



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE 8901-22

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO DE TESIS

**GENERALIDADES, INDICACIONES Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS,
QUE SE REALIZAN EN ODONTOPEDIATRIA**
TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

JUAN PABLO AMADOR CAZARES

ASESOR DE TESIS: ARMANDO PINEDA ROMERO

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO 2024



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.

INDICE

| | |
|--|----------|
| INTRODUCCION | 7 |
| | |
| CAPITULO I | |
| DENTICION TEMPORAL Y PERMANENTE | |
| | |
| INTRODUCCION | 8 |
| FUNCION DE LOS DIENTES | 11 |
| EDAD DE ERUPCION DE LOS DIENTES TEMPORALES | 12 |
| PRIMERA DENTICION | 14 |
| CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS | 15 |
| - CORONA | 15 |
| - RAICES | 16 |
| - PULPA | 17 |
| ANATOMIA DENTAL | 18 |
| DIFERENCIAS ENTRE LA DENTICION PERMANENTE Y TEMPORAL | 23 |
| PROBLEMAS DE LA DENTICION TEMPORAL | 24 |
| LA ERUPCION DENTAL PERMANENTE EN NIÑOS | 26 |
| LA ERUPCION DENTAL NORMAL Y PATOLOGICA | 28 |
| FISIOLOGIA DE LA ERUPCION DENTARIA | 28 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| CAUSAS DE LA ERUPCION | 29 |
| FASES DE LA ERUPCION DENTAL | 30 |
| CRONOLOGIA DE LA ERUPCION | 31 |
| ERUPCION EN LA DENTICION PERMANENTE | 32 |

CAPITULO II

TRATAMIENTOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

| | |
|-------------------------------------|----|
| INTRODUCCION | 33 |
| TRATAMIENTOS PREVENTIVOS EN NIÑOS | 35 |
| HIGIENE DENTAL | 36 |
| APLICACIÓN DE FLUOR | 38 |
| SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS | 40 |
| TRATAMIENTOS RESTAURADORES EN NIÑOS | 41 |
| RESTAURACION DE COMPOSITE | 42 |
| CORONAS METALICAS DE ACERO CROMO | 43 |
| CORONAS ESTETICASDE ZIRCONIO | 44 |
| CORONAS DE ACETATO | 45 |
| TRATAMIENTOS PULPARES EN NIÑOS | 46 |

CAPITULO III

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ODONTOPEDIATRIA

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 47 |
| CARIES DENTAL Y SUS CONSECUENCIAS | 48 |
| EVALUACION CLINICA TEMPRANA | 50 |
| DIAGNOSTICO DE LESION EN SU ETAPA TEMPRANA | 52 |
| EDUCACION DE LOS PADRES | 54 |
| FLUORUROS | 55 |
| SELLADORES | 57 |
| OBJETIVOS DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA | 58 |
| TECNICAS DE CEPILLADO PARA PACIENTES PEDIATRICOS | 59 |
| TECNICAS DE CEPILLADO | 61 |
| TECNICA DE STARKEY | 62 |
| TECNICA DE FONES | 63 |
| TECNICA DE STILLMAN | 65 |
| TECNICA DE BASS | 66 |
| CONSIDERACIONES PARA TENER UNA BOCA SANA | 68 |
| ABORDAJE DE MIEDO Y RESISTENCIA AL CEPILLADO | |
| DENTAL EN NIÑOS | 70 |
| SINTOMAS DE MIEDO AL DENTISTA | 72 |

CAPITULO IV

TECNICAS ANESTESICAS INDICADAS EN ODONTOLOGIA EN MENORES DE 5 AÑOS

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 74 |
| TIPOS DE ANESTESIA Y SEDACION EN NIÑOS | 77 |
| OXIDO NITROSO | 78 |
| ANESTESIA GENERAL | 79 |
| ANESTESIA LOCAL | 82 |
| ANESTESIA TOPICA | 84 |
| ANESTESICOS TOPICOS | 86 |
| SELECCIÓN DE JERINGAS Y AGUJAS | 88 |
| RECOMENDACIONES | 89 |
| TECNICAS INFILTRATIVAS | 90 |
| TECNICA SUBMUCOSA | 91 |
| TECNICA SUPRAPERIOSTICA | 93 |
| TECNICA INTRALIGAMENTARIA | 94 |
| TECNICA INTRAOSEA | 96 |

CAPITULO V

TERAPIAS PULPARES

| | |
|--|------------|
| PULPOTOMIA | 97 |
| INDICACIONES DE UNA PULPOTOMIA | 99 |
| PROTOCOLO DE UNA PULPOTOMIA | 100 |
| DIFERENCIAS ENTRE UNA PULPOTOMIA Y PULPECTOMIA | 101 |
| COMPLICACIONES DE UNA PULPOTOMIA | 102 |
| CUIDADOS | 102 |
| PULPECTOMIA | 103 |
| INDICACIONES DE UNA PULPECTOMIA | 105 |
| PROTOCOLO CLINICO DE UNA PULPECTOMIA | 108 |
| CONTRAINDICACIONES DE UNA PULPECTOMIA | 109 |
| CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE UNA PULPECTOMIA | 110 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 112 |

INTRODUCCION

A lo largo de la historia de la odontología a avanzado y va avanzando continuamente y cada vez más salen nuevos procedimientos y nuevas técnicas en esta tesina va enfocada más en el área de la odontopediatría para tener una idea más clara.

Esto con el fin de conocer y darle atención a un problema a un niño y poder atenderlo y detectar el problema a tiempo para que el paciente odontopediatrico pueda crecer con una boca sana y brillante.

La importancia de llevar y atender a los niños a una temprana edad es que podemos detener problemas como por ejemplo una mordida desviada o dientes chuecos en la adolescencia es un tema de seguridad y autoestima, nosotros como profesionales de la salud es mejorar la autoestima y salud bucal de nuestros pacientes.

En esta tesina veremos diferentes temas, procedimientos y técnicas donde la podamos aplicar a los niños desde un consultorio a hasta en casa, los padres también deben tener más conocimiento sobre la salud bucal, una alimentación sana ya que a lo largo plazo podemos evitar muchas enfermedades bucales.

CAPITULO I

DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE.

INTRODUCCION

Los dientes deciduos, conocidos también como dientes de leche o dentición temporal, son aquellos que pertenecen al primer juego de dientes erupción en la vida del ser humano.

En total existen veinte dientes deciduos, cuatro incisivos centrales, cuatro incisivos laterales, cuatro caninos y ocho molares. Cada uno de los cuadrantes, separados por la línea media y la diferenciación entre dientes superiores e inferiores, contiene cinco dientes (específicamente un incisivo central, un incisivo lateral, un canino y dos molares).



Los dientes temporales tienen una morfología característica según la función que desempeña cada diente, estos tienen una cámara pulpar más grande y tienden a ser más blancos en comparación a la dentición permanente debido al espesor de la dentina

Es común encontrar diastemas entre los dientes temporales, los cuales son importantes y necesarios para un correcto espacio y erupción de los dientes permanentes.

El sistema de nomenclatura más utilizado en Latinoamérica y España es el sistema FDI/ISO 3950. En este sistema, los dientes de leche se enumeran individualmente con dos números.

El primer número representa su cuadrante, siendo clasificados del cinco al ocho (cuadrante superior derecho = 5, cuadrante superior izquierdo = 6, cuadrante inferior izquierdo = 7, cuadrante inferior izquierdo derecho = 8).

El segundo número representa el orden del diente en el cuadrante y su posición con respecto a la línea media.

El canino superior derecho recibe el número '53', ya que se encuentra en el cuadrante 5 y es el tercer diente desde mesial (término que representa la línea media en nomenclatura dentaria) a distal.

Estos números ayudan a los odontólogos y al personal clínico a reconocer los dientes, mejorar la comunicación entre profesionales y llevar a cabo los registros en la historia clínica.

FUNCION DE LOS DIENTES

Los dientes temporales juegan un papel clave en el desarrollo del hueso maxilar y la mandíbula.

A través de la masticación y las fuerzas ejercidas, estimulan el crecimiento óseo. Asimismo, son un componente fundamental como guía de erupción y mantenedores de espacio fisiológicos para los dientes permanentes.

Por último, pero no menos importante, son los primeros dientes que otorgan la habilidad de una correcta fonación a los niños, garantizando en condiciones de normalidad, un buen posicionamiento de los labios y lengua durante el habla.

EDAD DE ERUPCION DE LOS DIENTES TEMPORALES.

Al nacer no hay dientes deciduos presentes en la boca, pero cuando los niños cumplen tres años, se espera encontrar los veinte dientes.

La aparición de los primeros dientes suele ser a través de los 6 meses y se prolonga aproximadamente hasta los 30 meses, aunque hay bebés que tienen el primer diente a los 3 años meses retrasan la salida hasta cumplir el año.

- Incisivo central superior: 8-10 meses
- Incisivo lateral superior: 8-10 meses
- Canino superior: 16-20 meses
- Primer molar superior: 15-21 meses
- Segundo molar superior: 20-24 meses
- Incisivo central inferior: 6-9 meses
- Incisivo lateral inferior: 15-21 meses

- Canino inferior: 16-20 meses
- Primer molar inferior: 15-21 meses
- Segundo molar inferior: 20-24 meses



PRIMERA DENTICION

No es asintomático y en ocasiones es doloroso y molesto. Se pueden llegar a presentar los siguientes síntomas:

- Dedos y puños en la boca con frecuencia, con deseo de morder para presionar las encías
- Babeo excesivo, producido por la estimulación de saliva que puede produce la dentición.
- Irritabilidad inusual debido al dolor de encías.
- Disminución de apetito por el aumento del dolor.

CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS.

CORONA.

En la corona el diámetro mesiodistal es mayor que el cervicoincisor, lo cual da un aspecto aplastado, el mayor diámetro de los molares está a nivel de la zona media,

Los surcos cervicales son muy pronunciados a nivel del primer molar temporal principalmente.

El cuello es más estrecho que en los dientes permanentes, las capas de esmalte y dentina son más delgadas y la pulpa es mayor que en dientes permanentes.

El esmalte termina en un borde definido y tiene un espesor de más o menos 1 milímetro.

RAICES.

Por el contrario, en la raíz los molares temporales son más estrechas mesiodistalmente y anchas en sentido vestíbulo lingual debido a esto se tiene que mantener el espacio para los permanentes ya que son más largas en relación con la corona.

La cinodoncia es cuando las raíces de los molares temporales se bifurcan muy cerca del cuello.

Las raíces son más divergentes en los molares temporales para soportar las fuerzas.

PULPA.

La cámara pulpar es mayor en la dentición temporal ya que sigue la morfología externa del diente, por tanto en los molares habrá un cuerno pulpar debajo de cada cúspide; los cuernos pulpares están más marcados en la dentición temporal.

Los molares mandibulares tienen cámaras pulpares más grandes que los maxilares.

En los dientes anteriores, incisivos y caninos, no hay separación entre el conducto radicular y la cámara pulpar.

ANATOMIA DENTAL.

En la dentición temporal son 20 dientes en total de los cuales son 8 incisivos, 4 caninos y 8 molares.

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.

Su diámetro mesiodistal es mayor que el cérvico incisal, la raíz tiene una forma regular con disminución progresiva, el borde incisal es recto.

La superficie vestibular suavemente convexa.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR.

Todas sus dimensiones son pequeñas, el alto de la corona es mayor que el ancho mesiodistal, la raíz es cónica y más larga en proporción a la corona que la del incisivo central.

CANINO SUPERIOR.

La raíz es larga, más del doble de la corona, generalmente desviada hacia distal en apical, la cúspide aguda, la corona es más constreñida en cervical que los incisivos y la superficie mesial y distal es más convexa.

PRIMER MOLAR INFERIOR

Es más ancho en sentido mesiodistal a nivel de las áreas de contacto y desde ahí converge hacia cervical, la cúspide mesial es la mayor y más aguda.

La superficie vestibular es lisa, tiene tres raíces largas, delgas y divergentes, la cúspide disto lingual es pequeña y redondeada.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

Dos cúspides vestibulares definidas con surco de desarrollo entre ellas.

La superficie palatina presenta la cúspide mesiopalatina más grande y desarrollada, una cúspide distopalatina.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

En la superficie oclusal una cresta oblicua prominente conecta la cúspide mesiopalatina con la distovestibular.

La bifurcación de las raíces se hace cerca de la región cervical, las raíces son más largas y gruesas que las del primer molar primario, la raíz palatina es más larga y gruesa.

DIENTES INFERIORES.

El incisivo central inferior es pequeño, la cara vestibular la superficie es plana, la superficie lingual con cíngulo y rodetes marginales y la raíz presenta el doble de altura de la corona.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR.

Su forma es similar al central inferior, siendo un poco mayor en todas sus dimensiones excepto la vestibulolingual.

El borde incisal tiene un ligero declive hacia distal.

CANINO INFERIOR

Su forma es parecida a la del superior, siendo la corona un poco más corta.

Es más delgado en el sentido vestibulo lingual que el del superior.

Su raíz es un poco más corta.

PRIMER MOLAR INFERIOR.

La pronunciada convergencia lingual de la corona cara vestibular, la altura de la corona es más alta en vestibular que en lingual, las raíces son largas y delgadas.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR.

Se parece al primer molar permanente, solo que es más pequeño en todas sus dimensiones, la superficie vestibular dividida en tres cúspides separadas por surcos de desarrollo.

Su corona es mayor que la del primer molar primero.

Superficie lingual dos cúspides de casi el mismo tamaño, desde oclusal tiene una forma rectangular, las raíces son largas, delgadas y aplanadas.

DIFERENCIAS ENTRE LA DENTICION PERMANENTE Y TEMPORAL.

Las principales características que diferencian a la dentición temporal y permanente son el número de piezas dentales y su tamaño y color. Y es que mientras la dentición temporal está formada por 20 dientes de leche (10 en la arcada superior y 10 en la inferior), la dentadura permanente se compone de 32 piezas dentales definitivas (16 en cada arcada).

En cuanto al tamaño y color de las piezas dentales, los dientes temporales son más pequeños y se ven más blancos, mientras que los dientes permanentes son más grandes y tienen un aspecto más translúcido.

PROBLEMAS DE LA DENTICIÓN TEMPORAL.

- **Dientes connatales o neonatales:** en algunos casos los bebés ya nacen con algunos dientes (dientes connatales) o aparecen prematuramente durante el primer mes de edad (dientes neonatales). Este fenómeno puede provocar problemas en la succión o que el bebé los ingiera si se desprenden, por lo que recomendamos extraerlos para evitar riesgos.
- **Microdoncia:** se da cuando crecen dientes de un tamaño más pequeño al que deberían tener. Esta anomalía afectará a la funcionalidad y armonía de la dentadura. Recomendamos visitar al odontopediatra para que valore el tratamiento más adecuado.
- **Hipodoncia:** La hipodoncia o agenesia dentaria es la ausencia congénita de alguna pieza dental. Será oligodoncia cuando falten más de 6 dientes. La más frecuente se da en los incisivos laterales superiores. Esta patología requiere de un tratamiento enfocado en cada caso particular, que puede ir desde una corrección de los espacios con ortodoncia, a una sustitución de las piezas ausentes con implantes dentales en la fase adulta.
- **Dientes supernumerarios:** este fenómeno se da cuando erupcionan demasiados dientes, los cuales no forman parte de la dentición temporal ni permanente. Recomendamos visitar al Odontopediatra para decidir cómo proceder, pues cada caso particular requerirá de un tratamiento personalizado.

- **Anquilosis alveolo dentaria:** Sucede cuando un diente queda unido al hueso alveolar, lo que provoca que no puedan erupcionar otros dientes o que lo hagan con alturas muy diferentes, derivando en problemas severos de oclusión. En estos casos, el odontopediatra y el ortodoncista tendrán que hacer un estudio a través de pruebas de diagnóstico digitales en 3D para determinar el tratamiento más adecuado y su posterior seguimiento
- **Dientes ectópicos:** Sucede cuando los dientes crecen fuera de su posición correcta. Suele darse con molares temporales y con los caninos permanentes. Esto puede afectar al crecimiento de otros dientes. En estos casos es importante detectar el problema a tiempo para que el Odontopediatra pueda tratar la patología de la forma más adecuada
- **Amelogénesis imperfecta:** Esta patología afecta al esmalte de los dientes, que serán más finos, de un color más amarillento, oscurecido o grisáceo y con mayor predisposición a presentar caries e hipersensibilidad dental. En estos casos el Odontopediatra recomendará un tratamiento personalizado en función de los dientes afectados y de la intensidad del problema
- **Dientes de tiburón:** Se da cuando los dientes permanentes comienzan a salir detrás de los temporales sin que estos se hayan caído. Normalmente los dientes de leche acabarán cayéndose, pero si no sucede tendrán que extraerse para asegurar la correcta posición de los dientes permanentes.

LA ERUPCIÓN DENTAL PERMANENTE EN NIÑOS.

La erupción dental es un motivo de frecuentes consultas tanto a pediatras a odontoestomatólogos de atención Primaria Salud. Es de suma importancia la fisiología como su patología.

Se describen las líneas maestras de la erupción fisiológica y se detalla la patología de la erupción, tanto la local como las alteraciones de la cronología eruptiva, haciendo en aquellos aspectos más destacados que deben alertar al pediatra para el correcto enfoque de cada caso.

La cronología de la erupción debe entenderse como un proceso individual de maduración, con grandes variaciones dentro de la normalidad.

En la cronología de la erupción, solo en grandes variaciones temporales y siempre asimétricas se debería pensar en posibles patologías subyacentes.

Un niño que se retrasa de la erupción temporal en algún mes, lo hará también en la dentición permanente, sin que produzca menoscabo alguno.

En el crono patología de la erupción, debemos vigilar más las asimetrías eruptivas entre dientes que en un curso equilibrado, aunque más lento.

Cuando se pierde prematuramente un temporal, el definitivo se acelera o se retrasa en su función del estado madurativo de su raíz.

Los retrasos eruptivos en la dentición temporal suelen producirse por enfermedades sistémicas y en la dentición permanente, por causas locales.

Las causas del retraso eruptivo en la dentición permanente son:

- Falta de Espacio en la arcada.
- Desviación de la línea eruptiva
- Perdidas prematuras.
- Secuelas de traumatismos
- Anquilosis de los procedentes restos radiculares.
- Dientes supernumerarios
- Quistes.
- Tumorações.
- Radicación total.

LA ERUPCION DENTAL NORMAL Y PATOLOGICA.

El conocimiento preciso de su fisiología, así como las variaciones de la normalidad, su patología, y en su caso, su terapéutica, nos van a permitir tranquilizar, aconsejar y derivar o tratar cuando proceda, un buen número de nuestros pacientes.

FISIOLOGIA DE LA ERUPCION DENTARIA.

El proceso de erupción dentaria es un fenómeno fisiológico no exento de cierta complejidad, que va a conducir los dientes desde una posición intraósea hasta la oclusión con su antagonista, y más allá a mantener esa posición en la arcada a lo largo del individuo.

El diente se forma a partir de los tejidos ectodérmicos “LAMINA DENTAL” y mesodérmicos “TEJIDOS DE SOPORTE”.

Comienza su formación por la corona dentaria que posteriormente se calcificará; terminando este proceso de la clasificación se inicia el de la formación de la raíz dental, momento donde damos por comenzado el proceso de la erupción dental.

CAUSAS DE LA ERUPCIÓN.

Son un curso de causas sincrónicas las que llevarían adelante la erupción y que, si ser exhaustivo, relacionamos a continuación.

- El crecimiento de la raíz dentaria produce un desplazamiento axial del diente.
- La presión vascular dentro del germen dentario superaría a la presión dentro del folículo dental, dando como resultado que el diente sería empujado hacia la periferia.
- El crecimiento del hueso alveolar.
- El crecimiento de la de la dentina y la membrana periodontal
- La presión de la musculatura perioal.
- La proliferación de la vaina epitelial radicular de Hertwig.

FASES DE LA ERUPCIÓN.

La erupción tiene tres fases que cronológicamente son:

- **FASE PREERUPTIVA:** Una vez iniciada la clasificación de la corona dentaria, el germen dentario en su conjunto se desplaza de modo centrifugó dentro de los maxilares. Toda vez que se inicia el crecimiento radicular, es cuando el germen se desplaza en sentido vertical hacia la encía.
- **FASE ERUPTIVA PREFUNCIONAL:** Cuando ya está formando entre el 50 y el 75% de la raíz dentaria, se produce la emergencia clínica del diente a la boca. Se establece un área de enrojecimiento de la mucosa oral que luego se isquemiza y acto seguido se produce la unión del epitelio oral y dental. Hay un movimiento activo de salida maxilar “ERUPCION ACTIVA” a la que establece un movimiento apical de los tejidos blandos gingivales “ERUPCION PASIVA”.
- **FASE ERUPTIVA FUNCIONAL:** Cuando el diente entra en contacto con su antagonista se diente su desplazamiento vertical. Sin embargo, el diente continúa adaptándose durante el resto de su vida a las fuerzas que sobre actúan y a su propio desgaste.

CRONOLOGIA DE LA ERUPCIÓN.

La cronología de la erupción debe entenderse como un proceso individual de maduración, al cual nos aproximamos estadísticamente; sin embargo, esos números, que presentan meses o años de vida del niño, han de ser estimativos y solo en grandes variaciones temporales y sobre todo en asimetría se debería pensar en patologías subyacentes.

Debemos considerar que un niño que se retrasa en la erupción de sus dientes temporales en algún mes respecto de la media, lo hará en la dentición permanente

Ejemplo si el primer temporal emerge a los siete meses y no a los seis, el recambio se inicie a los siete años y no a los seis.

ERUPCIÓN EN LA DENTICION PERMANENTE.

Se inicia a los seis años con la erupción del primer molar permanente, que lo hace detrás en el área retromolar del segundo molar, sí que se suponga exfoliación alguna del diente temporal, lo que lo hace, en no pocos casos, que pase desaparecido.

Hay una tendencia creciente que el primer diente definitivo que erupciona sea el incisivo inferior. Sea como fuere con esa erupción da comienzo la dentición mixta.

Al aproximarse a la pubertad se produce la erupción de los restantes dientes, de los sectores laterales, iniciándose la “DENTICIÓN MIXTA SEGUNDA FASE”.

Con grandes variaciones individuales, influidas hormonalmente y con un adelantamiento generalizado en las niñas de 6 a 12 años meses respecto a niños.

También hay variaciones interarcadas, pues en la inferior la secuencia es canino, primer premolar, segundo premolar, en tanto en la superior es el canino el que erupciona en segundo o tercer lugar respecto a los premolares.

Se considera patológico cualquier orden si el segundo molar definitivo erupciona antes de que se haya exfoliado el segundo molar temporal.

CAPITULO II

TRATAMIENTOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

INTRODUCCION

El hogar dental es la relación continua entre el dentista y el paciente, incluyendo todos los aspectos de la salud bucal de manera accesible, coordinada y centrada en la familia. El hogar dental debe establecerse a más tardar a los 12 meses de edad para ayudar a los niños y sus familias a establecer una buena salud bucal.

Así pues, se pretende la orientación anticipatoria y preventiva, así como la interrelación con otros profesionales de la salud si fuera necesario para el tratamiento integral del niño.

El período perinatal es el período que comienza con la finalización de la semana 20 a la 28 de gestación y termina de una a cuatro semanas después del nacimiento. Este periodo juega un papel crucial para el bienestar de las mujeres embarazadas y la salud y el bienestar de sus hijos recién nacidos. La mala salud bucal de las madres se asocia con la mala salud bucal de sus hijos.

La orientación anticipada durante este período infantil también implica instrucción de higiene bucal, asesoramiento dietético con respecto al consumo de

azúcar, frecuencia de exámenes bucales periódicos e información sobre hábitos no nutritivos que, si se prolongan, pueden resultar en la proclamação de los dientes incisivos superiores, una mordida abierta y una mordida cruzada posterior.

TRATAMIENTOS PREVENTIVOS EN NIÑOS.

Son todos aquellos procedimientos clínicos que se realizan a los niños de que nacen para evitar caries o evitar el avance de una lesión ya avanzada.

Las ventajas de un tratamiento preventivo en niños es que se procura que no sea doloroso poco invasivo y económicos a comparación de otro tratamiento restaurativo.

HIGIENE DENTAL

Este procedimiento se encarga de limpiar toda la superficie de los dientes para tanto la placa bacteriana.

La capa bacteriana es una capa blanquecina adherida a los dientes esta se forma a partir de restos animales y bacterias como es el sarro que esta es una placa endurecida este tratamiento previene caries y gingivitis.



Según la composición de la placa bacteriana y su localización, podemos distinguir varios tipos:

- **Placa marginal:** se trata de la placa que se acumula sobre la superficie dentaria.
- **Placa coronal:** se localiza en zonas de estancamiento, como el margen gingival.
- **Placa subgingival:** afecta a las fosas del surco gingival y a las bolsas periodontales.

APLICACIÓN DE FLUOR.

Su acción principal contra la caries radica en la recuperación del tejido duro del diente después de la desmineralización que ocurre por el ataque ácido de las bacterias presentes en la placa.

El flúor es el elemento químico más electronegativo de la tabla periódica es muy reactivo y forma compuestos con el resto de los elementos químicos incluyendo gases nobles.



La función que cumple es que el esmalte dental esta es la capa más externa de los dientes está compuesta casi al 100% de cristales hidroxiapatita. Las bacterias forman las caries desmineralizan esos cristales y es como van formando las cavidades que forman las caries lo que hace el flúor es que remineraliza esos cristales, pero en vez de formarse hidroxiapatita, lo que se forma es fluorapatita.

El flúor se puede aplicar de diversas formas como, por ejemplo:

- Gel de flúor.
- Barnices de flúor.
- Pasta de dientes.
- Colutorios o enjuagues.

SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS.

La colocación de un sellador de fosas y fisuras es un procedimiento sencillo, indoloro y muy poco invasivo que consiste en sellar las partes más susceptibles a cariarse por el difícil acceso al cepillado.

Se realiza en dientes sanos previa limpieza profunda de las grietas de los molares, después se acondiciona la superficie del diente para que quede receptivo al material y se aplica en la zona más profunda de las fisuras normales. Sirven para reducir el riesgo de caries en las etapas del niño cuando más difícil es conseguir una buena higiene y salud dental. Se pueden colocar tantas veces como sea necesario.



TRATAMIENTOS RESTAURADORES EN NIÑOS.

Estos tratamientos restaurativos consisten en devolver la función y forma al diente afectado por caries, por un golpe o incluso por una malformación. Generalmente se tiene la necesidad de colocar anestesia para eliminar la sensibilidad dental y poder tallar al diente para eliminar la parte enferma.

De acuerdo con la extensión de la lesión se puede llegar a elegir entre un tratamiento del color del diente como una resina o uno tan estético pero muy duradero como una corona metálica.

De acuerdo con esto hay diferentes tratamientos.

RESTUARACIÓN DE COMPOSITE.

Es una restauración sumamente estética, del color del diente que le devuelve la forma y la función una vez que ha sido eliminada la caries. Se puede colocar tanto en los dientes anteriores como en los posteriores.

Tienen ciertas limitaciones de acuerdo con el tamaño y profundidad de la lesión, pero son excelentes opciones para rehabilitar.



CORONAS METALICAS DE ACERO CROMO.

No son estéticas debido a su color plateado; sin embargo, son el tratamiento de opción cuando la destrucción dentaria es tal que no puede soportar una resina.

Devuelven la forma y la función del diente además de que se caen junto con el diente en el proceso del recambio dental normal. Es el tratamiento ideal tras un tratamiento pulpar.



CORONAS ESTETICAS DE ZICORNIO.

Es la alternativa estética a las coronas metálicas. También las elegiremos en casos de gran destrucción coronaria donde no sea posible colocar una obturación de composite.

Sus principales inconvenientes son que necesitan tallados más agresivos, son más sensibles a la técnica y su coste es mucho más elevado que en el caso de las coronas metálicas.



CORONAS DE ACETATO.

Son la opción estética para los dientes anteriores muy destruidos, se hacen de resina para recuperar la forma y función de los dientes cariados extensamente.



TRATAMIENTOS PULPARES EN NIÑOS.

El objetivo principal de los tratamientos pulpares en dentición temporal es mantener la integridad y la salud de los tejidos orales. Es deseable poder mantener la vitalidad de la pulpa de los dientes afectados por caries o traumatismos. Sin embargo, un diente puede seguir siendo funcional eliminando la pulpa parcial o totalmente.

Cuando la lesión de caries es tan extensa que se afecta el nervio del diente es necesario realizar primero el tratamiento pulpar antes de restaurar el diente afectado. Los tratamientos pulpares en dentición temporal pueden ser:

CAPITULO III

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ODONTOPEDIATRIA

INTRODUCCION

Los tratamientos de odontología preventiva para niños son tan importantes como los tratamientos de odontología preventiva para adultos, sin embargo, muchos padres cometen el error de asumir que los dientes de sus hijos están en perfecto estado simplemente porque son jóvenes.

En realidad, los jóvenes tienen problemas de salud bucal al igual que los adultos. De hecho, los niños son especialmente propensos a las caries, ya que les encanta comer dulces, beber zumos y disfrutar de otros snacks azucarados. A continuación, presentaremos algunos de los tratamientos de odontología preventiva más importantes para niños presentes en la Odontopediatría.

CARIES DENTAL Y SUS CONSECUENCIAS

Es la población infantil la principal afección bucal en las caries. Existe una discusión sobre caries temprana en la infancia en este número especial de perinatología y reproducción humana; sin embargo, es importante con respecto a las caries:

- Es una enfermedad originada por la desmineralización de esmalte y dentina inducida por una biopelícula y mediada por la saliva.
- Más del 40% de los niños que ingresan a educación básica presentan caries dental,³ mientras que hay poblaciones en México donde más del 90% de sus niños están afectados por lesiones de esta enfermedad.⁴
- La caries temprana de la infancia afecta a la población general, pero se ha estimado que es 32 veces más probable que se presente en infantes de nivel socioeconómico clasificado como de pobreza y pobreza extrema, con madres con niveles bajos de educación y que consumen alimentos endulzados.⁵ Se ha estimado que una persona que temprano en su vida desarrolla caries, es siete veces más probable que la presente también en la etapa de dentición permanente.
- La presencia de lesiones de caries en la dentición primaria puede afectar el crecimiento general, producir dolor, amenazar la vida a través de infecciones y afectar la calidad de vida del niño.

Los factores más importantes para predecir el futuro estado de salud bucal del infante están asociados con el nivel educativo, socioeconómico y la salud bucal de la madre. La vía de transmisión de los microorganismos asociados con caries, es vertical, es decir de la madre o la persona que más íntimamente cuida al infante.

Se ha observado que el modificar la higiene bucal, la dieta y el uso adecuado de fluoruros por parte de la madre puede tener un impacto significativo en la tasa de caries que presente el infante. En un estudio sobre las características genéticas de la flora bucal en relación a la de sus hijos, se observó que ésta es idéntica en casi el 80% de los casos estudiados, aun cuando la madre no sea la principal persona que cuida a su hijo(a).

De la misma manera, para intentar romper esta vía de infección se recomienda que la madre y los hermanos no compartan los utensilios con el infante o cambiar hábitos como el limpiar el chupón con saliva materna cuando ha caído al suelo, con la intención de postergar lo más posible la colonización de flora cariogénica en sus hijos.

En consideración a lo anterior, es trascendental para la futura salud del infante cuidar el bienestar bucal de las madres gestantes y dar la información oportuna sobre cuidados de salud bucal, la cual se puede presentar en los “clubs de cuna” y reuniones y perinatales.

EVALUACIÓN CLÍNICA TEMPRANA

El objetivo más importante del primer examen bucal temprano en la vida es dar información oportuna sobre la prevención de enfermedades bucales, en particular de caries, de tal suerte que se evite la necesidad de intervenciones quirúrgicas (restauradoras) para el manejo de lesiones cariosas.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica propone que sea después de la erupción del primer diente y antes del primer año de vida. En dicha cita se realiza la guía anticipatoria (educación de los padres).

Durante las visitas periódicas se evalúa el desarrollo de la dentición y las relaciones oclusales; el diagnóstico temprano de mal oclusiones puede permitir intervenciones oportunas. La relevancia de este examen clínico temprano resalta las siguientes tres consideraciones: primero, las tasas altas de caries se presentan generalmente dentro de las mismas familias; segundo, de acuerdo a datos de otros países sabemos que el mayor porcentaje de lesiones cariosas se concentra en grupos específicos de alto riesgo a caries. Y tercero, el modificar la flora bucal de la madre en la época de colonización del infante impacta dramáticamente la tasa de caries del niño.

Las lesiones de caries dental no reconocidas pueden convertirse en problemas severos que requieran de atención dental extensa y costosa, por lo que su detección y manejo temprano pueden mejorar la salud, el bienestar general, así como que los niños estén mejor preparados durante su ingreso a la escuela.

DIAGNOSTICO DE LESIÓN EN SU ETAPA TEMPRANA

El signo más temprano de la lesión de caries es una lesión de mancha blanca. La primera manifestación macroscópica que podemos observar en el esmalte es la pérdida de su translucidez, que da como resultado una superficie opaca, de aspecto de gis y sin brillo.

La ubicación de dicha lesión inicial de caries (mancha blanca) está determinada por la localización de la biopelícula en las superficies dentales. Generalmente, paralela al margen gingival en las caras vestibulares, cervicalmente a los contactos en las caras proximales, y en las paredes laterales de las fisuras en las caras oclusales.

Es importante destacar que, en estadios iniciales, las lesiones activas de caries de esmalte están a nivel subclínico. A medida que se mantengan presentes los factores que promueven su desarrollo, los cambios en el esmalte se harán visibles después de secar la superficie. Lo anterior es una indicación de que la porosidad de la superficie se ha incrementado, en concordancia con el agrandamiento de los espacios intercristalinos.

Es importante reconocer que las lesiones que se observen en el esmalte sin secar son más profundas y con mayor pérdida de minerales en comparación con aquellas que requieren secado con aire para poder observarlas.

Al observarse al microscopio, una de las características más importantes de la lesión de mancha blanca es que la capa superficial está aparentemente intacta sobre una subyacente, donde ocurrió una desmineralización importante. La descripción histológica más común emplea microscopia de luz polarizada y describe cuatro zonas, desde la superficie externa hasta la más profunda las características entre cada una de éstas, está en relación a su espesor, el porcentaje de pérdida de minerales y el tamaño de los poros que se han formado.

El fenómeno de la zona superficial aparentemente intacta podría ser producto de uno o varios mecanismos. Al examen visual no podemos cuantificar la pérdida de mineral del esmalte de la superficie.

Sin embargo, sabemos que el esmalte sano es poroso y translúcido, y que un ligero incremento de éste, conduce a un cambio en la manera que dispersa la luz. Un aumento de porosidad del esmalte lo hace gradualmente menos translúcido, traduciéndose esto, clínicamente, como una opacidad blanquecina.

La pertinencia de estudiar mejor esta lesión inicial ha quedado documentada desde principio del siglo pasado; sin embargo, los índices epidemiológicos de caries no utilizaban este primer estadio clínico de lesiones, sino hasta recientemente, con el desarrollo de un índice internacional conocido como ICDAS

II.

EDUCACIÓN DE LOS PADRES

- Instrucciones sobre higiene bucal Una de las características más relevantes de la biopelícula, en relación a la caries, es su capacidad para adherirse fuertemente a la superficie dental. El cepillado y uso de hilo son cruciales para desarreglar esta biopelícula y reducir los niveles de bacterias, el uso del hilo dental puede ayudar a evitar la presencia de lesiones en áreas de contacto interproximales.

En pacientes pediátricos parece no ser trascendental la técnica empleada por sí sola, sino el tiempo de fricción, acompañado por la aplicación de un dentífrico fluorado. Se recomienda el cepillado en forma de barrido horizontal. Se debe emplear un cepillo de cerdas suaves y puntas redondeadas, con un mango que permita su manejo adecuado y seguro, y de un tamaño correspondiente a la edad del paciente. Los dientes del infante se deben de limpiar tan pronto erupcionen, ya sea con una tela húmeda o con un cepillo dental adecuado a su edad y cantidad de dientes erupcionados.

FLUORUROS

Su uso ha sido ampliamente documentado como una medida segura y altamente efectiva para prevenir el desarrollo y avance de lesiones de caries. Los fluoruros tienen varios mecanismos de acción, incluyendo el evitar la desmineralización del esmalte, favorecer la re mineralización y alterar el metabolismo de la biopelícula. Emplear dentífrico fluorado de manera regular durante el cepillado se ha sugerido como la medida más efectiva para prevenir caries dental, ya que representa la frecuente aplicación tópica del agente con una baja potencia y alta frecuencia de exposición; ambas condiciones favorecen la re mineralización de lesiones incipientes.

La pasta de dientes con fluoruro se debe usar al menos dos veces al día para que tenga un impacto preventivo. Se debe recomendar enfáticamente a los padres, que tengan mucho cuidado con la cantidad de dentífrico empleado, aplicando solamente una porción similar al tamaño de un chícharo.

Existen en el mercado cremas dentales con diferentes concentraciones de fluoruro, para infantes y preescolares con riesgo bajo a caries; se recomiendan las de baja concentración (500ppm). Además, se debe recomendar supervisar el cepillado de los menores, ya que la ingesta inadvertida del fluoruro en la crema dental ha sido asociada con el desarrollo de fluorosis.

El momento más adecuado para iniciar el uso regular de pasta dental fluorada, es alrededor de los dos años en niños con bajo riesgo a caries. En aquéllos con alto riesgo a caries se deberá hacer una recomendación individualizada considerando factores de riesgo-beneficio. Para que el beneficio de la aplicación de fluoruro por el cepillado sea mayor, se recomienda evitar enjuagarse después del cepillado, con expectorar los excedentes podría ser suficiente, ya que al enjuagarse se elimina de la boca el fluoruro y sus beneficios.

SELLADORES

Los selladores son materiales de resina que reducen el riesgo a desarrollar caries en las zonas más susceptibles de los dientes, las fosas y fisuras, predispuestas por ser retentivas de biopelícula. Generalmente, se sellan los molares permanentes más que los primarios, debido a diferencias morfológicas.

Las fosas y fisuras, en claro riesgo a caries, se deben sellar lo más pronto posible después de haber brotado el diente. Los selladores necesitan monitoreo y deberán repararse con la frecuencia que se necesite, ya que son más efectivos si se les da mantenimiento.

OBJETIVOS DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

- Detención precoz de cualquier anomalía en encías, dientes y/o mucosa
- Comprueba el correcto recambio dentario
- Ayuda en el aprendizaje de las correctas técnicas de cepillado

TÉCNICAS DE CEPILLADO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

La técnica de cepillado es importante adecuarla al momento del desarrollo dental en el que se encuentre el niño, por lo que deben ir evolucionando a la par.

CONSEJOS PARA HACER DIVERTIDO EL CEPILLADO DE DIENTES EN LOS NIÑOS

Para que los niños aprendan cómo debe ser el cepillado dental y no les resulte aburrido, en Lorente Ortodoncia os proponemos algunos trucos o consejos:

- Para despertar su interés, cómprale un cepillo de dientes con cerdas suaves y con algún muñeco.
- Lávate los dientes con él para que vea cómo hay que hacerlo. Enséñale a seguir siempre el mismo orden, sin olvidar la parte externa, interna y la horizontal.
- Si se cansa antes de haber repasado todos los dientes, podemos motivarle con algún estímulo como, por ejemplo, contándole un cuento mientras él se cepilla.

- Hacer de la limpieza dental un juego. Ponerse con el niño frente al espejo y que trate de imitar los movimientos que hacen sus padres. Es importante no olvidar que la lengua y las mejillas también tienen que formar parte de esta limpieza.

TECNICAS DE CEPILLADO

Lavado dental en bebes de 0-6 meses

En esta edad la limpieza de la boca del bebé se realiza por medio de un dedal o cepillo de silicona, únicamente con agua y realizando suaves movimientos por toda la zona oral del bebé, incluyendo lengua, encías y dientes que se encuentren en boca hasta el momento.

Este tipo de cepillos puede calmar la picazón y las molestias generadas por la erupción de los primeros dientes del bebé, a la vez que le brinda una limpieza a su delicada boca. A partir de los 6 meses de vida del pequeño, cuando comienzan a erupcionar sus primeros dientes de leche lo recomendable sería comenzar a usar un cepillo de dientes de cerdas suaves y de un tamaño adecuado para la boca del bebé, este cepillado debe hacerse en forma suave y circular sobre cada una de las piezas dentales del pequeño y se realizará exclusivamente con agua.

Lavado dental a partir de 2 años

A esta edad, es importante que tu pequeño aprenda las mejores técnicas y formas de lavarse los dientes en tu compañía.

TÉCNICA DE STARKEY

La posición de Starkey consiste en una posición en la cual el niño permanece de pie frente a un espejo y dando la espalda a la persona que realiza el cepillado, esta técnica resulta ser efectiva para el aprendizaje de un correcto cepillado en los más pequeños.

A esta la edad de los 2 años y hasta los 5-6 el cepillado debe ser con una crema dental sin flúor.

TÉCNICA DE FONES

La técnica de cepillado más aconsejada es la circular. Se trata de una técnica que consiste en realizar movimientos circulares a lo largo de todas las piezas dentales durante 2 minutos para conseguir eliminar la placa bacteriana que se haya podido acumular en ellas. Los pasos a seguir con esta técnica son:

- Poner en contacto los dientes de la arcada superior e inferior.
- Comenzar haciendo movimientos en círculo con el cepillo dental. Nosotros aconsejamos realizar 20 círculos cada dos dientes, cepillando a su vez la encía.
- Es muy importante seguir un orden. Hay que recorrer toda la arcada haciendo estos movimientos circulares de izquierda a derecha o de derecha a izquierda, como el niño se sienta más cómodo
- Es también importante seguir un orden para limpiar todas las caras de los dientes. Primero puede limpiar la cara externa de los dientes, luego la interna y por último la zona de masticación realizando un fregado de delante a atrás.

- Por último, es aconsejable que se cepille la lengua realizando un barrido hacia afuera. Al principio puede provocarle alguna náusea o cosquillas, pero poco a poco se irá acostumbrando.
- Hasta los 7 años, es recomendable que los padres revisen que la boca ha quedado bien limpia después del cepillado.

TÉCNICA DE STILLMAN

Al igual que la técnica de Bass, pero los filamentos se colocan 2 mm por encima del margen gingival, es decir, encima de la encía adherida, formando un ángulo de 45 grados con respecto al ápice del diente.

Se realiza mayor presión que en Bass hasta observar la palidez de los márgenes gingivales. La vibración se mantendrá unos 15 seg. por cada dos dientes.

Su diferencia con respecto a la primera radica en que ésta se basa en movimientos vibratorios de encía a diente en lugar de barridos horizontales esta técnica además de ser efectiva en la remoción de la placa bacteriana, sirve como masaje para las encías.

TÉCNICA DE BASS

Este procedimiento está considerado como uno de los más eficaces para remover y eliminar la placa bacteriana del surco gingival (la zona entre las encías y los dientes) y de las propias piezas dentales.

La técnica de Bass consiste en realizar suaves movimientos de barrido de arriba hacia abajo, es decir, desde la encía hasta las piezas dentales.

Es muy importante emplear movimientos suaves ya que, si aplicamos demasiada presión al cepillarnos los dientes, podemos provocar daños en las encías, como por ejemplo la retracción gingival.

Si hay algo que caracteriza a esta técnica de cepillado es el ángulo de colocación del cepillo de dientes que tiene que hacerse para eliminar la suciedad.

Este es el paso a paso para que la ejecutes correctamente:

Coloca el cepillo en un ángulo de 45° y en posición horizontal con respecto a tus dientes, abarcando dos o tres piezas. De esta manera, las cerdas del cepillo llegarán al surco gingival, zona donde se suele acumular bastante placa dental.

Realiza suaves movimientos de manera horizontal haciendo especial énfasis en el surco gingival.

Una vez hayas realizado este movimiento por toda la cara externa de los dientes, repite el mismo procedimiento en la cara interna.

Recuerda que durante la realización de estos movimientos no debemos ejercer demasiada presión para no dañar los tejidos blandos.

Técnica de Bass modificada, la más recomendada

La técnica de Bass modificada es la más recomendada por los dentistas y consiste en realizar los mismos movimientos que en la técnica de Bass, pero añadiendo movimientos de barrido y siempre de la encía al diente.

De esta manera realizaremos movimientos horizontales de vibración sin desplazamiento y, a continuación, realizaremos un movimiento vertical de barrido para eliminar la placa dental.

CONSIDERACIONES PARA MANTENER UNA BOCA SANA

Además de la técnica empleada, existen otros puntos que se deben tener en cuenta para tener unos dientes sanos y limpios.

En primer lugar, se recomienda utilizar un cepillo de cerdas suaves y que estén al mismo nivel. El motivo es que los cepillos de cerdas duras pueden lastimar las encías y, como comentamos anteriormente, provocar una recesión de encías.

Por otro lado, el tiempo de cepillado también juega un papel importante para considerar que una boca está limpia. Hay un consenso general en toda la comunidad científica sobre el tiempo apropiado que debe durar un cepillado de dientes: dos minutos.

La higiene interdental es fundamental para mantener tu boca limpia, ya que ningún cepillo ni ninguna técnica pueden eliminar la suciedad que se queda entre los dientes. Debes utilizar hilo dental al menos una vez al día, sobre todo antes de acostarte.

Además de cepillar los dientes, tanto la cara interna como la externa y al menos dos veces al día, la lengua también debe de limpiarse. En este músculo se acumulan bacterias que deben removerse de la boca para evitar infecciones.

Por último, tienes que saber que, aunque realices la técnica de Bass o cualquier otra técnica correctamente, debes realizar una limpieza dental profesional al menos una vez al año

ABORDAJE DE MIEDO Y RESISTENCIA AL CEPILLADO DENTAL EN NIÑOS

El miedo dental se refiere a un sentimiento o reacción emocional desagradable o negativa frente a estímulos amenazantes específicos que ocurren en situaciones asociadas con el tratamiento dental. Se presenta como una percepción que desencadena una emoción, que a su vez genera una reacción psicofisiológica, esto ante una situación externa real que resulta amenazante en la consulta dental

El miedo al dentista en los niños normalmente se debe por el temor a lo desconocido y a los tratamientos que son frecuentemente invasivos. Además, si el paciente es nervioso o ha tenido una mala experiencia en su primera visita, suele quedar de fondo un pánico dental. A esto puede sumarse el temor a no poder controlarlo, haciendo de la visita el dentista una verdadera pesadilla.

Los signos que evidencian que un niño tiene pánico al dentista son los siguientes:

- Presentar inquietud, sudoración, taquicardia o agitación desde el momento que sabe que tiene que acudir al odontólogo.
- Llorar o tener una rabieta en la clínica dental (sala de espera, gabinete...).
- Esconderse y agarrarse a sus padres para evitar sentarse en el sillón dental.
- Tener las piernas contraídas cuando está sentado en el sillón.
- Realizar movimientos o gestos bruscos para evitar ser explorado: negarse a abrir la boca o tapársela con la mano, apartar la cabeza o la mano del dentista, etc. Todo esto, además, aumenta el riesgo de provocar lesiones en la boca o los labios del niño.
- Ponerse enfermo antes de acudir a la clínica dental.

SÍNTOMAS DEL MIEDO AL DENTISTA

Si ya los adultos pueden sentir temor ante el dentista, imaginemos como puede ser esto en los niños.

- Los síntomas de ese temor o pánico dental son:
- Llorar al llegar al gabinete dental.
- Esconderse detrás de sus mayores.
- Movimientos para impedir que el dentista lo examine.
- Enfermar antes de la consulta.

Sobre todo, el problema suele aparecer cuando el niño debe ser sometido a tratamientos dentales más laboriosos o traumáticos como pueden ser por ejemplo las extracciones. Al tener miedo, el niño puede presentar cambios fisiológicos como: taquicardia, sudoración, respiración agitada, llanto incontrolable, etc.

Los estudios acerca de la ansiedad y el miedo dental están de acuerdo en que las consecuencias son devastadoras y que son una barrera de salud de grandes dimensiones. La evitación, la anticipación ansiosa o el malestar en la situación temida interfiere significativamente con la rutina cotidiana, funcionamiento ocupacional, actividades y relaciones sociales; la ansiedad dental interfiere con el funcionamiento y la calidad de vida fuera del ámbito dental Churús encontró que los pacientes temerosos dental tenía una baja autoestima y son sensibles a su aspecto dental.

La evitación del tratamiento dental, las cancelaciones de las visitas y el distanciamiento entre las mismas no solo se han considerado consecuencias de la ansiedad y el miedo dental, sino que han sido nombradas como factores capaces de predecir que el sujeto tendrá ansiedad y miedo dental. Se trata pues de un círculo vicioso, en el que interactúa la ansiedad y miedo dental y la evitación, lo que lleva a evitar las citas odontológicas y, en consecuencia, en cuidado dental, lo que lleva al deterioro de la salud oral que combinado con la imposibilidad por parte del paciente al recibir el tratamiento el tratamiento dental.

Lo que acaba produciendo sentimientos de vergüenza e inferioridad con respecto a otra gente, disminuyendo la autoestima

CAPITULO IV

TÉCNICAS ANESTÉSICAS INDICADAS EN ODONTOLOGÍA EN MENORES DE 5 AÑOS

INTRODUCCION

Los niños pequeños con dolor de muelas y/o infección deben ser tratados a cualquier edad, lo que a menudo significa que hay que administrarles un anestésico general o un sedante. Hay muchas explicaciones para esto, por supuesto.

Sin embargo, lo primero que se debe saber es que cualquier operación dental requiere que el niño esté completamente inmóvil, ya que puede haber mucho que realizar en la boca y es esencial que no se mueva.

Es por ello, que el uso de anestesia en niños es imprescindible en muchos de los casos para lograr que no haya ninguna complicación.

Como ya hemos mencionado, la anestesia oral en niños está dirigida a desensibilizar una parte específica de la boca para que el médico pueda operarla.

La anestesia local inyectable se utiliza para operaciones médico-quirúrgicas básicas, como las que se pueden realizar en la cirugía oral o para la curación y reparación de heridas. En el tratamiento pediátrico, dependiendo de la edad del niño y de la operación que se vaya a realizar, suele ir acompañada de una sedación para que el niño esté lo más seguro posible.

El dentista solo puede administrar anestésico local. Tras este, tu hijo puede tener ciertas limitaciones para comer. Estas limitaciones suelen durar poco tiempo debido a que el anestésico se elimina del cuerpo en cuestión de pocas horas.

Dentro del ámbito odontológico, pueden darse diversas formas de sedación. Entre ellas, las más comunes son:

Los efectos secundarios de la anestesia mandibular en niños son poco comunes y normalmente incluyen molestias en el lugar de la inyección, hinchazón, inflamación o daños en los vasos sanguíneos.

Durante la anestesia local dental en niños puede producirse picor o urticaria. Los signos específicos pueden ser más graves y pueden aparecer antes en niños con dermatitis atópica, psoriasis o eczema. En comparación, la absorción en estas situaciones es mayor que en la piel normal.

Son muy poco frecuentes los casos extremos tras la aplicación de anestésicos locales que se atribuyen a la acumulación de toxicidad. En estos casos, se derivaría a ámbito hospitalario donde estaría supervisado por un anestesista. (2020, s.f.)

TIPOS DE ANESTESIA Y SEDACIÓN EN NIÑOS

La anestesia en odontología es un tema que siempre genera muchas dudas en el paciente. El miedo al dentista muchas veces esconde detrás un “miedo a las agujas” que como dentistas debemos identificar

En el post sobre manejo de conducta en clínica, explicábamos las diferentes maneras que tiene el odontopediatra de ayudar al niño a reducir la ansiedad. Dentro de estas técnicas estaba la anestesia general que se trata de una técnica muy solicitada por los padres. Sin embargo, como profesionales no somos partidarios de usarla sin un buen análisis del caso. A esta edad el objetivo consiste en ayudar al niño a establecer una relación dentista-paciente normalizada y libre de ansiedad.

Tal y como os explicábamos aquí, lo mejor para reducir la ansiedad al dentista es acudir estando sano para realizar tratamientos sencillos de prevención.

En el caso de que los niños deban realizarse tratamientos complejos es importante no caer en errores clásicos como trasladarles nuestro miedo.

En este post os queremos explicar los tipos de anestesia y sedación que pueden realizarse en odontopediatría y cuáles son nuestras técnicas favoritas:

ÓXIDO NITROSO

Este es un sedante leve y el menos invasivo. Suele conocerse como “gas de las risas” o “gas hilarante” y consiste en la inhalación de gas de oxígeno y óxido nitroso por parte del paciente. Por lo general, no se duermen, pero la mayoría se sienten más relajados. Puede causar mareos o malestar y en ocasiones una sensación de descontrol desagradable para el niño.

Debido a la normativa actual, el uso de esta técnica en el consultorio odontológico debe estar supervisada por un anestesista cualificado.

La sedación consiste en la relajación del estado de ansiedad del niño mediante el uso de un medicamento (o combinación de medicamentos).

Este tipo de abordaje se puede llevar a cabo cuando las técnicas de manejo de conducta simples no sean suficiente y siempre bajo la tutela del pediatra. Con el uso de esta medicación, el niño estará tranquilo y despierto de manera que la odontopediatra podrá realizar el tratamiento en condiciones adecuadas.

Sin embargo, al no ser una técnica libre de complicaciones, rara vez se utiliza en niños pequeños. Además, no tiene sentido pretender sedar al menor cada vez que acuda al consultorio odontológico.

ANESTESIA GENERAL

Durante la anestesia general, realizada por un anestesista y en un ambiente hospitalario, el menor está dormido y sin dolor. El sistema neurovegetativo está protegido y la musculatura relajada. Esto y el hecho de que el campo de trabajo es la boca hacen obligatorio que la intubación sea nasotraqueal con neumotaponamiento.

De acuerdo con la Academia Americana de Odontología Pediátrica, la anestesia general está indicada en menores cuando son incapaces de cooperar debido a:

- La falta de madurez psicológica o emocional, y/o discapacidad física o mental.
- Pacientes en los cuales la anestesia local es inefectiva debido a una infección aguda, variaciones anatómicas o alergia.
- Pacientes no cooperadores, ansiosos, o niños y adolescentes no comunicativos.
- Pacientes que requieren procesos quirúrgicos extensos.

- Pacientes en los que el uso de la anestesia general podría proteger el desarrollo de la psique, o para reducir los riesgos médicos.
- Y, finalmente, en aquellos pacientes que requieren tratamiento dental integral de forma inmediata.

Tal y como explica la Dra. Arenas en su publicación al respecto: es necesario hacer una distinción entre la exigencia paterna y la indicación profesional de la anestesia general.

La demanda de tratamiento bajo anestesia general, en ausencia de necesidades clínicas objetivas, no debería ser considerada una razón suficiente para proceder con la anestesia general. Esta técnica debe ser usada solo como último recurso y después que se haya comprobado que las técnicas de manejo de la conducta no son efectivas.

Sobre todo, porque en el futuro el menor deberá acudir a visitas de control, y presumiblemente de tratamiento, y conviene que lo haga de forma autónoma y libre de ansiedad.

El niño duerme completamente bajo anestesia general y no experimenta ninguna molestia. Anestesiistas especialmente cualificados prescriben los medicamentos y controlan al niño mientras un dentista o cirujano oral independiente realiza una operación dental o quirúrgica. La anestesia dental en niños puede realizarse en una cirugía oral especialmente equipada, en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital.

ANESTESIA LOCAL

Se trata de la técnica más extendida y preferida por los odontopediatras debido a su sencillez y a sus riesgos leves. En general es también la técnica preferida por los menores y sus padres, ya que bien realizada es apenas imperceptible y no requiere de ningún tipo de preparación previa.

Entre las dificultades asociadas a esta técnica cabe destacar el famoso miedo a las agujas que refieren muchos niños, niñas y por supuesto adultos. Tal y como ya se ha comentado a lo largo de este post, los recursos de la odontopediatra y de su equipo para afrontar este miedo son muy numerosos. Vale la pena recorrer el camino junto a los padres para conseguir que el menor acuda tranquilo a las visitas. Este debe ser sin duda el objetivo principal para establecer una relación dentis Anestesia local

Esta es la técnica más utilizada en odontología para desensibilizar las diferentes áreas de la boca donde se va a intervenir.

Este tipo de anestesia puede aplicarse en cualquier tratamiento que derive dolor o molestia, como puede ser el caso de empastes dentales, extracciones, implantes, endodoncias o incluso en un tratamiento de higiene dental si fuera necesario.

En odontopediatría, la anestesia local varía tanto en la dosis como en el tipo de anestésico, ya que hay que tener en cuenta aspectos fisiológicos del niño como es el caso de su peso.

Por otro lado, hay ciertos factores en los que no se recomienda la intervención con este tipo de anestesia, puesto que puede crear distintos problemas al paciente. La infección en la zona de la punción es un ejemplo de ello, siendo necesario combatir antes la infección mediante la toma de antibióticos. Otros casos donde no es aconsejable, es si el niño padece de hipertiroidismo descontrolado o alergia.

ANESTESIA TÓPICA

Se trata de una pasta o spray en general con sabor agradable que se coloca en la encía y mucosas de la boca para generar un efecto anestésico superficial. Sirve para reducir las molestias durante el pinchazo con la anestesia o si se va a realizar algún tratamiento muy superficial en un paciente miedoso.

En cuanto a la anestesia general, consideramos que tiene ciertas indicaciones en tratamientos muy extensos y ante determinado tipo de pacientes. Sin embargo, al igual que en el caso de la sedación, no sustituye los esfuerzos necesarios por conseguir que el menor asista a la consulta de forma autónoma y sin miedo mediante las técnicas de manejo de conducta clásicas.

Finalmente, la anestesia local, con o sin la ayuda de la anestesia tópica, supone la técnica de elección para poder llevar a cabo tratamientos sin dolor en la consulta odontológica.

Una vez más, las técnicas de manejo de conducta, la paciencia, la colaboración por parte de los progenitores y un espacio adaptado serán claves para conseguir el objetivo de que los niños y las niñas acudan tranquilos al dentista.

Existen dos tipos de formas químicas de anestésicos locales:

- ésteres (procaína, benzocaína);
- amidas (lidocaína, mepivacaína, prilocaína, articaína).

ANESTÉSICOS TÓPICOS

La aplicación de anestésico tópico puede ayudar a minimizar la molestia causada durante la administración de la anestesia local. Los anestésicos tópicos son efectivos en zonas superficiales de los tejidos (2 o 3 mm de profundidad) para reducir el dolor de la penetración de la aguja en la mucosa oral.^{10, 11} Los agentes anestésicos tópicos se encuentran disponibles en gel, solución, pomadas y aerosoles.

Los anestésicos tópicos disponibles son: benzocaína en concentración al 20%; lidocaína en gel a 2%, pomada a 5% y spray al 10%.³ La benzocaína tiene un efecto más rápido. Las reacciones tóxicas por sobredosis de benzocaína tópica son desconocidas, más pueden ocurrir localmente por uso prolongado o repetido. La lidocaína tópica presenta incidencia de reacciones alérgicas bajas, pero puede ser absorbida sistémicamente y puede ser combinada con un anestésico local de tipo amida inyectado, aumentando el riesgo de sobredosis.

Las recomendaciones sobre los anestésicos tópicos son las siguientes:

- Un anestésico tópico puede ser usado antes de la inyección del anestésico local para reducir la molestia asociada a la penetración de la aguja.

- Las propiedades farmacológicas del anestésico tópico deben ser conocidas.
- Se sugiere el uso de una válvula spray dosificadora cuando se utiliza una solución en aerosol.
- La absorción sistémica de lidocaína tópica debe ser considerada para el cálculo de la dosis máxima total de anestésico.

SELECCIÓN DE JERINGAS Y AGUJAS

La American Dental Association (ADA) establece el uso de jeringas estándar con dispositivos de aspiración en anestesia local.^{14, 15} La selección de la aguja debe permitir una anestesia local profunda que permita una adecuada aspiración. Las agujas de mayor diámetro permiten una desviación menor durante su paso a través de los tejidos blandos y una aspiración más confiable.

La profundidad de inserción varía de acuerdo con la técnica anestésica al igual que por la edad y tamaño del paciente. Las agujas odontológicas están disponibles en cuatro longitudes: extralargas (35 mm), largas (30 mm), cortas (21mm) y extracortas (12 mm). Los diámetros varían entre 23 y 30.

RECOMENDACIONES

Para administrar anestesia local, los usos de anestésicos locales en odontopediatría Manual de referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría odontólogos deben seleccionar jeringas con dispositivos de aspiración de acuerdo a los patrones recomendados y establecidos.

Las agujas cortas pueden ser usadas para cualquier inyección en tejidos blandos con un espesor menor a 20 mm. Las agujas largas deben ser usadas para inyecciones más profundas.¹⁶

Cualquier aguja con diámetros entre 23 y 30 pueden ser usadas para inyecciones intraorales, pues el proceso de aspiración puede ser realizado sin ningún problema. Las agujas con diámetros menores pueden dificultar el proceso de aspiración.¹⁶ Las agujas extracortas con diámetro 30 son apropiadas para anestésias infiltrativas.¹⁶

Las agujas no deben ser dobladas ni insertadas totalmente en los tejidos, con el único fin de evitar fracturas.

TÉCNICAS INFILTRATIVAS

Permiten el bloqueo de los nervios sensoriales en una zona específica ya que, lo hacen por difusión de la solución anestésica a través del hueso, ésta va a depender de su capacidad de absorción, siendo más eficaz en el maxilar superior donde es más poroso que en la mandíbula que es compacto. El único sector de la mandíbula donde se utilizan es el anterior por ser el que mayor trabeculado tiene en el maxilar inferior.

Estas técnicas se utilizan para anestesiar en procedimientos de corta duración y que no impliquen la injuria del hueso y de otros tejidos. No se recomiendan en casos de inflamación e infección, no se deben aplicar en zonas inflamadas o infectadas porque el pH tisular es ácido y sólo 1% del anestésico se ioniza en forma de base libre o activa mientras que 99% lo hace en forma catiónica o inactiva.

La base libre es la responsable de que se produzca el bloqueo de la conducción nerviosa.

Se pueden utilizar como técnica primaria de elección inicial y secundaria como complemento de una técnica troncular. Están indicadas en: exodoncia de temporales anquilosados colocación de la grapa para tela de caucho operatoria dental tallado de dientes únicos cirugías menores de tejidos blandos. Se contraindica en: zonas infectadas o inflamadas pacientes hemofílicos biopsias evitando posibles alteraciones en el tejido a reseca zonas terminales (papilas interproximales) cuando se utilizan soluciones anestésicas con vasoconstrictor.

TÉCNICA SUBMUCOSA

Esta técnica implica el depósito de la solución anestésica por debajo de la mucosa a la altura de los ápices dentales, la aguja no debe tocar el hueso, con lo que se logra la anestesia de la mucosa de la zona infiltrada, del hueso y el periostio adyacente por difusión de la solución.

Con esta técnica no se logra obtener anestesia profunda en el hueso por lo que los procedimientos que impliquen trabajar a expensas de éste pueden resultar molestos para el paciente.

En estos casos se recomienda utilizar una técnica supraperióstica o una troncular dependiendo del criterio del profesional. Reparos anatómicos fondo de surco diente a anestesiar aplicación de la técnica se sujeta el labio y la mejilla de la zona a anestesiar, entre los dedos pulgar e índice estirándolos hacia fuera en forma tal que pueda distinguirse la línea mucogingival. Se coloca anestesia tópica en gel o spray (lidocaína, benzocaína 20%). Se realiza una punción en el fondo del surco vestibular del diente a anestesiar sin tocar el hueso. El cuerpo de bomba y la aguja deben tener una angulación de 45° con respecto al eje largo o axial del diente. Se depositan entre 0,2 y 0,5 ml de solución anestésica o un cuarto de carpule, previa aspiración

El depósito de la anestesia debe ser lento con el fin de evitar al paciente la sensación que genera la difusión de la solución anestésica en el tejido. Se retira la aguja siguiendo la angulación de acceso. Se espera entre 30 segundos y dos minutos dependiendo del tipo de solución anestésica utilizada (figuras 3-1, 3-2a y 3-2b).

Indicaciones exodoncias de temporales anquilosados colocación de la grapa para tela de caucho operatoria dental diagrama que muestra el sitio donde se debe depositar la solución anestésica en la técnica submucosa, la separación entre mucosa, periostio y hueso se grafica así con fines didácticos, en realidad estos tejidos están íntimamente ligados.

TÉCNICA SUPRAPERIÓSTICA

La inyección supraperióstica se practica para proporcionar anestesia del plexo nervioso del diente a tratar, del hueso alveolar adyacente y de la pulpa del mismo. En ella la solución anestésica se debe difundir primero a través del periostio y del hueso cortical para alcanzar el plexo nervioso alveolar superior y los nervios situados en el hueso esponjoso.

En general el hueso cortical que recubre el ápice de los dientes superiores es delgado y trabeculado, lo que permite la rápida difusión de la solución anestésica hacia el plexo dental, situación que no sucede en el maxilar inferior donde el hueso compacto impide la difusión de la solución anestésica no permitiendo obtener una anestesia adecuada, en este maxilar sólo el sector anterior permite el uso de esta técnica. Reparos anatómicos fondo de surco diente a anestésiar

TÉCNICA INTRALIGAMENTARIA

La técnica intraligamentaria implica el depósito de la anestesia en el espacio del ligamento periodontal, ha sustituido las inyecciones intraóseas debido a que son muy difíciles de realizar; además, se requiere un equipo especializado para su colocación.

En general, se utiliza como una técnica secundaria y es útil en los casos de exodoncias como complemento de una técnica troncular, antes de realizar la luxación del diente, ya que reduce la propiocepción del ligamento periodontal evitando que el paciente perciba la sensación de presión inherente a la luxación.

Reparos anatómicos surco gingival del diente a anestesiar espacios ínter proximales. Aplicación de la técnica se sujeta el labio y la mejilla de la zona a anestesiar identificó el diente a tratar. Se realiza una punción en el espacio periodontal con aguja corta de calibre 25, 27 o 30, esto se logra llevando la punta cortante de la aguja sobre la pared lateral del diente, e introduciéndola entre la encía marginal y la cara del diente es necesario anestesiar más de una cara (mesial, distal, vestibular o lingual).

El bisel de la aguja debe mirar hacia el hueso interseptal y no hacia la cara del diente, ya que la solución sigue el trayecto hacia los nervios intraóseos de la lámina cribiforme. La técnica implica que se realice una presión firme y gradual sobre el émbolo, ya que el espacio del ligamento periodontal es muy angosto y la solución anestésica debe penetrarlo por presión.

La presión que se genera en el interior del carpule, al aplicar la técnica, puede resultar en la ruptura de éste, si es de vidrio, por lo que se requiere precaución al momento de usarlos. Se depositan 0,2 ml de solución en cada cara del diente.

Por ser una técnica suplementaria, el tiempo de espera para conseguir el efecto deseado es de unos pocos segundos. Indicaciones como inyección primaria en el paciente que no puede anesthesiarse con las técnicas usuales. Pulpas dentales inflamadas en las cuales sea ineficaz la anestesia troncular. Paciente hemofílico.

TÉCNICA INTRAÓSEA

Dependiendo de la vía de acceso puede ser intradiploica o intraseptal, en la intradiploica se aplica la solución anestésica en el hueso medular a través de una perforación que se realiza en él, con la ayuda de aditamentos de los que disponemos en los equipos para técnica intraósea.

En la intraseptal la anestesia se aplica a expensas de la papila interproximal con el fin de difundir la anestesia directamente a través del hueso medular. (técnicas orales, s.f.)

CAPITULO V

TERAPIAS PULPARES

PULPOTOMIA

La pulpotomía es un procedimiento dental fundamental en la odontología pediátrica y en algunos casos en adultos. Este tratamiento es crucial para preservar la integridad de un diente afectado. Te explicamos qué es la pulpotomía y cuándo es necesaria.

La pulpotomía es una técnica dental en la cual se elimina la pulpa infectada o inflamada de la corona de un diente, mientras que la pulpa del conducto radicular se deja intacta. Este procedimiento se realiza generalmente en dientes de leche o primarios afectados por caries profundas o traumatismos, con el objetivo de preservar el diente hasta su exfoliación natural.

Si se produce dolor cuando cosas frías, calientes o dulces tocan los dientes, puede significar que existe una pulpitis. La pulpitis es la inflamación de la pulpa y su causa principal son las caries no tratadas. Esta sensibilidad dental suele ser el primer signo de presencia de caries.

El odontólogo recomendará la realización de una pulpotomía si, después de la exploración intraoral y radiográfica, se descubre que existe caries que ha afectado a la pulpa coronal. También se realiza cuando la caries está tan cerca de la pulpa en la corona que, al limpiarla, expondrá la pulpa.



INDICACIONES DE UNA PULPOTOMIA

Una pulpotomía es recomendada cuando:

- La caries dental ha llegado a la pulpa del diente.
- Existe una pulpitis (inflamación de la pulpa) generalmente causada por caries no tratadas.
- Se detecta sensibilidad al frío, calor o dulces, indicando la presencia de caries.
- Hay un traumatismo físico que afecta el diente, pero no compromete la pulpa radicular.

PROTOCOLO DE UNA PULPOTOMIA

El proceso de pulpotomía incluye:

- **Diagnóstico:** Evaluación intraoral y radiográfica para determinar la extensión del daño y la viabilidad del tratamiento.
- **Anestesia:** Se aplica anestesia local para adormecer el área.
- **Acceso a la pulpa:** Se abre la corona del diente para acceder a la pulpa.
- **Extracción de la pulpa afectada:** Se elimina la pulpa infectada o inflamada de la corona.
- **Protección de la pulpa radicular:** Se coloca un medicamento protector de la pulpa radicular restante.
- **Sellado del Diente:** Se sella la abertura para prevenir infecciones futuras.

DIFERENCIAS ENTRE PULPOTOMIA Y PULPECTOMIA

- Pulpotomía: Consiste en eliminar la pulpa dañada de la corona del diente, manteniendo la pulpa del conducto radicular.
- Pulpectomía: Implica la eliminación total de la pulpa, tanto de la corona como de la raíz, y se realiza cuando la pulpa está severamente dañada o infectada.

COMPLICACIONES DE UNA PULPOTOMIA

La pulpotomía es un procedimiento muy seguro y no hay riesgos graves asociados con ella. Las pulpotomías no deben realizarse si la pulpa radicular no es vital. Eso significa que la pulpa no debe estar infectada y aún debe estar sana en el momento del procedimiento.

CUIDADOS

Para evitar que otros dientes se vean afectados por caries dental, es importante adoptar una excelente rutina de cuidado bucal. También es conveniente visitar al dentista para realizar revisiones dentales regulares y así evitar que los problemas se puedan tratar a tiempo evitando un pronóstico peor.

La pulpectomía es un tratamiento que únicamente se realiza en los dientes de leche que han sido afectados por caries extensas. Su objetivo es conservar en la boca una pieza dental que, de otra manera, tendría que ser extraído.

PULPECTOMIA

La pulpectomía en niños es un tratamiento que consiste en la eliminación del tejido pulpar -también conocido como nervio dental- que ha sido dañado por una lesión cariosa. Normalmente, se trata de una caries extensa que no se ha abordado a tiempo, aunque también puede estar dañado por un fuerte golpe.

Una vez que el odontopediatra ha vaciado el diente y eliminado toda la zona dañada, se procede a la reconstrucción y sellado del diente. Es un tratamiento destinado únicamente a niños en edad de crecimiento que aún no han cambiado todos sus dientes, por lo que tienen todavía piezas de leche.

Es decir, la pulpectomía solo se realiza en dientes temporales, cuando el paciente está en la etapa de dentición mixta o primaria. Su principal diferencia con la endodoncia es precisamente este punto, pues el tratamiento de conducto se lleva a cabo en dientes definitivos.

En función del grado de afectación del tejido pulpar, el especialista optará por una pulpectomía o una pulpotomía. El odontopediatra realizará el primer procedimiento cuando la caries afecte no solo al tejido pulpar de la corona, sino también a la raíz del diente.

Por el contrario, si la caries ha dañado únicamente el tejido cameral, es decir, el localizado dentro de la corona de la pieza dental, se optará por una pulpotomía. Para determinar la profundidad de afección de la caries en el tejido pulpar, el especialista deberá realizar una radiografía previa. Pero, ¿qué síntomas nos pueden indicar que es necesario realizar una pulpectomía?



La pulpectomía solo se realiza en dientes de leche y, por tanto, en niños que tienen una caries extensa sin tratar a tiempo

INDICACIONES DE UNA PULPECTOMIA

Tal como explicábamos con anterioridad, el daño del tejido pulpar puede estar provocado por fuertes traumatismos dentales o la presencia de una caries dental. Es importante tener en cuenta que la caries es una afección que ataca la protección del esmalte, la capa resistente que cubre y protege a la pieza.

Si se debilita, la acción de los ácidos presentes en la placa bacteriana terminará alcanzando las capas internas del diente.

Lo habitual es que las caries estén producidas por una higiene bucodental deficiente o por una dieta con alto contenido en azúcar. Ambos aspectos hacen que las caries infantiles sean especialmente frecuentes, aunque también pueden padecerlas personas adultas.

Si la caries no se trata a su debido tiempo, puede llegar a dañar también el nervio dental o pulpa, originando incluso una pulpitis. Es precisamente en estos casos de caries más avanzadas en los que las personas afectadas presentan cierta sintomatología. Podemos barajar la posibilidad de la existencia del daño de la estructura dental cuando el niño declara los siguientes síntomas:

- Especial sensibilidad a alimentos muy fríos o calientes.
- Oscurecimiento del color del esmalte de una pieza dental
- Presencia de dientes astillados
- Dolor o molestias al masticar
- Supuración de pus alrededor de la pieza dental

Una vez que el odontopediatra ha detectado la existencia de una caries, determinará si el daño causado hace necesaria una pulpectomía. En caso de que así lo considere, será porque se cumplen algunas de las siguientes indicaciones:

- Existencia de una inflamación de carácter crónico en una pieza dental
- Sangrado excesivo –hemorragia- durante la realización de una pulpotomía
- Fracaso de un tratamiento de pulpotomía
- Necrosis del nervio dental (necrosis pulpar)
- Daño óseo, sin llegar a suponer la merma del mismo
- Reabsorción interna que no suponga el daño de la raíz
- Lesiones periapicales
- Prevén las caries infantiles

Mediante una adecuada higiene en casa, evitarás que los dientes desarrollen caries, principal causa por la que debe hacerse una pulpectomía.

PROTOCOLO CLINICO DE UNA PULPECTOMIA

Antes de iniciar una pulpectomía, es importante realizar una radiografía en la clínica dental para considerar la profundidad del daño en la pulpa. Cuando el dentista tiene todos los datos y conoce el estado de la boca de su paciente, dará estos pasos:

- Aplicación de anestesia local para evitar cualquier molestia durante la intervención
- Aislamiento de la pieza dental a tratar
- Eliminación de la caries y limpieza de la zona
- Localización de los conductos y eliminación del tejido dañado
- Obturación de los conductos con materiales reabsorbibles, de tal manera que no obstaculice la erupción del diente definitivo
- Rehabilitación de la pieza dental mediante la colocación de una corona dental

En estos casos, al ser dientes temporales, bastará con la colocación de una funda de acero inoxidable que permita recuperar al diente su función masticatoria y estética.

CONTRAINDICACIONES DE UNA PULPECTOMIA

En algunas ocasiones, la pulpectomía no resulta efectiva y el especialista debe recurrir a la extracción dentaria. Se trata de un número reducido de casos, pues es una intervención con alta tasa de éxito.

El dentista procederá a la extracción del diente en los siguientes supuestos:

- Se ha producido una infección con absceso o flemón
- Existe movilidad dentaria de la pieza
- El paciente experimenta cierta sensibilidad o dolor durante la masticación
- En caso de reabsorción prematura del material empleado para sellar los conductos

CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE UNA PULPECTOMIA

Tras concluir la operación, es importante saber qué síntomas entran dentro de la normalidad y qué cuidados debe seguir el niño durante el postoperatorio.

Después de la pulpectomía, es habitual que el niño experimente cierta sensación de hormigueo tanto en los labios como en la lengua. No debes preocuparte, pues es a causa del efecto de la anestesia local de la zona, y remite transcurrido un periodo aproximado de 3 horas.

Durante este tiempo, es aconsejable no masticar ni comer para evitar mordiscos accidentales en la lengua, labio o carrillos. Una vez que el efecto de la anestesia pase por completo, es común notar un dolor leve en la zona intervenida.

Por ello, se deben evitar alimentos que supongan un esfuerzo de masticación. Es posible que el odontopediatra recomiende la toma de analgésicos para que el postoperatorio sea más llevadero y el infante no tenga ninguna molestia.

Como sucede desde los primeros años de vida, el control parental sobre el cuidado de la boca es muy importante. Tras realizar la pulpectomía, los padres y madres deben estar pendientes del cepillado infantil, además de revisar que el niño sigue unas pautas de higiene correctas.

Lo normal es que sea el propio paciente quien pueda encargarse de lavarse los dientes con total normalidad, incluso en la piza que ha sido tratada. Sin embargo, hasta que pasen por completo las posibles molestias derivadas de la pulpectomía, es aconsejable incidir en la zona con mayor cuidado.

Al ser la pulpectomía un tratamiento conservador, es decir, destinado a recuperar la funcionalidad de un diente, es posible hacer vida normal cuando concluye el proceso. Aun así, es aconsejable seguir las indicaciones del especialista en cuanto a las revisiones, pues solo así podrá asegurarse de que el proceso ha tenido éxito.

Tras una pulpectomía, lo normal es acudir a la clínica dental cada 6 meses, pero debe ser el odontopediatra quien indique la frecuencia según cada caso. Es importante no saltarse estas revisiones, pues es necesario verificar el buen estado de la pieza para que no suponga un obstáculo ante la erupción del diente definitivo. De hecho, en caso de que al paciente le resulte inviable acudir a las revisiones periódicas, es preferible proceder a la extracción dentaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

DHAR V. DENTAL CARIES. IN: KLIEGMAN RM, ST. GEME JW, BLUM NJ, SHAH SS, TASKER RC, WILSON KM, EDS. *NELSON TEXTBOOK OF PEDIATRICS*. 21ST ED. PHILADELPHIA, PA: ELSEVIER; 2020: CHAP 338.

MARCDANTE KJ, KLIEGMAN RM, SCHUH AM. EVALUATION OF THE WELL CHILD. IN: MARCDANTE KJ, KLIEGMAN RM, SCHUH AM, EDS. *NELSON ESSENTIALS OF PEDIATRICS*. 9TH ED. PHILADELPHIA, PA: ELSEVIER; 2023: CHAP 9.

[HTTPS://ALBACLINICADENTAL.COM/ES/CONSEJOS/LOS-DIENTES-Y-LA-LACTANCIA/#:~:TEXT=LA%20MAYOR%C3%ADA%20DE%20ODONTOPIEDIRAS%20COINCIDEN,LA%20DEGLUCI%C3%B3N%20DURANTE%20LA%20INFANCIA](https://albaclinicadental.com/es/consejos/los-dientes-y-la-lactancia/#:~:TEXT=LA%20MAYOR%C3%ADA%20DE%20ODONTOPIEDIRAS%20COINCIDEN,LA%20DEGLUCI%C3%B3N%20DURANTE%20LA%20INFANCIA)

PIERCE KM,ROZIER RG,VAN WF JR ET AL. ACCURACY OF PEDIATRIC PRIMARY CARE PROVIDERS' SCREENING AND REFERRAL FORM EARLY CHILDHOOD CARIES. *PEDIATRICS* 2002;109(5):E82-2

[HTTPS://WWW.ORTODONCIA.WS/PUBLICACIONES/2022/ART-41/](https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2022/art-41/)

[HTTPS://ES.SLIDESHARE.NET/LUISAFERNANDAMURILLO/ANATOMIA-DE-DIENTES-TEMPORALES](https://es.slideshare.net/luisafernandamurillo/anatomia-de-dientes-temporales)

CANUT JA. FISILOGIA DE LA ERUPCION.EN: ORTODONCIA CLÍNICA, BARCELONA; SALVAT;1988

[HTTPS://BLOG.MYMOONS.MX/POSTS/QUE-ES-EL-FLUOR-DENTAL](https://blog.mymoons.mx/posts/que-es-el-fluor-dental)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y LINEAMIENTOS DEL COMPONENTE 73 DE SALUD BUCAL DEL PREESCOLAR Y EL ESCOLAR.

ALANIS TJ, TAKESHITA A. MATSUMOTO M. SHIMIZU Y COL. A STUDY ON EVALUATING FLUORIDE IN THE STATE OF MEXICO. MEIKAI UNIV. DENT.J 2004;33(2), 193-198.

CLARKSON BH. FEJERSKOV O. EKSTRAND J. BURT BA. RATIONAL USE OF FLUORIDES IN CARIES CONTROL. IN: FEJERSKOV O, EKSTRAND J, BURT BA, EDS. FLUORIDES IN DENTISTRY. 2ND ED. COPENHAGEN: MUUNKSGAARD 1996:347-57.

KOULORIDES T. SUMMMARY OF SESSION II: FLUORIDE AND THE CARIES PROCESS. J DENT RES 1990;69 (SPECIAL ISSUE):558.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. SECRETARÍA DE SALUD. MÉXICO. 2001.

ROBINSON C. CONNELL S. KIRHAM J. BROOKES SJ. CHORE RC. SMITH AM. THE EFFECT OF FLUORIDE ON THE DEVELOPING TOOTH. *CARIES RES* 2004;268-76.

VAN RIJKOM HM. TRUIN GJ, VAN'T HOF MA. A META-ANALYSIS OF CLINICAL STUDIES ON THE CARIES INHIBITING EFFECT OF FLUORIDE GEL TREATMENT. *CARIES RES* 1998;32:83-92.

SÁNCHEZ FI. ALANÍS TAVIRA J, NAVA RJ. CONTENIDO DE FLUORURO EN DENTÍFRICOS NACIONALES. *PRAC ODONT* 1995;16(6):25-28.

2020. (S.F.). OBTENIDO DE ROCI MOMPO: [HTTPS://ROCIOMOMPO.COM/BLOG/TODO-LO-QUE-NECESITAS-SABER-SOBRE-LA-ANESTESIA-DENTAL-EN-NINOS/](https://rociomompo.com/blog/todo-lo-que-necesitas-saber-sobre-la-anestesia-dental-en-ninos/)

TECNICAS ORALES. (S.F.). OBTENIDO DE [HTTPS://BIBLIOTECAS.UNR.EDU.AR/MUESTRA/MEDICA_PANAMERICANA/9789588443034.PDF](https://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/9789588443034.pdf)

JOSELYN CAROLINA GARCÍA SOTO ODONTÓLOGA GENERAL; UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; LOJA, ECUADOR

ANDRÉS EUGENIO BARRAGÁN ORDÓÑEZ ESPECIALISTA EN ORTODONCIA;
ODONTÓLOGO; DOCENTE TITULAR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE
LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; LOJA, ECUADOR

HTTPS://MX.IMAGES.SEARCH.YAHOO.COM/SEARCH/IMAGES; YLT=AWRO_6ZY.VLC.IYYHHD8QT.; YLU=Y29SBWNNCTEECG9ZAZEEDNRPZAMEC2VJA3BPDNM-?P=DENTICION+TEMPORAL&FR2=PIV-WEB&TYPE=E210MX91215G0&FR=MCAFEE

<HTTPS://MX.IMAGES.SEARCH.YAHOO.COM/SEARCH/IMAGES; YLT=AWR9.5HB..VLYBGAYBBF8QT.; YLU=C2VJA3NLYXJJAARZBGSDYNV0DG9U; YLC=X1MDMJEXNDCXMJAWNQRFCGMYBGZYA21JYWZLZQRMCJIDCDPZLHY6ASXTONNIXRVCARNCHJPZANZVZLXCJVKY1JECUP>

HTTPS://MX.IMAGES.SEARCH.YAHOO.COM/SEARCH/IMAGES; YLT=AWR9.5JH_OVLKQGC7QDF8QT.; YLU=C2VJA3NLYXJJAARZBGSDYNV0DG9U; YLC=X1MDMJEXNDCXMJAWNQRFCGMYBGZYA21JYWZLZQRMCJIDCDPZLHY6ASXTONNIXRVCARNCHJPZAM0RMJZQUG5ZLFR

HTTPS://MX.IMAGES.SEARCH.YAHOO.COM/SEARCH/IMAGES; YLT=AWRO8GGC_UVLH44CWDTF8QT.; YLU=C2VJA3NLYXJJAARZBGSDYNV0DG9U; YLC=X1MDMJEXNDCXMJAWNQRFCGMYBGZYA21JYWZLZQRMCJIDCDPZLHY6ASXTONNIXRVCARNCHJPZAN2N3HHAW5ZS1

HTTPS://MX.IMAGES.SEARCH.YAHOO.COM/SEARCH/IMAGES; YLT=AWRJBPH_UVLOF8RI27F8QT.; YLU=C2VJA3NLYXJJAARZBGSDYXNZAXN0; YLC=X1MDMJEXNDCXMJAWNQRFCGMYBGZYA21JYWZLZQRMCJIDC2ETZ3ATC2VHCMNOBGDWCMLKA085WMLVVMLZUXF5D3ZKR

HTTPS://MX.IMAGES.SEARCH.YAHOO.COM/SEARCH/IMAGES; YLT=AWRJBQD_UVLG7CS0ULF8QT.; YLU=C2VJA3NLYXJJAARZBGSDYNV0DG9U; YLC=X1MDMJEXNDCXMJAWNQRFCGMYBGZYA21JYWZLZQRMCJIDCDPZLHY6ASXTONNIXRVCARNCHJPZANHMHVOMKDWAL