

187
840



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL NIÑO, MANEJO Y TRATAMIENTO EN EL
CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Eliseo Saúl Rodríguez Alvarado

MEXICO, D. F.

1980



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.

EL NIÑO

INDICE

El niño -Introducción

- 1.- Características del profesional odontólogo en su trato para con los niños.
 - a).- Preparación profesional óptima
 - b).- Personalidad del odontólogo
 - c).- Habilidad y rapidez
 - d).- Léxico del odontólogo
- 2.- Importancia de la primera visita del niño al consultorio dental
 - a).- En condiciones normales
 - b).- En condiciones de emergencia
- 3.- Hábitos orales negativos
 - a).- De perversión de los procesos funcionales normales
 - b).- Hábitos diversos
 - c).- Hábitos de postura
- 4.- El niño menor de 2 años
 - a).- Posibles afecciones odontológicas y bucales al nacer
 - b).- Alteraciones y afecciones comunes en época de erupción de la dentición primaria. (desnutrición, enfermedades, fármacos, etc.)
 - c).- Reacción psicológica ante el C.D.
 - d).- Posibles tratamientos odontológicos en esa etapa.
- 5.- El niño de 2 a 4 años
 - a).- Posibles afecciones odontológicas comunes a este período
 - b).- Reacción psicológica ante el C.D.
 - c).- Tratamientos odontológicos posibles a efectuar en esta edad
- 6.- El niño de 4 a 6 años
 - a).- Posibles afecciones odontológicas a esta edad
 - b).- Reacción psicológica ante el C.D.
 - c).- Posibles tratamientos odontológicos a efectuar en esta edad
- 7.- El niño de 6 a 8 años
 - a).- Posibles afecciones odontológicas a esta edad
 - b).- Reacción psicológica ante el C. D.
 - c).- Posibles tratamientos odontológicos a efectuar en esta edad

8.- El niño de 8 a 12 años

a).- Posibles afecciones odontológicas a esta edad

b).- Reacción psicológica ante el C. D.

c).- Posibles tratamientos odontológicos a efectuar en esta edad

9.- El niño empedido o disminuido

a).- El que presenta labio o paladar hendido o ambos

b).- El que padece parálisis cerebral

c).- El que padece epilepsia

d).- El que padece retraso mental

e).- El que padece cardiopatía congénita

f).- El que padece trastornos hemorrágicos

g).- El que presenta sordera o ceguera

10.- Tratamiento especial a niños difíciles normales en el consultorio dental (menores de 7 años)

a).- Tratamiento del niño miedoso difícil

b).- Tratamiento del niño miedoso rebelde difícil

c).- Tratamiento del niño caprichudo difícil

11.- Conclusiones

12.- Referencias bibliográficas

EL NIÑO

Introducción.-

El niño-La niñez, época inolvidable de nuestra vida, etapa de constante juego, incansable actividad e inquietud, plena de dicha y dulzor, etapa trascendental para el desarrollo de la personalidad, crecimiento físico a la par intelectual, forja del niño-hombre y de la niña-mujer, pues en el juego esbozamos aquello en lo cual cristalizaremos nuestros anhelos e inquietudes.

Sabemos que un niño sano, tendrá una inmejorable situación durante su desarrollo progresivo hasta llegar a la etapa adulta.

Es por eso que quienes desempeñamos cualesquier actividad relacionada directamente con este estadio de equilibrio psíquico-físico, tenemos la obligación de hacerlo de la mejor manera y no dejar en ulteriores situaciones la de atender y tratar a estos pequeños pacientes, mejor diríamos grandes pacientes, pues lo que uno logre inculcar respecto a el cuidado de su salud bucal en pro de su entidad general, les repercutirá de por vida.

Tal vez seamos nosotros los que enseñemos sus primeros pasos en el cuidado de sus dientes y que mejor satisfacción futura que la de ver que cumplen nuestras enseñanzas y nos recuerdan con cariño, sólo por haberles dedicado un poco de tiempo extra, cuando intentamos por primera vez practicar el exámen odontológico.

Uno de los objetivos de este humilde trabajo es mostrar la imágen del niño cuando llega a el consultorio dental, sus impresiones, sus temores sus satisfacciones y como podemos lograr su asentación y cooperación en pro de su salud dental.

También deseamos que al leer este trabajo insignificante se capte que se basan en su mayoría en experiencias personales avaladas en los conocimientos y consejos brindados noblemente por aquellas personas y elementos que nos obsequiaron como un gran regalo; sus experiencias.

Pido disculpas por mi mala redacción y tal vez por mi vana presunción, pero así considere escribir esto y que pueda demostrar lo que decimos si lo consideran necesario.

CARACTERISTICAS DEL PROFESIONAL ODONTOLOGO EN SU TRATO PARA CON LOS NIÑOS

El odontólogo en su práctica general encuentra que la gran mayoría de las personas que acuden a su consulta son padres de familia llevando niños, ya que son estos los que requieren mayor atención odontológica. La preocupación de los padres para con los hijos, hace que hoy día comprendan la importancia del cuidado de los dientes de éstos con mayor énfasis que en ninguna época anterior, de ahí que el profesional odontólogo general tenga, adquiera y demuestre ciertos pequeños grandes detalles al tratar con un niño.

Hacemos incapié en que nos referimos al profesional odontólogo general no especialista que en su práctica tiene que atender a estos pacientes y que deberá hacerlo con todo el profesionalismo que debemos tener quienes ejercemos la Odontología y no dejar, por ser ellos niños de hacerlo en la forma más adecuada como se requiera.

A continuación enumeramos algunas de las características idóneas que deberá tener el odontólogo al atender a este pequeño gran paciente.

1.-Preparación profesional óptima- refiérase a que todos los conocimientos adquiridos durante el estudio de la carrera a nivel de escuela o facultad deberían estar bien cimentados en una base sólida de conocimientos siempre al día, es decir que no deberá estancarse nunca en aquello que se le enseñó, ya que la odontología es una profesión en constante crecimiento y cuyos métodos y técnicas están siempre en expansión. El dentista no puede dar nunca por terminado su aprendizaje si no quiere quedarse a la zaga.

Así mismo su práctica debe ser amplia para saber evaluar y escoger las mejores técnicas frente a un caso dado y no dudar en sus diagnósticos ni en sus apreciaciones, ya que están o deberán estar fundamentados en una excelente teoría ya comprobada.

Recordar que la gente que lleva a sus niños al consultorio dental, está confiada en la capacidad que deberá tener el odontólogo para resolver los problemas o afecciones dentarias que les aquejen y si esto no se cumple, la desilusión para con la odontología es grande: "...todos son -

-iguales..." o bien el comentario "...no que era tan bueno...";son exclamaciones comunes y esto demostrará la poca capacidad y preparación deficiente del profesional en cuestión.

2.-Personalidad del Odontólogo(lo mismo de sus auxiliares).-deberán inspirar confianza al niño,ya que este es muy sensible a emociones ocultas e identifican inmediatamente cualesquier falta de entusiasmo y esto les desalentará rápidamente.La capacidad psíquica del odontólogo deberá ser amplia para saber manejar adecuadamente a los niños y no producirles en lo futuro,algún tipo de trauma,lo mismo vale para con sus ayudantes,pues de otra manera los intentos para con el paciente serán vanos y se acabará con la confianza del mismo.

Es muy grato saber que el o los niños que uno atiende nos consideran como unos amigos grandes en quienes ellos pueden confiar y alternar.

El trato con los niños deberá hacerse de manera normal y cordial.No demostrar nunca exceso de entusiasmo ni ser demasiado insistente,saludar al niño con voz cálida y tranquila.Actitudes y voces amistosas como: "amigo", "chaval", "compañero", etc. en forma natural dan mucha seguridad, porque no sugieren nada desagradable en lo sucesivo.

El odontólogo deberá tener confianza en si mismo,sólo así la podrá transmitir a su paciente.Si el odontólogo no tiene seguridad,se reflejará en el comportamiento del niño.

También demostrar a los padres ,que es capaz de solventar cualesquier desavenencia o situación crítica del niño durante su tratamiento,e inspirar la absoluta confianza en cuanto a su capacidad y trato con los niños y que estos estarán siempre bajo su cuidado.

3.-Habilidad y rapidez.-deberá tener destreza,así como efectiva rapidez al efectuar sus deberes y no ocasionar que el paciente se aburra o se fastidie al permanecer mucho tiempo con la boca abierta durante cualesquier tipo de tratamiento odontológico.

La ayuda del auxiliar es indispensable,ya que es muy valiosa para controlar al niño(habliéndole constantemente de cosas o situaciones agradables e interesantes) y para facilitar los procedimientos operatorios que

-tengan que efectuarse--retrayendo la lengua con algún instrumento,aplicando el eyector de saliva,o bien preparando prontamente el o los materiales de restauración requeridos,etc.-

Recordar que los niños son muy observadores y prontamente se darán cuenta de la ineficacia presente,aún en unas cuantas citas.

Trabajar suave y cuidadosamente--no recargarse sobre la cara del niño--no perder tiempo o movimientos en forma innecesaria.Es sorprendente la cantidad de movimientos de más que se realizan durante un día de trabajo.

4.-Léxico del odontólogo.-- cuando se hable a los niños,el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación ,en palabras e ideas,no tiene ningún sentido hablarles con palabras demasiado difíciles o técnicas que no se puedan comprender.Así mismo el hablar demasiado confundirá al niño y le producirá desconfianza y aprehensión,como cualquier cosa que no comprenda.Utilizar palabras sencillas y cotidianas que suelen usar los niños de determinada edad,según las circunstancias,pero sin caer en las formas distorsionadas del lenguaje que se oyen o menudo.

Al seleccionar temas de conversación,elegir temas acerca del deporte que practique o le agrade,así mismo sobre sus experiencias y equipos favoritos,no discutir de más y dejar que el niño lleve la conversación,si el niño es muy pequeño,es conveniente añadir algo de fantasía para dar mayor interés a nuestra plática.

Los niños se sienten halagados si se les considera como personitas mayores a su edad,de ahí que en ocasiones es necesario hablarles como si fueran ligeramente mayores.

Tratar de alejar de su mente los procedimientos dentales e interesarlos en temas de interés común.Siempre que se está trabajando con un niño,no efectuar preguntas que requieran respuestas,si se tienen ambas manos y algunos instrumentos dentro de su boca.

Los niños tienden a utilizar sus preguntas para interrumpir lo que se está haciendo.A la mayoría de los niños les gusta que se les esté hablando mientras se les atiende,esto se observa principalmente cuando se está inyectando el anestésico.No dejar que los niños usen las preguntas como

-técnica dilatoria.

Se deberá evitar decir palabras que inspiren miedo, ya que algunos se em tremecen al oír palabras como "aguja", "jeringa" -esto es común en niños de 6 años de edad para abajo.

Jamás deberemos engañar al niño, si por ejemplo lo vamos a inyectar, decir le que le va a molestar un poquito, es decir predisponerle para que se prepare psíquicamente y no sufra algún tipo de decepción a nuestras palabras.

Utilizar términos tales como "hormiguitas" (a la solución anestésica), "avioncito" (por el ruido similar que hace la turbina al girar), etc.

Informar siempre al paciente, lo que se le va a hacer y si él lo cree -necesario, facilitarle un espejo para que observe dicha operación, jamás debemos engañarle.

Así mismo debemos utilizar adjetivos positivos "...que valiente eres..." "...magnífico paciente..." etc. para hacer que el niño se sienta a gusto y coopere más.

Los regalos como premio al buen comportamiento observado causan buena impresión y pueden ser muy variados.

Jamás utilizar palabras de engaño, o intentar sobornos, tanto de nuestra parte como de los padres. Sobornar es admitir la incapacidad del odontólogo. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa. Por lo regular, la recompensa puede ser dada al final del tratamiento o bien al observar que el paciente ya no tiene muchas ganas de venir a vernos.

Jamás dar a elegir al paciente, simplemente decir lo que se le va a hacer, en una orden de manera agradable y sutil pero decidida. Mantener la postura y no perder la calma.

Si el dentista pierde el control y eleva la voz, sólo asustará al niño y se le dificultará más su cooperación -aunque en algunos casos esto si se necesita efectuar cuando el paciente a veces se quiere imponer, pero sólo en determinadas circunstancias y plenamente evaluadas.

Recordar que los niños les asusta lo desconocido, todos los movimientos deberán mostrar suavidad y al mostrar nuestro equipo o materiales de traabajo, lo haremos con mesura y tacto, así como al efectuar el tratamiento trazado.

IMPORTANCIA DE LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

Ante todo debemos considerar:

- a) Que el niño es llevado, nunca va por su propia voluntad
- b) Averiguar si presenta dolor o es consulta de rutina
- c) Si tiene experiencia odontológica negativa en comentarios escuchados

A pesar de los grandes adelantos odontológicos, la causa primordial a nuestra consulta sigue siendo el dolor.

Podemos clasificar esta visita en:

- 1.-Primera visita del niño en condiciones normales
- 2.-Primera visita del niño en condiciones de emergencia

Primera visita del niño en condiciones normales (examen de rutina)

1) Introducción al niño al consultorio dental.-hay que atender al niño inmediatamente, nunca hacerle esperar y es conveniente que sea el propio odontólogo quien lo reciba y le pregunte su nombre y de a conocer el suyo estableciendo la conversación adecuada a la edad del paciente; tratar amablemente y modular la voz. Explicar exactamente para que sirven todos y cada uno de nuestros aparatos para que no sienta temor a lo desconocido y se despierte su curiosidad y así desaparecer la tensión que siente.

2) Examen clínico.-elaboración de la historia clínica-bromeando un poco al hacer las preguntas. Realizar un examen dental y de toda la cavidad bucal en sí; debemos incluir en este una consideración de la edad cronológica de nuestro paciente al igual que la edad dentaria (fisiológica), crecimiento de cabeza, arcos dentarios, etc.

La edad fisiológica puede definirse como la cantidad de reabsorción radicular en el diente primario y el desarrollo relativo del diente permanente no erupcionado, localizado por debajo del primario.

Evaluar el estado de salud pasado y presente, lesiones patológicas en y alrededor de la boca, oclusión, -cerrada la boca, observando como se juntan los dientes antagonistas-, higiene bucal, hábitos orales negativos, lesiones cariosas. Dentro de este punto incluiremos un examen radiológico-podemos a través de este medio determinar y llegar a elaborar el diagnóstico con siguiente respectivo de lesiones cariosas interproximales.

Debemos considerar la edad fisiológica dentaria más que la edad cronológica-legal- al elaborar su diagnóstico. Existen muchas variaciones en el niño en lo que se refiere a la velocidad de crecimiento de las estructuras duras y blandas del cuerpo, cabeza, cara, maxilares y dientes, que pueden o no considerarse normales para el individuo en una edad determinada.

La enfermedad, las actividades metabólicas, medio ambiente, etc., son factores que pueden influir en la edad dentaria, por lo tanto en el tratamiento indicado.

3) Curación.-deberá ser sedante en los dientes cariados, si existe dentina reblandecida, la vamos a remover con cucharilla- sin molestar al niño- lo que más podamos y colocamos una curación sedante tipo Oxido de Zinc-Eugenol en forma provisional, para posteriormente intervenir ese diente en una cita subsecuente.

4) Instrucción sobre el cepillado dental.-se le deberá enseñar al niño la forma de cepillarse los dientes correctamente. Se le pueda resaltar un cepillo adecuado o se le pedirá que para una próxima cita traiga el suyo para instruirlo sobre el uso adecuado del mismo. Podemos enseñarle sobre un modelo para que el pueda observar perfectamente y hacer que el repita la operación vigilando nosotros esto, así mismo indicaremos a los padres que vigilen la forma en que en que lo hacen ya estando en casa.

5) En caso de no encontrar anormalidades en cavidad bucal y lesiones cariosas en sus dientes y si este último es cooperador, podemos realizar una profilaxia y posteriormente, si aún nuestro paciente no se ha aburrido y el tiempo lo permite, podemos llevar a cabo una aplicación de flúor o en su defecto programar esto para una cita posterior.

6) Plan de Tratamiento.-platicaremos a los padres sobre el tratamiento que se va a efectuar, en que va a consistir, el número de citas que se llevará aproximadamente en realizar. El tipo de obturaciones que se puedan emplear su costo, la hora adecuada de la cita.

Primera visita del niño al consultorio dental en condiciones de emergencia.

1) Introducción del niño al consultorio dental.-tememos que ser amables con el niño, tratar que adquiera confianza y platicar lo necesario, y aten

-der inmediatamente su problema, explicándole que viene a nosotros, que somos las personas adecuadas para resolver o quitar sus malestares, tomando las precauciones necesarias pues el niño puede venir inaccesible.

2) Al encaminarnos a quitarle su problema, no debemos ocasionar mayores malestares que los que presenta, evitando cualesquier procedimiento traumático, utilizando exclusivamente alguna terapéutica sencilla con carácter provisional para en una futura cita-en la cual no presente dolor-establecer el tratamiento ideal, para eliminar el problema presente (remoción de tejido cariado y colocación de alguna curación sedante o paliativa).

Si el problema es de absceso agudo, canalizar si se puede, si no administrar los fármacos adecuados.

Comentarios negativos respecto a la Odontología

Algunas veces los niños oyen ciertos comentarios negativos tales como: ...me dolió mucho la muela cuando fui al dentista...; ...se siente re'fao...con unas pinzotas te..., etc. Esto es muy común en nuestro medio, la mejor forma de ir suprimiendo estas expresiones es que los padres vayan familiarizando al niño con la Odontología; esto puede ser logrado enseñando lo que a ellos les han efectuado en su boca-amalgamas, incrustaciones, etc/ y el niño seguramente por interés querrá tener algo de eso; que lo lleven durante sus sesiones operatorias como un espectador, que se le explique la importancia de curarse los dientes, así como cuando lo llevan a examen médico general y ante todo, jamás comentar sus experiencias odontológicas traumatizantes pasadas con el niño, o con otras personas, estando el infante presente, antes bien ir encauzándolo positivamente e ir creándole confianza y despertar interés hacia los procedimientos odontológicos.

Y en esta primer cita, no intervenir para nada -los padres- con el objeto de ayudar a controlar al niño si este se indispona; sólo irán como espectadores y si su presencia es requerida-algunos niños se sienten apoyados en la primera cita si el padre está presente, posteriormente adquirirán confianza si se les sabe encauzar.

HABITOS ORALES NEGATIVOS

Un hábito es una práctica fija, producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el hábito se hace menos consciente y si se repite a menudo, puede ser relegado por completo al subconsciente.

Se sabe que determinados actos continuos-hábitos-son causa de malposiciones dentarias y por ende ocasionan una disfunción en la cavidad oral.

Clasificación de Hábitos

1.-Hábitos que son perversiones de los procesos funcionales normales

- a) hábitos anormales de succión
- b) hábitos anormales de respiración
- c) hábitos anormales de fonación
- d) hábitos anormales de deglución

2.-Hábitos diversos

- a) de la lengua
- b) de los carrillos
- c) de morderse las uñas
- d) de los labios y frenillos
- e) de llevarse cuerpos extraños a la boca
- f) masoquistas

3.-Hábitos de postura

- a) hábitos ocasionados por presiones anormales de diferentes elementos
- b) hábitos al dormir
- c) hábitos al estudiar
- d) hábitos de la mímica

Hábitos de succión

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida, revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto.

La succión se observa frecuentemente en el pulgar y el mantenimiento del dedo en la boca se vuelve sustituto de la madre, cuando no está disponible con el alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca y también de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como un signo de independencia o de separación de la madre.

El niño parece encontrar un alivio a todas las irritaciones al succionar, esto requiere normalmente la presencia del pezón en la boca o la presencia de un dedo o de artículos habituales que produce aproximadamente el mismo efecto sedante.

Se acepta que si este hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas dentarias, pero si el hábito persiste de 6 a 12 años de edad pueden producirse consecuencias lamentables.

Uno de los efectos producidos y quizá el más importante como anotamos es la maloclusión resultante, por lo común una clase II subdivisión 2 de Angle; siendo esta la más frecuente, tomando como factores importantes la posición del pulgar y de la acción de palanca que se ejerza sobre los otros dientes y el alveólo, por las fuerzas que genera y de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo.

La retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano y el brazo la fuerzan continuamente a adoptar una posición en retrusión.

Cuando los incisivos son empujados labialmente, el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua está mantenida contra el paladar.

La fuerza muscular de los carrillos produce contracción del arco maxilar y el labio superior se vuelve hipotónico y el inferior está presionado contra los incisivos superiores.

La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultades del lenguaje.

Para la corrección y eliminación, existen diversos aparatos e implemento ya sean fijos o removibles, la mayoría de los cuales sirve como un "recordatorio" para el niño, esto siempre y cuando dicho niño desee ser ayudado al explicarle nosotros y mostrarle las consecuencias de la persistencia de dicha "contumbre"-un guante de tela para el pulgar por ejemplo. Aunque por lo común son dispositivos que separan el pulgar del paladar, así la succión no se produce y el acto es ineficaz. Dichos aparatos consisten en enrejados o rejillas fijadas con bandas o coronas en los primeros molares primarios a cada lado del arco superior.

La rejilla la forma una sola barra o un armazón con varias barras, dichas barras deberán estar separadas del paladar ligeramente en la línea media

Habitualmente el reflejo de llevar la mano hacia la boca desaparece en pocas semanas y el aparato puede retirarse; si el hábito reaparece, el aparato puede volverse a colocar por más tiempo.

Hábitos de la respiración

La respiración bucal puede deberse a varias circunstancias:

- a) por obstrucción
- b) por hábito
- c) por defectos anatómicos labiales.

Cuando respiran por la boca por obstrucción, se presenta dificultad para inhalar aire a través de los conductos nasales—presencia de mucosidad exagerada en las fosas nasales.

El niño que respira continuamente por la boca por "costumbre", aunque no haya obstrucción presente puede ser precedida de lo anterior.

El infante que presenta defectos anatómicos labiales y respira por vía bucal, por ejemplo labio superior corto, que le impide cerrar por completo y se logra con grandes esfuerzos por parte de éste.

Tomaremos en cuenta ciertos factores predisponentes como son:

- a) hipertrofia de los turbinantes causados por alergias, infecciones crónicas de la mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
- b) tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- c) hipertrofia de los tejidos linfoides, faríngeos y adenoides,—por ejemplo durante las horas de sueño, cuando el niño está acostado y la amígdala faríngea aumenta de tamaño, puede cerrar por acción mecánica los pasajes de la nariz y la faringe, bloqueadas las coanas y forzando al niño a respirar por la boca.

El tratamiento depende de la causa motivante, si es por anomalía anatómica requerirá intervención quirúrgica del otorrinolaringólogo, ejercicios musculares y tratamiento de las maloclusiones.

Y el método simple aconsejado en pacientes por simple hábito, es por me-

-dio de una pantalla oral de acrílico que se inserta en el vestíbulo de la boca, entre los labios y los dientes. Se usan durante las horas de sueño de modo que el paciente se ve obligado a respirar por la nariz. Dicha pantalla debe extender sus límites superior e inferior hasta el surco mucogingival y en la zona posterior hasta premolares. Se puede usar conjuntamente un trozo de tela adhesiva para evitar que durante la noche se desaloje y se pierda su función.

Hábitos de fonación

Algunos niños acostumbran morder las palabras, es posible que esto se deba porque la extremidad de su lengua tiene contacto con los incisivos y la mandíbula se mantiene más o menos estacionaria.

Estos hábitos producen desviación labial de los incisivos o infraoclusión de los mismos.

El estudio detenido de la posición ocupada por la lengua, de los niños con defectos de pronunciación revela a menudo causa de maloclusión. Para combatir estos hábitos el ortodoncista necesita de la cooperación de un especialista en ortolalia, que enseña al paciente a vencer los defectos fonéticos eliminando así la causa de la presión anormal ejercida sobre las arcadas cuyo agente generalmente es la lengua.

Hábitos anormales de deglución y formas anormales de alimentación

El niño después de nacer deberá ser alimentado por leche materna. Primer porque así empieza a ejercer el debido estímulo - al hacer que sus pequeños músculos empleen una fuerza extraordinaria para lograr su requerimiento alimenticio -, para el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilofaciales y segundo porque el niño mamando en los brazos de su madre adquiere un sentimiento de seguridad, alegría y de protección.

El uso prolongado de "mamá" o "chupón" es capaz de producir una maloclusión, ya que la presión constante de estos objetos produce un desplazamiento de los dientes sobre los que se aplica, alterando las relaciones oclusales de las arcadas. En la actualidad existen biberones cuyos chupones grandes o con grandes orificios, llenan completamente la boca del niño, ya que el chupón se extiende hacia atrás en el paladar blando y así

el niño no requiere gran trabajo y no usa adecuadamente el dorso de la lengua, ni los labios de una manera constante y así empieza el hábito de deglutir incorrectamente.

Como sabemos la lengua con la lubricación de la saliva da forma al bolo alimenticio de la papilla ingerida- que guiado a la farínge constituye el primer acto de la deglución, y si éste se presenta pervertida- originada - por una presión entre los dientes en todos los actos de la deglución por el vicio que se denomina "perversión muscular" y es de resultados desastrosos ya que ocasiona mordida abierta- sacará la lengua entre los dientes en cada ocasión que pase saliva o alimento.

2.- Hábitos diversos

Hábitos de lengua

La lengua es un órgano susceptible de colocarse en las posiciones más imprevistas y con más frecuencia que ningún otro. La lengua como sabemos interviene en los requerimientos de la fonación, deglución, succión, etc. está bien adaptada en sus funciones, pero también puede con facilidad responder a los deseos nerviosos del niño y en mala coordinación llevarla a posiciones indeseables, que le causen placer o malos hábitos.

El hábito de tener la lengua entre los dientes es el más grave, esta posición viciosa puede producir por presión constante de día y de noche, - trastornos muy serios tanto estéticos como funcionales, considerando la exagerada fuerza que tiene, fácil es de comprender el daño y la deformación que puede producir modificando la posición de las piezas dentarias, aquí podemos recordar el axioma que reza: el músculo domina al hueso ?

El hábito de morderse la lengua puede localizarse en la región de los incisivos provocando mordida abierta o bien en la región de los premolares y molares ocasionando una maloclusión de éstos.

El empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos superiores, aunque también puede presentarse depresión de los incisivos inferiores, con mordida abierta pronunciada y "cabeceo".

Respecto al tratamiento de este hábito oral negativo dependerá de la edad y capacitación del paciente, un niño pequeño no responderá a nuestras sugerencias en cuanto a la posición de la lengua al deglutir.

También se sugiere un dispositivo similar al usado en el tratamiento de erradicación de succión del pulgar, excepto que las barras palatinas están colocadas en forma horizontal que se extienden hacia abajo desde el paladar, para evitar que la lengua empuje hacia adelante.

Hábitos de los carrillos

La succión de los carrillos puede ser unilateral o bilateral, cuando se practica en forma bilateral, ocasiona una reducción en el crecimiento normal tanto de la mandíbula como del maxilar, cuando es unilateral puede ocasionar una maloclusión del tipo mordida cruzada.

Esto puede solucionarse en parte por medio de la colocación de una placa o pantalla vestibular que impida dicha succión.

Hábitos de morderse las uñas

Los que practican este hábito tienen aparentemente una costumbre inocente pero puede producir también una maloclusión dentaria, es tan frecuente entre niños y adultos y difícil de suprimir.

Algunos autores clasifican a estos roedores de uñas como enfermos de tipo neurótico, otros explican este hábito como suplemento de chuparse los dedos. Al parecer esto se debe en definitiva a una tensión emocional contenida por conflictos psíquicos, tales como sentimientos de agresividad, poca atención afectiva de los padres o de otras personas.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente. Este hábito, llega a abandonarse mediante fuerza de voluntad, aunque también puede persistir de por vida.

Hábitos de los labios y frenillos

Aquí encontramos el chupeteo y mordida del labio. El chupeteo de éste puede ser aislado o bien acompañado de la succión del dedo, casi siempre se trata del labio inferior.

Por lo común se presenta en la edad escolar, aunque a veces se presentan hábitos de mordida del labio superior. Cuando el hábito de mantener el labio inferior abajo de la región posterior de los dientes superiores se mantiene repetidamente, el resultado es la labioversión de estos dientes

también a menudo una mordida abierta y algunas veces linguoversiones de los incisivos inferiores.

El odontólogo puede ayudar con la proposición de ejercicios tales como la extensión del labio superior debajo del borde de los incisivos superiores y la aplicación con fuerza del labio inferior contra el. El mordisqueo del labio también se puede corregir por medio de la colocación de un arco lingual de alambre sostenido por medio de bandas o coronas colocadas en los primeros molares temporales y además con la colocación de una sección del arco en la cara labial en donde se aplicará acrílico autopolimerizable. Usando aproximadamente 1 Mes este aparato se corregirá este hábito.

Un hábito observado raras veces es el del empuje del frenillo, si los incisivos permanentes superiores presentan diastema, el niño puede trabar su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esta posición durante varias horas. Este hábito se inicia probablemente como un juego ocioso, pero puede desarrollarse en acto que desplace los dientes, ya que los separa.

Hábitos de llevarse cuerpos extraños a la boca

En los niños pequeños se observa gran tendencia de llevarse a la boca todo aquello que está a su alcance y si esto ocurre cuando están en etapa de erupción dentaria puede ocasionar que se desvíen de su lugar, si no se elimina dicho hábito (meterse a la boca cucharas, juguetes, puntas de telas.)

Y ya en época escolar se observa la introducción de objetos en boca tales como lápices, gomas, plumas, etc. siendo efectuados estos hábitos por placer o comodidad.

En las mujeres adolescentes vemos que es muy común encontrar que abren "pasadores" para el pelo con los incisivos para colocárselos en la cabeza. Se ha observado aserramiento de incisivos y dientes parcialmente privados de esmalte por su cara labial.

La corrección se llevará a cabo de acuerdo al cuerpo extraño utilizado haciéndolo notar y hacer ver al paciente en cuestión la conveniencia de interrumpir dicho hábito, o lesionar gravemente sus dientes.

Hábitos masoquistas

Ocasionalmente se pueden encontrar niños con hábitos de esta naturaleza.

Un niño examinado-Sidney B. Finn- utilizaba la uña del dedo pulgar para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior. El hábito había privado completamente a la pieza dentaria del tejido gingival marginal, exponiendo el hueso alveolar. El tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica y también envolviendo el dedo con cinta adhesiva.

3.- Hábitos de postura

Se ha observado en ciertos niños que al dormir, acostumbra apoyar su cabeza sobre su mano, pero haciendo presión sobre el carrillo, o bien al estudiar apoyan una mano sobre la cara, causando deformaciones y maloclusiones.

Estos hábitos son relativamente fáciles de corregir; por lo que a la misma se refiere, es bien sabido que los niños tratan de imitar a los adultos, como el caso de un niño con un familiar que sufre de una deformación protrusiva de la mandíbula, es casi seguro que el niño tratará de imitar esta situación o de alguna persona que conoce-ya sea al hablar o ante un grupo de amigos en sus juegos.

Otros hábitos pueden ser producidos por "tentación" como cuando una pieza dentaria está fracturada, o falta, engendra la costumbre perniciosa de tocar con la lengua el borde fracturado o el espacio de la pieza perdida esto puede ocasionar la temida mordida abierta.

Los hábitos de postura durante el día son fáciles de corregir si se obtiene la cooperación activa del niño, lo que se efectúa en la noche, requiere el uso de dispositivos psicológicos como motivaciones y vigilancia aplicada por parte de los padres.

EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS

Se ha comprobado que al nacer, el niño tiene ya definidos perfectamente el número de dientes primarios, aunque todos ellos todavía no alcanzan su forma definitiva, que seguirá desarrollándose posteriormente.

Lo mismo acontece con algunos de los dientes permanentes, los cuales presentan ligeros esbozos que continuarán desarrollándose a la par que el desarrollo físico en general del niño.

Es en esta etapa en que el aporte de calcio que reciba a través de una rica dieta en productos lácteos - de hecho en su única alimentación los primeros meses y sus derivados, favorecerán una dentición bien desarrollada.

Respecto a las maloclusiones futuras, se ha comprobado que los niños alimentados con el pecho materno tienen menor número de posibles maloclusiones que los alimentados con biberón desde sus primeros días.

Dado que en esta etapa de la vida, el niño recibe o debe recibir mayores cuidados para su sobrevivencia, no requiere por lo regular en forma severa de atención odontológica, aunque por la creciente inquietud del niño por aprender y su inagotable curiosidad - cuando empieza a caminar, sus caídas son frecuentes y a veces por descuido no se le vigila adecuadamente, puede lesionarse o bien llegar a perder ante un traumatismo severo algunos de sus dientes primarios y si requiera atención odontológica - ante este su nuevo mundo, algunas veces nos lo lleven al consultorio por una emergencia.

Ahora bien, el miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a este tipo de estímulos. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a éstas experiencias aisladas por medio de la huida, si no se puede resolver el problema de otra manera.

Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y si le es físicamente imposible huir se intensificará su miedo y entonces la comunicación del odontólogo para con el niño puede ser muy difícil.

Un niño de corta edad es muy sensible ante la gente que le es extraña y

-reaccionará con temor, buscando el apego materno comunmente.

Lo que asusta a un niño de 2 años puede no asustarle a los 4 años.

Cualesquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos produce miedo al niño, porque es inesperada.

En esta etapa les da por meterse en la boca cuanto objeto tienen a su alcance y pueden llegar a lesionarse -una herida provocada en la faringe con la punta de un lápiz por ejemplo.

1.-Posibles afecciones odontológicas y bucales manifestadas al nacer.-

Muchas veces el niño presenta ciertas características que no son comunes a todos los niños, al momento de nacer o un poco después de ello y que la mayoría de las veces se toma como un rasgo distintivo no del niño y se deja al descuido por lo común. Entre estas peculiaridades encontramos:

a) Dientes neonatales : uno por lo regular, es raro, pero se han presentado casos, y estos pueden ser supernumerarios-la mayoría- o erupción prematura de algún diente primario. La conducta a seguir en estos casos es primero -determinar a cual género pertenece, lográndose esto mediante exámen radiográfico y evaluación clínica (forma de la corona, tamaño, ubicación, etc.)

El diente supernumerario presenta la mayoría de las veces deficiencia en la formación de su corona, más pequeño en sus dimensiones que el diente primario. Al exámen radiográfico presenta la dimensión de su raíz mucho muy corta en sentido cervico-apical, o bien sólo presenta un tercio de dicha raíz o no la presenta. Además se observará la presencia o no del diente primario con su ya casi formada capa de esmalte.

Una vez confirmado el diagnóstico, debemos indicar el tratamiento que se requiera lo más pronto y acertado posible.

Diente Supernumerario: el tratamiento a seguir comunmente si se presenta abajo de él el diente primario será el de una cuidadosa extracción, advirtiéndole a sus padres que de no hacerlo podría desviar de su lugar al momento de erupción del susodicho diente primario y éste posteriormente al diente permanente sucesor.

Diente Primario: una vez comprobado radiográficamente dicho género, el tratamiento será conservador, es decir, procederemos a desgastar el borde inci-

-sal y limaremos sus asperezas y aristas cortantes. Ya que estas pueden irritar enormemente el pezón materno y si se descuida la higiene de esta área puede generarse alguna infección y transmitirse al niño, aparte del dolor de la madre, así como de la tensión emocional que representa para ella el tener que darle de comer en esas condiciones de dolor y que repercute en el niño como se ha comprobado-al irritarse el pezón pueden formarse grietas que retengan restos de leche succionada y al no tener la higiene requerida ser foco potencial de infección al entrar en descomposición dicha leche.

Diente Supernumerario fusionado con un primario: si se presenta este aspecto, su tratamiento será conservador, similar al segundo de los casos.

Estos dientes erupcionan comunmente en el maxilar inferior aunque también aparecen en el maxilar superior.

b) Labio leporino

c) Paladar fisurado

(Se tratarán brevemente en el tema del niño impedido)

2.-Alteraciones y afecciones comunes en época de erucción de la dentición primaria.-

La importancia de alimentar al niño con leche materna es sin lugar a dudas inobjetable, durante los primeros meses y complementando si el bebé lo requiere con leche artificial, lo mismo ir administrando poco a poco por prescripción médica -alimentos naturales semisólidos ricos en aporte vitamínico y minerales.

La vitamina "D" y el "calcio" son elementos de importancia fundamental si la dieta de la madre en el período de gestación es deficiente en vitaminas "D", "C", "calcio" los dientes y huesos del bebé sufrirán consecuencias desagradables como malformaciones, erucción retardada, etc.

La edad en que "despunta" -erupcionan-el primer diente del bebé es bastante variable, generalmente ocurre alrededor de los 6 o 7 meses y el último diente alrededor de los 2 y 3 años aproximadamente.

El momento de erucción de los dientes es típicamente característico y encontramos que el bebé se pone irritable y caprichoso, que pierde el ape-

-tito, que pasa las noches agitadas y sin dormir y que coincide con la presencia de enfermedades gastrointestinales, faríngeas, etc. (existe explicación lógica para esto, el bebé al sentir "comezón" en sus encías, tiende a tocárselas y si tiene los dedos sucios y al hacerlo esto de manera constante tiende a enfermarse.) Y algunas madres culpan a la salida de los dientes de esto, cosa absurda pero aun subsistente en nuestros días.

La dentición debe ser encarada como un proceso natural, aunque a veces levemente doloroso, pero no requiere ningún tipo de medicación. El bebé eventualmente rechazará los alimentos sólidos durante un cierto período y su dieta deberá ser ligeramente modificada en algunas circunstancias. Si los dolores nocturnos son muy intensos, entonces deberá administrarse una pequeña dosis de aspirina infantil.

Dar al bebé durante el día pequeños trozos de manzana para que al apretar con sus encías les dé masaje y estimule al diente subyacente a erupcionar lo más pronto posible.

Es de suponer que la irritación en la encía arriba del diente por erupcionar, al ser presionada por el diente (recordar que si no ha erupcionado presenta el borde incisal aserrado-mamelones de desarrollo-que son excedente de esmalte con forma irregular y cortante) ocasiona dolor que no es muy intenso y se puede aminorar dándole al bebé algo en que entretener esta nueva sensación. Caso contrario dándole como anteriormente anotamos una pequeña dosis de analgésico infantil y pequeños trozos de manzana para estimular la pronta erupción.

Respecto a productos que contienen pequeñas dosis de anestésico (Nenedent Sueñodent, etc.) no son convenientes, ya que para que realmente actúen dando su efecto pasajero es necesario estar aplicando continuamente el producto y esto no es conveniente dado el campo húmedo de la boca.

3.-Alteraciones de los tejidos dentarios por desnutrición materna.-

La nutrición es el proceso mediante el cual el organismo es capaz de assimilar y utilizar los alimentos ingeridos, garantizando así el desarrollo normal de órganos y tejidos.

La buena nutrición es el resultado de la ingestión de una dieta balan-

-ceada que contenga cantidades adecuadas de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.

Es bien sabido que una deficiencia en vitamina "D" y "calcio" ocasiona en los niños el Raquitismo, o que la carencia del flúor en el agua de bebida, hace a los dientes más susceptibles al ataque de la caries.

Entre los primeros síntomas, mediante el cual se manifiesta el embarazo, están las náuseas matinales, con el subsecuente vómito, anorexia, etc. De acuerdo a esto, muchas veces la mayoría de las mujeres encintas, dejan de comer o toman comidas muy ligeras supretecto para eliminar las náuseas y por ende descuidan esta importantísima etapa para el producto.

Ya que es en el primer trimestre donde el embrión requiere de los diversos nutrientes para asegurar un óptimo desarrollo, y si la gestante no se alimenta como debería de ser, el producto toma de su cuerpo aquello que requiere, en perjuicio de la madre.

Probablemente la deficiencia de vitamina "A" llegue a causar anomalías tales como: amelogenénesis, dentinogénesis, y osteogénesis imperfectas.

Respecto a los demás complementos vitamínicos, su deficiencia ocasiona alteraciones en los demás tejidos en los dentarios no se ha comprobado.

4.-Alteraciones en los tejidos dentarios por determinados fármacos.-

Comprobado está que la ingestión prolongada de fármacos en esta etapa ocasiona lesiones en los dientes del tipo de hipoplasias del esmalte, aunque más bien se presentan pigmentaciones de la corona clínica.

El esmalte de los dientes cambiará de color, que va desde el amarillo al pardo y del gris al negro -sobre todo en el caso de las tetraciclinas.

Esto ocurre en el momento de la calcificación de los dientes, si se administran fármacos de este tipo -se ha comprobado que una mínima dosis ocasionará alteraciones en el color de los dientes, a mayor terapéutica mayor pigmentación en relación al tiempo de la misma.

Soentgen y Keitel demostraron que cuando se administran tetraciclinas durante el primer año de vida, las zonas de pigmentación suelen estar localizadas en el límite amelo-dentinario.

También se piensa que fármacos del tipo "Cloranfenicol" llegan a ocasionar

pigmentaciones dentarias similares.

Las dosis de penicilina administradas por largo tiempo, posiblemente no lleguen a causar alteraciones dentarias, más bien se piensa que es la enfermedad per se la causa de dichas alteraciones dentarias.

5.-Alteraciones de los tejidos dentarios-por algunas enfermedades-

a)Hipoplasia por deficiencia nutritiva:en particular los estados deficiarios de vitamina "A", "C", "D", calcio, fósforo, etc. Pueden estar relacionados con hipoplasia adamantina.

b)Hipoplasia relacionada con lesión cerebral:en niños con parálisis cerebral se encontraron casos de hipoplasia adamantina.

c)Hipoplasia por alergia: se han reportado casos de hipoplasia adamantina en situaciones de alergia grave.

d)Hipoplasia relacionada con Síndrome Nefrótico(estudios de Oliver y - Quings):se observaron defectos adamantinos en dientes permanentes-al momento de empezar la enfermedad y la formación del esmalte.

e)Hipoplasia por infección y trauma local:en todo diente que estuviera formando su matriz o calcificándola en el momento de un estado deficiente o de una enfermedad general, será evidente una hipoplasia tipo adamantina. Un diente primario infectado, seguramente dañará al diente permanente sucesor, ocasionando hipoplasia(Hipoplasia de Turner) o hipocalcificaciones.

Un traumatismo en los dientes primarios que provoque su desplazamiento apical, puede interferir en la formación de la matriz o en la calcificación del diente permanente sucesor.

f)Hipoplasia por Rayos X: la irradiación por motivos terapéuticos en el tratamiento de los tumores malignos ocasionan ligeras hipoplasias.

g)Hipoplasia ocasionada por exceso de Flúor: (Fluorosis dental) cuando el agua de bebida contiene más de 1 parte por millón(de Flúor y agua respectivamente) pueden afectar los ameloblastos durante la etapa de formación del diente y causar manchas o vetas en el esmalte. (El esmalte puede tener un aspecto blanquizco opaco o puede presentar fositas)-por lo común estas vetas se presentan en las capas externas del esmalte.

h)Hipoplasia por eritroblastosis fetal: si un niño padeció una ictericia severa y persistente durante su período neonatal, los dientes temporales pueden tener un color azul verdoso característico, o bien un color pardoáceo

1)Hipoplasia y pigmentación por enfermedad porfirica:(exceso de producción de pigmentos)se observan dientes color pardo purpúreo,como resultado del depósito de porfirina en los tejidos de formación.

1)Pigmentación intrínseca: ciertas afecciones de origen pulpar pueden - provocar que el diente aparezca decolorado-pigmentos hemáticos sobre todo y su descomposición.Por traumatismos comunmente.

6.-Reacción psicológica ante el Cirujano Dentista.-

Considerando que el niño depende enteramente de la madre en la etapa comprendida desde el nacimiento hasta los dos años,su comportamiento y reacción ante el C.D. que por alguna circunstancia es llevado ante él,será la - que presente ante cualesquier persona que le es extraña y buscará desesperadamente la ayuda materna y su miedo se traducirá en llanto.También el lugar le será completamente desconocido y aumentará su ansiedad y temor,no queriendo separarse para nada de la persona que lo lleve.Y se volverá - inaccesible ante nuestros requerimientos,viéndonos en una situación por de más desagradable pero que debemos y podemos resolver.

7.-Posibles tratamientos odontológicos a efectuar en esta etapa.-

Es rarísimo que se presente ante nuestra consulta un niño de esta edad salvo la inquietud de algunos padres,al observar que-según ellos-no les salen sus dientes y se muestran hasta cierto punto ansiosos por saber cuando saldrán dichos dientes,o bien cuando ya han erupcionado,suelen consultarnos para saber si "salieron " bien,o su color,tamaño,forma,posición,es la adecuada o normal.

Pero a veces ocurren incidentes drásticos,como sería la lesión de estos dientitos a través de un traumatismo como sería la caída del pequeño,provocándole "avulsión",desviación,intrusión o fractura de algunos de sus dientes,Reportando el infante intenso dolor y temor.

Si el diagnóstico es Avulsión,sin fracturas óseas y si conservan estos dientes y no ha transcurrido más de 1 día,podemos reimplantar a su alveólo este diente así extruido(previa endodoncia y obturación del conducto).

Si el diagnóstico es giroversión,podemos(previa anestesia)acomodar el diente en su lugar,lo mismo si se presenta intrusión.

Pero si se reporta y se diagnostica fractura -mediante exámen clínico y radiológico- coronaria, con mortificación pulpar, efectuaremos un recubrimiento directo o indirecto (dependiendo del grado de fractura), o una biopulpotomía. Y si se tratara de una fractura radicular a nivel del tercio cervical por ejemplo, intentaremos la reducción y fijación de ambos fragmentos y posterior inmovilización del diente mediante el empleo de una férula.

Y si se tratara de una fractura con múltiples porciones radiculares y óseas procederemos a su exfoliación, siempre y cuando la evaluación del caso nos determine este procedimiento.

Respecto a aplicaciones de Flúor en esta etapa, es raro que acudan con un niño de esta edad para su aplicación, ya que muchos padres suelen esperar que esté más grande, aunque si recurren a nosotros, podemos efectuarlo de la siguiente manera:

- a) La madre comodamente instalada en el sillón dental -sosteniendo al infante al que previamente podemos administrar una dosis (proporcional a su edad y peso) de sedante para calmar su estado de stress y ansiedad.
- b) Profilaxis adecuada y pulimento de afeas dentarias para la aplicación óptima del fluoruro.
- c) Aislamiento por medio de rollos de algodón del área operatoria y empleo del eyector de saliva.
- d) Aplicación tópica de flúor en una arcada dentaria -contando con la ayuda necesaria e indispensable del ayudante dental- en todas las áreas dentarias accesibles con una torunda de algodón.
- e) Recomendación a los padres de no permitir en un lapso de 30 minutos algún tipo de alimento o golosina sólida o líquida.
- f) Programar para otra cita la arcada dentaria faltante, ya que el niño se fastidia rápidamente y es mejor hacerlo de esta manera.

EL NIÑO DE 2 A 4 AÑOS

Es por lo común que en esta etapa, el niño completa la etapa de erupción de los dientes deciduos, mientras que los dientes permanentes siguen desarrollándose con una rapidez extraordinaria, pues al término de esta etapa presenta ya perfectamente formadas su matriz calcificada de todos los dientes exceptuando los terceros molares; y esmalte completo de los incisivos centrales y laterales así como el de los primeros molares.

Es importante el aporte de calcio -en su régimen alimenticio- que deben tener estos dientes en formación y desarrollo; que ahora ya complementan con los diversos derivados lácteos (queso, crema, requesón, etc.) y además una múltiple y variada dieta en base a los diversos alimentos vegetales y animales que le proporcionarán la cantidad adecuada de proteínas, lípidos y carbohidratos y aunado a esto algunos pediatras suelen prescribir complementos vitamínicos y minerales. Por esta razón algunos padres que observan que sus hijos empiezan a perder el gusto por la leche, no le toman importancia, ya que según ellos esta puede ser sustituida con los demás alimentos, pero hemos de recalcar la importancia de la ingesta de leche como un alimento importante e imprescindible por lo menos en esta etapa de vida.

También en esta etapa se insiste en la enseñanza de alguna técnica de cepillado dental, vigilada por los padres para que esto se convierta en un hábito constante que beneficiará enormemente al niño, ya que en esta edad el niño imita muchas de las aptitudes y acciones de los padres.

Se observa igualmente que al ampliarse el mundo social del niño, éste - suele empezar a alternar con otros de sus congéneres y ésta nueva situación le atrae, aunque a veces - frecuentemente en niños menores de tres años le gusta estar y jugar a solas, pero la tendencia del juego en grupo, le hacen perder poco a poco este miedo y suele incorporarse a un grupo, esto es común aproximadamente a los tres años de edad.

Aunque la madre sigue ocupando un lugar primordial, poco a poco se va viendo más independiente, al alternar sus juegos con otros niños. Obviamente la figura paterna va tomando más forma y arraigo en el niño, ya que - empieza a ver en él, la sensación de seguridad y apoyo emocional en muchas de sus situaciones desconocidas. Además logra captar la importancia y papel

-que ocupa éste en el ambiente familiar.

Si tiene hermanos, son éstos los que le ayudan a integrarse a este nuevo y agradable mundo "social" en el que tiene que aprender—muchas veces—a com partir algunas de sus inapreciables posesiones.

En esta etapa aprende a utilizar correctamente algunos utensilios como los cubiertos, tijeras para recortar figurines, cepillos de zapatos, etc.; en fin dada la amplia variedad de objetos que puede dominar, se insiste en la enseñanza del cepillado dental y aseo de su boca, el cual acepta gratamente al observar con mucha atención como lo hacen los adultos y él desea por lo común así hacerlo.

Ya la gente desconocida no le causa tanto temor, aunque a veces ante personas totalmente diferentes a las que ha visto, suele adoptar una actitud de observación y estudio antes de efectuar algún interrogatorio.

Le agrada mirar por la ventana y así empieza a observar a otras personas que se le irán haciendo familiares (el cartero, el vendedor de revistas, etc) y a veces suele imitar en gestos y flexiones de la voz de éstas.

Ya ha aumentado su inquietud y curiosidad, por lo que anda de un lado a otro y no se logra tenerlo en paz. Cuando se intenta someterlo, recurre al llanto que aún sigue siendo uno de sus implementos defensivos, aunque ahora ya dispone de otros medios como son el correr, esconderse, pedir auxilio, etc. ante un supuesto ataque, incluso algunos niños amenazan con atacarnos si nos oponemos a sus deseos.

1.-Posibles afecciones odontológicas comunes a este período de edad.-

No es común encontrar lesiones cariosas extensas a principios de esta etapa, pero sí al final de ésta es muy posible; ya que su régimen dietético aún no es rico en hidratos de carbono, como lo sería en situación escolar.

Si acaso podemos encontrar caries incipientes debidas muchas veces a causa de la cantidad de azúcar que muchas madres colocan en los biberones de la leche que dan a sus hijos, principalmente a la hora que toman ésta antes de dormir y que muchas veces se duermen con la botella en la boca y la leche o los líquidos azucarados que le dan, se acumulan alrededor de los diéntes—principalmente los anteriores superiores e inferiores—; sabemos que el

o los líquidos ricos en hidratos de carbono proporcionan un medio de cultivo excelente para los microorganismos acidógenos, produciendo así, descalcificación y destrucción de los tejidos duros del diente.

Es más común observar áreas descalcificadas en los dientes primarios, ocasionadas como anotamos anteriormente por fármacos, estados de desnutrición materna en embarazo y lactancia, etc.

También es frecuente observar una variada gama de maloclusiones dentarias ocasionadas sin lugar a dudas por determinados hábitos orales negativos, entre los que encontramos el chupeteo de dedos, la introducción de objetos varios en la boca (puntas de almohadas, frazadas, etc.), respiración bucal por obstrucciones nasales o bien acostumbramientos que por lo regular son maloclusiones Clase II -de Angle, las cuales pueden variar desde muy incipientes hasta muy graves.

Respecto a los tejidos blandos, es rarísimo encontrar gingivitis, aún cuando muchas veces se observa la presencia de placa bacteriana alrededor de los dientes.

A veces se presentan casos de hipoplasias extensas y unido a una dieta rica en carbohidratos -azúcares, refrescos, etc. - más la ausencia de higiene oral, ocasionará grandes lesiones cariosas -aunque esto se observa sólo en una minoría de niños.

2.-Reacción psicológica ante el Cirujano Dentista.-

El niño de 2 a 3 años seguirá sintiendo temor ante la gente que le es desconocida, aunque muchos de estos niños ya han tenido la oportunidad de alternar y observar a estas personas.

Otros niños en cambio, actuarán como niños de 1 a 2 años, es decir con pánico exacerbado, ya que no han tenido roce social amplio.

A los dos años los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Según Gesell e Ilg (1949) a los dos años el vocabulario varía entre 12 y 1000 palabras. Si el niño tiene un vocabulario limitado la comunicación será difícil.

Se piensa que a los dos años, el niño está en etapa precooperativa y que prefiere el juego solitario que acompañado, pues no desea alternar con otros

niños sus juegos, tal vez denote cierto egoísmo interno.

La toma arraigo a la figura paterna y frecuentemente en lugares desconocidos se aferra a la mano de éste mientras se familiariza con la situación y el lugar que le son extraños.

En niños de tres años en adelante, reaccionan de acuerdo al roce social que han tenido que por lo regular ha sido amplio, y es aquí cuando nuestra influencia puede tener arraigo en la psique del niño, ya que el niño con frecuencia y debido a su creciente curiosidad lo llevará a querer conocer ver, oler y sentir, y en ocasiones manipular todo lo que le es desconocido. Y si nosotros no lo defraudamos en nuestros procedimientos y tratamientos se convertirá en paciente cooperativo y fácil de sobrellevar y convencer.

Con este niño de tres años se puede uno comunicar y razonar con más facilidad durante los procedimientos odontológicos, se presentan deseos de conversar y disfruta al narrarnos sus pequeñas aventuras y travesuras.

Hymes informó que niños de tres años y menos en situaciones de estrés o cuando se les lastima o están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para pedir consuelo, apoyo o seguridad. Tiene dificultad para aceptar las palabras y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos operatorios de rutina.

3.-Tratamientos odontológicos posibles a efectuar en esta edad.-

Algunos autores recomiendan la aplicación de flúor cuando ya todos los dientes primarios han erupcionado y como esto ocurre comúnmente en esta etapa cronológica y el niño se vuelve más cooperativo y tiende a ir perdiendo su miedo gradualmente conforme se va desarrollando física e intelectualmente, es más fácil efectuar dicha aplicación de flúor en sus dientes como medio eficaz preventivo ante el ataque de la caries.

Se recomienda el empleo de flúor del tipo estannoso y soluciones aciduladas de fluoruro de sodio, ya que según datos estadísticos (Finn, Wollock y Brudevold) de determinados productos con fluoruro, se demostró una mayor penetración de estos tipos de fluoruro en el esmalte dentario y por ende una mejor protección al diente.

Respecto a la técnica de aplicación, ya anotamos esto en el breve capítulo

anterior, de acuerdo a los preceptos establecidos.

También suelen presentarse ante nuestra consulta pacientes infantiles que acusan gran destrucción dentaria (debido a la ingesta -cuando sus dientes aún estaban formando su matriz -de fármacos tipo tetraciclina o clo ranfenicol; estados deficitarios de nutrición materna en el embarazo o bien de estos niños durante su lactancia y primera etapa de niñez.; dieta alimenticia deficiente de leche materna, ya sea desde su nacimiento -pérdida prematura de leche en las madres -o desde los primeros años de vida.) por descalcificación en determinadas áreas que son puntos críticos para el inicio y desarrollo de lesiones cariosas severas. Estas áreas descalcificadas pueden observarse clínicamente como pequeñas "manchas blancas"-hasta parduzcas- y que se diferencian notablemente de los tejidos dentarios bien diferenciados.

En estas situaciones y después de evaluar concienzudamente dicha circunstancia podemos elegir entre aplicaciones constantes programadas de Flúor y correcciones de la dieta alimenticia como medios preventivos o bien removiendo estas áreas para posterior reconstrucción con materiales de obturación acordes al área destruida tanto en estética como en función.

Si se presentan lesiones cariosas a causa de áreas descalcificadas, procederemos a efectuar la remoción de caries meticulosamente, colocación, siempre de una base de hidróxido de calcio -como protector pulpar-, una segunda base de Oxido de Zinc-Eugenol y la obturación definitiva, comúnmente amalgama de plata como restauración final.

Recordar que al efectuar una cavidad en estos dientes y a esta edad, el órgano pulpar es amplio y grande y está expuesto en gran proporción a ser lesionado por monotiros al remover los tejidos afectados de caries, por lo que el diseño de la cavidad deberá ser tomada en cuenta como de primer orden, así como la forma de retención y resistencia.

En algunas circunstancias en que las áreas descalcificadas comprenden gran cantidad de tejidos duros oclusales -cúspides sobretodo- algunos odontólogos recurren al uso de coronas de acero preconformadas como medio restaurativo y preventivo.

En dientes anteriores se recomienda el uso de resinas autopolimerizables que por su resistencia y ante todo por su estética son el material de elec

-ción para restaurar áreas dentarias dañadas por caries o por descalcificación. También como anotamos ya, algunos niños presentan gran cantidad de placa bacteriana debido a inula higiene dental, técnica de cepillado dental deficiente e inconstante. Por lo que se debe proceder a efectuar una profilaxis adecuada a la par que la enseñanza de técnicas de cepillado eficiente

Una profilaxis óptima tiene por objeto remover esta placa bacteriana de todas aquellas áreas dentarias donde suele presentarse, ya que ocasionará daños irreparables en los tejidos dentarios donde se asiente.

El uso del hilo dental (seda) para caras proximales y espacios interdentarios es difícil que el niño lo emplee adecuadamente por lo que ante nuestra consulta lo utilizaremos siempre.

A continuación describiremos una técnica sencilla y fácil de efectuar en nuestra práctica profesional.

1.-El paciente cómodamente sentado y con la ayuda del auxiliar dental, procedemos con un cepillo girando a baja velocidad, previa embasurración de pastas limpiadoras ligeramente abrasivas de todas las áreas dentarias por limpiar, a remover esta placa bacteriana con movimientos suaves y sin recargar mucho el cepillo sobre el diente para evitar su sobrecalentamiento.

2.-Una vez limpiadas estas áreas, procederemos con copitas de hule a baja velocidad a pulir susodichas áreas dentarias accesibles.

3.-Uso del hilo seda para remover placa bacteriana de caras proximales, mediante movimientos de vestíbulo a lingual y viceversa, ejerciendo ligera presión sobre las piezas dentarias con el hilo seda de atrás adelante y viceversa.

4.-Aplicación de agua-aire a presión sobre las caras proximales para remover los destritos que queden atorados y también sobre los tejidos gingivales para estimular la circulación sanguínea de éstos.

Una vez efectuada esta operación, comprobaremos su eficacia mediante el uso de soluciones que revelan la presencia de placa bacteriana y le indicaremos al paciente y a los padres de la importancia del uso de esto para comprobar si la higiene oral que hagan en su casa es eficiente como la que nosotros realizamos en el consultorio.

Describiremos ahora una técnica simple de cepillado dental, fácil de asimilar por niños de esta edad.

1.-Uso de poca pasta dental.

2.-Empezar el cepillado en arcada superior, con movimientos de arriba-abajo abarcando en todos los casos tejidos gingivales y blandos-empezando en los dientes izquierdos a los derechos (arbitrariamente sugerimos esto).

3.-Con movimientos de abajo-arriba cepillamos los dientes de la arcada inferior de izquierda a derecha.

4.-Con los dientes superiores e inferiores contactando los anteriores a nivel de borde incisal, aplicaremos movimientos rotatorios en sentido a las manecillas del reloj a todos los dientes superiores e inferiores describiendo amplios círculos, igual de izquierda a derecha.

5.-Cepillar áreas oclusales con movimientos rotatorios-describiendo pequeños círculos y no efectuar movimientos de barrido horizontales que ocasionarán mayor abrasión y empaquetamiento de restos alimenticios en áreas proximales-tanto de dientes superiores como de los inferiores.

6.- Procedemos a efectuar la limpieza de las caras linguales-en la arcada inferior-con movimientos de abajo arriba y en arcada superior con movimientos de arriba-abajo, de izquierda a derecha y en la región de los anteriores colocaremos en cepillo en posición perpendicular a estos.

7.-Es importantísimo cepillar la lengua, con movimientos de atrás-adelante y sacando ligeramente esta para no provocar náusea -se depositan aquí el 50% de microorganismos de la flora bucal, normal y anormal y restos alimenticios.

EL NIÑO DE 4 A 6 AÑOS

La inquietud y la curiosidad, aumenta en forma gradual a su desarrollo físico. Es un niño que empieza a alternar con otros en mayor número de ocasiones, ya que por lo común asiste a cursos de preprimaria, en donde quiera se o no participa en juegos y actividades en conjunto y ya no es considerado como ser individual.

Su mente es más despierta, elabora preguntas con más congruencia y sus frases exclamativas o imperativas son más coordinadas.

Le encanta que se le llegue a considerar como una persona más grande, pero le encanta el oír ciertas palabras de mimo; también critica a otros niños que se comportan de diferente manera a lo establecido, elogia aquello que le sorprende y atrae lo nuevo y cambiante. Se empieza a interesar por las aventuras de determinado personaje, ya sea aquellos que ve en la televisión o en las tiras cómicas.

Los recortes de figurines, los juegos manuales, las anécdotas y narraciones de cuentos y novelas le interesan sobramanera y en muchas ocasiones actúa y trata de disfrazarse como el personaje que admira.

Ya se muestra muy independiente de la protección materna y ocupa su lugar la figura paterna ante los ataques que sufre por parte de sus amigos o bien de lo que presupone que le puede ocasionar daño o malestar.

La actividad escolar le atrae, pero las tareas en casa no le agradan mucho, ya que el juego le es de primer orden ya sea realizado este en grupo o bien con otro chico de edad similar a él.

Las gentes y los objetos que desconoce no le inspiran demasiado temor ya que se da cuenta que existen innumerables cosas que él desconoce, más bien le provocan curiosidad.

Suele gustarle más participar en juegos con niños de su edad, que con niños mayores que él.

Es dinámico, activo y emprendedor, al ir acompañando a su madre al clásico mandado o de compras, se aferra a la mano materna, pues aún le causa miedo andar sólo en lugares lejanos, aunque una vez que llega a habituarse al mismo camino, le agrada caminar sólo; pero cualesquier estímulo fuerte que desconozca o bien aquello que conoce y ya ha tenido oportunidad de considerar como extraño, le causa cierto temor - bocinas de automóviles, rechinidos

de llantas, ladridos de perros, etc. ;esto hace que retorne al lado de la madre y observe atentamente el comportamiento de ésta y a la vez se protege

Le gusta cooperar y se presta a efectuar pequeños trabajos caseros o ayuda gratamente en actividades de este tipo o escolares.

Los deportes le llaman mucho la atención, ya que observa con mucho interés estos y suele preguntar el porqué de estos o aquellos. A la par que le atrae observar, le gusta participar activamente en aquel deporte que llegue a ser de su preferencia.

Los juegos y actividades que realiza al lado de sus padres los hace intencionalmente y se enfada si estos no quieren participar con él.

Pero antes de realizar cualesquier actividad con personas extrañas, presta larga atención y sólo cuando cree que eso no le causará daño o malestar intenta participar en ella, lo que denota cierto grado de timidez.

Por lo regular es un gran conversador y vive en un mundo de incontables fantasías que hace "realidad" en sus juegos.

Al finalizar los cinco años, está ya muy adaptado a los cambios sociales que ha tenido, de ahí que su participación en quehaceres escolares le atraiga. Precuentemente ya sabe las vocales, ligeras sumas-aunque se equivoca la mayoría de las veces, contar del uno al diez, diferenciar bien los colores, señalar las partes de su cuerpo, etc. Algunos niños ya han aprendido a atarse las agujetas de sus zapatos, aunque a esta edad a la mayoría de los niños les es un tanto difícil.

Su conversación es muy hilvanada y en muchas ocasiones lo hace como una persona mayor a su edad.

1.-Posibles afecciones odontológicas a esta edad.-

En primer término encontramos caries medianamente extensas y profundas y en algunas ocasiones cada vez más alarmantes lesiones pulpares irreversibles. La ingesta de golosinas y refrescos que lleva a cabo el niño de esta edad preescolar, en la que muchos de los maestros o educadores suelen tener la osadía de premiar (?) el buen comportamiento de éstos, mediante ciertos regalos con alto contenido de azúcares.

Lo mismo ocurre con algunos padres -la mayoría- que gustan de llevar a casa y en forma cotidiana bolsitas de golosinas a sus hijos.

Y también es exagerada la forma que hoy día los niños piden dinero para "gastar", que lo derrochan a manos llenas en los lugares donde expenden estas golosinas, motivados por una publicidad exagerada de éstos.

Existen casos de familias que tienen la pésima costumbre que no toman agua de bebida común, sino que consumen los llamados "refrescos" o "aguas pintadas" día tras día, sobretexto de que el agua contiene mucho cloro y sabe muy feo—según ellos—y los niños por ende se acostumbran a beber este tipo de líquidos, que en algunos casos llega a ser imprescindible sobre todo a la hora de la comida fuerte.

Por estas causas, muchos niños presentan caries profundas, tanto en caras oclusales como en proximales—y como ocurre aún —muchos padres sobrevaloran negativamente la importancia del diente primario sano. En algunas ocasiones se da el caso de que por ser estos de "leche" (?) se les deje al azar, hasta que se caigan solos y sólo cuando el infante reporta dolor, lo llevan ante el odontólogo con la finalidad de una extracción sin más ni más.

Mencionaremos también lesiones pulpares que van desde su simple exposición al medio bucal, hasta su necrosis total y afección del paradencio, con las consiguientes "postemillas" —fístulas— que muchos padres ni siquiera se dan el lujo de tomar en consideración.

También observamos tejidos gingivales interproximales numamente irritados e inflamados constantemente, es decir lesiones gingivales crónicas en dientes que presentan caries en crevas proximales o bien caries en áreas proximales que pasan desapercibidas por muchos padres y que producen empustamiento de dentritus con la consiguiente irritación gingival.

Sigue proliferando la presencia de placa bacteriana alrededor de los cuellos dentarios y en algunos casos—no comunes—la presencia de sarro mu pragingival muy adherido al tejido dentario.

También sabemos que la destrucción de las áreas de contacto proximales en dientes primarios ocasionará la mesialización de los dientes posteriores, provocando futuras maloclusiones por malposiciones dentarias.

La presencia de hábitos orales negativos nuevos como sería la introducción de lápices, mordedura de goma, etc. se hacen patentes en edad preescolar y en lo futuro.

Las fracturas dentarias a nivel coronal o radicular alcanzan índices -

-leves de incidencia, ya que los niños participan en juegos de grupo que no son rudos o violentos, sus principales juegos son las carreras, encantados, la gallina ciega, etc., aunque se pueden presentar casos de fracturas dentales

2.-Reacción psicológica ante el Cirujano-Dentista.-

Sabiendo de antemano que un niño de cuatro años reaccionará y escuchará con interés las explicaciones que uno le dé, normalmente responderá bien a las indicaciones verbales que se le den.

El temor ahora se presenta ante los aparatos e instrumental. Sus preguntas infieren sobre su uso y del funcionamiento de los mismos y no desea - por el momento saber nada sobre su empleo en él hasta no ver su uso o aplicación en otras personas.

En general el niño de esta edad que viva en un ambiente familiar equilibrado y agradable, con un grado normal de educación y disciplina, será un paciente odontológico muy cooperador.

Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y como anotamos les gusta conversar intensamente, aunque tienden a exagerar muchas de sus pláticas. En algunas ocasiones el niño, puede tornarse desafiante y recurrir al empleo de malas palabras.

El niño de cinco años, ha alcanzado ya la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupo y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y social están mejor definidas y el niño no suele tener miedo o temor de dejar al padre en la sala de recepción y afrontar una situación desconocida por sí sólo.

Si el niño ha sido preparado por sus padres, no tendrá temor a las experiencias nuevas, como las relacionadas con el jardín de niños o con las del consultorio médico o dental.

Los niños de esta edad suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y de sus ropas, responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Estos comentarios pueden ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el paciente.

A estos niños les agrada mostrar aquello que se les ha efectuado en sus dientes como sería: amalgamas, resinas o simplemente curación de Oxido de Zinc-Eugenol, etc.; como prueba irrefutable de su cooperación en la cita de g

-tal y como una más de sus posesiones, además de que tiene "algo" similar a sus padres y lo muestra a sus amigos, familiares, maestros, etc.

3.- Posibles tratamientos odontológicos a efectuar a esta edad.-

Hemos anotado a la caries como una enfermedad progresiva y lesiva a los tejidos dentarios, cuando estos no se les toma en cuenta por ser dientes de "leche". Analicemos brevemente algunas de las funciones de estos dientes:

a) Una de las funciones de los dientes deciduos, es provocar el estímulo adecuado a los tejidos de soporte que lo rodean, para asegurar su óptimo desarrollo y reproducción, es decir un buen funcionamiento dental asegura por sí un estímulo adecuado para un óptimo desarrollo de los maxilares y demás estructuras óseas interrelacionadas. Por ejemplo: si un diente determinado está afectado por caries profunda con irritación pulpar, no desempeñará su función ya que frecuentemente -e inconscientemente muchas veces- dejamos de usar ese lado o arcada dentaria para masticar o cortar los alimentos y por ende dejamos de efectuar el estímulo que necesita esa parte correspondiente al hueso maxilar, el cual tendrá un hipodesarrollo y podrá ser la causa de muchas y graves maloclusiones dentarias futuras.

b) Pero existen casos en que no es solamente un diente el que presenta dolor, sino que encontramos varios de estos y de ambos lados, presentándose entonces un cuadro anormal en forma bilateral, refiriéndose a la masticación de los alimentos, siendo éstos verdaderamente atrapados, haciendo que otros órganos del complemento digestivo, funcionen más allá de lo que deben hacer normalmente, con la consiguiente irritación y afectación de los mismos al efectuar estas funciones.

c) Otro aspecto importante es que estando sanos estos dientes -o bien restaurados pero devueltos a la salud- mantendrán el espacio adecuado para la correcta erupción de los dientes permanentes subyacentes sin sufrir alguna alteración; pero si presentan casos de caries graves y posterior complicación pulpar y paradental con la consiguiente destrucción ósea de el área circundante al diente así afectado, pueden ocasionar una pronta erupción de los dientes permanentes sucesores. Ahora bien en algunas ocasiones se recurre a la extracción de dientes primarios, descuidando el aspecto de colocar un mantenedor de espacio adecuado a la situación presen-

-te y ocasionando sin lugar a dudas mesializaciones de los dientes situados posteriormente a ellos, colapsando el espacio restante, haciendo que los dientes permanentes tengan dificultades para erupcionar o bien quedan impactados.

También un aspecto que debemos tomar en cuenta es el de los tejidos gingivales, es decir, al extraer un diente, la herida resultante cerrará formando un tejido de cicatrización muy fibroso, que dificultará la erupción del diente sucesor.

d) La condición fonética, también tiene suma importancia, ya que si todos los elementos de la cavidad bucal y faríngeas están en condiciones de normalidad, el desarrollo y aprendizaje del lenguaje hablado, se asimilará correctamente, pero si uno de estos elementos orgánicos está en malas condiciones -la bucal en nuestro caso- este aprendizaje puede ser afectado.

Caso concreto, el de la ausencia de los incisivos superiores primarios por extracción prematura, en el cual se observará una mayor penetración de aire al hablar, con la consiguiente deformación de las palabras que aún se están aprendiendo y que puede convertirse en un hábito perdurable.

e) Respecto a la estética, en caso de faltar por ejemplo los anteriores superiores o inferiores principalmente, se ha visto que se puede provocar un daño en el desarrollo de la personalidad del niño. Ya que un niño que reporta anodoncia provocada o no de estos dientes anteriores, es blanco del encono y burla por parte de sus condiscípulos o amigos de esa edad o bien mayores que él que se fijan en esta situación -ya que se les ha enseñado a reconocer las distintas partes de su cuerpo en el jardín de niños o en casa.; el resultado es que muchos de estos niños se inhiben al reír o al hablar, su lenguaje se limita para no abrir la boca y mostrar a los demás su anomalía, pues sienten vergüenza y les apena que se den cuenta de ello o bien que se mofen de él.

Un niño con dientes sanos y agradables, ríe ampliamente y goza de la conversación, lo que hace más adaptable al medio social que lo rodea y nos preguntamos si un niño por esta circunstancia limita su conversación o sus expresiones de alegría.

estas son solamente algunas de las funciones de los dientes primarios

Volviendo al tema de las lesiones cariosas, cuando éstas se ubican en áreas cercanas al órgano pulpar, inexorablemente ocasionará su constante irritación, manifestada con dolor inconstante calmado mediante la ingesta de analgésicos cuando éste arrecia.

Claro está que muchas veces se manifestará dolor o molestia ante los diversos estímulos físicos o químicos (como son los alimentos refrigerados helados, alimentos calientes, golosinas muy azucaradas o el aire frío vespertino, etc.) que provocan una hiperemia pulpar, la cual puede ser activa o pasiva (es decir reversible o irreversible) que cederá al remover el estímulo que la provoca. La terapia pulpar en casos de hiperemia será ante todo suprimir el estímulo que la ocasiona o bien evitar que el estímulo provocante siga actuando.

En caso de estímulos biológicos como sería una caries profunda, actuaremos removiendo con extremo cuidado la caries y la dentina reblandecida y colocando una curación tipo sedante (óxido de zinc-eugenol) y también con la finalidad de crear un campo operatorio lo más aséptico posible, aprovechando el poder bactericida y antiséptico de este fármaco.

Posteriormente se programa para que en una segunda cita se remueva completamente los tejidos afectados, coloquemos su respectiva base y procedamos a la obturación definitiva.

Pero en muchos de estos casos si observamos que al remover caries muy profunda será inminente el ocasionar una herida pulpar, planearemos una Biopulpotomía o si ya se han reportado síntomas de pulpitis una Necropulpotomía y posterior momificación del órgano pulpar restante.

Consideraremos primero las circunstancias en las cuales podemos efectuar una Biopulpotomía al $\text{Ca}(\text{OH})_2$.

- (a) Caries demasiado profundas con irritación constante—sin llegar aún a lesionar el órgano pulpar (clínicamente).
- (b) Cuando al remover caries cercana a techo pulpar se haga accidentalmente una herida pulpar amplia —mayor de 2 mm —por movimiento del paciente en respuesta al dolor durante el fresado, incluso estando anestesiado el paciente o por inhabilidad del operador, al remover la caries o tejidos reblandecidos.
- (c) Cuando previamente y con finalidad de obturación con amalgamo o resina

-na, consideremos una inadecuada retención del material obturante.

(d) En caso de exposiciones accidentales del órgano pulpar (en traumatismos severos) al medio bucal.

La terapia a seguir consistirá en:

- 1.-Previa anestesia del diente por intervenir (local o regional)
- 2.-Aislado del diente a tratar. Ya sea mediante rollos de algodón o bien realizando un aislado absoluto con el dique de hule.
- 3.-Anepcia de la cavidad con algún antiséptico -timol, eugenol, etc.
- 4.-Remoción de tejidos cariados y reblandecidos, efectuando esto de la periferia al centro de la cavidad.
- 5.-Remoción de caries cercana a techo pulpar y lavado con alguna solución estéril de la cavidad.
- 6.-Remoción de techo pulpar efectuado con instrumentos rotatorios -fresa a alta o baja velocidad.
- 7.-Remoción del órgano pulpar coronario, mediante el uso de una cucharilla filosa.
- 8.-Lavado de la cavidad y secado de la misma -con algodón.
- 9.-Colocación -a presión - (para que no queden burbujas de aire atrapadas) de hidróxido de calcio a la entrada de los conductos radiculares.
- 10.-Colocación de una base de Oxido de Zinc-Eugenol, hasta obtener provisionalmente toda la cavidad.
- 11.-Se citará al paciente a las 72 o 96 horas siguientes para obtener en forma definitiva la cavidad.

En caso de efectuar una Necropulpotomía consideremos:

- (a) El paciente muestra extrema renuencia a la anestesia local o bien está contraindicada emplearla en él.
- (b) Caries demasiado profundas con franca irritación pulpar.
- (c) Exposiciones pulpares ya sea por traumatismos o por inhabilidad del odontólogo operante (excediendo más de 2 mm.).
- (d) Casos incipientes de pulpitis sin que se hayan lesionado tejidos paradontales.
- (e) Cuando previamente y con la finalidad de obturación con amalgamo o resina consideremos una inadecuada retención del material obturante.

El procedimiento a seguir será:

- 1.-Leve remoción de caries y de tejidos reblandecidos.
- 2.-Colocación de una curación desvitalizante-trióxido arsenioso-en una to runda ligeramente impregnada en eugenol o timol.
- 3.-Colocación temporal de óxido de zinc-eugenol para sellar la cavidad.
- 4.-Cita a las 48 o 72 horas siguientes.

En la segunda cita procederemos a efectuar la pulpotomía propiamente :

- 1.-Aislado relativo o absoluto de la pieza dentaria por tratar.
- 2.-Remoción cuidadosa -y una vez comprobado que no reporta dolor al hacerlo- de la curación y de la torunda de la torunda con el desvitalizante.
- 3.-Remoción cuidadosa de la caries-de la periferia al centro-y tejidos reblandecidos del piso de la cavidad y paredes de la misma.
- 4.-Remoción del techo pulpar y posteriormente de la pulpa coronal necrosada y de una parte de la pulpa radicular-1 o 2 mm más allá de la entrada de los conductos radiculares.
- 5.-Colocación de alguna substancia momificante -Pasta de Gysi, Oxpara, etc. - a la entrada de los conductos, haciendo presión para obturar la pasta.
- 6.-Colocación de una base de Oxido de Zinc-Eugenol como obturación temporal hasta el borde de la cavidad.
- 7.-Se citará al paciente para la obturación definitiva a los 7 días.

Y cuando estas caries ya han lesionado el órgano pulpar y muestran clínicamente signos y síntomas de esto (dolor constante, absceso paradontal agudo o crónico, presencia de conductos fistulosos, etc.) recurrimos al tratamiento radical de la completa remoción del órgano pulpar: la Pulpectomía (ya sea en condiciones de vitalidad o no del órgano pulpar)

Algunas de sus indicaciones serían:

- (a) Pulpitis aguda o crónica.
- (b) Necrosis pulpar.
- (c) Abscesos paradontales.
- (d) Rarefacción de tejidos periapicales.
- (e) Fracturas coronales amplias.

La técnica a seguir sería:

- 1.-Radiografía previa al tratamiento de los conductos.
- 2.-Anestesia del diente por intervenir.

- 3.-Aislamiento del diente o de la arcada dentaria correspondiente ya sea en forma relativa o absoluta.
- 4.-Remoción de caries -de la periferia al centro- y tejidos reblandecidos
- 5.-Lavado de la cavidad.
- 6.-Remoción de techo pulpar-acceso- y de pulpa cameral(con tiranervios).
- 7.-Remoción de pulpa radicular mediante tiranervios muy finos, en caso de no facilitarse la entrada de éstos recurrimos al empleo de una lima o ensanchador muy fino para guiar la entrada del tiranervios.
- 8.-Leve ensanchado del o los conductos, mediante el uso del mismo tiranervios o con limas y ensanchadores (1 o 2 números solamente) muy finos.
- 9.-Lavado y secado de los conductos.
- 10.-Colocación mediante una punta de papel o torunda de algodón de algún antiséptico (Eugenol, Timol, etc.)
- 11.-Colocación de una torunda de algodón cuya finalidad sería la de una almohadilla y curación provisional hasta cerrar la cavidad.
- 12.-Control del o los conductos mediante cambios de curación-según sea el caso-cada cuatro o cinco días.
- 13.-Obturación de los conductos después de haber obtenido resultados satisfactorios-ausencia de dolor, torunda sin olor fétido, supuraciones, etc.-con una pasta a base de Oxido de Zinc-Eugenol.
- 14.-Radiografía de control.
- 15.-Cita posterior a las 24 o 48 horas para preparar al diente para su restauración definitiva.

En algunas circunstancias por demás desagradables nos vemos en la necesidad de hacer extracciones dentarias ante casos sumamente avanzados de destrucción dentaria, en estas circunstancias la haremos siguiendo los principios fundamentales de una buena exodoncia.

- a) Extracción completa de la pieza dentaria.
- b) Ausencia de dolor en el momento y después de la extracción dentaria.
- c) Respetar los demás tejidos adyacentes.

La técnica operatoria sería:

- 1.-Anestesia local o regional según sea el caso, utilizando una aguja delgada y con la punta afilada, líquido anestésico semicaliente-acorde a la temperatura corporal. Infiltración lenta-mínimo 1 minuto (diremos al niño que

-si la aplicamos lentamente no le molestará demasiado, no así si lo hacemos rápido y le damos a escoger entre estas dos opciones.

2.-Una vez comprobado que el efecto anestésico es adecuado, procederemos a la separación de los tejidos gingivales con un recortador de amalgama.

3.-Aprensión del diente por extraer a nivel del cuello dentario.

4.-Movimientos de lingual a vestibular o de rotación -según sea el caso- (1 o 2 movimientos) para luxar y extraer el diente.

5.-Colocación de una gasa sobre el alveolo para contener la hemorragia.

Por lo común no requieren estos casos de medicación postoperatoria.

Explicaremos al padre de la colocación de un mantenedor de espacio adecuado al área de extracción dentaria, ya sea fijo o removible para evitar futuras maloclusiones dentarias por malposición de éstas.

También es posible en esta etapa, nos lleven a niños con problemas de alteraciones de tejidos gingivales y bucales ocasionados por enfermedades propias de la niñez -Rubeola, Escarlatina, Varicela, Sarampión, etc- o bien sus secuelas o por traumatismos de los tejidos blandos.

Por ejemplo casos comunes de Herpes Simple, con manifestaciones en las comisuras externas labiales o sobre el labio los clásicos "fogasos". Prescribiremos una terapéutica paliativa consistente en analgésicos, complementos vitamínicos ricos en vitamina A y C, enjuagues con soluciones levemente alcalinas como el bicarbonato de sodio para modificar el PH.

En casos de gingivitis estreptocócicas podemos diferenciarlas de las herpéticas en forma clínica, porque ésta última manifiesta vesículas, las cuales al romperse forman úlceras crateriformes en las cuales se presentan gingivorragias intensas a la leve presión, cambio de color que va desde el rosado normal al rojo vinoso -por rotura de pequeños vasos y salida y descomposición de la hemoglobina-, temperatura de 38° C. en adelante, anorexia, involucramiento de los ganglios linfáticos cervicales o tejidos amigdalinos. La prescripción en éste caso será a base de antimicrobianos, enjuagues con soluciones que modifiquen el PH bucal y si el paciente lo permite masaje en los tejidos gingivales para favorecer la circulación sanguínea, analgésicos para el dolor-todo esto de acuerdo al peso y edad, como superficie corporal del paciente en cuestión.

En caso de ser una gingivitis herpética, el tratamiento será paliativo

y de sostén, mejorando la dieta alimenticia, modificando el PH, prescribiendo complementos vitamínicos con alto contenido en vitamina A y C.

Es raro pero pueden presentarse a nuestra consulta casos de heridas leves en la faringe o paladar, por un traumatismo con un lápiz, un cubierto, etc., en las cuales el niño así afectado y sus padres muestran gran angustia. La terapia a seguir será la inspección visual del área herida, leve exploración para determinar la presencia o no de objetos extraños en dicha área y aplicación tópica de algún antiséptico, mejoramiento y modificación de la dieta alimenticia (siendo ésta blanda o líquida) por algunos días hasta volver a la dieta normal.

En algunos casos observamos casos de celulitis a causa de abscesos paradontales en dientes muy destruidos, aquí se recomienda prescribir antimicrobianos de reducido espectro para combatir el foco infeccioso y reducir sus manifestaciones colaterales, aplicación externa de hielo para reducir la inflamación presente y analgésicos en caso de reportar dolor, posteriormente se optará -evaluando concienzudamente el problema -si el tratamiento dental será una buena extracción o el tratamiento del o los conductos que dicha pieza dentaria presenta.

EL NIÑO DE 6 A 8 AÑOS

El niño de seis años da paso de un temor constante a una inquietud amplia le gusta indagar todo lo que le rodea, pregunta aquello que desconoce, también le gusta exigir respuesta, aunque se cambie el giro de la plática.

Su deseo de juego se hace patente y le atrae la amistad de otros niños similares en edad. Participa activamente en actividades deportivas o culturales. Se esmera en su aseo personal y está pendiente de las indicaciones que se le dan, trata de obedecer casi al pie de la letra.

Es cariñoso con sus padres, aún que esté dependiente aún de la protección materna, y ya compara y comprende ampliamente los diversos estados de ánimo de sus familiares y amigos.

Le atraen sobremanera los juegos de arcano y demuestra sus habilidades haciéndolas resaltar en sus conversaciones.

A esta edad la figura paterna toma profundo arraigo, se convierte en el aliado favorito del niño ya que participa con él en sus juegos, sus tareas escolares, sus triunfos y fracasos.

Es un niño que asiste a la escuela primaria, donde sufre un notable cambio respecto al jardín de infantes, donde todo era juego y diversión ahora se le inculca la responsabilidad de ciertos objetos compañeros suyos cotidianos-mochila, cuadernos, etc.- Se le exige con tareas para realizar en casa que de no cumplir amerite el castigo y así va aprendiendo a cumplir con éstas, a sabiendas de que su comportamiento le rendirá dividendos como elogios, buenas notas escolares, listas especiales, etc.

Le agrada salir con mamá y ayudarle cuando efectúa sus compras, da su opinión respecto a determinado producto alimenticio, y también sobre lo que a él le gustaría comer.

Suele preferir determinados guisos e insiste en que se hagan con frecuencia, enojándose cuando no le dan guisos que no son de su agrado, pero comprende que ya de nada le servirá esta situación y que terminará comiendo eso, aunque de mala gana y mayor tiempo.

Le atraen los espectáculos como el cine, el circo, el teatro infantil, ya que comprende más ésta y goza al entender mejor la trama, o algún acto específico.

Le gusta reafirmar su hombría (en el caso de los varones) diciendo que

no le gustan las niñas, ya que éstas son muy lloronas o regalonas. Las niñas por su parte a esta edad, alternan sus juegos con niños y niñas in distintamente sin llegar a preocuparse por estos tópicos.

Al preguntarle qué profesión le gustaría tener o desempeñar, responde ingenuamente que policía, vendedor, futbolista, etc; es decir se apoya en las figuras que observa constantemente y que imponen autoridad o admiración por sus características físicas.

Los programas de T.V. le atraen sobre manera y hace suyos determinados "héroes" y piensa que él puede ser uno de ellos e incluso en sus juegos toma ese papel y exige a los demás que lo respeten y obedezcan ya que él no es un ser común sino un héroe, el cual salvará a sus amigos ante los "enemigos" y situaciones más terribles imaginadas; aunque al acercarse a la edad de 8 años-incluso desde los 7-años de edad caso a sus fantasías y se asienta más a la realidad.

Le atrae estar en continuo movimiento, o sea que su atención se enfoca a juegos al aire libre, aunque los juegos en casa (pintar, armar rompecabezas, recortar figurines, leer comics, etc.) le parecen interesantes, pero no lo retienen mucho tiempo.

Su reacción a gente desconocida no es ya temerosa, sino más bien indiferente, pues ya ha visto a la gran parte de los diversos individuos.

Su independencia se torna en cierto alejamiento de los padres, para alternar con otros niños sus juegos y recreaciones, ya no es el infante ategado a la protección materna como cuando tenía 3 o 4 años.

1.- Posibles Afecciones Odontológicas Comunes a esta edad.-

Mencionémosle a la caries como una de las enfermedades más comunes que se observan en cavidad oral, en niños que están en situación escolar, en esta época es frecuente que ya algunos dientes primarios y secundarios les presenten estos últimos por deficiencias de eructa en los surcos o fosetas-caso concreto del primer molar inferior- al final de esta etapa en algunos casos observamos extensa destrucción dentaria tanto de los tejidos duros como blandos, llegando a producir irritación o exposición de la muña en el medio bucal como es el caso de los colinos culpares.

El porque decimos que los niños escolares reportan un incremento de ca-

-ries, es fácil deducirlo-en todos los niveles sociales se aprecia ésto- el consumo excesivo de golosinas y refrescos a la hora del recreo, sin mover siquiera los exedentes con enjuagues bucales, dejando un medio rico en azúcares propicio al desarrollo y reproducción de ciertos microorganismos que destruyen la substancia dentaria; al salir a jugar con sus amigos piden dinero para "gastar", en fin el consumo de carbohidratos es amplio.

Existen casos de extensa destrucción dentaria, ameritan grandes mutilaciones de tejidos dentarios para su restauración eficiente.

En la obturación con amalgama uno de los procedimientos más comunes y - por lo tal debemos dominar su técnica y manipulación y no conformarnos -- con "tapar" las muelas con un relleno. Es frecuente observar dientes primarios y secundarios pésimamente restaurados con este excelente material al cual no aprovechan sus cualidades como debería de ser; en las caras oclusales se observan clásicos tapones antiestéticos por no tener forma o brillo adecuados--es decir restauraciones deficientes que hablan por sí solas de la inhabilidad o falta de esmero del trabajo por parte del operador.

También es frecuente observar cavidades abiertas por desajuste de la obturación ya sea por un mal diseño de la cavidad o bien en cuanto a su forma de retención o en la forma de resistencia.

También es posible que algunos niños manifiesten procesos inflamatorios agudos en área de erupción de los primeros molares inferiores sobre todo, presentándose gingivitis aguda alrededor de ese diente que al erupcionar irrita al tejido gingival por arriba de él con sus aristas cortantes de - las cúspides o bien por traumatismo externo de parte del antagonista.

Otra de las circunstancias--muy comunes últimamente--es la falta de espacio adecuado en la región anterior inferior que provoca erupciones ectópicas de los dientes permanentes subsecuentes ya sea incisivos centrales o laterales.

La mesialización de los primarios molares permanentes por extracción -- prematura de los molares primarios o con caries proximales de estos, ocasionan la aparición de maloclusiones dentarias futuras.

Algunos niños practican ya a esta edad deportes en los que se observan grandes fricciones, rudeza, etc. y reportan fracturas coronarias leves o extensas-- en los incisivos centrales superiores sobre todo.

La incidencia de trayectos fistulosos, es respuesta a agresiones de tejidos periapicales (ya que algunos de los dientes primarios se les deja al azar ante ataques cariosos severos) ante la evolución de la caries en tejidos pulpaes.

2.-reacción psicológica ante el Cirujano-Dentista.-

El niño de seis años manifiesta una separación de los lazos estrechos con la familia. Es una época de transición importante y puede presentar una ansiedad considerable. Gebell e Ily se refieren a los cambios en el niño. Manifestaciones tensionales alcanzan a esta edad una cima, en las cuales pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y acno - golpes a los padres incluso.

En esta edad suele haber un claro incremento en la respuesta temerona. Muchos de los preescolares tendrán miedo a las personas, a los elementos naturales, a ciertos animales -gatos, perros, etc.

Algunos de estos niños tienen miedo a los traumatismos en su cuerpo, reaccionando en forma histérica y grandilocuente (una cortada, un raspón).

Un ligero rasguño o la vista de la sangre puede causar una respuesta exagerada o desproporcionada con la causa. Con la debida preparación para la experiencia odontológica se puede esperar sin embargo que el niño de seis años responda de una manera satisfactoria.

Con estos niños, se recomienda dejarles que exploren nuestro consultorio, platicar con él acerca de la importancia de la atención odontológica y darle a comprobar situaciones desagradables o agradables que pudiera tener si se descuida o se deja alazar el exámen de sus dientes.

La comunicación juega aquí un papel muy importante, al niño de esta edad le gusta que se le considere como gente mayor y le desagrada sobremedura los mimos y palabras dulzosas, que son agradables a niños menores.

La conversación sobre temas favoritos del infante crea un ambiente de tranquilidad en el niño, al dejar que sea él el que lleve la conversación interesándonos por sus pequeñas aventuras o aficiones.

Responder a todas sus preguntas en forma veraz y realista pero con sutileza, es decir no engañarlo, sino prepararlo para una colaboración aceptable aun cuando le indiquemos que podemos ocasionarle ligera molestia, pero

siempre en pro de evitarle molestias intensas futuras.

Su poder de raciocinio se va ampliando y capta rápido nuestras sugerencias y acepta cooperar cuando comprende que no pretendemos efectuarle daño alguno, sino más bien pretendemos ayudarlo.

Su aprehensión se acentuará si ve u oye escenas desagradables en nuestro consultorio, por lo que debemos actuar con tacto al dejarle ver como trabajamos con otros pacientes.

Su cooperación es amplia, si de antemano sabe que en esa cita no le ocasionamos mucha molestia, ya que él nos interrogará que le haremos y como lo haremos; una vez obtenida la respuesta tiende a someterse prontamente pero si al preguntar comprende que esa sesión no será muy agradable, manifestará tensión y leve angustia hasta pasar ésta.

Un recurso muy empleado en niños de esta edad es el de presuntar en forma constante el uso de esto o aquello, para "dilatarse" un poco el procedimiento odontológico.

Algunos niños soportan estoicamente la situación, otros prefieren llorar y calmarse hasta que pasa ese momento.

Después de haber sido atendidos, hacen elogio de sus dientes sanos y sirven de enlace con otros niños para que se "dejen" atender.

Por lo común, les agrada observar lo que se les hace - (Por lo que el empleo de un espejo de tipo de tocador, es apropiado para que le mostremos los males y enfermedades que presenten, así como la forma en que las quitamos y la forma de restaurar correctamente sus dientes afectados.

En algunos niños que presentan alta renuencia y toman como castigo la experiencia odontológica, es conveniente aclararles que no es así, sino más bien se trata de uno de las manifestaciones de sus padres para procurar bienestar y salud, estableceremos paradojas con ellos como padres y éstos últimos como hijos, hasta lograr la aceptación del niño como es el de brindarle un servicio médico más en pro de su salud en general.

3.- Posibles tratamientos odontológicos a efectuar a esta edad.-

Trataremos primero la cuestión de los mantenedores de espacio, que como su nombre lo indica, su función será la de procurar el espacio dejado por la extracción prematura de algún diente primario, para la erupción adecuada.

-da del diente sucesor y el diseño de este dependerá de la edad y necesidades del paciente y como objetivo evitar un posible desequilibrio dental

Algunas de las características que deberán reunir estos aparatos serían

- a) Mantener el espacio en sentido MD del diente perdido.
- b) No deberán interferir con los procesos de crecimiento y desarrollo de los dientes y arcos alveolares.
- c) Deberá impedir la extrusión de los dientes del arco antagonista.
- d) No deben poner en peligro a los dientes restantes mediante la aplicación de tensión excesiva sobre los mismos.
- e) Deberá mejorar el aspecto estético, en el caso de haber perdido los dientes anteriores superiores o inferiores.
- f) Deberá ser higiénico.
- g) De accesible costo a las personas.
- h) No lastimar o lesionar los tejidos circunvecciones o subyacentes.

Ya se ha mencionado que estarán indicados ante cualesquier falta de dientes por extracción prematura o anodoncia. (parcial o total).

Y también ante cualesquier situación que pueda ocasionar traumatismo o estimulación de hábitos perjudiciales-introducción en el espacio presen te de la lengua, carrillos, etc.

Podemos clasificarlos en:

- (a) Activos o pasivos
- (b) Fijos, semifijos o removibles.
- (c) Metálicos o de acrílico -según el material empleado

Mantenedor de espacio activo: nos ayudan a la compensación del espacio, puede servir para empujar hacia distal o enderezar un primer molar permanente, que se ha desplazado o inclinado hacia mesial e impedirá seguramente la erupción normal del segundo premolar.

Mantenedor de espacio pasivo: es aquél que se coloca para salvaguardar el espacio adecuado a la erupción del diente permanente sucesor.

Mantenedor de espacio fijo: a base de coronas coladas o prefabricadas -desgastando las retenciones del molar que servirá de pilar del mismo.

Mantenedor de espacio removible: comunmente a base de acrílico con gan/ chos forjados como medios de retención-más estético que el fijo-proporcionan mayor estímulo para erupcionar más rápido el diente subyacente.

Claro está que los mantenedores de espacio podemos utilizarlos desde que el infante en cuestión así lo amerite, es decir si por alguna circunstancia llegue a perder alguno (os) de sus dientes primarios y esto puede presentarse en niños de dos años o de más edad-por traumatismo y avulsión o por exodoncia prematura pero necesaria.

Y podemos afirmar esto que corresponde ya al campo de la ortodoncia preventiva, la cual podemos aplicar sin ser especialistas en éste género.

También podemos utilizar aparatos removibles tipo mantenedores de espacio con la finalidad de elevar la mordida, cuyo objetivo principal sería evitar una sobremordida muy cerrada o bien leves giroversiones dentarias para evitar mordidas cruzadas, etc; estos son pequeños trabajos ortodóncicos que podemos efectuar fácilmente.

Volviendo al tema de la caries, reiteramos la importancia de efectuar una excelente cavidad para el material obturante o restaurativo.

Tomaremos en cuenta antes que nada el diseño de la cavidad, la cual deberá ser imaginada primero, pensando cuales serían sus límites y la cantidad de tejidos dentarios por remover sin que quede débil la pieza dentaria, posteriormente removeremos muy bien el tejido cariado y reblandecido, y una vez bien removido esto y comprobado mediante la visualización y la exploración, efectuaremos realmente el diseño de la cavidad de acuerdo a la cantidad y disposición de los tejidos dentarios que queden del diente tratado y aquí aplicaremos otro principio como es el de forma de retención, tomando en cuenta : "...lo que se dé de extensión a una cavidad, darle de profundidad y la cavidad será retentiva por sí misma..."; claro está aplicando esto de acuerdo al problema presente; si al evaluar el problema observamos tal característica, ya que tenemos otros medios de lograr retención del material obturante como sería el tallar paredes ligeramente retentivas, haciéndolas convergentes hacia oclusal, fisuras en paredes axiales, retenciones en ángulos formados por el piso de la cavidad y las paredes. La forma de resistencia que implica la inconveniencia de dejar paredes delgadas susceptibles a la fractura, logrando evitar esto removiéndolas y substituyéndolas por el material obturante. Aunado a esto entra lo del tallado de paredes adamantinas, es decir dejar siempre paredes de esmalte soportadas por tejido dentinario-el cual desempeña funciones de amortiguamiento ante las

fuerzas que se aplican sobre el diente al entrar en función, en caso contrario el esmalte se fracturará ya que no posee esta característica.

Efectuaremos después el lavado de la cavidad, con la finalidad de eliminar los residuos de tejidos dentarios que fueron cortados y para observar concienzudamente si ya no quedan indicios de caries o tejidos reblandecidos o bien, algún tipo de lesión pulpar (herida pulpar).

Algunos autores añaden también la forma de conveniencia, es decir la forma más conveniente de poder efectuar una cavidad, logrando una buena visualización, un mejor campo operatorio, una extensión por prevención, etc., o bien la conveniencia de utilizar tal o cual material restaurativo.

Respecto al piso de la cavidad, diseñaremos y efectuaremos éste, de acuerdo a la anatomía del órgano pulpar del diente en cuestión y así lograremos una verdadera forma fisiológica, tratando de respetar al máximo éste.

Seguidamente y siempre en cavidades profundas, o bien donde deducimos la presencia de algún cuerno pulpar, aplicaremos una capa protectora de hidróxido de calcio, ya que aunque clínicamente no se observa herida pulpar, los túbulos dentinarios quedan cortados y se efectúa realmente una herida o entrada directa al órgano pulpar, efectuando así un método de protección pulpar catalogado como indirecto y a la vez ayudaremos a la formación de neodentina. Posterior a esto, colocaremos una base consistente en Oxido de Zinc-Eugenol cuya finalidad será sedar al diente ante la agresión que sufre durante el fresado y a la vez cierto aislante entre el órgano pulpar y el material obturante, lo mismo que esta base nos servirá para diseñar un piso plano como lo sugieren los libros de texto.

Todos estos conceptos los aplicamos a la elaboración de cavidades para su obturación con amalgama o resina, aunque esta última se emplea preferentemente para la restauración de piezas dentarias anteriores dada su inmejorable estética, en estos casos sólo se emplea una ligera capa de hidróxido de calcio, ya que se piensa que el óxido de zinc-eugenol logra pigmentar dicha resina.

En cuanto a las restauraciones de dientes con incrustaciones metálicas diremos que es necesario dominar una buena técnica de preparación de cavidades, toma de impresión, corrido del modelo y una buena incrustación para lograr una buena restauración del diente así tratado. Ya que es frecuente

-observar incrustaciones con un sellado defectuoso-ya sea en alguna falla de los aspectos antes anotados.

Y recordar que las incrustaciones se emplean cuando la cantidad de tejidos dentarios restantes quede débil-a nuestro juicio-ya que éstas protegerán la fragilidad de éstos.

Un aspecto muy importante en la elaboración de este tipo de preparaciones es el biselado del ángulo cavo superficial, para asegurar un buen sellado alrededor de toda la cavidad.

Y al probar una incrustación, ésta deberá ser retenida per se y no esperar que el cemento "pegue" dicha incrustación, ya que aparentemente cumple esta finalidad-su uso se destina a evitar la existencia de una interfase existente entre el diente y la incrustación-no deberá manifestar interferencias oclusales, es decir puntos prematuros de contacto con el diente antagonista, que en lo futuro pueda desencadenar trastornos articulares; no presentar aristas cortantes que sean capaces de ocasionar irritación constante a los tejidos blandos y órganos adyacentes, o capaces de alojar restos alimenticios difícilmente de remover con el cepillado dental.

Respecto a las inflamaciones agudas de tejidos blandos que se observan alrededor de la muéla de los "seis años", podemos decir que en ocasiones, no frecuentes afortunadamente-se presentan muy dolorosas al complicarse con algún proceso infeccioso o sin él, haciendo que se reporte anorexia, cefalea, odontalgia, mialgia local, linfadenitis, decaimiento general, ante lo cual el empleo de analgésicos, antiinflamatorios, antimicrobianos, no logran quitar el problema-actúan como paliativos; se sugiere la extirpación del tejido gingival que recubre a este diente y que por lo común presenta una consistencia fibrosa, aplicando anestesia local-regional de ser posible-aunque la inflamación presente puede provocar una exacerbación del dolor ya que aumentamos más líquido al edema presente y así retiramos más los tejidos ocasionando mayor dolor.

También se recomienda la aplicación de flúor en dientes permanentes que regularmente en esta edad empiezan a reemplazar a los primarios.

En algunas ocasiones, observamos sobre todo en la región anterior inferior, la erupción de dientes permanentes atrás -por lingual- de los cadu-

-cos y que amerita la extracción de éstos últimos, pero a pesar de esto notamos clínicamente que el espacio dejado, no basta para un acomodo adecuado de los permanentes, evaluaremos la cuestión de desvanecer caras proximales de los dientes adyacentes para procrear mayor espacio o bien si consideramos que esto será insuficiente, haremos la extracción de éstos laterales y caninos sobre todo, pero programando éstas para evitar maloclusiones severas en lo futuro.

También se sugiere vigilar y enseñar la técnica de cepillado adecuada y corregir la que el infante presente, ya que se muestra un incremento de placa bacteriana, debido a una negligencia en el cepillado dental en los niños de esta edad.

EL NIÑO DE 8 a 12 AÑOS

El niño de ocho a doce años es una persona por lo regular muy centrado y responsable -la mayoría de las veces - de acuerdo a las experiencias adquiridas en años anteriores.

Le agrada alternar con muchos niños y es muy sociable. le gusta que le tomen en cuenta, suele formar parte de equipos deportivos en la escuela, o con los niños del barrio, etc. Le agrada que sus padres jueguen con él y aprende a compartir aquello muy personal con otros niños, es decir le gustan las actividades de club, las excursiones, los campamentos, etc.

Ante situaciones desconocidas reacciona con aplomo y entereza, pero aún persiste cierto temor que se va disipando gradualmente.

Le gusta ser independiente -muestra cierta rebeldía ante las órdenes de los mayores-, no le agrada que personas extrañas le hablen en forma mimosa ya que él lo toma como un asunto de "niñería" para con él y esto ofende su ego que tiende a que se le considere como una persona mayor.

Al alternar con otros niños va desarrollando su entidad colectiva, se da a ir empieza a comprender que ya no es él solo, sino que existen otros seres humanos como él que sienten y actúan como él y que para realizar las tareas o juegos amplos necesita de la colaboración de otros para realizar bien determinada actividad en forma más agradable y amena.

A la par que su desarrollo físico su nivel intelectual se ha acrecentado y comprende con claridad acciones y situaciones que en edad anterior le parecían difíciles o incomprensibles.

La lectura es una de las actividades que le atraen y necesita buenos libros de temas seleccionados por padres y maestros para desarrollar sus propios gustos literarios -estos libros deberán ser colocados en lugares fácilmente asequibles.

Disfruta sintiéndose importante y útil al hacer mandados caseros, acomodar revistas y periódicos atrazados, juguetes, etc.

Le agrada la emoción primitiva de pertenecer a un grupo restringido y secreto -algún tipo de secta (?) o agrupación que la gente desconozca -la pandilla del gorro azul, los vengadores negros, etc.

Se acomoda a las modas de vestir, hablar, jugar y conducirse de los de su "banda", admira a los niños mayores y necesita del ejemplo de éstos y la

-guía en materia de tolerancia moral y sentido de la vida y ante la volubilidad de sus aficiones necesita la condescendencia de éstos.

Requiere saltar, correr, empuñarse en ejercicios agotadores propios para mayores, pero se deberá vigilar esto en previsión de agotamiento arduo.

Le gusta participar en los planes y actividades familiares-viajes, paseos a centros vacacionales, planes para la diversión ante espectáculos artísticos y deportivos. Le agrada emprender cosas y terminarlas y que le dan enormes satisfacciones-armado y decorado de aviones, barcos, etc.

La libertad de visitar sólo a sus amigos y ser anfitrión de los mismos en casa le ayudarán en el desarrollo de su personalidad.

Las actividades fuera de casa le dan ocasión de satisfacer su gusto por la aventura.

Necesita estar seguro de la comprensión y apoyo de sus padres en sus actividades creadoras y recreativas, así mismo deberá saber que ellos simpatizan con sus actividades artísticas -tocar el piano, la armónica, etc.

La tolerancia hacia sus gestos nerviosos y la oportuna indagación de su origen por parte de sus padres-una mala nota en su boleta escolar que necesita ser revisada por sus padres y no cumplir él esto, podría ocasionar una anomalía en su comportamiento y conducta habitual. Además comprender ciertas situaciones en las cuales aún no asume una responsabilidad como se quisiera-arreglo de su ropa, juguetes, útiles escolares en su cuarto.

Las pagas o propinas le ayudarán a conocer el valor del dinero y un cierto grado de independencia, a la vez el esfuerzo que requiere para tenerlo. Con deberes impuestos en casa se acostumbrará a hacer frente a situaciones serias y adquirirá ciertas responsabilidades positivas.

Respecto a las preguntas del niño relativas al sexo, los padres deberán contestar francamente de acuerdo a la edad del infante.

Los horarios de sus tareas caseras, el ver televisión, deberán estar en común acuerdo con los padres y vigilados por estos para fomentar la disciplina, la práctica de la argumentación y el razonamiento le ayudarán a desarrollarse mentalmente y adquirirá madurez si se le permite tomar decisiones y enfrentarse a las consecuencias de una equivocación.

1.-Posibles afecciones odontológicas.-

Podemos considerar que en esta etapa en que todavía persisten algunos de los dientes primarios, estos muestran ya grandes lesiones cariosas y que en ocasiones solo encontramos restos radiculares y que es incongruente pero a menudo encontramos grandes destrucciones de tejidos dentarios en la "muela de los seis años", la cual presenta a menudo la clásica forma de "molcajete" o "cazuela" dada la extensa lesión.

Casos frecuentes de hiperemias pulpares, pulpitis agudas o procesos paradontales a menudo se concentran más.

También es frecuente el observar en los premolares-sobre todo -ciertos grados de descalcificación a nivel de las cúspides o toda la cara masticatoria con un color blanqueco característico, lo mismo observamos en algunos primeros molares a nivel del surco meso-vestibular, en donde se presentan pequeñas depresiones susceptibles al ataque de la caries,

Y dada la incidencia de los molares primarios mucho muy cariados en caras proximales, se presentan mesializaciones de los primeros molares tanto superiores como inferiores y dando como resultado erupciones fuera de lugar de los segundos premolares sobre todo, que al intentar erupcionar originan presiones sobre los primeros premolares en sentido mesial, acercándose a los laterales, disminuyendo el espacio propio para los caninos, el cual irremisiblemente erupcionará mucho muy labializado, ejerciendo presión sobre el lateral lingualizándolo y presentándose entonces una malposición dentaria mucho muy amplia y por demás antiestética.

Los tejidos gingivales son los que a final de cuentas van a sufrir múltiples alteraciones, lo que va a producir que estos se dispongan de acuerdo a la situación presente, no cumpliendo satisfactoriamente su función de deslizar el alimento y reteniendo gran cantidad de éste gracias a la disposición que presentan los dientes, aunado a esto la mala higiene que presentan los escolares de esta edad y la ingerencia de productos con gran cantidad de carbohidratos, da por resultado caries proximales de dientes anteriores-superiores sobretodo -e inferiores.

También a esta edad es frecuente el observar mordidas mucho muy cerradas en la región anterior, dientes con un grado de erupción anormal, es decir no erupcionan lo que debería de ser en la región posterior y mordidas

cruzadas tanto anteriores como en la región posterior.

Encontraremos pues toda una gama de anomalías del aparato masticatorio, al encontrarse alterados algunos de sus componentes que van desde los dientes hasta los músculos masticadores que pueden tener un desarrollo hipo o hipertónico.

Algunos autores mencionan a los microorganismos causantes de la destrucción dentaria o presentes en procesos cariosos-caso concreto del estreptococo B hemolítico como agentes causantes de continuas amigdalitis, las que pueden considerarse como vías para futuras enfermedades cardiovasculares, de ahí que la caries debe ser completamente erradicada de los dientes

2.-Reacción psicológica ante el Cirujano-Dentista.-

El niño de ocho años reacciona con cierto grado de interés ante el odontólogo, pues va aprendiendo a perder su temor, pero necesita que se le explique que le vamos a efectuar el servicio y la utilidad del equipo odontológico y solo basta hacer esto una vez para que lo acepte rápidamente aunque lo espera con cierto grado de estrés.

El niño de esta edad que aún no ha tenido experiencia odontológica, reacciona con cierto grado de interés y temor y al ocasionarle algún tipo de molestia o dolor, reaccionará en forma muy estruendosa y se negará a seguir cooperando, pero al entablar plática razonadora, acatará lo propuesto y cooperará ampliamente, pero solicitará mayor cuidado y calma.

Se comporta muy bien, permanece sentado en la sala de espera muy quieto ya que su inquietud y curiosidad dan paso a una calma y expectativa esperada ante situaciones desconocidas y que una vez experimentadas se comportará como una persona mayor a su edad.

Podemos decir que desde esta edad, el comportamiento del niño ante el cirujano dentista será el de un verdadero adulto o bien el de una persona ya bastante razonable para mantener una conversación muy congruente con nosotros para cooperar ampliamente durante la cita operatoria sino le causamos experiencias odontológicas dolorosas en extremo.

3.-Posibles tratamientos odontológicos a efectuar en esta etapa.-

Ya que es frecuente observar lesiones cariosas amplias en los primeros molares, al remover ésta, ocasionará que los dientes queden muy frágiles,

-debemos proteger éstos, no dejando paredes delgadas o sin soporte dentina-
rio. Se recomienda la incrustación, aunque la amalgama bien aplicada, da bu-
nos resultados si su manipulación y condensación son excelentes.

Y ante casos cada vez más comunes de lesiones pulpares que van desde
hiperemias, hipertrofias pulpares o bien claras pulpítis, nuestra misiva es
conservar en lo posible a estos primeros molares mediante procedimientos
de protección indirecta, o directa según sea el caso; o bien mediante la
extirpación del órgano pulpar ya sea parcial o totalmente. Ahora bien si
consideramos el caso en que la raíz no ha alcanzado su etapa completa de
desarrollo y cierre normal del forámen apical hasta alcanzar la luz ade-
cuada para que penetren al diente los vasos sanguíneos, linfáticos y termi-
naciones nerviosas necesarias para asegurar la vitalidad del diente, efec-
tuaremos una Pulpotomía y aceleraremos el cierre del forámen apical con
substancias que contienen hidróxido de calcio y efectuar posteriormente
una buena obturación de conductos.

Además recordemos que es el primer molar permanente la base para una bu-
na oclusión futura, ya que nos dará la dimensión vertical adecuada para fa-
cilitar el acomodo de los demás dientes, tanto en situación anterior como
anterior, para implantar la contactación con los antagonistas.

Ahora bien si al evaluar el problema, se hace necesaria la extracción, co-
locaremos un mantenedor de espacio para evitar la extrusión del antagonis-
ta o bien dejaremos que sea el segundo molar el que ocupe el lugar del
primero si esto es necesario.

Las extracciones seriadas previamente programadas ante falta de espacio
por mesialización de los adyacentes en relación posterior, nos obligarán
muchas veces a la extracción de los primeros premolares con la finalidad
de conservar al canino en su lugar adecuado, ya que un diente que presenta
una raíz larga muy útil para fines protéticos en caso de así ameritarse.

En algunos casos se presentan impactaciones o inclusiones de caninos
superiores sobretodo, que obligan a su extracción ante un posible enquistamiento futuro. Esto es ocasiones fácil de efectuar por parte del odontólogo
si sigue los procedimientos y maniobras operatorias propias del caso, ex-
puestos en libros de texto relativos a la Cirugía Bucal y llevada a cabo
siempre con la ayuda de un auxiliar que conozca el asunto para hacerlo de

una manera rápida y eficaz aún con el empleo de anestesia local.

Un procedimiento operatorio descrito a grandes rasgos sería: (en el caso de canino superior impactado)

- (a) Excelente serie radiográfica-tanto periapicales como oclusales y en algunos casos panorámicas-para determinar en lo posible la disposición, tamaño, forma y cantidad de dientes impactados, así como precisar el sitio de acceso operatorio-vestibular o palatino.
- (b) Tener el equipo e instrumentos, así como el material complementario necesarios para la operación por efectuar-Eyector quirúrgico, fresas quirúrgicas de alta y baja velocidad -y respectivas unidades de trabajo-, lagras curetas, elevadores rectos, periapicales y de bandera, forceps adecuados de extremos activos delgados-tipo bayoneta-, raigoneras, bisturí con navajas intercambiables, limas para hueso, tijeras para cirugía, pinzas de curación, espejos bucales, portaagujas, hilo seda 3 0 o 4 0, gasas, suero fisiológico, solución isotónica (jeringas para irrigar las soluciones), etc.
- (c) Anestesia local, para bloquear tejido dentario y gingival y en ocasiones óseo.
- (d) Incisión unilateral o bilateral de acuerdo a las circunstancias.
- (e) Desprendimiento de escña del hueso y creación de un colgajo amplio suficientemente adecuado para no entorpecer las maniobras quirúrgicas.
- (f) Si se requiere de la ampliación de una ventana amplia, la efectuaremos mediante el uso de fresas quirúrgicas a alta o baja velocidad según sea la preferencia-estas últimas requieren constante irrigación para no hacer un sobrecalentamiento lesivo al hueso. Esto le llamamos Osteotomía.
- (g) Se ampliará la ventana para facilitar la extracción de un sólo intento pero de no ser posible esto último, se efectúa la sección del diente (Odontosección) y posterior extracción de las partes seccionadas con elevadores de bandera, periapicales o rectos.
- (h) Una vez extraído completamente el diente impactado, retiraremos el capuchón de tejido blando que rodeaba al diente para no dejar vestigios susceptibles de posibles enquistamientos futuros, mediante el curetaje en la cavidad ósea resultante.
- (i) Limaremos las crestas óseas cortantes y lavaremos profusamente para que no queden esquirlas óseas o dentarias que ocasionen algún tipo de

-secuestros y procesos infecciosos resultantes.

(j) Suturar con puntos aislados para juntar los labios de la herida.

(k) Prescripción de antiinflamatorios y analgésicos, así como de reposo, oí tando al paciente a los 4 o 5 días para quitar las suturas.

En casos de fracturas dentarias sobre todo en dientes anteriores superiores, no se recomienda el procedimiento restaurativo a base de Jakets Crown o de coronas Veneer, por presentar aun estos dientes una pulpa mucho muy amplia, susceptible de sufrir lesión al fresado, ya sea por sobrecalentamiento o por exposición accidental de algún cuerno pulpar.

Se prefiere el grabado de resinas como material restaurador eficiente y estético, esto se efectúa comúnmente y por demás fácil y rápido.

Una técnica sería:

- 1.-Si la lesión es amplia y cuando clínica y radiográficamente se aprecia cercanía con algún cuerno pulpar, pero sin llegar a herirlo, aplicaremos una delgada capa de hidróxido de calcio.
- 2.- Aislado previo ya sea en forma relativa o absoluta.
- 3.- Secado con aire para deshidratar el área donde aplicaremos algún agente grabador como es el ácido fosfórico-previamente diluido al 50%, dejando que actúe durante 1 minuto, o bien al 30% 2 o 3 minutos, de acuerdo a las indicaciones del fabricante.
- 4.-Se aplica agua para eliminar el ácido restante y se secan con aire a baja presión las áreas grabadas.
- 5.-Aplicación de la resina, primero la líquida y después la pasta sólida -ayudándonos con una cofia o tiras de celuloide para contener y delimitar la resina, dejamos endurecer durante 7 minutos aproximadamente-de acuerdo a las indicaciones del fabricante.
- 6.-Retiramos la cofia o la tira de celuloide y removemos los excedentes ayudándonos con fresas de diamante, fresas para resina, discos para pulir y tiras de lija.

Claro está que ya en esta edad podemos aplicar todos los procedimientos odontológicos antes mencionados.

EL NIÑO IMPEDIDO O DISMINUIDO

Anteriormente los padres de un niño disminuido frecuentemente se veían tan envueltos en los problemas médicos o en los sociales y familiares que no lograban apreciar la importancia de la atención odontológica.

Actualmente los padres de los niños disminuidos saben y han adquirido conciencia de que sus niños necesitan expertos cuidados dentales restaurativos y preventivos.

El estado dental de los niños disminuidos puede estar relacionado directa o indirectamente con sus impedimentos físicos o mentales.

El niño impedido puede presentar inicialmente un problema al odontólogo sin embargo con comprensión, paciencia y auténtico deseo de prestarles ayuda, el manejo de estos niños, puede llegar a ser una experiencia satisfactoria y de aprendizaje renovado y variable.

Casi todos estos niños pueden ser tratados en el consultorio dental, aún cuando requieran algunas consideraciones médicas específicas.

El niño que nació con el labio o paladar hendido o con otras deformaciones, puede también padecer problemas dentales muy complejos y graves, los que presentan retraso mental y los que sufren parálisis cerebral, enfermedades cardíacas y trastornos hemorrágicos pueden no tener problemas dentales específicos, pero sus capacidades físicas o mentales disminuidas a menudo impiden hábitos dentales higiénicos y dietéticos adecuados, creando así una seria amenaza a su salud dental.

La premedicación sistemáticamente aconsejada en el tratamiento de muchos niños impedidos, será de suma importancia en muchos casos.

Tomar en cuenta la relación existente entre este tipo de niños para con sus padres y de estos en cuanto a la manera en que tratan y alternan con este tipo especial de niños.

A veces se observa la actitud de un padre demasiado protector o bien hostil o exigente o en el mayor de los casos cierta "indiferencia".

Debemos inspirar a los padres la confianza de que un programa realista de prevención y restauración ante las presentes lesiones, asegurará buena salud dental a su hijo.

El consultorio y el personal deben transmitir siempre un medio grato para el niño en su visita inicial y posteriores.

La asistente dental será de vital importancia para un exámen inicial y tratamiento subsiguientes.

Al efectuar exámenes radiográficos, pediremos el concurso de la ayuda paterna para sostener la placa radiográfica por utilizar.

Manejo del niño durante el tratamiento odontológico.-

Trataremos ante todo de lograr la cooperación del paciente antes de restringir al niño o antes de emplear medicación o anestesia general. Jamás las restricciones o dominio físico deben ser sustitutos del manejo psicológico del niño paciente en cuestión.

Antes de efectuar algún tipo de restricción, deberemos hacer ver esto a los padres y explicarles detenidamente de la importancia del uso de dichos implementos.

La posición del sillón dental será en forma de que el paciente esté reclinado para que se torne más difícil el movimiento hacia adelante por parte del niño que se pretende atender.

Se utilizarán pinzas abre bocas -vigiladas estrechamente por la asistente dental mientras se utilizan, ya que se pueden desplazar y ocasionar laceraciones en tejidos blandos o subluxación de los dientes- o bien bloques de mordida de McKesson o dedales interoclusales para mantener la boca en posición abierta durante la visita de trabajo preventivo o de restauración.

Cuando sea indispensable el uso de implementos de "restricción" se utilizarán sábanas de restricción estabilizadora, dispositivos "pedi-wrap", cinturones de seguridad o bien tiras de restricción. Esta restricción física, no debe ser considerada como recurso de castigo o método disciplinario.

Cuando es posible, comunicar al paciente esto, e indicarle que es para que esté más seguro y a gusto, despleguemos su imaginación al describirle que es un traje espacial(el pedi-wrap) o ropa de seguridad que ayudará al niño a sentirse seguro e impedirá en modo alguno que se caiga de ahí.

Las restricciones parecen proporcionar una sensación de seguridad y comodidad para el paciente premedicado.

Si no se puede lograr la cooperación del niño de una manera rutinaria y si el tratamiento odontológico no fuera exitoso con empleo de premedicación, entonces se recomienda que el niño sea remitido a un hospital y se le administre un anestésico general.

PACIENTES INFANTILES QUE PRESENTAN LABIO HENDIDO Y PALADAR HENDIDO

El labio y paladar hendido se encuentran entre las deformaciones congénitas más comunes en el hombre. Estos defectos estructurales del complejo facio-bucal pueden variar desde una ligera mella en el labio o una pequeña hendidura en la úvula, hasta una separación completa del labio y ausencia de división entre las cavidades nasal y bucal.

En la mayoría de los casos, los individuos nacidos con labio fisurado, paladar hendido o ambas cosas, desarrollan varios defectos asociados, como dientes deformados, maloclusiones, menoscabo del lenguaje, infecciones del oído medio y alta susceptibilidad a infecciones superiores respiratorias.

Clasificación -Según Kernahan y Stark 1958-

Grupo I.-hendiduras del paladar primario-comprende todas las hendiduras localizadas antes del agujero incisivo, es decir todas las formas y grados de labio hendido y combinaciones de labio y procesos alveolares hendidos.

Grupo II.-hendiduras en posición posterior al agujero incisivo-comprenden todos los grados de hendiduras del paladar duro y blando.

Grupo III.- combinaciones de hendiduras en paladares primarios y secundarios. Comprende una combinación del grupo I y II.

La presencia de labio hendido se basa en la teoría de "deficiencia mesodérmica" en que se sugieren que el labio y el premaxilar existen en sus formas tempranas como una capa ectodérmica en donde están presentes 3 masas de mesodermo. Normalmente estas masas de mesodermo crecen y se unen para formar el labio superior y el premaxilar, pero si no crecen ni se infiltran en la capa ectodérmica, el debilitamiento consiguiente de esta delicada membrana se rompe, dando por resultado el labio hendido.

Respecto a los mecanismos embriológicos que producen hendiduras del paladar secundario, se acepta que es debido a que los procesos palatinos no logran encontrarse y hacer fusión en la línea media. El movimiento de estos procesos de posición vertical a cada lado de la lengua a fusión futura en posición nariz horizontal sobre la lengua es un proceso complicado que podría encontrar mucha interferencia. Entre los factores que podrían ocasionar esto tenemos:

- (a) falta de desplazamiento entre los procesos
- (b) procesos estrechos o algún otro defecto estructural
- (c) en individuos de cabeza demasiado ancha,

Aquellos que presentan solamente hendiduras palatinas en paladar blando requerirán cuidados dentales ordinarios a pacientes normales.

En ocasiones se requiere la participación del odontólogo, después del nacimiento de un niño así deformado, para la elaboración de un dispositivo obturante similar a una base de dentadura superior, el cual servirá para:

- 1.-evitar la caída del maxilar inferior
- 2.-facilitar la alimentación del lactante con paladar hendido.

El aparato se construye con resina acrílica sobre un modelo del paladar del niño. Elaborando un portaimpresión con cera de placa base reblandecida con agua caliente y adaptada al paladar y musculatura del niño, después de pulir y reforzar el portaimpresiones se toma una impresión empleando una película delgada de alginato. Una vez obtenido el modelo se procede a la elaboración del dispositivo en resina acrílica transparente.

Es probable que encontremos dificultades al tomar ciertas radiografías dentales, pero éstas serán de suma importancia para el diagnóstico de la caries, supernumerarios, anodoncias parciales, deformación de dientes, etc.

En caso de presentar desviaciones de tabique nasal, observaremos que -
-tienden a respirar por la boca y si al trabajar sobre sus dientes, bloqueamos la entrada del aire, reportarán estados de angustia y ansiedad, esto -
-puede superarse usando el dique de hule, con orificios amplios para el aire

Los pacientes con labio o paladar hendido o ambas situaciones, frecuentemente presentan dientes supernumerarios en la dentición primaria y permanente. En la dentadura primaria se permite que estas piezas hagan exfoliación de manera normal o puede hacerse la extracción después de la pérdida de las piezas adyacentes. En cambio en la dentición permanente, se extraen lo más pronto que sea posible.

También en este tipo de pacientes es común la ausencia de piezas dentarias, las cuales deberán ser reemplazadas por razones estéticas, las piezas artificiales pueden ligarse a una placa acrílica, que los niños generalmente retienen en boca sin dificultad.

Es frecuente observar hipoplasia amelogénica, sobre todo en el área de los incisivos. De ser posible esto recubrir estas piezas en su totalidad -por medio de coronas totales- para conservarlas, pensando en tratamientos futuros- como bases de coronas individuales o pilares de puentes.

La frecuencia de esta anomalía es mayor en los hombres que en las mujeres. La edad avanzada de los progenitores-especialmente la del padre-puede ocasionar esta anomalía estructural.

Respecto a la causa, aún se desconoce, pero se aceptan ciertas circunstancias entre las que tenemos:

- a) Factores exógenos.-cuando son atribuibles a algún agente ambiental específico (en casos de rubéola en la gestante durante el primer trimestre o ciertos fármacos del tipo talidomida).
- b) Genes mutantes y aberraciones cromosómicas -como cuando se presenta displasia ectodérmica y en casos de trisomías D y E.
- c) La herencia-en cuanto a los efectos de muchos genes (Herencia Poligénica) que predisponen estas alteraciones.

Tratamiento.-

Por lo común es quirúrgico.-consistente en volver a colocar y suturar las secciones hendidas.

Existen diversas técnicas para llevar a cabo esto, siendo la más utilizada la denominada "zetaplastia", sobre todo para casos de labio fisurado y se aconseja realizar esta operación entre las 2a y 12ava semanas de edad.

Respecto a situaciones de paladar hendido, se aconseja realizar la operación cuando el paciente tiene de 18 a 24 meses de edad.

Respecto a su tratamiento, por lo regular se emplean colgajos mucoperiosticos que se obtienen de los procesos palatinos óseos y se ponen en contacto en la línea media y en caso de no lograr satisfactoriamente esto o en ocasiones donde la cirugía no rehabilitaría adecuadamente dicha anomalía se recurre a la prótesis para obtener un cierre de estas cavidades anormales a través de dispositivos removibles de acrílico.

Alteraciones dentales comunes y forma de tratamiento.-

La presencia de hendiduras en el labio, en el paladar o en ambos, en recién nacidos ocasiona diversos problemas dentales.

Este tipo de pacientes lógicamente son más sensibles y están deprimidos por lo que se requiere por parte del odontólogo mayor comprensión y tacto para lograr cooperación del paciente.

De acuerdo a la gravedad de la deformación, serán los daños y cuidados observados a los dientes de estos pacientes.

Es necesario-en la mayoría de los casos-la intervención del ortodoncista para corregir las giroversiones de los dientes que es muy frecuente en este tipo de pacientes. Además de la elaboración en ciertos casos de diversos implementos protéticos especiales.

PACIENTES INFANTILES QUE PADEZCAN PARALISIS CEREBRAL

Esta enfermedad abarca una gran cantidad de disfunciones neuromusculares resultantes de una lesión cerebral. Estas lesiones no suelen ser progresivas y pueden provenir de defectos cerebrales congénitos, traumatismos, anoxia, infecciones o idiopáticos.

Entre estas disfunciones neuromusculares encontramos: espasticidad, atetosis, ataxia, rigidez, temblor.

Espasticidad.-resultado de lesiones de la corteza cerebral y se caracteriza por reflejos hiperactivos, presencia de reflejos por estiramiento y una dureza general de las partes afectadas.

Esta rigidez puede ser tan pronunciada como para impedir el movimiento pasivo de la extremidad.

Ataxia.-resultado de lesiones del cerebelo, las personas aquejadas demuestran un defecto o una falta total en el equilibrio y marcha inestable.

Atetosis.-resultado de la lesión del ganglio basal. Estos pacientes tienen movimientos involuntarios y desordenados sin propósito.

Rigidez.-resultado de lesiones del ganglio basal. Los individuos así afectados pueden mostrar un endurecimiento muscular al intentar movimiento

Temblor.-resultado de una lesión del ganglio basal.-Los individuos así afectados pueden mostrar temblores "intencionales" o no intencionales, según el grado de involucración.

Se suelen emplear las siguientes referencias a la zona de involucración de la parálisis:

Monoplejía: involucración de un miembro.

Hemiplejía: afectación de la mitad del cuerpo

Paraplejía: involucración de las piernas solamente.

Cuadruplejía: afectación de las cuatro extremidades.

Se asocia esta patología con algún grado de retardo mental.

La mayor frecuencia de retardo mental se ha observado en el grupo espástico y rígido, en el atetoides es el grupo de menor incidencia.

Con frecuencia son emocionalmente inmaduros y su rehabilitación es frustrante para los padres y el terapéuta.

Debemos tener en cuenta las limitaciones físicas del niño para la higiene bucal y la importancia de incluir a los padres en un programa efectivo de odontología preventiva.

Alteraciones dentales comunes y forma de tratamiento.-

Estos pacientes presentan un índice de caries mayor que los niños normales, esto puede atribuirse a su incapacidad de mantener buena higiene oral a la tendencia de los padres a mimarlos, alimentos blandos y cariogénicos y a la mayor frecuencia de defectos hipoplásicos del esmalte de los dientes. Se observa una mayor incidencia de maloclusiones y siendo estas menos severas en la dentición temporal, este aumento de maloclusiones puede atribuirse a funciones musculares anormales y a la presión poco natural de la lengua, característica en niños afectados de parálisis cerebral.

Lo mismo la incidencia de "briquismo" debida a una función muscular imperfecta o a problemas emocionales. La deglución atípica y la posición anormal de la lengua pueden provocar una mordida anterior grave.

Como anteriormente anotamos es frecuente observar hipoplasia amelogénica y esto está relacionado con el momento del traumatismo que provocó la parálisis cerebral y el momento de formación de esmalte hipoplásico. La incidencia de enfermedad periodontal-informes de Weisman -es tres veces superior a la de los niños normales, también atribuida a la dieta blanda, mala higiene bucal, mayor incidencia de maloclusión, briquismo y respiración bucal.

Es de importancia recordar que el reflejo tusígeno está a menudo demorado en los paráliticos cerebrales. Este retardo permite una fácil aspiración de los objetos, lo cual sería evitado con el uso del dique de hule, y tener a la mano equipo de aspiración para eliminar cualesquier desecho de la cavidad bucal.

Muchos de estos niños llevan viduas retraídas y están poco acostumbrados a tratar con gentes extrañas y por lo tanto muestran gran aprehensión.

El empleo de fármacos debe consultarse con su médico pediatra.

Se aconseja el empleo de apoyos bucales protectores durante procedimientos restaurativos, para impedir el cierre violento de las mandíbulas, con las consiguientes lesiones al odontólogo y al paciente mismo.

PACIENTES INFANTILES QUE PADECEN EPILEPSIA

Epilepsia: término griego que significa "apoderarse".

Diversos trastornos pueden causar descarga nerviosa anormal en el cerebro que producirá un ataque. Si estos son frecuentes, se denominará Epilepsia y afecta a las personas, produciendo un cambio en el estado de conciencia, experiencias sensoriales anormales, contracciones musculares tónicas o clónicas o un trastorno de la conducta.

Según su etiología, podemos clasificar en:

- a) Idiopática—en las cuales, no puede atribuirse a lesión estructural cerebral comprobable—frecuentemente son de origen genético.
- b) Sintomático—se asocian con enfermedades del cerebro, debidas a anomalías del desarrollo, lesión o enfermedad.

También se pueden clasificar en:

- a) Ataque de pequeño mal—se presentan episodios de pérdida momentánea y repentina del conocimiento. El niño adquiere cara inexpresiva y suspende cualquier actividad voluntaria que hubiera iniciado anteriormente. Pueden ser acompañadas de sacudidas rítmicas de cabeza y brazos. La duración es de aproximadamente 10 segundos.
- b) Ataque de gran mal—se observa giroversión de los ojos en las órbitas se dilatan las pupilas y la cara palidece o enrojece. Se pierde el conocimiento, el cuerpo sufre un espasmo tónico que detiene la respiración y el niño se torna cianótico. A los 10" o 30" se presentan contracciones violentas de los músculos y se presenta también salivación profusa, sudor y evacuaciones involuntarias de intestinos y vejiga. Gradualmente las contracciones se hacen menos violentas y cesan. Generalmente después del ataque el niño permanece estuporoso y cae en un sueño profundo, que puede durar 1 hora o más. Al despertar puede manifestar intensos dolores de cabeza y mostrar signos de inquietud durante un tiempo variable.

Alteraciones dentales comunes y forma de tratamiento.—

Se observa una marcada hipertrofia gingival, la cual se presenta muy fibrosa, producida por el anticonvulsivo que se emplea —frecuentemente el Dilantin. El índice de caries es similar al niño normal, aunque se observa un mayor incremento de placa bacteriana y frecuentes gingivitis.

Esta hiperplasia gingival, se puede remover quirúrgicamente, aunque si

-se sigue con la terapia anticonvulsiva, se puede presentar nuevamente; y si el problema parodontal sigue presente, deberemos consultar al médico general del niño para considerar un cambio de régimen medicamentoso.

Si al estar en consulta el paciente presenta un ataque epiléptico leve deberemos asumir una actitud pasiva, ya que se recuperan prontamente, sin que lleguen a lastimarse, en caso de presentar un ataque epiléptico más acentuado, debemos tomar medidas preventivas inmediatamente como sería el de insertar en la boca una "ayuda" bucal de caucho o de plástico para evitar que se muerda la lengua y colocar al paciente en una posición en la cual no pueda lesionarse-acostarle en el piso, sin objetos cercanos.

PACIENTES INFANTILES QUE SUPLEN RETARDO MENTAL

Los términos retardo mental o subnormalidad mental se refieren a características intelectuales por debajo del índice normal en niños con defectos de desarrollo como: debilidad mental, idiotez, imbecilidad, mongolismo, etc

De acuerdo al C.I. (cociente intelectual) se pueden clasificar en:

- 1.-Subnormalidad leve-C.I. de 50 a 69-edad mental de 8 a 12 años en adulto
- 2.-Subnormalidad moderada-C.I. de 20 a 49- " " } a 7 " " "
- 3.-Subnormalidad grave-C.I. de 0 a 19-edad " " 0 a 2 " " "

La etiología de esta enfermedad puede deberse a: infecciones, intoxicación, traumatismos, trastornos del metabolismo, crecimiento, nutrición, tumores, influencias desconocidas pre y postnatales, anoxia y la herencia.

Alteraciones dentales y forma de tratamiento.-

Por presentar una higiene oral deficiente y hábitos dietéticos cariogénicos sufren altos índices de caries y enfermedades periodontales más elevados que los niños considerados normales.

Las necesidades odontológicas varían muchísimo en estos pacientes y deberán ser examinados y planificados sobre una base individual.

El odontólogo debe estar preparado para evaluar la conducta del niño anormal, interpretar el grado de retardo y planificar el programa de restauración y prevención odontológica.

Deberá tratarse a estos niños con algo más de firmeza y comprensión que la requerida para tratar a los niños de 8 a 10 años considerados normales. Si no se logra el nivel de cooperación necesario para su atención odontológica y más cuando este es extenso, la única solución es mediante el -

-empleo de la anestesia general.

Consideraremos brevemente al paciente que presenta el síndrome de Down. Es uno de los síndromes de malformación más fácilmente reconocibles y tiene una frecuencia de 1 de cada 600 recién nacidos.

En estos pacientes observamos aberraciones cromosómicas de trisomía, translocación y mosaicismos.

Presentan algunos rasgos característicos como son: estatura corta, occipucio aplanado, pliegues epicanáticos, amplio puente nasal, orejas dobladas, maxilar superior corto, lengua protrusiva, manos y dedos cortos, clinodactilia, línea simia, trirradio distal, cardiopatía congénita, separación del segundo y primer dedo del pie, hipotonía y retardo mental.

Entre las alteraciones bucales tenemos: erupción tardía de piezas dentarias deciduas, exfoliación temprana de las mismas, incisivos laterales defectuosos o ausentes, deformidad dentaria, gingivitis, maloclusiones severas y a veces prognatismo mandibular.

Los hijos con síndrome de Down pueden nacer de madres de cualquier edad, sin embargo el riesgo de tener hijos con este síndrome aumenta con la edad de la madre.

Respecto al tratamiento odontológico, dependerá de la evaluación del paciente respecto a sus antecedentes y colaboración ante los procedimientos ordinarios y en caso de no cooperar a pesar de todos nuestros intentos pensaremos en la posibilidad del empleo para el sometimiento del paciente a través de la anestesia general, ya sea intravenosa -barbitúricos o agentes similares aplicados por una persona competente en el ramo- o bien mediante procedimientos de intubación para posterior administración de gases anestésicos, realizado esto último en el quirófano con especialistas en esto.

PACIENTES QUE PADEZCAN CARDIOPATIAS CONGENITAS

Las cardiopatías congénitas se deben a deficiencias estructurales del órgano cardíaco.

Clasificación -según Lamber y Hahn-

a) Cardiopatía acianótica. los pacientes con esta afección tienen una derivación izquierda-derecha. Esta anomalía es corregible quirúrgicamente, entre estos defectos encontramos: defecto del tabique ventricular, defecto del tabique auricular, estenosis aórtica congénita, conducto arterioso per-

-meable,estenosis pulmonar.

b) Cardiopatía cianótica-se presentan cianóticos con el ejercicio y su defecto provoca una desviación derecha-izquierda.Se les puede reparar quirúrgicamente,entre estos defectos tenemos:Tetralogía de Fallot,trasposición total de las grandes arterias,corazón izquierdo hipoplásico,atresia de válvula tricúspide.

c) Malformación cardíaca obstructiva-los niños con este problema suelen ser acianóticos y sus malformaciones en lo que respecta a la cirugía,deben ser diagnosticadas individualmente.Entre estos casos tenemos: estenosis pulmonar,estenosis de la aorta y coartación de la misma.

Se observa una gran incidencia de enfermedades cardiovasculares,relacionados con síndrome de Turner,de Marfan,labio o paladar fisurado.

Respecto a la etiología se piensa en factores hereditarios y ambientales tales como rubeola y anoxia durante el embarazo.

Alteraciones dentales comunes y forma de tratamiento.-

Si la cardiopatía está ligada a ciertas anomalías como megolismo, labio o paladar fisurado,los problemas dentarios serán de acuerdo a las características de la anomalía,pero fuera de esto,no presentan un mayor índice de caries y enfermedad periodontal específica.

La preocupación del odontólogo al tratar con cardiópatas es prevenir la Endocarditis bacteriana,el tratamiento de sus enfermedades dentarias y el mantenimiento de una buena higiene oral.

A veces es frecuente encontrar caries a edades tempranas,debido a la mala higiene que presentan,ya que muchos de estos pacientes son "perdonados de efectuar su cepillado dental,por la situación de estar enfermos.

Se recomienda el uso profiláctico de antimicrobianos 24 horas antes de efectuar algún tratamiento odontológico que pueda iniciar una bacteremia y la prosecución por lo menos 48 horas después de ese tratamiento-refiérase por ejemplo extracciones,tratamientos endodóncicos,etc. El objetivo es evitar una endocarditis bacteriana-generalmente ocasionada por el *Streptococcus viridans*,encontrado comunmente alrededor de las piezas dentarias.

Al planificar el tratamiento se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones: (a) es aconsejable el uso de anestésicos que contengan la dosis adecuada de epinefrina para prolongar el tiempo de duración.

- (b) Someter al paciente al mínimo agotamiento, en procedimientos prolongados se recomienda la premedicación, cuando éste requiera actividad mínima.
- (c) En tratamientos de conductos, la elección será muy cuidadosa.
- (d) Tomar en cuenta que los niños con corazón grande y congestión pulmonar grave son muy susceptibles a infecciones respiratorias, pulmonía, etc.
- (e) Una súbita aparición de disnea, con síncope o sin él suele ser grave y fatal. Avisar al médico, administrar O_2 , morfina (1mg por 5kg de peso), colocar al paciente en la posición rodilla-pecho.
- (f) Se puede esperar anemia en los pacientes con endocarditis bacteriana y puede ser necesario una transfusión de sangre para prevenir el síncope previo a situaciones de stress, como el tratamiento odontológico.
- (g) Si se piensa en premedicación o anestesia general, debemos contar con la opinión del cardiólogo y el procedimiento será llevado a cabo en un hospital junto con personal médico experimentado.

Se ha observado que los niños cianóticos son más bajos y presentan una mayor incidencia de maloclusiones del tipo insuficiencias del arco en longitud. Los niños con estenosis aórtica supraalveolar tienen microdoncia, dientes cónicos y morfología atípica de los molares temporales. Es común la mordida cruzada invertida posterior, los premolares en versión lingual.

Estos pacientes pueden ponerse más cianóticos, aumento del pulso por minuto, pero rara vez ocasionará esto un trastorno cardíaco o respiratorio. No se recomiendan las restricciones físicas en estos pacientes.

PACIENTES INFANTILES QUE PADECEN TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

La ausencia de cualquiera de las sustancias necesarias para la actividad trombotéptica puede producir un estado hemofílico.

Las situaciones clínicas comunes con los factores defectivos específicos son: 1.- Hemofilia A: globulina antihemofílica -tromboplastinógeno. AHG, factor trombotéptico protoplásmico.

2.- Hemofilia B + componentes trombotépticos PT2.

3.- Hemofilia C : antecedente trombotéptico plasmático PTA.

La hemofilia más común es el trastorno causado por el factor VIII (globulina antihemofílica) deficiente; se transmite en forma de rasgo recesivo mendeliano ligado al cromosoma X y se produce exclusivamente en varones. Aunque los niños que la padecen son "sangradores potenciales" desde el

nacimiento, puede no observarse sangrado excesivo hasta que aumente la actividad del niño, aproximadamente a los seis meses de edad. Puede producirse sangrado en cualesquier lugar, pero es más común en músculos, riñones, boca y articulaciones. Son particularmente vulnerables las rodillas de los niños que empiezan a caminar.

Alteraciones dentales comunes y forma de tratamiento.-

No sufren enfermedades dentarias específicas, aunque cualquier tratamiento odontológico que se planea realizar en ellos es grave ya que existen enormes riesgos, es necesario recalcar en tratamientos preventivos antes de recurrir a los procedimientos restaurativos en estos pacientes.

El tratamiento odontológico de rutina, deberá llevarse a cabo con suma precaución para evitar laceración de los tejidos por trauma.

Al planificar el tratamiento deberemos tomar en cuenta los siguientes puntos: (a) Se evitará la aprehensión con premedicación.

(b) Se ha de evitar la anestesia regional en inferior. No se usará la anestesia por rutina, a menos que haya un gran dolor.

(c) Se empleará dique de goma, para mejor manejo del paciente y para proteger los tejidos blandos. Se aplicará anestesia tópica antes de colocar la grapa para el dique y las ligaduras.

(d) Se tendrá extremo cuidado al efectuar odontoxesis, al adaptar bandas para matrices y al reducir los tejidos dentales en proximal y subgingival para futuras coronas.

(e) Recurrir a la terapéutica de Encloncia cuando sea posible en lugar de las extracciones y en caso de así ameritarse-tratamiento de conductos- se ha de evitar la instrumentación más allá del ápice radicular.

(f) Deberá encararse un rígido programa de cuidados hogareños y prevención odontológica.

(g) La mayoría de los problemas menores de hemorragia pueden ser remediados mediante empaquetamiento con presión.

Si se previera una hemorragia excesiva por los procedimientos odontológicos o si se produjera una emergencia, se deberá seguir este plan:

1.-El niño será internado en un hospital.

2.-Se revisará la historia médica de episodios hemorrágicos.

3.-La intervención médica deberá incluir un análisis detallado, incluido

análisis de tiempo de coagulación, recuento de plaquetas, tiempo de sangrado y determinación del factor hemático defectuoso para establecer el tipo de problema hemorrágico.

4.-El hematólogo deberá coordinar el manejo del paciente con los procedimientos odontológicos.

5.-El odontólogo deberá asegurarse que el médico tomó las medidas para contar con crioprecipitado de plasma, antes de iniciar trabajo alguno.

6.-El paciente deberá ser premedicado para los trabajos largos, si se espera aprehensión o mala conducta.

7.-La anestesia local suele estar contraindicada, sólo se usará con grandes precauciones. Si tuviera que ver con el sometimiento del paciente, preferible el uso de la anestesia general.

8.-Antes de cualquier procedimiento quirúrgico se realizarán todos los trabajos operatorios con dique de goma. Todo el tratamiento deberá ser efectuado con el mínimo de traumatismo de los tejidos.

9.-Para controlar la hemorragia se podrán emplear empaquetamientos con presión. Después se colocará un hemostático como el Gelfoam en el alveolo o donde sangre y se le impregna trombina bovina recién preparada.

10.-Cuando se reprima la hemorragia, a menudo es prudente prevenir nuevas irritaciones mediante una estabilización con férula de acrílico sobre el lugar de la herida quirúrgica. Se mantendrá la férula de 7 a 10 días. Se tendrá un modelo preoperatorio disponible por si fuera necesario el empleo de una nueva férula.

11.-El odontólogo y el hematólogo deberán calcular el tiempo aproximado de curación y deben planear el programa de transfusiones operatorias posteriores. A menudo se iniciará la hemorragia de 5 a 6 días posteriores; cuando se interrumpan los factores plasmáticos o coagulantes, suele ser mejor extenderse con la terapéutica de las transfusiones antes que interrumpirla demasiado pronto y afrontar una recidiva de síntomas.

12.-La dieta y el cuidado postoperatorio hogareño, acordos con el tipo de tratamiento dental, deben ser descritos cuidadosamente a los padres.

Los niños con trastornos de las plaquetas, deberán ser tratados de una manera similar a los hemofílicos.

La terapéutica odontológica más importante es el cepillado dental, para

mantener sanos los tejidos dentarios y gingivales. Esto es válido en especial para los niños que padecen leucemia. El mantenimiento de una encía sana, desalienta la proliferación de leucocitos en las papilas interdentales y cervicales y la consiguiente transformación de los tejidos blandos en un tejido hemorrágico reblanecido. El tratamiento odontológico en un paciente leucémico es paliativo. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles por mantener cómodo al paciente y evitar los episodios hemorrágicos.

PACIENTES INFANILES QUE PRESENTAN SORDERA Y CEGUERA

El niño sordo presenta un cuadro totalmente diverso a los demás niños ya que recordemos que este niño tiene que aprender a través de los demás sentidos. El preescolar sordo y el niño pequeño, pueden ser muy difíciles de abordar, pues no han sido adiestrados en la comunicación. Sus experiencias suelen estar relacionadas con el medio familiar. En cambio el niño es colar puede ser abordado mediante una base de "ver, tocar y gustar".

Algunos niños son capaces de leer los labios y asociar gestos y expresiones faciales con significado de palabras. Si se les deja tomar y ver los instrumentos, el niño sordo demostrará recepción a los procedimientos.

Si el niño es retardado y requiere un extenso tratamiento odontológico, la conducta puede ser controlada mediante premedicación ordinaria.

Alteraciones comunes dentales y forma de tratamiento.-

No existen problemas dentales específicos en el niño sordo; en el niño invidente, vemos que es fácil de abordar, está acostumbrado a la comunicación verbal, a tocar y gustar.

El preescolar ciego o el retrasado no cooperarán y es posible que se requiera premedicación. Rara vez se requerirá el uso de anestesia general.

Después de crear una imagen verbal, se procura que el niño sienta y toque los objetos y se permitirá que lo sienta en su boca—referido al gusto y a la vibración.

Las primeras sesiones con el niño ciego pueden parecer no compensadoras sin embargo un enfoque educativo lento tendrá buenos resultados, hasta que pueda percibir el tratamiento y comprender su importancia. Como el niño asocia la voz y las maneras con los procedimientos, la confianza que logra mos inculcar en el niño, nos permitirá realizar los procedimientos odontológicos comunes en su tiempo normal.

TRATAMIENTO ESPECIAL A NIÑOS DIFÍCILES NORMALES EN EL CONSULTORIO DENTAL (MENORES DE SIETE AÑOS)

En algunas ocasiones nos llevan a nuestra consulta a determinado tipo de niños que presentan ciertas características que hacen que se les consideren en cierta clasificación que llamaremos difíciles siendo estos completamente normales psíquico-físicamente.

Este término lo emplearemos a los infantes que requiriendo atención odontológica no se prestan bajo ninguna circunstancia común a colaborar con nosotros cuando intentamos hablarles siquiera-en algunos casos-.

Como hemos anotado estos niños son normales físico-intelectualmente, pero no cooperan ante algún procedimiento odontológico rutinario, por lo que en mi práctica personal he hecho, es necesario efectuar en ellos un procedimiento que según diversos puntos de vista parecerá drástico e inhumano según dicen-pero que hasta ahora no hemos notado resultados negativos-un tanto agresivo y cruel(?).

Tal vez aquí entre en juego el amor propio y el deseo de demostrar que al recurrir a uno como odontólogo{los pacientes}tenemos la obligación de demostrar con hechos la eficacia de nuestro trabajo.

Ahora bien una medida comunmente adoptada por algunos compañeros odontólogos, es el uso de la anestesia general como auxiliar en este tipo de pacientes y que ni siquiera se toman la molestia de intentar someter al paciente mediante los procedimientos rutinarios y sólo en determinados casos extremos podemos pensar en este medio como último recurso.

Anotaremos y ratificaremos que el empleo de la anestesia general como auxiliar en tratamientos odontológicos es bueno, efectivo, rápido de inducir y aparentemente sin efectos tóxicos generales, pero que aumentará el costo de susodicho tratamiento y nos preguntaremos: Puede pagarlo la gente común que somos la mayoría ?.

En diversos libros de texto, preconizan que debemos intentar todos los recursos posibles conocidos no lesivos, antes de pensar someter al paciente mediante la anestesia general.

De ahí que en este pequeño capítulo, detallaremos algunas técnicas que solemos emplear ante este tipo de pacientes y que nos ha dado excelentes resultados sin ningún daño físico o psíquico posterior.

Debo aclarar que estas técnicas no son de nuestra invención, las hemos asimilado de otros compañeros odontólogos, aunque si las hemos modificado de acuerdo a nuestras características personales.

El niño difícil lo consideramos como tal, al paciente que va desde llorar ampliamente sin lograr callarle, hasta el niño caprichudo e irracional en extremo, incluso sus padres no logran someterle con palabras - por lo común son éstos últimos los culpables de dicha actitud infantil - lloran con intensidad y frecuencia extraordinaria, patean, golpean objetos a su alcance e intentan o amenazan golpearnos o matarnos. Y a veces llegan a decirnos malas palabras, en fin nos muestran un cuadro sumamente desalentador y aparentemente parece ser que no colaborará con nosotros.

Por lo regular ni siquiera se sientan y están siempre al lado de sus padres berriquiando y pidiendo a lágrima viva que salgan inmediatamente de "...este lugar tan feo y horrible..."

Algunos pacientes se comportan así y hacen que sus padres a quienes les apena la situación, empiezen a ponerse nerviosos, en tensión y que provenga la amenaza del maltrato físico, incluso dentro del consultorio dental; Otros nos sugieren que por favor atendamos a sus hijos en una cita futura y que llegando a casa "...hablarán con sus hijos...", y que seguramente después colaborarán con nosotros. (Es obvio que dicha plática se refiere al empleo del maltrato físico con la vanal respuesta del niño que si se dejará .) Esto es contraproducente para nosotros ya que demostrará nuestra ineptitud al dejar que nos "ayuden" en esa forma los padres, que al parecer ya han intentado el convencimiento mediante regalos, promesas - sobornos clásicos - y que rotundamente han fracasado y consideran como último recurso dicha actitud negativa.

Debemos hacer como anotamos anteriormente, que los padres adquieran confianza absoluta en nosotros aún en las primeras citas, mediante una conversación previa con ellos, en la cual utilizaremos toda nuestra elocuencia y poder de convencimiento para lograr dicha confianza e indicarles que fácilmente podemos resolver alguna circunstancia o contrariedad que se dé.

Otros pacientes se tornan difíciles a consecuencia de los comentarios que oyan respecto a los procedimientos odontológicos, ya sea por parte de propios padres, o bien mediante conversaciones con sus familiares o amigos

El niño "caprichudo" o el "rebeldé" que desea que todo se le cumpla y cuando no está de acuerdo, o bien se niega a tal o cual cosa, hace gala de su ya clásico berrinche o ataque histérico, tirándose al piso y llorando como si lo estuvieran golpeando.

Todos estos niños son los que nosotros odontólogos no especialistas por lo común nos sacan de la rutina de efectuar cavidades, extracciones, rehabilitación de los espacios edéntulos, que por lo común tienden a volverse monótona rutina y que como anotamos anteriormente por "amor propio" deberemos intentar resolver sus problemas dentarios y bucales mediante procedimientos de rutina y sólo en el supuesto caso y como último recurso llevaremos a hacer esto mediante el uso de la anestesia general.

A continuación detallaremos con palabras simples aquellas técnicas que hemos asimilado en la práctica profesional, ante este tipo muy especial de pacientes y que nos han reportado excelentes resultados.

Tratamiento del niño "miedoso" difícil...

Ante todo, deberemos mostrar seguridad en nosotros mismos e inspirar esta situación al niño y a sus padres, observar y catalogar en ese preciso momento la actitud del niño y pensar rápidamente en el mejor modo posible de hacernos obedecer sin acrecentar su temor.

El niño por lo regular no querrá separarse de sus padres ni un segundo por lo que permitiremos que pase con él a la sala operatoria e incluso que sea él quién lo lleve al asiento dental. Si empieza a llorar y se aferra con desesperación al acompañante, dejaremos pasar unos instantes habiéndole desde lejos y acercándonos gradualmente.

A continuación le diremos que si no deja de llorar haremos que salgamos y que le dejarán sólo y aunque lloro no se le obedecerá en lo más mínimo.

Muchas veces esto basta y el niño tiende a cooperar, pero si a pesar de esto persiste en su actitud, pediremos al acompañante que salga y que no deje a solas con su niño. Aquí por lo común los acompañantes intentan convencerle a que coopere o se irán a casa, aunque el llanto de sus hijos les haga inconscientemente permanecer ahí y no salir, por lo que pediremos a los padres nuevamente que salgan, al hacerlo el niño pedirá que se queden y que si cooperará, "...pero que no se vayan...". En entonces cuando debemos indicar con palabras suaves pero enérgicas y convincentes sin alterar

demasiado la voz-dirigirnos al niño y decirle que si no coopera a la próxima intentona, sus padres si saldrán y quedará sólo.

Frecuentemente al llegar a este estadio, el niño miedoso difícil coopera ya que no desea quedarse a solas (a quien todo lo que ve le causa temor). Y mediante el empleo de paciencia y mucha perseverancia y ante todo técnicas odontológicas adecuadas, procederemos a atender al niño, aún en las primeras citas, cuando no nos conoce ni nos da toda su confianza.

Evitaremos ante todo con este tipo de pacientes, causarle un máximo de dolor en los procedimientos odontológicos requeridos para ir ganando así su amistad y platicándole continuamente cosas de su agrado e interés.

Veamos ahora el caso del niño "miedoso rebelde" difícil.-

Se muestra renuente a sentarse y soltar a su acompañante, con su clásico lloriqueo alarmante y profuso.

Una vez que ha sido llevado al sillón dental, pediremos al padre en cuestión y que se retire unos cuantos pasos de ahí.

Si el niño tiende a aferrarse al padre, nosotros lo sujetaremos e impediremos que así lo haga, indicándole que de seguir así, haremos que salgan.

Frecuentemente el niño tiende a revolverse en el sillón dental e intenta desasirse de nosotros, a patear, a decir malas palabras, a llorar desahogadamente, en fin emplea todos sus recursos aprendidos para dejarle en paz.

Ante esta situación por demás desagradable, pediremos y haremos salir a los padres de la sala operatoria, indicándoles que no se preocupen, que podemos controlar la situación, que no es nueva esta situación para nosotros y que les llamaremos cuando creamos esto necesario.

Al salir los padres el niño llora con mayor intensidad y frecuencia, golpea lo que se encuentra a su alcance y amenaza con atacarnos si no lo dejamos ir con sus padres que por lo común esperan en la recepción y se encuentran a la expectativa, entonces como sin dar importancia le diremos que puede hacer lo que quiera, pero que si persiste en ello, no llamaremos a nadie hasta que se comporte como debe de ser; al ver que sus palabras y acciones no surten efecto, promete que si dejará de llorar o que cooperará pero que vengán sus padres y lo dice con tal elocuencia que tenemos que darle crédito aparentemente a sabiendas que muy probablemente no sucederá así. Nuevamente al estar presentes sus padres vuelve a intentar su treta

-infantil de llorar y exigir que se lo lleven de ahí pero ya. Volvemos a indicar al niño que se controle o nuevamente haremos salir a sus padres y como persiste en esa actitud, haremos que salgan y esperen nuestro llamado, es posible que esta situación se repita varias veces, hasta que decidamos ponerle fin hablando drásticamente al niño, indicándole que esta será la última vez que trate de engañarnos y que esta próxima vez sus padres se irán a casa quedándose él hasta que coopere y en caso de no hacerlo se quedará indefinidamente y si sigue en el mismo plan, pediremos a los padres que se "vayan"-previamente les haremos entender que esto es necesario y que digan a su hijo que como no quiere cooperar se marcharán a casa y solamente vendrán cuando nosotros se lo pidamos, haciendo el simulacro de así hacerlo.-En ocasiones ha sido necesario que realmente abandonen el consultorio dental y regresen posteriormente cuando les llamamos.)

El niño ante esta situación inesperada, tiende a cooperar ante el temor de quedarse sólo y que nadie le defenderá de nosotros.

Pero si el niño aparenta cooperar pero a la vez utiliza variados recursos para aplazar tal o cual tratamiento, le indicaremos que ya estuvo bien y en cambio si coopera más pronto se irá a casa.

Debemos cumplir nuestra palabra de que salgan de la sala operatoria los padres hasta que hayamos terminado lo planeado a efectuar en esa cita, prometiendo que si se comporta mejor podemos permitir que entre su acompañante o que terminaremos pronto.

Aun ante súplicas y promesas de "portarse bien" mantendremos nuestra postura para demostrar que somos más obstinados que él, pero que daremos mayor celeridad a nuestro trabajo; es entonces cuando nuestro paciente empieza a comprender que nosotros podemos más que él y tiende a cooperar, pero primero suele arrancarnos la promesa de que sea rápido lo que hagamos.

Actuaremos entonces con delicadeza, rapidez y seguridad en nuestros procedimientos, indicando antes lo que vamos a hacerle y demostrando con hechos la veracidad de nuestras palabras.

Es importante hacer al niño que hemos cumplido lo pactado con él y que llamamos a sus padres-a veces a la mitad de la cita-sólo porque él cooperó como todo un valiente y que si se comporta así lo atenderemos mejor en las próximas citas y que non considere como sus amigos que sólo pretenda

-mos curarle sus problemas dentarios y bucales. Regularmente el niño se presenta ahora mucho mas calmado y promete muchas cosas respecto a su comportamiento futuro.

Analizamos ahora el caso del niño "caprichudo" difícil.-

Este tipo peculiar de pacientes con quienes los procedimientos ordinarios no surten ningún efecto y a quien ya hemos tratado de convencer con las anteriores técnicas y que observa y mantiene su postura por capricho típico, hace el berrinche característico como es el de szotarse en el piso intentar y lograr arañar, golpear, morder, etc.; a quienes le impidan reunirse con sus padres, llorar a grito abierto, decir un repertorio de malas palabras y parece que lo agrede uno físicamente por su comportamiento.

Viendo que las pñas bras no surten efecto, procederemos al empleo de la restricción física mediante el empleo de una "toalla" o "trapo" cuyo objetivo es someter al niño por muy difícil que se ponga, esto se logra cubriéndole la boca y la nariz, impidiéndole el paso del aire y dificultarle la respiración momentáneamente, aplicando ésta con fuerza e impidiendo que se la quite, sujetando con una de nuestras manos las extremidades superiores, para evitar que se la quite como anotamos, con suavidad hablaremos a su oído palabras suaves pero enérgicas; es posible que ceda en su actitud en la primera puesta, pero de no ser así, seguiremos utilizando este recurso el número de veces requerido hasta alcanzar el objetivo que nos hemos propuesto, ya sea su colaboración o su acatamiento.

En algunos pacientes debido a su peso y corpulencia física, es necesario sujetarle piernas y brazos y rodearles, apoyamos su cara en nuestro pecho para un mejor control, estando uno convenientemente sentados y lejos del alcance de objetos que puedan ser dañados por el infante cuando este se mueva o patalés contra nosotros o contra lo que ve enfrente o manoteé.

Ante esta situación, el niño opta por rendirse y pide que se le quite dicho trapo, pero si al quitárselo continúa llorando o mostrando remencia a cooperar, se le dirá que la próxima intencóna será poniéndoselo por mayor tiempo e incluso se ejercerá mayor presión contra su cara y que no pida que se la quitemos, porque no se le obedecerá ya que no cumple lo que promete. Y sólo en caso de obediencia, no se le volverá a aplicar.

En caso de presentar renuencia, aplicaremos con mayor fuerza la "toalla" incluso nos atrevemos a sugerir, que se continúe la presión hasta que el niño se le dificulte la respiración y al notar que hemos ido demasiado lejos en este procedimiento, claro está sin riesgo de provocar asfixia, aflojaremos para permitir el paso de aire, para luego volver a presionar con la misma intensidad anterior. Esto se hace con la finalidad de desaserear al niño y hacerle ver que uno puede más que él, debido a nuestro tamaño, fuerza y tenacidad y que lograremos irremisiblemente nuestro objetivo a pesar de las trabas que nos ponga.

Claro está que esto lo utilizaremos como último recurso, para lograr nuestra finalidad y que lo haremos cuantas veces sea necesario hasta así conseguirlo y dominar al niño.

Este procedimiento lo haremos obviamente completamente a solas, sin que para esto entren o pidan colaborar los padres, ya que sufrirían y angustiarían al ver esto. Aunque en alguna cita futura y cuando hayamos terminado el tratamiento odontológico, les diremos a los padres -si nosotros queremos claro está- la forma sin entrar en detalles de como logramos esto.

Este método es muy eficaz para hacer callar a un niño que llora desahogado, a un niño que aunque calmado se niega rotundamente a que se le apliquen las famosas "hormiguitas" para evitarles dolor, cuando éstas son requeridas en nuestros procedimientos operatorios.

Una vez lograda la cooperación del paciente entra en juego nuestra habilidad para hacer ver al niño que esto fué muy necesario para hacer que cooperara y que si en otra ocasión intente hacer su "teatrito" lo volveremos a hacer sin miramientos de ninguna especie, es decir prevenirlo para otra cita futura en la que no quiera cooperar.

En algunas ocasiones el niño logra tomar la toalla y tiende a esconderla, con toda calma, le diremos y mostraremos que tenemos muchas de esas e incluso más grandes, hasta hacer que nos la entregue o que la coloque en el lugar que le indiquemos. Y cuando decida cooperar, le diremos que la toalla ahora nos servirá como recordatorio, incluso nos damos el lujo de colgarla sobre su blusa, diciéndole que es para que no ensucie sus ropas. Esto es con el objetivo de no crearle una fobia hacia el trapo y hacerle ver que somos nosotros los que vamos a decidir cuándo, cómo y donde hare-

-mos lo requerido en dichas citas, aunque podemos aceptar sugerencias de su parte siempre y cuando sean éstas coherentes.

Muchos autores están en contra de estas técnicas, las cuales las consideran nocivas para la psique del niño, hemos comprobado que tal aseveración no tiene una base sólida como tal, ya que al paso del tiempo hemos visto que no se procrean situaciones de trauma psíquico demostrable. Tal vez basen sus fundamentos en que no las aplican con el cuidado que se requiere y el deseo de lograrlo y de ahí que preconizan el empleo de la anestesia general sin más ni más, ya que esto ocasiona a veces pérdidas de tiempo.

Cabe mencionar que el empleo de fármacos como premedicación, es un recurso de muchísima utilidad en este tipo de pacientes considerados difíciles como sería el empleo de sedantes adecuados al peso y tamaño del infante en cuestión, para calmar un poco el ímpetu y agresividad que muchos de estos suelen presentar.

Recordemos que nuestra premisa es atender odontológicamente y de la mejor manera posible a todo tipo de pacientes y que mientras más difícil se nos presenten, mayor satisfacción es ver realizado nuestro trabajo en forma eficaz y que quienes recurran a nosotros queden satisfechos plenamente.

CONCLUSIONES

El manejo del niño durante el procedimiento odontológico es una experiencia mucho muy grata y satisfactoria si se cumple con algunos de los conceptos anotados.

La importancia de preservar los dientes primarios y permanentes mediante procedimientos preventivos o correctivos, tiene como finalidad contribuir a asegurar una óptima salud en general.

Al niño debemos entenderlo como tal y ajustarnos a sus limitaciones tanto físicas como intelectuales para poder atenderlo-odontológicamente hablando-como es debido.

Jamás debemos ocasionarle algún trauma que vaya en deterioro de su futura personalidad.

Lograr que el niño capte la importancia de la salud dental y bucal como elementos importantes de su entidad orgánica general y - como lograr y mantener ésta.

Asimismo asegurar la cooperación y supervisión de los padres en cuanto al cepillado dental, la no excesiva ingerencia de productos ricos en azúcares e inspección constante de los dientes de sus hijos o su visita al consultorio dental para exámenes de rutina.

Encaminar estos nuestros esfuerzos para que cada vez se mejore nuestra posición odontológica en el campo médico y se capte su importancia dentro de las demás profesiones como es y debería ser.

Y llevar nuestra odontología a quienes la necesitan y no limitarla a la élite que pueda pagarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Odontología Pediatría (Sidney B. Finn)	4a. Edición	Interamericana
Odontología para el niño y el adolescente (Ralph E. MacDonald)	2a. Edición	Editorial Mundi
Medicina Bucal (Lester W. Burket)	6a. Edición	Interamericana
Oclusión (Dr. Sigurd P. Hamfjord) Dr. Major W. Ash Jr.	2a. Edición	Interamericana
Enciclopedia de la Vida	Fascículos 1970	Copyright Mundial
Ortodoncia -Principios fundamentales y práctica (José Mayoral -Guillermo Mayoral)		3a. Edición Editorial Labor