

217
2ej.



Universidad Nacional Autónoma de México.

Facultad de Odontología

RAHABILITACION DE NIÑOS CON SINDROME DE BIBERON

CUATRO CASOS CLINICOS

DECIMO SEMINARIO DE TITULACION

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Ordaz Fuentes Gerardo
Barajas Cortes Rubén

MEXICO D.F.

1 9 9 2



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 D I C E

	PAGINA
CAPITULO I.- Prólogo	01
CAPITULO II.- Introducción	04
CAPITULO III.- Caries	07
a) Concepto	08
b) Características	08
c) Etiología	08
1) Agente	08
2) Medio ambiente	09
3) Huesped	09
4) Tiempo	09
d) Especificidad bacteriana	09
e) Formación de ácidos	10
CAPITULO IV.- Placa	12
a) Concepto	13
b) Composición	13
c) Edad	13
d) Estadios	14
CAPITULO V.- Síndrome de biberón	16
a) Mecanismos para el desarrollo	17
b) Orden de afección de los dientes	18
c) Características clínicas	18
d) Diagnóstico diferencial	20
CAPITULO VI.- Instrumental empleado en la clínica de odontopediatría	21
CAPITULO VII.- Casos clínicos	26
a) Caso clínico No.1: Alejandro Velázquez González	27
b) Caso clínico No.2: Rodrigo Tinoco Luna	39
c) Caso clínico No.3: Sara Palacios Martin del Campo ..	51
d) Caso clínico No.4: Ana Karen Melchor López	65
CAPITULO VIII.- Prevención	78

PAGINA

a) Técnica de cepillado	78
b) Fluoruros	78
c) Programa para el hogar	79
CAPITULO IX.- Conclusiones	80
CAPITULO X.- Bibliografía	83

C A P I T U L O I

P R O L O G O

PROLOGO

Este trabajo se realizó en pacientes seleccionados previamente con diagnóstico de SINDROME DE BIBERON. La información necesaria se obtuvo a través de fuentes directas e indirectas como son:

- * Expediente clinico.
- * Exploración general.
- * Libros.
- * Folletos, entre otros.

Después de haber obtenido los conocimientos teórico-práctico para poder ejercer en el área de odontopediatría, este curso nos ayudó a capacitarnos en el manejo adecuado del niño, así como continuar adquiriendo más práctica en la atención del infante; ya que es indispensable lograr rapidez en los tratamientos dentales de la primera dentición.

La mayoría de los padres de familia desconocen que tan importante es la dentición temporal y por tal motivo lo descuidan y como consecuencia presentan caries, presentandose en muchas ocasiones todos los dientes destruidos, y se dice que el lema de los padres es " PARA QUE LLEVO A MI HIJO CON EL DENTISTA SI VOY A GASTAR, DE TODAS MANERAS SE LES VAN A CAER Y LES VAN A VOLVER A SALIR ".

Sin embargo no saben las consecuencias de perder piezas temporales pues son esenciales en el desarrollo de los maxilares y sobre todo es una guía de oclusión para los dientes temporales.

En niños lactantes hasta mayores de cuatro años, en este lapso de edad se han observado que las madres utilizan inadecuadamente el biberón, debido a que le dan el biberón para que dejen de llorar quedandose dormidos, consumiendo la leche y otros líquidos que sobre todo contienen azúcar o miel que trae como resultado la presencia de caries que sigue una secuencia

de etapas, hasta la destrucción total del diente al que se le conoce con el nombre de SINDROME DE BIBERON.

Este problema puede ser prevenido a tiempo si se transmitiera información acerca de los problemas que presenta el biberón, cuando se mantiene por tiempos prolongados en la boca y después del año de edad en el que el niño debe dejarlo, pues resulta que los carbohidratos se adhieren al diente que pasan a ser fermentados y junto con las bacterias van originando la desmineralización y destrucción del diente.

La mayoría de los niños se presentan con destrucción de los dientes, dolor y como complicaciones infecciones, dando lugar a la formación de abscesos.

El tratamiento de toda una rehabilitación debe llevarse acabo lo mejor posible para evitar complicaciones secundarias como son: pérdida de la fonación, de la función masticatoria, perdida de espacio dental, problemas esteticos y psicológicos, entre otros.

Es importante conocer los problemas que ocasiona un biberón cuando no se les retira a la edad adecuada del niño para prevenir algún problema patológico.

C A P I T U L O I I

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

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

En la clínica de odontopediatría, en marzo del presente año se realizó una encuesta sobre 140 niños que ingresaron a esta clínica, se encontro que la mayoría de los pacientes presentaban Síndrome de biberón en los cuales se obtuvieron los siguientes datos:

- * La mayoría de los niños fueron de 18 meses de edad y los más grandes fueron de 60 meses de edad.
- * Se presentaron más casos en niñas que niños.
- * El factor principal relacionado con el niño fue de que se trataba del primer hijo, el menor índice del segundo hijo y en un índice inferior el tercer hijo.
- * Muy pocos niños fueron alimentados con leche materna y un gran número con fórmula lácteas y un porcentaje medio que es la combinación de estas dos.
- * El niño alimentado con fórmulas lácteas permanecían dormidos con el biberón en la boca, ignorando los padres los problemas que se iban a ocasionar.

De acuerdo al examen dental realizado se encontró que los dientes más afectados fueron los incisivos centrales y laterales superiores, así como los primeros molares tanto superiores como inferiores.

El Cirujano Dentista de práctica general debe conocer y estar preparados en un momento dado para poder ayudar a estos pacientes que presentan el Síndrome de biberón; por tal motivo se ha considerado presentar en este trabajo cuatro casos clínicos de tratamientos de rehabilitación completos desde como ingresaron los pacientes, su tratamiento y el resultado final.

Cabe mencionar que son niños que se presentaron en la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología y que fueron ingresados en la décima promoción del Seminario de titulación (24 de agosto del presente año).

C A P I T U L O I I I

C A R I E S

CONCEPTO:

La caries es una enfermedad que se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente si el proceso avanza sin restricción.

CARACTERISTICAS:

- 1.- Cambios de color.
- 2.- Pérdida de translucidez.
- 3.- Descalsificación de los tejidos afectados.

ETIOLOGIA:

Existen tres factores principales requeridos para el desarrollo de la caries:

- 1.- Agente (microorganismos).
- 2.- Medio ambiente (sustrato).
- 3.- Huesped (diente).
- 4.- Tiempo.

AGENTE (MICROORGANISMO):

Bacterias agentes causales de la caries dental: estas bacterias tienen la capacidad de fermentar hidratos de carbono con la producción resultante de ácidos como subproductos metabólicos, además de formar ácidos, estas bacterias son capaces de crecer y de reproducirse en medios ácidos; es decir, no sólo con acidógenas sino también acidúricas.

Los principales agentes formadores de ácidos y caries son:

ESTREPTOCOCOS:

- a) S. mutans.
- b) S. sanguis.
- c) S. salivarius.

Otros tipos de bacterias acidógenas son:

- a) Lactobacilos.
- b) enterococos.
- c) Levaduras.
- d) Estafilococos.
- e) Neisserias.

MEDIO AMBIENTE (SUSTRATO).

El hidrato de carbono es el componente fundamental de la dieta para el desarrollo de la caries.

Aparecen dos procesos bacteriológicos que requieren el uso de un sustrato en la génesis de la caries dental.

HUESPED (DIENTES SUSCEPTIBLES).

Una vez producido los ácidos dentro de la placa dental estos desmineralizarán a los dientes susceptibles, en una boca ciertos dientes haran caries mientras que otros no, esto es debido a la capacidad de acumulación de placa sobre ese diente o sobre esa cara esto está en relación con factores tales como:

- 1.- Alineación de los dientes en el arco.
- 2.- Proximidad de los conductos salivales.
- 3.- Textura superficial.
- 4.- Anatomía de la superficie.

El efecto de los ácidos sobre el esmalte está gobernado por varios mecanismos de regulación:

- A) Capacidad Buffer de la placa.
- B) La concentración de Calcio y Fósforo en la placa.
- C) La capacidad Buffer de la saliva que contribuye a la de la placa.
- D) La capacidad de la saliva para remover el sustrato.

TIEMPO.

Lo que significa para que se produzca una caries, los parametros representados en los tres puntos anteriores deben no solo estar en funcionamiento al mismo tiempo, si no que el tiempo mismo constituye un factor en el desarrollo de la caries.

Los microorganismos cariógenos (agentes) deben actuar sobre un sustrato cariogénico para crear un ambiente que llegue a la caries, que se extienda durante un período en el que el diente susceptible (huésped será atacado).

ESPECIFICIDAD BACTERIANA.

El estado de nuestro conocimiento actual sobre la etiología bacteriana de la caries dental puede considerarse de la manera siguiente:

La caries dental es una enfermedad producida por bacterias que estan dentro de la placa. Existen varias especies microbianas específicas capaces de -

inducir caries en estudios realizados, para producir caries, las bacterias deben ser, a la vez acidógenas y acidúricas.

La virulencia de un microorganismo puede relacionarse con la capacidad para sintetizar distintos tipos de polisacáridos intracelulares y extracelulares.

El microorganismo que está más implicado en el proceso carioso es el estreptococos mutans.

FORMACION DE ACIDOS.

Es el resultado del metabolismo bacteriano de cualquier hidrato de carbono fermentable.

Los azucares son los principales culpables de producir caries pero no depende unicamente de la cantidad de azúcar ingerida sino que también es influida por varias características del alimento del cual forman parte.

Dichas características pueden ser:

- 1.- Características físicas del alimento particularmente su adhesividad ejemplo: Alimentos pegajosos (gansitos, galletas, frituras, refrescos, etc.).
- 2.- Composición química del alimento se debe a la presencia de algunos alimentos ejemplo: (cacao) de sustancias capaces de inhibir el efecto cariogénico de los hidratos de carbono o de proteger al diente en contra de ellos.
- 3.- El tiempo de ingesta del alimento que contiene el hidrato de carbono, la cariogenicidad es menor cuando los alimentos son tomados durante las comidas y es mayor entre comidas.
- 4.- La frecuencia con que el alimento que contiene el hidrato de carbono es ingerido.



Los cuatro círculos representan en forma esquemática los cuatro puntos involucrados en el proceso carioso.

Todos deben actuar en forma concurrente para que se produzca la caries.

C A P I T U L O I V

P L A C A

CONCEPTO:

La placa dental es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se coleccionan sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales (prótesis, etc.), cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados.

En la última década se ha reconocido la completa importancia de la placa dental en la etiología de la caries dental, la enfermedad parodontal y la formación del tartaro.

COMPOSICION:

Compuesta principalmente por bacterias y por una matriz intercelular que consta de hidratos de carbono y proteínas; además existen muchas especies bacterianas distintas, también algunos protozoarios, hongos y virus.

Sin embargo, los estreptococos y bacterias filamentosas gram positivas parecen extra en los microorganismos más prominentes de la placa que se encuentra en la superficie coronaria de los dientes.

La placa bacteriana se aferra tenazmente a la superficie dentaria tanto subgingival como supragingival apareciendo la mayor acumulación de la placa sobre el tercio gingival de los dientes y espacios interproximales.

EDAD:

Es el tiempo durante el cual se ha permitido que la placa crezca sobre un diente e infuye en los tipos de bacterias que residen dentro de ella.

A) PLACA TEMPRANA (1 A 7 DIAS).

Flora bacteriana relativamente simple, constando predominantemente de cocos gram positivos, en particular estreptococos, neisserias, y unos pocos basilos filamentosos gram positivos.

B) DE 7 A 14 DIAS.

Aumenta la cantidad de anaerobios y tienden a disminuir las especies aeróbicas, y hay una reducción en la proporción total de estreptococos.

C) DE 14 DIAS O MAS.

Tiene un aspecto generalmente más filamentosos que la temprana y pueden producir una alta cuenta de vibriones y espiroquetas, además de otros microorganismos anaerobios.

A medida que la placa se va haciendo más gruesa, se hace menos probable que el oxígeno pueda difundirse desde la superficie a las capas más profundas por lo tanto los microorganismos aerobios están en las capas externas de la placa, los anaerobios en las más profundas y los facultativos en todo su espesor.

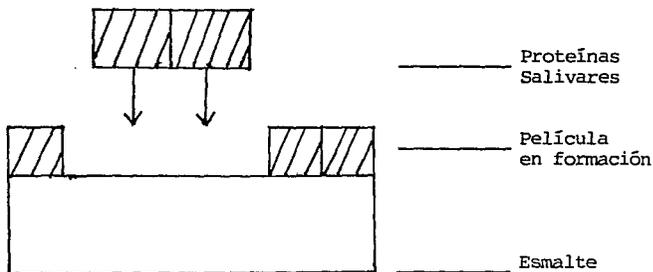
ESTADIOS:

La formación de la placa dental está considerada en tres estadios:

PRIMER ESTADIO:

Las glucoproteínas de las salivas son absorbidas en la superficie externa del esmalte dentario produciendo una película orgánica, delgada, acelular y sin forma a esto se le llama PELICULA ADQUIRIDA.

Las glucoproteínas salivales son absorbidas sobre el esmalte dental y forman una película.

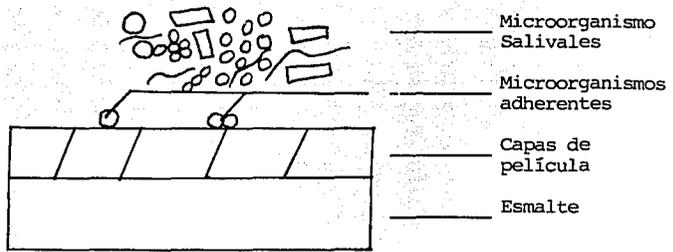


SEGUNDO ESTADIO:

Comprende la colonización selectiva de la película por bacterias adherentes específicas.

Puede haber formación de este segundo estadio sin haber formación del primero (película adquirida).

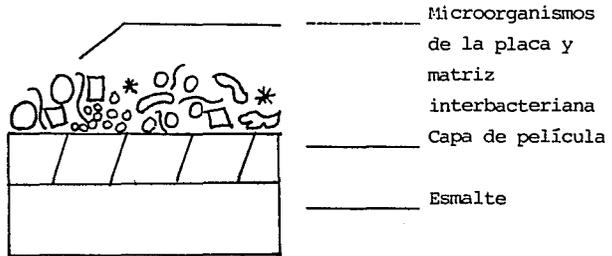
Colonización selectiva de la película por los microorganismos.



TERCER ESTADIO:

Llamado maduración de la placa el cual comprende la multiplicación y el crecimiento de más bacterias sobre las iniciales.

Crecimiento y maduración de la placa.



C A P I T U L O V

SINDROME DE BIBERON

El biberón es un método para alimentar al bebé, pero muy frecuentemente e indebidamente se le agregan azúcares para ser usados como calmantes al tratar de consolar al bebé controlando su comportamiento o que ha desarrollado el hábito de requerir una mamila cuando se acuesta a dormir.

Este hábito fácilmente puede causar la aparición del "Síndrome de biberón", en lo cual los dientes de los niños de 2 a 4 años de edad son destruidos por la caries dental.

MECANISMOS PARA EL DESARROLLO:

El niño se acuesta sosteniendo el biberón en su boca. La tetina se apoya contra el paladar, mientras que la lengua, en combinación con los carrillos fuerza el contenido hacia la cavidad bucal, durante este tiempo la lengua se extiende casi hasta salir de la boca, en contacto con los labios, al mismo tiempo que cubre los incisivos centrales y laterales inferiores primarios.

Al principio la succión de la tetina es grande, aumenta la secreción y el flujo salival, y se mantiene la deglución, pero a medida que el niño se va quedando dormido finalmente se duerme, la velocidad de la deglución disminuye, también lo hace la secreción y el flujo salival y la leche en la boca se estanca y baña a los dientes.

Aunque la leche tiene un contenido relativamente bajo de hidratos de carbono, el ritmo de las degluciones notablemente disminuido durante el sueño aunado al reducido flujo salival, permite que los hidratos de carbono se mantengan en contacto con los dientes en presencia de microorganismos acidógenos durante un período de tiempo notablemente aumentado (estancamiento).

Hay una dilución disminuida y un menor efecto buffer de la saliva, y no se elimina prácticamente el líquido de la cavidad bucal.

En muchos casos el biberón permanece en la boca del niño durante la mayor parte del tiempo que está dormido y la leche sigue pasando a su boca, durante este período aparentemente se forman ácidos continuos, con la consiguiente formación de caries cuando el procedimiento se repite frecuentemente durante cierto tiempo.

Por lo tanto la causa principal de este tipo de lesión es la presencia en la boca de un biberón que contiene leche u otro líquido con hidratos de carbono durante períodos de tiempos prolongados, así que el factor más importante a considerar es el estancamiento en condiciones de fisiología bucal muy disminuida.

En estas circunstancias, la leche en sí parece ser capaz de producir la llamada CARIES POR BIBERON; sin embargo, el agregarle miel u otro hidrato de carbono fermentable a la leche para que mejor le guste al niño aumenta notablemente su potencial cariogénico.

ORDEN DE AFECCION DE LOS DIENTES:

- a) Los cuatro incisivos primarios superiores.
- b) Los primeros molares primarios inferiores y superiores.
- c) Caninos primarios inferiores.
- d) Los incisivos primarios inferiores pueden no estar afectados o tener una pequeña caries.
- e) Los caninos primarios superiores son los menos afectados
- f) Los segundos molares primarios si están presentes por lo general no estan afectados

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Cuanto mayor es el niño más grave parece ser la lesión, los incisivos superiores primarios son los más extensamente comprometidos evidenciándose las profundas lesiones cariosas en las caras vestibular y palatina.

Las caras mesial y distal pueden o no tener caries; cuando las presentan el proceso de caries rodea todas las superficies del diente, si la capa externa del tejido cariado es removida con una cucharilla, se revela una estructura denteria reblandecida y generalmente es muy poco el remanente original y sin caries de la corona dentaria.

Los primeros molares primarios revelan caries oclusal profunda, un daño vestibular menos marcado y lesiones leves en la superficie de la cara lingual. (fig.1). (fig.2).



Fig. 1 y 2 Características de síndrome de biberón.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

CARIES RAMPANTE.

Define los casos de caries dental fulminante, extremadamente aguda, que afecta a los dientes y a caras de los mismos que habitualmente no son susceptibles a la caries.

Está lesión avanza a tal velocidad que la pulpa no puede reaccionar e induzca a una calcificación secundaria por lo tanto el hallazgo habitual es el compromiso de la pulpa.

Las lesiones generalmente son blandas y tienen un color entre amarillo y tostado pudiendo llegar a negro es más frecuentes en niños de 4 a 8 años y adolescentes jóvenes de 11 a 19 años.

El factor hereditario es un factor importante sin embargo el factor principal sea el ambiente familiar (dieta y hábitos alimentarios, prácticas, de higiene bucal y grado del cuidado dental).

La frecuencia de la ingesta de "bocados" adhesivos que contengan azúcar entre las comidas es considerado el factor más importantes en el desarrollo de la caries rampante.

Su tratamiento de rehabilitación de los niños es importante al igual que el síndrome de biberón.

C A P I T U L O V I

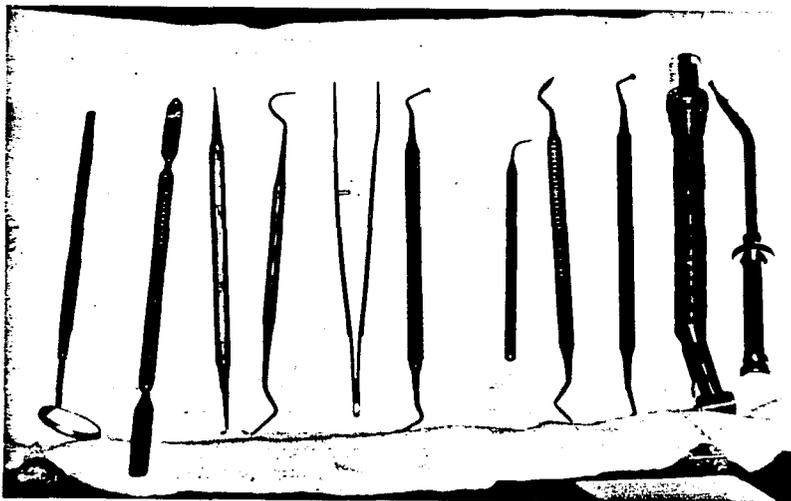
INSTRUMENTAL EMPLEADO EN LA

CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA

Instrumental empleado en la clinica de odontopediatria fuero:

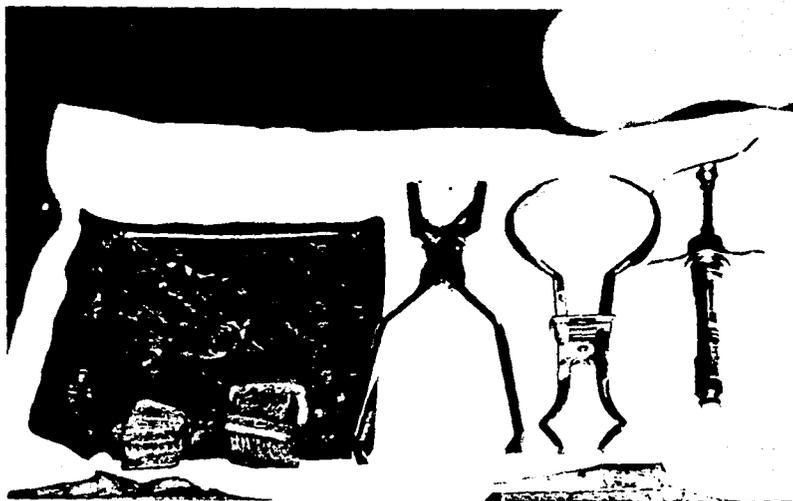
- * Espejo.
- * Explorador.
- * Escavador.
- * Pinzas de curación.
- * Aplicador de dycal.
- * Pieza de mano de alta velocidad.
- * Espatula para cementos.
- * Porta amalgamas.
- * Modeladores de amalgama.
- * Fresas de diamante y de carburo.

(fig. 3).



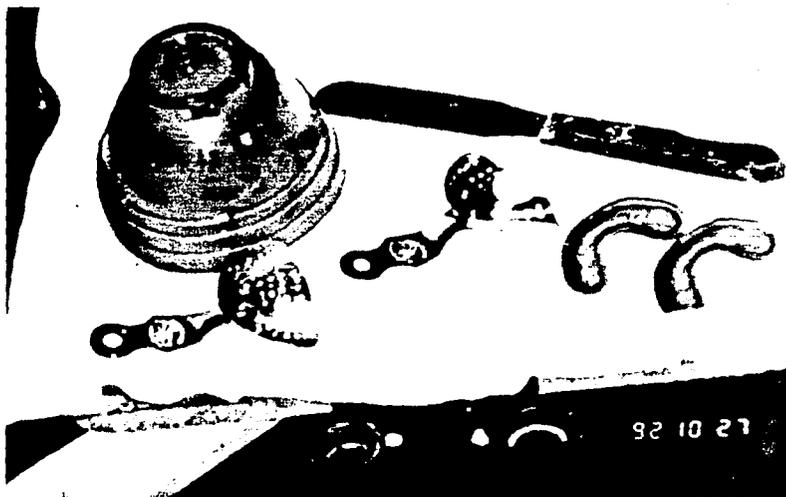
- * Arco de young.
- * Dique de hule.
- * Grapas número: 8A, 14, 14A.
- * Portagrapas.
- * Perforadora.
- * Jeringa para anestésicar.
- * Abrebocas.

(fig. 4).



- * Taza de hule.
- * Espatula para yesos.
- * Portaimpresiones.
- * Aplicadores de fluor.

(fig.5).

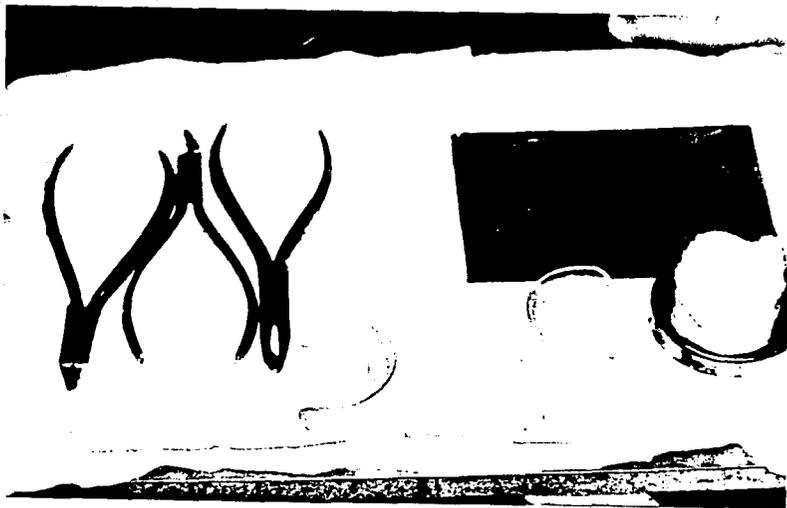


- * Tijeras para cortar coronas.
- * Portavasos.
- * Guantes.

- * Jeringas hipodermicas.
- * Cubrebocas.
- * Eyector.

- * Loseta de vidrio.
- * Retractores de carrillo.
- * Pinzas pico de pajar.
- * Algodonera.
- * Pinzas para abombar.
- * Pinzas para contornear.

(fig.6).



C A P I T U L O V I I

CASOS CLINICOS

CASO CLINICO No. 1

ALEJENDRO VELAZQUEZ GONZALEZ. (fig, 7).



El niño Alejandro Velázquez González de 3 años 7 meses de edad, fué canalizado a la clínica de odontopediatría por la clínica de admisión de esta facultad el día 3 de Septiembre del presente año.

La mamá se percató que a su hijo se le estaban manchando sus dientes tomando un color café claro, por tal motivo se vio preocupada y lo trajo a esta institución.

Al recibirlo se le elaboró una historia clínica que se usa en el departamento de odontopediatría a la cual se anexa una historia clínica que se realizó por cuenta propia con el propósito de recabar información más precisa sobre la causa que originó el proceso carioso y de esta forma llegar a un diagnóstico exacto, la que a continuación se anexa.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA U. N. A. M.

HISTORIA CLINICA DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre Alejandro Velázquez González (Alex.) Fecha 3-09-1992
 Edad 3 años 7 meses Fecha y lugar de Nacimiento 3-02-1989 México D.F.
 Domicilio Privado del rosal #7 Col. Carbonera. Tel. 6-44-38-59
 Escuela _____ Grado. _____
 Padre Sergio Velázquez Sánchez Ocupación Chofer.
 Domicilio de trabajo _____ Tel. _____
 Madre Alicia González Muñoz Ocupación Hogar
 Pediatra o médico familiar Hospital Infantil. Tel. 6-44-38-59
 Hermanos(as) Nombres y edades Uno, Sergio Arturo, 5 años.
 Acompañante o responsable del tratamiento Alicia González Muñoz.
 Motivo de la consulta Rehabilitación total.

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico 25 de agosto de 1992.
 Razón Amigdalitis.
 Intervenciones quirúrgicas padecidas En el párpado del ojo derecho aproximadamente 2 años.
 Medicamentos que toma regularmente Flanax, Bactrim.
 Problemas en el embarazo y/o perinatales Ninguno.

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

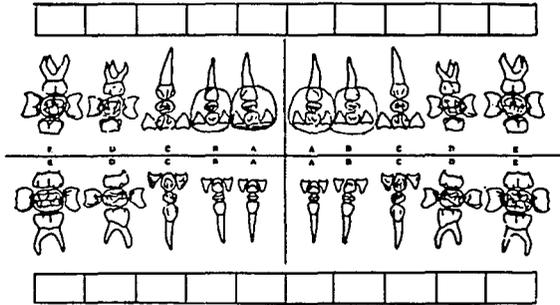
	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Fiebre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Tosferina	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	(X) <u>3 años 5 meses</u>	Fiebres eruptivas	() _____
Cardiopatías	() _____	Escarlatina	() _____	Otras:	_____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____		
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____		
Enfermedad Hepática	() _____	Paperas	() _____		
Trastornos del lenguaje	() _____	Poliomelitis	() _____		

Si No

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? () (X)
 ¿Tiene dificultades en la Escuela? () ()
 Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos Casa propia, con todos los servicios, baño diario, cambio de ropa diario, dieta balanceada; abuelos paternos y maternos vivos
 Observaciones: aparentemente sanos

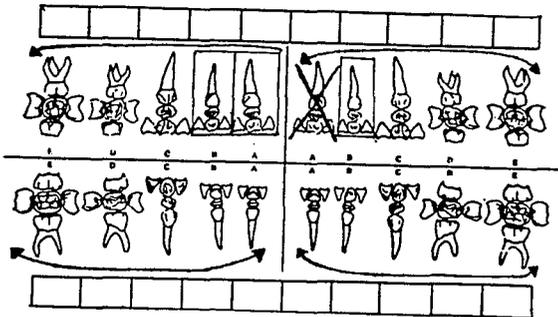
FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M

EXAMEN DENTAL ANTES DEL TRATAMIENTO.

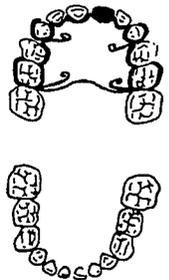


- 1.- ○ Piezas con caries.
- 2.- □ Piezas sin erupcionar.
- 3.- △ Piezas con restauraciones.

EXAMEN DENTAL DESPUES DEL TRATAMIENTO.



- 1.- X Extracción.
- 2.- ◐ Amalgama.
- 3.- △ Pulpotomía.
- 4.- □ Corona Acero Cromo.
- 5.- ↪ Aplicación tópica de fluor.



6.- Mantenedor de espacio.

ANEXO DE HISTORIA CLINICA

- 1.- ¿ Lé dio pecho al niño ? SI
- 2.- ¿ Hasta que edad ? HASTA LOS CINCO MESES.
- 3.- ¿ Le dio biberón al niño ? SI
- 4.- ¿ Hasta que edad ? HASTA LOS DOS AÑOS Y MEDIO.
- 5.- ¿ Lé ponía algún endulzante a la leche ? A PARTIR DE LOS CINCO MESES HASTA EL AÑO DE EDAD LE ESTUVO DANDO MIEL KARO Y A PARTIR DE ESA EDAD HASTA LOS DOS AÑOS Y MEDIO LE PUSO AZUCAR.
- 6.- ¿ En qué cantidad ? UNA CUCHARADA CAFETERA DE MIEL O AZUCAR.
- 7.- ¿ Qué otros líquidos o alimentos le daba por medio del biberón?
AGUA DE FRUTAS, TE, JUGOS, REFRESCOS, (SIDRAL).
- 8.- ¿ Lé cepilla los dientes y con que frecuencia ?
SI, UNA VEZ AL DIA.
- 9.- ¿ A partir de qué edad le empezó a limpiarle los dientes ?
APARTIR DEL AÑO DE EDAD.
- 10.- ¿ Sabia usted qué el uso prolongado del biberón podria traerle problemas dentales al niño ?
NO
- 11.- ¿ Quién le indicó o como se dio cuenta que el niño presentaba problemas dentales y que debería ser atendido ?
LA MAMA SE DIO CUENTA POR SI SOLA PORQUE LOS DIENTES DEL NIÑO EMPEZARÓN A PONERSE DE COLOR CAFE, POR LO CUAL ELLA LO TRAJO A ESTA INSTITUCION.

Cabe mencionar que los datos más sobresalientes fueron:

- A) A nivel bucal, presentaba caries en los cuatro dientes anteriores superiores de los cuales uno de ellos (central izquierdo) se encontraba totalmente destruido y los tres restantes (central, lateral derecho y lateral izquierdo) parcialmente dañados, sin presentar exposición pulpar.
- B) A nivel general, se observó que fue intervenido quirúrgicamente del párpado del ojo derecho hace aproximadamente dos años; a los tres años y cinco meses de edad contrajo varicela y recientemente estuvo en tratamiento por presentar amigdalitis.

PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON DURANTE EL TRATAMIENTO.

PRIMERA CITA:

- A) Ganar la confianza del paciente.
- B) Elaboración de la historia clínica.
- C) Obtención de modelos de estudio. (fig. 8)
- D) Tomas de radiografías.

Fig. 8



OBSERVACIONES:

En esta primera cita el niño en compañía de su mamá se mostró tranquilo y cooperador, así mismo presentó interés y a la vez curiosidad por conocer el instrumental de trabajo.

SEGUNDA CITA:

A) Se anestesió el diente (central superior izquierdo) empleando la técnica suprapariostica.

B) Se procedió a realizar la extracción de dicho diente, empleando forceps y elevador. Porque la corona clinica de este diente se encontraba destruida por la caries y un tratamiento de conductos no sería factible y como consecuencia sería un fracaso.

OBSERVACIONES:

El niño al ver que su mamá tenía que quedarse afuera de la clínica, empezó a llorar, pero al ver que iba a ser tratado se puso incontrolable teniendo la necesidad de emplear la red.

TERCERA CITA:

A) se anesteciarón los tres dientes incisivos (central lateral derechos y lateral izquierdo), empleando la técnica suprapariostica.

B) Se procedió a eliminar el resto de esmalte y dentina reblandecida únicamente con escavador.

C) Una vez eliminado el tejido cariado se colocó dycal (hidroxido de calcio) como recubrimiento pulpar y aislante térmico.

D) Con la pieza de mano de alta velocidad, se eliminarón las zonas retentivas para proceder a cementar las coronas de acero cromo empleando oxifosfato de zinc, con fines restaurativos y la conservación del diente hasta el momento de la exfoliación de los dientes. (figs. 9, 10, 11).

OBSERVACIONES:

Se empleo nuevamente la red, a este paciente no se le premedicó porque apezar de que estaba llorando y sujetado cooperaba.

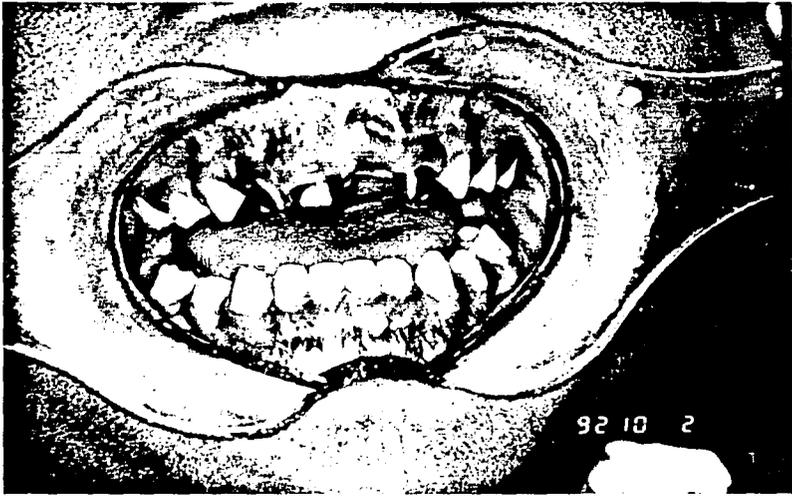


Fig. 9. Vista de frente.

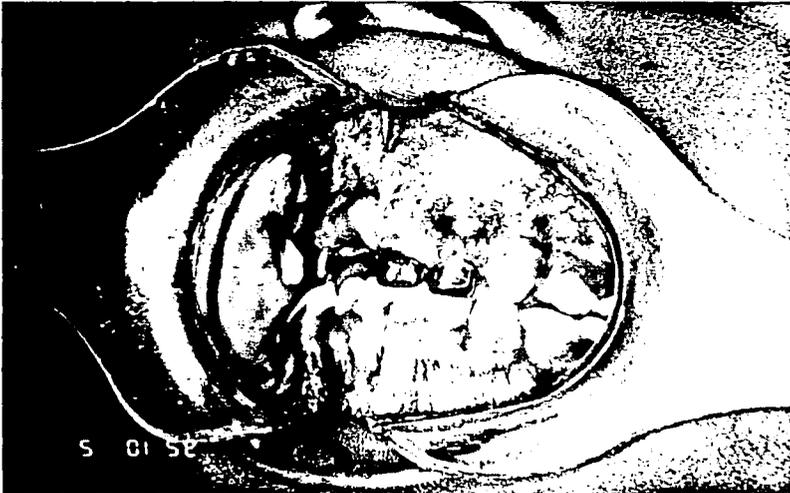


Fig. 10. Vista lateral.

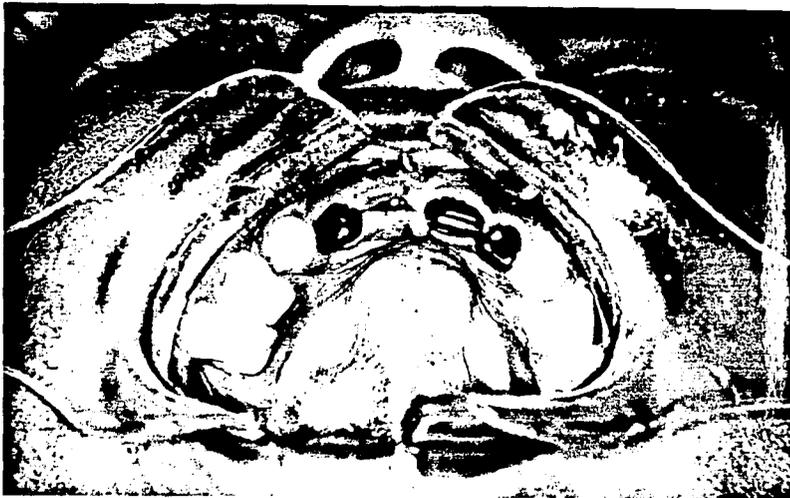


Fig. 11. Vista palatina.

CUARTA CITA:

Se tomó impresión para la obtención de los modelos de estudio para la elaboración de un mantenedor de espacio removible superior (Figs.12,13,14).

OBSERVACIONES:

En este caso no se empleo la red, porque el paciente se mostró cooperador.

QUINTA CITA:

A) Se realizó la aplicación tópica de fluoruro en ambos maxilares. (fig. 15).

B) Se procedió a colocar su mantenedor de espacio, (fig. 16).

Notificandole a la mamá la forma de colocarlo y retirarlo de la boca, teniendo en cuenta la higiene tanto bucal como en el mantenedor de espacio.

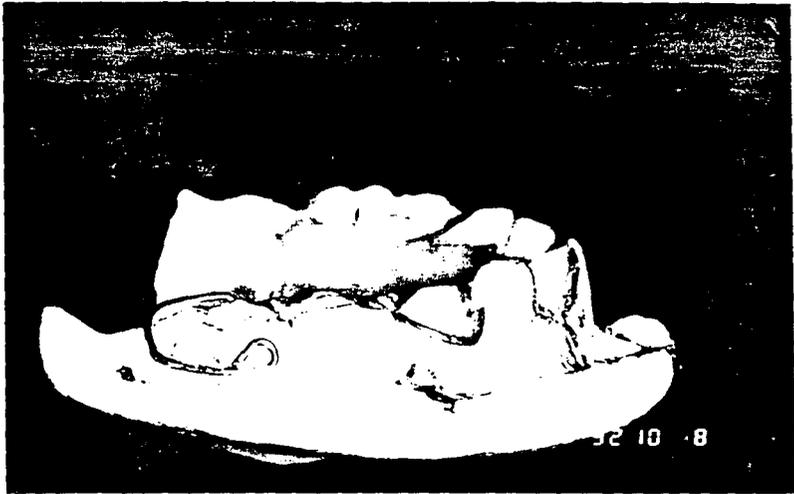


Fig. 12, Diseño del mantenedor de espacio.



Fig. 13, Mantenedor de espacio terminado. Vista de frente.

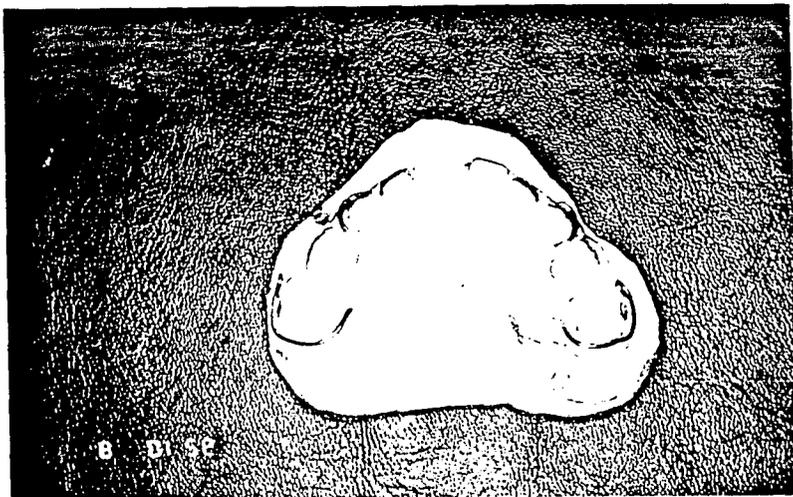


Fig. 14, Mantenedor de espacio terminado. Vista por palatino.

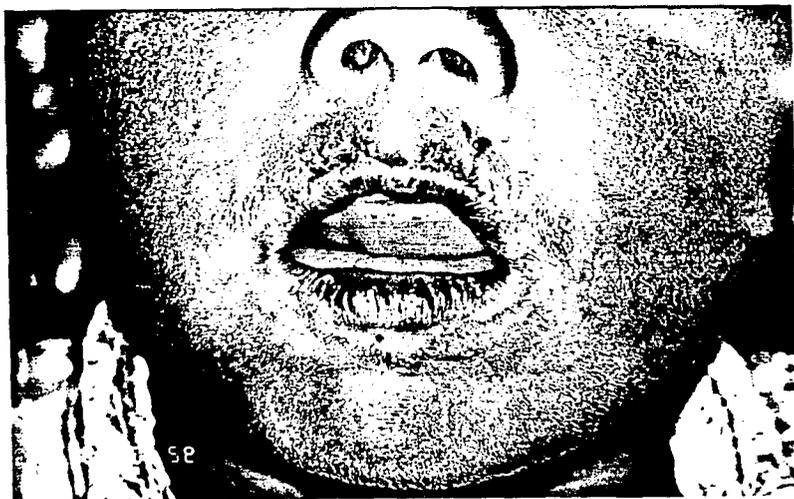


Fig. 15, Aplicación de fluoruro.

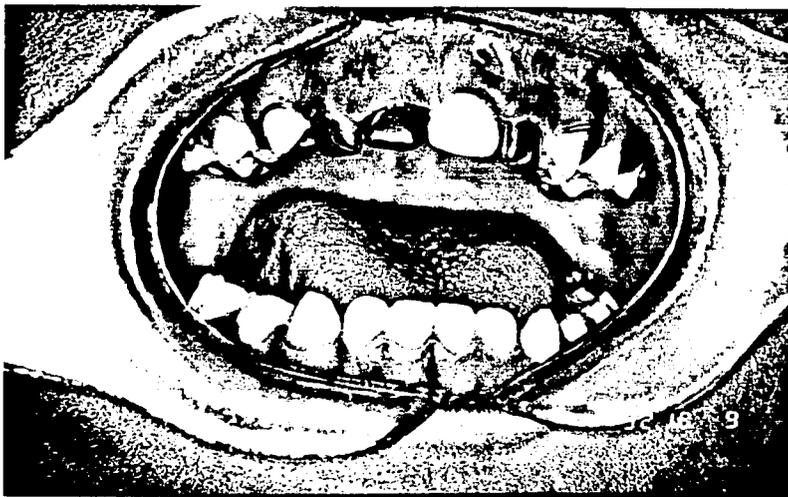


Fig. 16, Colocación del mantenedor de espacio en boca.

C) Se le indicó a la mamá la técnica de cepillado que debería de emplear con el niño y en el mantenedor de espacio.

Se dio de alta al paciente. (figs. 17, 18).

OBSERVACIONES:

Se le indicó a la mamá que vigile al niño al utilizar su mantenedor de espacio el mayor tiempo posible ya que es esencial para mantener el espacio para la erupción de su diente permanente y se le indicó que por precaución y por la edad del niño le retire el mantenedor de espacio por las noches para evitar un accidente.

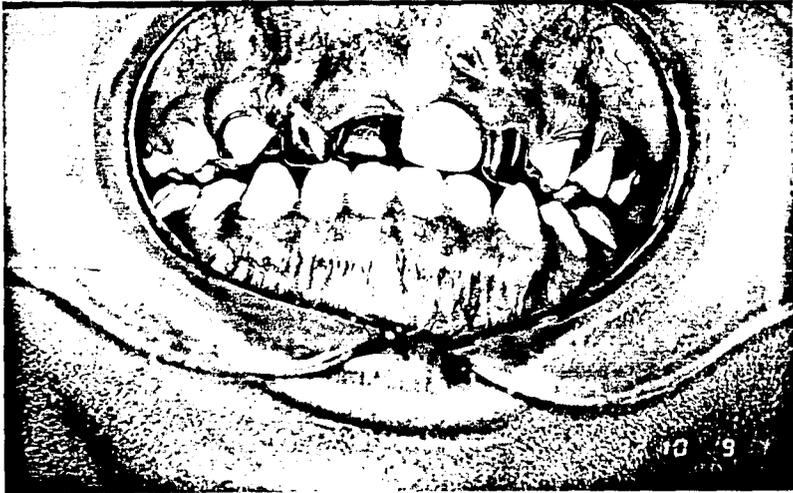


Fig. 17, Vista del tratamiento final.



Fig. 18, Paciente dado de alta.

CASO CLINICO No. 2

RODRIGO TINOCO LUNA.(fig. 19).



El niño Rodrigo Tinoco Luna de un año diez meses de edad fué canalizado a la clínica de odontopediatría por la clínica de admisión de esta facultad el día 3 de Septiembre del presente año.

La mamá nos reportó que se dió cuenta que el niño presentaba el mismo problema que tuvo su hijo mayor (Arturo de 6 años de edad), y observó que al cepillarle sus dientes se le desprendían fragmentos de esmalte trayendo como consecuencia el cambio de color (fig. 20).

Por tal motivo la mamá acudió al pediatra para preguntarle cual era la causa que originó el problema de los dientes y este no le supo responder, por consiguiente se vio obligada a consultar un médico general quien le informó que el problema del niño se debía al uso prolongado del biberón y a su vez le recomendó traerlo a esta institución.

Cabe mencionar que el niño de recién nacido no aceptó el pecho por tal motivo se vio obligada la mamá a darle el biberón que fué retirado a los 18



Fig. 20, Dientes que presentan esmalte dañado.

meses de edad y continuó tres meses más con un vaso que tenía un popote integrado por las noches, ya que su papá no lo quería oír llorar de noche y por tal motivo le colocaban el vaso a un lado para que cuando despertara lo tomará y no llorara y esto hacía que se volviera a quedar dormido.

Al recibirlo se le elaboró una historia clínica que se usa en el departamento de odontopediatría a la cual se le anexa una historia clínica que se realizó por cuenta propia con el propósito de recabar información más precisa sobre la causa que originó el proceso carioso y de esta forma llegar a un diagnóstico exacto. La que a continuación se anexa.

Los datos mas sobresalientes fueron:

A) A nivel bucal se observó que presentaba caries en los cuatro dientes anteriores superiores (centrales y laterales derechos e izquierdos, que se encontraban desmineralizados <como se observa en la fig. 20>). Los caninos derechos e izquierdos tanto superior como inferior se encontraba parcialmente parcialmente erupcionados, los primeros molares de ambos lados tanto superior como inferior presentaban caries y los segundos molares aún



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.

HISTORIA CLINICA

DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre Rodrigo Tinoco Luna. (Rigo.) Fecha 3-09-1992.
 Edad 1 AÑO 10 meses Fecha y lugar de Nacimiento 16-10-1990 México D.F.
 Domicilio Valle #2 Col. Jardines del Pedregal Tel. 6-52-45-99.
 Escuela _____ Grado _____
 Padre Narciso Tinoco Montañez Ocupación Vigilante
 Domicilio de trabajo Valle #2 Col. Jardin del Pedregal. Tel. 6-52-49-96.
 Madre Jenoveva Luna Aguilar Ocupación Hogar.
 Pediatra o médico familiar TMS #18 Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades Uno, Arturo, 6 años.

Acompañante o responsable del tratamiento Jenoveva Luna Aguilar.
 Motivo de la consulta Rehabilitación total.

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico Hace aproximadamente 4 meses.
 Razón Infección en la garganta.
 Intervenciones quirúrgicas padecidas Ninguno.

Medicamentos que toma regularmente Penicilina.
 Problemas en el embarazo y/o perinatales Le realizaron cesarea.

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Fiebre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Tosferina	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	() _____	Fiebres eruptivas	() _____
Cardiopatías	() _____	Escarlatina	() _____	Otras:	_____
Hepatitis	(X) <u>8 meses.</u>	Difteria	() _____	_____	_____
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____	_____	_____
Enfermedad Hepática	() _____	Paperas	() _____	_____	_____
Trastornos del lenguaje	() _____	Poliomelitis	() _____	_____	_____

¿Ha presentado el niño hemorragias excecivas en operaciones o accidentes? () (X)

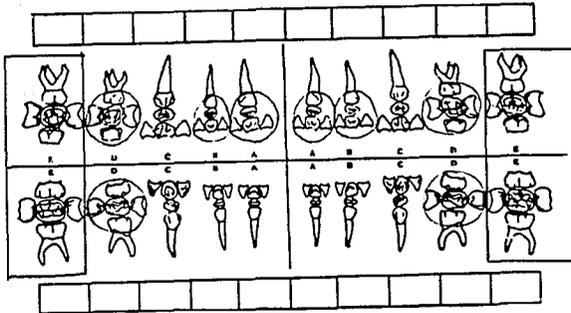
¿Tiene dificultades en la Escuela? () ()
 Abuela materna padece de bronquitis, abuelo

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos Abuela materna padece de bronquitis, abuelo paterno padece enfermedad renal, se encuentra en tratamiento.

Observaciones: Renta vivienda, cuenta con todos los servicios; baño y cambio de ropa diario, Alimentación balanceada.

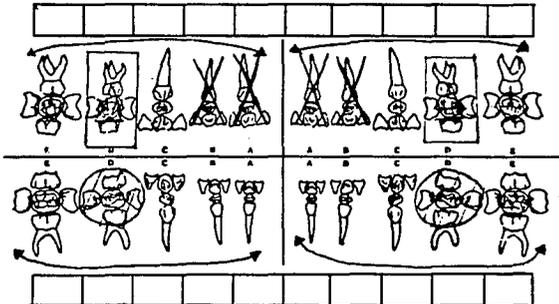
FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M

EXAMEN DENTAL ANTES DEL TRATAMIENTO.

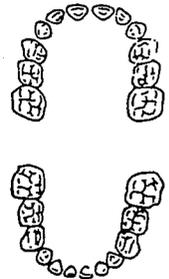


- 1.- ○ Piezas con caries.
- 2.- □ Piezas sin erupcionar.
- 3.- △ Piezas con restauraciones.

EXAMEN DENTAL DESPUES DEL TRATAMIENTO.



- 1.- X Extracción.
- 2.- ◻ Amalgama.
- 3.- △ Pulpotomía.
- 4.- ◻ Corona Acero Cromo.
- 5.- ↪ Aplicación tópica de fluor.



6.- Mantenedor de espacio.

ANEXO DE HISTORIA CLINICA

- 1.- ¿ Le dio pecho al niño ? NO ACEPTO EL PECHO DE RECIEN NACIDO.
- 2.- ¿ Hasta que edad ?
- 3.- ¿ Le dio biberón al niño ? SI
- 4.- ¿ Hasta que edad ? DE RECIEN NACIDO HASTA EL AÑO Y MEDIO Y CONTINUO TRES MESES CON UN VASO QUE TENIA INTEGRADO UN POPOTE, PORQUE EL PAPA NO QUERIA OIRLO LLORAR DE NOCHE.
- 5.- ¿ Le ponía algún endulzante a la leche ?
- 6.- ¿ En qué cantidad ? NO
- 7.- ¿ Qué otros líquidos o alimentos le daba por medio del biberón ? ATOLE, AVENA, AGUA DE FRUTAS, JUGOS, LOS CUALES CONTENIAN AZUCAR.
- 8.- ¿ Le cepilla los dientes y con que frecuencia ? SI, UNA VEZ AL DIA CON UNA GASA.
- 9.- ¿ A partir de qué edad le empezó a limpiarle los dientes ? DESDE QUE EMPEZARÓN A ERUPCIONAR SUS DIENTES.
- 10.- ¿ Sabia usted qué el uso prolongado del biberón podria traerle problemas dentales al niño ?
- NO
- 11.- ¿ Quién le indicó o como se dio cuenta que el niño presentaba problemas dentales y que debería ser atendido ? LA MAMA SE DIO CUENTA PORQUE PRESENTABA EL MISMO PROBLEMA QUE TUVO SU HIJO MAYOR Y AL CEPILLARLO LE BROTABAN PEDACITOS DE ESMALTE, LO LLEVO AL PEDIATRA Y ESTE NO SUPO RESPONDER POR LO CUAL CONSULTO A UN MEDICO GENERAL QUIEN LE INFORMO QUE SE DEBIA AL USO PROLONGADO DEL BIBERON Y ESTE A SU VEZ LE INFORMO DE ESTA INSTITUCION.

no habían erupcionados.

B) a nivel general, la mamá indicó que nació por medio de cesarea, a los ocho meses de edad contrajo hepatitis, y recientemente estuvo en tratamiento por presentar infección en la garganta.

PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON DURANTE EL TRATAMIENTO:

PRIMERA CITA:

- A) ganar la confianza del paciente.
- B) Elaboración de la historia clínica.
- C) obtención de modelos de estudio. (fig. 21).
- D) toma de radiografías.

OBSERVACIONES:

En esta primera cita en compañía de su mamá el niño se mostro tranquilo al realizarle la exploración bucal y cooperador, al momento de tomarle las impresiones y radiografías se alteró y fué difícil controlarlo, por consiguiente se le premedicó (Ignatia con Passiflora al 30 cc. 10 pastillas antes de acostarse un día antes de su cita, 10 pastillas al levantarse y 10 pastillas una hora antes de su cita).

Se le indica a la mamá que le retire el vaso con popote que le daba durante la noche.

SEGUNDA CITA:

- A) Se anestesió el primer molar inferior derecho empleando la técnica regional mandibular.
- B) Se procedió a aislar al diente con dique de hule y grapa del número 8A.
- C) Se eliminó la caries por medio de la pieza de mano de alta velocidad, y así mismo se realizó el diseño de la cavidad.
- D) Una vez realizado lo anterior se colocó dycal (hidroxido de calcio) como recubrimiento pulpar y aislante térmico.
- E) Y se procedió a obturar con amalgama.

OBSERVACIONES:

El niño al acostarlo en la unidad empezó a llorar poniendose



Fig. 21, Modelos de estudio.

incontrolable teniendo la necesidad de emplear la red y abrebocas.

TERCERA CITA:

- A) se anestesió el primer molar superior derecho empleando la técnica supraperiostica.
- B) Se procedió a aislar con dique de hule y grapa.
- C) Se hizo la remoción de tejido cariado presentandose comunicación pulpar directa, por tal motivo se procedió a realizar la pulpotomía (estirpación de la pulpa cameral) con una fresa de bola del número 6 de carburo para eliminar el techo pulpar.
- D) Se procedió a colocar un algodón con formocresol para inhibir el sangrado de los conductos radiculares (momificante) por espacio de 5 minutos, se obturó con óxido de zinc y eugenol.
- E) Con una fresa de punta de lápiz de diamante se eliminaron las zonas retentivas para ser colocada la corona de acero cromo cementandola con

oxifosfato de zinc, con fines restaurativos. (fig. 22).

OBSERVACIONES:

Se empleo la red y abre bocas.



Fig. 22, Cementación de la corona.

CUARTA CITA:

A) Se anestesió el primer molar superior izquierdo empleando la técnica supraperiostica.

B) Se aislo con dique de hule y grapa.

C) Se procedió a realizar el mismo tratamiento que se llevó a cabo en la tercera cita. (fig. 23).

OBSERVACIONES:

Se empleo la red y abre bocas.



Fig. 23, Observese la cementación de la corona del lado izquierdo.

QUINTA CITA:

- A) Se anestesió el primer molar inferior izquierdo empleando la técnica regional mandibular.
- B) Se aisló con dique de hule y grapa.
- C) Se procedió a realizar el mismo tratamiento que se llevó a cabo en la segunda cita.

OBSERVACIONES:

Se empleó la red y abrebocas.

SEXTA CITA:

- A) Se anestesiaron los cuatro dientes anteriores superiores (centrales y laterales derechos e izquierdos), empleando la técnica suprapariostica.
- B) Se procedió a eliminar la dentina reblandecida con un excavador pero al ver que se desvoronaban y que el tratamiento de conductos no sería factible

y como consecuencia sería un fracaso, por tal motivo se realizaron las extracciones de dichos dientes utilizando forceps y elevador. (figs. 24, 25).

OBSERVACIONES:

Se utilizó la red y abre bocas.



Fig. 24, Dientes extraídos.



Fig. 25, Después de las extracciones.

SEPTIMA CITA:

A) A los ocho días de haber realizado las extracciones se presentó a revisión, mostrando un cicatrización favorable.

B) Se procedió a realizarle la aplicación de fluoruro tópico en ambos maxilares. (fig. 26).

C) Se le dio instrucciones a la mamá de como hacerle la limpieza dental al niño, con gasasy se le indicó la técnica de cepillado para cuando lo pueda llevar a cabo, y se procedio a darle de alta. (fig. 27).

NOTA: Por la edad del paciente y debido a que sus dientes no han terminado de erupcionar fué imposible colocarle un mantenedor de espacio.

OSERVACIONES:

Se e indicó a la mamá que lo trajera a revisión a los seis meses y ver la posibilidad de que se le pueda elaborar un mantenedor de espacio al niño.



Fig. 26, Aplicación de fluoruro.



Fig. 27, Paciente dado de alta.

CASO CLINICO No.3

SARA PALACIOS MARTIN DEL CAMPO. (fig.28).



La niña Sara Martin del Campo de dos años seis meses de edad fué canalizada a la clínica de odontopediatría por la clínica de admisión de esta facultad el día 1 de Septiembre del presente año.

La mamá nos informó que su abuelita paterna se percató que la niña presentaba problemas ya que le vió los dientes anteriores (laterales y centrales de ambos lados superiores) se le estaban manchando y la llevó con el Cirujano dentista de práctica general, el cual le indicó que el problema era debido al biberón, que debería ser retirado pero que el no se dedicaba a odontopediatría por lo tanto la remitió a esta institución.

Cabe mencionar que la niña estuvo tomando pecho hasta el año de edad y apartir de esa fecha hasta los dos años cuatro meses estuvo tomando biberón.

Al recibirla se elaboró una historia clínica que se usa en el departamento de odontopediatría a la cual se le anexo una historia clínica que se realizó por cuenta propia con el proposito de recabar información más precisa sobre la causa que originó el proceso carioso y de esta forma -

llegar a un diagnóstico exacto la que a continuación se añeja.

Los datos más sobresalientes fueron:

A) A nivel bucal se observó que presentaba caries en los cuatro dientes anteriores superiores (centrales, laterales derechos e izquierdos) que se encuentran con caries de segundo grado (abarcando esmalte y dentina). Los primeros molares de ambos lados tanto superiores como inferiores se encontraban parcialmente destruidos, así como los segundos molares inferiores de ambos lados sin presentar alguna otra patología. (fig. 29).

B) A nivel general, la mamá nos refirió que es una niña aparentemente sana que no ha padecido enfermedades propias de la infancia, asiste periódicamente a chequeo de rutina.



Fig. 29, Observación de dientes descalcificados.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA U. N. A. M.

HISTORIA CLINICA

DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA

INFORMACION GENERAL

Nombre Sara Palacios Martin del Campo (Sarita.) Fecha 1-09-1992.
 Edad 2 años 6 meses Fecha y lugar de Nacimiento 3-03-1990. Mexico D.F.
 Domicilio Calleson del olvido # 10 Bis. Col. La angostura. Tel. _____
 Escuela _____ Grado. Chofer.
 Padre Carlos Palacio Mitre Ocupación _____
 Domicilio de trabajo _____ Tel. _____
 Madre Maria del Lourdes Martin del Campo Ocupación Hogar
 Pediatra o médico familiar Victor Luna Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades Una, Belem, 5 Años.

Acompañante o responsable del tratamiento Ma.de Lourdes Martin del Campo.
 Motivo de la consulta Rehabilitación total.

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico Aproximadamente un mes.
 Razón Chequeo de rutina.
 Intervenciones quirúrgicas padecidas Ninguna.

Medicamentos que toma regularmente Aspirinas.
 Problemas en el embarazo y/o perinatales Ninguno.

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Fiebre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Tosferina	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	() _____	Fiebres eruptivas	() _____
Cardiopatías	() _____	Escarlatina	() _____	Otras:	_____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____	_____	_____
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____	_____	_____
Enfermedad Hepática	() _____	Paperas	() _____	_____	_____
Trastornos del lenguaje	() _____	Poliomelitis	() _____	_____	_____

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? Si () No (X)

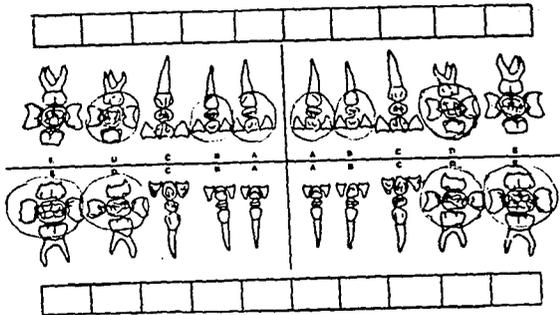
¿Tiene dificultades en la Escuela? () Abuelo paterno padece de la presión arterial ()

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos Casa propia con todos los servicios, Baño y caambio de ropa diario, Alimentación

Observaciones: Balanceada.

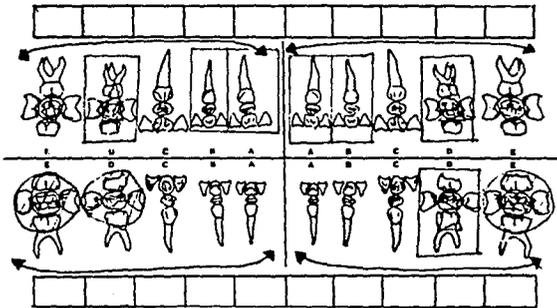
FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M

EXAMEN DENTAL ANTES DEL TRATAMIENTO.

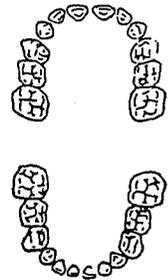


- 1.- ○ Piezas con caries.
- 2.- □ Piezas sin erupcionar.
- 3.- △ Piezas con restauraciones.

EXAMEN DENTAL DESPUES DEL TRATAMIENTO.



- 1.- X Extracción.
- 2.- ○ Amalgama.
- 3.- △ Pulpotomia.
- 4.- □ Corona Acero Cromo.
- 5.- ↔ Aplicación tópica de fluor.



6.- Mantenedor de espacio.

ANEXO DE HISTORIA CLINICA

- 1.- ¿ Le dio pecho al niño ? SI.
- 2.- ¿ Hasta que edad ? HASTA EL AÑO DE EDAD.
- 3.- ¿ Le dio biberón al niño ? SI.
- 4.- ¿ Hasta que edad ? HASTA LOS DOS AÑOS CUATRO MESES.
- 5.- ¿ Le ponía algún endulzante a la leche ? NO.
- 6.- ¿ En qué cantidad ?
- 7.- ¿ Qué otros líquidos o alimentos le daba por medio del biberón?
LECHE, AGUA DE FRUTAS, REFRESCO.
- 8.- ¿ Le cepilla los dientes y con que frecuencia ?
SI UNA VEZ AL DIA.
- 9.- ¿ A partir de qué edad le empezó a limpiarle los dientes ?
A PARTIR DEL AÑO Y MEDIO DE EDAD.
- 10.- ¿ Sabia usted qué el uso prolongado del biberón podria traerle problemas dentales al niño ?
NO.
- 11.- ¿ Quién le indicó o como se dio cuenta que el niño presentaba problemas dentales y que debería ser atendido ?
LA ABUELITA MATERNA SE DIO CUENTA DEL PROBLEMA, QUIEN LA LLEVO CON EL CIRUJANO DENTISTA DE PRACTICA PRIVADA EN LA CUAL LE INFORMO QUE EL NO SE DEDIACABA A ODONTOPEDIATRIA, POR LO TANTO LO REMITIO A ESTA INSTITUCION.

PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON DURANTE EL TRATAMIENTO:

PRIMERA CITA:

- A) Ganar la confianza del paciente.
- B) Elaboración de la historia clínica.
- C) Obtención de modelos de estudio. (fig. 30).
- D) Tomas de radiografías.

OBSERVACIONES:

En esta primera cita en compañía de su mamá, la niña empezó a llorar desde el momento que la mamá la acostó en el sillón y fue difícil controlarla por lo que se tuvo que emplear la red y se le indicó a la mamá que se esperara afuera de la clínica para proceder a hacerle la inspección bucal, por lo consiguiente se le procedió a premedicar. (Ignatia con Passiflora a la 30 cc, 10 pastillas antes de acostarse un día antes de su cita, 10 pastillas al levantarse y 10 pastillas una hora antes de su cita).

SEGUNDA CITA:

- A) Se anestesió el primero y segundo molar inferior izquierdo empleando la técnica regional mandibular.
- B) Se procedió a aislar con dique de hule y grapa del número 14.
- C) Se eliminó la caries por medio de la pieza de mano de alta velocidad y así mismo se realizó el diseño de la cavidad en el segundo molar.
- D) Una vez realizado lo anterior se colocó dycal (hidróxido de calcio) como recubrimiento pulpar y aislamiento térmico.
- E) Se procedió a obturar con amalgama.
- F) En el primer molar se realizó la remoción del tejido cariado presentándose comunicación pulpar directa por tal motivo se procedió a realizar la pulpotomía (extirpación de la pulpa cameral) con una fresa de bola del número 6 de carburo para eliminar el techo pulpar.
- G) Se procedió a colocar un algodón con formocresol para inhibir el sangrado de los conductos radiculares (mumificante) por espacio de 5 minutos, observando después únicamente la luz del conducto, se onturó con óxido de zinc y eugenol.

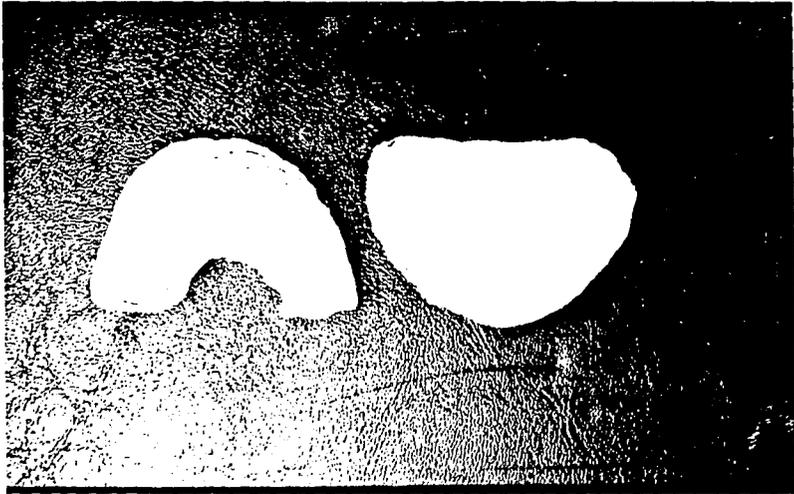


Fig. 30, Modelos de estudio.

H) Con una fresa de punta de lápiz de diamante se eliminaron las zonas retentivas para hacer colocada la corona de acero cromo para proceder a cementarlo con oxifosfato zinc, con fines restaurativos. (fig. 31).

OBSERVACIONES:

Se empleo la red y abrebocas porque empezó a llorar poniendose incontrolable por lo que se le indicó a la mamá que le diera el medicamento cada vez que tuviera cita.

TERCERA CITA:

A) Se anestesió el primero y segundo molar inferiores derechos empleando la técnica regional mandibular.

B) Se aislo con dique de hule y grapa del número 14.

C) Se procedió a relizar la remoción del tejido cariado con la pieza de mano de alta velocidad y se realizó el diseño de la cavidad en ambos molares.

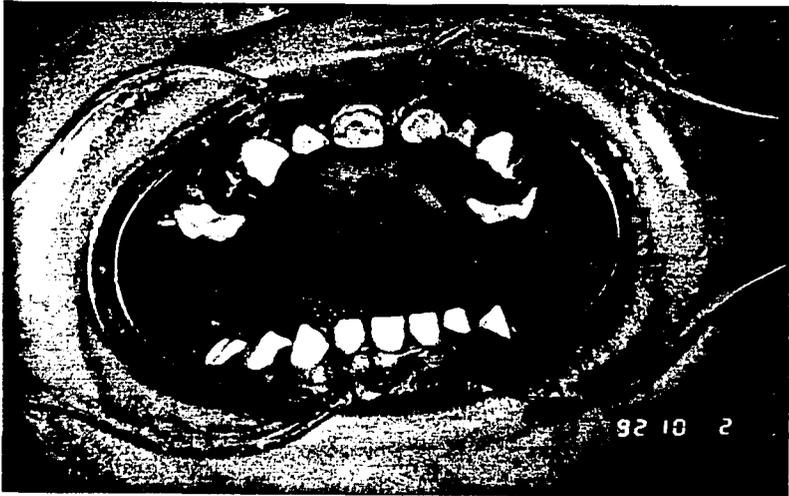


Fig. 31, Coronas cementadas en posteriores.

D) Una vez realizado lo anterior se les colocó dycal (hidroxido de calcio) como recubrimiento pulpar y aislante térmico.

E) Y se procedió a obturar las cavidades con amalgama.

OBSERVACIONES:

Se presenta la niña un poco tranquila a diferencia de la cita anterior pero aun así se utilizó la red y abre bocas..

CUARTA CITA:

A) Se anestesió el primer molar superior derecho empleando la técnica supraperiostica.

B) Se procedió a aislar con dique de hule y grapa del número 14A.

C) Se realizó la remoción dle tejido cariado presentandose comunicación pulpar directa por tal motivo se procedió a realizar la pulpotomía (extirpación de la pulpa cameral) con una fresa de carburo del número 6 para eliminar el techo pulpar.

D) Se procedió a obturar con óxido de zinc t eugenol, en este caso no se uso la técnica de formocresol porque bastó hacer presión con una torunda de algodón para cohibir el sangrado.

E) Con una fresa de punta de lápiz de diamante se eliminarón las zonas retentivas para ser colocada la corona de acero cromo y proceder a cementarlo con oxifosfato de zinc, con fines restaurativos. (fig. 31).

OBSERVACIONES:

Se utilizó la red y abre bocas.

QUINTA CITA:

A) Se anestesió el primer molar superior izquierdo empleando la técnica supraperiostica.

B) Se procedió aislar con dique de hule y grapa del número 14A.

C) Se procedió a realizar el mismo tratamiento que se llevó a cabo en la cuarta cita. (fig. 31).

OBSERVACIONES:

Se utilizó la red y abre bocas.

SEXTA CITA:

A) Se anestesiaron los cuatro dientes anteriores (centrales y laterales de ambos lados, superiores) empleando la técnica supraperiostica.

B) Se procedió a eliminar el resto de esmalte y dentina reblandecida unicamente empleando un excavador en los cuatro dientes. (fig. 32).

C) Una vez eliminado el tejido cariado se colocó dycal (hidroxido de calcio) como recubrimiento pulpar y aislante térmico.

D) Con la pieza de mano de alta velocidad se eliminarón las zonas retentivas para proceder a cementar las coronas de acero cromo empleando oxifosfato de zinc, con fines restaurativos y la conservación de los dientes hasta el momento de la exfoliación de estos. (figs. 33, 34, 35, 36.).

OBSERVACIONES:

Se empleó nuevamente la red y abre bocas.



Fig. 32, Eliminación del resto de esmalte y dentina.

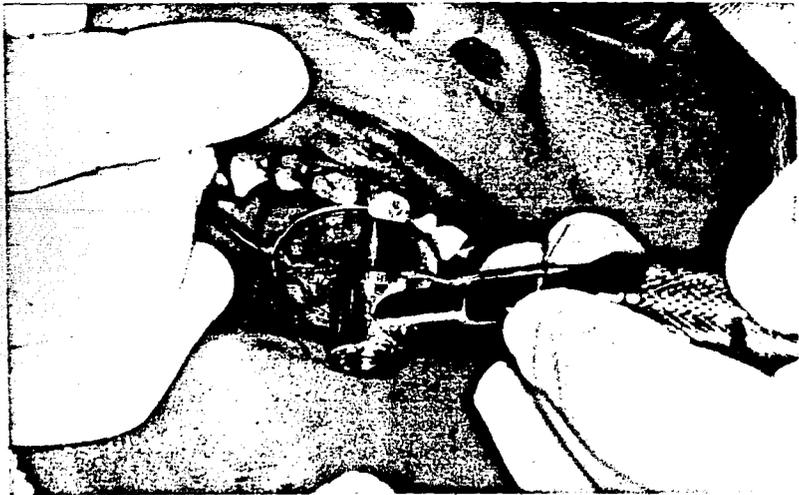


Fig. 33, Eliminación de las zonas retentivas en el central.

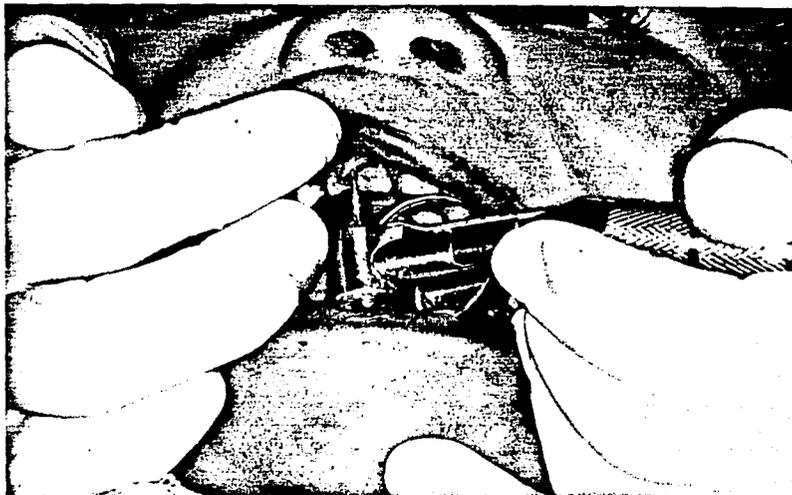


Fig. 34, Eliminación de las zonas retentivas en el lateral.



Fig. 35, Cementación de las coronas de acero cromo.



Fig. 36, Eliminación de excedentes del cemento.

SEPTIMA CITA:

A) Se realizó la aplicación tópica de fluoruro en ambos maxilares. (figs. 37, 38).

B) Se le indicó a la mamá la técnica de cepillado que deberá emplear con la niña. Y fué dada de alta. (figs. 39, 40).

OBSERVACIONES:

Se le indicó a la mamá que trajera a la niña entre seis meses a revisión y que no la descuidará, para no volver a presentar el mismo problema dental.

La niña fué más cooperadora pero debido al procedimiento que se realizó hubo la necesidad de emplear nuevamente la red.



Fig. 37 y 38, Aplicación de fluoruros en ambos maxilares.

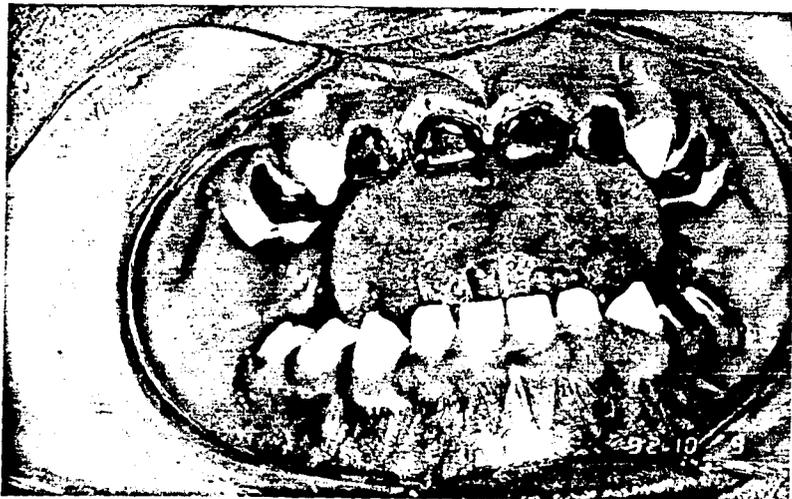


Fig. 39, Terminado final.



Fig. 40, Paciente dado de alta.

CASO CLINICO No 4.

ANA KAREN MELCHOR LOPEZ (Fig. 41).



La niña Ana Karen Melchor López de dos años 9 meses fue canalizada a la clínica de odontopediatría por la clínica de admisión de esta facultad el día 2 de Septiembre del presente año.

La mamá observó que los dientes anteriores de la niña (Centrales y laterales superiores de ambos lados) estaban cambiando de color haciendose más oscuros por lo cual lo llevó al Seguro Social a consulta dental, el Cirujano Dentista le indicó que su problema era debido al biberón por tal motivo fué remitida ha esta institución por el Seguro Social debido a que no cuenta con el servicio especializado.

Cabe mencionar que la niña estuvo tomando pecho hasta los 14 meses de edad, y estuvo tomando biberón desde recién nacida hasta los 2 años 7 meses.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.

HISTORIA CLINICA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA

DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre Ana Karen Melchor López (Ana) Fecha 2-09-1992
 Edad 2 años 9 meses Fecha y lugar de Nacimiento 18-12-89 México D.F.
 Domicilio Mayoristas M-85 L6, Col. Ajusco. Tel. 6-18-42-56
 Escuela _____ Grado _____
 Padre Joel Melchor Solis Ocupación Mensajero.
 Domicilio de trabajo Calzada Aguilas #1079 Col. San Clemente Tel. 6-80-68-14
 Madre Juventina López Guzman Ocupación Hogar
 Pediatra o médico familiar IMSS. Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades Uno, Marcos, 6 años
 Acompañante o responsable del tratamiento Juventina López Guzman.
 Motivo de la consulta Rehabilitación total.

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico Hace aproximadamente un mes.
 Razón Infección en la garganta.
 Intervenciones quirúrgicas padecidas Ninguno.
 Medicamentos que toma regularmente Penicilina.
 Problemas en el embarazo y/o perinatales Ninguno.

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Fiebre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Tosferina	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	(X) <u>20 días.</u>	Fiebres eruptivas	() _____
Cardiopatías	() _____	Escarlatina	() _____	Otras:	_____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____	_____	_____
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____	_____	_____
Enfermedad Hepática	() _____	Paperas	() _____	_____	_____
Trastornos del lenguaje	() _____	Poliomelitis	() _____	_____	_____

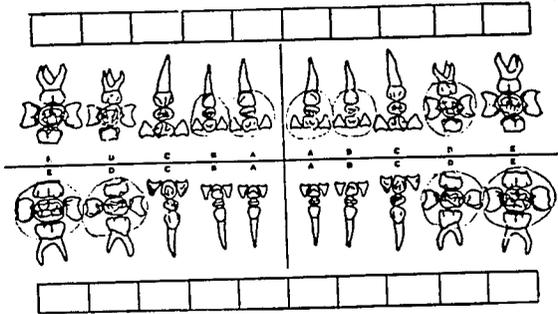
¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? () (X)
 ¿Tiene dificultades en la Escuela? () ()

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos Abuelo paterno finado a causa de accidente automovilístico, hace aproximadamente 13 años. Abuela materna padece de artritis,

Observaciones: abuela paterno padece diabetes está controlado; Casa propia cuenta con todos los servicios, baño y cambio de ropa diario, alimentación balanceada.

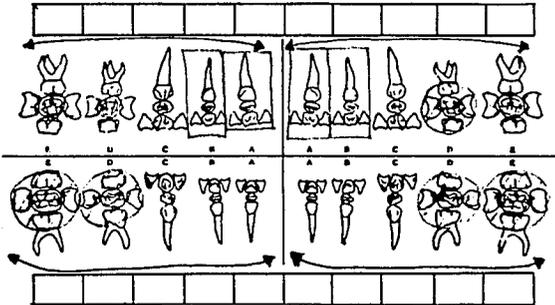
FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M

EXAMEN DENTAL ANTES DEL TRATAMIENTO.

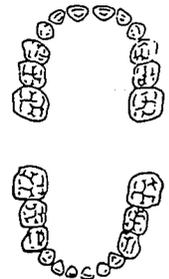


- 1.- ○ Piezas con caries.
- 2.- □ Piezas sin erupcionar.
- 3.- △ Piezas con restauraciones.

EXAMEN DENTAL DESPUES DEL TRATAMIENTO.



- 1.- X Extracción.
- 2.- ● Amalgama.
- 3.- △ Pulpotomía.
- 4.- □ Corona Acero Cromo.
- 5.- ↖ Aplicación tópica de fluor.



6.- Mantenedor de espacio.

No Hay Hoja

$\frac{88}{68}$



Fig. 42, Caso típico de síndrome de biberón.

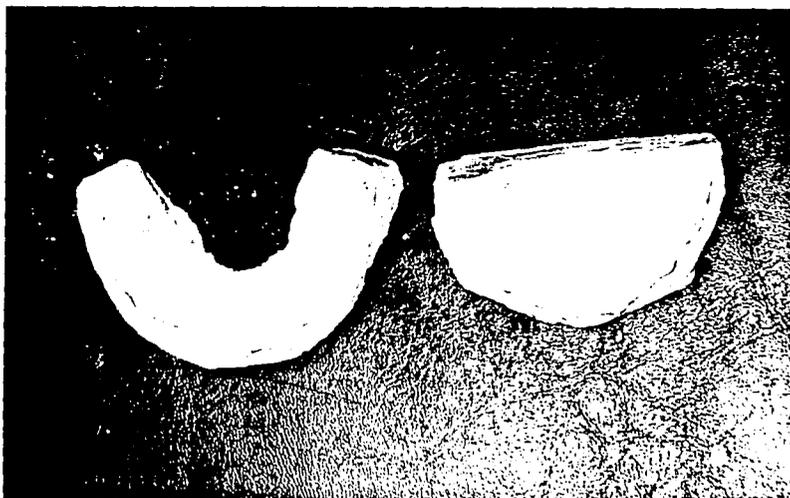


Fig. 43, Modelos de estudio.

D) Una vez realizado lo anterior se colocó dycal (hidroxido de calcio) como recubrimiento pulpar y aislamiento térmico.

E) Y se procedió a obturar ambas cavidades con amalgama. (fig. 44).

OBSERVACIONES:

La niña al ver que su mamá tenía que quedarse afuera de la clínica empezó a llorar de tal forma que se puso incontrolable teniendo la necesidad de emplear la red por lo consiguiente se premedicó, (Ignatía con Passiflora a la 30 cc. 10 pastillas antes de acostarse un día antes de su cita, 10 pastillas al levantarse y 10 pastillas antes de su cita).



Fig. 44, Obturación con amalgama.

TERCERA CITA:

A) Se anestesió el primero y segundo molar inferior dercho, empleando la técnica regional mandibular .

B) Se procedió a aislar con dique de hule y grapa del número 14. (fig. 45).



Fig. 45, Ailamiento de ambos molares inferiores.

C) Se procedió a realizar el mismo tratamiento que se llevó a cabo en la segunda cita. (figs. 46, 47).

OBSERVACIONES:

La niña se mostró cooperadora pero empezó a llorar cuando su mamá se quedó afuera de la clínica posteriormente se tranquilizó quedándose dormida, se uso abre bocas pero ya no hubo la necesidad de emplear la red

CUARTA CITA:

A) Se anestesió el primer molar superior izquierdo empleando la técnica supraparietostica.

B) Se procedió a aislar con dique de hule y grapa del número 8A.

C) Se procedió a realizar el mismo tratamiento que se llevó a cabo en las citas anteriores.

OBSERVACIONES:

En esta cita se mostró tranquila quedándose dormida y unicamente se empleo el abre bocas.

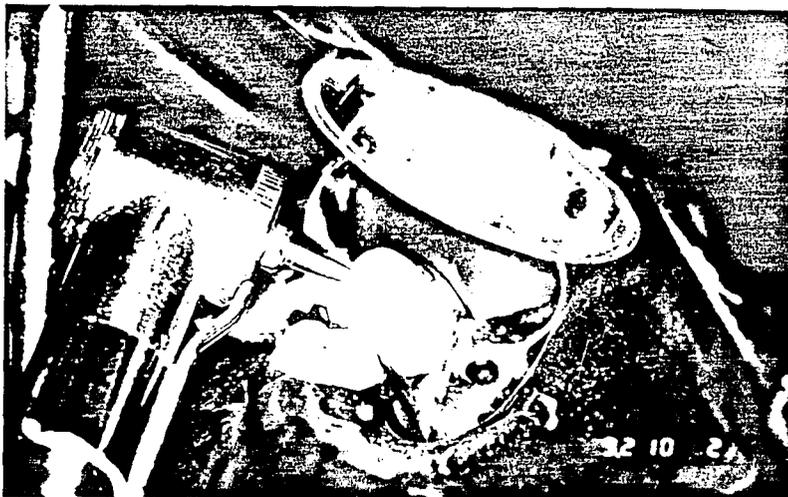


Fig. 46, Preparación de la cavidad.



Fig. 47, Obturación de las cavidades con amalgama.

QUINTA CITA:

A) Se anestesiaron los cuatro dientes anteriores (centrales y laterales superiores de ambos lados) empleando la técnica supraperiostica.

B) Se procedió a eliminar la dentina reblandecida unicamente empleando un excavador en los cuatro dientes. (fig. 48).

C) una vez eliminado el tejido cariado se colocó dycal (hidroxido de calcio) como recubrimiento pulpar y aislamiento térmico.

D) Con la pieza de mano de alta velocidad se eliminaron las zonas retentivas para proceder a cementar las coronas de acero cromo empleando oxifosfato de zinc, con fines restaurativos y la conservación de los dientes hasta el momento de la exfoliación de estos. (figs. 49, 50).

OBSERVACIONES:

Se mostró algo inquieta pero aún así fue cooperadora. Se le indicó a la mamá que en la siguiente cita ya no le diera las pastillas.



Fig. 48, Eliminación de dentina reblandecida.

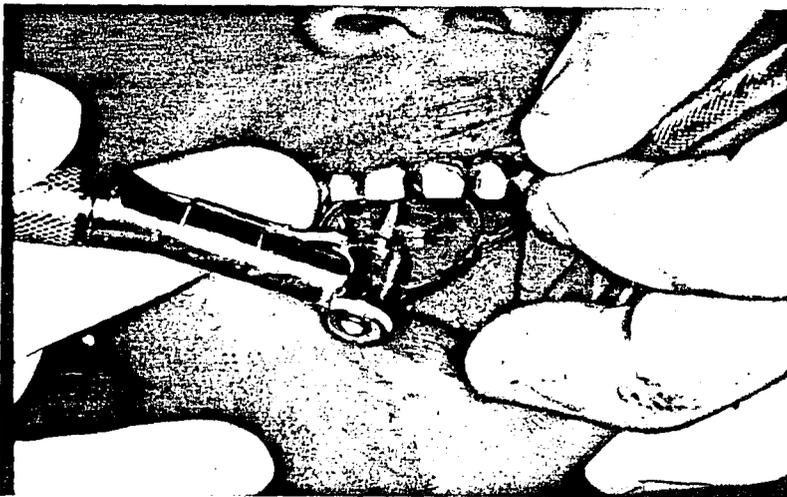


Fig. 49, Eliminación de las zonas retentivas.

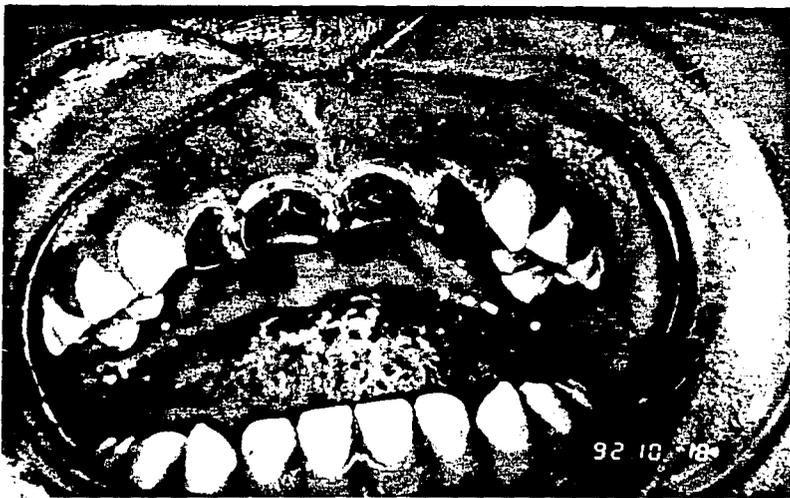


Fig. 50, Cementación de las coronas de acero cromo.

SEXTA CITA:

A) Se realizó la aplicación tópica de fluoruro en ambos maxilares. (fig. 51).

B) Se le indicó a la mamá la técnica de cepillado que debería emplear con la niña. Y fue dada de alta. (figs. 52, 53).

OBSERVACIONES:

La niña se mostró tranquila y cooperadora siendo que esta vez no se premedicó.

Se le indicó a la mamá que trajera a la niña en seis meses a revisión y que no la descuide ya que es importante que cuide su primera dentición hasta el momento se su exfoliación.



Fig. 51, Aplicación tópica de fluoruro.



Fig. 52, rehabilitaci3n total.



Fig. 53, Paciente dado de alta.

C A P I T U L O V I I I

P R V E N C I O N

Debido a la mala información y al uso inadecuado de la higiene bucal se ha incrementado en gran número el SINDROME DE BIBERON, por tal motivo a continuación se menciona metodos preventivos como son:

- A) Técnica de cepillado.
- B) Fluoruros.
- C) Programa para el hogar.

TECNICA DE CEPILLADO:

Para el aseo dental se ha sugerido una gran variedad importante de técnicas de cepillado, y la falta de un método adecuado que nos permita la recomendación de una técnica específica para cada niño pudiendo obtener los resultados deseados en la higiene bucal.

La base principal es la técnica de cepillado más adecuada para cada niño, la cual puede desarrollar de forma aceptable con la ayuda de los padres indicandoles a estos últimos la forma de efecturla y su frecuencia.

Actualmente el paciente debe elegir entre una gran variedad de diseños de cepillos, de preferencia se recomienda que sean de cabeza angosta y se sugiere, el uso de pastas dentifrías, el hilo dental y el uso de enjuagues que contengan fluoruros.

FLUORUROS:

No hay duda de que la fluoración del agua es la más efectiva, eficiente y económica de todos los medios conocidos para la prevención de la caries dental, los métodos alternativos para la provición de fluoruros sistemicos, deja mucho que desear, ya que lamentablemente no se dispone de agua fluorada en la mayor parte de la república.

El tratamiento tópico con fluoruro se refiere al uso de sistemas que contengan concentraciones relativamente grandes de fluoruros que se aplican de forma local o tópicamente, a las caras erupcionadas de los dientes para prevenir la formación de caries dental.

Así mismo, comprenden el uso de enjuagatorios, dentifríos, pastas geles y soluciones con fluoruros que se aplican de distintas maneras.

PROGRAMA PARA EL HOGAR.

El programa de prevención para el hogar consta de una cantidad de medidas que tienen por objeto ser utilizados por el paciente dentro de los confines de su casa.

En efecto, estos procedimientos presentan la contribución del paciente a la prevención de las enfermedades dentales; estas medidas son las siguientes:

- 1.- La práctica de una higiene bucal correcta.
- 2.- El uso de dentifrícos (enjuagatorios cuando esten indicados) que fluoruros.
- 3.- El ejercicio de un control de dieta adecuada.
- 4.- El control médico de cualquier estado sistémico con potencial dañino para las estructuras bucales.
- 5.- El cumplimiento de todas las citas dentales periodicamente.
- 6.- Incluir en la dieta alimentos ricos en fluor.

C A P I T U L O I X

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

En la actualidad se, ha incrementado en gran número el problema de caries en niños por tal motivo la elaboración de esta tesina y el desarrollo de estos cuatro casos clinicos está enfocado a uno de tantos factores que contribuyen al proceso carioso.

La investigación realizada en la presente tesina nos lleva a la conclusión de que el factor más importante para el desarrollo del síndrome de biberón es: el agregado de azúcares en el biberón del niño ya que esto es perjudicial si se mantiene por períodos prolongados en la boca (principalmente en las noches cuando este se encuentre durmiendo).

Está comprobado que el biberón no se le da al niño con fines nutricionales sino para inducirlo a que se duerma cuando es conveniente (o deseable) para los padres.

Por lo tanto es importante que exista una relación interdisciplinaria entre el Cirujano Dentista, el Pediatra y el Médico de práctica general para brindarles una mayor información a los padres.

Así como realizar campañas de prevención en las escuelas (Kinder y primaria) en instituciones públicas de salud (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) y principalmente en guarderías ya que a ellas asisten por lo general niños que se alimentan por biberón.

Se debe informar y orientar a los padres o a la persona que tenga a su cuidado al niño, que debe limpiar los dientes y las encías después de cada comida con una gasa o toallitas, con el objeto de remover la placa.

Está práctica debe continuarse hasta que el niño le hallan erupcionado todos sus dientes temporales, apartir de esta edad empezará hacer uso del cepillo dental lo cual será enseñadó y realizadó por la mamá hasta que el niño adquiera la habilidad y la capacidad de realizarlo por sí soló.

Las aplicaciones tópicas de fluoruros deben llevarse a cabo para fortalecer el esmalte y prevenir el daño de los dientes.

De lo anterior cabe señalar la importancia que tiene dar información adecuada y oportuna a la mamá sobre el cuidado e higiene dental del niño.

C A P I T U L O X

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

- 1.- Anders Thylstrup, Ole Fejerskou, Caries, Ediciones Dovma, 6 edición, Barcelona España, 1988.
- 2.- Beatriz Hernandez Alvarez, Indice de niños con síndrome de biberón en noveno seminario de titulación, México, D.F., 1992.
- 3.- Bengt O. Magnussón, Odontopediatria enfoque sistémico, Salvat Editores, 4 edición, Barcelona España, 1985.
- 4.- Donald J. Forrester, Mark L. Wagner, James Fleming, Pediatric Dental Medicine, Lea & Febiger, 1 edición, Filadelfia, 1981.
- 5.- Fermín A. Carranza, Juan A. Carraco, Periodoncia, Mundi Saic y F. 1 edición, Buenos Aires Argentina, 1978.
- 6.- Görau Koch, Thomas Modeer, Suen Poulsen, Per Rosmussen, Pedodontics, A Clinical, Approach, Munksgaard, 1 edición, Dinamarca, 1991.
- 7.- Irving Glickman, Periodontología Clínica, Interamericana, 6 edición, México, 1980.
- 8.- Jane Lindhe, Periodontología clínica, Panamericana, 3 edición, Buenos Aires Argentina, 1991.
- 9.- John, M. Davis, David B. Law, Thompson M. Lewis, Atlas de paidodoncia, Panamericana, 2 edición, Buenos Aires Argentina, 1984.
- 10.- J.R. Pinkham, Odontología Pediátrica, interamericana, 6 edición, México, 1991.
- 11.- Práctica Odontologica, Volumen 5, Número 6, México, Julio 1984.
- 12.- Peter Riethe, Rau Günter, Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador, Salvat Editores, 1 edición, Barcelona España, 1991.
- 13.-Ralph E. McDonald, David R. Avery, Odontología pediátrica y del adolescente, Panamericana, 5 edición, Buenos Aires Argentina, 1991.
- 14.-Raymond L. Braham, Merle E. Morris, Odontología Pediátrica. Panamericana, 1 edición, Buenos Aires Argentina, 1984.
- 15.-Robert J. Genco, Harry M. Goldman, Walter Cohen B., Contemporary periodontics. The C.V. Mosby Company, 6 edición, E.U.A. 1990.
- 16.-Sidney B. Finn, Odontología preventiva, Interamericana, 4 edición, México, 1976.
- 17.-Sigurd P. Ranfjor, Major M. Ash, Periodontologia y periodoncia, Panamericana, 1 edición, Buenos Aires Argentina, 1982.

18.- Simón Katz, James L. McDonald, George K. Stookey, Odontología preventiva en acción, Panamericana, 3 edición, México, 1990.