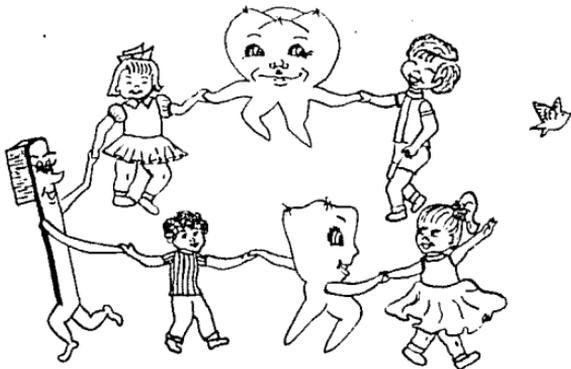


# Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Odontología

## Aspectos Generales en Odontología Pediátrica



T E S I S

BLANCA RITA DOMINGUEZ LUNA

México, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1988



## **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 .

	P&g.	
INTRODUCCION.	1	
CAPITULO 1	MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.	
A)	ASPECTO DEL CONSULTORIO ODONTO-PEDIATRICO.	2
B)	CONDUCTA DEL ODONTOLOGO HACIA EL NIÑO.	3
C)	DURACION DE LA VISITA.	6
D)	CONTROL DEL DOLOR.	7
CAPITULO 2	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.	
A)	HISTORIA CLINICA.	8
B)	EXPLORACION.	15
C)	EXAMEN RADIOGRAFICO	16
D)	DIAGNOSTICO CLINICO.	21
E)	PLAN DE TRATAMIENTO.	22
CAPITULO 3	AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.	25
CAPITULO 4	TRATAMIENTOS MAS FRECUENTES EN 5 ESPECIALIDADES DENTRO DE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA.	
1)	ODONTOLOGIA PREVENTIVA	
a)	Técnicas de cepillado.	
a.1)	Técnica de cepillado para dentición primaria.	30
a.2)	Técnica de cepillado para dentición secundaria.	31
b)	Profilaxis	32
c)	Aplicación de flúor	33
d)	Aplicación de selladores de fosetas y fisuras.	36

	Pág.
2) OPERATORIA DENTAL	
a) Obturación con amalgama	38
3) ENDODONCIA	
a) Pulpotomía con formocresol.	41
4) EXODONCIA	
a) Extracción.	44
5) PROTESIS	
a) Mantenedores de espacio.	48
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFIA	54

## INTRODUCCION

El interés principal al desarrollar este trabajo es la motivación por uno de los campos dentro de la Odontología General, que considero de los más nobles en nuestra profesión.

Antiguamente era considerado que la atención de un niño dentro del consultorio odontológico era un problema; incluso, fué hasta 1941 cuando el Comité de Educación Dental de la Asociación Norteamericana de Odontología incorporó la Odontología Infantil al plan de estudios de la Escuela de Odontología y en 1946 se reconoció como especialidad.

Hoy en día, los perfeccionamientos tecnológicos y el progreso logrado en los métodos de control del dolor han eliminado parte del temor sentido por los niños ante los tratamientos realizados.

Una de las definiciones más acertadas y satisfactorias de Odontopediatría es la que nos dice el Dr. Raúl Pauley; considerado como uno de los principales Odontólogos de Estados Unidos: " Es la rama de la Odontología, que contempla al niño en su totalidad, tanto en su aspecto físico como psicológico, enfoca sus problemas presentes en la boca, los trata y toma medidas para evitarle otros similares en un futuro."

El objetivo del tratamiento medico-odontológico en el niño, es permitirle llegar a la edad adulta en un estado favorable de desarrollo físico, psicológico y social. Por lo tanto debemos estar familiarizados con las enfermedades y trastornos propios de ésta edad.

## **CAPITULO 1**

### **MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.**

- A) ASPECTO DEL CONSULTORIO ODONTOPEDIATRICO**
- B) CONDUCTA DEL ODONTOLOGO HACIA EL NIÑO**
- C) DURACION DE LA VISITA**
- D) CONTROL DEL DOLOR**

## CAPITULO 1

### MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

#### A) ASPECTO DEL CONSULTORIO ODONTOPIEDIATRICO.

Hay muchos factores a considerar para lograr un ambiente favorable dentro de un consultorio dental. Si hemos tomado la determinación de atender exclusivamente pacientes infantiles, el ambiente debe resultar agradable a la vista del niño.

Decoraciones que definan situaciones tales como cuentos, dibujos animados, o bien las estructuras dentales caricaturizadas, ésto dará un toque cálido y de fantasía al consultorio y tiende a desvanecer el miedo.

Una pecera colocada en la sala de recepción puede ser una fuente de entretenimiento, así como música con volumen bajo es un medio de relajamiento tanto para los padres como para los niños. El tipo de lecturas, también debe ser variado.

La sala de espera también puede utilizarse para presentar material sobre la salud dental.

Debe asignarse un espacio en el consultorio donde el niño y sus padres puedan recibir instrucción adecuada sobre procedimientos preventivos tales como técnicas de cepillado, tinción de placa dentobacteriana y el perfeccionamiento del hilo dental. Para tales procedimientos, es útil tener un espejo bien iluminado para que el paciente se observe desarrollando ésta técnica.

Referente a la sala de tratamiento, la distribución de los muebles y aparatos, así como de instrumental, deberá organizarse de tal manera en la cual nuestro paciente no tenga oportunidad de experimentar ninguna sensación desagradable durante su estancia en ella.

**B) CONDUCTA DEL ODONTOLOGO HACIA EL NIÑO**

El Cirujano Dentista debe dirigirse al niño por su nombre o diminutivo familiar ya que en ocasiones el niño no responde al llamarlo por su nombre al estar acostumbrado a ser llamado por su diminutivo o su apelativo cariñoso.

Debe presentarse al niño y dirigirle algunas palabras de elogio aunque la asistente ya lo halla hecho, normalmente en este momento el niño no continúa la conversación, pero no debe forzarle a que lo haga. Aunque algunos pequeños exteriorizan su miedo con gritos y patadas, otros disimulan su ansiedad y su temor quedándose callados.

El dentista ha de estimular al niño para que exponga sus temores, preguntándole acerca de lo que hace, si le molesta, siente temor o se siente agusto.

Deben evitarse las conversaciones prolongadas acerca de temas no relacionados con la situación dental.

Las explicaciones previas, pueden complementarse enseñando al niño los instrumentos ruidosos como el eyector o bien la pieza de mano de alta velocidad.

Hay que evitar términos dentales complicados y utilizar frases cortas. No debemos esperar que el niño responda inmediatamente y daremos tiempo para que piense en lo que hemos dicho.

Permitiremos que toque los objetos usados en el tratamiento, así como tomar el espejo, la copa de goma o tocar el aparato de radiografía. Hasta se le puede permitir que "ayude" durante el tratamiento sosteniendo el espejo, la pasta abrasiva o la jeringa triple.

No obstante hay que advertirle que nunca debe detener las manos del dentista.

Para enjuagar la boca del niño es preferible el uso de la jeringa triple al uso de vasos, ya que los niños a veces pretenden ganar tiempo pidiendo un sorbo de agua cada momento. Se le enseñará la escupidera y le indicaremos como debe enjuagarse la boca ayudándole siempre a inclinarse para depositarla en la escupidera.

Es conveniente explicarle lo que se le va a hacer aquel día y el tiempo aproximado que ha de pasar en el sillón. No debe realizarse más tratamiento que el anunciado previamente sin su autorización.

Hay que avisar al niño cuando un tratamiento específico puede ocasionarle molestias, pero se evitarán las palabras como cortar, fresar, inyectar, quemar, afilado, sangre, arrancar, pinchar, aguja. No debe contradecírsele cuando dice "duele". Hay que enseñarle algún signo, por ejemplo levantar la mano para indicarnos que alguna maniobra le está causando molestias.

En los procedimientos operatorios se debe utilizar un dique de goma, así evitaremos que los niños que hablan demasiado lo hagan, evitaremos también que los molesten los sabores desagradables y además se nos facilitará cualquier procedimiento operatorio.

La responsabilidad del Odontólogo hacia su paciente requiere que use buen juicio al planear y llevar a cabo el tratamiento. El servicio debemos realizarlo usando al máximo nuestra capacidad y deberan cobrarse los honorarios justos por ello.

Tras revisar los principales factores psicológicos que gobiernan el éxito de la odontología en la población infantil respecto a la conducta a seguir del Cirujano Dentista podemos citar algunas normas sencillas.

- 1) INFORMACION SOBRE EL NIÑO.- Cada visita, reservar    cierto tiempo para charlar, recordar el nombre del niño y descubrir algo sobre sus gustos y todo aquello    que puede disgustarle. Hacer referencias breves sobre circunstancias agradables, también es importante que    nos enteremos sobre la salud del niño en el momento de la consulta y hacer nuevas anotaciones en la historia clínica.
- 2) DESCRIBIR EL TRATAMIENTO QUE VA A REALIZARSE.- Explicar el forma sencilla y directa cual va a ser el    tratamiento y cuales sus razones. No mostrarse confuso. No mentirle nunca, ya que debido a ésto el niño puede    mostrar desconfianza.
- 3) MOSTRAR LOS INSTRUMENTOS Y EL EQUIPO.- Enseñar el niño como funciona el sillón dental, la lámpara, la    escupidera y los diversos instrumentos. Darle tiempo    suficiente para que haga sus propias preguntas e    investigaciones, así como dejarle que pruebe la mayor parte de los botones y pedales antes de comenzar algún    tratamiento.
- 4) REALIZAR UNA OPERACION SENCILLA.- Para un niño en    edad preescolar es una verdadera prueba acostumbrarse    a la consulta y al personal dental, por ello debemos    de platicar con los padres acerca del comportamiento del niño y mencionarles que en las primeras citas    se-  
ran consultas breves y no se verá un gran avance en el    tratamiento dental ya que primero convenceremos al    niño para que tenga confianza.
- 5) PRESENTAR UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO Y REALIZARLO     
Decir al niño con presición que se va a hacer durante    la visita y asegurarse que los padres no le han    mentido con respecto a la consulta.

- 6) TRABAJAR CON TRANQUILIDAD.- Evitar los movimientos bruscos y no manejar los instrumentos en forma que hagan demasiado ruido.
  - 7) TRATAR DE INTERESAR Y DISTRAER AL NIÑO.- Lo que podemos platicar a nuestro paciente, no es tan importante como hacer que nuestra conversación suene amistosa. El timbre de voz es el instrumento más importante para controlar al niño. Tanto el Cirujano Dentista como la asistente tienen que aprender a desplazar la conversación. En el caso de que el paciente lllore, el tono de voz no debe elevarse automáticamente, pues el niño se tirará temor.
  - 8) PERIODOS ADECUADOS DE TRATAMIENTO INCLUYENDO DESCANSOS Los niños de edad preescolar deben ser tratados de preferencia en las mañanas, que es cuando se encuentran más despiertos. La visita debe ser corta y es fundamental hacer descansos.
  - 9) DEMOSTRAR QUE LOS LOGROS DEL NIÑO SE VALORAN.- Esto puede hacerse mediante palabras, pero si se considera conveniente pueden también utilizarse pequeños regalos como refuerzos. No hay que olvidar que la implicación del profesionista y su interés por el niño, son lo que determinarán el éxito de las visitas.
- C) DURACION DE LA VISITA.

Tomando en cuenta todos y cada uno de los factores tratados con anterioridad, podemos sacar en conclusión que el tiempo de la visita debe de ser corto.

Cuando sea posible los niños no deben permanecer en el sillón más de media hora. Si la visita tarda más los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final.

Una vez que el niño ha perdido su compostura, por muy deseoso que esté de cooperar le será difícil.

**D) CONTROL DEL DOLOR.**

Los procedimientos dolorosos son el factor que va a influir más, junto con el temor y la ansiedad en el tratamiento dental. Si no se le toma por sorpresa, el niño tiene la capacidad de tolerar molestias poco importantes, pero debe evitarse totalmente el dolor muy acentuado. La respuesta de cada niño al dolor, está influenciada por numerosos factores psicológicos. Los procedimientos dolorosos provocan temor y éste a su vez, puede provocar que se potencialice la sensación dolorosa.

La creación de una atmósfera de confianza en la consulta dental y el manejo prudente de la capacidad de sugestión del paciente, pueden reducir en gran medida las molestias. Podemos utilizar diferentes métodos para el control del dolor, entre ellos los más importantes son la premedicación, la anestesia local y la anestesia general.

**CAPITULO 2**  
**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

- A) HISTORIA CLINICA**
- B) EXPLORACION**
- C) EXAMEN RADIOGRAFICO**
- D) DIAGNOSTICO CLINICO**
- E) PLAN DE TRATAMIENTO**

## CAPITULO 2

## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

## A) HISTORIA CLINICA.

La historia clínica es de suma importancia ya que proporciona al médico los hechos esenciales referentes a la salud física y emocional del niño, así como sus problemas específicamente dentales; le ayuda a saber el comportamiento del niño en las próximas visitas al consultorio dental y constituye un medio de averiguar la respuesta de los padres hacia el tratamiento que va a realizarse.

El historial de un paciente en odontopediatría puede dividirse en varios pasos:

- 1) Estadísticas vitales: Son importantes para el registro del consultorio. De ésta información obtenemos una visión del nivel social del niño y la familia de éste. De ser posible debe ser anotado el pediatra del niño para poder ser consultado en cualquier caso de urgencia o para obtener información médica adicional cuando se necesite. Se registra la molestia principal con las palabras de la madre o del niño. Esto puede ser un problema agudo o solo el deseo de una atención rutinaria.
- 2) Historia de los padres: Proporciona indicaciones del desarrollo hereditario del paciente. Está diseñada también para informarnos sobre el valor que los padres conceden a sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse en el miedo del niño.
- 3) Historias Prenatal y Natal: Proporcionan amenudo indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de dientes primarios y secundarios.

Observamos así los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurrieron durante las etapas formativas de los dientes.

- 4) **Historial postnatal y de lactancia:** Revisa los sistemas vitales del paciente. También registra informaciones tales como tratamientos preventivos de caries dentales, trastornos del desarrollo con importancia dental, alérgias, costumbres nerviosas, el comportamiento del niño y su actitud en relación con el medio.

La duración y enfoque de la historia dependen de las circunstancias que rodean a cada caso. En casos de urgencia, la historia se limita generalmente a puntos esenciales en relación a la lesión que debemos tratar en el momento o del mal que aqueje al niño actualmente y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que tengan importancia en el tratamiento inmediato y en una cita posterior ampliaremos no necesario dicho historial. El historial clínico del paciente odontopediátrico quedará comprendido de la siguiente manera:

## HISTORIAL DEL NIÑO

## Estadísticas vitales

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que proporciona la información de este historial \_\_\_\_\_

Relación: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Ocupación del padre \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre \_\_\_\_\_

Dirección del niño \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

Médico actual del niño \_\_\_\_\_

¿Quién recomendó al niño? \_\_\_\_\_

Queja principal \_\_\_\_\_

¿Qué le hizo traer a su hijo al dentista? \_\_\_\_\_

## Historia de los padres

Sí No

¿Lleva usted dentaduras postizas? \_\_\_\_\_

¿Lleva su cónyuge dentaduras postizas? \_\_\_\_\_

Si contestó afirmativamente a los anteriores,  
¿a qué edad le extrajeron sus dientes? \_\_\_\_\_

¿Y los de su cónyuge? \_\_\_\_\_

¿Por qué le extrajeron los dientes? \_\_\_\_\_

	SI	NO
¿Fur que le extrajeron los dientes a su cónyuge? _____ _____	_____	_____
¿Tiene usted lo que se llaman dientes blandos?	_____	_____
¿Les tiene su cónyuge?	_____	_____
¿Son o han sido sus dientes o los de su cónyuge grisáceos, amarillentos o parduscos?	_____	_____
En caso afirmativo, explique _____ _____		
¿Se desgastaron sus dientes excesivamente?	_____	_____
¿Se desgastaron los de su cónyuge?	_____	_____
¿Tiene usted o su cónyuge miedo a una visita al dentista?	_____	_____
<b>Historia prenatal</b>		
¿Ha tenido usted alguna enfermedad durante este embarazo?	_____	_____
En caso afirmativo, de qué tipo y cuándo _____ _____		
¿Estuvo bajo terapéutica medicamentosa durante el embarazo?	_____	_____
¿Tomó antibióticos durante el embarazo?	_____	_____
En caso afirmativo, enumere qué medicamentos _____		
¿Cuánto tiempo y con qué frecuencia tomó esto? _____ _____		
¿Tuvo alguna dieta de alto valor vitamínico o calcio durante el embarazo?	_____	_____
¿Existe incompatibilidad sanguínea entre usted y su cónyuge?	_____	_____
¿Le ha dicho su médico que es usted Rh negativa?	_____	_____
¿Tomó usted tabletas de fluoruro o existía fluoruro en el agua que bebía durante su embarazo?	_____	_____

Historia natal	Si	No
¿Fue prematuro su hijo?	_____	_____
¿Tenía escoliosis al nacer?	_____	_____
¿Le hicieron transfusiones de sangre?	_____	_____
¿Fue un bebé "azul"?	_____	_____
<b>Historia posnatal y de lactancia</b>		
¿Tuvo convulsiones durante la lactancia?	_____	_____
¿Fue amamantado?	_____	_____
¿Durante cuánto tiempo? _____		
¿Se le alimentó con biberón?	_____	_____
¿Durante cuánto tiempo? _____		
¿Le administraron suplementos de fluoruro, fluoruro en el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro u otros minerales?	_____	_____
¿En caso afirmativo, explique _____		
_____		
¿Se le administraron vitaminas en forma de jarabe o gotas? _____		
¿Durante cuánto tiempo se le administraron? _____		
_____ ¿Con qué frecuencia? _____		
¿Chupó chupetes de azúcar?	_____	_____
¿Tuvo su hijo enfermedades infantiles durante la lactancia?	_____	_____
En caso afirmativo, enumérelas _____		
_____		
¿Sufrió fiebres reumáticas (su hijo)?	_____	_____
¿Sufrió dolores en las articulaciones? (Dolores del crecimiento)	_____	_____
¿Ha tenido diabetes?	_____	_____
¿Ha tenido afecciones renales?	_____	_____

	Si	No
¿Ha tenido ataques del corazón?	_____	_____
¿Le dio algún ataque que su hijo estaba uremico?	_____	_____
¿Recibió su hijo antibióticos?	_____	_____
¿En caso afirmativo, ¿cómo fue?	_____	_____
En casa o en clínica ¿durante cuánto tiempo?	_____	_____
¿Qué antibiótico se le administró?	_____	_____
¿Tuvo su hijo dificultades para aprender a caminar?	_____	_____
¿Sufró alguna operación en la infancia?	_____	_____
En caso afirmativo, ¿por qué razón?	_____	_____
¿Se ha roto su hijo algún hueso?	_____	_____
En caso afirmativo, ¿cómo ocurrió?	_____	_____
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?	_____	_____
_____	_____	_____
¿Sufre frecuentemente accidentes menores y heridas?	_____	_____
¿Existe en su hijo algo que se salga de lo corriente?	_____	_____
En caso afirmativo, explique _____	_____	_____
_____	_____	_____
¿Consideraría usted a su hijo enfermizo?	_____	_____
¿Por qué?	_____	_____
¿No suda su hijo cuando hace calor?	_____	_____
¿Tiene alguna incapacidad o enfermedad física o mental?	_____	_____
En caso afirmativo, explique _____	_____	_____
_____	_____	_____
¿Toma su hijo golosinas entre los convulsos?	_____	_____

	Si	No
En caso afirmativo, ¿qué tipo de galaxina? _____		
_____		
¿Sufre frecuentemente dolores de dientes?	_____	_____
¿Logran sus eructos con facilidad?	_____	_____
¿Ha dañado alguna vez sus dientes delanteros?	_____	_____
¿Le salen erupciones faciales?	_____	_____
¿Es alérgico a algún tipo de comida, anestésicos locales, penicilina u otros drogas?	_____	_____
¿Sufre asma?	_____	_____
¿Tiene dificultad para detener el sangrado cuando se corta?	_____	_____
¿Le sacan fácilmente moretones?	_____	_____
¿Le ha dicho algún médico que su hijo es hemofílico?	_____	_____
¿Se chupa constantemente el pulgar o el dedo del pie?	_____	_____
En caso afirmativo, ¿cuándo hace esto? _____		
_____		
¿Tiene problemas para hacer amigos?	_____	_____
¿No se lleva bien con otros niños?	_____	_____
¿Prefiere jugar dentro de casa que al aire libre?	_____	_____
¿Tiene hermanos o hermanas?	_____	_____
En caso afirmativo, ¿cuáles son sus edades? _____		
_____		
¿Tiene problemas para estar a la par de su clase?	_____	_____
¿Teme al dentista?	_____	_____
En caso afirmativo, ¿sabe usted por qué? _____		
_____		
¿Ha ido anteriormente al dentista?	_____	_____

## B) EXPLORACION

La exploración clínica del niño comienza en el momento que éste entra a la consulta dental. A partir de ese momento el Odontólogo debe tomar nota de cualquier deformidad o limitación física importante. Las reacciones emocionales que presentan los niños pequeños en el ambiente del consultorio se expresan con frecuencia de forma no verbal. Por eso es importante observar la conducta y las expresiones que en ese momento muestra en niño.

**Cabeza y cuello:** Esta parte de la exploración tiene como objeto detectar cualquier asimetría, aumento de volumen o defectos en la piel, también revisaremos en cabello con el objeto de detectar la posible existencia de trastornos en el desarrollo. Comprobaremos la relación entre maxilar y mandíbula, la parte exterior de los labios y observaremos si existe alguna ulceración.

**Exploración intraoral:** Dicha exploración la podemos considerar como parte de la exploración armada, debido a que en éste momento el niño tiene el primer contacto con los instrumentos dentales.

La cavidad oral debe explorarse en forma sistemática para evitar la omisión de cualquier aspecto importante. El equipo necesario para la exploración se limita a unos cuantos instrumentos.

La mucosa oral se examina después de que se ha limpiado, comenzando con el interior de los labios y continuando hasta la mucosa interior de las mejillas, incluidos también los surcos alveolares superior e inferior.

Se inspecciona el paladar con la ayuda del espejo, la mucosa de la lengua y el piso de boca.

Durante la exploración de la mucosa se puede incluir la fase de palpación, hay que comprobar la existencia de ulceraciones, cambios de coloración, fistulas e inflamaciones.

Revisaremos también la presencia e inserción de los frenillos.

A continuación haremos una inspección detallada de los tejidos periodontales, examinaremos el margen gingival con una sonda, en caso de que exista alguna afección que así lo aconseje, de lo contrario no es necesario hacer un sondaje periodontal.

Posterior al examen de las estructuras antes mencionadas \_ realizaremos la exploración de los dientes para observar \_ variaciones en cuanto a número, morfología, color y estructura superficial, debe realizarse con una buena fuente de luz. A veces es preciso limpiar los dientes para detectar pequeñas alteraciones en la superficie del esmalte.

Las lesiones cariosas iniciales solo pueden detectarse \_ tras una meticulosa limpieza y secado de los dientes. Las restauraciones deben examinarse en busca de zonas sobresalientes, rupturas marginales o caries recurrente. Finalmente se realiza una exploración de la oclusión, para comprobar si el paciente presenta maloclusiones, o desviación en el desarrollo dentario.

### C) EXAMEN RADIOGRAFICO.

La radiografía es una ayuda muy importante para la acertada práctica de la odontopediatría. Tiene aplicaciones extremadamente amplias en la práctica.

Probablemente, los niños necesitan más de la radiografía \_ que los adultos, ya que en ellos, la preocupación principal en todo momento son los problemas de crecimiento y desarrollo y los factores que los alteran.

A veces es considerada como solo un auxiliar de diagnóstico sin darle la debida importancia. No debe olvidarse que en la mayoría de los tratamientos, ésta resulta imprescindible

como es en los tratamientos pulpares o en traumatismos como las fracturas.

Básicamente, la radiografía de cualquier área proporciona información sobre forma, tamaño, densidad relativa y número de estructuras presentes. Al reunir ésta información, la persona que realiza el diagnóstico, deberá comprender las limitaciones de la radiografía, como sería el plano bi dimensional que observamos, y que tampoco se observan los cambios en los tejidos blandos. La primera limitación dificulta la evaluación de una área u objeto cuando en la radiografía está superpuesto a otra área u objeto. La segunda limitación destaca el hecho de que la información que se obtiene sobre las estructuras básicas es extremadamente valiosa, porque ésta información en su mayor parte no puede ser obtenida por ningún otro medio a nuestra disposición.

Así pues, la radiografía deberá obtenerse para proporcionarnos información sobre diferentes estadios de las estructuras dentales y periodontales como son:

- a) LESIONES CARIOSAS INCIPIENTES.- Principalmente lesiones incipientes interproximales.
  - b) ANOMALIAS.- Como son dientes supernumerarios, macrodoncia, microdoncia, dientes fusionados, anquilosados y germinados, dientes en malposición e impactados así como ausentes. Y otras como dens in dente, odontomas, hipoplasias y cálculos pulpares.
  - c) ALTERACIONES EN LA CALCIFICACION DE LOS DIENTES.- Entre las enfermedades sistémicas que pueden manifestarse tenemos: osteogénesis imperfecta, sífilis congénita fluorosis, ricketzias y displasia ectodérmica.
- Entre las enfermedades particulares de los dientes que producen alteraciones en la calcificación mencionaremos la amelogénesis imperfecta, displasia dentinal y piedras pulpares.

d) **ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**- Un método para determinar la edad ósea física de los niños son las radiografías de los huesos de la mano y del antebrazo. Un retraso marcado en el tiempo de la erupción puede correlacionarse con la aparición y crecimiento retrasado de los huesos carpales.

e) **ALTERACIONES EN LA INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA PERIODONTAL.**- Una de las características cardinales de infecciones periapicales es el engrosamiento de la membrana periodontal adyacente.

Las radiografías pueden ayudar no solo en el diagnóstico de éstas infecciones sino también a establecer un pronóstico y estimar el éxito de cualquier tratamiento

f) **ALTERACIONES DEL HUESO DE SOPORTE.**- Muchos cambios en la estructura ósea de la mandíbula y del maxilar que se observan radiográficamente nos indican enfermedades generales o locales.

Las estructuras con destrucciones óseas locales pueden indicar quistes, absesos, tumores y enfermedades periodontales.

Entre las enfermedades generales que producen destrucción ósea tenemos; raquitismo, escorbuto, hiperparatiroidismo, disostosis cleidocraneal, discracias sanguíneas como agranulocitosis, diabetes, envenenamientos crónicos, etc.

g) **EVALUACION PULPAR.**- En el tratamiento pulpar es indispensable el uso de radiografías, ya que nos sirven de guía para la obturación de los conductos radiculares y la evaluación de las obturaciones finales. En la pulpotomía podemos evaluar y observar radiográficamente el puente de dentina subyacente al área de tratamiento

Los tipos de tratamientos que se realicen en el niño, determinarán que tipo y número de radiografías se

usarán; teniendo así : radiografías periapicales, de aleta mordible, panorámicas, cefalométricas, radiografías oclusales, siendo las más usadas las primeras para la mayoría de los tratamientos; las segundas se realizan para tipos de exámenes especiales.

Las radiografías infantiles tanto intraorales como extraorales requieren cierto número de películas de varios tamaños y también varían en los impulsos a utilizar en la toma de éstas. El tamaño de la película intraoral se determina por el tamaño de la boca del paciente. Para la toma de radiografías se requiere de las siguientes consideraciones:

- 1) La punta del cono debe tocar siempre ligeramente la ca  
ra.
- 2) La película debe de estar siempre bien apoyada contra el tejido.
- 3) El plano sagital debe estar perpendicular al piso.
- 4) Para la observación de caminos y las zonas posteriores al plano oclusal principal de los dientes a ser ex  
puestos, debe estar colocado paralelamente al piso.

#### TECNICAS RADIOGRAFICAS.

Existen para la toma de radiografías dos tipos de técnicas: las intraorales y las extraorales, y éstas a su vez tienen diferentes técnicas para mejor aprovechamiento de las películas.

#### INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

**CORONAS DE LOS DIENTES:** La detección de lesiones cariosas precoces, es de gran interés. Debemos familiarizarnos con las radiolucencias de carácter anatómico y proyeccional que se observan en las coronas y en regiones cervicales. Al interpretar una radiografía deben anotarse y describirse todas las radiolucencias observadas.

**CAVIDAD PULPAR:** En los dientes de la primera dentición la cámara pulpar suele ser comparativamente mayor que en los dientes de la segunda dentición. Una complicación frecuente de la pulpotomía en los molares primarios es la reabsorción interna, que con frecuencia se localiza al nivel de la amputación. Después de una pulpotomía con buena evolución puede observarse una barrera de tejido duro.

**RAICES:** La reabsorción fisiológica de las raíces de los dientes primarios comienza lingualmente en los dientes anteriores e interradicularmente en los molares. El diagnóstico de las fracturas radiculares es fundamental para realizar un examen cuidadoso de éstas, utilizando angulaciones distintas. Las fracturas se clasifican según el tercio de la raíz, en que se asientan.

**REGION PERIAPICAL:** La región periapical suele ser bastante difícil de interpretar en las radiografías infantiles, debido a la estrecha relación existente entre los dientes primarios y los secundarios en desarrollo. La destrucción ósea se produce tras la necrosis pulpar en los molares primarios, suele situarse entre el nivel interradicular.

Es preciso practicar un examen completo para distinguir la destrucción interradicular o periapical del espacio pericoronario, sin olvidar que éste último no suele exceder de los 2-3mm.

**HUESO MAXILAR:** La mayoría de las enfermedades localizadas tanto en el maxilar como en la mandíbula se manifiestan por signos radiográficos. Algunas de ellas inciden con mayor frecuencia sobre el niño que sobre el adulto.

**RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS:** Este tipo de radiografías es útil para seguir el desarrollo de la dentición. Además permiten ciertos hallazgos como quistes de retención mucosa en los senos maxilares que se dan entre un 5 a 10 % de las personas y se observan con frecuencia en niños.

#### D) DIAGNOSTICO CLINICO

Existen ciertos signos patognomónicos que pueden llevar a desiciones tempranas de diagnóstico. Amenudo es necesario que el odontólogo diagnostique antes de que hallan sido recogidos todos los hechos que se refieren a la historia clínica del paciente para evitar que el proceso de la enfermedad siga su curso, por ejemplo, en el caso de que exista una fractura necesitará un tratamiento clínico inmediato. En otros casos puede ser necesario un periodo de observación antes del diagnóstico final y la realización de un tratamiento adecuado.

La pulpitis en dientes restaurados aveces es difícil de diagnosticar.

Debe haber evaluación crítica de los hechos recogidos con relación al cuadro general y la queja principal. Frecuentemente los padres dan deficiente el historial. En éste caso, los signos y síntomas clínicos que el cirujano dentista observa por sí mismo, tienen más fuerza que los hechos declarados.

El historial, el examen clínico y las pruebas de laboratorio proporcionarán los hechos esenciales para la elaboración del diagnóstico. De los hechos recogidos, se pueden sugerir varios procesos patógenos. Siempre existe la posibilidad de que exista más de una enfermedad al mismo tiempo. En casos poco comunes aveces es necesario consultar a otros especialistas o médicos generales antes de poder llegar a un diagnóstico final y prescribir un plan de tratamiento. El historial, investigaciones radiográficas y exámenes clínicos a conciencia ayudarán al odontólogo a formular su correcto diagnóstico.

Algunos de los métodos de los que nos podemos valer para realizar un diagnóstico acertado son:

**Palpación:** Se realiza una exploración táctil en todos los

tejidos bucales, confirmando los datos de forma, volumen, consistencia, movimientos, textura; la palpación que se realiza en los dientes es para saber el grado de fijación de éstos en los alveolos.

**Percusión:** La percusión consiste en golpear una parte del cuerpo, en nuestro caso los dientes, para localizar el dolor por la alteración que se presente en el ápice del mismo; además se puede oír la diferencia del sonido que se obtiene percutiendo un diente sano y un diente enfermo.

**Auscultación:** Por éste método de examen físico, podemos escuchar los sonidos que se producen dentro del cuerpo, especialmente el del corazón, vasos y aparato respiratorio.

**Medición:** Es el método de exploración por el cual se examina la simetría general del arco; también, entre otras cosas nos servirá para realizar tratamientos ortodóncicos.

**Pruebas térmicas:** Con éste medio auxiliar de diagnóstico, que realizamos a base de aplicación de cambios de temperatura ( frío o calor ) podemos detectar con mayor facilidad la sensibilidad de un diente a los agentes físicos externos.

#### E) PLAN DE TRATAMIENTO.

El tratamiento dental adecuado se basa en un diagnóstico exacto. Deben evaluarse tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento: urgencia, secuencia y resultados probables.

Una secuencia bien organizada de un tratamiento sugiere varios factores a considerar, evita falsos indicios, repetición de tratamientos y pérdida de tiempo, energías y dinero.

El plan ideal de tratamiento aconseja tomar en cuenta el tratamiento médico, tratamiento sistemático, tratamiento preparatorio y de corrección entre otros.

**Tratamiento médico:** Cuando el historial y el examen sugieren que existe un problema médico, el odontólogo deberá consultar al médico del niño para asegurarse de la salud y seguridad de éste durante el tratamiento dental.

Si los padres tienen alguna duda acerca de cualquier enfermedad padecida por el niño, es preferible asegurarnos con el médico familiar o el pediatra para así evitar cualquier riesgo innecesario tanto para el paciente como para el odontólogo.

**Tratamiento sistemático:** Frecuentemente, es necesario premedicar a los niños aprensivos, espásmicos o con problemas cardíacos.

Esta premedicación debe hacerse solo después de haber consultado al médico del niño. Las dosis exactas de todas las drogas que se van a emplear deben incluirse en el plan de tratamiento.

**Tratamiento preparatorio:** Después de que se establece el estado médico y el régimen de premedicación del niño, deberá hacerse una profilaxis. Esto da una excelente oportunidad para enseñar al niño el inicio de su tratamiento e inducirlo a él poco a poco.

Durante las primeras citas deberán excavar los dientes gravemente cariados, si tenemos la necesidad de extraer algún diente o hacer un tratamiento pulpar prepararemos a nuestro paciente para que las molestias sean mínimas.

**Tratamiento de corrección:** Después que se han iniciado las fases médicas y preparatorias podrá empezarse el tratamiento correctivo final. La secuencia es siempre importante. Cuando se está dando el tratamiento correctivo al niño podremos observar los resultados de la instrucción que

dimos acerca de la higiene bucal.

Al terminar el tratamiento, el odontólogo dará una fecha \_  
determinada para la próxima cita. El intervalo puede va--  
riar entre tres y seis meses.

Existe un plan de tratamiento para cada niño.  
Deberá presentarse a los padres usando modelos, radiografi  
as y otros medios que tendremos preparados para dicho fin.  
Los honorarios para llevar a cabo el plan de tratamiento \_  
sugerido, deberán ser claramente subrayados para evitar \_  
cualquier tipo de malentendido en fechas posteriores. A \_  
diferencia de los tratamientos para adultos, los tratamien  
tos realizados en niños no deben ser pospuestos ni espacia  
dos por un largo periodo de tiempo.

Una vez que es aprobado el plan de tratamiento, cualquier  
revisión o alteración que sea necesaria deberá ser explica  
ca a los padres y anotada en los registros del niño. Los  
padres aceptarán mejor cualquier cambio si el odontólogo \_  
se toma el tiempo de explicarles detenidamente la causa.  
Tomando en cuenta todos los detalles y los pasos con un or  
den subsecuente podremos decir que nuestro tratamiento ha  
sido acertado y llevado a cabo correctamente.

**CAPITULO 3**  
**AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO**

## CAPITULO 3

## AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.

Para obtener el aislamiento del campo operatorio existen dos técnicas: el aislamiento del campo operatorio relativo y el aislamiento del campo operatorio absoluto.

El relativo es cuando si bien impide el arribo de saliva a la zona en la cual estamos trabajando, ésta queda en contacto directo con el ambiente de la cavidad oral (humedad, calor y respiración).

El aislamiento absoluto, en cambio, es cuando no solo se evita el acceso de saliva a los dientes sobre los que operamos, sino que ellos quedan aislados totalmente del medio ambiente de la cavidad oral y colocados en contacto con el ambiente de la sala de operaciones.

## AISLAMIENTO RELATIVO:

Este se consigue con elementos absorbentes como rollos de algodón y también cápsulas aislantes de goma (denham y creaiço).

Los rollos de algodón del espesor y largo deseado pueden ser confeccionados por el operador con ayuda de unas pinzas de curación o un mango de instrumento. También se pueden utilizar los rollos de confección industrial.

Los rollos de algodón actúan como sustancias absorbentes de saliva y necesitamos cambiarlos con frecuencia durante los procedimientos operatorios.

Pueden ser utilizados solos, pero también existen diversos dispositivos para mantenerlos en su sitio como son dispositivos de alambre para insertar el rollo, clams con aletas para fijar los rollos y aparatos que se fijan al mentón, los cuales con sus aletas bucales sostienen los rollos y con las linguales inmovilizan la lengua.

Entre los aislantes de goma para aislamiento relativo encontramos las cápsulas de Denham y los aisladores de Craigo, son elementos que tienen una forma semiesférica o triangular, están hechos de goma y para su colocación se perforan en su base para ser llevados al diente con una grapa que los mantendrá en su posición correcta.

Sin embargo, para éste tipo de aislamiento nos debemos ayudar con rollos de algodón y un aspirador de saliva para complementarlo.

Los aspiradores de saliva son elementos indispensables en todo tipo de aislamiento. Tienen la finalidad de evacuar la saliva para impedir su acumulación dentro de la cavidad oral.

Hay de diversos materiales, pero los más utilizados actualmente son los de plástico, debido a que son desechables y esto proporciona mayor seguridad e higiene para el paciente.

#### AISLAMIENTO ABSOLUTO

Cuando se realiza el aislamiento absoluto del campo operatorio, los dientes aislados quedan separados totalmente del medio de la cavidad oral y colocados en contacto con el ambiente de la sala de operaciones.

El uso del dique de hule es una de las técnicas más valiosas que puede desarrollar el odontólogo para lograr excelentes resultados en cualquier tipo de tratamiento que requiera un campo exento de humedad.

Hay cientos de razones para preferir ésta técnica de aislamiento, de las cuales mencionaremos algunas:

- 1.- Da comodidad para trabajar al operador.
- 2.- Aumenta la cantidad y calidad del trabajo producido por unidad de tiempo, porque retrae las mejillas y la lengua lejos del campo operatorio.

- 3.- Disminuye la posibilidad de lesiones en los tejidos, ocasionadas con diversos instrumentos.
- 4.- Evita la deglución o aspiración de materiales extraños.
- 5.- Proporciona un campo seco para la colocación de bases y recubrimientos pulpares.
- 6.- Proporciona una cavidad exenta de humedad para la obturación con amalgama.
- 7.- Permite al operador mayor visibilidad total y mayor accesibilidad para los procedimientos necesarios.
- 8.- Evita los empujes involuntarios de la lengua hacia la zona aislada, lo que no ocurre con los rollos de algodón.

Hay muchas razones positivas por las cuales utilizar el dique de hule. Las mencionadas anteriormente son solo algunas de ellas.

El equipo necesario para utilizar el dique en niños puede ser variado para adaptarse a los gustos individuales de cada odontólogo. Generalmente el equipo utilizado con más frecuencia es el siguiente:

- Dique de hule (semipesado o extrapesado)
- Pinzas perforadoras
- Pinzas portagrapas
- Arco de Young
- Seda dental
- Tijeras
- Grapas para dientes erupcionados parcialmente ( Ivory No. 14 y 14 A )
- Grapas para dientes erupcionados totalmente ( S.S. White No. 13, 206 y Ivory No. 00 )

**TECNICA:**

La técnica para la colocación del dique de hule no es siempre utilizada de igual manera, el operador tiene la ventaja de adaptar dicha técnica a su forma de trabajo y su comodidad de aplicación.

En general existen tres enfoques para aplicar el dique al arco.

En el primer método puede engraparse el diente más posterior del arco, se hace deslizar el dique sobre ésta grapa y luego sobre todos los otros dientes que han de estar expuestos.

El segundo método puede llevarse a cabo solo cuando las aletas de las grapas están ya aseguradas en el dique, el cual a su vez está extendido sobre el arco de Young, luego se lleva toda la construcción al diente que ha de engraparse y después se asegura.

El tercer método consiste en deslizar el arco de la grapa a través del apoyo más posterior del dique de hule. Entonces, con las pinzas en una mano y la otra sosteniendo las esquinas del dique, se llevan hacia arriba, se lleva la grapa con el dique hacia el diente, se extiende el dique para colocar el arco de Young, se aíslan los dientes restantes y se secan.

Muchos autores han insistido en que los dientes expuestos a través del dique deberán ser ligados con hilo dental, alrededor de cada diente expuesto, esta ligación generalmente es innecesaria si se utiliza un dique de hule pesado o extrapesado, el cuerpo del hule de 3 a 4 mm. logra anclar bien el dique en posición.

La selección de grapas, es casi automática. Todas las grapas para que se aseguren en los dientes primarios, deberán colocarse debajo de la altura del contorno del diente.

Puede utilizarse la Ivory No. 14 en todos los segundos molares primarios y la Ivory 14 A en todos los molares parcialmente erupcionados que tienen los niños a los seis años.

La mayoría de los molares primarios pueden ser engrapados con las grapas S.S.White No. 206 o la Ivory No. 00. Para aquellos niños de más edad cuyos molares de los seis años tienen contornos gingivales más bajos, pueden usarse las grapas S.S.White No. 18 universales. Estas cinco grapas pueden utilizarse para asegurar el dique en la mayoría de los casos con pacientes adultos también.

Debido al uso cada vez mayor de posiciones reclinadas en procedimientos operatorios con pacientes infantiles, se sugiere una precaución adicional cuando se usan grapas. Cada grapa para dique de hule colocada en cualquier diente deberá tener un segmento de 30 cm. aproximadamente de seda dental amarrada alrededor de su arco, una grapa preparada de ésta manera no podrá ser aspirada por el niño.

**CAPITULO 4**  
**TRATAMIENTOS MAS FRECUENTES EN 5 ESPECIALIDADES DENTRO DE**  
**LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA.**

**1) ODONTOLOGIA PREVENTIVA**

**a) Técnicas de cepillado**

**a.1) Técnica de cepillado para dentición primaria.**

**a.2) Técnica de cepillado para dentición secundaria.**

**b) Profilaxis**

**c) Aplicación de fluor**

**d) Aplicación de selladores de fosetas y fisuras.**

## 1) ODONTOLOGIA PREVENTIVA

La odontología preventiva ocupa un papel primordial en el campo de la Odontopediatría, ya que gracias a la existencia de diferentes métodos, se puede evitar que lleguen a desarrollarse procesos cariogénicos y anomalías futuras.

### a) TECNICAS DE CEPILLADO

Las técnicas de cepillado son el medio por el cual se logra el control mecánico de la placa dentobacteriana y se obtiene un buen resultado en la prevención de la gingivitis y las enfermedades periodontales, pero su poder de inhibición al desarrollo de caries dentales en la población en general y sobre todo en la población infantil es controvertido. No obstante, no cabe duda que determinados pacientes, bien motivados y adecuadamente instruidos pueden evitar por éste medio la aparición de ésta. El cepillado del niño supone varios problemas, debido a que por su corta edad el niño no es responsable de éste hábito de higiene.

En la mayoría de los casos debe ser supervisado e instruido por un adulto.

Está demostrado que tanto los padres como los niños valoran los métodos de cepillado que no tengan un alto grado de dificultad.

El cepillo dental para los niños debe ser pequeño, blando y con un mango largo que permita su mayor sujeción.

#### a.1) TECNICA DE CEPILLADO PARA DENTICION PRIMARIA.

Cepillado con movimientos de barrido.

Este método fué diseñado para retirar los alimentos de la superficie de los dientes y la placa dentobacteriana en la dentición primaria. Da poca importancia a la limpieza del surco gingival.

**Método:**

Se pide al paciente que sujete el cepillo de tal forma que las cerdas apunten en dirección apical y que lo coloque sobre la encía. Con un movimiento de barrido, las cerdas son frotadas suavemente sobre la encía y los dientes, en dirección a las superficies incisales u oclusales, el cepillo vuelve a colocarse en su lugar y se efectúa este movimiento en la misma zona cinco o diez veces. Dependiendo de la longitud de la cabeza del cepillo y el tamaño de los dientes, pueden limpiarse de dos a cuatro dientes en cada movimiento. Cuando se hallan realizado los movimientos para una sección de los dientes, se mueve el cepillo hasta el área siguiente, procurando incluir por lo menos un diente de la sección anterior. Este movimiento de barrido deberá realizarse en un orden superpuesto sobre las superficies bucales y linguales de ambas arcadas dentarias.

En las superficies linguales de los dientes anteriores el cepillo se coloca en forma vertical y los movimientos se realizan del ángulo gingival hacia en borde incisal. Una vez terminado en barrido de las zonas lingual y vestibular procederemos al cepillado de las superficies oclusales, en estas superficies el barrido se realiza desplazando el cepillo hacia atrás y hacia adelante.

La lengua también debe cepillarse, para ello indicaremos al niño que proyecte hacia afuera la lengua y que coloque el cepillo tan atrás como le sea posible y barriendolo hacia la región anterior, debe hacer este movimiento varias veces hasta asegurarse que su lengua se vea limpia de residuos alimenticios.

**a.2) TECNICA DE CEPILLADO PARA DENTICION MIXTA**

**Método de Stillman modificado.**

El método de Stillman modificado es para estimu-

lar y limpiar la zona cervical. Posteriormente se incluye el movimiento de barrido para la limpieza de las coronas clínicas.

**Método:**

El cepillo se sujeta y se coloca con las cerdas en dirección apical a un ángulo de  $45^{\circ}$  sobre la encía incertada. Las cerdas deberán ser flexionadas con la suficiente presión para provocar una pequeña isquemia gingival y se activan con un pequeño movimiento circular giratorio. El movimiento de rotación se repite de ocho a diez veces.

Cuando éste se halla realizado se barre con un cepillo desde la encía a la superficie oclusal con un cepillo de cerdas blandas ya que éstas se adaptan a la zona interproximal al terminar en movimiento de barrido. El movimiento de rotación y barrido se realiza varias veces antes de colocar el cepillo en la siguiente zona, cuidando de incluir cuando menos un diente de la zona anterior para asegurar que el orden del cepillado limpie todas las zonas.

La sección lingual anterior se cepilla colocando la punta del cepillo en la encía, girándolo y haciendo un movimiento de barrido hacia los bordes incisales, en ésta zona solo pueden limpiarse dos dientes a la vez con cada colocación del cepillo.

Se termina con el cepillado oclusal y el de la lengua.

**b) PROFILAXIS**

El término profilaxis en odontología se emplea para referirse a la eliminación del tárdaro, manchas y pulido de los dientes. En los niños es poco común encontrar depósitos de tártaro, por lo que no será necesario recurrir a la utilización de instrumentos cortantes para su eliminación.

Generalmente, la técnica de profilaxis que nosotros utili-

zamos, se resume a realizar la eliminación de placa dentobacteriana por medio de un cepillo colocado en la pieza de mano de baja velocidad y pasta abrasiva. Posteriormente se hace la colocación de fluoruro sobre las superficies dentales limpias y secas.

Técnica:

- a) Para facilitar nuestra operación trabajaremos por cuadrantes y llevaremos un orden sistemático.
  - b) Secado de las superficies dentales.
  - c) Colocación de pasta abrasiva sobre las superficies.
  - d) Tallado de las superficies vestibulares, linguales y oclusales o incisales con un cepillo de profilaxis colocado en una pieza de mano de baja velocidad.
  - e) Eliminación de la pasta con un chorro de agua a presión o bien pidiendo al niño que haga un enjuague con el agua que le proporcionaremos en un vasito.
  - f) Limpiar las superficies interproximales ayudándonos con seda dental sin cera.
- c) APLICACION DE FLUOR.

Aunque el efecto preventivo de la caries que tiene el fluor está bien documentado, todavía están a discusión los mecanismos empleados por los que éste ion ejerce su acción inhibidora.

Se ha sugerido que los efectos sistémicos producen una mejoría de la estructura cristalina del esmalte y aumenta su contenido de fluor. También las investigaciones han puesto de manifiesto que varios mecanismos que podrían explicar los efectos tópicos, entre los que destacan la remineralización de las lesiones cariosas precoces, la inhibición de la actividad enzimática de los microorganismos de la placa, o incluso, un cambio en la composición de la microflora de la superficie dentaria.

También es muy posible que se incidan otros mecanismos, tanto sistémicos como tópicos aún no descubiertos.

La fluoración del agua potable también favorece a un menor nivel de caries dental en la dentición primaria. Antiguamente, se habló mucho de distintos efectos colaterales de la fluoración, que abarcan desde el mongolismo hasta el cáncer, problemas urinarios y otros síntomas alérgicos menos definidos. Sin embargo, ninguna de éstas asociaciones ha sido demostrada en trabajos de investigación. La administración de tabletas de fluoruro puede ser un método alternativo de la fluoración del agua potable, pero éstas tabletas no se utilizan con tanta frecuencia. Para la administración de éstas tabletas, la dosificación varía con la edad, las dosis recomendadas deben ajustarse al contenido del fluor del agua potable de la zona, por lo que se requiere un análisis previo.

Entre otros vehículos favorables para obtener el flúor podemos considerar a la sal, la harina y la leche.

Los compuestos de fluor que se utilizan para la aplicación tópica se realizan con soluciones neutras de fluoruro de sodio al 2%, el fluoruro sódico neutro, no parece tener efectos colaterales locales y puede utilizarse en solución diluida en forma de colutorio.

El fluoruro estañoso produce cambios de coloración en las lesiones cariosas iniciales e irritación gingival, por lo tanto, no se considera aceptable ni en concentraciones diluidas.

El monofluorofosfato sólido (MFP) se utiliza mucho en dentíficos por su compatibilidad con los componentes de las pastas.

Referente a la toxicomanía de los fluoruros, podemos decir que pueden provocar reacciones adversas cuando se utilizan en dosis excesivas pudiendo manifestarse las reacciones

con síntomas de intoxicación aguda o crónica.

En la intoxicación aguda, la dosis provoca efectos locales en el conducto digestivo. Entre los síntomas encontramos salivación, vómitos y dolor abdominal y en dosis muy elevadas puede haber síntomas neurológicos como parestesias, colapsos circulatorios y espasmos.

En la intoxicación crónica, nos encontramos que si se administran fluoruros en ciertas cantidades durante un largo periodo, aparecen efectos colaterales como fluorosis dental.

Desde que se inició la aplicación tópica de fluor se han venido utilizando diversos métodos.

Los métodos tópicos que pueden emplearse para su aplicación son los colutorios y las pastas dentales que contienen fluor.

Dentro de la práctica profesional podemos citar la aplicación de fluor por medio de geles o barnices fluorados.

#### TECNICA DE APLICACION DE FLUOR EN GEL:

- 1) Limpieza de las superficies dentarias utilizando una pasta abrasiva.
- 2) Aclarado con agua.
- 3) Aislamiento de los dientes con rollos de algodón, aspiración de saliva y secado de las superficies con aire.
- 4) Aplicación de la solución de fluoruro utilizando una torunda de algodón, la solución debe llevarse a los espacios proximales con ayuda de una seda dental; también se puede hacer uso de cucharillas prefabricadas, se mantienen los dientes húmedos durante tres o cuatro minutos.
- 5) Se dan instrucciones al paciente para que escupa tras terminar el tratamiento, pero no se enjuague coma o se cepille los dientes durante media hora.

#### TECNICA DE APLICACION DEL BARNIZ DURAPHAT:

- 1) Limpieza de las superficies dentarias.
- 2) Aclarado con agua
- 3) Aislamiento de los dientes con rollos de algodón, aspiración de saliva y secado de las superficies con aire.
- 4) Aplicación del barniz utilizando un pequeño cepillo o una jeringa, la aplicación comienza en las zonas proximales y continua hacia las superficies linguales, vestibulares y oclusales.
- 5) Tras la aplicación se pulveriza cuidadosamente agua sobre el barniz para acelerar su depósito.
- 6) Se instruye al paciente para que no tome alimentos duros ni se cepille durante doce horas, es preferible que no coma nada durante tres a seis horas.

#### d) APLICACION DE SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS.

Debido a la gran susceptibilidad de las superficies dentales a la caries, se han buscado medidas preventivas efectivas para el sellado de fosetas y fisuras.

Hace tiempo se utilizaron métodos que consistían en colocar obturaciones preventivas y ensanchamiento de las fisuras, pero ésto ocasionaba la destrucción de dentina sana y al cabo del tiempo al existir reincidencia de caries se debía hacer una preparación más extensa.

Hoy en día utilizamos otros métodos menos destructivos para el sellado de defectos estructurales en las superficies dentarias.

La técnica del grabado ácido del esmalte es una de ellas; cuando se aplican ácidos fuertes en el esmalte durante cortos periodos de tiempo, se forman unos patrones de grabado característicos y como resultado de éste, las resinas son retenidas en las superficies dentarias al extenderse en forma de prolongaciones digitiformes en las porosidades

formadas en la superficie del esmalte.

Sin embargo, estas prolongaciones aparecen en un grado variable en los distintos dientes y quizá no expliquen totalmente el fenómeno de retención. La causa de que en el esmalte de dientes primarios sea menor la retención es atribuida a que el esmalte es una capa superficial carente de prismas.

Tras el grabado del esmalte se aplica el material plástico y se deja polimerizar. La polimerización se lleva a cabo bien por luz halógeno o normal por medio de aceleradores químicos.

El sellador que se va a utilizar debe tener retención eficaz, es un requisito indispensable para el efecto preventivo de la caries.

Debido a la transparencia del material es indispensable aislar correctamente y tener una iluminación adecuada.

TECNICA PARA LA APLICACION DE SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS:

- 1) La firura se limpia con una sonda y se aclara con agua
- 2) El diente se aísla y se seca con una corriente de aire limpio. Se comprueba el diagnóstico.
- 3) La superficie oclusal se graba siguiendo las instrucciones del fabricante.
- 4) Se pulveriza el diente con agua y se seca.
- 5) Se aplica la resina cubriendo todas las fisuras o defectos estructurales y se deja polimerizar.
- 6) Se inspecciona el sellado para asegurarnos que no presenta porosidades, se comprueba la oclusión.
- 7) El sellado debe revisarse en periodos regulares de tiempo.

## **OPERATORIA DENTAL**

### **a) Obturación con amalgama.**

## OPERATORIA DENTAL

La odontología operatoria puede definirse como la parte de la odontología general que se ocupa de los problemas orales que requieren de tratamientos restaurativos en dientes naturales.

Su principal objetivo debe ser conservar las estructuras dentales en estado de salud, función y estética óptimas.

### a) OBTURACION CON AMALGAMA.

El éxito de una obturación con amalgama radica en alcanzar un buen control de calidad y prestar atención a los detalles.

Las amalgamas son tipos especiales de aleación formados en parte por mercurio.

La unión del mercurio con la aleación de otros metales se realiza por el proceso de "amalgamación". Como la amalgama es débil si se le compara con materiales fundidos como el oro, se utiliza mayor volumen para impartir fuerza. La amalgama de plata es la más utilizada para restauraciones en pacientes infantiles. La amalgama de plata es una mezcla de plata y estaño, con pequeñas cantidades de cobre y cinc.

Son recomendadas las aleaciones de grano pequeño, o aquellas que al ser trituradas se vuelven de grano pequeño, ya que darán cualidades superiores a la restauración final.

Una propiedad adicional, especialmente ventajosa en la práctica de la odontopediatría, es el endurecimiento más rápido de restauraciones de amalgama hechas con aleaciones de grano pequeño. Por sus propiedades superiores de manipulación. Hay diversos factores de suma importancia que no debemos pasar por alto en la restauración con amalgama.

### TRITURACION

Es la mezcla del mercurio y la aleación.

Una trituración insuficiente siempre disminuye la interidad de la mezcla y su fuerza, además aumenta la expansión durante el periodo de cristalización, el exceso de trituración aumenta la contracción; hay que recordar que el uso de condensadores de alta velocidad aumentará y prolongará efectivamente el tiempo de trituración.

#### CONDENSACION

La finalidad de la condensación es adaptar lo más posible a las paredes de la cavidad, llevar al mismo tiempo a la superficie el excedente de mercurio. A medida que se va agregando el material debe ser perfectamente condensado antes de un nuevo incremento para asegurar el grado mínimo de contenido de mercurio residual.

El tamaño y forma de los condensadores deben conformar la preparación de la cavidad.

#### TALLADO

El propósito del tallado es reproducir la conformación anatómica y eliminar bordes y excedentes de material la reproducción de la anatomía devuelve al diente su forma y función correctas. El tallado debe llevar una secuencia, primero se acentúa la profundidad de la fisura con una inclinación vertical, luego, dando al instrumento ( holenback o cleoide discoide) una inclinación más horizontal se adosan más los bordes de la restauración, una vez terminada la anatomía nos aseguramos que no existan puntos altos que interfieran en la oclusión correcta y se rebajan en caso de haberlos con el mismo instrumento utilizado para la realización de la anatomía, posteriormente usamos un bruñidor de hueso para dejar tersa la superficie.

#### PULIDO

Este debe demorarse por lo menos 24 hrs. y si es posible un tiempo mayor, así evitaremos que quede una capa

exterior de aleación rica en mercurio y logre así, su grado máximo de fuerza y dureza.

Para realizar el pulido se pueden utilizar bruñidores de  baja velocidad, discos de lija para las superficies interproximales, discos de hule, cepillos de profilaxis y para dar brillo final utilizamos amalgós.

## **ENDODONCIA**

### **a) Pulpotomía con formocresol.**

## ENDODONCIA

El tratamiento endodóntico en niños tiene la finalidad de preservar la dentición primaria una vez que ha sido afectada la integridad pulpar, cuando los dientes han sido afectados por caries, traumatismos o materiales de restauración tóxicos.

Debemos mencionar que dentro del campo de la endodoncia existen diversos tratamientos como son:

**Recubrimiento pulpar indirecto.-** Denominado también protección natural, éste tiene por objeto evitar la lesión pulpar irreversible y curar la lesión pulpar reversible cuando ya existe.

Su objetivo es conservar la vitalidad pulpar por debajo de lesiones profundas.

**Recubrimiento pulpar directo.-** Es la protección de una pulpa expuesta por fractura traumática o bien por la eliminación de caries profunda. Solo está indicado en dientes jóvenes cuya pulpa no esté afectada y siempre y cuando se realice inmediatamente después de ocurrido el accidente o herida pulpar.

**Pulpectomía.-** Es la extirpación del contenido de tejido blando de la cámara pulpar y los conductos radiculares. Después de la preparación mecánica y química, se obturan los conductos. Puede ser parcial o total, según la extensión de la instrumentación dentro de los conductos. La pulpectomía total es aquella en que la preparación biomecánica y obturación determinan un sellado apical eficaz.

La pulpectomía parcial implica la extirpación de la pulpa y los residuos, así como la obturación hasta casi el ápice.

### a) PULPOTOMIA CON FORMOCRESOL.

La droga en sí es la combinación de formaldehído y tricresol en glicerina. Tiene además de ser bactericida,

efecto de unión proteínica, inicialmente se le consideraba desinfectante para canales radiculares en tratamiento endodóntico de dientes permanentes, posteriormente muchos odontólogos lo utilizaron como medicamento de elección el pulpotomías.

Los estudios realizados de comparación entre el formocresol y el hidróxido de calcio, el formocresol ha arrojado más porcentaje de éxito, en contraste con el hidróxido de calcio. Generalmente el formocresol no induce formación de barrera calcificada o puente de dentina en el área de amputación, crea una zona de fijación de profundidad variable en áreas donde entró en contacto con tejido vital, esta zona, está libre de bacterias, es inerte y actúa como impedimento a infiltraciones microbianas posteriores.

El tejido pulpar restante en el canal radicular experimenta varias reacciones que varían de inflamaciones ligeras a proliferaciones fibroblásticas.

El tejido pulpar bajo la zona de fijación permanece vital después del tratamiento con ésta droga y en ningún caso se han observado resorciones internas avanzadas; esta es una de las principales ventajas que posee el formocresol sobre el hidróxido de calcio.

#### Indicaciones:

Este procedimiento se aconseja solo para dientes primarios, ya que no existen estudios científicos de naturaleza clínica e histológica sobre la acción de formocresol en dientes de la segunda dentición.

#### Contraindicaciones:

Dolor espontáneo especialmente por la noche; tumefacción; fistula; sensibilidad a la percusión; movilidad patológica; sesorión radicular; radiolucidez periapical; calcificaciones pulpares; hemorragia profunda en el punto de exposición; exudado purulento.

**Técnica:**

La técnica de pulpotomía con formocresol requiere como cualquier tratamiento de una secuencia.

Tras la anestesia local y el aislamiento del campo operatorio, se elimina la caries superficial antes de exponer la pulpa.

Este procedimiento reduce al mínimo la contaminación bacteriana de la pulpa.

Se elimina el techo de la cámara pulpar mediante la unión de los cuernos pulpares, esto se hace con cortes de fresa. Se extirpa entonces la pulpa cameral con una cucharilla y cuidando de no agredir al remanente de los conductos.

Se coloca una pequeña torunda de algodón previamente humedecida con formocresol.

Después de cinco minutos se retira la torunda y se coloca un cemento de óxido de cinc y eugenol para sellar la cavidad pulpar. El líquido de éste cemento deberá consistir en partes iguales de formocresol y eugenol.

Si después de la eliminación de la torunda de algodón con formocresol persiste la hemorragia es aconsejable hacer dos visitas para terminar la pulpotomía. El caso anterior es tratado dejando en contacto con la pulpa el algodón con formocresol y se sella temporalmente con cemento de óxido de cinc y eugenol. En un periodo de tres a cinco días se desobtura nuevamente el diente, se extrae el algodón y se aplica una base de óxido de cinc- formocresol- eugenol.

Después de realizar pulpotomías, es aconsejable la restauración del diente tratado con una corona de acero, esto es con el fin de evitar la fractura de las cúspides debido a que se vuelven más débiles porque el diente se deshidrata como resultado de la terapéutica pulpar.

## **EXODONCIA**

### **a) Extracción.**

## EXODONCIA

La exodoncia es la rama de la odontología que se encarga de extraer los dientes que han perdido su funcionamiento por procesos cariosos, infecciones pulpares, infecciones del parodonto, cuando el tratamiento ortodóncico lo requiere y cuando los tratamientos pulpares han fracasado.

### a) EXTRACCION

Se entiende por extracción dentaria el acto quirúrgico que se realiza para la abulsión. El cual queda regido a principios siempre actuales, técnica operatoria, asepsia y antisepsia.

Las indicaciones de la extracción en el niño son prácticamente las mismas que en el adulto, aunque en la dentición primaria pueden ser más numerosas.

#### Indicaciones:

Dientes demasiado cariados que sean irreparables; fracturas en coronas y raíces; mantenimiento prolongado de dientes primarios a causa de resorción incorrecta de las raíces; dientes supernumerarios; periodontitis crónica con fístula; por indicación ortodóncica para facilitar o dirigir la erupción dental.

#### Contraindicaciones:

Muchas de éstas contraindicaciones son relativas y pueden ser superadas con precauciones especiales y premedicación. Discracias sanguíneas; cardiopatías reumáticas aguda o crónica y enfermedades renales; estomatitis infecciosa aguda y similares; diabetes.

#### Instrumental:

El instrumental para procedimientos exodóncicos en niños es similar al de los adultos. pero las partes anatómicas son menores.

Todo instrumental para adulto está contraindicado en niños. Para evitar un daño al germen del diente permanente al producirse la fractura de las raíces hay finos y delicados elevadores apicales que se pueden utilizar para eliminar estas raíces.

Se recomiendan tipos diferentes de forceps y aun forceps \_ miniatura pero algunos autores recomiendan un forceps universal superior y un forceps universal inferior.

El cuidado del instrumental es igual a todos los usados en el consultorio, deben ser perfectamente lavados y esterilizados antes de su uso para evitar problemas de infecciones posteriores a la intervención.

#### Técnica:

La técnica para la extracción de dientes primarios será realizada bajo ciertas condiciones: Tipo de forceps; posición; anatomía radicular del diente; dirección en que debemos aplicar la fuerza para extraer el diente de su alveolo, etc.

#### Dientes anteriores superiores:

Para el incisivo central superior o el canino utilizamos el forceps universal núm. 150 S.S.White. Los bocados de éste forceps hacen contacto en un solo punto y esto hace que se adapte perfectamente a la corona del diente. El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente.

El corte horizontal de las raíces de éstos dientes es redondo, por lo tanto, la fuerza inicial es ligeramente hacia el lado lingual. La siguiente fuerza se aplica en sentido contrario a las manecillas del reloj, éste movimiento afloja el diente. A continuación con un solo movimiento en dirección labial el diente se extrae de su alveolo.

#### Dientes anteriores inferiores:

Para los incisivos inferiores, se utiliza el forceps núm. 151 S.S.White, los bocados de éste tocan en un solo punto en forma similar al 150. El operador se coloca atrás y hacia un lado del paciente. Aquí, como en los dientes anteriores superiores, la fuerza inicial es en sentido lingual, pero debido a que las raíces de éstos dientes son ovaladas, la fuerza en sentido labial es una sola acción sostenida. Una vez que se ha luxado el diente, un movimiento contrario a la dirección de las manecillas del reloj es suficiente para extraerlo de su alveolo.

#### Molares superiores:

El forceps universal núm. 150 S.S.White se utiliza para la extracción del primero y segundo molares primarios superiores. El operador se coloca an frente y hacia un lado del paciente. La dirección inicial de la fuerza es ligeramente lingual, debido a que la raíz palatina de este molar es curva. Debemos ejercer muy poca fuerza para no fracturar ésta raíz. Enseguida con un solo movimiento hacia el lado vestibular, se luxa el diente y con un movimiento contrario se extrae de su alveolo.

#### Molares inferiores:

La técnica para la extracción del primero y segundo molares inferiores se presenta por separado. Para el primer molar, se utiliza el forceps universal núm. 151 S.S.White, el operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente, sujetando la mandíbula, está contraindicado todo movimiento rotatorio. La fuerza inicial es ligeramente hacia el lado lingual; enseguida con un solo movimiento sostenido en dirección vestibular luxamos el diente, una vez luxado con un movimiento contrario lo extraemos de su alveolo.

Para el segundo molar, se utilizan dos tipos de forceps diferentes, según la posición del segundo premolar en desarrollo y la cantidad de hueso alveolar encima del mismo. Estos forceps son los núms. 151 y 23 de S.S.White. La técnica es similar a la descrita para el primer molar inferior. Si el segundo premolar no se encuentra contiguo al segundo molar primario y no existe hueso alveolar, puede utilizarse el forceps núm. 23. Cuando no existe hueso alveolar y el segundo premolar se encuentre inmediatamente debajo del segundo molar primario, se utiliza el forceps núm. 151. Se contraíndica todo movimiento rotatorio y se justifica el levantamiento del diente en forma casi vertical, los bocanillos del forceps deben colocarse profundamente dentro de la bifurcación radicular. La fuerza inicial es ligeramente hacia el lado lingual. Enseguida con un solo movimiento en sentido vestibular y apretando continuamente los mangos del instrumento el diente se extrae de su alveolo.

#### Instrucciones postoperatorias:

Se le indica al niño que no debe morder su labio ni su lengua aún cuando no sienta dolor.

Le diremos las actividades que puede hacer y le explicaremos que no debe introducir la lengua en la zona de la extracción.

Se le explica que en ese lugar saldrá un nuevo diente.

A los padres se les indica el tipo de alimentación que debe ingerir el niño.

Los cuidados de higiene también deberán controlarlos los padres.

Una vez pasando la anestesia el niño puede volver a sus actividades normales.

## **PROTESIS**

### **a) Mantenedores de espacio.**

## PROTESIS

La prótesis en odontología se encarga de reemplazar las estructuras dentales ausentes por dientes artificiales.

La pérdida dental prematura en cualquier niño puede comprender uno o varios dientes de la arcada dental.

Estas pérdidas, se deben a traumatismos o caries y en algunos casos a ausencia congénita.

Independientemente de la causa, las pérdidas dentales dan como resultado pérdida de equilibrio estructural, de eficiencia funcional y de armonía estética.

Otra de las causas puede ser el traumatismo psicológico especialmente si los dientes perdidos son los anteriores.

Tenemos diferentes tipos de prótesis para niños, algunas para devolver la función masticatoria, la estética, para evitar los hábitos bucales perjudiciales o bien para recuperar el espacio cuando se ha perdido o mantenerlo cuando se tiene que realizar una extracción prematura de un diente primario.

### a) MANTENEDORES DE ESPACIO.

Los mantenedores de espacio están indicados en las siguientes circunstancias:

- Pérdida prematura de los molares primarios y tendencia de los dientes permanentes a cerrar el espacio.
- Pérdida prematura de dientes secundarios que permiten el movimiento de los dientes contiguos produciendo maloclusiones.
- La posibilidad de extrusión de los dientes antagonistas e interferencia con la función oclusal.
- Cuando existen tendencias a formarse hábitos.
- Para devolver la estética de la arcada dental.

**Requisitos:**

- Deberán mantener la dimensión mesio distal del diente perdido.
- Deben ser funcionales al grado de evitar la sobreerupción de los dientes antagonistas.
- No deben poner en peligro los dientes restantes mediante la aplicación de tensión excesiva.
- Deben ser sencillos y lo más resistentes posible.
- Su constitución deberá ser tal que no impida el crecimiento normal ni los procesos de desarrollo y no interfiera en las funciones de la masticación, lenguaje y deglución.

**Tipos de mantenedores de espacio:**

Se pueden dividir en:

- 1) Fijos
- 2) Semifijos
- 3) Removibles.

Se subdividen en:

- a) Con o sin bandas
- b) Funcionales o no funcionales.
- c) Activos o pasivos.
- d) Varias combinaciones de ellos.

**Mantenedores de espacio fijos.**

Una de las razones para utilizar mantenedores de espacio fijos con bandas o sin ellas o bien con coronas de acero cromo es la falta de cooperación del paciente desde el punto de vista de pérdida, fractura o no querer usar en determinado caso un aparato.

Las ventajas son:

- Utilizados en pacientes no cooperativos.
- No produce interferencia en la erupción de los dientes anclados.
- No incluye el riesgo de pérdida.

- Es resistente, difícil de romper.
- No hay interferencia en la erupción del diente sucesor.

Las desventajas son:

- Es necesario hacer cortes de estructuras dentarias.
- No permite la limpieza de los dientes totalmente.
- La función de oclusión no se restaura.
- Se necesita instrumental especial.
- Es antiestético
- La lengua o los dedos de los niños producen fuerzas de torsión sobre los anclajes fijos.

Semifijos.

El arco lingual semifijo, tiene pocas desventajas y todas las ventajas del mantenedor de espacio fijo.

- Permite el desarrollo de los maxilares y el hueso alveolar.
- Puede ser removido, reajustado y colocado sin remover las bandas.
- No puede ser removido por el paciente.
- Permite la erupción de los dientes permanentes si el paciente no regresa a tiempo para una revisión.
- Permite la fisiología de los tejidos.

La desventaja más frecuente en este tipo de mantenedores es la ruptura a nivel de los anclajes.

Mantenedores de espacio removibles:

Se utilizan en niños que hayan perdido uno o más dientes de la primera dentición. Pueden ser bilaterales o unilaterales tanto en superior como en inferior, a este tipo de aparatos generalmente se aconsejan descansos oclusales.

Entre las ventajas de un mantenedor de espacio removible encontramos:

- Es fácil de limpiar.
- De mayor economía.
- Mantiene o restaura la dimensión vertical.
- Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.
- Permite la limpieza de los dientes.
- Puede ser llevado la mayor parte del tiempo, permitiéndo la circulación de la sangre a los tejidos blandos.
- Puede construirse en forma estética.
- Facilita la masticación y el lenguaje.
- Estimula la erupción de los dientes permanentes.
- Se efectúan fácilmente las revisiones dentales en busca de lesiones cariosas.
- No es necesario recortar las estructuras dentarias.

Desventajas:

- Fácil de perderse.
- El paciente puede decidir el no llevarlo puesto.
- Se rompe con más facilidad.
- Puede restringir el crecimiento lateral de la mandíbula, si se le incorporan ganchos.
- Puede irritar los tejidos blandos.

**CONCLUSIONES.**

El Cirujano Dentista dentro de su práctica cotidiana, tiene la obligación de contribuir a la prevención de las enfermedades, ya que la prevención es la solución más acertada a los problemas de salud.

De esto se deriva que dentro del ejercicio de nuestra profesión exista el interés de tratar a los pacientes integralmente desde la infancia.

Además en esta edad, se pueden inculcar al niño los hábitos de higiene y nutrición adecuados logrando con esto la seguridad de un futuro más saludable.

Es importante mencionar que los objetivos de tratamientos integrales son rehabilitar tanto la función fisiológica como la estética y en algunos casos la fonética del paciente.

Así, podemos mencionar que hay tratamientos que se utilizan con mayor frecuencia en niños como son los tratamientos preventivos en los cuales inculcaremos al niño las normas a seguir para el cuidado de su cavidad oral, así como de sus dientes propiamente dichos.

Dentro de la Odontología Preventiva, es importante resaltar las técnicas de cepillado. Los tratamientos realizados dentro del consultorio en esta área son: profilaxis; aplicación tópica de fluor y en algunos casos la aplicación de selladores de fosetas y fisuras.

Los tratamientos restaurativos se utilizan en los casos que requieren odontología operatoria. Su objetivo primordial es el de conservar sanas las estructuras dentales. Dentro de los tratamientos más utilizados en niños tenemos las restauraciones con resinas y amalgamas; en este trabajo he expuesto únicamente la restauración con amalgama debido a su mayor frecuencia.

Los tratamientos pulpares son otro recurso usado en la práctica de la odontopediatría. Conservando con ellos la dentición primaria cuando ha sido afectada la integridad pulpar debido a diversos factores como traumatismos o caries.

Tratamientos que van desde su forma más sencilla hasta los que consideramos de realización más complicada.

Tenemos así el recubrimiento pulpar indirecto, recubrimiento pulpar directo, pulpotomía y pulpectomía.

Los tratamientos de exodoncia se realizan una vez que han fracasado los tratamientos anteriormente mencionados o bien cuando el paciente lo requiera por necesidad en casos de tratamientos de ortodoncia.

Los tratamientos protésicos son realizados en casos que se necesiten reemplazar las estructuras dentales ausentes por medio de dientes artificiales y así devolver el equilibrio estructural, la eficiencia funcional y la armonía estética.

Podemos mencionar también otro tipo de tratamientos, los cuales no han sido expuestos en éste trabajo como son los tratamientos parodontales; o bien los tratamientos que requieren de cirugía.

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

- 1) Sidney B. Finn., (1984) "ODONTOLOGIA PEDIATRICA", Ed. Interamericana., México.
- 2) Bengt O. Magnusson., (1985) "ODONTOPEDIATRIA, ENFOQUE SISTEMATICO"., Ed. Salvat., Barcelona.
- 3) Michael Cohen., "ODONTOLOGIA PEDIATRICA"., Ed. Mundi., México.
- 4) Law B. David., "ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA"., Ed. mundi, Buenos Aires.
- 5) CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA., Odontología Pediátrica., (1983)., Ed. Interamericana.
- 6) Braham Morris., (1984) "ODONTOLOGIA PEDIATRICA"., Ed. Médica Panamericana., Buenos Aires.
- 7) Woodall - Fanner (1983)., "ODONTOLOGIA PREVENTIVA"., Ed. Interamericana., México.
- 8) Frandsen, E. (1976) "PREVENTIVE DENTISTRY IN PRACTICE", Munks gaard, Copenhagen.
- 9) Murray, J. J. (1977) "FLUORIDES IN CARIES PREVENTION"., Bristol, Wrigt & Sons, Ltd.
- 10) Kennedy. D. D. (1979)., "OPERATORIA DENTAL EN PEDIATRIA"., Ed. Medico Panamericana, México.
- 11) Preciado Z. (1984) "ENDODONCIA"., Ed. Cuellar., Méx.
- 12) Ritaco (1972)., "OPERATORIA DENTAL"., Ed. Mundi, Méx.
- 13) Morris L. Alvin (1985) "LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA GENERAL"., Ed. Labor., México.
- 14) T. M. Graber (1974) "ORTODONCIA, TEORIA Y PRACTICA"., Ed. Interamericana., México.