

318322  
18



**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**PRACTICAS QUIRURGICAS  
ODONTOPEDIATRICAS**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LAURA DEL ANGEL NUÑEZ DE CACERES

Mexico, D. F.

2002





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

A mis Padres

## Í N D I C E

Introducción -----	4
Capítulo I Anestesia Local	
1.- Medidas preparatorias -----	7
2.- Técnica y tipo de anestesia -----	9
3.- Complicaciones -----	18
4.- Diseño de un Examen Clínico Tipo -----	20
5.- Cuadro de Anestésicos Locales -----	21
6.- Cuadro de Premedicación en niño -----	22
Capítulo II Exodoncia	
1.- Indicaciones para la extracción de piezas <u>primarias</u> -----	25
2.- Indicaciones para la extracción de primeros molares -----	26
3.- Contraindicaciones para la extracción de piezas primarias -----	28
4.- Técnica para la extracción de dientes <u>primarios</u> -----	30
Capítulo III Dientes supernumerarios y dientes impactados	
1.- Frecuencia de dientes supernumerarios -----	34
2.- Dientes impactados -----	36
3.- Exposición quirúrgica de caninos maxilares <u>impactados</u> y su extracción -----	37
4.- Impacciones palatinas -----	40
5.- Impacciones labiales -----	41
Capítulo IV Quistes y anomalías de frenillos	
1.- Quistes mucosos -----	43
2.- Ránulas y quistes dermoides -----	43
3.- Quistes del hueso -----	45
4.- Quistes traumáticos -----	46
5.- Pruebas de vitalidad -----	47
6.- Anomalías de frenillos -----	48
Capítulo V Diagnóstico de tumores	
1.- Generalidades -----	51
2.- Tipos de Biopsia -----	52
3.- Técnicas de biopsia -----	54
4.- Manejo de la muestra de tejido -----	56
5.- Órdenes preoperatorias -----	57
Conclusiones -----	60
Bibliografía -----	61

## I N T R O D U C C I Ó N

La odontopediatría es un servicio muy necesitado en la comunidad, pero sin embargo, es el más olvidado entre los dentistas de práctica general, a pesar de su gran importancia, ya que el niño es una persona en constante crecimiento y un mal tratamiento en esta etapa puede dañar permanentemente - su aparato masticatorio, además de causarle un daño psicológico haciendo de este "pacientito", un mal paciente adulto.

La práctica odontopediátrica requiere de un carácter particular por parte del especialista, además de la formación ética que se adquiere durante el estudio de la profesión.

El especialista debe sentirse orgulloso de la profesión que eligió ya que por medio de ella contribuye a aliviar el dolor y elevar el nivel de salud de su comunidad.

El dentista además de adquirir una responsabilidad consigo mismo y con el paciente, la adquiere también con la comunidad en la que habita, esta responsabilidad se traduce en -- tratar de proporcionar una educación odontológica adecuada a los niños, sus padres y maestros, esto se puede lograr organizando campañas de salud dental en las escuelas proporcionándoles una amplia información sobre técnicas preventivas, como las técnicas de cepillado.

Ofreciendo este tipo de pláticas a maestros, alumnos y padres, es la mejor forma que el dentista puede ayudar a su comunidad.

En el amplio campo de la odontopediatría el especialista nunca debe dar por terminado su aprendizaje, esto implica asistencia a seminarios, congresos o reuniones profesionales y la suscripción a revistas especializadas para ampliar sus conocimientos, aplicando su apreciación en clínicas para poder aceptar o rechazar la información que adquiriera, todo esto para aplicar al paciente el tratamiento que necesite con la mayor eficiencia posible, para cumplir eficazmente este tratamiento es necesario tener la capacidad suficiente para conducir bien a los niños, la falta de esta capacidad puede impedirnos realizar una odontología de gran calidad.

El odontólogo debe convencer al paciente y a sus padres del valor de los cuidados dentales adecuados, estos cuidados en la niñez son una inversión en la salud dental futura.

La odontología no necesariamente tiene que empezar en el sillón dental sino en casa, con una buena higiene dental, una dieta equilibrada y la fluoración del agua.

De esta manera se puede lograr una eficaz odontología.

La odontopediatría debe estar encaminada hacia la prevención, pero en el caso de la cirugía odontopediátrica el mal ya estará presente y es necesario intervenir.

Las técnicas quirúrgicas son las mismas que en los adultos, pero con cuidados especiales, ya que tratamos con organismos en desarrollo tanto físico, como fisiológico.

## C A P Í T U L O I

### ANESTESIA LOCAL

Uno de los aspectos importantes en la orientación de la conducta del niño, es la eliminación del dolor, si el niño presenta dolor a lo largo del tratamiento, su futuro como paciente dental será dañado: por eso es importante en sus visitas, reducir sus molestias al mínimo y evitar toda situación dolorosa.

Aquí estaría indicado un anestésico local, este anestésico puede eliminar el dolor aún en niños más pequeños tratados en el consultorio dental. Normalmente no existen contraindicaciones para el uso de un anestésico local.

Se ha probado que la mayoría de los niños pueden ser tratados bajo una anestesia local, siempre que los padres cooperen y no existan otras contraindicaciones.

Se deberá comunicar al pequeño en términos sencillos lo que va a realizarse, y nunca se le deberá decir una mentira, ya que de esta manera perderá la confianza para siempre, es mucho más confiable decirle al niño que va a experimentar una pequeña molestia, como la de una picadura de mosco o rasguño, que prometerle un proceso indoloro.

Un gran porcentaje de niños hasta de los más difíciles, pueden ser persuadidos para aceptar algún anestésico local, y en caso de tratarse de niños muy pequeños deberán ser tratados bajo efectos de anestesia general.

Cuando esté programada una cirugía determinada, siempre es importante examinar al niño por lo menos una vez antes de la operación, esto dará oportunidad al cirujano dentista de hablar con el paciente y establecer una relación. Esta visita permitirá la plática del procedimiento con el pequeño y con sus padres.

Sin embargo siempre es importante considerar el factor psíquico.

Podemos enumerar 3 clases.

"1.- El niño afortunado que vive en su hogar donde la razón y la sana vida lo han fortificado para enfrentar la existencia con valor normal, comprende un 25%.

2.- El sometido a dolor físico en los tratamientos dentales comprende un 5%.

3.- El desventurado, cuyos amigos y parientes le dan terribles informes acerca de los sufrimientos que producen las operaciones dentales, y le han creado un complejo de temor, comprende un 70%." (9)

Así una de las recomendaciones importantes es: póngase al niño bajo la acción del anestésico todo lo reposadamente que sea posible. No se emplee la violencia pudiendo encontrar en el niño su cooperación, sease delicado aunque firme.

En resumen, el niño que entra en razón y coopera, puede ser tratado con un anestésico local.

#### 1 Medidas Preparatorias



La mayoría de los estados tienen leyes las cuales hacen obligatorio obtener un permiso del padre o tutor para aplicar -- tanto anestesia local, como general; este trámite deberá ser por escrito y se debe incluir el tipo de anestesia que se irá a utilizar, así como la operación a realizar. En casos de urgencia, bastará con llamar por teléfono pero deberá ser confirmada lo más rápido posible y como medida de precaución, - se deberá anotar el número del teléfono y nombre de la persona que está dando su consentimiento oral en el registro del paciente.

Se ha visto que los niños parecen tolerar mejor la anestesia local después de ingerir algún alimento aproximadamente dos horas antes de la intervención pero, si se estima que el niño se le deberá tratar con anestesia general, deberá instruirse a los padres del niño para que éste no ingiera alimentos líquidos ni sólidos por lo menos en las ocho horas que anteceden a la operación.

Cuando sea posible, deberán de programarse las visitas del - niño para procedimientos operatorios temprano en la mañana, de esta manera el niño está descansado y no ha tenido tiempo de estar angustiado por la operación durante horas. Se deberá programar la visita al consultorio de manera que no se haga esperar al pequeño ya que provocáramos en él su nervio--sismo.

El quirófano deberá estar bien equipado del instrumental correspondiente, dispuesto en una bandeja que estará cubierta por una toalla y retirada de la vista del niño, una sugerencia es colocar el instrumental detrás del paciente, ya que - de lo contrario tanto agujas, bisturí, pinzas, etc. descon--ciertan tanto a niños como a cualquier paciente adulto y es

recomendable preparar la aguja y anestesia de tal manera que el niño no las vea, procurando que estén lejos de su vista.

En este caso la premedicación proporciona una gran ayuda y no tendremos el problema del dolor y la sedación. Inmediatamente antes de la realización de la operación, se recomienda enviar al niño para que vacíe la vejiga y el intestino antes de someterlo a la anestesia local.

Deberá aflojarse la ropa del niño y se protegerá con una bata quirúrgica. No deberá permanecer en el quirófano ningún pariente o amigo, a menos que su presencia sea de beneficio para el buen manejo del niño. Deberá ajustarse la posición del niño para mayor comodidad y ligeramente reclinado.

## 2 Técnicas y Tipos de Inyección.

Algunos dentistas aconsejan el uso de anestésicos tópicos antes de la inyección. Es realmente difícil determinar hasta que grado son eficaces, indudablemente poseen valor psicológico, pero no son sustitutos de una buena técnica de inyección.

Si se va a utilizar, deberá ser en forma adecuada.

a) El anestésico tópico deberá estar en contacto con la superficie por lo menos 2 minutos. Uno de los errores cometidos al usar este anestésico, es no conceder tiempo suficiente para que empiece su acción antes de inyectar, es aconsejable esperar por lo menos 4 minutos después de aplicar el anestésico tópico.

c) Es recomendable el uso de un anestésico tópico que no pueda causar necrosis en la zona. Hasta la fecha no se ha visto ningún tipo de irritación al uso de pomada de xilocaína (lidocaína).

d) Se usará una aguja afilada con un bisel corto y el uso de una aguja desechable, ya que son afiladas y estériles, de esta manera nos evitaremos las infecciones de un paciente a otro al utilizar agujas contaminadas.

e) Al encontrar flojos algunos tejidos, es recomendable estirarlos como el pliegue mucobucal, y cuando hay tejido densamente ligado con el paladar duro, se deberán comprimir; el empleo de la presión producirá cierto nivel de anestesia y de esta forma disminuye el dolor asociado con el piquete.

f) La introducción del líquido será en una forma lenta al usar la técnica de infiltración, ya que si se hace con rapidez provocará grandes molestias.

En el lado del paladar se pondrán unas gotas en anterior en el agujero palatino mayor que se puede conectar con los últimos molares erupcionados, cuando es necesaria la anestesia en la zona incisiva del maxilar superior se administrará el anestésico por labial, de ahí la aguja se va a desplazar a través de la papila interdental, entre los centrales y depositando gradualmente el anestésico.

g) El vasoconstrictor deberá ser lo menos concentrado posible ejemplo: Xilocaína de 2%, no deberá usarse más de - - - 1'100,000 de Epinefrina.

h) Es importante platicarle al niño lo que sentirá cuando el efecto de la anestesia se inicie.

i) Es importante dejar transcurrir tiempo suficiente (5 minutos) antes de empezar la intervención; si dentro de los primeros 5 minutos no se siente la acción del anestésico, se deberá considerar la inyección como fracaso y se tendrá que repetir el procedimiento.

j) Es recomendable el uso de jeringas de aspiración para evitar la inyección intravascular de la solución anestésica y reducir el riesgo de reacciones tóxicas, alérgicas e hipersensibles.

#### TIPOS

La anestesia local en los niños no tiene mucha diferencia -- con la de los adultos. La menor densidad ósea provoca más rápidamente la difusión de la solución a lo largo de capas compactas de hueso, y el menor tamaño de las mandíbulas disminuye la penetración de la aguja en algunas anestésias por bloqueo.

Se encontró que la densidad ósea es tan grande en los niños (en la región de la tuberosidad) que la anestesia pasará más fácil a la región de la corteza sin que se tengan que realizar inyecciones más profundas. Las inyecciones profundas en esta área pueden causar hematoma a causa del plexus pterigoideo adyacente o la lesión de una arteria alveolar posterior, superior o de la rama gingival externa, que corre abajo y adelante a lo largo de la pared posterolateral del maxilar superior junto al periostio lo cual implica un accidente que no siempre se puede evitar. Una vez observado el hematoma -- puede ser controlado taponando con gasas comprimidas atrás y

en lateral a la tuberosidad interhucalmente mientras se aplica presión del exterior contra ese tapón con compresas heladas.

En muchas ocasiones el bloqueo infraorbitario podrá producir lesiones nerviosas y son dolorosas, el bloqueo del agujero palatino mayor a menudo causa ahogo.

#### ANESTESIA PARA LOS DIENTES INFERIORES

##### Anestesia Regional del Dentario Inferior.

En casos quirúrgicos es conveniente emplear la técnica de una anestesia regional en el dentario inferior. No se puede confiar en la técnica de inyección supraperióstica para que sea completa la anestesia de esos dientes.

Osen ha informado que el agujero de entrada del dentario inferior está por debajo del plano oclusal de los dientes temporales del niño, de esta forma la inyección debe ser un poco más abajo y atrás en la gente adulta, se colocará el pulgar sobre la superficie oclusal de los molares con la uña sobre el reborde oblicuo interno y la yema del pulgar descansando en la fosa retromolar. La jeringa estará orientada desde un plano entre los molares temporales del lado opuesto a la arcada, se aconseja inyectar una pequeña cantidad de solución tan pronto como se penetra en los tejidos y seguir inyectando cantidades pequeñas a medida que la aguja avanza hacia el agujero dentario inferior.

La experiencia obtenida con xilocafna de 2% nos ha convencido de que se pueden extraer incluso los molares primarios ba

jo infiltración, aunque es preferible el bloqueo mandibular, puede anesthesiarse la mucosa lingual de la manera antes descrita.

Los molares permanentes requieren una inyección de bloqueo; y también las extracciones múltiples u operaciones mayores - que afectan la mandíbula.

Siempre es importante pensar que al realizar una inyección - de bloqueo hay que tener presente la rama ascendente del niño que es más corta y más estrecha a comparación que en el a dulto. La dimensión horizontal anteroposterior puede ser por palpación a través de la piel.

La menor altura de la rama tendrá que ser compensada con la inserción de la aguja y unos cuantos milímetros más cerca del plano oclusal que en los adultos.

#### ANESTESIA REGIONAL DEL NERVIIO LINGUAL

El nervio lingual puede ser bloqueado si se lleva la jeringa al lado opuesto con la inyección de una pequeña cantidad de la solución al retirar la aguja aproximadamente a 1/2 pulgada (12.5 mm) y se voltea medialmente la jeringa para cubrir el mayor curso anterior y medial del nervio lingual en relación con el nervio dental inferior.

Las pruebas de anestesia deberán realizarse cuidadosamente, con lenta presión de un explorador u otro instrumento, teniendo presente que la anestesia en tejidos superficiales no implica necesariamente anestesia de los tejidos más profundos.

#### ANESTESIA REGIONAL DEL BUCCINADOR

Para la eliminación de los molares permanentes inferiores es necesario anestesiarse el nervio buccinador. Se deposita cierta cantidad de anestesia en el surco vestibular postdistal y vestibular del diente a tratar.

Todas las piezas de ese lado estarán anestesiadas con excepción de los incisivos centrales y laterales, que pueden recibir inervación cruzada del lado opuesto.

#### ANESTESIA PARA LOS INCISIVOS Y CANINOS TEMPORALES Y PERMANENTES SUPERIORES.

##### Técnica Supraperiostica.

Para la anestesia de los dientes temporales se emplea la infiltración, ésta debe ser realizada cerca del borde gingival que en el paciente, con dientes permanentes y de esta forma se podrá depositar la solución muy cerca del hueso. El sitio de punción estará en el surco vestibular depositándola en forma lenta. Como puede haber fibras nerviosas que provengan del lado opuesto será necesario depositar una pequeña cantidad de solución junto al ápice del otro incisivo central, de esta manera se podrá obtener la anestesia esperada y adecuada y antes de realizar el procedimiento quirúrgico en los incisivos y caninos temporales o permanentes habrá que dar una inyección nasopalatina. Del mismo modo si se observa que el paciente no cuenta con anestesia profunda de los dientes anteriores durante los procedimientos de la operación.

#### ANESTESIA PARA LOS MOLARES TEMPORALES Y LOS PREMOLARES SUPERIORES.

El nervio dentario superior medio inerva los molares temporales superiores, los premolares y la raíz mesiovestibular del primer molar permanente. Hay que depositar solución anestésica frente a los ápices de las raíces vestibulares y cerca del hueso.

Por lo general, se puede evitar la inyección del nervio palatino anterior, a menos que se deba efectuar una extracción.

Para la anestesia de los premolares tanto en el primero como en el segundo premolar superior bastará una sola gota de la inyección en el surco vestibular para que la solución quede algo por encima del ápice dental. La solución deberá depositarse lentamente y cerca del hueso. En caso de que sea necesario extraer los premolares, será conveniente inyectar también el lado palatino del diente.

#### ANESTESIA PARA LOS MOLARES PERMANENTES SUPERIORES.

"Se le indicará al niño que cierre parcialmente la boca para permitir que sus labios y carrillos puedan ser estirados lateralmente". (4)

La punta del índice izquierdo descansará en una concavidad del surco vestibular, con el dedo girado de manera que la uña quede adyacente a la mucosa. La punta del dedo estará en contacto con la superficie posterior a la apófisis cigomática.



Monheim sugiere que el dedo esté en un plano sagital del paciente. El índice apuntará en la dirección de la aguja durante la inyección. El punto de punción está en el surco vestibular por encima y por distal de la raíz distovestibular del primer molar permanente. Si ha erupcionado el segundo molar la inyección se hará por sobre el segundo molar. La aguja avanza hacia arriba y distal, para depositar la solución sobre los ápices de los dientes. Se inserta algo más de 2 cm. hacia atrás y arriba, la aguja debe ser ubicada cerca del hueso y con el bisel hacia éste.

Para completar la anestesia del primer molar permanente en los procedimientos operatorios o quirúrgicos, se realiza la inyección supraperióstica mediante la inserción de la aguja en el surco vestibular y depósito de la solución en el ápice de la raíz mesiovestibular del molar.

#### ANESTESIA DE LOS TEJIDOS PALATINOS

##### Anestesia Regional del Nervio Nasopalatino

Se tendrá que anestésicar los tejidos palatinos de los dientes anteriores, si se hace entrar la aguja en el conducto, es posible lograr la anestesia total de los seis, sin embargo esta técnica se considera como dolorosa y es conveniente no usarla como rutina en procedimientos operatorios, sólo en caso de alguna intervención quirúrgica.

Si el niño nos indica o siente una anestesia incompleta después de la inyección supraperióstica por sobre los ápices dentales en vestibular, puede ser necesario recurrir para el

nasopalatino la vía de inserción de la aguja corre a lo largo de la papila incisiva, justo por detrás de los incisivos centrales, se corre la aguja hacia arriba, dentro del conducto palatino anterior. El malestar de la inyección puede ser reducido si se deposita la solución a medida que se avanza la aguja. Cuando hace falta anestesia del canino, puede ser necesario inyectar o introducir una pequeña cantidad de solución por la parte lingual para que no se anestesien las ramas superpuestas del nervio palatino anterior, este método es menos doloroso y sirve perfectamente a nuestros propósitos.

#### INYECCIÓN PALATINA ANTERIOR

Esta inyección anestesiara el mucoperiostio palatino desde la tuberosidad hasta la región del canino y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado. Esta inyección se emplea en conjunto con la región del dentario superior, medio o posterior antes de un procedimiento quirúrgico. La inervación de los tejidos blandos de los dos tercios posteriores del paladar deriva de los nervios palatinos anterior y medio.

Antes de efectuar la inyección, es útil trazar la bisectriz de una línea imaginaria que va desde el límite gingival del último molar erupcionado hasta la línea media. Si el dentista se acerca desde el lado opuesto de la boca, podrá inyectar sobre esa línea imaginaria y por distal del último diente. En el niño no sólo la dentición temporal, la inyección debe ser unos 10 mm. posterior a la cara distal del segundo molar temporal. No será necesario la introducción en el agujero palatino posterior, sólo se inyectará lentamente unas pocas gotas donde el nervio emerge del foramen.

Con respecto al nervio bucal largo no se deberá de anestésiar hasta que aparezcan síntomas claros de entumecimiento en el lado respectivo del labio, ya que de esta forma el niño puede proporcionar datos equivocados al estar aturcido por el hormigueo de la mucosa labial. Este nervio sólo se anestésiará por infiltración terminal en el plieque mucobucal de la pieza correspondiente.

### 3 COMPLICACIONES

Las complicaciones de la anestesia local ocupan un lugar muy importante, es recomendable advertir a los padres de los niños que recibieron un anestésico local que el tejido blando de la zona puede carecer de sensaciones por una o más horas. Es recomendable que el niño sea observado para que no se muerda el labio, la lengua o los carrillos; si por cualquier motivo el niño se ha mordido en algunas de estas zonas antes mencionadas, se llega a formar una úlcera, la cual se le denomina a menudo "Úlcera traumática". En realidad podemos aclarar que son muy extrañas las lesiones de este tipo, sin embargo siempre será necesario estar precavido contra cualquier contratiempo ocasionado por la anestesia local, otra de las recomendaciones importantes es la visita del niño a las 24 horas y se le indicará enjuagues con solución fisiológica para de esta manera mantener la limpieza de la zona.

Estos incidentes y complicaciones no difieren demasiado de los que ocurren en los adultos. Una señal muy frecuente son los vomitos que pueden deberse a razones psicológicas o tóxicas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Aparte de las mordeduras en esas zonas debido a la acción del anestésico podremos encontrar varias lesiones herpéticas en labio, lengua o encía, que pueden explicarse por el trastorno de la inervación trófica. También se les debe de advertir a los padres, sobre el alimento del niño, no darle alimentos -- muy calientes hasta que pueda el niño recuperar sus sensaciones normales, para evitar grandes quemaduras.

DISEÑO DE UN EXAMEN CLÍNICO

ODONTOPEDIÁTRICO

- 1.- Perspectiva general del paciente (incluyendo: estatura, parte, lenguaje, manos, temperatura).
- 2.- Examen de la cabeza y cuello; tamaño y forma de la cabeza, piel y pelo; inflamación facial y asimetría; articulación temporomandibular, oídos, ojos, nariz y cuello.
- 3.- Examen de la cavidad bucal. -Aliento: labios, mucosa labial y bucal.  
Saliva  
Tejido gingival y espacio sublingual paladar, faringe y amígdalas.  
Dientes  
Fonación, deglución y musculatura peribucal.
- 4.- Posiciones de la lengua durante la fonación, balbuceos y ceceo anteriores o laterales. Forma de la lengua en posición de descanso, acción mentalis en el momento de tragar y posición de los labios en descanso.

**ANESTESICOS LOCALES - DOSIFICACION-**

NOMBRE		Porcentaje de la solución	Dosificación máxima	
			Cartuchos	mg.
PROCAINA	Novocaína	2	20	800
TETRACAINA	Pontocaína	0.15	10	30
BUTETAMINA	Monocaína	2	7	300
PROPOXICAINA	Ravocaína	0.4	4	30
2-CLOROPROCAINA	Nesacaína	2	20	800
METABUTETAMINA	Unocaína	3.8	7	570
PRIMACAINA	Primacaína	1.5	10	300
DIETOXIN	Intracaína	1	15	300
HEXILCAINA	Ciclaína	2	7	300
LIDOCAINA	Xilocaína	2	12	500
	sin adrenalina	2	8	300
MEPIVACAINA	Carbocaína	3	8	500
PRILOCAINA	Citanest	4	8	600
BUPIVACAINA	Marcaína	0.5	20	200

TESTO CON  
 FALLA DE ORIGEN

## PREMEDICACION PARA NIÑOS\*

	Sedante	Atropina	Escopolamina
Recién nacido	Nada	Nada	Nada
5 meses	Nada	0.1 mg	0.1 mg
6 meses	Nada	0.15	0.1
1-2 años	Luminal, 64 mg, hipo	0.2	0.15
9.500-11.770 Kg.			
3-4 años	Luminal, 130 mg, hipo	0.24	0.15
14.5-18 Kg.			
4-5 años	Demerol, 25mg. (1/2 cm <sup>3</sup> ) o Morfina, 2.5 mg.	0.3	0.2
6-7 años	Demerol, 37mg. (3/4 cm <sup>3</sup> )	0.3	0.2
19-21.7 Kg.	o Morfina, 4 mg.		
8-10 años	Demerol, 50 mg. (1 cm <sup>3</sup> )	0.4	0.3
22.6-27 Kg.	o Morfina, 5 mg.		
11-12 años	Demerol, 62 mg. (1 1/4 cm <sup>3</sup> ) o Morfina, 8 mg.	0.4	0.3

\*Para darse una hora antes de la operación. DEMEROL, es lo indicado, cuando se deje la instrucción "darlo, si presenta dolor." Si se administra al grupo de edad para el LUMINAL, pueden ser necesarias dos inyecciones hipodérmicas; en este caso, el LUMINAL no debe darse si lo pide el paciente. Ya que el LUMINAL es de acción prolongada, puede estimarse la hora de la operación y suministrarlo por adelantado, aún si el tiempo transcurrido es considerable; la ATROPINA o la ESCOPOLAMINA debe darse si se necesita: en otro caso, aplicar una inyección hipodérmica.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## C A P Í T U L O   I I

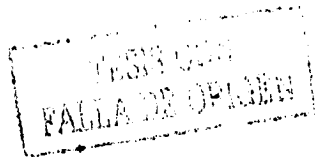
### EXODONCIA

Uno de los problemas principales a la realización de una exodoncia es controlar el comportamiento del niño. En este aspecto los padres de familia deben de transmitir al niño y comunicarle una gran seguridad y confianza en sí mismo, y por lo contrario no transmitirle miedo ni desconfianza, ya que tanto los papás, parientes y amigos influyen mucho en la conducta del niño.

El trato del odontólogo hacia el niño deberá de ser en forma cordial y amigable y sin perder por ningún motivo la paciencia, pero del mismo modo tratarlo con firmeza y así ganarse su confianza, todo esto en conjunto con la preparación de los padres, lograremos un buen comportamiento del niño ante el odontólogo y fuera de todo estrés posible.

Si ésto no fuera posible por no existir una buena preparación del niño, las experiencias tienden a ser totalmente desagradables, de tal suerte que los cuidados deberán ser muy especiales aunque sólo se trate de una pequeña operación.

La premedicación varia según edad, tamaño y salud del paciente. Para niños normales, antes de efectuar la operación se tendrá mucho cuidado en : No tener ningún alimento después de la media noche; administración de fenoborbital: de 30 a 100 mg. antes de dormir, claro que ésto es muy variable según la edad del paciente. Y por lo general también se le administra un sedante; tales como: El Demerol, Atropina y Escopolamina, sin ingerir ningún tipo de alimentos aproximadamente 5 ó 6 horas antes de la operación.





Siempre una operación tranquila y corta tendrá muy buen resultado bajo la acción de un anestésico local; el anestésico general sólo se usa en casos de que la operación sea un tanto complicada, larga y cuando el niño no coopere.

Se debe tomar en cuenta que si se van a extraer dientes primarios, es de gran importancia la edad; pero este criterio no es aceptable para determinar si es necesario extraer una pieza primaria.

Uno de los aspectos importantes que hay que considerar es -- que una pieza firme e intacta en el arco dental jamás deberá de ser extraída, a menos que se haya realizado una evaluación completa, radiográfica y clínica de toda la boca, principalmente del área a tratar.

"Cuando en determinados casos los premolares anuncian su erupción entre los 8 y 9 años de edad, en otros casos no presentan suficiente desarrollo en esas piezas si no hasta la edad de 12 años". (7)

Otro de los aspectos importantes que deben de tomarse en consideración son como el caso de la oclusión, desarrollo del arco, tamaño de la pieza o piezas, cantidad de raíz, estado de desarrollo del sucesor permanente subyacente y de las - - piezas adyacentes, presencia o ausencia de infección, todos estos factores mencionados deberán de tomarse en cuenta antes de que se efectúe una extracción.

Por lo general antes de efectuar una extracción tanto simple como compleja se deberá realizar un examen radiológico; ya que éste nos proporcionará la información necesaria como; posición del diente, número de raíces presentes, tamaño, forma y en caso de existir dentición mixta nos permite saber la relación existente entre piezas temporales y permanentes.

1.- Indicaciones para la extracción de piezas primarias

a) Cuando las piezas esten destruidas, de tal forma que no sea posible su restauración y cuando la destrucción de la pieza ya abarque hasta la bifurcación, o en otro caso cuando no se pueda establecer un margen gingival duro y firme.

b) Cuando en la zona periapical o interradicular se tenga la presencia de una infección y que por determinados factores no pueda ser eliminada.

c) En casos de abscesos dentoalveolares agudos (con presencia de ¿celulitis?)

d) En caso de que alguna pieza primaria interfiera notablemente en la erupción de una pieza permanente próxima a erupcionar o piezas permanentes sustitutas.

e) En caso de piezas sumergidas retenidas.

Cuando ponemos en consideración un tratamiento conservador de piezas primarias como en tejidos periapicales infectados o en pulpotomías, el estudio general del paciente es tan im-

portante como el estudio local.

Los procedimientos de conservación serán imprudentes y peligrosos para los pacientes con antecedentes con cardiopatía -- reumática, al igual están contraindicados los procedimientos conservadores en casos de cardiopatías congénitas, focos infecciosos y trastornos renales.

Cuando hay una gran manipulación de focos de infección podrá causar bacteremias transitorias, que podrian ir aunadas a una endocarditis bacteriana subaguda, en pacientes que sufren cardiopatía congénita y reumática podrán llegar a causar enfermedades en cualquier otro tipo de órganos.

Las extracciones se pueden volver a realizar libres de peligro por medio de una administración adecuada de antibióticos antes y después de la operación; siempre es importante tener en cuenta que después de realizar una extracción por lo complicada que ésta haya sido, será necesario la administración de un buen analgésico, tomando en cuenta antes que nada la -- presencia o ausencia de alergias que tiene el niño, de esta -- manera tanto el analgésico como el antibiótico aunados podrá proporcionarle al paciente un post-operatorio con éxito.

2.- Indicaciones para la extracción de los primeros molares permanentes.

En este tipo de extracción debemos ser muy cautelosos para no tomar desiciones equivocadas y que en un futuro nos podamos -- arrepentir.

Si se extrae un primer molar permanente antes de que el segundo molar permanente haya erupcionado, este molar tiene -- buenas posibilidades de emigrar hacia mesial y ocupar el lugar del primer molar extraído. Si por lo contrario ya erupcionó el segundo molar permanente se podría inclinar hacia a delante en el espacio del primer molar, esto causará la producción de enfermedades periodontales, problemas de ortodoncia y por lo tanto problemas de oclusión; en este caso la -- mordida estaría totalmente ausente de cualquier cierre o con tacto adecuado de cúspide a fosa.

Así que lo más recomendable en estos casos es que cuando el segundo molar no ha anunciado su erupción y uno de los dos -- primeros molares están destruidos irreversiblemente deberán ser extraídos, pero en casos de que tres primeros molares se encuentren destruidos, lo recomendable es extraer los cuatro primeros molares y de esta forma podremos obtener una dentadura más simétrica y en equilibrio.

Cuando ya se encuentran erupcionados los segundos molares, -- se deberá de tratar hasta lo imposible de salvar los primeros molares, y en caso de que sea necesaria su extracción lo recomendable es colocar de inmediato un mantenedor de espacio adecuado a su situación.

Según estudios y experimentos realizados en Inglaterra recomiendan que la extracción simultánea de los primeros molares reduce la frecuencia de las caries dentales, se realiza como una extracción para una prevención futura en una técnica pro filáctica.

También se ha comprobado que la extracción de estos molares - evita la impacción de los terceros molares. En este último as pecto ha habido estudios para poder apoyarlo, pero aun así se considera que los primeros molares sólo deberán ser extraídos en casos de fracturas e infecciones bastante severas y sin re medio alguno.

### 3.- Contraindicaciones para la extracción de piezas primarias.

En realidad las contraindicaciones para la extracción de piezas primarias son muy similares a las de los adultos, algunas de estas contraindicaciones podrán ser superadas por medio de muchos factores como la prevención, control y por último la - premedicación indicada para dicho caso.

1.- La estomatitis infecciosa aguda, la infección de Vincent aguda o la estomatitis herpética y lesiones hasta -- cierto punto similares, deben ser eliminadas antes de -- cualquier extracción. Una excepción serán los abscesos -- dentoalveolares agudos que requieren de una extracción in mediata.

2.- Discrasias sanguíneas, vuelven al paciente propenso a hemorragias y la extracción se hará después de una consul ta detallada con un hematólogo.

3.- Cardiopatías reumáticas agudas o crónicas y las enfer medades renales requieren de la administración de antibió ti cos específicos según el caso.

4.- Los abscesos agudos dentoalveolares y la celulitis de

berán tratarse con mucho tacto y se administrará medicamento pre y post operatorio.

5.- En las infecciones sistemáticas agudas se contraindican las extracciones, debido a una menor resistencia del cuerpo y serias consecuencias como infecciones secundarias.

"6.- Los tumores malignos, están contraindicados las extracciones, ya que el traumatismo de la misma tiende a favorecer la velocidad de crecimiento y la extensión de los tumores. Sólo se indican las extracciones si la mandíbula o tejidos vecinos van a recibir otra terapia de radiación, de esta manera nos evitaremos infecciones en hueso expuesto a radiaciones". (16)

7.- Las piezas que han permanecido en una formación ósea irradiada, sólo se extraen como último recurso, es aconsejable consultar al radioterapeuta que administró la radiación.

En un gran número de casos hay infecciones de hueso debido a la vascularidad que sigue a la radiación, estas infecciones van seguidas de osteomielitis de progreso lento, produce mucho dolor casi imposible de controlar. Por lo tanto podemos concluir que es muy peligroso extraer piezas después de exposición a radiaciones.

8.- La diabetes sacarina. Es aconsejable consultar al médico y estar totalmente seguros de que el niño está bajo control. En los casos controlados no se observará infección. Es importante que el niño diabético prosiga con su

dieta con la misma calidad y cantidad después de la opera  
ción, ya que el no llevar su dieta adecuada provocarían -  
variantes de grasas y azúcares.

#### 4.- Técnica para la extracción de dientes primarios.

La técnica de extracción de cada diente primario deberemos de  
tratarla basándonos en 4 objetivos primordiales.

- a) Tipo de fórceps
- b) Posición del operador
- c) Anatomía radicular
- d) Direcciones en que debemos aplicar la fuerza para ex-  
traer el diente de su alveolo.

Es importante mencionar que no recomendamos ningún elevador -  
en específico, en realidad su uso será en casos de demostrar-  
le al niño que la anestesia local ha surtido efecto, en el mo  
mento de aplicar la presión en la encía. Uno de los motivos -  
principales es eliminar un gran número de manipulaciones que  
no son necesarias que pudieran crear algún problema especfifi-  
co o lastimar tejidos blandos vecinos.

Uno de los instrumentos más utilizados en la exodoncia odonto  
pediátrica es un excavador de buen tamaño, un elevador de - -  
Postts o un simple explorador que permita al operador hacer -  
movimientos específicos para debridar y posteriormente luxar  
la pieza. Dentro de este instrumental se ha recomendado el u-  
so de muchos tipos de fórceps diferentes y un fórceps minia-  
tura para la extracción de dientes primarios.

#### Dientes anteriores superiores.

Para el incisivo central o lateral superior y el canino se podrá usar un fórceps 150 s.s. white. Los bocados de este fórceps hacen contacto en un solo punto, este punto permite que los bocados se adapten a la forma de la corona y son suficientemente estrechos para ajustarse a las coronas de los dientes anteriores superiores.

El corte horizontal de las raíces de estos dientes son redondeadas por lo tanto podemos concluir que la fuerza inicial será hacia lingual, provocando un poco de presión, la siguiente fuerza se aplica en sentido contrario a las manecillas del reloj, este movimiento afloja al diente ya que la forma de la raíz es cónica.

#### Dientes anteriores inferiores

Para el incisivo central o lateral inferior y el canino se usará el fórceps No. 151. Los bocados tocan en un solo punto, parecido al 150 ajustando perfectamente a las coronas de los dientes primarios. El dentista se colocará detrás y hacia un lado del paciente. El corte horizontal de las raíces presentan forma ovalada, a diferencia de las raíces de los dientes anteriores superiores, la fuerza inicial será en sentido lingual, pero como sus raíces son ovaladas la dirección de la fuerza es hacia labial, de esta forma se producirá movimiento en el diente y dando un movimiento en sentido contrario a las manecillas del reloj de esta forma se extrae fácilmente de su alveolo.



En muchas ocasiones podremos cambiar de fórceps en casos de apañamiento, ya que en estas condiciones puede evitar que los bocados abarque todo el diente a extraer, por lo tanto se requiere un fórceps de bocados más estrechos.

#### Molares primarios superiores.

El fórceps universal es el 150, usado en la extracción de los primeros y segundos molares superiores, el operador se colocará en frente y hacia un lado del paciente, la fuerza inicial será ligeramente hacia lingual debido a la raíz palatina que es un poco curva. Se deberá ejercer poca fuerza para evitar la fractura de la raíz palatina, después se hará un movimiento a vestibular y se afloja el diente, y la extracción se realiza con un movimiento contrario a las manecillas del reloj.

#### Molares primarios inferiores

Con el primer molar se usa el fórceps 151 con el dentista colocado en frente y a un lado del paciente, sujetando el maxilar inferior, sus raíces en sentido mesiodistal son elípticas. La fuerza inicial será ligeramente hacia lingual y un movimiento a vestibular y con un movimiento en sentido contrario a las manecillas del reloj se logrará la extracción de dicha pieza.

Con el segundo molar siempre se usa un fórceps según la posición en que se encuentre, se podrá usar el fórceps 151 y el 23 (cuerno de vaca) el operador se colocará en frente y a un lado del paciente, la técnica es similar a la anterior. La --

convergencia de sus raíces comienza aproximadamente en el tercio medio, estas características contraindican todo movimiento rotatorio y justifican el levantamiento de la pieza en forma casi vertical; este movimiento se lleva mejor con el fórceps cuerno de vaca colocando los bocados dentro de la bifurcación radicular.

#### Complicaciones posoperatorias de las extracciones.

Las complicaciones casi son las mismas de los adultos que de los niños. Una de las ventajas es que los alveolos secos son casos muy extraños en los niños, pero en ocasiones cuando hay un alveolo seco en niños que tengan 10 años de edad de inmediato se debe considerar la existencia de una infección como actinomicosis o alguna complicación de trastorno sistémico.

En extracciones explosivas y forzadas, una pieza puede verse súbitamente liberada del hueso debido a la fuerza ejercida por el fórceps, puede escaparse de los picos de éste y puede ser tragada. Esto puede evitarse con la presión controlada de los mangos del fórceps. Si esta pieza es alojada en el árbol bronquial deberá ser extraída cuanto antes por broncoscopia, para evitar grandes complicaciones.

De esta manera podríamos aconsejar a los dentistas sobre un manejo muy cuidadoso del instrumental que esté manejando al igual que el control específico de los movimientos a realizar durante una extracción. Se sugiere colocar Dique de Hule.

### C A P Í T U L O    I I I

#### DIENTES SUPERNUMERARIOS Y DIENTES IMPACTADOS.

##### 1.- Frecuencia de dientes supernumerarios.

En realidad encontrar dientes supernumerarios primarios es -- muy raro, esto sucede al contrario de los dientes supernumerarios permanentes que son más frecuentes de encontrar, principalmente en la zona superior en la región de los incisivos -- centrales, al observarse estos dientes en la línea media se les da el nombre de mesiodens.

Una de las cosas frecuentes al encontrar piezas supernumerarias, son retrazos en la erupción de las piezas permanentes, o anomalías de posición, como las diastemas y rotaciones. Otro de los factores que causan problemas en la formación de quistes dentígeros, o al ocurrir degeneración del órgano del esmalte en formación, o al producirse quistes denominados primordiales o foliculares; los primordiales se consideran como que están cubiertos de epitelio sin estructura dental calcificada.

La presencia de estos dientes supernumerarios al observarse -- en las radiografías trae problemas en la determinación de un diagnóstico específico. La presión de las piezas supernumerarias sobre piezas adyacentes podrán causar resorción de las raíces provocando daño pulpar o infecciones en el folículo -- dental que suele ser muy frecuentes. Casi en la mayoría de -- los casos las piezas supernumerarias tienen la apariencia o -- forma similar a la de las piezas normales, y hay otros dien--

tes en forma de gancho, algunos de estos se observan en forma ción de dens in dente o con formaciones radiculares anormales.

En algunas ocasiones las coronas de éstas piezas supernumerarias hacen erupción parcialmente a través de la encla, pero en la mayoría de los casos se encuentra en la región apical de -- los incisivos centrales superiores, y en posición lingual.

Antes de efectuarse la extracción se deben de sacar unas buenas radiograffas periapicales y oclusales ayudandonos a encontrar la localización más exacta de la pieza.

Uno de los aspectos importantes y que hay que considerar antes de la extracción de este tipo de piezas es la forma en que se encuentra el ápice, sin olvidar también el estado de éste y de las piezas permanentes adyacentes.

La extracción de una pieza supernumeraria que está junto a un ápico abierto, se deberá de posponer hasta que ocurra el cierre de éste ápice, a menos que la pieza supernumeraria se encuentre evitando la erupción de piezas permanentes, o esté provocando problemas de posición en el arco dentario.

Se debe de tener mucho cuidado a la extracción de estas piezas ya que se pueden provocar lesiones en los ápices vecinos, causando un daño directo en el tejido pulpar.

Por esta razón es recomendable que antes de una extracción se estudien perfectamente bien las radiograffas para determinar el número de piezas en las cuales hay que poner mayor atención.

Lo recomendable en estos casos es realizar colgajos amplios - para mejorar el acceso y la visibilidad, y dependiendo del caso que se trate el inicio podrá ser por labial o por lingual de acuerdo con la localización de la pieza según la radiografía, ver toda la dirección de la raíz como de la corona ya -- que ésta es la parte más ancha y deberá de salir primero, también se deberá de eliminar por completo el folículo dental para evitar la formación de un quiste.

En casos de que existan piezas permanentes no erupcionadas a causa de la presencia de piezas supernumerarias se podrá eliminar hueso que se encuentre en las coronas de estas piezas permanentes y favorecen su erupción se deberá de dejar el espacio libre para que erupcione la pieza permanente que va a ser controlada por medio de radiografías periódicas, más sin embargo si estas piezas no muestran ninguna prueba de erupción se tendrá que exponer la corona quirúrgicamente y ligarlo con algún tipo de alambre para que en un futuro baje la -- pieza a base de tracción.

## 2.- Dientes Impactados

### Frecuencia Relativa de las Impacciones.

Las impacciones más frecuentes encontradas en niños son de los caninos permanentes superiores, le siguen los segundos premolares inferiores y segundos premolares superiores. En niños que sufren disostosis clideo craneal se encuentran muchas piezas impactadas que no han hecho erupción.

La impacción de los caninos superiores es de 18 a 20 veces --

más frecuente que la de los caninos inferiores y es más frecuente en mujeres que en hombres, y la zona más frecuente es la región del paladar. Las impacciones de los caninos inferiores son raras de encontrar y por lo general están localizadas labialmente.

La frecuencia de la impacción del canino superior según Dewel es:

a) El canino que se desplaza a lingual tiene que recorrer una gran distancia a través del hueso palatino denso, y su raíz en comparación con los demás está mucho mejor formada. Las raíces de los caninos primarios generalmente -- presentan resorción retrasada, la cual puede ser causada por posición defectuosa del germen de la pieza permanente, que no causa ninguna resorción hacia apical, paralela al hueso y en el eje longitudinal del canino primario.

b) El canino permanente hace erupción después de los incisivos laterales. Los dos premolares y los dos primeros molares permanentes ya están en oclusión. El segundo molar, que hace erupción al mismo tiempo que el canino permanente, ejerce presión en dirección mesial causando problemas serios.

### 3.- Exposición quirúrgica de caninos maxilares impactados y su extracción.

Primeramente se tendrá que decidir si se va a exponer quirúrgicamente para poder aplicar el tratamiento ortodóntico adecuado a dicho caso o si se debe realizar la extracción.

Esta decisión deberá ser tomada tanto por el ortodoncista -- como por el operador que va a realizar la cirugía.

Cabe mencionar que en este caso esta contraindicada la electrocirugía, en piezas impactadas ya que se corre el riesgo de que haya lesión en el hueso directamente y se prolongaría el tiempo de curación causando con ésto mayores molestias. - En este aspecto las radiografías no proporcionan la información necesaria y en la mayoría de los casos, al exponer la corona de la pieza se podrán sacar las últimas conclusiones y tomar decisiones inmediatas.

Cuando se exponen los caninos superiores localizados en el paladar, se pueden aplicar dos métodos:

a) En ocasiones se puede palpar claramente la corona del canino si se puede hacer, se hará la excisión en el muco perióstico, se extrae cuidadosamente con fresas el hueso que se encuentra abarcando la corona del canino y tratando de no lesionar el esmalte del canino permanente.

Una vez expuesta la corona, se va a ampliar el espacio pe rioronario hasta la unión del cemento con el esmalte, pa ra lograr un espacio aproximado de 2mm. alrededor de la corona. Se adapta una como corona de celuloide o aluminio sobre la corona hasta una unión del esmalte y la dentina y se cementa con óxido de zinc y eugenol. La parte oclusal deberá de protuir a través de la porción cortada de hueso y mucoperiostio, para mantener el espacio.

Cuando este método no se realizaba las curaciones se ha--

cian a base de gasa y yodoformo para mantener abierta la exposición, pero estas curaciones se tenían que cambiar frecuentemente, ya que causaban grandes molestias al niño.

Oppenheim se opone totalmente al uso de ganchos metálicos cementados en la corona expuesta, ya que este método causa necrosis pulpar.

Después de este paso se tomará una impresión de la corona con una banda de cobre, haciendo un molde con uno de los ganchos y así iniciar el tratamiento ortodóntico.

b) Cuando por la posición del canino impactado no se puede determinar su posición por medio de la palpación, se tendrá que hacer el colgajo. Posteriormente se llevará a cabo la adaptación y cementado de la corona se vuelve a colocar el colgajo y haciendo una abertura en él, y posteriormente se sutura el colgajo" (3)

Cabe mencionar que siempre habrá casos en los que sea imposible la exposición quirúrgica seguida de un tratamiento ortodóntico, y se tendrá que comunicar a los padres que la extracción de esta pieza tendrá que ser necesaria (dependiendo del caso) durante el procedimiento quirúrgico.

En otros casos totalmente desfavorables para no colocar ningún tipo de aditamento a la corona, se deberá de colocar un alambre retorcido alrededor del cuello de la corona expuesta.

Es importante mencionar que no en todas las ocasiones es fácil de pasar el alambre, ya sea porque no se ha eliminado por



completo el hueso en esa zona.

Una vez realizado esto se sutura con seda que deberá ser doble, para que el alambre pueda llevarse al espacio doblándolo sobre sí mismo y tirando de él hacia el cuello.

La técnica de extraer caninos superiores impactados es muy similar a la técnica que se emplea en los adultos y es frecuente en niños de 12 a 16 años de edad. Nuevamente mencionamos que antes de cualquier cosa se deben analizar bien las radiografías y así obtener una información más - - completa.

Se realiza una anestesia por infiltración en el pliegue mucobucal, empezando el incisivo central y siguiendo distalmente al segundo premolar o al primer molar, para una buena anestesia de la región del paladar se hace un bloqueo del canal incisivo y una inyección al agujero palatino mayor. Si el paciente experimenta dolor en el transcurso de la operación, esto se debe a los nervios que entran en el paladar duro desde la cavidad nasal.

El efecto deseado se logra aproximadamente en cinco minutos.

#### 4.- Impacciones Palatinas.

Se hace una incisión en el margen gingival empezando en el incisivo lateral del lado opuesto, continuando al primer molar permanente del lado donde está la pieza impactada, en casos de impacciones bilaterales, la incisión va desde el primer molar permanente de un lado, al primer molar del otro lado. Se desprende con cuidado el periostio, teniendo precaución con el canal incisivo (nervios, arterias, venas), se recomienda hacer un colgajo grande ya que proporciona mayor visibilidad y amplitud -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

para maniobrar.

Se usará una fresa para eliminar hueso, aunque también puede ser eliminado con cincel y martillo. Se expone la corona más allá de la unión entre cemento y esmalte. Se deberá de utilizar los elevadores con discreción para lograr un ligero movimiento, ya que su uso indebido ha causado luxaciones y lesiones permanentes a incisivos laterales y centrales.

Primero se deberá de extraer la corona y después la raíz con elevadores de punta fina, si la raíz no se desprende de inmediato, puede existir una curvatura en el ápice que es muy frecuente y se tendrá que eliminar más hueso palatino.

Después de ser eliminado el folículo radicular se procede a suturar el colgajo en los espacios interdentesales a la parte labial de la encía; es recomendable siempre la colocación de una férula de acrílico palatino, construída antes de la operación, ya que asegura la buena adaptación del colgajo del tejido blando, ésto también evita que se formen lagunas entre el hueso y el periostio, la férula también ayudará a proteger el colgajo palatino contra alimentos calientes, hasta que la invasión del área haya vuelto a su estado normal. La sutura podrá ser extraída después de 5 días.

##### 5.- Impacciones Labiales.

Las extracciones de caninos superiores impactados y situados bucalmente es fácil de realizar siempre que se pueda percibir una protuberancia marcada de la superficie bucal, se deberá elevar un colgajo que cubra el alveolo después de la extracción del canino. Se elimina hueso, se extrae la pieza con fór

ceps, después se colocará el colgajo. Frecuentemente las raíces de estos caninos pueden rodear parcialmente una raíz de premolar, causando en algunas ocasiones que se pueda desvitalizar.

## C A P Í T U L O   I V

### Quistes y anomalías de Frenillos

#### Quistes en los tejidos blandos de la cavidad bucal

##### 1.- Quistes mucosos

La mayoría de estos quistes mucosos se producen en los labios y mejillas y por lo general en la línea de oclusión. Estos -- también pueden presentarse en el paladar duro y blando debido a las obstrucciones de los conductos por la lesión, la mayoría de estos quistes son de color azul y en la superficie tiene aspecto vesiculado con consistencia elástica y desaparece cuando es drenado, pero se vuelven a llenar en cuanto sana la incisión; hay unos quistes similares más grandes y se producen en el aspecto inferior de la lengua, que se originan en las glándulas de Nuhn y Blandin.

Un tratamiento básico de estos quistes mucosos es una incisión in tot.

##### 2.- Ránulas y Quistes Dermoides.

Los quistes que se encuentran en el piso de la boca se les llama ránulas, puede agrandarse su localización superficial aparece como una prominencia de paredes delgadas, rojizo-azulada y vesicular, estos en la porción anterior del piso de la boca, - en casos en los que el quiste se forme en planos mucho más profundos, podrá palpase una inflamación submental, pero si este quiste crece, se localizará en la región submaxilar. Es importante que estos quistes se tomen en cuenta para el diagnóstico diferencial.

TESIS CON  
SELLA DE ORIGEN

Estos quistes se observan por lo general en edades avanzadas apareciendo como vesículas, su color es amarillento con una consistencia como de caucho. Estas ránulas contienen líquido viscoso, con un tejido semiblando, en ocasiones presentan -- formaciones capilares y dentales incluidas.

El método seleccionado para tratar estos quistes, consiste en eliminar la porción del saco del quiste observada como -- parte del piso de la boca incluyendo la mucosa que está sobre él. No deberá cortarse ni intervenir con suturas en el conducto de Wharton. Una sonda lagrimal en el conducto de -- Wharton identifica el curso de ésta estructura, esta sonda -- deberá de permanecer estable a lo largo de toda la operación, se emplearán suturas para conectar el saco restante del quiste y el borde cortado de la mucosa bucal.

Durante la operación, la abertura creada quirúrgicamente deberá permanecer abierta con una aplicación pequeña y estrecha de gasa.

La eliminación completa del quiste, con exicición de la glándula afectada, puede ser indicación de quistes que se localizan más profundamente, sobre todo si están formados por más de una cavidad. Esta intervención requiere de un gran conocimiento por parte del operador sobre estos casos así como una considerable experiencia quirúrgica.

Los quistes de las glándulas salivales grandes son raros en niños.

### 3.- Quistes del Hueso

Los quistes en la zona de la mandíbula son frecuentes en niños, pueden ser de origen odontogénico o no, o pueden ser cavidades císticas en el hueso no cubiertas de epitelio, son --traumáticas, hemorrágicas y quistes de extravasión. En cualquier tipo de radiotransparencia ósea similar a un quiste, se deberá hacer un diagnóstico diferencial por medio de cuidadoso examen radiográfico, clínico e histopatológico.

En muchos casos es recomendable hacer ciertas pruebas de laboratorio, tales como determinación de calcio, fósforo y fosfatos alcalina. Es de esencial importancia no lesionar las piezas vecinas en contacto con el área patológica; para elegir una técnica adecuada para el restablecimiento se deberá de tomar en cuenta el aspecto estético y el funcionamiento ya que esto puede causar daños irreparables al realizar procedimientos radicales.

La enucleación es el método de preferencia para la mayoría de los cirujanos, deberá de ser empleada en quistes que no afecten a las raíces de piezas vecinas vitales.

Se dice que la operación Partsch de marsupialización es preferible a la enucleación de quistes grandes en gran proximidad a piezas, ya que ayuda a mantener la vitalidad de éstas.

Se aconseja primero el drenado del quiste siguiendo el método Partsch y después, cuando se haya formado suficiente hueso al rededor de la raíz de las piezas circundantes, la enucleación del saco cístico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sea cual sea la técnica a seguir, es necesario extraer la -- sección del saco cístico para poder realizar exámenes histopatológicos. En los casos de quistes grandes deberán conservarse las porciones de quistes de las diferentes localizaciones y enviarse al patólogo un diagrama determinando la localización de los ejemplares, así mismo deberá de conservarse una copia en el laboratorio.

Se ha demostrado en estudios anteriores que una porción del saco cístico mostraba características de un quiste y otra - porción los de un ameloblastoma.

En quistes dentígeros no siempre es conveniente eliminar inmediatamente la pieza contenida en la cavidad. La curación - de los quistes dentígeros muestra que la curación y el allanamiento de la cavidad del quiste se logran tres veces más - rápidamente cuando se deja la pieza en posición, aunque se - puede mencionar que muchas piezas contenidas en la cavidad - del quiste pueden tener una erupción normal.

#### 4.- Quistes Traumáticos.

También llamados quistes hemorrágicos, no son quistes auténticos porque no está cubierto de epitelio la cavidad. Estos quistes son más frecuentes en gente muy joven y generalmente puede obtenerse una historia de traumatismo en el área, la - hemorragia ocurre en los espacios anchos del hueso esponjoso y la desintegración del coágulo, dejando una cavidad dentro del hueso. En ocasiones no hay síntomas y el quiste puede ser descubierto ocasionalmente por medio de un examen radiográfico sistemático.

Al explorar un quiste observamos un espacio grande y poco -- profundo sin recubrimiento, hay fibras entrelazadas y líquido rojizo oscuro en el fondo de la cavidad, en ocasiones -- cuando se observa una gran área radiotransparente, es necesario explorarla para poder descubrir procesos patológicos, -- etc.

#### 5.- Pruebas de Vitalidad.

Es necesario y recomendable realizar pruebas de vitalidad en las piezas adyacentes al quiste antes de realizar una operación, estas pruebas de vitalidad deberán realizarse una semana posterior a la operación.

En casos de que una pieza dé una reacción no vital y al ser - inspeccionada se encuentre en estado normal, así como a la - transiluminación deberá de ser respetada, sin confundir una - pulpa vital y una no vital. Uno de los mejores métodos de mostrar la vitalidad de las piezas sin el uso de ninguna máquina para perforar las piezas, es el uso de frío y calor, ya que - la prueba eléctrica no es exacta.

Es importante considerar que en los quistes de gran volumen, la membrana cística a menudo lleva los vasos y nervios a las pulpas.

La pérdida de sensación, posterior a una operación, se debe al aspecto anatómico de que en el maxilar superior los nervios - alcanzan los ápices de la pieza a través de la placa labial o bucal y son cortados durante la operación, los vasos por lo - contrario, debido a su anastomosis y vías colaterales permangen intactos.



En algunos casos las piezas afectadas pueden salvarse con -- tratamiento de conductos con o sin apicectomía.

## 6.- Anomalias de Frenillos

### Frenillo Lingual Anormal

En algunos casos de niños pequeños se observan anomalías del frenillo lingual corto que liga la lengua al piso de la boca y le impide proyectarse hacia adelante desde la cavidad bucal o removerse hacia arriba para hacer contacto con el paladar duro. Aquí la deglución y la fonación pueden encontrarse muy afectados y el frenillo puede ser lesionado con el contacto de los incisivos inferiores causando úlceras, pero una vez repuesto este problema se mejorará el lenguaje del niño.

### Tratamiento

"Se coloca anestesia por infiltración, se hace una incisión horizontal manteniendo la lengua hacia arriba para mantenerlo estirado, se raspan los márgenes de la herida y se transforma en herida vertical, suturando de izquierda a derecha" (9)

Un método más sencillo es aplicando un hemostato pequeño y - de punta recta sobre el frenillo, exactamente bajo la superficie de la lengua, y otro hemostato curvo, en la unión del piso de la boca cuidando de no pinchar con el hemostato los conductos y carúnculos salivales. Se hace la incisión entre los dos hemostatos con tijeras, colocando al final con puntos de sutura interrumpidos.

## 7.- Frenillo Labial del Labio Superior

Es frecuente encontrar en niños este frenillo anormal, lo cual se asocia con la presencia de un diastema entre el incisivo central primario o los centrales permanentes brotados o en proceso de erupción.

En el recién nacido, el frenillo se liga a la cresta del borde alveolar, pero a medida que el proceso alveolar crece hacia abajo y erupcionan las piezas permanentes es estacionarla, de manera que lo que es un frenillo anormal a los 4 años puede ser normal a los 8 años. La presión que ejercen la erupción de los laterales y caninos generalmente resulta en cierre del espacio sin necesidad de interferencias ortodónticas o quirúrgicas.

### Tratamiento

Si se elimina el frenillo labial, se intentará el cierre del espacio a la mayor rapidez, para evitar la formación del tejido de cicatrización entre los dos incisivos, lo cual evitaría o haría más el cierre.

El hecho de realizar la frenotomía es una decisión que tendrá que ser tomada por el odontopediatra y el ortodoncista.

Por lo general ésta se puede llevar a cabo bajo anestesia local por infiltración del frenillo en la superficie labial del proceso alveolar, después deslizando la aguja a través de la papila interdental hacia la papila incisiva. Después de dos o tres minutos se deberán colocar unas gotas de anestésico en el agujero incisivo, haciendo una incisión triangular entre los -

dos incisivos centrales. Deberá tenerse cuidado de no cortar la inserción gingival en la superficie mesial de los centrales, esta incisión será hasta el hueso elevando el periostio en anterior a la papila incisiva y se llevará hacia adelante en el espacio interdental hasta alcanzar la superficie labial de la cresta del borde alveolar, es importante tensar con un hemostato, y la masa total se disecciona en el pliegue. Es importante no lesionar el periostio en el lado labial, se aplica un hemostato al frenillo restante y la parte sostenida por el hemostato se corta.

Finalmente se colocará una sutura de seda 3-0 o Catgut sensillo en especial en el labio. Las heridas en el paladar duro se le colocará apósito quirúrgico.

Algunos operadores mencionan que prefieren realizar la operación con cuchillo electroquirúrgico.

Para la realización de esta técnica es importante tener experiencia y un buen manejo de las manos ya que se pueden provocar lesiones serias en el hueso.

## C A P Í T U L O V

### Diagnóstico de Tumores

#### 1.- Generalidades

En la infancia, la cavidad bucal y los tejidos que la rodean pueden estar sujetos a neoplasias benignas y malignas, y en muchos casos se han tomado precauciones como exámenes clínicos muy cuidadosos y aun así no pueden ser identificados con seguridad plena si la lesión es inflamatoria benigna o maligna.

Uno de los métodos con seguridad plena para poder formular un diagnóstico es la biopsia seguida de un examen histopatológico. Los principios a seguir en esta técnica son sencillos, aun así se ha dicho que la posibilidad de que la biopsia puede acelerar el crecimiento o la diseminación del tumor, es un planteamiento dudoso y sujeto a discusión, menos en los casos de melanoma maligno. Con este melanoma lo recomendable es evitar cualquier manipulación del tumor, y remitir al paciente con el cirujano capacitado para intervenir este tipo de tumores.

"En el caso de otras lesiones el cirujano tratará de obtener el informe de la biopsia a la mayor brevedad posible, y si este resulta maligno, mandar lo más rápido posible al paciente para que sea atendido por la persona indicada, o recibir de inmediato un tratamiento adecuado al tipo de lesión que se trate". (11)

## 2.- Tipos de Biopsia

### Biopsia por Excisión.

Este tipo de biopsia tendrá unos principios tales como: la - excisión deberá ser suficientemente ancha y profunda para incluir un borde o márgenes de tejido saludable a lo largo de toda la superficie cortada, de tal manera que ya no se requiera realizar otra intervención quirúrgica, ésto es en caso de que el resultado histopatológico trate de un tumor benigno.

Si por lo contrario se encuentra un tumor maligno, se mandará este caso a un cirujano competente en la materia, ya que las posibilidades de que haya recurrencia son muy factibles.

### Biopsia por Incisión

Esta biopsia se realiza cuando la lesión es tal que se hace imposible la excisión total, y otro caso es cuando no es muy factible por determinada razón, y se deberá de tomar una - - muestra de la lesión, que pueda representar dicho tumor.

Indicaciones importantes para este tipo de biopsia.

a) La porción de la lesión que muestra los cambios patológicos observados clínicamente no deberá ser seleccionada, y si esto no es posible solo con una muestra de tejido, habrá que seleccionar varias áreas.

b) Siempre en todos los casos es aconsejable extraer -- secciones profundas y delgadas, en lugar de que sean anchas y muy poco profundas, ya que en la mayoría de los

casos de tumores, logran gran profundidad en su crecimiento, y al obtener una muestra superficial de tejido puede no mostrar lo que se desea conocer.

Es importante tener presente que nunca se debe realizar una biopsia exactamente en el centro de la lesión, ya que el tejido sólo nos puede mostrar necrosis y cierta inflamación, pero no ofrecerá el resultado detalladamente, para que de esta forma se pueda llegar a un buen diagnóstico.

c) La sección siempre deberá de incluir tejido en los márgenes laterales y más allá de ellos, al igual que la base de la lesión, de esta forma se podrá seguir el cambio de tejido saludable a tejido que muestre cambios patológicos.

#### Biopsia por Aspiración

Si el tumor es profundo como en el caso de los tumores de las glándulas salivales, puede realizarse la biopsia por aspiración, la cual no es muy eficaz y se ha modificado por la técnica de Sitverman, en el cual se utiliza una aguja especial para permitir al cirujano extraer una porción mayor de tejido intacto. Este método no es fácil para que cualquier cirujano u odontopediatra lo pueda realizar ya que éste deberá ser reservado para el cirujano indicado y competente en esta materia, ya que de lo contrario la biopsia será un fracaso.

#### Biopsia por Exploración.

Si la lesión es profunda, especialmente en el hueso, se realiza un colgajo y se extrae una muestra de la lesión. En es-

te caso es muy importante realizar un buen raspado para ver - que es lo que se puede obtener de material en cavidades óseas y tactos sinusales.

Por otra parte es importante que la placa compacta y hueso es ponjoso circundante al área del tumor sea sometido a una biopsia. El uso de trépanos es muy importante para obtener la - - biopsia de una lesión central en hueso.

#### Biopsia por Punción.

Esta es mucho más aplicable a muestras pequeñas de tejidos en áreas inaccesibles, como: seno maxilar, paredes faríngeas o - laterales, la ventaja de este tipo de biopsia es que ayuda a controlar la hemorragia.

Si esta biopsia es realizada en un hospital, puede obtenerse una muestra congelada, lo que puede permitir al operador, con tinuar con la extracción completa de la lesión. Es muy fre - - cuente que la sección congelada no muestre todos y cada uno - de los detalles necesarios para poder formular un diagnóstico único y exacto, si es así la operación tendrá que posponerse hasta que el patólogo tenga la oportunidad de examinar las -- secciones.

### 3.- Técnicas de Biopsia.

#### Anestesia

En realidad la mayoría de las biopsias se pueden realizar bajo anestesia local. En la preparación del campo es recomendable no usar antisépticos fuertes, ya que tienen a producir al

gunos cambios en los tejidos y a influir en su tinción. Es -- bueno siempre tener presente que el anestésico no deberá inyectarse en el tumor directamente, ya que si se hace ésto provocará inflamación y deformidad en las estructuras, y en caso de que la lesión sea maligna puede provocar diseminación.

#### Incisión.

Si sólo es necesario extraer una parte de tejido, será aconsejable el uso de un escalpelo, si por lo contrario, la sección es suficientemente grande, la corriente de alta frecuencia se podrá usar con ventaja en tumores altamente vasculares. Pero en caso de tratarse de un tumor maligno, puede resultar un -- buen procedimiento el usar el escalpelo, coagular la superficie cortada después con corriente coagulante de alta frecuencia, para que de esta manera se puedan cerrar los vasos sanguíneos y linfáticos cercenados y los espacios de los tejidos evitando la diseminación de las células del tumor, la electrocoagulación es importante ya que también ayuda al control de la hemorragia.

#### Extracción de la Muestra.

Siempre a la extracción de una muestra hay que tener mucho -- cuidado de no causar ningún daño que luego repercuta en el resultado final de su estudio, evitando no triturar ni mutilar el tejido. Esto puede evitarse no usando hemostatos, fórceps para tejidos o instrumentos similares para mantener estable el tejido, sólo en casos de que la sección a extraer sea muy grande, para que solo se lesione una pequeña sección.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## Sutura

En el momento adecuado se deberá cerrar la herida con puntos de sutura. Se podrán encontrar ciertas dificultades al aplicar sutura a tumores malignos, y es probable que se tengan -- que tomar a través del tejido circundante o tejido periférico sano.

### 4.- Manejo de la Muestra del Tejido.

Para el manejo de la muestra se deben de tomar en cuenta tres puntos de gran importancia.

a) La muestra deberá sumergirse en la solución fijadora - rápidamente después de ser obtenida, ya que si se retrasa habrá problemas en la pérdida del detalle celular y evitar que el patólogo formule un diagnóstico correcto.

La solución más común es formalina al 10/100. El volumen de - la solución deberá ser aproximadamente 20 veces el volumen de la muestra de tejido. Es recomendable tener esta solución - - siempre fresca, ya que tienden a deteriorarse.

En casos de que la muestra sea demasiado espesa, sólo las por ciones periféricas del tejido quedarán fijadas, mientras que la zona central sufrirá cambios degenerativos, por ese motivo se recomienda cortarlos de buen tamaño y sumergirlos en la so lución.

2.- Se deberá de colocar al frasco una etiqueta para indicar si la muestra de tejido es tejido blando o si contiene hueso.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sin olvidar que siempre es preferible colocar en frascos separados tanto el tejido blando como el tejido óseo.

Si se trata de una muestra de tumor o quiste será recomendable cortar el ejemplar en varias porciones, colocando las --- porciones en cada frasco diferente, sin olvidar enumerarlas, haciendo un diagrama de la lesión ya que tanto los tumores -- como los quistes tienen varias características en sus diferentes secciones.

3.- La muestra siempre irá acompañada de una historia breve - incluyendo: Nombre, edad, sexo, localización y descripción macroscópica de la lesión, su duración, velocidad de crecimiento o cambio en la velocidad de crecimiento, así como el método usado para obtener la muestra.

Generalmente los resultados finales de tejidos blandos están listos de 2 a 4 días, y el resultado final de los tejidos duros están listos de una a tres semanas, dependiendo de la gravedad de la calcificación.

#### 5.- Órdenes Preoperatorias

##### a) Historia médica

Se deberá hacer una historia médica completa comprendiendo -- una frase que dé la opinión de los padres sobre la salud general del niño, junto con una historia de enfermedades infecciosas y alergias a medicamentos.

##### b) Examen Físico

Comprende examen intra y extra bucal y examen radiográfico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

c) Reglamentos

Las órdenes preoperatorias para niños normales, antes de una operación programada a las 7:00 A.M. son las siguientes:

- Ningún alimento después de la medianoche
- Fenobarbital de 30 a 100 mg. al acostarse según la edad
- Demerol Atropina, Escopalamina, se dá un sedante antes, y no se deberá ingerir ningún alimento por la boca durante a proximadamente ocho horas antes de la operación.

Es importante que el paciente sea examinado antes de la cirugía para asegurar que todo está en orden y no haya ningún tipo de complicaciones.

4.- Técnica de Higiene.

Se recomienda después de colocarse la bata lavarse y cepillar se cuidadosamente las manos y brazos hasta los codos, en 10 min. usando septisol. Deberá cepillarse y enjuagarse individualmente cada superficie del dedo, dejando fluir el agua -- por los codos.

Al entrar a la sala de operaciones, la enfermera le entregará al cirujano la toalla para secarse las manos; primero las manos, después los brazos y al último los codos.

Es importante mencionar que siempre llevarán guantes y batas todas las personas que se encuentren en la sala de operaciones, sin olvidar la colocación de 4 toallas alrededor de la boca, cada una mantenida con una pinza especial para toalla. El resto del paciente y la mesa de operaciones estarán cubiertos por lienzos.



#### 5.- Procedimientos.

Generalmente bajo anestesia general los reflejos se pierden, y un cuerpo extraño puede caer fácilmente en la faringe y -- ser aspirado, por eso se recomienda colocar al paciente un a pósito. Si el paciente está entubado se puede utilizar un a pósito de garganta colocándolo con fórceps, y se tapona bien en la fosa amigdalina anterior al arco faringopalatino, en la base de la lengua. Pero si el paciente no está entubado se pueden atar dos esponjas grandes, colocándolas entre la lengua y el paladar blando, presionando la lengua hacia adelante para evitar obstrucción del paso del aire.

Una vez terminada la operación y saliendo de la sala de operaciones, se tomará la presión arterial, el pulso, la respiración, colocarlo en posición semi - fowler, administrar an tibióticos y analgésicos sólo en casos necesarios.

Si son procedimientos cortos en un paciente saludable, éste puede ser despedido al día siguiente de la operación. Si los procedimientos son largos, se recomienda voltear al paciente cada hora para que tosa y elimine las secreciones, posteriormente ya en su habitación es importante que el operador lo visite para darse cuenta de su estado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## CONCLUSIÓN

Lo descrito en los capítulos anteriores está encaminado a -- proporcionar al paciente la mayor comodidad posible durante y después de la intervención, devolviéndole su salud fisiológica y un mejor aspecto estético.

Estas técnicas y cuidados pretenden también causar el menor daño psicológico al paciente para que pierda ese temor al dentista, que le perdurará el resto de su vida.

Para lograr este objetivo es necesario proporcionar una educación adecuada también a los padres.

Si el odontólogo logra todos estos propósitos puede sentirse satisfecho consigo mismo, con su trabajo y con su paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- Alderman, Marvin M.

Práctica dental en el hospital

Editorial Interamericana - México - 1975

Edición 29

734 p.

- 2.- Alling, Charles C.

El diente impactado, complicaciones y su tratamiento

Editorial Interamericana - México - 1979

Edición 2a. - Tomo II - Volumen III

485 p.

- 3.- Archer W, Harry

Cirugía Bucal

Editorial Interamericana - México - 1970

Edición 29 - Tomo II - Volumen I

528 p.

- 4.- Arévalo Gallagos, Sigifredo

Compendio de Cirugía Bucal

Editorial Interamericana - México - 1980

Edición 2a.

194 p.

- 5.- Baileson, George

Relajación del paciente en la práctica Odontológica

Editorial Lobos - México - 1976

376 p.

- 6.- Cascajares P., Juan Luis y otros  
Compendio de Anatomía Fisiología e Higiene  
Editorial Eclalsa - México - 1973  
Edición 4a.  
396 p.
- 7.- Conn, Eric E. y otros  
Cirugía Fundamental  
Editorial Limusa - México - 1978  
Edición 3a.  
632 p.
- 8.- Cursio, Raymond J.  
Dirección de la práctica privada en Odontología  
Editorial Interamericana - México - 1978  
Edición 2a. - Tomo II Volumen II  
326 p.
- 9.- Finn, Sidney B.  
Odontología Pediátrica  
Editorial Interamericana - México - 1973  
Edición 4a.  
614 p.
- 10.- Hamm, Arthur W.  
Tratado de Histología  
Editorial Interamericana - México - 1975  
Edición 7a.  
935 p.
- 11.- Hogeboon, Floryde Eddy  
Odontología Infantil y Dentística Sanitaria Pública  
Editorial Interamericana - Buenos Aires - 1940  
Edición 4a.  
430 p.

- 12.- Hotz, David  
Odontopediatría para Niños y Adolescentes  
Editorial Panamericana - México - 1975  
Edición 2a.  
1320 p.
- 13.- Katz, Simon y otros  
Odontología Preventiva en acción  
Editorial Médica Panamericana - Buenos Aires - 1975  
Edición 3a.  
452 p.
- 14.- Mac Donald, Ralph E.  
Odontología para el Niño y el Adolescente  
Editorial Mundi-México - 1970  
540 p.
- 15.- Pérez Tamayo, Ruy y otros  
Texto de Patología  
Editorial La Prensa Médica Mexicana - México - 1980  
Edición 2a.  
1162 p.
- 16.- Ries Centeno, G.A.  
Cirugía Bucal  
Editorial El Ateneo - Buenos Aires - 1978  
Edición 5a.  
638 p.
- 17.- Robbins, Stanley L.  
Patología Estructural y Fundamental  
Editorial Interamericana - México - 1984  
Edición 2a.  
1482 p.



18.- Thompson M. Lewis.

Atlas de Odontopediatría

Editorial Mundi-México - 1975

Edición 3a.

340 p.

19.- Wheeler, Russell C.

Anatomía Dental Fisiología y Oclusión

Editorial Interamericana - México - 1979

Edición 5a.

472 p.

20.- Whittaker, James O. y otros

Psicología Infantil

Editorial Interamericana - México - 1977

Edición 3a.

816 p.