

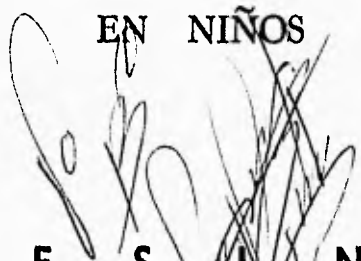
33  
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LA EXTRACCION DENTAL  
EN NIÑOS



T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA —

P R E S E N T A :

CESAR ARELLANO SOTELO —

Asesores: C.D. Víctor Manuel Barrios Estrada  
C.D. Mario A. Santana Gytoku



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**CESAR**

**A MIS PADRES, SOFONIAS ARELLANO E. Y ROSA SOTELO G.**  
LES DEDICO ESTA TESINA POR SU APOYO, AMOR Y CONFIANZA  
QUE ME HAN BRINDADO, LOS QUIERO MUCHO.

**A MIS HERMANOS: JORGE, ROGER Y HUGO, POR TODO SU**  
AMOR Y COMPRENSIÓN QUE HAN TENIDO CONMIGO.

**A LUCIA: POR EL GRAN AMOR, CARIÑO Y COMPRENSION QUE**  
ME BRINDO DURANTE LA CARRERA, POR SER UNA MUJER MUY  
ESPECIAL Y POR LO QUE SIGNIFICA PARA MI VIDA FUTURA.

**A MARIA ELENA Y MIRIAM. POR SU DESINTERESADA AMISTAD**  
CON TODO MI CARIÑO Y POR AQUELLOS MOMENTOS QUE HEMOS  
CONVIVIDO.

**A MIS TIOS: ALEX, MATILDE, TOÑA, LUISA, Y JAVIER  
POR CREER EN MI Y BRINDARME TODO SU CARÍO.**

**AL C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA.  
GRACIAS POR TODO EL TIEMPO, APOYO Y CONOCIMIENTOS  
QUE ME BRINDO, PARA LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO**

**AL C.D. MARIO A. SANTANA GYOTOKU.  
MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO POR SU APOYO CONFIANZA  
Y TODAS LAS FACILIDADES QUE ME OTORGO PARA LA ELABORACION  
DE MI TESINA.**

**A MIS AMIGOS  
POR SU AMISTAD Y POR TODO LO QUE HEMOS VIVIDO.**

**A LA UNAM:  
POR LA OPORTUNIDAD QUE ME BRINDO DE SER UN PROFESIONISTA.**

# "LA EXTRACCIÓN DENTAL EN NIÑOS "

## INDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	3
<i>I. CONSIDERACIONES GENERALES DEL PACIENTE INFANTIL</i>	
1.1. HISTORIA CLÍNICA	
a) Examen clínico .....	5
b) Evaluación radiográfica .....	7
c) Diagnóstico .....	8
d) Plan de tratamiento .....	8
II. ASPECTO PSICOLOGICO DEL NIÑO	
2.1. REACCIÓN A LA PRIMERA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA	
a) Reacción a la primera cita .....	9
b) Llanto en el consultorio dental .....	10
c) Reacción a la inyección .....	11
d) Reacción a la extracción .....	11
2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO .....	12
2.3. MANEJO DEL NIÑO .....	15
III. ANESTESIA LOCAL EN NIÑOS .....	17
IV. EXTRACCIÓN DENTAL EN NIÑOS .....	24
4.1. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES .....	24
4.2. INSTRUMENTAL .....	26
4.3. TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN EN DIENTES TEMPORALES	

a) Maxilar .....	27
b) Mandibula .....	29
c) Extracción quirúrgica de dientes temporales .....	30
4.4. ACCIDENTES EN LA EXTRACCIÓN DENTAL .....	31
<b>V. CUIDADOS POSOPERATORIOS</b>	
5.1. DIETA Y CUIDADOS .....	33
5.2. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN NIÑOS .....	34
<b>CONCLUSIONES</b> .....	36
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	37

## INTRODUCCIÓN

La extracción en los dientes primarios es una parte integral del ejercicio de la odontología que incluye a los niños.

Toda extracción dentaria en niños obliga a considerar no sólo aspectos técnicos, sino también a comprender plenamente qué significa para el niño la pérdida de su diente y a respetar las emociones que la intervención moviliza.

El temor, es el elemento principal, por lo cual es importante que el odontólogo haya llevado exitosamente el manejo del niño en el tratamiento dental.

El reconocimiento de una anomalía y el diagnóstico del estado son requisitos previos a la correcta solución de cualquier problema quirúrgico bucal. Por lo tanto, las buenas radiografías dentales así como la historia clínica son los principales puntos importantes para emprender cualquier tipo de cirugía.

Las radiografías son fundamentales como parte del diagnóstico y deben conservarse como registro permanente. El uso de antibióticos en los niños que requieren extracciones dentales es una consideración importante.

Uno de los pilares de la buena cirugía es la anestesia. En todos los procedimientos con los niños se prefieren los movimientos lentos, suaves y graciosos en oposición a los rápidos y bruscos. Esto es particularmente así durante las extracciones, lo cual nos llevara a un buen manejo del paciente y también a disminuir alguna complicación en la extracción dental.



## **INTRODUCCIÓN**

La extracción en los dientes primarios es una parte integral del ejercicio de la odontología que incluye a los niños.

Toda extracción dentaria en niños obliga a considerar no sólo aspectos técnicos, sino también a comprender plenamente qué significa para el niño la pérdida de su diente y a respetar las emociones que la intervención moviliza.

El temor, es el elemento principal, por lo cual es importante que el odontólogo haya llevado exitosamente el manejo del niño en el tratamiento dental.

El reconocimiento de una anomalía y el diagnóstico del estado son requisitos previos a la correcta solución de cualquier problema quirúrgico bucal. Por lo tanto, las buenas radiografías dentales así como la historia clínica son los principales puntos importantes para emprender cualquier tipo de cirugía.

Las radiografías son fundamentales como parte del diagnóstico y deben conservarse como registro permanente. El uso de antibióticos en los niños que requieren extracciones dentales es una consideración importante.

Uno de los pilares de la buena cirugía es la anestesia. En todos los procedimientos con los niños se prefieren los movimientos lentos, suaves y graciosos en oposición a los rápidos y bruscos. Esto es particularmente así durante las extracciones, lo cual nos llevara a un buen manejo del paciente y también a disminuir alguna complicación en la extracción dental.

En el presente trabajo se da una revisión de los pasos y procedimientos que se deben seguir para poder llevarlos al éxito en una extracción dental en niños, así como también sus cuidados que debemos tener antes, durante y después de la extracción dental en niños.

## CAPITULO I

### **CONSIDERACIONES GENERALES DEL PACIENTE INFANTIL.**

#### **1.1. HISTORIA CLINICA.**

La forma en que el profesional enfoca y conduce la primera visita puede ser decisiva para el futuro odontológico del niño. Una historia clínica completa, un examen minucioso, un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado, nos llevarán al éxito en el trabajo que realizaremos en el niño. (6)

El historial clínico debe contener los datos personales del niño y de sus padres (nombre, edad, domicilio, etc.) así como una descripción del síntoma o síntomas actuales. En este momento puede ser conveniente que el dentista de una rápida mirada a la situación oral del paciente antes de proseguir. La historia clínica debe contemplarse más como una conversación relajada que como un interrogatorio. Aunque existen impresos adecuados, una vez llenados, hay que proceder a realizar siempre una entrevista.

La historia completa del caso consta de una historia familiar- el objetivo es obtener cualquier información importante sobre la situación social del niño y lo que es más importante, sobre su trasfondo familiar. La historia médica- éste apartado de la historia consiste en ofrecer al dentista información sobre cualquier enfermedad importante que haya padecido. Historia dental- mediante la historia dental se deben revisar las experiencias del niño en servicios dentales. El tipo de tratamiento que ha recibido con anterioridad el pequeño paciente; incluida una descripción de las medidas de control del dolor y la percepción paterna de cuál ha sido la aceptación de las terapéuticas dentales previas por parte del niño constituye una importante información que permite que el dentista evalúe la conducta previa del niño en

la situación dental y puede poner de manifiesto procedimientos terapéuticos que han resultado especialmente traumáticos.

Como parte de la historia dental hay que identificar todos los factores de interés para la salud dental del paciente pediátrico, tales como los hábitos de higiene oral cotidiana, hábitos dietéticos y hábitos de succión.

La historia clínica también persigue la identificación de la etiología de afecciones raras, como caries rampante, atricción atípica, recesión gingival, etc., observadas durante la breve inspección inicial.

### ***Exploración clínica.***

La exploración clínica del niño comienza en el momento en que éste entra en la consulta dental. A partir de entonces, el dentista debe tomar nota de cualquier deformidad o limitación física importante de su paciente.

Exploración de la cabeza y cuello.- Esta parte de la exploración tiene como objeto detectar cualquier asimetría, aumento de volumen o defectos en la piel o en los labios. Hay que examinar la calidad del cabello, la superficie y el color de la piel y con otros signos, a fin de diagnosticar la posible existencia de trastornos del desarrollo. Hay que observar la relación entre los maxilares y si existen o no desviaciones durante sus movimientos de apertura y cierre.

Antes de proceder a la exploración intraoral el dentista debe observar cuidadosamente la parte exterior de los labios. En los niños, cualquier fisura totalmente inocua o una pequeña ulceración.

Exploración intraoral.- Por lo general, la exploración intraoral constituye el primer contacto del niño con los instrumentos dentales; por ello, el dentista debe optar, de entrada, por procedimientos sencillos para

acostumbrar al niño a la manipulación de la cavidad oral con espejos, sondas y otros instrumentos.

La cavidad oral debe explorarse de forma sistemática para evitar la omisión de cualquier aspecto importante.

La exploración de la mucosa debe examinarse comenzando por el interior de los labios y continuando hasta la mucosa del interior de las mejillas, incluidos también los surcos alveolares superior e inferior. El paladar se inspecciona con la ayuda de un espejo; la mucosa de la lengua y el piso de boca se examinan retrayendo cuidadosamente la lengua.

Durante la exploración de la mucosa oral, que puede incluir una fase de palpación, hay que comprobar la existencia de ulceraciones, cambios de coloración de la superficie, zonas hinchadas o fistulas. Al examinar los procesos alveolares debe prestarse especial atención a cualquier pequeña zona inflamada o retracción del margen gingival, que puede reflejar un proceso patológico interradicular. (5)

#### ***Evaluación Radiográfica.***

No hay duda en cuanto a que todo examen buco dentario sin radiografías es incompleto y todo plan de tratamiento basado solamente en la inspección clínica nos expone a sorpresas poco agradables.

La radiografía tiene una importancia enorme tanto para el diagnóstico y prevención.

Por lo tanto, por medio del examen clínico podemos encontrar la información necesaria sobre el estado del paciente aunque la mayoría de veces es necesario apoyarse en un estudio radiográfico.

Un examen radiográfico completo en niños puede obtenerse con los siguientes tipos de radiografías: Radiografías periapicales, panorámicas, oclusales, lateral de cráneo y radiografías de aleta mordible.

#### ***Diagnóstico.***

La información recabada en el examen clínico y el radiográfico permite establecer un diagnóstico. En ocasiones se llega a necesitar auxiliares del diagnóstico como lo son las puebas de laboratorio, modelos de estudio.

El diagnóstico se refiere a cualquier padecimiento que afecta a la salud bucal del paciente a de cualquier anomalía que altere el desarrollo dental. El diagnóstico define el problema para el cual se debe planear el tratamiento más adecuado a las necesidades del paciente. (1)

#### ***Plan de Tratamiento.***

Para la mayoría de los pacientes, ningún plan de tratamiento es totalmente el ideal. Se deben considerar varias alternativas, con base a la salud, economía familiar, cooperación y los beneficios anticipados del tratamiento.

Es imprescindible valorar la cooperación y participación de la familia en el tratamiento. La terapéutica dental es un esfuerzo de cooperación y participación, y su éxito radica en mantenerla a nivel personal y profesional. El manejo de la conducta es determinante para que no fracase el plan de tratamiento en general. (7)

## CAPITULO II

### *ASPECTO PSICOLÓGICO DEL NIÑO*

#### *2.1. REACCIÓN A LA PRIMERA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.*

El éxito de la práctica odontológica en niños depende no solo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del infante. La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores; en estos casos el profesional deberá apoyar su conducta. Sin embargo, cuando un niño no coopera, dicha conducta debe ser modificada y controlada.

Hay muchos factores que influyen sobre las actitudes de un niño hacia la odontología y su conducta en el medio ambiente odontológico.

La visita odontológica provocará un cierto grado de aprensión o ansiedad en casi todos los niños, quienes pueden experimentar no solo temor de posible dolor ó daño y miedo a lo desconocido, sino también un temor de separación de la madre.

Los niños responden a situaciones de stress enfrentándolas. Hacer frente a una situación incluye los procesos mentales y emocionales internos de un individuo y sus respuestas de conducta externas, y pueden ser estimuladas por sucesos externos o por conflictos internos. Sin embargo, la conducta externa es la única respuesta que los dentistas pueden observar, y que comúnmente logra ser evaluada. Un niño puede responder a una visita odontológica por una dominación activa aceptandola pasivamente, o rechazando la situación. No es la ansiedad lo que determina el tipo de paciente sino la manera de asumir sus miedos.

La mayoría de los niños que enfrentan una visita odontológica demostrarán una conducta de acuerdo con sus edad y nivel de madurez emocional. Algunos responderán recurriendo a una conducta no cooperadora ó interruptiva. Pueden ser simplemente demasiado pequeños y emocionalmente inmaduros, como para comprender la necesidad del tratamiento odontológico. Para otros niños, podría estar faltando la disciplina parental; o contrariamente, ser demasiado severa. En cualquier caso de la madurez emocional y la capacidad de asumir nuevas situaciones por el uso de una conducta aceptable, pueden estar impedidas. Los niños mayores, quizá desarrollaron temor al tratamiento odontológico porque sus padres se lo transmitieron inadvertidamente sus temores, ó por haber escuchado historias sobre la odontología de sus parientes. Ellos podrían estar asustados por experiencias previas en el consultorio dental. Los temores que un niño adquiere por la sugerencia de otros, son llamados *temores subjetivos*; y aquellos que resultan de una verdadera experiencia son llamados *temores objetivos*.

#### ***Llanto en el consultorio dental.***

No es raro encontramos con un niño que lloró en el sillón dental, sin embargo, no todo el llanto deberá comunicar el mismo significado al odontólogo. Elsbach (9), ha descrito cuatro tipos de llanto en los niños: el llanto obstinado, el llanto de temor, el llanto por daño y el llanto compensatorio. Es muy indispensable aprender a diferenciar estos tipos de llanto.

El niño que tiene un berrinche para impedir el tratamiento muestra un llanto obstinado; el cual es fuerte, de tono agudo y ha sido caracterizado como una sirena.



El llanto por temor está comúnmente acompañado por un torrente de lágrimas y sollozos convulsivos, como buscando aire. El odontólogo debe ayudar al niño para que éste pueda enfrentar mejor la situación.

El llanto por daño puede ser fuerte, el cual va acompañado por un pequeño lloriqueo. La primera indicación de que el niño está incómodo por el dolor causado, puede ser una sola lágrima que corre por su mejilla. Cuando se reconoce que el niño está con dolor, hay que detener el procedimiento odontológico y lograr un control satisfactorio de éste.

El llanto compensatorio, no es realmente un llanto, sino como un zumbido monótono que el niño emite para amortiguar el ruido efectuado durante el tratamiento.

#### ***Reacción a la inyección.***

A través de las experiencias en el tratamiento dental, la mayoría de los odontólogos están al tanto de que la inyección de anestésicos locales producen la incidencia más alta de conducta interruptiva en los niños. En estudios que se han realizado, se ha informado que la incidencia más alta de conducta no cooperadora durante las visitas de los niños para el tratamiento dental, ocurrió durante la fase de la inyección en el tratamiento.

#### ***Reacción a la extracción.***

Durante mucho tiempo se ha reconocido que la extracción de un diente en un niño, es uno de los procedimientos odontológicos que provoca más ansiedad; en estudios realizados se ha visto que el comportamiento de los niños en la extracción dental se adecua más a una edad inferior de la que tenían en ese momento; algunos lloraban mientras otros se negaban a hablar después de la extracción. (9)

Toda extracción dentaria en niños, obliga a considerar no sólo aspectos técnicos, sino también a comprender plenamente lo que significa para el niño la pérdida de su diente y a respetar las emociones que la intervención moviliza.

Pensar que el niño es demasiado pequeño para decirle lo que se le va a hacer, ó que no entiende, es subestimar su capacidad de captación; y mentirle es una amabilidad mal orientada, simple estúpidez, engaño y hasta brutalidad.

La pérdida de un diente, tanto el que debemos extraer lejos de la época normal de recambio así como el que se esta cayendo, sólo constituye una herida narcista que rompe la integridad del esquema corporal, justamente en la zona de más profunda y temprana significación en la evolución psicoemocional. (4)

## **2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.**

Si bien, tanto el padre como la madre juegan papeles muy importantes en el desarrollo psicológico de sus hijos; el análisis ha sido puesto sobre el papel de la madre. Esto es debido a que las madres tienen generalmente más contacto con sus hijos que los padres y a que se especula que las relaciones madre-niño son más íntimas que las de padre-niño, aunque en ciertas ocasiones puede ser a la inversa.

Algunas de las actitudes maternas pueden afectar adversamente la personalidad en desarrollo del niño y ésto a su vez pueden conducirlo a mostrar una conducta inapropiada en el consultorio dental.

El ambiente hogareño es un factor importante en el desarrollo de la personalidad de un niño y sus patrones de conducta. De especial interés es

la relación entre la madre y el niño. Las actitudes maternas pueden influir directamente en el niño antes del nacimiento. El patrón de la relación madre-niño durante la niñez temprana, ejerce una profunda influencia sobre el desarrollo de la personalidad del niño, y afecta la manera en que responderá a una nueva situación o a situaciones exigentes.

La aceptación (amor), versus rechazo (hostilidad) y la auto versus (el control), son considerados por algunos como los parámetros de actitudes más importantes de la relación madre-niño. Entre estas formas de conductas, existen la sobreprotección, la sobre indulgencia, la carencia afectiva, el rechazo y el autoritarismo.

La ansiedad materna parece ser un factor primario que influye en la ansiedad de un niño en el consultorio dental. Sin embargo, las técnicas de manejo apropiadas, instituidas por el odontólogo, pueden modificar las relaciones del niño hacia la odontología. (9)

#### ***Etapas preescolares.***

El éxito en el manejo del paciente no sólo es fundamental para llevar a cabo los procedimientos del tratamiento, sino que es aún más importante para establecer un fundamento para la futura aceptación de la odontología como un servicio de salud.

Con el objeto de obtener una relación con el niño preescolar y realizar las operaciones odontológicas, es necesario tener cierta idea de su lenguaje y su desarrollo motor y social. El utilizar este conocimiento, acompañado de una relación gradual y un constante refuerzo de la conducta, traerá como resultado un condicionamiento positivo.

Sin duda, con un niño pequeño, es aconsejable que el padre y la madre estén presentes, ya que el niño de 2 a 3 años de edad llega a necesitar de su presencia; sin embargo, hay dentistas que prefieren excluir a los padres si el niño no coopera.

#### ***Etapas escolar.***

Los niños durante el periodo de la dentición mixta, entre las edades de 6 y 12 años, son generalmente más susceptibles de razonar que sus contrapartidas más jóvenes; en consecuencia, se encuentran menos problemas en el manejo de su conducta; pero al igual que los niños preescolares, es sumamente importante establecer una relación y seguir principios del conocimiento con los niños de edad escolar, con un nivel más elaborado. La verbalización puede efectuarse de un modo más adulto con los niños de edad escolar, y la escuela es el tema de conversación más favorito. Un niño de edad escolar no cooperador puede ser más difícil de manejar que un preescolar, porque el problema emocional ha tenido más años para desarrollarse. Es extremadamente importante en estos casos dedicar más tiempo para conocerse y lograr la confianza del paciente.

#### ***Etapas adolescente.***

El manejo de los problemas de los pacientes odontológicos adolescentes, probablemente se encuentren en el tipo de la falta de cooperación en las recomendaciones para los cuidados en la casa y en el no cumplimiento de las citas, más que en una negativa franca al tratamiento o una expresión de ansiedad en forma de berrinches.

El adolescente se caracteriza por un deseo de independencia personal o una aversión frente a la autoridad del adulto.

Al reconocer estos hechos, el dentista puede estructurar el manejo del paciente adolescente de manera de evitar problemas innecesarios. El

esfuerzo de una buena conducta, la relación paso a paso y la cortesía, ayudarán a crear una relación favorable entre el dentista y el paciente. (2)

### 2.3. MANEJO DEL NIÑO.

#### ***Experiencia previa a la cita.***

La visita preliminar consiste en llevar al niño a un consultorio dental para realizar un recorrido y una orientación. De antemano se explicará al paciente que ese día absolutamente nada se llevará a cabo. El niño tiene la oportunidad de conocer a la recepcionista, a la(s) asistente(s) y al dentista. Cuando las cosas evolucionan de manera satisfactoria, es posible mostrar y explicar en términos comprensibles para el infante ciertas partes del equipo dental como la "pistola de aire y agua" (jeringa triple) ó "el avión" (la pieza de mano).

#### ***Decir, Mostrar y Hacer.***

Este método equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante. La técnica es sencilla y a menudo funciona. Antes de comenzar cualquier maniobra, a de explicarse al niño lo que se le hará, después se simula que ocurrirá antes de iniciar el procedimiento.

#### ***Control mediante la voz.***

Este método requiere del dentista más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la intención de confianza, seguridad y amistad. La expresión facial del dentista también debe reflejar ésta actitud de confianza; de hecho, él puede controlar con la voz sólo mediante su expresión facial.

***Mano sobre la boca.***

En éste método, el dentista coloca su mano sobre la boca de un niño que llora de forma histérica. Con esto controla los berrinches y otros ataques de ira; ha de usarlo con el control con la voz. Este sistema funciona de manera confiable en varios tipos de personalidad infantil.

La técnica no busca asustar al niño, intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al dentista.

***Restricción física.***

En sentido literal, significa físicamente los movimientos inapropiados del niño durante un tratamiento dental. Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales. Esta técnica se emplea durante la cita, se limita a los niños inmanejables.

***Felicitar y comunicar.***

Estos dos términos se explican por sí solos. Toda la gente, incluso los niños, reaccionan de manera favorable a las felicitaciones. Así mismo, la odontología pediátrica eficaz equivale a una comunicación eficiente del dentista con el niño y viceversa. (7)

## CAPITULO III

### **ANESTESIA LOCAL EN NIÑOS**

Hay un acuerdo general en que uno de los aspectos más importantes en la orientación de la conducta del niño es el control del dolor. Si los niños sienten dolor durante los procedimientos operatorios o quirúrgicos, su futuro como paciente dental puede ser dañado. Por lo tanto, es importante en cada visita reducir la molestia al mínimo y controlar las situaciones dolorosas. (6)

Antes de introducir la anestesia local, es necesario tener conciencia de las actitudes del niño a la misma; recabar ésta información es parte importante del registro de la historia. Al niño con experiencia previa de inyección y cuyas actitudes del niño sean favorables, o al que carece de las mismas pero que muestra conducta cooperadora, se le puede introducir analgesia local en cualquier momento. Por otra parte, es preciso abordar de otra manera al niño temeroso; el primer objetivo siempre debe ser aliviar sus miedos.

Con cuidado y paciencia puede administrarse una inyección indolora, pero no es posible evitar las extrañas sensaciones de la anestesia local que causan considerable ansiedad a ciertos pacientes. (1)

Entre los requerimientos básicos para una buena técnica de anestesia local se cuentan:

1. Una historia clínica adecuada para asegurar que el niño pueda soportar físicamente el procedimiento de la anestesia local.
2. Un conocimiento del tipo de anéستico más apropiado para la operación específica que se va a realizar.
3. Conciencia del tipo de inyección requerido para cumplir con el objetivo de la anestesia.

4. Agujas estériles y afiladas.
5. Una técnica que minimice el temor del niño y lo condicione favorablemente para los tratamientos futuros.

El anestésico de elección es aquel que sea menos tóxico, más profundo y de la más breve duración para procedimientos que se tengan que realizar. Los efectos colaterales tales como mordeduras pueden aparecer si el anestésico es de duración muy prolongada.

La aceptación del anestésico local por parte el niño puede obtenerse mejor si el operador hace todos los movimientos con gracia y con sentido de seguridad. El odontólogo debe prevenir al niño, preferiblemente inmediatamente antes de la inyección de manera que no haya mucho tiempo para que éste especule sobre los instrumentos. El operador debe ofrecer reaseguramiento e inspirar confianza a pesar de que el hecho pueda experimentar ciertas molestias. (2)

#### ***Anestesia tópica.***

Se usa para amortiguar la molestia que se asocia con la inserción de la aguja en la mucosa oral. No obstante, la habilidad del dentista para interactuar con los niños a fin de distraerlos e incrementar la capacidad de sugestión hacia el manejo de sus ansiedades, puede superar los inconvenientes de anestesia tópica. en consecuencia, se aconseja un anestésico tópico de benzocaina con buen sabor y disponible en forma de gel, pues ésta presentación facilita su aplicación.

El tejido se seca y se aísla de modo adecuado con una gasa de algodón; se debe aplicar a la mucosa un poco de anestesia tópica con un hisotopo de algodón. El tiempo para que éste anestésico alcance su eficacia máxima puede variar desde 30 segundos hasta cinco minutos. Aunque las



reacciones tóxicas a la anestesia tópica son raras, es indispensable evitar cantidades excesivas.

***Consideraciones generales del anestésico local.***

Los potenciales de acción que penetran en una zona de tejido nervioso anestesiado de manera apropiada se bloquean y no transmiten información al sistema nervioso central.

La eficacia de la anestesia local depende de su concentración en un segmento del nervio; cualquier excedente inútil y potencialmente riesgoso fuera de una cantidad fija necesaria para bloquear los impulsos neuronales. Es más probable que la falta de anestesia se deba a un error del operador al no colocar la solución suficientemente cerca del nervio o variantes anatómicas.

La infección y la inflamación local pueden modificar la fisiología del tejido que causa liberación de sustancias neuroactivas ( p. ej. histamina, cininas y prostaglandinas) y disminución del pH. Estos cambios reducen la solubilidad líquida del anestésico e interfieren con su penetración al tejido nervioso.

Anatómicamente se puede obtener anestesia local por alguno de los siguientes medios:

1. El bloqueo nervioso; que consiste en aplicar el anestésico en o cerca del tronco nervioso principal. Esto provoca una zona amplia de anestesia hística.
2. El bloqueo del campo; que es la colocación del anestésico en ramas secundarias del nervio principal.
3. La infiltración local o depósito del anestésico en ramas terminales del nervio.

La difusión adecuada del anestésico local, ésta técnica ocurre con facilidad en niños, porque sus huesos son menos densos que los de los adultos.

Los anestésicos locales usados en odontología se clasifican en ésteres y amidas. Estas últimas se emplean más por sus características alergénicas menores y un potencial mayor en concentraciones menores. La concentración de los agentes varía y se debe tener cuidado para evitar sobredosis.

#### ***Técnica del operador.***

La comunicación es importante y necesaria, en un lenguaje con el niño que pueda entender. Es posible que el dentista tenga que modificar sus expresiones para ajustarse al nivel de comprensión del niño al hablar sobre la inyección; por ejemplo, podría decirte que el diente se irá durmiendo luego de que sienta un pequeño pellizco. El dentista no debe negar que la inyección puede lastimar, pues tal negación quizá cause que el niño pierda la confianza y seguridad.

La contrairritación, distracción y administración lenta, pueden aminorar la molestia de la inyección. La primera se refiere a la aplicación de estímulos vibratorios o presión moderada sobre el área contigua al sitio de la inyección. Estas acciones tienen un fundamento físico y psicológico para modificar el estímulo nocivo. Se puede lograr la distracción mediante un monólogo constante con el niño y alejando su atención de la jeringa. El operador siempre debe aspirar y cambiar la profundidad de la aguja de ser preciso, antes de inyectar con lentitud el anestésico. El período para depositar un solo cartucho debe ser al menos en un minuto. Las inyecciones rápidas tienden a causar más dolor por la expansión histérica súbita; también aumentan la posibilidad de una reacción tóxica si se aplica en forma inadvertida la solución en un vaso sanguíneo.

La función de el asistente dental es muy importante durante el manejo de la jeringa y la anticipación de los movimientos del paciente. La mano con la cual se recibe la jeringa se extiende cerca de la cabeza o cuerpo del niño. La jeringa se ubica entre los dedos índice y medio, y el asistente pasa el anillo del émbolo sobre el pulgar del dentista. Después el asistente retira la cubierta plástica que protege la aguja y con visión periférica el odontólogo guía la jeringa hacia la boca en un movimiento suave y uniforme

Es preciso anticipar movimientos reflejos de la cabeza y el cuerpo del niño. Se puede estabilizar la cabeza sosteniéndola con la mano del dentista. El asistente extiende su brazo para interceptar movimientos potenciales de brazo y cuerpo del niño. Con su mano libre el dentista retrae el tejido blando que recibirá la inyección. También puede usarla para bloquear la visión del niño conforme acerca la jeringa a la boca. Una vez que la aguja penetra en el tejido, no debe retirarse ante las reacciones del niño.

#### Anestesia de molares superiores primarios.

Al anestesiar los primeros molares superiores, la aguja ha de penetrar el pliegue mucogingival en vestibular e insertarse a una profundidad cercana a los ápices vestibulares de éstos; conviene depositar la solución junto al hueso. Es posible anestesiar los molares superiores permanentes con un bloqueo del nervio alveolar posterior o mediante infiltración local.

#### Anestesia para incisivos y caninos.

De manera general para anestesiar los dientes anteriores primarios se usa la infiltración vestibular. Se inserta la aguja en el pliegue mucovestibular hasta una profundidad cercana a los ápices. El bloqueo infraorbitario es una técnica que puede usarse en lugar de la infiltración local para los dientes anteriores. Se inserta la aguja en cualquier sitio del pliegue mucovestibular entre el incisivo lateral y el primer molar primario, se aproxima al hueso hasta la profundidad cercana al agujero infraorbitario. Por palpación se conoce con

facilidad dicho agujero como una hendidura sobre el reborde infraorbitario y se deposita la solución lentamente.

#### *Anestesia del tejido palatino.*

Estos bloqueos son doloroso y ha de tenerse precaución a fin de preparar de forma adecuada al niño. Debe infiltrarse una gota del anestésico en el tejido palatino a nivel del ápice observándose una isquemia.

#### *Anestesia para dientes inferiores.*

La ubicación del agujero del conducto dentario inferior en la porción lingual de la mandíbula, cambia por remodelación en sentido más superior que el plano oclusal conforme el niño madura hacia la edad adulta. El agujero se localiza en ó un poco arriba del plano oclusal durante la dentición primaria. En adultos promedia de 7mm. por arriba del plano oclusal. El agujero se encuentra casi a la mitad de distancia entre los bordes anterior y posterior de la rama de la mandíbula.

Para bloquear el nervio dentario inferior, se solicita al niño que abra la boca tanto como pueda, la yema del pulgar se ubica sobre la hendidura coronoidal del borde anterior de la rama y se colocan los dedos en el borde posterior de la misma. Se inserta la aguja entre la cresta oblicua interna y el rafé pterigomandibular. La jeringa se coloca sobre los dos molares primarios inferiores en el lado contrario de la arcada y paralelo al plano oclusal. Se avanza la aguja hasta tocar hueso, se completa la aspiración y se depósita la solución en forma lenta.

#### *Complicaciones de la anestesia local.*

Pueden ser locales y sistémicas. Las primeras incluyen traumatismos masticatorios, hematomas, infecciones, daño nervioso por la aguja en el tejido blando. Estas complicaciones pueden ser mínimas si se aspira, se disminuye la desviación de la aguja y se alerta a los padres y al paciente de

que el tejido permanecerá anestesiado hasta por 1 o 2 horas después del procedimiento.

Las complicaciones sistémicas incluyen reacciones alérgicas e insuficiencias cardiovasculares y del sistema nervioso central (SNC). Las reacciones del SNC a los anestésicos locales son complejas y dependen de las concentraciones plasmáticas; varían desde un mareo, visión borrosa, ansiedad y hasta temblores, convulsiones, depresión del SNC y la muerte. El efecto primario de los anestésicos locales sobre el corazón es depresión del miocardio.

El tratamiento de la sobredosis depende de los síntomas, signos o ambos. Las reacciones ligeras requieren tranquilizar al paciente y concluir el tratamiento. Las reacciones graves exigen oxígeno complementario y apoyo de ventilación. (5, 7)

## CAPITULO IV

### **EXTRACCIÓN DENTAL EN NIÑOS**

#### 4.1. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La extracción dental en niños sigue los mismos principios generales que en la extracción en el adulto. Sin embargo, en el niño hay que modificar las técnicas y abordajes, debido a las condiciones de crecimiento y desarrollo físico y psicológico. (5)

Las *indicaciones* para extracciones en niños están regidas por los mismos principios que la de los permanentes.

Estamos con quienes sostienen que la extracción de los dientes temporales debe ser demorada todo lo posible, hasta acercarse a la época en que cronológicamente deben ser reemplazados.

Por consiguiente, las indicaciones para la extracción de los dientes temporales estarán dadas por las siguientes razones:

- Dientes connatales y neonatales: Si la presencia de dientes neonatales representa un riesgo de aspiración, autotraumatismo de la lengua y labios, o lesión del pezón de la madre durante la lactancia, hay que practicar su extracción precoz.

- Dientes anquilosados. En la dentición de dientes temporales se observa con frecuencia molares anquilosados. En la dentición permanente jóvenes son bastante raros y constituyen más bien una complicación tardía de luxaciones traumáticas. Los factores que aconsejan la necesidad de extraer este tipo de dientes son la infraposición, la erupción tardía del sucesor y la inhibición del crecimiento del reborde alveolar.

- Dientes temporarios que por cualquier circunstancia no puedan ser tratados por los procedimientos dentales conservadores.

- Complicaciones inflamatorias de la caries con necrosis pulpar.

- Retardo en la caída del temporario y su persistencia, cuando por la edad del paciente y en el examen radiográfico se comprueba la existencia del diente permanente.

- La persistencia del temporario por fuera de la época normal de erupción del permanente, hace que éste ocupe posiciones viciosas en el maxilar; lo mismo hay que decir de las raíces temporarias, cuya persistencia provoca desviaciones de los dientes permanentes, maloclusiones y caries en éstos dientes.

- El diente temporario, en relación y vecindad con un proceso tumoral en los molares. (5, 8)

#### ***Contraindicaciones.***

Respecto a las contraindicaciones de los dientes temporarios tenemos:

- No se debe extraer un diente temporario antes de la época de su caída normal.

- Cuando un diente temporario no presente ninguna movilidad en la época en que normalmente debe ser reemplazado, no se extraera jamás, antes de haber verificado que el permanente reemplazara, existe y esta próximo a hacer erupción.

- Todo diente temporario en retención total en la época normal de su caída debe ser extraído para permitir la evolución del permanente.

- Cada vez que sea necesaria la extracción precoz de un diente temporario, debe tenerse presente que hay que mantener el espacio producido por dicha extracción.

- Se puede extraer un diente temporario cuando es acuñado e impulsado dentro del hueso por la presión de los dientes vecinos. (8)

#### **4.2. INSTRUMENTAL**

Muchos dentistas deciden emplear los mismos instrumentos quirúrgicos para el niño y el adulto. Sin embargo, la mayor parte de odontopediatras y cirujanos maxilofaciales prefieren los fórceps pediátricos como los números 150 S y 151 S por los siguientes motivos:

- Su tamaño menor permite colocar más fácil el instrumento en la boca pequeña del niño.
- Los fórceps pediátricos pueden esconderse en la mano del operador.
- Los extremos de trabajo (bocados) más reducidos se adaptan con mayor precisión a la anatomía de los dientes primarios.

Para la extracción de las raíces de los dientes temporarios nos valemos muchas veces, de cucharillas como la de Black, que actúan como lo hacen los elevadores.

La selección de instrumental también dependería de consideraciones peculiares al niño y adolescente. El uso de fórceps mandibulares tipo cuerno de vaca, esta contraindicado para dientes primarios por la lesión potencial a premolares en desarrollo. Debe de tenerse mucha precaución con el empleo sistemático de elevadores y fórceps junto a restauraciones grandes como coronas de acero inoxidable y aquéllas contiguas a dientes unirradiculares en erupción que pueden desalojarse con facilidad al usar la fuerza más leve. (7)

#### **4.3. TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN DE DIENTES TEMPORALES**

La técnica de extracción en niños, es similar a la del adulto. La diferencia principal radica en el manejo del paciente; es fundamental que el dentista dedique al niño un momento para describir por completo y con precisión el procedimiento que va a seguir.



La extracción ha de comenzar con anestesia tópica y local adecuadas. El dentista debe asegurarse de obtener anestesia profunda, porque si el niño siente dolor, puede perder la confianza e impedir la conclusión del procedimiento. Justo antes de la extracción, el dentista ha de colocar las yemas de los dedos índice y pulgar en esa área y demostrar al niño los tipos de presiones y movimientos que sentirá. Ésta presión digital ha de efectuarse con firmeza suficiente como para mover la cabeza del niño de un lado a otro sobre el cabezal.

Para evitar que el niño aspire o degluta cuerpos extraños durante el tratamiento dental, se debe colocar al niño en el sillón, de tal manera que el maxilar se ubique en un ángulo menor de 45° con respecto al piso. Si el operador prefiere un ángulo mayor, debe considerar la colocación de un empaque pequeño de gasa en la porción posterior de la boca o realizar la extracción usando dique de hule.

El dentista tiene que situarse donde domine con facilidad los instrumentos, que cuente con visibilidad conveniente al sitio quirúrgico y controlar la cabeza del paciente. La mano pasiva del operador se ubica entonces en la boca del paciente. La función de ésta mano consiste en ayudar a controlar la cabeza del niño, apoyar el maxilar en tratamiento, permitir retracción de carrillos, labios y lengua a partir del campo quirúrgico y palpar el proceso alveolar, así como los dientes contiguos durante la extracción.

Una vez que se establecen las posiciones adecuadas del operador y de su mano dominante, se puede comenzar la extracción. (7)

#### ***Extracción de dientes del maxilar superior.***

Una vez que el operador tiene todo preparado y su posición adecuada, se procede a hacer la extracción del diente. Se usa un

instruemnto como una cureta dental o elevador de perióstio para separar la inserción epitelial del diente por extraer. Después se puede emplear elevadores convenientes para luxar el diente, pero con suma precaución a fin de no dañar los tejidos vecinos o subyacentes. Entonces se colocan las pinzas adecuadas en el diente por extraer, por lo general asentando primero el bocado lingual o palatino y luego rotando el vestibular hacia la posición conveniente. Durante toda la técnica es necesario aplicar presión apical firme sobre las pinzas. Luego se efectúa la extracción usando la técnica apropiada con fórceps.

Luego de extraer al diente, se observa el sitio quirúrgico y con una cureta se palpa y evalúa el alveolo sin intentar rasparlo. Si se presenta una lesión patológica como quiste o granuloma periapical en el ápice de un alveolo dentario permanente, debe enuclearse con cuidado. La manipulación agresiva con cureta en el alveolo primario no esta indicada por el peligro de dañar el germén del diente sucedáneo. La primera preocupación posoperatoria es obtener hemostasia mediante un empaque intrabucal de gasa. En el niño muy pequeño, anestesiado y sedado con profundidad, se debe usar un empaque que salga de la boca a fin de impedir la deglución de la gasa.

#### Extracción de dientes anteriores superiores.

Tanto los incisivos centrales, laterales y caninos superiores primarios, así como los permanentes, tienen raíces únicas con forma cónica. Esto los hace menos susceptibles a fracturas y pueden efectuarse movimientos de rotación durante la extracción en contraste a los dientes multirradiculares.

#### Extracción de molares superiores.

Por su configuración y el debilitamiento potencial de sus raíces, como consecuencia de la erupción del diente permanente, no es raro que ocurra fractura radicular en los molares superiores.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
FACULTAD DE DENTISTIA  
CATEDRA DE ORTOFONIA

Otra consideración importante, es la relación de las raíces del molar primario con la corona del premolar sucedáneo. Si las raíces rodean la corona, puede ocurrir la extracción accidental de premolar junto con el molar primario.

Después de separar la inserción epitelial, se usa un elevador recto para luxar el diente. Se termina la extracción con pinzas superiores universales. Primero se hace el movimiento palatino, seguido por desplazamientos vestibulares y palatinos en forma alterna, con fuerza leve y continúa aplicada a las pinzas. Esto permite la expansión del hueso alveolar para poder extraer sin fracturas el molar primario con sus raíces divergentes.

#### ***Extracción de dientes temporales de la mandíbula.***

Se sigue el mismo procedimiento que utilizamos ó realizamos en la extracción de los dientes del maxilar superior.

#### **Extracción de dientes anteriores inferiores.**

Los incisivos, laterales y caninos inferiores son dientes unirradiculares. Por tal motivo, es preciso tener mucha precaución para que con el elevador y los fórceps no se aplique fuerza alguna sobre los dientes contiguos, pues su luxación es posible. Esto también permite hacer movimientos de rotación durante la extracción; después se aplica fuerza continua y lenta de movimientos alternativos vestibulares y linguales, y así poder retirar con facilidad éstos órganos dentales.

#### **Extracción de molares inferiores.**

Al extraer molares inferiores, se debe tener cuidado para no lesionar las articulaciones temporomandibulares. Luego de luxar con un elevador recto, se usa un fórceps para extraer el diente con los mismos movimientos vestibulares y linguales utilizados para los molares primarios superiores. (7, 8)

### ***Extracción quirúrgica de dientes.***

#### **Dientes anquilosados.**

Los dientes primarios anquilosados son frecuentes en niños, requieren una mención especial a causa de su potencial quirúrgico. Primero se elimina la corona haciendo un corte horizontal con fresa redonda, justo por debajo del borde cervical de la corona e insertando un elevador para fracturarla. Se rodean entonces las porciones restantes del diente con la ayuda de una fresa del número 8, eliminando hueso hasta que sea posible la extracción del diente.

#### **Dientes retenidos.**

La eliminación de los dientes primarios retenidos o no erupcionados en los pequeños, a veces es necesaria. Los dientes que han sido traumatizados pueden estar obstruyendo el progreso de los dientes permanentes.

El enfoque quirúrgico a estos problemas deben incluir la creación de un colgajo mucoperiostico adecuado para no dañar la irrigación seguida de la eliminación conservadora de hueso. Una vez que el diente es descubierto, se hace el seccionamiento para facilitar la extracción. Los bordes del hueso remanente son alisados con limas y los cierres se hacen con seda o catgut reabsorbible.

#### **Dientes supernumerarios.**

Los dientes supernumerarios aparecen frecuentemente durante el examen en niños, y pueden observarse múltiples o aislados; estos dientes pueden ser evidentes radiográficamente a cualquier edad, desde el período neonatal a la adultez.

Antes de intentar la eliminación quirúrgica, se debe localizar con exactitud la posición de los dientes indeseados en relación con los ápices de los dientes primarios.

El acceso supernumerario ubicado palatinamente, por lo común se obtiene mediante un colgajo palatino anterior, para exponer adecuadamente el paladar, se hace la eliminación prudente del hueso mediante fresas, se elimina el diente y se procede a suturar. (6, 7)

#### ***Tratamiento de raíces fracturadas en dientes primarios.***

Una vez que sucede la fractura radicular debe considerar los siguientes factores. La eliminación quirúrgica de todos los ápices radiculares puede lesionar los dientes sucedáneos. Por otra parte, dejar la raíz incrementa las posibilidades de infección.

El instrumento indicado para la extracción de las raíces empleado más comúnmente es la cucharilla de Black, éstas se emplean aplicando la cara cóncava contra las caras proximales de las raíces a extraer, y haciendo movimientos de palanca se eleva la raíz de su alveolo.

En caso de raíces profundas retenidas, se hace un colgajo para poder tener visibilidad y extraer éstas raíces.

#### **4.4. ACCIDENTES EN LA EXTRACCIÓN**

- Fracturas del diente. Accidente frecuente, sino se toman las precauciones que hemos señalado, el examen radiográfico presta grandes utilidades.

- Lesión y extracción de los gérmenes de los dientes permanentes. Consiste éste accidente en la lesión ó avulsión del germen de los dientes permanentes en el intento de extraer las raíces del temporario. Por eso se

aconseja en los casos en que radiográficamente las raíces del molar temporario son curvas y encierran entre si la corona del permanente, cortar el molar según la técnica de división y extraer por separado las raíces. En caso de extracción accidental del dientes, puede intentarse su reimplantación. (8)

## CAPITULO V

### **CUIDADOS POSOPERATORIOS**

Se explica a los padres el procedimiento posoperatorio que se debe de seguir para cualquier situación, como la necesidad de una dieta blanda y otras medidas de apoyo. Nuestras indicaciones serán los puntos siguientes:

- Deberá mantener el tapón de gasa sobre el lugar de la extracción, por lo menos 15 minutos ( o hasta que haya pasado el efecto de la anestesia).
- Es fundamental vigilar que no se muerda o pellizque el labio o cualquier otra zona anestesiada.
- Durante 24 horas no usar popotes para beber.
- Cepillar a diario el resto de los dientes, sin enjuagarse.
- No hará enjuagatorios o buches durante todo el día.

Seguir las indicaciones de prescripción de analgésicos y otros medicamentos.

- Consultar al odontólogo si el dolor aumenta después de 48 horas o si persiste una hemorragia anormal.
- Conservar la cabeza elevada sobre dos o tres almohadas mientras descansa y duerme para evitar hemorragia y tumefacción.
- No escupir pues hacerlo provocaría hemorragia.
- Si la hemorragia reiniciara, colocar una gasa, un trozo limpio de tela blanca ó una bolsita mojada de té sobre la zona hemorrágica y moderla con presión firme y constante durante una hora, no masticarla.
- Se puede aplicar fomentos de hielo de inmediato a la operación y durante las siguientes 24 horas, se coloca durante 10 minutos y 10 minutos de descanso.
- Es indispensable ingerir muchos líquidos y comer cualquier cosa que pueda deglutir. (4,7)

### ***Medicamentos utilizados.***

En ocasiones se puede necesitar el alivio farmacológico del dolor antes de que se posible tratar los estados dentales, y a veces, se puede ampliar hacia el periodo posoperatorio. Los agentes usados para estos fines reciben el nombre de *analgésicos*; deben aliviar el dolor sin alterar de modo importante la conciencia.

### **Analgésicos no narcóticos.**

Por lo general son útiles para aliviar el dolor leve o moderado, que comprenden el 90% del dolor de origen dentario. Difieren de los tipo narcótico en su sitio de acción, grado menor de toxicidad, en sus efectos secundarios y que no provocan dependencia farmacológica. Estos medicamentos ejercen sus efectos sobre todo en las terminaciones nerviosas periféricas. La aspirina y el acetaminofen son prototipos en ésta clase de fármacos.

*Aspirina:* En niños, la dosificación sugerida para fines de analgesia y como antipirético es de 10 a 15 mg/Kg de peso corporal, administrada en intervalos de 4 horas hasta un total de 60 a 80 mg/kg7día, con un limite máximo de 3.6 g/día.

### **Agentes antiinflamatorios no esteroides.**

De manera más reciente se produjo una serie de medicamentos denominados agentes antiinflamatorios no esteroides, que de modo principal son derivados del ácido fenilalcanoico. Poseen propiedades analgésicas y antiinflamatorias superiores a la aspirina. Entre estos tenemos los Ibuprofen.

### **Analgésicos narcóticos.**

Se sabe que los narcóticos y ópiaceos interactúan en el sistema nervioso central con los receptores ópiaceos. De manera notable, los narcóticos son más eficaces contra el dolor intenso y agudo que los analgésicos no narcóticos. Existen muchos analgésicos narcóticos disponibles; morfina mepiridina, fentanil, alfaprodina, codeína y oxicodona.



*Codeína:* Dosificación en niños de 0.5 a 1.0 mg/kg de 4 a 6 horas.

Antibióticos utilizados en pediatría.

Es probable que los antibióticos sean el segundo grupo de medicamentos prescritos más a menudo.

La antibioticoterapia logra un éxito máximo si se identifica de manera positiva el patógeno causal, si se usa el agente terapéutico más activo contra ese patógeno y si durante un período adecuado se conserva una concentración sérica apropiada de dicho agente.

Los antibióticos que es posible usar o considerar para empleo en la odontología pediátrica incluyen: las penicilinas, las eritromicinas y las cefalosporinas.

Los aerobios gram positivos, los estreptococos facultativos y los estafilococos causan casi todas las infecciones bucodentales; los estreptococos en particular. Otros patógenos incluyen microorganismos anaerobios gramnegativos como bacteroides. Los medicamentos de primera elección siguen siendo la penicilina y la eritromicina. Los estreptococos, casi todos los estafilococos siguen presentando sensibilidad considerable a la penicilina y a la eritromicina. Debido a su acción bactericida; por lo general, se recomienda la penicilina V (por vía oral) o la penicilina G (por vía intramuscular), como el fármaco de elección más indicado para las infecciones bucofaciales; y la eritromicina es a menudo el medicamento alternativo más apropiado en los alérgicos a la penicilina. (7, 9)

## CONCLUSIONES

La extracción dentaria en niños nos obliga a considerar como Cirujanos Dentistas, los aspectos sociales, psicológicos, emocionales y la conducta que puede presentar un niño en el consultorio dental; ya que el elemento principal es el manejo del niño para poder llevar exitosamente el tratamiento dental y la solución correcta a cualquier problema quirúrgico bucal.

En éste tipo de tratamiento se deben de tomar en cuenta todas las consideraciones que pueda presentar el paciente; desde el tipo de llanto, hasta las alteraciones que se puedan presentar por la anestesia; ya que éste es uno de los aspectos más importantes en la orientación de la conducta del niño para no dañar su futuro como paciente odontológico, ya que las extracciones en niños estan regidas por la secuencia de erupción de los dientes permanentes.

Es importante tomar en cuenta el emplear el instrumental adecuado para el tratamiento del niño; ya que por las distintas características que presenta el instrumental cada uno esta diseñado para una función especial; además que es de suma importancia emplear las técnicas y posiciones adecuadas para no dañar a los dientes y tejidos subyacentes al momento de hacer una extracción.

Para el éxito en la extracción dental en niños, se deben de tomar en cuenta todas las indicaciones adecuadas para un tratamiento ideal y perfecto.

## BIBLIOGRAFIA

1. ANDLAW R.J., ROCK W.P.  
" MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA "  
ED. INTERAMERICANA  
SEGUNDA EDICIÓN, 1989
2. DAVIS J.J., LAW DB., LEWIS TM.  
" PAIDODONCIA ATLAS "  
ED. PANAMERICANA  
SEGUNDA EDICIÓN, 1984
3. KABAN LEONARD B.  
" CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL EN NIÑOS "  
ED. INTERAMERICANA  
PRIMERA EDICIÓN, 1992
4. LEYT SAMUEL  
" ODONTOLOGÍA PEDIATRICA "  
ED. MUNDI.  
PRIMERA EDICIÓN, 1980
5. MAGNUSSON BO., KOCH G., POULSEN SVEN.  
" ODONTOPEDIATRÍA "  
ED. SALVAT  
EDICIÓN 1985

6. McDONALD R.E., AVERY DR.  
" ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE "  
ED. MUNDI  
CUARTA EDICIÓN, 1987
  
7. PINKHAM J.R.  
" ODONTOLOGÍA PEDIATRICA "  
ED. INTERAMERICANA  
EDICIÓN 1991
  
8. RIES CENTENO G.A., MULLER E. BAZERQUE P.E.  
" CIRUGIA BUCAL "  
ED. EL ATENEO  
NOVENA EDICIÓN, 1991
  
9. RIPA L.W. BARENIE J.T.  
" MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLÓGICA DEL NIÑO "  
ED. MUNDI  
EDICIÓN 1984