

217  
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**El manejo del paciente infantil  
en exodoncia**

**T E S I N A**

**QUE PRESENTA:**

**RAMIREZ ORTEGA SALVADOR**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA**

**ASESOR DE TESIS  
C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA**

México, D.F. 1997



**TESTIS 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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios**

**Por haberme dejado llegar  
a este momento.**

**A la memoria de mi madre.**

**Blanca Rosa Ortega Martínez  
Porque tu recuerdo siempre  
me impulso a seguir adelante.  
Te amo.**

**A mi padre.**

**Alejandro Ramirez Ortega  
Por tu cariño y guía en los  
primeros años de mi vida.  
Te quiero**

**A mis hermanos.**

**Veronica, Nidia Belem, Santiago,  
Alejandra y Cesar Augusto. Por  
ser parte de mi vida.  
Los quiero mucho.**

### **A mi esposa**

**Isela Márquez Villordo.**

Por todos esos desvelos ayudandome con mis tareas y por ese gran amor que me demuestras y que nos une cada vez más, porque tus palabras de aliento siempre me impulsaron a seguir adelante, porque tu fortaleza es mi fortaleza y porque desco con todo mi corazón que nuestras vidas esten unidas por siempre, porque en realidad eres la parte más sensible de mi ser. Tengo tantas cosas que decirte.

**TE AMO**

**Al Dr. Ricardo Márquez González.**

Por siempre creer en mi y brindarme su apoyo y confianza, platicando y dándome consejos en los momentos más difíciles y sobre todo enseñandome que todas las cosas se pueden hacer, muchas veces sin tener nada, además demostrarme que las cosas en la vida no son fáciles que hay que trabajar mucho para conseguirlo y sobre todo por ser como un padre para mi.

**Dios lo bendiga**

**A la Sra. Idalid Villordo Rocha.**

Por todas las atenciones que siempre a tenido hacia mi persona, y por todos esos momentos felices o tristes que hemos compartido, y por sobre todo por ser la mamá de la mujer que amo. Porque es para mi como una madre.

**La quiero mucho.**

A Idalid Márquez Villordo.

Espero que este trabajo sirva de estímulo y sigas adelante con tus objetivos, porque no obstante las cosas que han pasado, extraño nuestras largas charlas, como hermanos que me enseñan mucho.

T.Q.

A Iran Márquez Villordo.

A la niña que siempre tiene el objetivo de superarse, un poco soñadora, un poco bailarina, deseo que tu más lindo sueño se cumpla, aunque no lo creas te considero como una hermana, la más enojona.

T.Q.

A mi amigo

Axel Abaunza Márquez.

Por todos esos momentos felices que hemos pasado juntos a la frescura de tu linda personita, que me enseña la importancia de vivir y ser espontáneo.

Te quiero mucho..

Al Dr. Arturo García Tejada y a su esposa

Guillermina Silva Zamora.

Por todos sus consejos y apoyo incondicional y sobre todo por ser como unos padres.

Los quiero.

**A mis Amigos y Hermanos.**

**Arq.Arturo García Silva.**

**Lic.Gerardo García Silva.**

**Erikea García Silva.**

**Luis Guillermo García Silva.**

**Tengo tanto que agradecerles a cada uno de ustedes  
que no acabaría en este pequeño espacio.**

**Los quiero.**

**A mi hermano.**

**Lic.Francisco Javier García Silva.**

**A ti que no obstante la adversidad de las  
cosa,siempre has estado a mi lado,y por todas esas  
palabras de aliento en todo momento.Gracias.**

**Te quiero mucho.**

**Al Lic.Ricardo González Reyes.**

**Por ser mi amigo.**

**A todos mis amigos y compañeros que de alguna  
manera siempre me apoyaron,muchas veces con sus  
palabras de aliento otras con una palmada pero  
siempre fortaleciendo mi voluntad .**

**Gracias.**

**AI CD. ROBERTO SERRANO SELIS**

**Por darme toda su confianza y apoyo  
desinteresado, por todos sus consejos  
y enseñanza que son un auténtico tesoro  
para mi. GRACIAS POR SU GRAN  
AMISTAD.**

Dios lo bendiga

**AI Dr. Jose Antonio Vela Capdevila.**

**Por haberme enseñado el amor a la  
carrera e inculcado el respeto a ella.  
Gracias.**

**A mi director de tesina**

**C.D. Victor Manuel Barrios Estrada.**  
Por la confianza depositada en mi y por todas las enseñanzas que me dio durante estos años de carrera, por que con nada voy a pagar toda la ayuda que me brindo tanto en lo personal como en lo academico. Estoy orgulloso de contarme dentro de sus amigos.

**Dios lo Bendiga.**

## **INDICE**

### **INTRODUCCION**

#### **Capitulo I.**

#### **HISTORIA CLINICA,**

#### **Capitulo II.**

#### **PSICOLOGIA.**

##### **2.1 Papel del cirujano dentista**

##### **2.2 introducción del niño a la odontología**

##### **2.3 Categorías de conducta**

##### **2.4 Relaciones a la experiencia odontologica**

#### **CapituloIII.**

#### **RADIOLOGIA**

##### **3.1 Importancia de la radiología.**

##### **3.2 Anomalías.**

##### **3.2.1 Anomalías de número**

##### **3.2.2 Anomalías de forma**

##### **3.2.3 Anomalías de posición**

##### **3.2.4 anomalías de textura**

## **Capitulo IV**

### **ANESTESIA**

#### **4.1 Anestesia local en el niño**

#### **4.2 Anestésico tópicos**

#### **4.3 Anestesia regional mandibular**

##### **4.3.1 Dentario inferior**

##### **4.3.2 Nervio buccinador**

##### **4.3.3 Nervio mentoniano**

#### **4.4 Anestesia regional del maxilar**

##### **4.4.1 Anestesia suprapariostica**

##### **4.4.2 Nervio dentario superior medio**

##### **4.4.3 Nervio nasopalatino**

##### **4.4.4. Nervio infraorbitario**

## **Capitulo V.**

### **FARMACOLOGIA EN NIÑOS**

#### **5.1 Antibióticos**

#### **5.2 Analgésicos**

#### **5.3 Antiinflamatorios**

**Capitulo VI            EXODONCIA Y CIRUGIA**

**6.1 Extracción de dientes**

**6.2 Dientes retenidos**

**6.2.1 Dientes supernumerarios**

**6.2.2 Extracción de molares primarios por  
odontosección**

**6.3 Extracción de las raices de los dientes primarios**

**6.4 Accidentes de la extracción de los dientes  
primarios**

**6.5 Indicaciones para la extracción de los dientes  
primarios**

**6.6 Contraindicaciones para la extracción de los  
dientes primarios**

**Capitulo VII            INSTRUMENTAL DE EXODONCIA**

**7.1 Forceps**

**7.2 Elevadores**

**7.3 Instrumental quirúrgico**

**Capítulo VIII**

**TRATAMIENTO DEL NIÑO PREOPERATORIO  
TRASOPERATORIO Y POST-OPERATORIO.**

**8.1 Preoperatorio.**

**8.2 Trasoperatorio.**

**8.3 Post-operatorio.**

**Conclusiones.**

**Bibliografía.**

## **INTRODUCCION.**

En odontología siempre nos ha preocupado el manejo del paciente infantil por los múltiples problemas a los que nos tenemos que enfrentar para realizar una extracción y todo empieza desde el principio para el diagnóstico que se inicia con la historia clínica, cada uno de los cuáles es susceptible a errores por omisión muchas veces de los padres

La entrevista odontológica debe lograr tres funciones importantes: obtener información, responder de manera apropiada al estado emocional del paciente y educarlo, e influir de modo benéfico sobre su conducta. La satisfacción del paciente puede aumentar

mediante el diálogo sobre temas de su interés y eliminando por algunos momentos el dominio del cirujano dentista en el encuentro.

También debemos de contar con conocimientos sobre radiología ya que será de gran importancia en el diagnóstico de una extracción ,las técnicas en anestesia es muy importante por que con su ayuda evitaremos la molestia (dolor) en el niño,también la farmacología nos ayudará a elegir el medicamento idoneo para cada caso,ya que tenemos que tener en cuenta que el paciente puede ser alérgico. a algunos medicamentos y nos podrían provocar problemas tanto en el pre-operatorio,trans-operatorio,y post-operatorio que podría ser de fatales consecuencias para el niño.

También la psicología es muy importante para comprender su conducta como el motivo de sus emociones.

Por lo tanto este trabajo está destinado a dar a conocer ciertos conocimientos para el manejo del niño en exodoncia.

## **CAPÍTULO I. HISTORIA CLINICA.**

El objetivo de una historia clínica es tener datos importantes del paciente que nos ayuden a dar un buen diagnóstico. Es importante que el cirujano dentista este familiarizado con la historia clínica de paciente infantil en este caso lo padres del infante son los que nos proporcionan todos los datos que nos pudieran decir de algún problema , ya que en ella tenemos datos familiares de relevancia con respecto al estado de salud del paciente.

En estos datos nos serán proporcionados datos como nombre y apellido, edad , domicilio, teléfono, fecha de nacimiento , el motivo de la consulta .

Para poder evaluar al niño candidato a una extracción es importante seguir los siguientes pasos.

**Inspección**

**Palpación**

**Exploración**

**Radiografías**

Desde luego que también es de mucho valor el saber si le niño a tenido reacciones inusuales con medicamentos como podían ser aspirinas , tranquilizantes , penicilinas, o a la misma anestesia dental o a otros medicamentos, si se demoran sus heridas en cicatrizar o sangran demasiado nos puede dar aviso de que podemos tener algún problema al momento de la extracción por lo que tenemos que estar en contacto con su medico

## **CAPÍTULO II PSICOLOGIA**

En años recientes la profesión ha sido testigo de un incremento de la investigación sobre aspectos prácticos de la modificación de la conducta en niños.

En este capítulo analizaremos aspectos de la conducta del niño importantes para nosotros y para una mejor atención y manejo de los mismos .

### **2.1 Papel del odontólogo**

Aunque la función del cirujano dentista es la necesidad de atención odontológica preventiva, su campo no debería estar limitado a la eficiencia técnica. Mediante un enfoque sensible y comprensivo , puede hacer mucho por ayudar a su paciente a superar la situación en nuestro caso es ayudarlo a controlar el estrés y el miedo que provoca la extracción dental , el tratamiento odontológico es una experiencia que el niño debe tratar de aceptar .

los niños que han aprendido su papel como pacientes muestran alguna flexibilidad de conducta y su interés por lo que sucede a su alrededor . Tiene la capacidad de confiar en el cirujano dentista , responderle y demostrar confianza en su habilidad para satisfacer las exigencias de la situación .

Es muy importante que el cirujano dentista aprenda a enmascarar sus reacciones emocionales ante una determinada situación .Hasta el niño pequeño puede captar rápidamente la indecisión o la ansiedad .Al aumentar la aprensión de ,se reflejara en el niño . Nunca debe mostrarse enojado, cualquiera que sea la provocación .En realidad, será útil que pueda enmascarar cualquier tipo de complicación emocional y crear una atmósfera de comprensión.

## **2.2 Introducción del niño a la odontología**

El proceso suele ser cumplido fácilmente si el cirujano dentista permite que el inspeccione el consultorio y el ambiente en forma

casual, pero al mismo tiempo tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de la situación. El cirujano dentista y sus colaboradores deben recordar que el niño, en particular el paciente de primera vez, desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o una infección son una amenaza para su salud. En cambio, el niño puede considerar al cirujano dentista y sus colaboradores como la verdadera amenaza. Si el personal odontológico tiene en mente este hecho, le ayudará a comprender la reacción del niño normal en el consultorio.

El primer objetivo en el manejo exitoso del niño pequeño es establecer comunicación y hacerle sentir que el cirujano dentista y sus asistentes son sus amigos y están interesados en ayudarlo. El cirujano dentista puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente pequeño. Se le llama a este el periodo de resistencia y lo considera normal en el proceso de crecimiento o aprendizaje del niño.

### **2.3 Categorías de conducta.**

Las categoría de conducta se dividen en cuatro y que son las siguientes .

**Clasificación I** : definitivamente negativa. Rechaza el tratamiento, llora forzadamente ,esta asustado o presenta cualquier otra evidencia de negativismo externo .

**Clasificación II** : negativa .Es renuente a acepta el tratamiento, no coopera , muestra alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada , esto es, se muestra hosco o alejado.

**Clasificación III** : positiva. Acepta el tratamiento , aveces, es cauteloso , está dispuesto a cumplir con el cirujano dentista , aveces con reserva, pero sigue las directivas con buena voluntad .

**Clasificación VI** : definitivamente positiva. Tiene buena relación con el cirujano dentista, interesado en los procedimientos

odontológicos, ríe y goza la situación.

#### **2.4. Relaciones a la experiencia odontológica.**

Hay por lo menos 4 relaciones a la experiencia odontológica: miedo, ansiedad, resistencia y timidez.

El cirujano dentista que trata niños pequeños se dará cuenta rápidamente , de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única.

#### **Miedo**

El miedo es una de las emociones que con mayor frecuencia se experimenta en la niñez. El niño pequeño, sin embargo , parece tener ciertos miedos naturales, como los asociados con la inseguridad o la amenaza de inseguridad. Los niños mayores experimentan un segundo tipo de miedo, adquirido y desarrollado por la imitación de aquellos que tiene miedo , la persona a quien

imitan puede temer a la visita al dentista o a una gran variedad de situaciones. Un tercer tipo de miedo expresado por un niño es el resultado de una experiencia desagradable con un compañerito o quizás un medico o un cirujano dentista.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la profesión odontológica en cuanto al problema de eliminar el miedo.

No es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso en la esperanza de que finalmente superará su temor a la odontología y se volverá mas cooperador.

Si el niño es realmente miedoso, el acercamiento lento al problema rendirá altos dividendos. La mitad de la batalla estará ganada si el cirujano dentista conversa con el niño e intenta conocer la causa del miedo.

En la primera sesión, el cirujano dentista no debe más que intentar procedimientos sencillos, explicar cuidadosamente lo que

**está haciendo y el uso de todos los instrumentos, gradualmente ir llegando a los procedimientos normales de rutina necesarios.**

### **Ansiedad.**

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor, los niños ansiosos son esencialmente temerosos de toda nueva experiencia y su reacción puede ser violenta y agresiva, si el niño que tiene rabieta en su hogar se le recompensa, las rabietas pueden convertirse en hábito. Cuando el niño se comporta de modo similar en el consultorio, el profesional debe decir si la reacción es de miedo agudo o una rabieta. Por supuesto, si el niño está realmente asustado, el cirujano dentista puede mostrarse comprensivo y trabajar lentamente. Si un niño está mostrando claramente una rabieta, el cirujano dentista debe mostrar su autoridad y dominio de la situación.

### **Resistencia.**

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, el niño se rebela, puede hacer despliegue de rabieta o darse en la cabeza contra las paredes o provocar vómito cuando no desea adaptarse.

El cirujano dentista tiene dificultad para comunicarse con ese tipo de pacientes; el niño se siente lastimado con facilidad y llora por casi cualquier motivo. el cirujano dentista puede comprender que la reacción del niño en el consultorio está condicionado por la experiencia previa, la educación en el hogar y el ambiente.

### **Timidez.**

La timidez es otra reacción que suele observar, especialmente en el paciente de primera vez y puede estar relacionada con la experiencia social limitada del niño. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo, la timidez

puede reflejar la tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o hasta lo sobreprotegen.

Siempre se debe estar pendiente de todas estas reacciones emocionales que pueden dificultar el procedimiento de la extracción y evitar así tener una experiencia desagradable en el acto quirúrgico, tanto para el niño como para el operador.

## **CAPITULO III RADIOLOGÍA**

### **3.1 Importancia.**

La ayuda diagnóstica más importante en la extracción, son las radiografías para el tratamiento odontológico de los niños. La información obtenida de exámenes radiográficos y clínicos, asisten al cirujano dentista para arribar a un diagnóstico certero del estado bucal del niño. Esta información también ayuda en el planteamiento de los procedimientos requeridos para restaurar la salud bucal afectada.

Este elemento importante para el diagnóstico es una obligación, si hemos de tratar niños con éxito. Es obvio, que, a menos que sea descubierta precozmente, la caries, los dientes no pueden ser conservados hasta la época normal de su exfoliación.

Además, con las radiografías podemos evitar los problemas

que pudieran encontrarse en la extracción de los dientes primarios o permanentes y así impediremos que el niño esté expuesto a una mala técnica a la hora de la extracción o acto quirúrgico con el consiguiente “estrés” emocional que acompaña a esas experiencias.

### **3.2 Anomalías.**

Los defectos genéticos, producen numerosas anomalías dentales, y no es raro que el examen dental descubra una enfermedad congénita generalizada.

#### **3.2.1 Anomalías de número.**

Ausencia congénita de dientes, anodoncia parcial o total y dientes supernumerarios, son ejemplo de estas desviaciones patológicas.

### **3.2.2 Anomalías de forma.**

Esta clasificación incluye dientes cónicos, incisivos de Hutchinson, molares aframbuesados, hipoplasia de Turner, displaceraciones, dens in dente, raíces supernumerarias, macrodoncia o microdoncia y germinación.

### **3.2.3 Anomalías de posición.**

La erupción ectópica más común es la de los primeros molares permanentes, suele involucrar una reabsorción ectópica coincidente del segundo molar primario.

### **4.2.4 Anomalías de textura.**

La más común es la caries. Otros son la amelogénesis y la dentinogénesis imperfectas.

Además de estas anomalías, permitirá descubrir reabsorción

interna, raíces internas o coronas fracturadas, complicaciones periapicales, quistes dentígenos, neoplasias, fracturas del proceso alveolar, enfermedad periodontal, fisuras, quistes y taurodoncia.

### **3.3. Radiografías periapicales.**

En exodoncia, es la radiografía que más nos va a servir para diagnosticar la extracción ya que nos muestra con mayor detalle cualquier problema que haya en esa zona ya que su imagen no pierde detalles, nos muestra el hueso, el periodonto y los dientes adyacentes perfectamente con una nitidez que no encontramos en una radiografía panorámica.

Las radiografías periapicales deberán ser usadas , buscando conseguir la más precisa información .

Las películas periapicales usadas en niños son:

**No. 0 = 22 X 35 mm**

**No. 1 = 24 X 40 mm.**

**No. 2 = 31 X 41 mm.**

**Es recomendable tener siempre 2 tamaños de películas .**

**- Películas pequeñas para uso periapical y mordida en niños**

**(No.1)**

**-Películas de adulto (No. 2 ) que puede ser usada como película**

**oclusal en niños pequeños .**

**Dentro de los exámenes radiográficos intraorales se consideran los siguientes exámenes .**

**a) El examen periapical del diente completo y de sus estructuras anexas.**

**b) Examen periapical en maxilar superior o de la mandíbula , en casos de fractura , patología , fragmentos radiculares y dientes no erupcionados .**

### **3.4. Radiografía panorámica**

Una innovación relativamente reciente en radiología odontológica ha sido la aplicación de la radiografía de sección corporal.

Este tipo de radiografía emplea un mecanismo en el que la película y la fuente de rayo se mueven simultáneamente en direcciones opuestas a la misma velocidad . la placa y el tubo giran alrededor de un punto fijo de rotación .Este punto fijo es estacionario respecto a la película que se mueve y al haz de rayos angostos . Por lo tanto ,cualquier estructura radiografiada en el punto fijo es registrada en forma precisa .Este tipo de unidad puede emplearse para el examen de niños .

Como se puede obtener sin colocar nada en la boca , elimina el problema de alamar al niño nervioso o perturbado que puede rechazar una película intrabucal. Mas aún , el niño pequeño siente alguna alegría por este “paseo” en el sillón.

En la extracción la radiografía panorámica , brinda un excelente cobertura de las estructuras que son vistas durante el diagnóstico quirúrgico.

Una placa diagnostica incluye los dientes ,las estructuras de soporte ,la región maxilar extendiéndose hasta el tercio superior de la órbita , y toda la mandíbula incluyendo la región de la articulación temporomandibular .Los cirujanos dentistas que han utilizado la técnica panorámica en forma rutinaria durante un tiempo ,han descubierto fracturas condilares , quistes traumáticos , y anomalías que podrían haber sido omitidas con la serie radiografica periapical .

Por todo esto en la extracción la radiografía panorámica es de gran ayuda a la hora de efectuar cualquier tratamiento quirurgico.

## **CAPITULO IV ANESTESIA**

Hay acuerdo general en que uno de los aspectos mas importantes en la orientación de la conducta del niño es el control del dolor. Si los niños sienten dolor durante el procedimiento de extracción o quirúrgico, su futuro como paciente dental puede ser dañado. Por lo tanto, es importante reducir la molestia al mínimo y controlar las situaciones dolorosas.

Pero como es bien sabido la inyección es el procedimiento dental que produce mayor respuesta negativa en niños . Las respuestas se hacen cada vez más negativas al momento de efectuar la tecnica de anestesia . Este procedimiento aunado a la molestia que pueda traer el niño puede dificultar en varias ocasiones la extracción del diente.

Por lo tanto el cirujano dentista debe anticipar la necesidad de esfuerzos continuados para ayudar al niño a tolerar las inyecciones dentales.

#### **4.1 Anestesia local en el niño.**

Los anestésicos locales son drogas que se utilizan en los niños para producir una pérdida pasajera y reversible de la sensibilidad en la zona por trabajar

El uso de los anestésicos en los niños no debe de administrarse en la misma cantidad que la utilizada para los adultos por que el hueso de los niños tanto en maxilar como en mandíbula es mucho más denso y poroso por lo que su absorción es más rápida y efectiva y porque el niño tolera cantidades más pequeñas que el adulto.

La administración del anestésico deberá efectuarse poco a poco y no con una presión excesiva ya que produce hematomas y necrosis tisular.

Los anestésicos locales pueden clasificarse según su

composición química (ésteres y amidas) o su empleo clínico, difiriendo el inicio, duración, toxicidad.

La solución anestésica más comúnmente utilizada es la lidocaína (xilocaína) y la mepivacaína (carbocaina), tienen toxicidades relativas de 1.5 en tanto que la prilocaína (citanest) está enlistada como 1+.

#### **4.2 Anestésicos tópicos.**

Los anestésicos tópicos mejorados actuales reducen muchísimo la ligera molestia asociada con la punción de la aguja antes de la inyección del anestésico.

En la extracción nos ayuda a que el niño no sienta tanta angustia al penetrar la aguja ya que en varias ocasiones el miedo que provoca la inserción de la aguja provoca en el niño conductas indecibles. Los anestésicos tópicos se presentan en forma de gel,

líquido, pomada y spray presurizado.

Son aplicados a la mucosa bucal con un hisotopo de algodón.

Los preparados de aminobenionato (benzocaina) son probablemente los más adecuados para anestesia tópica.

#### **4. 3 Anestesia Mandibular**

Cuando realizamos extracciones en dientes inferiores primarios o permanentes, hay que dar anestesia regional mandibular con el objeto de obtener el mejor comportamiento del niño en una extracción dental liberándolo de dolor así mismo aminorando su angustia.

##### **4.3.1 Dentario Inferior**

Cuando es realizado el procedimiento de extracción o cirugía de los dientes inferiores primarios o permanentes, hay que dar anestesia regional en el dentario inferior.

**El agujero de entrada del dentario inferior esta por debajo del plano oclusal de los dientes primarios del niño.**

**Por lo tanto la inyección debe ser dada algo mas abajo que en los adultos.**

#### **4.3.2. Nervio lingual.**

**Inerva la lengua suelo de la boca y cara interna, y encía de la mandíbula . Por lo general se anestesia junto con el dentario . La técnica de la inyección del lingual no puede ser más simple. Recordando que se separa del dentario en el espacio comprendido entre la rama ascendente y el pterigoideo interno y que transcurre a lo largo de la cara interna del hueso, por debajo de la mucosa bucal, dando inervación a la mucosa lingual en sus dos tercios anteriores, la glándula sublingual y la encía del lado lingual**

### **4.3.3 Nervio Bucal**

Se ocupa para la extracción de molares inferiores.

La punción se realiza en el triángulo retromolar un centímetro por debajo del plano oclusal de los molares inferiores

### **4.3.4 Nervio Mentoniano**

Deja al paciente con la misma sensación de adormecimiento como la del dentario inferior. El bloqueo del nervio mentoniano anestesia todos los dientes inferiores en el cuadrante excepto los molares permanentes y permite la extracción de la región de los incisivos inferiores, no siempre es absolutamente eficaz por si sola, pues la solución a inyectarse debe llegar por vías del agujero mentoniano, hasta el tronco del nervio. Para efectuar interacciones en esta región habrá que recurrir, naturalmente, a la inyección de ambos agujeros mentonianos.

#### **4.4 Anestesia del Maxilar**

Es importante tener presente la importancia que tiene para la extracción de dientes anteriores y posteriores superiores la adecuada técnica anestésica de todos los nervios que le dan sensibilidad al maxilar y que en los niños es un poco más complicada y en ocasiones muy difícil de aplicar por el estrés, y conducta negativa que le ocasiona el saber que va hacer inyectado por lo tanto el cirujano dentista debe de ganarse la confianza del niño y encontrar la forma de efectuar la anestesia con la menor molestia.

##### **4.4.1 Anestesia Supraperióstica**

La inyección debe ser hecha más hecha del margen gingival que en el paciente con dientes permanentes y la solución depositada cerca del huso por que los ápices de los dientes primarias anteriores superiores estan esencialmente al nivel del pliegue.

**Antes de la extracción de incisivos y caninos primarios o permanentes, será necesario anestesiarse los tejidos blandos palatinos. la inyección nasopalatina permitirá la anestesia adecuada en los cuatro incisivos, por lo menos, anestesia parcial en las zonas canina. Si hay que extraer sólo un diente anterior, la anestesia palatina adecuada puede lograrse también depositando la solución en la encía palatina adherida vecina al diente a extraer.**

#### **4.4.2 Nervio Dentario Superior Medio**

Inerva los molares primarios superiores, los premolares y la raíz mesiovestibular del primer molar permanente.

No hay duda que el nervio dentario superior medio es, al menos parcialmente, responsables de la innervación de estos dientes esto es de suma importancia para el cirujano dentista.

#### **4.4.3 Nervio Nasopalatino**

Anestesiará los tejidos palatinos de los seis dientes anteriores. Si introducimos la aguja en el conducto es posible lograr la anestesia total de los seis. Sin embargo esta técnica es dolosa y no conviene usarla por rutina antes del procedimiento de la extracción. Si el paciente siente anestesia incompleta después de la inyección supraperiostica por sobre los ápices anteriores en vestibular puede ser necesario recurrir a la inyección nasopalatina.

#### **5.4.4. Nervio Infraorbitario**

Las ramas del nervio dentario superior medio y anterior También afecta la inervación de los tejidos blandos debajo del ojo, mitad de la nariz, y la musculatura bucal del labio superior en el lado inyectado de la cara.

Esto deja al niño con una sensación de adormecimiento sobre la boca similar a la experimentada en la parte de abajo en el caso de

**la regional del dentario inferior. La región infraorbitaria es preferida para la extracción de dientes retenidos (especialmente caninos o primeros premolares), o quistes grande, cuando una inflamación o infección moderada contraindica la inyección supraparietista, o cuando es necesaria una duración más prolongada o una mayor zona de anestesia.**

#### **4.5. Complicaciones Después de una Anestesia Local**

Debe recomendarse a los padres cuidar que el niño no se este mordiendo el labio después del acto quirúrgico, ya que la anestesia tarda en pasar su efecto y el niño puede provocares alguna lesión en el labio inferior o superior con las molestias que esto provoca.

También puede sufrir mordedura de la lengua y carrillos que puede doler después de pasada la anestesia, hasta el grado de que el niño empieza a sufrir anorexia por la misma molestia.

## **CAPITULO V**

### **Farmacología en los Niños**

La farmacología en niños es de gran importancia para nosotros ya que nos podemos encontrar con procesos infecciosos tales como: abscesos dentales, alveolitis así como el pre y post operatorio de extracciones dentaria, donde se sospeche la existencia o persistencia de un proceso infeccioso.

En niños es importante saber medicar tanto antibióticos para contrarrestar cualquier infección así como analgésicos que podrán calmar la molestia (dolor) después de realizar la extracción ,en casos especiales se le administrara al niño antiinflamatorios, o cuando la intervención quirúrgica ha sido muy traumática .

Hay que tomar en cuenta la hipersensibilidad que algunos niños pueden tener a los antibióticos en especial a las penicilinas ,las cuales nos podrían provocar reacciones indeseables en el niño y si el cirujano dentista no considera lo anterior esto podría

**terminar hasta con la muerte del niño .Por eso la importancia de que sepamos contrarrestar los efectos alérgicos .**

### **5.1 Antibióticos**

**El odontólogo debe estar consciente de la importancia y responsabilidad que implica prescribir un antibiótico.**

**Los antibióticos son sustancias químicas producidas por microorganismos de diversas especies (bacterias, hongos, actinomicetos ) que reprimen la proliferación de otros organismos y, en muchos casos los destruyen .útiles en tratamiento de infecciones**

**Se considera como antibiótico ideal aquel que posea las siguientes características tener una actividad selectiva y eficaz, ser poco tóxico y de preferencia bactericida las bacterias no deben adquirir resistencia contra el medicamento .**

Es importante para nosotros saber las dosis que se administraran en niños de acuerdo con su peso y edad para que evitemos una sobredosificación que podría provocar una intoxicación que puede ser de grandes consecuencias para nuestros pacientes niños.

Existe una clasificación dentro de los antibióticos que se refiere al espectro de microorganismos atacados por lo cual existen antibióticos de espectro reducido como penicilinas, agentes de espectro intermedio, como la entromicina y la lincomicina y antibióticos de amplio espectro como las ampicilinas, que atacan tanto gérmenes grampositivos como gramnegativos.

#### ANTIBIÓTICOS

MEDICAMENTOS	NOMBRE COMERCIAL	EDAD	PESO	DOSIS	PRESENTACIÓN
Ampicilina	Pentrexyl	6 años	20 kg	250mg c/6hrs	suspensión
Penicilina	Pen-vi-k	10 años	31Kg	400,000Uc/6hrs	tabletas
Penicilina	Pen-vi-k	10 años	31kg	400,000 Uc/12hrs	ampolleta
dexametazona	Afin	Uso intramuscular ampolleta 2ml administrar en niños 1 ml intramuscular dosis única para contrarrestar una reacción alérgica a la penicilina de inmediato			

**ANTIBIÓTICOS**  
No penicilinas

MEDICAMENTOS	NOMBRE COMERCIAL	EDAD	PESO	DOSIS	PRESENTACIÓN
Trimetropina sulfametaxazol	Bactrim	6 años	29 kg	10ml c/6hrs	suspensión
Lincomicina	Lincocin	10 años	31Kg	1 ampollita c/12hs	Ampollita
Lincomicina	Lincocin	10 años	31kg	1.5 cucharadac/6hrs	Jarabe

### 5.2 Analgésicos

Es muy importante recordar que el dolor es la manifestación que más le produce estrés al niño por el cual lo puede asociar con miedo al cirujano dentista, estamos comprometidos a que esta alteración desaparezca del niño, por lo que suprimirlo conlleva tratar la causa que lo originó .

## ANALGÉSICOS

MEDICAMENTOS	NOMBRE COMERCIAL	EDAD	PESO	DOSIS	PRESENTACIÓN
Metamizol	Neo-melubrina	6 años	20 kg	½ a 1 cucharadita c/6hrs	suspensión
Metamizol	Neo-melubrina	6 años	20Kg.	1 supositorio infantil c/6hrs	supositorio
Paracetamol	Tempra	10 años	31kg	1 cucharada 5ml c/6hrs	jarabe

### 5.3 Antiinflamatorios.

Por lo regular después de realizar una extracción dental traumática el niño suele presentar desde una leve hasta una severa inflamación por lo cual el paciente niño deberá ser debidamente medicado con antiinflamatorios de uso pediátrico, ya que estos traen una dosificación precisa que nos ayuda a no dar una sobredosis.

### ANTIINFLAMATORIOS

MEDICAMENTOS	NOMBRE COMERCIAL	EDAD	PESO	DOSIS	PRESENTACIÓN
Naproxeno sódico	Flanax	6 años	20 kg	1 cucharada c/6hrs	suspensión
Naproxeno sódico	Flanax	10 años	31kg	1 supositorio c/8hrs	supositorios
Estreptocinasa Estreptoedornasa	Varidasa	10 años	31kg	1/2 tableta 3 veces al día	tabletas

## **CAPITULO VI EXODONCIA Y CIRUGIA**

Las indicaciones para las extracciones en niños casi son las misma que para los adultos: caries irreparables, patología apical, fracturas de las coronas y raíces, retención prolongada de dientes primarios o reabsorción incorrecta de las raíces o anquilosis, y dientes supernumerarios.

Los exámenes radiográficos de los dientes a extraer tienen suma importancia (Capitulo III). El cirujano dentista debe observar el tamaño y la forma de las raíces primaria, la cantidad y la forma de las raíces y tipo de reabsorción, la relación de las raíces con los dientes de remplazo, y la extensión de la enfermedad.

El instrumental (Capitulo VII) para los procedimientos quirurgicos de la extracción en niños es el mismo que el de los adultos, aun que todas las estructuras anatómicas son más pequeñas.

Las estructuras óseas jóvenes y elásticas así como el desarrollo radicular incompleto facilitarían habitualmente una extracción que sería difícil ya después de la madurez.

El arte de trabajar con niños es innato en algunos, pero debe ser adquirido por otros. Todo cirujano dentista que lo desee, sin embargo, puede ser amigo de los pequeños pacientes. Una total honestidad, tierna paciencia, una muestra de comprensión y control firme son esenciales. Un niño bien adaptado, adecuadamente preparado por los padres y manejado con estos atributos no experimentará estrés emocional o físico.

## **6.2 Diente retenido**

La eliminación de los dientes primarios retenidos o no erupcionados en los pequeños es a veces necesaria. Los dientes que han sido traumatizados pueden estar obstruyendo el progreso de los dientes permanentes. En ocasiones se llegan a extraer premolares no erupcionados por el tratamiento de ortodoncia.

Los caninos retenidos plantean un problema especial en las denticiones en desarrollo. Para esa retención esta indicada la exposición quirúrgica de la corona . Hay que hacer todos los esfuerzos para salvar los caninos retenido en pacientes jóvenes , porque correctamente ubicados contribuyen en forma significativa a la estabilidad a largo plazo de todo el arco dentario .Pero también un canino retenido puede estar mal ubicado en el maxilar , o lo pademos descubrir en el estudio radiografico en una epoca muy tardia y su mejor tratamiento es la extracción quirúrgica.

### **6.3.1 Dientes supernumerarios**

Estos dientes aparecen frecuentemente durante el examen a los niños y pueden observarse múltiples o aislados . se encuentran más comunmente en la region anterosuperior . Sin embargo , a veces se les encuentra en otras zonas, como en la region del premolar .

Estos dientes anterosuperiores suelen preocuparnos mucho por los problemas que suelen crear . estos dientes que pueden ser evidentes

radigráficamente a cualquier edad , desde el piperiodo neonatal a la adultez, raras erupcionan y suelen ubicarse por palatino de las raíces primarias y en una posición que impide la erupción correcta de los incisivos permanentes , centrales o laterales

### **6.3.2 Extracción de los molares primarios por odontosección**

Los molares temporales , profundamente carisados , se fracturan con suma facilidad al presionarlos con los forceps . Este accidente muchas veces puede ser de difícil solución . Para evitar estos inconvenientes y estrés en nuestro paciente por todos los movimientos que tendríamos que hacer , la sección de su corona separando los bloques radiculares, que nos simplificará la tarea .

Al realizar la sección de los molares debemos tener mucho cuidado de no lastimar el germen del diente permanente o de extraerlo involuntariamente. Se separan las raíces siguiendo la anatomía del molar a extraer .

#### **6.4 Extracción de las raíces de los dientes primarios**

Las raíces de los dientes primarios son muy delgadas, su extracción se puede efectuar con cucharillas de blak cuya hoja arqueada y robusta permite su uso sin temor a fracturala. Siempre hay que tener mucho cuidado para no lesionar el germen del permanente , ya que en algunas ocasiones lo podemos desalojar de su sitio y no darnos cuenta, para raíces mas grandes y fuertes podemos ocupar elevadores rectos para adultos .

#### **6.5 Accidentes de la extracción de los dientes primarios**

Los accidentes corresponden al diente en si y al diente vecino permanente. Hay además, una de complicaciones posoperatorias (fracturas alveolares,hemorragias) del mismo tipo que las que se originan en las extracción de los permanentes y tienen su mismos clínica y tratamiento .

El accidente mas frecuente, si no se toman las precauciones antes mencionadas : seccionar el molar para facilitar su extracción y evitar

los inconvenientes que significa el fractura de la corona del diente y la búsqueda y extracción de las raíces. El examen radiográfico (capítulo III), como ya lo hemos mencionado, nos prestara grandes utilidades, los temporales , como los permanentes, pueden presentar accidentes y anomalías radiculares, que es de importancia saber que existen para emplear las técnicas o procedimientos indicados para tales casos .

La lesión y extracción de los gérmenes de los dientes permanentes, es un accidente que consiste en la lesion y avulsion del germen por no tener cuidado al extraer las raíces de los temporales . En caso de extracción accidental del diente permanente puede intentarse su reimplantación

Otro de los accidentes que nos pueden ocurrir es el desgarro de la mucosa gingival, lengua, carrillos y labios el desgarro de los tejidos puede producirse al actuar con brusquedad y los instrumentos se deslizan de las manos. Luego de terminada la extracción, las partes desgarradas pueden unirse cuidadosamente mediante puntos de sutura

Las hemorragias pueden presentarse inmediatas o mediatamente. La hemorragia inmediata se presente seguidamente de la intervención .La mediata se presenta varias horas despues de la intervención y puede deberse a la caída del cuárgulo por algun esfuerzo o que exista alguna causa de orden general.

#### **6.6 Indicaciones para la extracción de los dientes primarios**

La extracción en dientes primarios se indica en los siguientes casos

-Dientes con extensas caries que no pudieran ser tratados conservadoramente por el operador.

-Dientes con traumatismo severo donde sea imposible la conservación.

- Dientes temporales con retencion prolongada. El mecanismo de reabsorción del diente temporal depende de erupción y desarrollo del diente permanente .Si la erupción del sucesor permanente no es normal, la reabsoción del temporal puede ser irregular .

- Dientes anquilosados.

- Dientes con alteraciones pulpares que no pueden ser tratados endodónticamente .

### **6.7 Contraindicaciones para la extracción de dientes primarios**

Las extracciones de los dientes primarios se contraindican :

- En pacientes con infecciones de la cavidad oral, tales como : gingivitis ulceronecrosantes aguda , estomatitis herpética y cualquier otra forma de infección aguda . En estos casos las extracciones están definitivamente contraindicadas hasta que el proceso infeccioso se haya eliminado .

- En pacientes con algún tumor maligno , que hayan sido sometidos a irradiación . Si es realizable alguna extracción, esta debe hacerse antes de la terapia con radiación, ya que usualmente estos pacientes desarrollan procesos osteomelíticos

- En pacientes diabéticos no controlados , ya que la cicatrización es deficiente .

- No se debe extraer un diente primario antes de su caída normal .

- Cuando el diente primario no presente ninguna movilidad en la

epoca en que , normalmente debe ser reemplasado no se extraera jamás , antes de haber verificado que el permanente de reemplazo existe y esta proximo a hacer erupción .

## **CAPITULO VII INSTRUMENTAL DE EXODONCIA**

El instrumental para los procedimientos de extracción es similar al de los adultos , aunque todas las estructuras anatómicas son mas pequeñas. Los forceps especiales existentes para dientes primarios ofrecen alguna comodidad sin embargo, no son necesarios para realizar ninguna de las extracciones .

### **7.1 Forceps**

Por lo general utilizamos el forceps No.150 para molares superiores y el No. 151 para dientes inferiores anteriores y posteriores, y un forceps recto para dientes anteriores y posteriores .

Esta contraindicado el uso de forceps y que por su diseño y función puedan lesionar el germen permanente , tales como el forceps No. 17 (cuerno de vaca ) , ya que sus bocados descienden dentro del area de la bifurcación y la presión que se ejerce puede ser destructiva .

## **7.2 Elevadores**

Es comun la fractura de las finas raices , en especial cuando los premolares se ubicaron bien en la bifurcación de los molares y causaro una reabsorción dispareja . las raices fracturadas deben ser extraidas, siempre que se pueda evitar un daño al germen del permanente .

Los finos y delicados elevadores apicales que se pueden utilizar con prudencia para eliminar estas raices . Tambien la cucharilla de Blak se nutilizan para las extracciones que actuan como los elevadores .

## **7.3 Intrumental quirurgico.**

El instrumental quirurgico es enteramente igual al que utilizamos en cirugía para adultos pero suprimiremos algunos instrumentos por no servir a nuestros intereses.

En niños nunca utilizaremos el alveolotomo y lima pera hueso.

El intrumental que utilizaremos sera :

- Bisturi No. 3
- Hoja de bisturi No. 11, 12, 15.



**CAPITULO VIII.  
TRATAMIENTO DEL NIÑO  
PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POST-  
OPERATORIO.**

**8.1 Preoperatorio.**

El tratamiento consta de manejar al niño para su mejor desenvolvimiento dentro de la extracción tratando el cirujano dentista de aminorar el estres y el miedo que le causa al niño esta clase de intervenciones.

Se le explicara al niño el procedimiento siempre en tono firme y con seguridad para evitar cualquier conducta indeseable que pueda dificultar la extracción

**8.2 Transoperatorio.**

Durante la extracción siempre trataremos de ir diciendo lo que se le está haciendo al niño nunca dejando de elogiar su buen comportamiento.

El operador tratará siempre de tardarse lo menos posible en la extracción para evitar la desesperación del niño.

### **8.3 Post-operatorio.**

Las indicaciones post-operatorias deben darse a los padres y en lo posible debe ser por escrito.

Prevenir al paciente y a sus padres sobre las mordidas de los labios y lengua. El paciente niño a quien se le aplica anestesia por primera vez puede morderse los labios y la lengua por lo que debe ser muy vigilado hasta que la sensación normal haya vuelto.

No debe de tocar la herida con los dedos ni con ningún otro objeto. deben dársele instrucciones sobre su higiene oral.

Se deberá prescribir analgésicos en caso de molestia (dolor), la prescripción de estos medicamentos dependerá de la edad del paciente y de sus condiciones generales (alergias).

## CONCLUSIONES

Despues de analizar ciertos aspectos importantes para la extracción dental en niños estaremos concientes de lo que significan, todos estos , y los pondremos en practica cada que tengamos que realizar alguna extracción en estos pacientes tan especiales para nosotros.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## **BIBLIOGRAFIA**

### **CIRUGIA ORAL.**

Raspall ,Guillermo.

Edit.Médica panamericana.

Madrid 1994.

### **CIRUGIA BUCAL,patología,clínica y terapéutica.**

Ries Centeno ,Guillermo A.

Edit.Ateneo.

Argentina 1991.

### **MANUAL DE ODONTOLOGÍA PEDIATRICA.**

Castillo Mercado Ramón.

Edit.Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica,C.A

Colombia 1996.

### **ODONTOLOGÍA PEDIATRICA.**

Barber K.Thomas.

Edit.Manual Moderno S.A.

México 1985.

**ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE PEDIATRICO.**  
**Mc.Donald E,Ralph.**  
**Edit.Mundi**  
**Buenos Aires Argentina.**

**TERAPEUTICA MEDICA PARA EL ODONTOLOGO.**  
**Dr.Portugal Salazar Gómez M.**  
**Edit.Limusa.**  
**México 1987.**