



381
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**CARIES DENTALES POR
SINDROME DE BIBERON**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
Verónica Patricia Yáñez Torres

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1990



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

XXXXXXXXXX

- I Introducción.
 - II Desarrollo y Erupción Dentaria.
 - III Consideraciones Clínicas.
 - IV Manifestaciones Psicológicas.
 - V Tratamiento.
 - VI Conclusiones.
- Bibliografía.

INTRODUCCION.

Poco o nula ha sido la importancia, que a través del tiempo se le ha dado a la alimentación de los infantes con biberón provocando malos hábitos que se van transmitiendo de generación en generación agravando un problema ya existente y tan poco conocido por la sociedad humana.

La mayoría de las personas han utilizado el biberón para alimentar, tranquilizar, entretener y dormir al infante desconociendo que la función primordial es para proporcionar su complemento alimenticio, también se desconoce cuando y hasta cuando debe proporcionarsele alimento por medio de biberon.

Siendo el biberón tan popular entre las personas, se desconoce totalmente las repercusiones que pueden tener su mal uso, a nivel de los dientes donde produce su efecto devastador principalmente en los incisivos superiores, primeros molares superiores e inferiores. Por lo tanto es labor de los Medicos, Odontologos, equipos de salud y medios de difusión dar la información oportuna

y adecuada a la familia del tiempo de duración de la alimentación con biberón, para que se vaya haciendo conciencia de las medidas que deberán ser adaptadas por los padres. Tomando en cuenta la base más importante para la erradicación de este mal hábito está dado en seguir la técnica adecuada para la alimentación, ya sea natural ó complementaria artificial.

En el 90% de los casos el biberón no sólo es usado para proporcionar leche sino para proporcionarle al niño cualquier líquido endulzante (te, refresco, atole, licuados, jugos, agua de frutas, etc), que son iniciadores de la destrucción de los dientes, por permanecer con el biberón por largos periodos ó inclusive dormir con el. Por lo que es conveniente hacer un llamado a toda la población para que se eduque al respecto.

Desarrollo de los dientes.

Cada diente se desarrolla a partir de una yema dentaria que se forma profundamente, bajo la superficie en la zona de la boca primitiva que se transformará en los maxilares.

La yema dentaria consta de tres partes:

1. Organó dentario, derivado del ectodermo bucal.-produce esmalte.
2. Papila dentaria, proveniente del mesenquima.- origina pulpa dentaria.
3. Saco dentario, derivado del mesenquima.- crecimiento del ligamento periodontal.

Etapas del Desarrollo.

Lámina Dentaria -- Etapa de yema.

El primer signo dentario se observa durante la sexta semana de la vida embrionaria (embrión 11mm.). En esta etapa el epitelio bucal consiste en una capa basal de células cilíndricas y otra superficie de células planas. El epitelio está separado del

tejido conjuntivo por una membrana basal; se origina un engrosamiento epitelial en la región del futuro arco dentario y se extiende a lo largo de todo el borde libre de los maxilares. Es el embazo de la porción ectodérmica del diente conocido como lámina dentaria.

Yemas Dentarias. (embazo de los dientes).

Se origina de la lámina dentaria en cada maxilar, salientes redondos u ovoides que corresponden a la futura posición de los dientes deciduos que son las yemas dentarias.

Etapas de casquete.

Se caracterizan por una invaginación poco marcada en la superficie profunda de la yema.

Epitelio Dentario Externo e Interno.

Las células periféricas de la etapa de casquete forman el epitelio dentario externo en la convexidad, consisten en una sola hilera de células cuboidales.

El epitelio dentario interno está situado en la concavidad, formado por una capa de células cilíndricas.

Reticulo Estrellado (pulpa del esmalte).

Es una malla formada por los células del centro del órgano dentario epitelial que se separan por el aumento del líquido intercelular.

Papila Dentaria.

El mesenquima comienza a multiplicarse bajo la influencia organizadora del epitelio proliferante del órgano formador de la dentina y del embazo de la pulpa.

Saco Dental.

es una capa densa y fibrosa que se desarrolla en el mesenquima que rodea al órgano y a la papila dentaria. El órgano dentario epitelial, la papila dentaria y el saco dentario son los tejidos formadores de todo diente y su ligamento periodontal.

Etapas de Casquete.

El órgano del esmalte adquiere forma de campana conforme la invaginación del epitelio profundiza y sus márgenes continúan creciendo .

Epitelio Dentario Interno.

Está formado por una sola capa de células que se diferencian de la amelogenesis, en células cilíndricas. Estas ejercen influencia organizadora sobre las células mesenquimatosas, que se diferencian hacia odontoblastos.

Estrato Intermedio.

Son capas de células escamosas, que se localizan entre el epitelio dentario interno y el retículo estrellado.

Retículo Estrellado.

Se expande por el aumento del líquido intercelular. Las células son estrelladas, con prolongaciones largas que se anastomosan con las vecinas. El retículo estrellado no se retrae como consecuencia de la pérdida de líquido intercelular antes de la iniciación de la formación del esmalte. Este cambio comienza a la altura de la cúspide o del borde incisivo y progresa hacia el cuello.

Epitelio Dentario Externo.

estas células se aplanan hasta adquirir forma cuboide baja y su superficie antes lisa se dispone en pliegues.

Lámina Dentaria.

Prolifera en su extremidad profunda para originar el órgano dentario del diente permanente.(excepto en los molares permanentes). El órgano dentario se separa poco a poco de la lámina, aproximadamente en el momento que se forma la primera dentina.

Papila Dentaria.

Se encuentra encerrada en la porción invaginada del órgano dentario. Estas células producen dentina.

La membrana basal que separa al órgano dentario epitelial de la papila dentaria, inmediatamente antes de la formación de la dentina, se llama membrana preformadora.

Saco Dentario.

Sus fibras son circulares y parece una estructura capsular. Con

el desarrollo de la raíz, sus fibras se diferencian hacia fibras periodontales que quedan incluidas en el cemento y en el hueso alveolar.

Etapa Avanzada de Campano.

La futura unión dentinoesmalítica está formada por el límite del epitelio dentario interno y los odontoblastos, y la unión de los epitelios dentarios interno y externo en el margen basal del órgano epitelial, dará origen a la vaina radicular epitelial de Hertwig.

Función de la Lámina Dentaria.

Se considera en tres fases:

La primera se ocupa de la iniciación de toda dentición decidua, que aparece durante el segundo mes de la vida intrauterina.

La segunda trata de la iniciación de las piezas sucesoras de los dientes deciduos se produce, óproximadamente desde el quinto mes de la vida intrauterina.

La tercera es precedida por la prolongación de la lámina distal

al órgano dentario del segundo molar deciduo, que comienza en el embrión de 140mm. Los molares permanentes provienen directamente de la extensión distal de la lámina dentaria. El momento de su iniciación es aproximadamente los cuatro meses de vida fetal para el primer molar permanente, en el primer a/o.

Resulta evidente que la actividad total de la lámina dentaria se prolonga por un periodo de cinco a/os aproximadamente.

Destino de la Lámina Dentaria.

En la etapa de casquete la lámina conserva una conexión amplia con el órgano dentario, pero en la etapa de campana comienza a desintegrarse por la invasión mesenquimatoso, que primero penetra en su porción central y la divide en lámina lateral y dentaria propia. Esta lámina prolifera únicamente en su margen más profundo, que se transforma en una extremidad libre situada hacia la parte lingual del órgano dentario y forma el embozo del diente permanente. Los restos de la lámina dentaria pueden persistir como perlas epiteliales.

últimos etapas del desarrollo radicular, la proliferación del epitelio en el diafragma se retrasa respecto a la del tejido conjuntivo pulpar. El agujero apical amplio se reduce primero hasta la anchura de la abertura diafragmática misma y después se estrecha aún más por la aposición de dentina y cemento en el vértice de la raíz.

Consideraciones Histofisiológicas y Clínicas.

Muchos procesos de crecimiento fisiológico participan en el desarrollo progresivo del diente. Excepto la iniciación, que es un hecho momentáneo, estos procesos se superponen considerablemente y muchos son continuos en varias etapas histológicas.

Iniciación. Los diferentes dientes se inician en momentos bien definidos y la iniciación es puesta en marcha por factores desconocidos.

La falta de iniciación tiene como consecuencia la ausencia de dientes, lo que puede afectar un solo diente, lo más frecuente a

los incisivos laterales superiores permanentes, los terceros molares y los segundos premolares inferiores, o falta completa de la dentadura, llamada anodoncia. Por otra parte la iniciación anormal puede dar dientes supernumerarios aislados o múltiples.

Proliferación. Está sobreviene en los puntos de iniciación y desencadena, sucesivamente, las etapas de yema, casquete y de campana del órgano odontógeno. El crecimiento proliferativo provoca cambios regulares en el tamaño y las proporciones de los germenes dentarios en crecimiento.

Durante la etapa de proliferación, el germen dentario tiene potencialidad para progresar hacia un desarrollo más avanzado.

Diferenciación Histológica. Sigue a la etapa proliferativa. esta fase alcanza su más alto desarrollo en la etapa de campana del órgano dentario, precisamente antes de comenzar la formación y aposición de la dentina y el esmalte.

Con la formación de la dentina, las células del epitelio dentario interno se transforman en ameloblastos y se forma matriz de esmalte frente a la dentina. Por lo tanto, la formación de

dentina precede y es esencial para la formación del esmalte.

Diferenciación Morfológica o forma básica y tamaño relativo del diente futuro, se establece por medio de la diferenciación morfológica es decir, de crecimiento diferencial. Por lo tanto, la diferenciación morfológica es imposible sin la proliferación. Aposición. El crecimiento apositivo del esmalte y la dentina es un depósito, como capas, de una matriz extracelular. Por lo tanto, este crecimiento es de tipo aditivo. El crecimiento apositivo se caracteriza por el depósito regular y rítmico de material extracelular, incapaz de crecer más por si mismo.

Erupción Dentaria.

Los movimientos eruptivos inician con la formación de la raíz y continúan durante toda la vida del diente.

La erupción consta de dos fases: Prefuncional y funcional.

Está precedida por un periodo donde los dientes en desarrollo y en crecimiento se mueven para ajustar su posición con el maxilar en crecimiento.

Los movimientos de los dientes se divide en las siguientes fases:

- a) Fase Preruptiva.
- b) Fase Eruptiva Prefuncional.
- c) Fase Eruptiva Funcional.

Durante estas fases los dientes se mueven en diferentes direcciones, denominándose los movimientos como sigue:

- 1- Axial. movimiento oclusal en dirección al eje longitudinal del diente .
- 2- Desplazamiento. movimiento corporal en dirección distal, mesial, lingual o bucal.
- 3- Inclinación o movimiento de lado. alrededor del eje transversal.
- 4- Rotación. movimiento alrededor del eje longitudinal.

Histología.

Fase Preruptiva. Durante esta fase el órgano dentario se desarrolla hasta su tamaño total y se verifica la formación de las sustancias duras de la corona. El desarrollo de los dientes

y el crecimiento del maxilar son procesos simultáneos e interdependientes.

Los procesos intervienen para que el diente en desarrollo alcance y mantenga su posición en el maxilar en crecimiento: movimiento corporal y crecimiento excéntrico.

Movimiento Corporal. Se caracteriza por un desplazamiento de todo el germen dentario y se reconoce por la aposición del hueso, atrás del diente en movimiento, y por la resorción enfrente del mismo.

Movimiento Excéntrico. Da lugar al cambio del centro del germen dentario y se caracteriza por resorción del hueso en la superficie hacia la cual crece el germen.

Cuando los dientes deciduos se desarrollan y crecen, los maxilares superiores e inferiores crecen en longitud en la línea media y en sus extremos posteriores, de modo concordante, los germenos en crecimiento de los dientes deciduos se desplazan en dirección vestibular, al mismo tiempo, los dientes anteriores se

mueven mesialmente y los posteriores distalmente, en el espesor de los arcos alveolares en expansión.

Fase Eruptiva Prefuncional. Comienza con la formación de la raíz y se completa cuando los dientes alcanzan su plano oclusal. Cuando el borde o los cúspides de la corona se acerca a la mucosa bucal, el epitelio bucal y el epitelio dentario reducido se fusionan. El epitelio degenera en el centro de la zona de fusión y el borde incisivo o la punta de una cúspide sale hacia la cavidad bucal. La salida gradual de la corona se debe al movimiento oclusal del diente, o sea a la erupción activa, y también a la separación del epitelio desde el esmalte, o sea la erupción pasiva. El crecimiento de la raíz o raíces de un diente se inician por la proliferación, simultánea y correlacionada, de la vaina radicular epitelial de Hertwig y del tejido conjuntivo de la papila dentaria. Durante esta fase prefuncional de la erupción el ligamento periodontal primitivo, derivado del saco dentario, se adapta al movimiento relativamente rápido de los dientes. Se pueden distinguir tres copos del ligamento

periodontal alrededor de la superficie de la raíz en desarrollo.

- a) Fibras dentarias, contiguas a la superficie de la raíz.
- b) Fibras alveolares, unidas al alveolo primitivo.
- c) Plexo intermedio.

Fase Eruptiva Funcional. El movimiento eruptivo en este periodo está enmascarado por el crecimiento simultáneo de los maxilares. El componente vertical continuo de la erupción compensa también la atricción oclusal o incisiva. Sólo de este modo se puede mantener el plano oclusal a la distancia debida entre los maxilares durante la masticación, y se puede prevenir el cierre de la mordida condiciones esenciales para la función normal de los músculos masticadores.

Mecanismos de La Erupción.

El germen dentario crece en el espacio confinado de su cripta ósea y, después del tiempo debida brota hacia la cavidad bucal, cortando a través del tejido denso del borde gingival.

Cuando el diente crece, la ligera elevación en la presión dentro

de la cripta, da lugar a la diferenciación de los osteoclastos y a la resorción ósea, pero también a la proliferación del tejido conjuntivo y al agrandamiento del saco dentario. En el 'corte' del diente através de los tejidos bucales, la presión de la corona contra el tejido conjuntivo suprayacente da lugar a la elaboración ó a la activación de enzimas desmóliticas, lo más probablemente por las células (proliferantes) del epitelio unido del esmalte o el epitelio que cubre la corona en el momento de la salida del diente. Que esta cubierta epitelial se conserva intacta mientras el diente 'corta' o 'taladra' los tejidos blandos, es prueba absoluta contra las interpretaciones mecánicas imperfectas.

Los movimientos eruptivos de un diente son efecto del crecimiento diferencial.

Se habla de crecimiento diferencial si dos órganos relacionados topográficamente, o partes de un mismo órgano, crecen a diferentes velocidades. La ontogénesis de casi todos los órganos, y del embrión completo, prueba que el crecimiento

diferencial es uno de los factores más importantes en la morfogenesis. En los maxilares, es el crecimiento diferencial entre el diente y el hueso lo que origina el movimiento del diente.

La fuerza eruptiva más clara se genera por el crecimiento longitudinal de la pulpa dentaria en la raíz en crecimiento. Sin embargo, los diferentes movimientos de un diente en erupción no pueden explicarse por el crecimiento de la raíz aislada., algunos dientes , aun cuando tienen en desarrollo sus raíces, se desplazan a una distancia que es más larga que la raíz completamente desarrollada y un factor adicional debe explicar la distancia aumentada. La mayor parte de los dientes se mueve, durante la erupción, también por movimientos de inclinación, rotación y desplazamiento. El crecimiento de la raíz puede explicar únicamente el movimiento axial o vertical.

Otros movimientos son producidos por el crecimiento del hueso en la vecindad del germen dentario.

Consideraciones Clinicas.

La erupción dentaria es parte del desarrollo y crecimiento generales y, por lo tanto, su progreso puede servir como índice de la condición física de un individuo en crecimiento. El momento de la salida de un diente se observa fácilmente por examen clínico. La erupción retardada es más frecuente que la acelerada, y puede tener una causa local o sistemática.

Las causas locales; como la pérdida prematura de dientes deciduos y el cierre del espacio por desplazamiento de dientes vecinos, puede retardar la erupción de un diente permanente. Los traumatismos agudos graves pueden ocasionar suspensión de la erupción dentaria activa durante la fase funcional, si el ligamento periodontal del diente se ha lesionado. Después puede seguir la resorción de la raíz, en cuyo caso el depósito de hueso en los espacios abiertos por la resorción puede dar lugar a anquilosis por la fusión del hueso alveolar y la raíz. El movimiento de ese diente se detiene después, mientras que los otros continúan en erupción. Si esta perturbación se hace en la

dentición permanente, aparece un llamado diente acortado. Un diente deciduo anquilosado puede ser cubierto al último por el hueso alveolar en crecimiento rápido. Estos dientes se llaman sumergidos.

El retardo generalizado de la erupción puede ser producido por deficiencias nutritivas, o por alteraciones endocrinas. En el , último caso se trata de un retraso en el crecimiento somático y, ya que la erupción dentaria no es sino una faceta de dicho crecimiento, bajo estas condiciones debe esperarse la erupción retardada.

La erupción de los dientes deciduos a menudo es precedida y acompaña de dolor, fiebre ligera, y malestar general. Estos síntomas no pueden ser considerados como consecuencia de un proceso fisiológico, sino más bien como accidentes durante el mismo. Cuando un diente está próximo a salir hacia la cavidad bucal, la presión sobre los tejidos que lo cubren contra los borde afilados o las cúspides pueden provocar lesiones ligeras. Si ya se encuentra expuesta parte de la corona, puede aparecer

una infección secundaria. Ya que el movimiento del diente en la cavidad bucal es bastante rápido, pronto desaparecen los síntomas. Esto ocurre en contraste con las infecciones pericoronales de un tercer molar inferior en erupción. Aunque lo último es causado por lesiones semejantes, dan lugar a molestias prolongadas a causa de la erupción lenta o aún detenida de este diente.

Los movimientos de los dientes durante la erupción son complicados y se acompañan por coordinación minuciosa del crecimiento del diente, del borde alveolar y de los maxilares. Cualquier interrupción en esta correlación puede afectar la dirección de los movimientos, lo que a su vez puede dar lugar al impacto o inclusión del diente.

Generalidades.

En la lactancia natural las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentra en contacto

constante, el maxilar inferior se desplaza ritmicamente hacia abajo, arriba, adelante y atrás. El bucinador se contrae y relaja en forma alternada esto se debe a que el ni/o al succionar el pecho provoca una aversión del pezón, para que penetre más profundamente en la boca, esto hace que la lengua se mantenga hacia atras y ayude a desarrollar un patron de deglución normal. En la lactancia artificial el ni/o al tomar el biberón, se encuentra en una posición horizontal con el pezón descansando contra el paladar. La lengua en combinación con los carrillos permite una succión vigorosa; la secreción continua y ritmica del flujo salival, es intensa en el comienzo de la deglución. En el curso de acción, la lengua se extiende hacia afuera y entra en contacto con los labios cubriendo los incisivos inferiores. Cuando el ni/o se adormece, el proceso se hace lento, la salivación disminuye y la leche se estanca al rededor de los dientes, en especial de los incisivos superiores.

Definición.

Es una condición que se observa en lactantes y preescolares por una equivocada forma de alimentación; esta entidad se acompaña de signos y síntomas que se reflejan a nivel bucal, psicológico y sistémico al prolongar el destete.

Factores Predisponentes.

- Alimentación con biberón.
- Prolongar el destete después de doce meses.
- Que se quede dormido succionado el biberón.
- Higiene deficiente o nula.
- Tipo de líquido en el biberón.

Factores Etiológicos.

- Leche.
- Bebidas azucaradas.

Se llama lactancia natural o materna a la que está constituida

por la leche de la propia madre del ni/o, es decir leche humana, o sea natural de la especie, y se distingue de las segregadas por otros mamíferos.

Leche. líquido secretado por los glándulas mamarias después del parto. Es la alimentación habitual y constante del lactante en nuestro medio. Es indiscutible el valor que ella tiene para los niños dentro de los primeros meses de edad, ya que la leche materna es el alimento biológico ideal, homólogo de la misma especie, estéril, completa, que mejor puede ofrecerse al ni/o. Según la edad que va teniendo el lactante se consideran para la composición química y valor energético de la leche materna diferentes etapas que la diferencian ligeramente.

Así se distinguen:

1. El calostro, aparece en los últimos días del embarazo y aumenta notablemente durante los primeros días que siguen al parto.
2. Leche temprana, segregada durante las primeras semanas de la lactancia.

3. Leche intermedia ó madura, se segrega durante los dos a seis meses de edad del infante.
4. Leche tardía, la que proporciona la madre, a partir del séptimo mes y que a menudo, se prolonga hasta diez o doce y aún mas meses de edad.

La lactancia materna está indicado en todos los ni/os, y sus contraindicaciones estan limitadas a un peque/o número de casos.

Contraindicaciones: Locales y Generales.

Locales.

- a) Deformaciones de los pezones, que pueden ser umbilicados, muy peque/os, obturados, etc..
- b) Las grietas constituyen motivo de contraindicación temporal o parcial de la lactancia, pero hoy en día su tratamiento es en general más rápido.

- c) Mastitis, Las grietas son a menudo fuentes de infección glandular ascendentes, además la retención favorece las galactoforitis.

Generales.

- a) Enfermedades infecciosas graves, agudas; como tifoidea, neumonía, meningitis. Crónicas; tuberculosis o la brucelosis.
- b) Enfermedades Cardíacas. cardiopatías descompensadas o evolutivas, nefropatías con insuficiencia renal.
- c) Endocrinopatías severas; diabetes, bocio etc.
- d) Debilidad o Desnutricción, anemias graves de la madre.
- e) Cualquier otro padecimiento que afecte seriamente la nutrición y la salud de la madre (neoplasias); o nuevo embarazo.

En muchos casos los fenómenos inflamatorios, dolor especialmente, impide a la madre la lactancia que, por otra parte, puede ser perjudicial al niño cuando se mezcla la leche con secreciones purulentas

Por parte del lactante debe tenerse en cuenta los defectos congénitos, como el labio leporino con hendidura del paladar, que físicamente impide la lactancia.

Leche de Vaca.

Líquido blanco, ligeramente azulado, con densidad de 1.030.

La leche de vaca es alimento popular completo, contiene los elementos nutritivos mas valiosos para cubrir los requerimientos energéticos y del crecimiento del niño, como son; proteínas de origen animal, glúcidos, lípidos, de buena calidad, sales minerales y vitaminas.

Desafortunadamente no es estéril y esta sujeta, como todo producto biológico a contaminación de importancia cuando no se maneja correctamente.

Hay otro tipo de leche.

- Evaporada.
- Condensada.
- Seca o en polvo.

Bebidas Azucaradas.

Entre las bebidas azucaradas que se les proporciona a los peque/os son:

Atole, jugos, (embasados) refrescos, tes, aguas frescas, y todavia en ocasiones se les agrega azucar o miel para hacerlas mas agradables a los ni/os.

Manifestaciones Clínicas.

La caries de biberón es una condición cultural, inducida artificialmente, porque no se da por motivos nutricionales, sino por inducirlos al sue/o de acuerdo a la comodidad de los padres, ya que inician a sus hijos en el empleo del biberón, al principio con fines alimenticios complementarios, pero después observan que el ni/o tras de tomar leche ó cualquier líquido azucarado que se le administre, al tener el estomago lleno se duerme con rapidez. Está actitud que puede ser o no consiente obliga al ni/o a dormir sin necesidad, ignorando tambien que al hacerlo favorece la formación de caries.

Las primeras manifestaciones clínicas aparecen en los cuatro incisivos superiores; seguidos por los primeros molares superiores e inferiores y caninos superiores como inferiores.

Estas lesiones van de incipientes a severas de acuerdo con el tiempo de alimentación proporcionada con biberón.

Las lesiones en los incisivos centrales superiores primarios se localizan en la cara vestibular y palatina.

En el primer molar superior e inferior primario se localizan en caras oclusales y vestibulares atacando en menor proporción mesial, distal y palatino.

En los caninos primarios tanto superior como inferior se localiza la lesión en su cara vestibular y palatina.

Estas lesiones empiezan a manifestarse con manchas blancas en la mayor parte de los dientes como son:

- a) Los cuatro incisivos superiores.
- b) Los primeros molares superiores e inferiores.

Se sigue con destrucción.

- a) Cuatro incisivos superiores.
- b) Primeros molares superiores e inferiores.

Se continua con la destrucción de estos dientes agregando.

- a) Caninos superior e inferior.
- b) Segundos molares.

Manifestaciones Psicológicas.

La primera y fundamental etapa del crecimiento del ni/o es la habilidad para diferenciar entre si mismo y el mundo que los circunda.

Al nacer cambia bruscoemente sus condiciones ambientales y el organismo debe pasar de un estado de total protección a otro que lo obliga adaptarse a trastornos externos para satisfacer sus necesidades.

Su primer contacto con el mundo lo constituye la madre proveedora esencial en su nuevo medio. Sin embargo, una negación parcial y moderada de los satisfactores es condición necesaria para que el ni/o empiece a distinguir entre si mismo y los objetos. Una de ellos es la relación que surge con el seno materno que lo alimenta o con sustitutos, como el biberón. En la medida en que le es accesible, el seno se le presenta como parte de si mismo; mientras que si sufre de privación, la diferenciación empieza a surgir. No obstante, tal distinción no puede prescindir de mínimo de recompensa.

La maduración normal del niño es mejor cuando hay una mayor indulgencia que en los casos de privación. Tenemos que saber también que para que exista una mayor indulgencia, la mujer debe aceptar con agrado su maternidad y disponer del tiempo suficiente para atender a su hijo, dando por hecho su salud física y emocional.

La dependencia del niño es un factor crucial para desarrollar comportamientos sociales y psicológicos que conforman el proceso de humanización.

Tratamiento.

Este lo podemos citar de la manera siguiente:

1) Tratamiento Preventivo.

Se aplica principalmente a la técnica de higiene que se tiene, a la alimentación del infante y educación de los padres.

2) Tratamiento Restaurativo.

Este lo llevo a cabo un profesional de la materia, para esto se ayuda con materiales restaurativos.

3) Tratamiento no Correctivo de los Dientes.

Cuando fue necesario extraer piezas dentales, se colocara un mantenedor de espacio.

Tratamiento Preventivo.

Durante a/os se les ha recomendado a los pacientes que se cepillen, los dientes, después de las comidas. Los maestros y la higiene de salud pública demostraron en las aulas métodos para la limpieza de los dientes.

Aun cuando son muchos los componentes que conforman un programa integral de Odontología Preventiva, la técnica que parece iniciarse más a menudo es la eliminación mecánica de la placa dentaria.

Métodos.

Aunque han sido descritas por lo menos siete métodos de cepillado, basadas sobre diversos movimientos, hay escasas evidencias que apoyen un método por sobre otro en todos los pacientes.

En el ni/a peque/o ó discapacitado, la limpieza sera llevada a cabo, por los padres ó tutor. En estos casos el Odontologo o Pediatra debe sugerir un método apropiado.

Cuando el padre es responsable de la limpieza puede usar una gasa, envuelta alrededor del dedo indice, y deberá comenzar en la época de la erupción del primer diente; cuando erupcionen mas dientes podra usar un cepillo de cerdas blandas. Al finalizar la etapa de erupción primaria debere llevar un orden al cepillarlos; iniciando con un cuadrante de la boca y posteriormente con el

cuadrante opuesto, iniciando con el maxilar y finalizando con la mandibula. Recordando que deberá limpiar tres superficies de los dientes, de modo que después de limpiar la cara externa, deberá pasar a la cara lingual ó palatina y finalmente a la oclusal.

Al proseguir el desarrollo del ni/o, se le debe dar la oportunidad de aprender a usar el cepillo, vigilando como lo hacen y en ocasiones completar la limpieza cuando sea necesario. Cuando el ni/o este en el periodo de dentición mixta, sera necesario que el adulto participe en el proceso de la limpieza dentaria.

En el momento que el ni/o este listo para llevar a cabo la rutina del cepillado, se puede iniciar el uso del hilo dental, en el uso del hilo, es importante no sólo que pase por los contactos hasta llegar a las hendiduras interproximales, si no que sea movido de abajo hacia arriba en cada superficie. Cuando sea llevado hacia dirección apical se pondra cuidado para no traumatizar las papilas interdentarias, por está razón es mejor que el hilo sea utilizado por un adulto o en ni/os mayores de siete a/os.

Otro método que encierra el tratamiento preventivo es la aplicación de flúor.

Tratamiento Restaurativo.

Para llevar a cabo este tratamiento nos ayudamos con:

Coronas de policarbonato.

Coronas de policarboxilato.

Coronas de acero-cromo

Coronas de acero-cromo con frente estético.

Coronas de policarbonato.

Estas se usan para restaurar dientes anteriores.

Técnica.

- Administrar anestesia local , se elimina caries con una fresa redonda

- Con una fresa de diamante fina en forma de llama, se prepara la superficie mesial y distal del diente, conservando el eje mayor de la fresa paralelo al eje longitudinal del diente, se debe

pasar la fresa por el espacio interdentario, se retira aproximadamente de 1 a 1.5 mm. de la estructura dentaria en la parte incisal, ligeramente menos en la zona gingival.

- Con un movimiento de barrido de mesial y distal se prepara la porción vestibular del diente, la preparación estará subgingivalmente de 1 a 1.5 mm. la superficie lingual se prepara de la misma manera que la superficie vestibular. Se debe redondear los líneas angulares labial, mesial y distal con la misma fresa de diamante.
- Reducir la superficie incisal del diente aproximadamente 1.5 mm. con la misma fresa en forma de llama.

Selección y Preparación de Corona.

- La mayoría de los coronas de policarbonato se fabrican para dientes específicos y se consiguen de 4 a 6 tamaños.
- Se selecciona un tamaño proporcional a los dientes. El tamaño correcto se diferencia para la facilidad de poder fijar la

corona en su sitio con la mínima resistencia de la zona gingival.

- Desgaste la superficie interna de la corona de policarbonato. Esto da a la corona mayor retención para el cemento, se le hacen dos pequeñas perforaciones en el lado lingual de aproximadamente 1 mm. de diámetro para permitir el paso del aire.
- Para cementar la corona, se seca el diente y se empuja la corona a su sitio con una presión del dedo. El exceso de cemento se rebasará por las zonas subgingivales, así como por las perforaciones.
- Cuando el material cementante haya fraguado, se quita el exceso de cemento, posteriormente se borra el número de la corona y se pule con un disco de papel o lija y una rueda de goma.

Estas coronas no son tan fuertes como las de acero-cromo y se debe advertir a los padres y al niño evite los alimentos duros o pegajosos.

Coronas de Acero-cromo.

La corona de acero-cromo es parte invaluable e indispensable del instrumental del Odontopediatra y de ningun modo es la restauración inferior que algunos profesionales, inexpertos nos harían creer. Está proporciona un medio simple y expeditivo para restaurar los dientes que antes habrían sido condenados a extracción .

Este tipo de restauración está indicada en caries amplias, dientes con traumatismos que ocasionan fracturas amplias, están indicadas en cavidades clase II de dientes posteriores, en clase IV de los incisivos.

Preparación Dentaria.

Han sido descritas muchas técnicas para la preparación del diente y adaptación de una corona de acero-cromo. Al punto que la mayoría de los clínicos siguen los mismos procedimientos esenciales. La preparación y adaptación de la corona se realiza con anestesia local para evitar cualquier dolor que pudiera ocasionarse al trabajar en la región gingival.

Después de anestesia, el paso a seguir es eliminar toda la caries, posteriormente de la remoción de caries y la terapéutica pulpar si fuera necesario. Con fresa 69L o 169L (punta de lápiz), se reduce las superficies mesial y distal con mucho cuidado de no dañar los dientes adyacentes. Las reducciones deben ser casi paralelas al eje longitudinal del diente, con un ángulo máximo de 10 grados. La reducción llega subgingivalmente justo lo suficiente para eliminar el punto de contacto para poder pasar libremente un explorador entre ambos dientes. Se creará un borde de filo de cuchillo, sin que esté permitido un hombro ni choflón. Con la misma fresa se reduce la altura oclusal de 1 a

1.5 mm. con un contorno final que en lo posible sea paralelo a la forma oclusal original del diente.

La superficie bucal y lingual son reducidos 0.5 a 1.0 mm. desde la superficie oclusal hacia la cresta gingival.

Selección y Cementado de la Corona.

Hay que elegir el tamaño de la corona correcto antes de la preparación dentaria, para lo cual se toma una impresión con alginato para poder medir la corona o bien se mide la distancia mesiodistal del diente. Como alternativa se puede medir el espacio después de la preparación dentaria. El tamaño ideal será el más pequeño que cubra la preparación y restablezca los contactos proximales.

Al seleccionar la corona pertinente, es importante que ajuste estrechamente sobre el diente preparado antes que elegirla por el espacio mesiodistal disponible.

Al adaptar una corona de medida, deberá ser probada sobre la preparación y se trazara una línea en torno del nivel de la encía

libre mediante un explorador. Entonces se recortara la corona con tijeras curvas de modo que se extiende un máximo de 1 mm. Debajo del margen libre de la encía, si cuando la corona esta en posición, produce en la encía una zona isquémica, esto indica que esta demasiado alta, se retira y se vuelve a recortar hasta que no produzca isquemia en la encía y la oclusión sea total entonces se pasa un explorador para asegurar la ausencia de desbordes subgingivales.

Se retira la corona y se recorta todos los bordes con piedra verde que no caliente y rueda de goma para pulir los bordes, y se procede al cementado con fosfato de zinc. Se obtiene el asentamiento correcto haciendo que el paciente muerda sobre un asentador de bandas, hasta que el cemento haya fraguado. Se eliminan los residuos y excedentes de cemento debajo del margen gingival. Hay que verificar los contactos con una tira de hilo dental para que no queden restos.

Tratamiento no Correctivo de los Dientes.

Este tipo de tratamiento se usa cuando los dientes por el grado de caries, solo se les puede extraer, en estos casos se coloca un mantenedor de espacio.

Requisitos que debe cubrir un mantenedor de espacio:

- a) Mantener la dimensión mesio-distal.
- b) Funcionales, evitando sobre erupción de dientes antagonistas.
- c) Sencillos y resistentes.
- d) No debiera causar tensión excesiva.
- e) Deberán poder ser limpiados.
- f) Construirse sin interferencia en la masticación.

Se clasifican en:

A) Fijos. (unilaterales, bilaterales, antiesteticos)

B) Removibles. (unilateral, bilateral esteticos)

A) 1.- Banda ó corona y anza.

2.- Zapatilla distal ó mantenedor de tipo brazo volado ó de palanca.

3.- Arco lingual.

B) 1.- Mantenedor de espacio removible.

Conclusiones.

La mayoría de los padres no le dan demasiada importancia a la dentición primaria de los infantes ya sea por una mala información ó simplemente porque piensan que estos no son importantes ya que van a ser sustituidos por los dientes permanentes. Debido a que esta edad no son llevados al dentista, solo en el caso de dolor o los dientes se encuentren muy destruidos y provoquen infección. El pediatra juega un papel muy importante en estos casos instruyendo a los padres sobre la importancia de la conservación de los dientes temporales haciendo conciencia de que se necesitan dientes sanos para la masticación, fonación y mantener el espacio en los maxilares para los dientes permanentes. Los padres deben estar informados sobre:

- Después de cada comida, limpiar los dientes, encías y lengua del niño con una gasa húmeda hasta que la mayoría de los dientes hayan erupcionado, se comenzara a usar un cepillo de cerdas blandas , posteriormente con el hilo dental.

- Nunca dejar que el niño duerma con un biberón que contenga, leche, jugos de frutas, átoles ó líquidos azucarados.
- Evitar dar el biberón al niño con refrescos.
- Asegurarse de que el niño tome el fluoruro necesario para tener dientes resistentes ya sea por el agua de la comunidad ó preguntar al dentista de que forma pueden recibirlo.
- Destetar al niño lo antes posible; a los doce meses es la edad apropiada para eliminar el biberón y comenzar las visitas al dentista al cumplir dos años, y continuarlas regularmente.
- Dentro de investigaciones que he realizado he llegado a concluir que desafortunadamente nuestra población carece de medios de información de como debe alimentar a sus hijos y las consecuencias que el biberón ocasiona a los dientes.

Logrando despertar conciencia solamente en aquellos padres que verdaderamente aman a sus hijos. Encontrando además en otros medios inestables entre los padres y desafortunadamente un índice de baja atención dental hacia sus hijos.

Bibliografía.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

THOMAS K. BAKER

LARRY S. LUKE

Ed. Alvin F. Gardnear

Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V.

1ra. Edición.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

DR. SIDNEY B. FINN

Ed. Interamericana

4ta. edición.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

RALPH E. M.C. DONALD, B.S. D.D.S. M.S.

Ed. Mundis

2da. Edición.

HABITOS BUCALES EN ODONTOPEDIATRIA

ELVA ROSALVA CRESPO ESPINOSA

Tesis 1988

SINDROME DE MAMILA

MA. DEL ROCIO ALFARO HDEZ.

Tesis 1987

NOCTURNAL BOTTLE-FEEDING AS A CONTRIBUTORY CAUSE OF RAMPANT
DENTAL CARIES IN THE INFANT AND YOUNG CHILD.

ROBERT G. KRODL, D.D.S.

JUSTIN H. STONE, D.D.S.

Rev. Journal of Dentistry for Children

Noviembre de 1967.

BREAST FEEDING VERSUS BOTTLE FEEDING IN RELATION TO ORAL HABITS

JAMES C. HANNA, D.M.D.

Rev. Journal of Dentistry for Children

Julio de 1967

CARIES POR BIBERON

DRA. ANTONIA CADENA GALDOS

DRA. MA. ELENA LLARENA R

DRA. SUSANA PEREZ LINARES

DR. SERGIO OJEDA LEON

Rev. practica Odontologica

Enero 1987.