de otra manera al procedimiento. Cuando se trate con niños deberán evitarse engaños, pero cuando sea posible, deberán usarse palabras que no despierten miedo, palabras que ellos conocen y usan diariamente. (3)

Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Por lo tanto, que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que este se porte bien. Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. (3)

Quando hable a los niños el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. No tiene ningún valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no puede comprender. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto es una ofensa mayor que si se les habla como si fueran mayores. Puesto que los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de los que son. Hábleles como si fueran ligeramente mayores. Nunca subestime la inteligencia del niño. A casi todos les gusta que el odontólogo hable de algo que les resulte interesante. Aleje sus mentes de los procedimientos dentales, ya que están interesados en lo que se está diciendo. (3)

Siempre que esté trabajando con un niño, no le haga preguntas que requieran respuesta si tiene ambas manos y algunos instrumentos en su boca, los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir, por unos cuantos minutos el tratamiento. (3)

Alabe mejor el comportamiento que al individuo. Los regalos son muy buenas recompensas. Darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Nunca soborne a un niño, raras veces da resultados positivos. Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Un niño perceptivo pronto se aprovechará -

de la mala situación del dentista.

Quando trate con niños, sea realista y razonable.- No condene a un niño porque está asustado. Trate de ponerse en su lugar y comprender por qué actuó de esa manera. Respete sus emociones, pero si no están de acuerdo con el patrón deseado para trabajos dentales, trate de alternarlas.

Trátelo como individuo con sentimientos y emociones, y no como objeto inanimado en la silla. (3)

El odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse. La ira, como el miedo, es una reacción emocional primitiva e inmadura. Es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad. El paciente lo pone en situación de gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas. Si el dentista pierde el control y eleva la voz, solo asustará más al niño, y se le dificultará más aún su cooperación. Si no puede evitar enfadarse, es mejor despedir al niño y dejar que otro odontólogo pruebe suerte.

Tal vez él pueda tener éxito donde al odontólogo le derrota el temperamento, si el dentista ha tratado lo mejor posible, y no puede entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros. (3)

Muchos odontólogos por pena ó por no dejar de ganar dinero, no admiten que no pueden tratar al niño. Además lo más importante de esto es que no les importa causar trauma

mas al niño.

Hay adultos que prefieren silencio cuando se está trabajando en ellos. Sin embargo a la mayoría de los niños - les gusta oír hablar al dentista. Se sienten menos ignorados y olvidados. A veces, en tono monótono y repetición constante inducirán a un niño temeroso a someterse a inyecciones si no cambia el tono ni la inflexión de la voz al pasar de un monólogo sobre algo interesante al proceso de la inyección.- La técnica tendrá especial éxito si se continúa el tono monótono cuando se administra la inyección. Si los niños hacen preguntas, trate de responderlo con la mayor exactitud posible. (3)

Se ha visto la importancia de traer al niño al dentista desde un principio para que se familiarice con el doctor y con el medio dental. Cuando el niño llega para que se haga alguna corrección dental, su comportamiento dependerá - no tan solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista de manejarlo. (3)

Si en casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en - el consultorio dental. Si, en cuanto resiste con fuerza a -- sus padres, logra que se satisfagan sus deseos, tratará de - evitar los trabajos dentales del mismo modo. Sin embargo, el comportamiento de un niño puede, a veces ser modificado. Si - se hace que no resulten sus ataques emocionales, cambiará su

comportamiento. Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones, es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se debe dejar el tratamiento para después, ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo. (3)

Cuando existen dientes dolorosos el dolor puede -- causar que se creen auténticas fobias a la odontología. Si el odontólogo hubiera utilizado un enfoque más positivo durante la primera visita, no hubiera ocurrido retraso y descuido de los dientes. En este caso, el miedo del paciente -- aumenta con el miedo que tiene el odontólogo a manejarlo, -- porque el niño piensa precavidamente que, si el odontólogo te me realizar el trabajo, es porque debe haber alguna razón para retrasarlo. Es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día en que va a empezar el tratamiento. -- Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores ó necesidades futuras de huir. (3)

Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el-

niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio no es conveniente. Aunque muchos odontólogos emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta del niño en el consultorio, es una pérdida de tiempo y tiene poco valor. El método no solo es inadecuado, si no que lleva consigo peligro -- cuando se aplica a los niños. El niño que se sienta en la silla dental, desea ganar la aprobación del dentista. Sin embargo si el mecanismo del miedo es tan fuerte que le resulta -- imposible cooperar, su buen juicio pierde toda fuerza y su comportamiento se vuelve indeseable. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de aversión a dentistas y tratamientos -- dentales. El producto final del ridículo no es disminución -- del miedo, sino aumento del resentimiento. (3)

A los niños no les gusta ser diferentes y desean -- conformarse a patrones sociales. A los niños les gusta hacer las cosas que hacen otros niños ó personas. Aman participar en competiciones. Si se permite que el niño observe cómo se realizan trabajos dentales en otros, le servirá de reto. (3)

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo -- dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. En esta situación, como en todas las demás, la veracidad del dentista es esencial. Franqueza y honestidad serán rentables con los niños. Al niño deberá decirse de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor. (3)

Si se manejan niños demasiado pequeños para comprender explicaciones difíciles, debe intentarse llegar a relacionarse con ellos por medio de conversaciones sobre objetos ó acontecimientos de la experiencia personal del niño. - Hable con voz agradable y natural. También muestre actitud natural y comprensiva. Sin embargo, es posible que tenga que trabajar con el niño llorando. (3)

A veces a los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental. Es muy difícil hacer se comprender cuando el niño grita continuamente.

Todo odontólogo experimenta ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha sido defectuosa ó cuando se han inducido miedos indebidos, en los que estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histéria. En ese momento, hay que usar medios físicos para calmar al paciente - lo suficiente para que pueda escuchar lo que usted tiene que decirle. La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que usted va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora, hablele al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar. No deberá haber malicia en su voz. Puede que la admonición surta efecto, aunque crea que el paciente no le oye. Cuando ha dejado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la-

odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimientos y se dan cuenta de que lo que se hizo fué para su propio bien. Generalmente, se convierten en los pacientes más cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del pacientes es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados. Aparte de que esta técnica requiere considerable habilidad. (3)

Procedimientos disciplinarios como este pueden requerir mucho tiempo. Los odontólogos muchas veces observan que no tienen suficiente tiempo para adiestrar a los niños. Si utilizar una hora para adiestrar al niño a ser buen paciente le va a asegurar que ese niño será paciente suyo toda la vida, esa hora le habrá resultado muy productiva. Paciencia y consideración ayudan enormemente a establecer su consultorio. (3)

Con respecto a los padres del niño, hay que recalcarles la necesidad de que halle contactos tempranos con el dentista, y el valor que tienen los servicios dentales para preservar los dientes del niño.

Un ambiente negativo ó infraestimulante es el creado por aquellos padres que no pueden cumplir dichos requisitos como consecuencia de su propia inmadurez, incapacidad ó conflictos personales, los niños que viven en estas circuns-

tancias tienden a encontrarse aislados y se muestran recelosos hacia los adultos. También puede reaccionar desesperadamente para atraer la atención ya que, para ellos, la atracción de un adulto aburrido es mejor que la falta absoluta de atención. Con estos niños se consiguen mejores resultados mediante una actitud paciente de amabilidad ó interés. Puede llevar bastante tiempo convencer al niño acerca de nuestro propio interés personal, pero en este grupo se ganan muy buenos amigos. (9)

El ambiente sobreprotector es el que se encuentra con mayor frecuencia en torno a hijos unicos, largamente deseados, enfermos ó con padres ó tutores de edad avanzada. -- Estos niños son considerados problematicos y de contacto difícil, sin embargo, es importante que el dentista reconozca la causa y, de esa forma, ajuste su acercamiento al niño. -- Este niño debe ser tratado con firmeza pero amablemente. -- Tras un período inicial de sorpresa se sentirán muy tranquilizados al verse apoyados por un determinado adulto. (9)

Las opiniones parecen diferir en cuanto a si el niño debe ser acompañado por su madre al consultorio, la mayoría de los niños prefieren que su madre esté con ellos en el consultorio en la primera visita, algunos especialmente los mayores, de 9 años, prefieren ser atendidos solos. Preguntar le al niño si le gustaría que su madre entre con él le da seguridad de que, desde el principio, sus opiniones serán consultadas y respetadas. Si es posible, el odontólogo deberá -

establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, porque de otra manera el niño puede sentir que los están forzando a abandonarla. En un niño de corta edad el miedo al abandono es crítico. (4)

Puede ser útil permitir que la madre se sienta de modo que pueda ver a su hijo y ser vista por él. En la primera visita necesitamos información de la madre sobre el niño, y si ella lo acompaña en el consultorio, esto brinda la oportunidad de averiguar que clase de persona es y que clase de relación existe entre ella y su hijo. Se ha dicho que un niño se comportará mejor en ausencia de una madre ansiosa que cuando ella está presente. Si los temores del niño son entendidos y superados, entonces se portará bien y es probable -- que al observar directamente su reacción mejorada, al tratamiento ella misma adopte actitudes más positivas hacia la salud dental. (4)

El regazo de una madre positiva no ansiógena puede ser el mejor "sillón dental" para un niño pequeño en su contacto inicial con el ambiente odontológico.

Es fundamental que el dentista logre que los padres y maestros tengan una actitud positiva, sin olvidar que su atención va a centrarse no sólo en un paciente en concreto, sino en un grupo de pacientes. (9)

La mayoría de los niños concurren al odontólogo en un estado mental bastante neutro. Cooperarán si se les trata adecuadamente, pero dejarán de hacerlo si se les trata inco-

rrectamente. (4)

Po eso, para comensar, si las conductas deseables son recompensadas, se establecerán rápidamente y no se desarrollarán las indeseables.

Nada se logrará sin un afecto genuino por todos -- los niños cualesquiera que sean sus patrones de conducta, -- que es parte del éxito de cualquier odontólogo de niños. (4)

Por tal motivo el manejo exitoso del niño depende del cariño, firmeza y sentido del humor y la capacidad del odontólogo y su asistente.

CASUÍSTICA

Se tomarón 10 casos al azar sobre las complicaciones que se pueden tener en la atención inadecuada del niño.

Estos casos se tomarón de consultorio particular.

CASO CLINICO No. 1

Nombre: Luis Fernando Ortega R.

Sexo: Masculino

Edad: 3 años, 7 meses

Lugar de residencia: Irapuato, Gto.

Ocupación: Estudiante (Kinder)

Motivo de la Consulta: Restaurar el 2do. molar temporal Inf. Isq. por presentar caries de 2do. grado, clase II, que se había diagnosticado en una revisión anterior.

Tratamiento: Se procedió a aplicar anestesia troncular, se limpio la cavidad, se pusterón las bases y se obturo con amalgama de plata.

Antes de retirarse se le indico que no se fuera a morder el labio, porque se podría lastimar, pues ya había comenzado a hacerlo, más no se le volvió a insistir.

Ese mismo día regreso más tarde presentando una -
ulcera traumatica de más o menos 2.5 cm, producida por multi-
ples mordeduras. Al día siguiente la inflamación fué mayor -
presentando tejido de granulación en la región.

Se le indico que no comiera alimentos irritantes -
y no se lastimara la región y se le cito a revisión todos --
los días. La ulcera traumatica producida por las mordeduras-
tardo en desaparecer 10 dias.

CASO CLINICO No. 2

Nombre: Enrique Antonio Sepulveda Ruiz

Sexo: Masculino

Edad: 7 años

Lugar de residencia: Irapuato, Gto.

Ocupación: Estudiante (primaria)

Motivo de la Consulta: Restaurar el ler. molar temporal
Inf. Der. por presentar dolor a la masticación.

Tratamiento: Se procedio a aplicar anestesia troncular, se retiro la caries, pero en el momento de hacer la retención necesaria, (más de 2mm. de profundidad) se hizo comunicación pulpar accidental del cuerno mesial, se puso recubrimiento directo con dycal, oxido de zinc y eugenol y amalgama. Hasta el momento no ha tenido molestias.

CASO CLINICO No. 3

Nombre: David Herrera Rojas

Sexo: Masculino

Edad: 5 años

Lugar de residencia: Irapuato, Gto.

Ocupación: Estudiante (Kinder)

Motivo de la Consulta: Restaurar el 2do. molar temporal Sup. Der. de caries de 2do. grado clase II, por haberse diagnosticado en la cita anterior.

Tratamiento: Se procedio a aplicar anestesia suprapericu~~tica~~ tica, se retiro la caries, pero al estar quitandola en la re gión mesial del 2do. molar, se llego al punto de contacto - del 1er. molar del mismo lado. Esto ocurrio también debido - al trato inadecuado del niño pues estuvo llorando y moviendo se durante todo el tratamiento. Despues de hacer la preparación indicada, se prosiguió a obturar, poniendo bases y posteriormente amalgama de plata, pero ahora se refiere problemas de empaquetamiento de alimento entre las dos piezas.

CASO CLINICO No. 4

Nombre: Adriana Sanchez Torres

Sexo: Femenino

Edad: 8 años

Lugar de residencia: Irapuato, Gto.

Ocupación: Estudiante (primaria)

Motivo de la Consulta: Emergencia debido a dolor del 2do. molar temporal Sup. Izq. desde hacia 2 días, agudizándose en la noche anterior.

Tratamiento: Se procedió a aplicar anestesia suprae --
riostica, y se realizó la extracción porque la pieza tenía --
movilidad, presentando sangrado excesivo e intenso dolor --
posoperatorio, al día siguiente volvió al consultorio con --
inflamación, esto se supone sucedió por tener infección cró --
nica anterior y no haber premedicado al paciente.

Se le dio antibiotico y antiinflamatorio, citando a la paciente al 3er día para revisión.

CASO CLINICO No. 5

Nombre: Daniel Garcia Beltrán

Sexo: Masculino

Edad: 4 años

Lugar de residencia: Irapuato, Gto.

Ocupación: Estudiante (Kinder)

Motivo de la Consulta: *Traumatismo en la región de los incisivos anteriores temporales sup. , causado por caída de un automovil, golpeandose en la banqueta.*

Tratamiento: *Se procedio a aplicar anestesia supraparabólica, se realizarón las extracciones, por presentar movilidad excesiva, pero no se le coloco mantenedor de espacio provocando un colapso anterior, y posteriormente necesitar tratamiento ortodontico.*

CASO CLINICO No. 6

Nombre: Cesar Ramírez

Sexo: Masculino

Edad: 6 años

Lugar de residencia: Irapuato, Gto.

Ocupación: Estudiante (primaria)

Motivo de la Consulta: Emergencia, por presentar inflamación del 1er. molar temporal Sup. Izq. con caries de 3er. grado.

Tratamiento: Se procedió a realizar la preparación, sedreno y se lavo con xonite por 4 días seguidos. Los conductos se apreciaban radiográficamente muy delgados, se limarón y se procedió a obturar con oxido de zinc y eugenol. Pero en la radiografía se aprecio sobreobturación de más ó menos 2ml además de apreciarse espacios vacios en el conducto, se procedio a tratar de desobturar, pero no se consiguio.

No presento dolor posoperatorio, se reviso hasta los 2 meses no presentando molestias y después ya no volvio.

CASO CLINICO No. 7

Nombre: Anabel Gonzalez Rojas

Sexo: Femenino

Edad: 9 años

Lugar de residencia: Irapuato, Gto.

Ocupación: Estudiante (primaria)

Motivo de la Consulta: Acudio al consultorio por pre --
sentar erupción lingual del Incisivo lateral Inf. Der. perma
nente, sin exfoliación del lateral temporal.

Tratamiento: Se procedio a aplicar anestesia local, pa-
ra realizar la extracción del lateral temporal, pero debido-
a una mala técnica de extracción, ya que se uso botador para
luxar el diente temporal, resulto también luxado el canino -
temporal adyacente.

Produciendose con esto su exfoliación prematura.

Además de que aún pasando esto no se le puso mante-
nedor de espacio. Por lo tanto el lateral permanente al erup-
cionar se distaliso produciendo un colapso.

CASO CLINICO No. 8

Nombre: Jose Manuel Argaes M.

Sexo: Masculino

Edad: 12 años

Lugar de residencia: Jonuta Tabasco

Ocupación: Estudiante (primaria)

Motivo de la Consulta: Se presento a la clinica de Odon-
tología para la extracción de restos de molares temporales -
superiores.

Tratamiento: Este no pudo llevarse a cabo debido a un -
trato psicologico inadecuado del niño, ya que era la primera
vez que acudia a un consultorio dental, y no se le atendió -
como debía ser.

El paciente se volvio muy rebelde y agresivo impo-
sibilitando el tratamiento.

Se le cito al niño a los 2 días y en las siguien-
tes 2 citas se le atendio adecuadamente, portandose el niño
muy cooperativo y tranquilo, después ya no regreso.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CASO CLINICO No. 9

Nombre: Martha De la Torre Castañeda

Sexo: Femenino

Edad: 10 años

Lugar de residencia: Irapuato, Gto.

Ocupación: Estudiante (primaria)

Motivo de la Consulta: Dolor en el ler. molar Inf. Inq. permanente, desde hacia 2 días .

Tratamiento: La paciente refirió que en esta pieza le - habían puesto una incrustación OD y se le había caído, se -- procedió a quitar los restos de las bases, encontrándose que le habían realizado una pulpotomía en la pieza permanente, - pues en la entrada de los conductos se encontrarón 2 torun-- das de algodón necroticas. Este tratamiento se le había rea-- lizado hacia 6 meses.

En el consultorio se le realizo la pulpectomía y - posteriormente la incrustación pero la paciente no regreso a revisión.

CASO CLINICO No. 10

Nombre: Georgina Hernández López

Sexo: Femenino

Edad: 5 años

Lugar de residencia: Irapuato, Gto.

Ocupación: Estudiante (Kinder)

Motivo de la Consulta: Se presento paciente para restaurar el 2do. molar temporal Inf. Der. con caries de 2do. grado por dolor a la masticación.

Tratamiento: La niña se presento muy nerviosa al consultorio, la paciente comenzo a llorar por un trato psicologico inadecuado, se procedio a anestesiar, más todo el tratamiento se llevo a cabo con la paciente llorando, se le colocaron las bases y posteriormente la amalgama, pero debido al llanto esta quedo mal sellada y contaminada.

Regresando la paciente al mes sin la amalgama y -- con un trauma psicologico hacia la odontología, provocado -- por el mismo dentista.

CONCLUSIONES

Al haber llevado a cabo esta investigación podemos señalar que la prevención es lo más deseable en todo tratamiento dental y debemos de recordar que todo lo que se haga a favor y correctamente a los niños, puede considerarse como preventivo.

Podemos señalar que el odontólogo que desee atender a pacientes infantiles debe estar consciente de su trabajo - pues los niños son el futuro, y de nuestro buen trato y profesionalismo formaremos pacientes sin temores y personas estables.

Por lo tanto se considera que cualquier descuido - en el tratamiento, no solo ocasiona un daño inmediato, sino complicaciones posteriores más severas y permanentes.

Además del daño psicológico que les podemos causar con un trato inadecuado.

El odontólogo debe estar consciente que el niño es una persona y no un objeto, y que como tal merece un tratamiento dental muy profesional.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barber Thomas K.
Luke Larry S.
Odontología Pediátrica
1ra. Edición
México
Editorial, El Manual Moderno S.A. de C.V.
1985
Pag. 66, 142, 169, 188, 226
- 2.- Braham Raymond L.
Morris Merle E.
Odontología Pediátrica
1ra. Edición
Buenos Aires, Argentina
Editorial Panamericana S.A.
1984
Pag. 283, 284, 286-289, 298, 299, 304, 340
- 3.- Finn Sidney
Odontología Pediátrica
4ta. Edición
México
Editorial Interamericana
1983
Pag. 29-37, 58, 78, 99, 120, 129, 150, 153-156, 181, 185, 187,
188, 193, 194, 241, 242, 327, 328, 348
- 4.- Holloway P.J.
Swallow J.N.
Salud Dental Infantil
1ra. Edición
Buenos Aires, Argentina
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
1979
Pag. 35, 97, 99, 102, 103

- 5.- Hotz Rudolf P.
Odontopediatría
odontología para niños y adolescentes
1ra. Edición
Argentina
Editorial Panamericana
1977
Pag. 210, 230, 232, 245, 334
- 6.- Ingle John Ide
Beveridge Edward
Endodoncia
2da. Edición
México
Editorial Interamericana
1982
Pag. 580, 581, 664
- 7.- Kennedy D.B.
Operatoria Dental en Pediatría
1ra. Edición
Buenos Aires, Argentina
Editorial Panamericana
1977
Pag. 41, 58, 108, 152, 178, 198, 199, 204, 208
- 8.- Lasala Angel
Endodoncia
3ra. Edición
España
Editorial Salvat
1979
Pag. 435, 441
- 9.- Magnusson Bengt O.
Kock Göran
Poulsen Suen
Odontología Pediátrica
enfoque sistémico
1ra. Edición
Barcelona, España
Editorial Salvat
1985
Pag. 34, 36, 37, 39, 43, 44, 51, 54, 134, 186, 189, 192, 200, 219
229, 230

- 10.- *Moyers Robert E.*
Manual de Ortodoncia
(para el estudiante y el odontólogo general)
1ra. Edición
Buenos Aires, Argentina
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
1976
Pag. 263
- 11.- *Seltzer Samuel D.D.S.*
Bender I.B.D.D.S.
La pulpa dental
1ra. Edición
Buenos Aires, Argentina
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
1970
Pag. 395, 397, 399, 439