



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

REINA ORNELAS DONATO



México, D. F.

1984



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.

I N T R O D U C C I O N

CAPITULO I. HISTORIA CLINICA

CAPITULO II. DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

CAPITULO III. PATRONES DE CONDUCTA:

a) Del nacimiento a los dos años

b) Dos a cuatro años

c) Cuatro a seis años

CAPITULO IV. PERIODO ESCOLAR:

a) Etapa Temprana

b) Etapa Intermedia

c) Etapa Final

CAPITULO V. MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

**CAPITULO VI. MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS
OPERATORIA DENTAL PARA NIÑOS**

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

La finalidad principal de la realización de esta tesis sobre estos temas, es ampliar hasta donde sea posible los conocimientos sobre las adecuadas relaciones que deben existir entre el Cirujano Dentista y los niños, que por el son atendidos ya que la mayoría tenemos poca experiencia en el tratamiento de los niños y es de vital importancia el resolver los problemas que se nos presentan principalmente cuando es tos niños son menores de cuatro años ya que como podremos informarnos son niños con mayor problema para un tratamiento Odontológico.

Debido a que el niño empieza a ser independientemente de su madre, ya que del nacimiento a los dos años siempre ha estado protegido por ella; y son casos particularmente difíciles, por razones que ellos aún no comprende de la realización de algún trabajo odontológico. Siendo esto lo contrario cuando el niño tiene cuatro años, dependiendo de la forma en que sea tratado el niño va a tomar la aceptación ó el rechazo de nosotros, si el niño experimento el dolor, esta asustado ó -

tiene miedo este inmediatamente trata de volver al refugio de su madre.

Una vez que el niño va evolucionando psicológicamente y ha sido bien atendido el llegará a ser un magnifico paciente en su adolescencia, y cuando llegue a ser adulto.

No sólo para el odontólogo el conocer la secuencia Psicológica es suficiente para la elaboración de un buen trabajo, si no también debemos tener conocimientos suficientes sobre las características, morfología, tiempo de erupción de las piezas primarias. Más que nada el Odontólogo debe estar conciente de que la realización de su trabajo en la operatoria dental no está tomando en cuenta la conveniencia ni de sus padres ni del dentista mismo, si no de tomar en cuenta que el realizar un trabajo que implica problemas para el niño, como una extracción prematura, una mala obturación.

Una mala obturación le acarrearía problemas para la función de la masticación. Y una extracción prematura pierde el espacio de los arcos dentales, para las piezas permanentes. Teniendo en cuenta también que la dentición primaria es la que-

da la capacidad para usar los dientes para pronunciar.

C A P I T U L O I

HISTORIA CLINICA

Para la realización de una historia clínica debemos de tomar en cuenta la variedad que puede presentar el patrón de conducta de un niño, es de vital importancia contar con antecedentes que nos puedan ayudar en el tratamiento de determinado niño.

Dichos antecedentes los obtenemos por medio de la historia clínica, la cual implica entre otras cosas un interrogatorio, este puede ser directo o indirecto, es decir: directo, cuando hacemos las preguntas al niño directamente, e indirecto: cuando por medio de otra persona obtenemos las respuestas de este interrogatorio.

Es necesario hacer un interrogatorio indirecto, ya sea porque el niño es muy tímido o muy pequeño ó caprichoso, y debido a esto nosotros necesitamos obtener las respuestas a nuestras preguntas. Ejemplo: Porque el niño se comporta en esa manera ó no sigue las indicaciones que el dentista imparte.

Son una infinidad de problemas que se nos pueden presentar - en el tratamiento de un niño para lo cual necesitamos contar con el conocimiento de antecedentes previos a la situación - que estamos enfrentando.

Uno de los principales problemas a los que nos tenemos que - enfrentar a la primera cita, son: que el niño ya visitó a -- otro dentista y que no fué bien tratado, o bien, que haya -- ido a ver a algún médico el cuál le aplico una inyección y - al niño le molesto, si el niño nos relaciona con un médico- debido a esto contamos con un mal antecedente. De aquí la - importancia de una historia clínica, la cuál nos indicará -- también si el niño ha estado hospitalizado ó esta bajo algún tratamiento médico.

La historia clínica no sólo nos sirve para conocer sus ante- cedentes médicos, sino tambien sus antecedentes personales, como son:

- 1) La edad del niño
- 2) Su dirección con el objeto de saber aproximadamente su posición social y relacionar su medio ambiente.
- 3) Si viven sus padres

- 4) Si es hijo único, o bien, si es el más grande ó el más chico
- 5) Influencia de los padres

Es importante tener una plática previa con los padres, puesto que en determinada situación al tratar ellos de ayudarnos, -- nos implican más el problema, como por ejemplo:

No debemos permitir que los padres sean los que digan a sus hijos lo que nosotros les vamos a hacer, y que nos usen como castigo, al decirles "Si te portas mal te llevo al dentista" etc.

Es importante determinar si el comportamiento negativo de un niño es a causa de la situación que esta viviendo en el momento ó si es un problema personal lo que esta adquiriendo y lo exterioriza en forma de berrinche ó negación ante una situación nueva, que el considera que no lo va a beneficiar.

Una adecuada historia clínica nos va ha determinar la conducta que debemos seguir, puesto que, aunque sepamos con certeza cuál es la causa de un mal comportamiento, nunca podremos seguir los mismos lineamientos en el tratamiento de un niño con respecto a otro, aunque la causa de un mal comportamiento sea la misma.

Por lo tanto es interesante tratar con pacientes infantiles, el poder convencerlos, saber atenderlos y ser para ellos un apoyo y una fuente de escape a sus problemas y no unos verdugos cuya única finalidad es lastimarlos. Que vean en nosotros a unos amigos capaces de solucionarles cualquier problema y para conseguirlo, hay que contar con antecedentes apropiados, que nos encaminen a un buen desarrollo de nuestras facultades como profesionistas.

C A P I T U L O I I

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

El desarrollo psicológico es una serie complicada de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta. También se refiere a la adquisición por parte del niño de conocimientos, destrezas e intereses.

Este desarrollo psicológico, de la misma manera que la maduración física está programada de acuerdo a un plan y a una secuencia que son inatos y no fácilmente susceptibles a influencias aceleradoras. A pesar que la maduración está determinada por factores inherentes, el medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo.

Un ambiente favorable, garantiza la óptima expresión completa siendo así que cada individuo, es una personalidad separada - cuyas experiencias en la infancia temprana son importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes.

Cada niño posee un límite psicológico para su adaptación y está dotado de determinadas cualidades constitucionales, así como tendencias que determinan como, qué, y cuando aprenderá o-

reaccionará ante una determinada circunstancia.

Los niños crecen en tres dimensiones: física, mental y social. La conducta en todos los niveles cronológicos depende de la interacción de estas tres dimensiones del crecimiento. Si cualquiera de estas se acelera o se retarda, el patrón de conducta se ve sumamente afectado.

Los Dentistas que deciden dedicarse a la atención de los niños estarán en contacto con el ser más inmaduro y en pleno desarrollo, que posee características propias; es por lo tanto que debemos tomar importancia en una forma general, se hacen lineamientos de conducta según las capacidades mentales y emocionales, para que así sea posible encausarlas de tal manera que la íntima relación que idealmente debe existir entre el niño y el dentista, sea realmente positiva y satisfaga ampliamente las necesidades del profesionista y del paciente.

El odontólogo tiene la oportunidad a través de su contacto con los niños de enormes satisfacciones no solamente en el campo profesional, sino también en el aspecto e interés hacia el niño siempre recibiera como respuesta amistad, demostraciones de afecto y algunas veces cariño.

Hay que considerar que cada odontólogo que atiende a niños, su obligación es interesarse por el desarrollo físico y mental de cada paciente para así poder manejarlo con un estudio adecuado y así de esta manera minimizar e irradiar los temores y actitudes negativas que padres e hijos presentan hacia la odontología.

Cada odontopediatra debe estar conciente que ese pequeño - paciente que asiste actualmente a su consultorio es el futuro integrante de la Sociedad y sobre todo son los futuros educadores y formadores de conciencias de las generaciones venideras.

CAPITULO III

PATRONES DE CONDUCTA:

a) Del nacimiento a los dos años

b) Dos a cuatro años

c) Cuatro a seis años

a) Del Nacimiento a los dos años

En esta etapa de su vida, el niño depende completamente de su madre para su cuidado y protección y por lo tanto, se encuentra fuertemente unido a ella.

No es muy frecuente que el dentista tenga que tratar o atender a niños antes de los dos años, pero cuando se presenta el caso la reacción normal del niño es la resistencia que un extraño quiera ver su boca. Siendo tan pequeño el niño no puede coordinar sus movimientos para obedecer órdenes tales como la de "Abre la boca", y este actúa como si no entendiera.

Al depender y sentirse tan unido se refugia en sus brazos como si ella fuera físicamente parte de él y puede pensar que emocionalmente si lo es. Es frecuente escuchar a una madre decir que siente el temor y el dolor que están experimentando sus hijos pequeños. Es por lo tanto recomendable mantener inalterada la unión madre - hijo para que el pequeño se sienta más seguro durante el examen y el tratamiento.

Es mucho mejor sentar al pequeño en el regazo de su madre en vez de la asistente. El dentista debe proceder en su tarea en forma positiva, cariñosamente y comprensivamente. No debe preocuparse de la resistencia o llanto de la criatura, -- pues son normales en esta edad.

La unión de la criatura a su madre se manifiesta en la aparición casi universal de la succión del pulgar después del tercer mes de edad.

b) Esta es una época de transición entre la conducta de bebe a la de un niño preescolar.

El niño trata de ser independiente y lo consigue dentro de su medio ambiente, que le es familiar, pero en cualquier situación de tensión ó peligro, regresa a la protección de su madre.

Su conducta se caracteriza porque desvía su atención de una cosa a otra con mucha rapidez, además de que se trata de hacer muchas cosas a la vez. Por lo tanto concede muy poca --

atención a las personas y a las que le rodea y su campo de -
intereses es muy amplio y variado.

En general le gusta dibujar, iluminar, especialmente con cra
yones ver libros con láminas a colores y estar con gente.

Es la mejor edad para llevar al niño al dentista y comenzar-
su programa de atención dental preventiva, ya que alrededor-
de los dos años y medio ha completado la erupción de su den-
tición primaria.

En un principio el único tratamiento consistiría en el si---
llón por si solo. El permitir que la madre se siente donde-
la pueda ver le ayudará a sentirse en confianza. No habla -
mucho con extraños, pero puede obedecer órdenes cuando se le
pide, sostener la jeringa de aire voltear la cabeza.

El niño no puede expresar bien sus experiencias por medio de
las palabras, tal vez porque todavía se encuentra en un nivel
de sentimiento no lo suficientemente claro o también puede -
deberse a que no tiene vocabulario suficiente para expresar
sus sentimientos.

Si el niño está asustado ó inseguro puede responder positivamente a un acercamiento, hablandole. El acercamiento debe ser relajado y sin apresuramiento, hablandole con voz suave y cariñosa.

El niño de tres años cuando está atemorizado pierde contacto con los extraños muy rápidamente y se vuelve a unir a su madre.

Puede entrar en pánico si siente que su protección y se ha ido, es por lo tanto que debe considerarse con sumo cuidado la desición de que la madre permanezca con él.

c) Cuatro a Seis Años.

A los cuatro años, el niño desea ser un individuo independientemente y a menudo es agresivamente autónomo.

Su medio ambiente principalmente es la vida en familia en general el Cirujano Dentista prefiere tratar al niño sin presencia inmediata de sus padres, sin embargo en el caso de que el niño presentara demasiada ansiedad al separarse de su ma-

dre, deberá reconsiderarse la situación.

Los sentimientos y emociones del niño crecen y disminuyen rápidamente. Sus enemistades son tan inestables como sus amistades. En el consultorio dental se tiene la experiencia de que en muchas ocasiones al principio de la cita o durante el procedimiento operatorio el niño ha presentado muchas dificultades para su manejo y ha requerido hasta medidas extremas de control y al final de la cita se muestra sumamente cariñoso.

A los cinco años, ya es capaz de iniciar una serie de actividades o de construir una estructura íntegra y balanceada.

Dentro de esta etapa existe una amplia variedad de patrones de conducta que va desde el niño que coopera, que está asustado, inseguro y aún fuertemente unido a la madre, a la del niño que se conforma, dócil y sumiso a la de cooperar inteligentemente y felizmente por que se siente seguro y disfruta de esta nueva experiencia en el consultorio dental o hasta el pequeño agresivo, ruidoso y rebelde que no se conforma.

C A P I T U L O I V

PERIODO ESCOLAR:

- a) Etapa Temprana
- b) Etapa Intermedia
- c) Etapa Final

Período Escolar: Esta época se divide:

a) **Etapa Temprana:** Comprende del 1er. al 3er. año de primaria

b) **Etapa Intermedia:** Comprende del 4o. al 6o. año de primaria

c) **Etapa final:** De 1er. a 3er. año de Secundaria

Comprenden aproximadamente de los seis a los quince años, aunque los últimos años pueden considerarse como la adolescencia. Posee una subcultura propia y característica, con tradiciones, juegos, valores, lealtades, reglas, etc... El niño ya está listo para iniciar su existencia independiente. El ir a la escuela, cambia al niño o puede decirse que éste es un período de socialización, aprende a convivir con los demás y las normas y reglamentos de la sociedad al mismo tiempo que aprende a aceptarlos inicia la formación de una pandilla o club -- dentro del vecindario o escuela, lo que se convierte en su principal interés, siendo esta una fase muy importante para su vida. A los seis años su mundo se ha ampliado considerablemente. Ha aprendido a comportarse fuera de casa y a acep-

Período Escolar: Esta época se divide:

- a) Etapa Temprana: Comprende del 1er. al 3er. año de primaria
- b) Etapa Intermedia: Comprende del 4o. al 6o. año de primaria
- c) Etapa final: De 1er. a 3er. año de Secundaria

Comprenden aproximadamente de los seis a los quince años, aunque los últimos años pueden considerarse como la adolescencia. Posee una subcultura propia y característica, con tradiciones, juegos, valores, lealtades, reglas, etc... El niño ya está listo para iniciar su existencia independiente. El ir a la escuela, cambia al niño o puede decirse que éste es un período de socialización, aprende a convivir con los demás y las normas y reglamentos de la sociedad al mismo tiempo que aprende a aceptarlos inicia la formación de una pandilla o club -- dentro del vecindario o escuela, lo que se convierte en su -- principal interés, siendo esta una fase muy importante para su vida. A los seis años su mundo se ha ampliado considerablemente. Ha aprendido a comportarse fuera de casa y a acep-

tar algunas cosas que le disgustan porque así se espera que lo haga.

Los patrones destructivos tienden a ser dominados, no siempre por supuesto, pero empieza a aceptar la adaptación y autoridad como parte de la vida. En el consultorio dental prefiere estar solo con el odontólogo, el que puede hablarle directamente y sin intervenir la madre estos se llevan mejor.

Esto es más frecuente desde los nueve años, pero hay ocasiones que ocurre a los seis años.

El niño ya considera al dentista como una persona, ya no como una sombra vaga y amenazante. Empieza a reaccionar hacia el odontólogo y hacia sus procedimientos operatorias. Por lo tanto el dentista hará bien en acercarse al niño directamente y establecerse como persona.

De los ocho a los nueve años, empieza a romper, sus relaciones con su casa, posee secretos y rituales que le proporcionan dominio sobre la realidad; esta es una faceta, por lo que tiene que pasar antes de alcanzar su madurez e independencia.

El niño desea ser reconocido por el grupo y cualquier forma - de ser reconocido le parece mejor que la de ser ignorado. Los intereses más importantes de los niños son de jugar ha ser -- grandes como coser, cocinar, bailar, etc. Los niños se interesan en las herramientas luchas, deportes, máquinas, etc. A los nueve años, el niño ya tiene experiencia para adaptarse y cooperar aún cuando el procedimiento sea en realidad doloroso. Su mayor y principal diferencia con el preescolar es la capacidad de cooperación aún sin gusto, pero sin tener que forzarlo.

Puede aprender y razonar.

Los niños a los diez son grandes imitadores, les gusta demostrar que son capaces de realizar cosas muy difíciles, compiten en años, desdeñan todas las actividades de niños y son firmemente independientes. En general las niñas maduran más rápidamente y a esta edad ya están entrando a la adolescencia.

A esta edad el niño está lleno de curiosidad, que es muy buena características que el dentista puede utilizar para capturar - la confianza y atención del niño, al interesarse sinceramente por sus gustos según su edad, pronto sabrá cuáles son sus inte

reses especiales, proyectos ó actividades en particular, deberá tomar en cuenta que sus preferencias cambian rápidamente. El dentista tiene la oportunidad de ganar un buen amigo a través del entendimiento y el servicio oportuno para el niño que esta tratando en este momento.

Trece a los Dieciocho años. Adolescencia

Durante esta etapa, se introducen muchas alteraciones importantes y con frecuencia dramáticas en la conducta, como resultado del marcado alto en el desarrollo físico, mental y emocional.

Este período exige un conocimiento y una comprensión especial por parte del profesionista ya sea médico u odontólogo si es que se ha de tratar con éxito al adolescente.

Ha dejado de ser niño, pero aún no ha alcanzado la madurez necesaria para ser considerado un adulto, se enfrenta al problema de quererse independizar, se enfrenta al problema de quererse independizar de la autoridad y mantención que le proporciona su familia. Este deseo requiere el rompimiento con mu-

cho de los principios de la familia basada en la autoridad, -
responsabilidad, respeto, afecto, intimidad y posesión. Debe
notarse que al irse desarrollando el niño, se aleja más y más
de su casa, tanto en cuerpo como en espíritu.

Durante este período, el adolescente ha de experimentar mucha
humillación, frustración, resentimiento, y con frecuencia el-
hijo y los padres estan en guerra constante. El adolescente-
pide privilegios, pero no desea asumir ninguna responsabili--
dad y en la adolescencia temprana los privilegios del niño y-
del adulto.

Entre los principales puntos de discusión entre el adolescen-
te y sus padres son: La ropa, el dinero, las amistades, el -
carro de la familia, el teléfono, la escuela, con todo esto -
se unde un mundo de conflictos y siente que eso de hecho es--
tan siendo restringidos en su libertad de acción. Algunos de
sus pasatiempos preferidos son los deportes, la lectura, oír-
discos, ir al cine etc...

Mas ó menos en el 1er. año de la preparatoria deshechan sus -
juguetes, así es como los juegos con sus vecinos amplian su -

campo social. Todas estas etapas por las que pasa el niño - desde su nacimiento hasta la adolescencia son necesarios y de gran valor para llegar ha alcanzar la madurez individual.

CAPITULO V

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes.

También es cierto que la mayoría de los niños con algo de --aprensión y miedo. Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres.

Fillingsworth declaró sucintamente que: "Los niños problema: --son niños con problemas". El odontólogo tendrá éxitos más --duraderos al manejar al paciente si trata de reconocer estos problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con es--tos conocimientos.

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en período de tiempos muy pequeños. Puede que a --los dos años el niño coopera y sea bien educado, mientras --que a los dos años y medio se vuelva difícil y contradicto--rio. A los tres años es amigable y tiene buen dominio de si

mismo mientras que a los cuatro ó cuatro y medio puede volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él puede interpretar como una amenaza para su bienestar, puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, a pesar del deseo que tiene el niño de agradar, se le hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoportable al dolor. Puesto que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón.

Aunque el comportamiento del niño sea un poco razonable, y no se comprenda bien es totalmente intensional, y se basa en experiencias objetivos y subjetivos adquiridos durante la vida entera del niño. Su lógica se basa totalmente en sus sentimientos. El condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental.

Si en casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ata

ques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si cuando resiste con fuerza a sus padres, logra que se satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo.

Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así.

No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones, es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Cuando se ha establecido la relación, deberá realizarse los trabajos correctivos sin atrazo.

Los sentimientos de un niño no pueden ser ambivalentes. Si está asustado, realmente tiene miedo. No puede tener miedo a alguien y a la vez sentir afecto por el. No puede estar enfadado con el y a la vez sentir cariño por la persona. Incluso si solo puede usted eliminar el miedo hasta un punto en que quede algo de escepticismo y observar, puede que sienta afecto por -

usted como para confiar. Cuando se llega a esta etapa, podemos decir que la batalla del manejo del niño está ya casi ganada.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se debe dejar el tratamiento para después, ya que esta no ayuda en absoluto a eliminar el miedo. Si tenemos un caso hipotético: se trae al niño al consultorio cuando es muy joven y necesita que le hagan algunos trabajos dentales.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños. Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al odontólogo antes del tratamiento, puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores ó necesidades futuras de huir. Este método da resultados con niños que aún no van a la escuela y en menos medida, con niños mayores.

Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio no es conve

niente. Aunque muchos odontólogos emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta del niño en el consultorio es una pérdida de tiempo y tiene poco valor, el método no solo es inadecuado se aplica a los niños. El niño que se sienta en la silla dental desea ganar la aprobación del dentista. Sin embargo si el mecanismo del miedo es tan fuerte que le resulta imposible cooperar. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ella puede resultar un aumento de aversión a dentistas y tratamientos dentales. El producto final del ridículo no es disminución del miedo, sino aumento del resentimiento. A los niños no les gusta ser diferentes y les gusta hacer las cosas que hacen otros niños o personas. Amén participar en competiciones. Si se permite que el niño observe como se realizan trabajos dentales en otros les servirá de reto. Si no observó expresiones de molestia en la persona que le presidió, pero descubre con sorpresa que a el le están haciendo daño puede que su entusiasmo se convierta en desilusión y tal vez pierda completamente la confianza en el dentista. Es difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esta manera. Si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sean mínimos es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su --
miedo sin darle evidencias concretas de por qué, no es muy --
eficaz puesto que los temores se desarrollan a nivel intelec-
tual son generalmente ineficaces.

CAPITULO VI

MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS OPERATORIA DENTAL

Uno de los factores que distingue la odontología para niños de la de adultos es que el dentista, cuando trata niños esta tratando con denticiones, el juego de piezas primario y el permanente. Los dientes primarios son 20 y constan de: un insisivo central, un insisivo lateral, un canino, un primer molar y un segundo molar en cada cuadrante desde la línea media hacia --- atrás. Las piezas permanentes son 32 y constan de los insisivos centrales sucedáneos, insisivos laterales y caninos que -- reemplazan a dientes primarios similares; los primeros premolares y los segundos premolares que reemplazan a los primeros molares y los primeros, segundo y tercer molares que no desplazan piezas primarios si no que hacen erupción en posición posterior a ellos. Puesto que las piezas primarias se utilizan para la preparación mecánica del alimento del niño para digerir y asimilar durante uno de los períodos más activos del crecimiento y desarrollo, realizan funciones muy importantes y -- criticas, otra destacada función que tienen estos dientes es -- mantener el espacio en los arcos dentales para las piezas permanentes. Estas piezas también tienen la función de estimular

el crecimiento de las mandíbulas por medio de la masticación- especialmente en el desarrollo de la altura de los arcos dentales, en ocasiones se olvida la importancia de los dientes primarios en el desarrollo de la fonación. La dentición es la que da la capacidad para usar los dientes para pronunciar.

La pérdida temprana y accidental de dientes primarios anteriores puede llevar a dificultades para pronunciar los sonidos "f, v, s, z, y th". Incluso después que hace erupción la dentición permanente, pueden persistir dificultades en pronunciar "s, z, y th", hasta el punto de requerir corrección. Los dientes primarios también tienen función estética, ya que mejoran el aspecto del niño la fonación del niño puede ser afectada indirectamente si al estar consiente de sus dientes desfigurados hace que no habra la boca lo suficiente cuando habla.

Ciclo de vida de los dientes: todos los dientes primarios y permanentes, al llegar a la madurez morfológica y funcional, evolucionaran en un ciclo de vida característico estas etapas progresivos, no deberán considerarse como fase de desarrollo, si no más bien como puntos de observación de un proceso fisiológico.

lógico en evolución.

Estas etapas del desarrollo son: 1) crecimiento, 2) calcificación, 3) atrucción y 5 resorción y exfoliación. (piezas primarias). Las etapas de crecimiento pueden seguir dividiéndose en: a) iniciación, b) proliferación, c) diferenciación histológica, d) diferenciación morfológica, y e) Aposición.

Los dientes consisten y se dividen de células de origen ectodermal y mesodermal altamente especializadas. Las células ectodermales realizan funciones tales como formación del esmalte, estimulación odontoblástica y determinación de la forma de corona y raíz.

En condiciones normales estas células desaparecen después de realizar sus funciones las células mesodermales ó mesenquimales persisten con el diente y forman dentina, tejido popular, cemento, membrana periódontal y hueso alviolar. La primera etapa de crecimiento es evidente durante la sexta semana de vida embrionaria el brote del diente empieza con la proliferación de células en la capa basal del epitilio bucal desde lo que será el arca dental.

Al llegar a la décima semana de vida embionaria, la rápida -- proliferación ha continuado profundizando el órgano del esmalte dándole aspecto de copa. Diez brotes en total emergen de la lámina dental de cada arco para convertirse en el futuro - en dientes primarios. En esta etapa el órgano del esmalte em bainado consta de dos capas: Un epitilio de esmalte exterior, que corresponde a la de el recubrimiento de la copa. Empieza a formarse una separación entre estas dos capas con aumento - de líquido intercelular, en el que hay células en forma de es trellas ó estrelladas que llevan procesos que hacen anastomosis con células similares, formando una red ó fitículo (fitículo estrellado) que servirá más tarde como cajón para las cé lulas de formación de esmalte que estan en desarrollo.

En esta etapa y dentro de los confines de la invaginación las células mesenquimatosas proliferan, la papila dental, formará en el futuro la pulpa dental y la dentina, ocurren cambios en concentraciones celulares en el tejido mesenquimatoso, lo que resulta en un tejido más denso y más fibroso - el saco dental - que terminará siendo cemento, membrana periódontal y hueso al violar.

Las células del órgano de esmalte aumenta y el órgano crece - progresivamente con anovaginación, esta etapa se forma el brote en lámina dental, lingual al diente primario en desarrollo, para formar el brote del diente permanente. Las células de los dientes en desarrollo se independizan de la lámina dental por la invasión de células mesenquimatosas en la porción central de este tejido. Las células del epitelio interior de esmalte adquieren aspecto alargado y en forma de columna con -- sus bases orientadas en dirección opuesta a la porción cen---tral de los odontoblastos en desarrollo. Funcionan ahora como ameloblastos y son capaces de formar esmalte. Las células pe--riféricas de la papila dental cerca de la membrana base, que separan los ameloblastos de los odontoblastos, se diferencian en células altas y en forma de columna, los odontoblastos, -- que junto con las fibras de Forff, son capaces de formar dentina.

El contorno de la raíz se designa por la extinsión del epitelio del esmalte unido, denominado baina de Hertwing. Durante la época de aposición los ameloblastos se mueven periferica--mente desde su base y depositan durante su viaje matriz de esmalte que esta calcificada tan solo 25 a 30 por 100. La ma--

Cuadro 4-1. Cronología de la dentición humana

<i>Pieza</i>	<i>Formación de tejido duro</i>	<i>Cantidad de esmalte formado al nacimiento</i>	<i>Esmalte completado</i>	<i>Erupción</i>	<i>Rafz completada</i>
Dentición Primaria					
Maxilar					
Incisivo central	4 meses en el útero	Cinco sextos	1½ meses	7½ meses	1½ años
Incisivo lateral	4½ meses en el útero	Dos tercios	2½ meses	9 meses	2 años
Canino	5 meses en el útero	Un tercio	9 meses	18 meses	3¼ años
Primer molar	5 meses en el útero	Cúspides unidas	6 meses	14 meses	2½ años
Segundo molar	6 meses en el útero	Puntas de cúspides aún aisladas	11 meses	24 meses	3 años
Mandibular					
Incisivo central	4½ meses en el útero	Tres quintos	2½ meses	6 meses	1½ años
Incisivo lateral	4½ meses en el útero	Tres quintos	3 meses	7 meses	1½ años
Canino	5 meses en el útero	Un tercio	9 meses	16 meses	3¼ años
Primer molar	5 meses en el útero	Cúspides unidas	5½ meses	12 meses	2¼ años
Segundo molar	6 meses en el útero	Puntas de cúspides aún aisladas	10 meses	20 meses	3 años
Dentición Permanente					
Maxilar					
Incisivo central	3 - 4 meses	.....	4 - 5 años	7- 8 años	10 años
Incisivo lateral	10 - 12 meses	.....	4 - 5 años	8- 9 años	11 años
Canino	4 - 5 meses	.....	6 - 7 años	11-12 años	13-15 años
Primer premolar	1½- 1¾ años	.....	5 - 6 años	10-11 años	12-13 años
Segundo premolar	2¼- 2½ años	.....	6 - 7 años	10-12 años	12-14 años
Primer molar	al nacer	A veces huellas	2¼-3 años	6- 7 años	9-10 años
Segundo molar	2½- 3 años	.....	7 - 8 años	12-13 años	14-16 años
Mandibular					
Incisivo central	3 - 4 meses	.....	4 - 5 años	6- 7 años	9 años
Incisivo lateral	3 - 4 meses	.....	4 - 5 años	7- 8 años	10 años
Canino	4 - 5 meses	.....	6 - 7 años	9-10 años	12-14 años
Primer premolar	1¾- 2 años	.....	5 - 6 años	10-12 años	12-13 años
Segundo premolar	2¼- 2½ años	.....	6 - 7 años	11-12 años	13-14 años
Primer molar	al nacer	A veces huellas	2¼-3 años	6- 7 años	9-10 años
Segundo molar	2½- 3 años	.....	7 - 8 años	11-13 años	14-15 años

Según Logan y Kronfeld: J.A.D.A., 20, 1935 (ligeramente modificado por McCall y Schour).

tríz de esmalte se deposita en capas paralelas a la unión de esmalte y dentina, los odontoblastos se mueven hacia dentro en dirección opuesta a la unión de esmalte y dentina, dejando extensiones protoplásmicas las fibras de Tormes. Los odontoblastos y las fibras de Forff forman un material no calcificado y cologenoso denominado predentina.

En la predentina, la calcificación ocurre por coalicencia de glóbulos de material inorgánico reado por la deposición de -- cristales, de apatita en la matriz cologenosa. La calcificación de los dientes en desarrollo siempre va precedida de una capa de predentina. La maduración del esmalte empieza con la deposición de cristales de apatita dentro de la matriz de esmalte en existencia. Aunque existen diferentes opiniones en la forma en que progresa la maduración.

Los dientes hacen erupción en la cavidad bucal y estan sujetos a fuerza de desgaste; durante las etapas de desarrollo -- del ciclo de vida de los dientes ocurren varios defectos y -- aberraciones. (El cuadro 4-1 presenta la cronología del desarrollo del diente).

La exfoliación y resorción de las piezas primarias esta en relación con su desarrollo fisiológico. La resorción de la --- raíz empieza generalmente un año despues de su erupción, en - el cuadro 4-2 presentamos la edad en que caén las piezas primarias especificas existe una relación de tiempo directa en-- tre la perdida de una pieza primaria y erupción de su sucesora permanente. Este intervalo de tiempo puede verse alterado por extracciones previas que resultan en erupción prematura.

El órden de erupción de las piezas especificas se presenta en el cuadro 4-3. Existen diferencias en los momentos de erupción según el sexo.

En el cuadro 4-4 vemos el tiempo necesario para llegar a la - oclusión. Es fácil recordar que las piezas primarias empie-- zan a calcificarse entre el cuarto y sexto mes en el útero y hacen erupción entre los seis y veinticuatro meses de edad. - Las raices completan su formación aproximadamente un año después que hacen erupción los dientes. Los dientes caen entre los 6 y 11 años de edad.

La calcificación de las piezas permanentes se realizan entre-

Morfología de los dientes primarios

Cuadro 4.2. Edades en las que el 50 por 100 de las piezas primarias especificadas se pierden*

<i>Edad (años)</i>	<i>Maxilar</i>	<i>Mandibular</i>
6		Incisivos centrales
7	Incisivos centrales	Incisivos laterales
8	Incisivos laterales	
9	Primeros molares	Primeros molares
10		Caninos
		Segundos molares
11	Caninos	
	Segundos molares	

* Parfitt: D. Record, 74, 1954.

Cuadro 4.3. Edades en las que el 50 por 100 de las piezas permanentes especificadas hacen erupción*

<i>Edad (años)</i>	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>	
	<i>Maxilar</i>	<i>Mandibular</i>	<i>Maxilar</i>	<i>Mandibular</i>
6	Primeros molares	Incisivos centrales	Primeros molares	Incisivos centrales
		Primeros molares		Primeros molares
7	Incisivos centrales	Incisivos laterales	Incisivos centrales	
8	Incisivos laterales		Incisivos laterales	Incisivos laterales
9				
10	Primeros premolares	Caninos	Primeros premolares	
		Primeros premolares		
		Segundos premolares	Segundos premolares	Caninos
11	Caninos			Primeros premolares
	Segundos premolares	Segundos molares	Caninos	Segundos premolares
12	Segundos molares		Segundos molares	Segundos molares

el nacimiento y los 3 años de edad, aunque se han observado - calcificaciones posteriores en los segundos premolares mandibulares. La erupción ocurre entre los 6 y 12 años, y el esmalte se forma completamente aproximadamente 3 años antes de la erupción, las raíces están completamente formados tres años después de la erupción.

Diferencias morfológicas entre denticiones Primarias y Permanentes: Existen diferencias morfológicas entre las denticiones primarias y permanentes en tamaño de las piezas y en su diseño general externo e interno. Estas diferencias pueden enumerarse como sigue:

- 1) En todas dimensiones, las piezas primarias son más pequeñas que las permanentes correspondientes las medidas pueden encontrarse en las siguientes 4-2, 4-3, 4-4, 4-5.
- 2) Las coronas de las piezas primarias son más anchas en su diámetro meso dental en relación con su altura cervicoclusal, dando a las piezas anteriores aspecto de copa y a los molares aspecto más aplastado.

Cuadro 4.4. Tiempo que tardan en hacer erupción las piezas permanentes desde el momento de atravesar la encía hasta la oclusión (niños y niñas) *

<i>Piezas</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Porcentaje de piezas por meses</i>		
		<i>0-6</i>	<i>7-12</i>	<i>12 y más</i>
<u>1</u>	72	15	67	18
<u>1</u>	56	29	57	14
<u>2</u>	83	27	54	19
<u>2</u>	78	9	59	32
<u>3</u>	43	2	40	58
<u>3</u>	58	12	52	36
<u>4</u>	65	31	45	24
<u>4</u>	61	26	46	28
<u>5</u>	56	63	37	0
<u>5</u>	60	64	33	3
<u>6</u>	66	44	47	9
<u>6</u>	67	52	40	8
<u>7</u>	75	57	37	6
<u>7</u>	72	21	47	32

3) Los surcos cervicales son más pronunciados, especialmente en el aspecto bucal de los primeros molares primarios (figura 4-1, D).

4) Las superficies bucales y linguales de los molares primarios son más planos en la depresión cervical que la de los molares permanentes.

5) Las superficies bucales y linguales de los molares, especialmente de los primeros molares, convergen hacia las superficies oclusales, de manera que el diámetro bucolingual de la superficie octusal es mucho menor que el diámetro cervical.

6) Las piezas primarias tienen un cuello mucho más estrecho que los molares permanentes.

7) En los primeros molares la capa de esmalte termina en un borde definido, en vez de ir desvaneciéndose hasta llegar a ser de un filo de pluma, como ocurre en los molares permanentes.

8) La capa de esmalte es más delgada, y tiene profundidad --

más consistente teniendo en todo la corona aproximadamente un milímetro de espesor. (figura 4-1, A)

9) Las varillas de esmalte en el cervix se inclinan oclusalmente en vez de orientarse gingivalmente, como en las piezas-permanentes. (figura 4-1, E)

10) En las piezas primarias hay en comparación menor estructura dental para proteger la pulpa el espesor de la dentina de las cámaras pulpares en la unión de esmalte y dentina se puede ver en el cuadro 4-5.

11) Los cuernos pulpares están más altos en los molares primarios, especialmente los cuernos mestales y las cámaras pulpares son proporcionalmente mayores.

12) Existe un espesor de dentina comparablemente mayor sobre la pared pulpar en la fosa colusal de los molares primarios. (figura 4-1, B)

13) Las raíces de las piezas anteriores primarios son mesiodentalmente más estrechas que las anteriores permanentes.

14) Las raíces de las piezas primarias son más largas y más delgadas, en relación con el tamaño de la corona, que de las piezas permanentes.

15) Las raíces de los molares primarios se expanden hacia afuera mas cerca del cérvix que de las de los dientes permanentes. (figura 4-1 H)

16) Las raíces de los molares primarios se expanden más, a medida que se acercan a los ápices que la de los molares permanentes. Esto permite el lugar necesario para el desarrollo de brotes de piezas permanentes dentro de los confines de estas raíces.

17) Las piezas primarias tienen generalmente color más claro.

Morfología de las piezas primarias individuales.

Es conveniente describir la morfología de las piezas primarias individuales por las dimensiones externas esto se presenta en el cuadro 4-5.

Cuadro 4-5. Dimensiones de la dentina en piezas primarias molares*

	Mdx. 1º			Mdx. 2º			Mand. 1º			Mand. 2º		
	Variación en mm			Variación en mm			Variación en mm			Variación en mm		
	Med.	Min.	Mdx.	Med.	Min.	Mdx.	Med.	Min.	Mdx.	Med.	Min.	Mdx.
Diámetro mesiodistal en el cervix	4.72	4.0	5.6	5.63	4.8	7.6	5.89	4.8	7.0	7.36	6.30	8.90
Diámetro bucolingual en el cervix	6.59	5.5	8.0	8.29	7.0	10.1	4.66	3.8	6.6	6.91	5.25	8.50
Altura de la corona dentinal desde el cervix	5.05	4.1	5.9	5.73	4.2	6.8	5.44	4.9	6.6	...	...	...
Cuerno de pulpa mesiobucal a punta de cúspide	1.83	0.8	2.5	2.90	1.8	3.8	2.14	1.4	3.1	2.92	1.80	3.70
Cuerno de pulpa mesiobucal a bucal	1.57	1.0	2.2	2.29	1.1	2.7	1.42	0.8	2.7	2.47	1.50	3.80
Cuerno de pulpa mesiobucal a mesial	1.54	0.9	2.6	1.76	1.3	2.5	1.62	0.7	2.2	1.75	1.30	2.50
Cuerno de pulpa mesiolingual a punta de cúspide	...	...	...	2.90	2.2	4.2	2.44	1.4	4.2	3.17	2.20	4.20
Cuerno de pulpa mesiolingual a mesial	...	...	...	2.18	1.5	3.9	1.54	0.9	2.8	1.88	1.40	2.50
Cuerno de pulpa mesiolingual a lingual	...	...	...	2.44	1.0	3.8	1.29	0.9	1.8	1.89	1.20	2.50
Cuerno de pulpa distobucal a punta de cúspide	2.11	1.3	3.1	2.89	2.1	3.9	2.38	1.2	5.6	3.06	2.00	3.80
Cuerno de pulpa distobucal a bucal	1.34	0.8	1.8	2.01	1.3	2.7	1.32	1.0	2.0	2.68	1.60	3.50
Cuerno de pulpa distobucal a distal	1.31	1.1	1.5	1.88	1.4	2.5	1.35	1.0	2.1	1.80	1.40	2.20
Cuerno de pulpa distolingual a punta de cúspide	...	...	...	2.83	2.2	3.9	2.93	1.2	4.7	3.30	1.70	4.10
Cuerno de pulpa distolingual a distal	...	...	...	1.77	1.2	2.7	1.49	1.1	2.0	2.30	1.60	3.10
Cuerno de pulpa distolingual a lingual	...	...	...	2.05	1.2	2.8	1.09	0.9	1.7	1.97	1.50	2.70
Cuerno de pulpa lingual a punta de cúspide	2.05	1.2	3.8	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuerno de pulpa lingual a mesial	1.49	1.0	2.8	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuerno de pulpa lingual a distal	2.12	1.2	2.8	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuerno de pulpa lingual a lingual	1.57	1.1	2.1	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuerno de pulpa centrobucal a punta de cúspide	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3.11	1.60	3.90
Cuerno de pulpa centrobucal a bucal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2.34	1.50	3.50
Pulpa a mesial en el cervix	0.99	0.5	1.4	1.45	1.0	2.3	1.01	0.7	1.5	1.86	1.30	2.60
Pulpa a distal en el cervix	1.16	0.9	1.5	1.51	1.0	2.5	1.15	0.7	1.6	1.84	1.30	2.60
Pulpa a bucal en el cervix	1.22	0.9	1.9	1.67	1.1	2.5	1.20	0.7	1.9	2.00	1.30	2.80
Pulpa a lingual en el cervix	1.39	1.0	2.0	1.72	1.3	2.4	1.12	0.7	1.9	1.89	1.30	2.30

Primer Molar maxilar Primario: De todos los molares primarios este es el que más se parece a la pieza que lo substituirá, no solo en diámetro, si no también en forma. El primer molar superior presenta cuatro superficies bien definidas: bucal, lingual, mesial y distal, la raíz esta formada por tres piezas claramente divergentes.

La Corona: La superficie bucal es convexa en todas direcciones con la mayor convexidad en posición oclusolingival en el borde cervical, la superficie bucal esta dividida por el surco bucal, la cuspe mesio bucal sea más grande que la destobucal.

La superficie lingual es ligeramente convexa en dirección oclusocervical y es claramente convexa en dirección mesiodental. El diametro más corto de las dos cúspides bucales.

Cuando hay una cúspide distolingual mal definido.

La superficie Mesial: Tiene mayor diámetro en el borde cervical que en oclusal, el ángulo de la línea mesiolingual es obtuso.

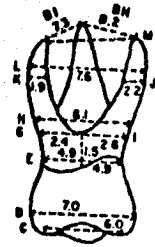
so.

La superficie Distal: Es ligeramente convexa en ambas direcciones, uniendo a la cúspide bucal y lingual en ángulo casi recto. Es más estrecha que la superficie mesial y más estrecha oclusalmente que la cervical el contacto con el segundo molar primario es amplio.

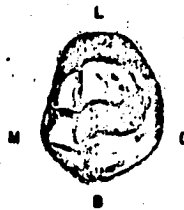
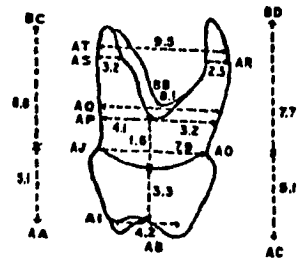
La superficie oclusal: Presenta un margen bucal más largo -- que la lingual el margen mesial se une al margen bucal en ángulo agudo, la superficie oclusal esta hecha de tres cúspides la mesio bucal, la distobucal y la mesiolingual. En algunas piezas la cúspide distobucal puede estar más desarrollada ó -- puede faltar totalmente, algunas cúspides linguales tienen -- forma de media luna, otras estan bisecadas por un surco lingual. La superficie octusal tiene tres cavidades: central, mesial, distal. La Central se encuentra en la porción central de la superficie octusal, forma el centro de tres surcos primarios: el bucal, que se extiende bucalmente hacia la superficie, dividiendo las cúspides bucales; el mesial, que se extiende mesialmente hacia la cavidad distal. La cavidad mesial es la más profunda y mejor definida, la distal la menor



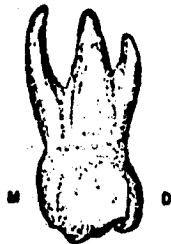
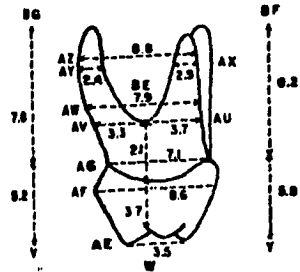
VISTA BUCAL



VISTA MESIAL



VISTA DISTAL



VISTA LINGUAL

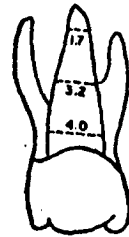


Fig. 4-2. Primer molar derecho maxilar primario. (Modificado de Zeiss y Nuckolls; Dental Anatomy, C. V. Mosby Co. Mediciones de Kramer e Ireland; J. Dent. Child., 26: 1959.) (Consulte págs. 57 y 58 para las leyendas.)

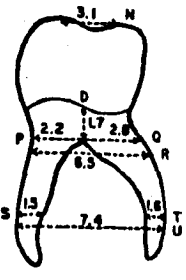
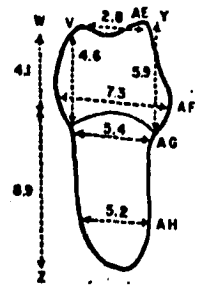
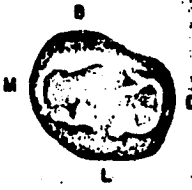
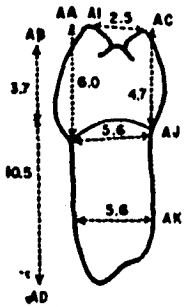
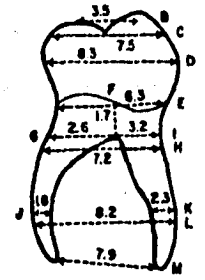
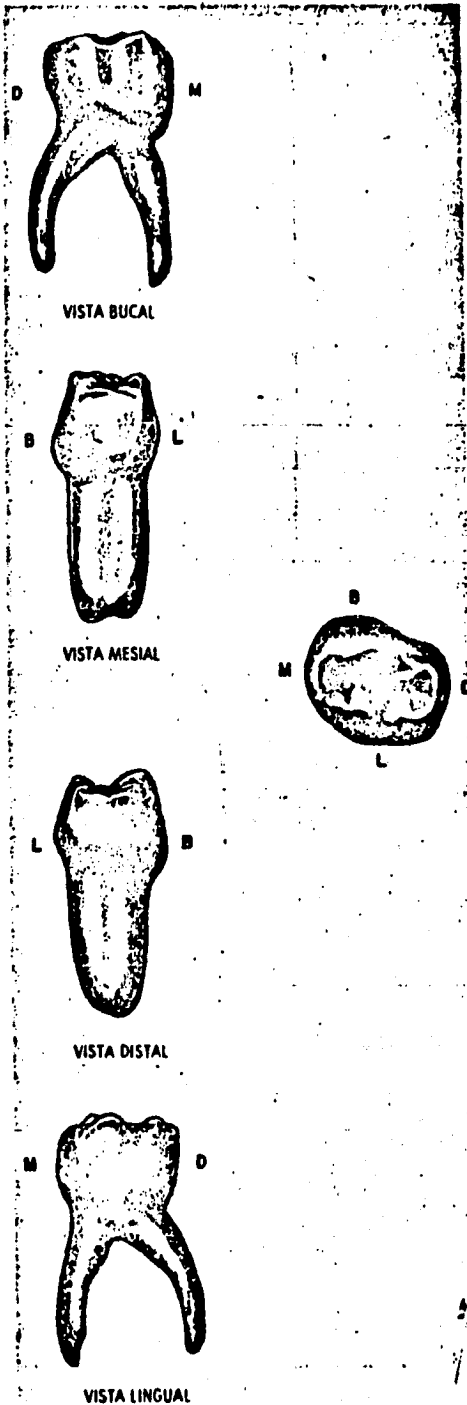


Fig. 4-3. Primer molar derecho mandibular primario. (Modificado de Zeisz y Nuckolls: Dental Anatomy, C. V. Mosby Co. Mediciones de Kramer e Ireland: J. Dent. Child., 26: 1959.) Véanse págs. 57 y 58 para las leyendas.)

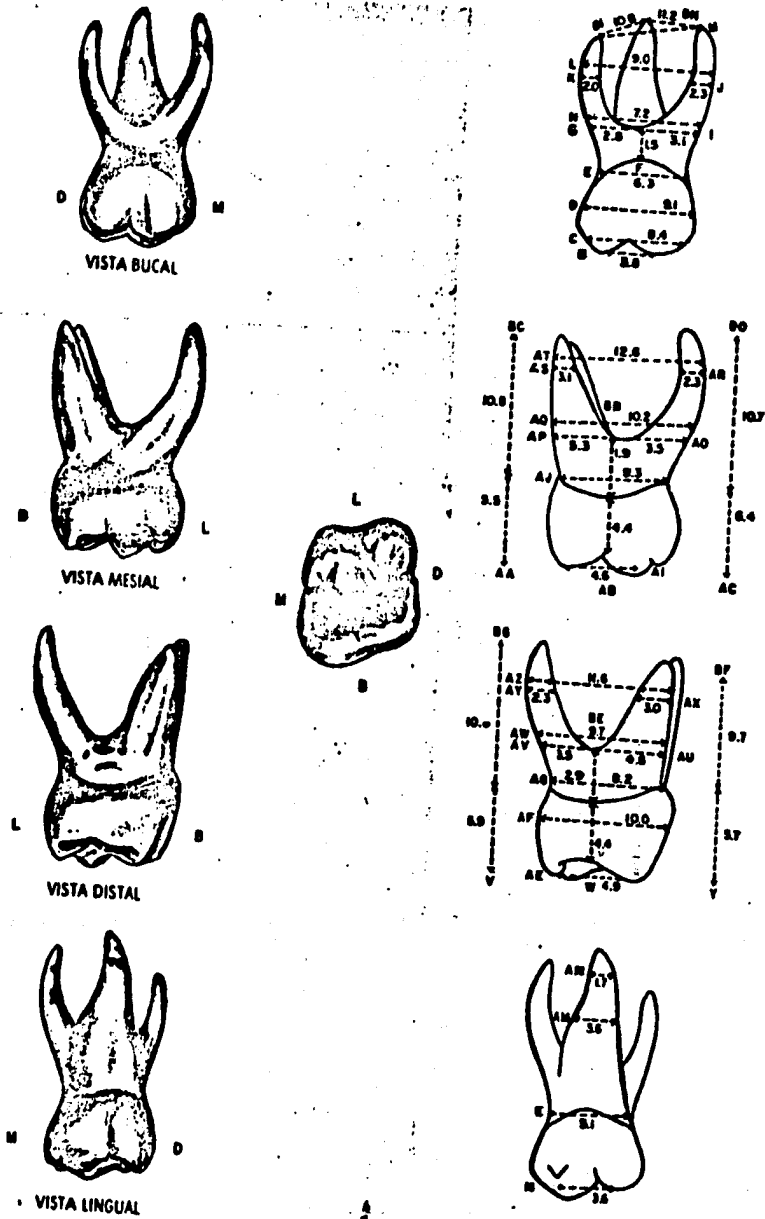
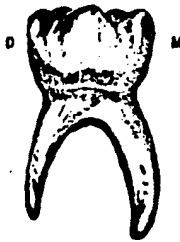
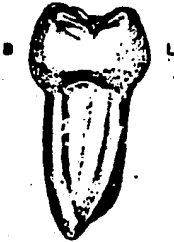


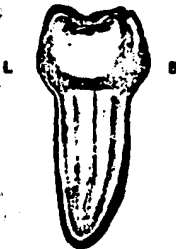
Fig. 4-4. Segundo molar derecho maxilar primario. (Modificado de Zeisz y Nuckolls: Dental Anatomy, C. V. Mosby Co. Mediciones de Kramer e Ireland: J. Dent. Child., 26: 1959.) (Consulte pág. 57 y 58 para las leyendas.)



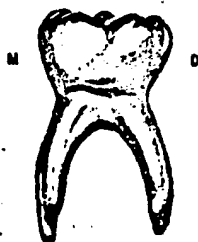
VISTA BUCAL



VISTA MESIAL



VISTA DISTAL



VISTA LINGUAL

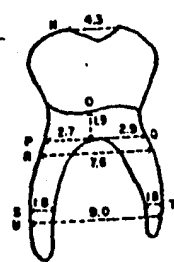
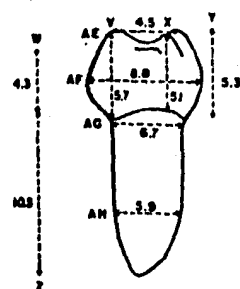
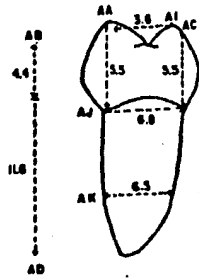
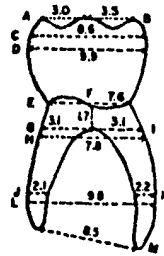


Fig. 4-3. Segundo molar derecho mandibular primario (Modificado de Zeiss y Nuckolls: Dental Anatomy. C. V. Mosby Co. Mediciones de Kramer e Ireland, J. Dent. Child., 26: 1959.) (Consulte págs. 57 y 58 para las leyendas.)

profunda y peor definida.

Las raíces: Son tres, una mesiobucal, una distobucal y una rama lingual. La raíz lingual es la más larga, y diverge en dirección lingual. La raíz distobucal es la más corta.

La cavidad pulpar: Esta consiste en una cámara y tres cana--les pulpares que corresponden a las tres raíces, la cámara --pulpar consta de tres ó cuatro cuernos pulpares, que son más--puntiagudos de la que indicaría el contorno exterior de las -cúspides aunque, por lo general, siguen el contorno de la su--perficie de la pieza (figura 4-6). El mesiobucal es el mayor de los cuernos pulpares, el ápice del cuerno ésta en posición ligeramente mesial, el cuerno pulpar mesiolingual le sigue en tamaño y es bastante angular y afilado, el cuerno distobucal--es el más pequeño es afilado y ocupa el ángulo distobucal ex--tremo.

Primer Molar Primario Mandibular: Esta pieza es morfológica--única entre los molares primarios. (figura 4-3)

La corona: La superficie bucal, presenta un borde cervical -

prominente y bien desarrollado que se extiende a través de toda la superficie bucal pero es más pronunciado en el mesio bucal, la superficie bucal es convexa en dirección mesiodistal, bucolingualmente el diámetro gingival de la pieza es mucho mayor que el diámetro octusal, la superficie bucal sobre la prominencia cervical se aplana; la superficie bucal es mucho más pequeña.

La superficie lingual: Es convexa en ambos aspectos se ve -- atravesada por un surco lingual que sale de la cavidad central y termina en depresión en la superficie, el surco divide la superficie lingual en una cúspide mesiolingual y otra distolingual; la cúspide mesiolingual es la mayor.

La superficie Mesial: Es muy plana en ambos aspectos.

La superficie Distal: Es convexa en todos los aspectos.

La Superficie Oclusal: Puede definirse como un romboide dividido por las cúspides prominentes meseobucal y mesiolingual, las cúspides mesiolingual y mesiobucal son las mayores; las -- cúspides distales son mucho más pequeñas.

La raíz del primer molar mandibular primario esta dividida en dos picos; una mesial y una distal y aunque las raíces se parecen a los del primer molar mandibular permanentemente son más delgados y se ensanchan cuando se acercan al ápice, para permitir que se desarrolle el germen de la pieza permanente.

Cavidad Pulpar: Contiene una cámara pulpar que vista desde el aspecto oclusal, tiene forma romboidal y sigue de cerca el contorno de la superficie de la corona, esta cámara pulpar tiene cuatro cuernos pulpares. El cuerno mesiobucal, que es el mayor, ocupa una parte considerable de la cámara pulpar es redondeado y se conecta con el cuerno pulpar mesiolingual. El cuerno pulpar distobucal es el segundo en área, pero carece de la altura de los cuernos mesiales. El cuerno pulpar mesiolingual, yace ligeramente mesial a su cúspide correspondiente es tercero en tamaño, es segundo en altura; es largo y puntiagudo. El cuerno pulpar distolingual es el menor.

Existen tres canales pulpares un canal mesiobucal y uno mesiolingual, confluyen y dejan la cámara ensanchada bucolingualmente.

Segundo Molar primario maxilar: Este es esencialmente una pieza con cuatro cúspides, aunque a menudo existe una quinta cúspide en el aspecto mesilingual. (figura 4-4)

La corona: Su aspecto exterior es muy similar al del primer molar permanente correspondiente; la corona se diferencia por ser más pequeña y angular, también tiene un borde cervical más pronunciado. Este molar es de tamaño intermedio entre el primer molar primario, menor, y el primer molar permanente.

La corona del segundo molar primario tiene un delineado trapecoidal.

La superficie bucal presenta un borde cervical bien definido, el borde cervical llega a su mayor magnitud en el lugar donde se une a la cúspide mesiobucal. La superficie bucal está dividida por el surco bucal en una cúspide mesiobucal y una distobucal; la mesiobucal es la mayor.

La superficie lingual: Es convexa se inclina ligeramente cuando se acerca al borde oclusal, su inclinación es mayor en el -

aspecto mesial que en el distal. Esta esta dividida por el --
surco lingual que es profundo en el aspecto oclusal. Este surco
divide la superficie en una cúspide mesiolingual y una disto
lingual. La cúspide mesiolingual es más elevada y más extensa
que la distolingual.

Cuando existe una quinta cúspide ocupa el área mesilingual en-
el tercio medio de la corona. Se le denomina cúspide de Cara-
belli.

Superficie Mesial: Presenta un borde marginal bastante eleva-
do; el ángulo mesiobucal de la pieza es más bien aguda y el áng
ulo mesiolingual es algo obtuso, la superficie es convexa o--
clusocervicalmente.

Superficie Distal: Es convexa oclusocervicalmente, pero menos
bucolingualmente, y esta aplanado en su porción central.

Superficie oclusal: Se parece mucho a la superficie correspondi
diente del primer molar permanente.

Existen cuatro cúspides bien definidas, la cúspide mesiobucal es la segunda en tamaño, y tiene una inclinación más profunda hacia su bode lingual.

La cúspide distobucal es tercera en tamaño pero tiene un borde lingual muy prominente. La cúspide mesiolingual es la mayor y ocupa la porción más extensa del área ocluso lingual, - La cúspide Distolingual es la menor de las cuatro y esta separada de la cúspide mesiolingual por un surco distolingual claramente acentuado, la superficie oclusal presenta tres cavidades distales más profunda y esta rodeada de surcos triangulares bien definidos.

La raíz del segundo molar maxilar está dividida en tres y son: una raíz mesiobucal, una distobucal y una lingual, las raíces se parecen algo a los del molar maxilar permanente, son más delgadas.

La cavidad Pulpar consiste en una cámara pulpar y tres canales pulpares. El cuerno pulpar mesiobucal es el mayor, el cuerno pulpar mesiolingual es segundo en tamaño y es tan solo ligeramente más largo que el cuerno pulpar distobucal. El --

cuerno pulpar distolingual es el menor y más corto y se extiende sólo ligeramente sobre el nivel oclusal.

Segundo Molar Mandibular Primario: Consta de cinco cúspides que corresponden al primer molar permanente. El molar primario presenta un contorno oxial más redondeado, bucolingualmente, es más estrecho en comparación con su diámetro mesiodistal la pieza es mayor que el primer molar primario y menor que el primer molar secundario.

La Corona: La superficie bucal presenta tres cúspides bien definidas una cúspide mesiobucal que es segunda en tamaño, una distobucal la mayor, y una distal, la menor de los tres, la diferencia de tamaño de las cúspides es ligera.

La Superficie Lingual: Es convexa en todas direcciones.

La Superficie Mesial es generalmente convexa, pero se aplanan considerablemente en posición cervical.

El contacto con el primer molar primario es amplio y en forma de media luna invertida.

La Superficie Distal: es generalmente convexa, pero se --
aplana un poco bucolingualmente cuando se acerca al borde --
cervical es menor que la superficie mesial.

La Superficie Oclusal: Tiene mayor diámetro en su borde bu-
cal que en su borde lingual. El aspecto bucal consta de ---
tres cúspides una mesiobucal, segunda en tamaño una distobu-
cal, la mayor separada de la mesiobucal por el surco mesiobu-
cal y una cúspide bucal. El aspecto lingual consta de dos -
cúspides de igual tamaño aproximadamente; la mesiolingual y-
la distolingual, que están divididas por el surco distolin--
gual y son mayores que las cúspides linguales.

Insisivos Primarios Mandibulares: Son estrechos y los más -
pequeños de la boca aunque el lateral es ligeramente más an-
cho y largo que el central y con raíz más larga.

Corona: La superficie labial; de los insisivos mandibulares
es convexa en todas direcciones con la mayor convexidad en el
borde cervical, y tiende a aplanarse a medida que se acerca al
borde insisal.

El Insisivo Lateral es menor angular que el insisivo central.

Las Superficies Mesial y Distal son convexas labiallingualmente y lo son menos desde su aspecto insisivo cervical.

La Superficies Linguales: Son más estrechas en diámetro que las labiales, y las paredes proximales se inclinan lingualmente a medida que se acercan al área cervical.

La Raíz del insisivo central esta algo aplanada en sus aspectos mesial y distal y se adelgaza hacia el ápice.

La raíz del insisivo Lateral es más larga y también se adelgaza hacia el ápice.

La raíz del insisivo Lateral es más larga y también se adelgaza hacia el ápice.

Las raíces: Del segundo molar primario es mayor que la del primer molar primario, la raíz se compone de una rama mesial y una distal.

La Cavidad Pulpar: Está formada por una cámara y generalmente tres canales pulpares (figura 4-6). La cámara pulpar tiene -- cinco cuernos pulpares que corresponden a las cinco cúspides. Los cuernos pulpares mesiobucal y mesiolingual son los mayores, el cuerno pulpar mesiolingual es ligeramente menos puntiagudo pero del mismo tamaño, el cuerno distolingual no es tan grande como el cuerno pulpa mesiobucal, pero es algo mayor que el --- cuerno distolingual ó que el distal. El cuerno pulpar distal es el más corto y el más pequeño.

Insisivos Maxilares Primarios: Son muy similares en morfología (figura 4-7).

Corona: Los insisivos centrales primarios son proporcionalmente más cortos en forma insisocervical que en forma mesiodistal. El borde insisal, proporcionalmente largo uniendose a la superficie mesial en un ángulo agudo y a la superficie distal en un ángulo más ensanchado y obtuso, el borde ensisal se forma de un lóbulo de desarrollo.

En todas las piezas interiores las superficies proximales son claramente convexos en su aspecto labiolingual. Tienen un bor

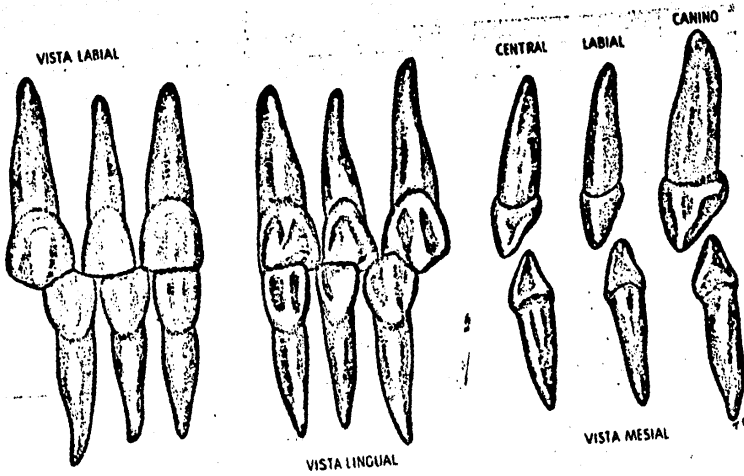


Fig. 4.7. Piezas primarias anteriores en oclusión normal.

de cervical muy pronunciado con cabo en dirección a la raíz.

La superficie Labial: Es convexa mesiodistalmente y ligeramente menor convexa en su aspecto insisocervical.

La Superficie Lingual: Presenta un cingulo bien definido y -- bordes marginales estan elevados sobre la superficie. La de-- presión forma la fosa lingual el cingulo es convexo y ocupa la mitad a la tercera parte cervical de la superficie.

La raíz: Es única y de forma cónica, es de forma bastante regular y termina en un ápice bien redondeado.

La cavidad Pulpar: Tiene tres proyecciones en su borde insi-- sal, la cámara se adelgaza cervicalmente en su diámetro mesio-- distal, pero es más ancha en su borde cervical, el canal pul-- par y la cámara pulpar son relativamente grandes. El canal -- pulpar se adelgaza de manera equilibrada hasta terminar en el agujero apical.

Los Insisivos Laterales Maxilares son: Muy similares excepto-- que no son tan anchos en el aspecto mesiodistal. La raíz del--

insisivo lateral es delgada y también se adelgaza.

En el Insisivo Lateral existe una pequeña demarcación entre - cámara pulpar y canal especialmente en sus aspectos Lingual y Labial.

Cavidad Pulpar: La cámara pulpar es más ancha en aspecto Mesiodistal en el techo. Labiolingualmente, la cámara es más - ancha en el cingulo ó línea cervical.

Canino Maxilar Primario: Al igual que los caninos permanentes los primarios son mayores que los insisivos centrales ó laterales.

Corona: La superficie labial, es convexa doblandose lingualmente desde un lóbulo central de desarrollo. Este lóbulo de desarrollo se extiende oclusalmente para formar la cúspide, el borde mesioinsisal es más largo que el distoinsisal para que exista intercuspidadación con el borde distoinsisal del canino inferior.

La Superficie Mesial y Distal: Son convexas se inclinan lin-

gualmente y se extienden más lingualmente que los insisivos, la pieza es más ancha labiolingualmente que cualquiera de -- los insisivos.

La Superficie Lingual: Es convexa en todas direcciones. El borde marginal mesial es prominente, pero más corto que el -- borde distal marginal, que también es prominente.

La raíz: Es larga, ancha y ligeramente aplanada en sus super_uficies Mesial y Distal, la raíz se adelgaza, y el ápice de la raíz es redondeado.

Cavidad Pulpar: Se forma con la superficie general al contor_uno de la superficie de la pieza, el cuerno central pulpar se proyecta insisalmente, considerablemente más lejos que el res_uto de la cámara pulpar, el canal se adelgaza a medida que se acerca al ápice.

Canino Primario Mandibular: Tiene la misma forma general que el contorno del maxilar, pero no es tan bulboso labiolingualmente ni tan ancho mesiodistalmente.

Corona: La Superficie Labial es convexa, tiene un lóbulo -- central prominente que termina insisalmente en la porción labial de la cúspide y se extiende cervicalmente hasta el borde cervical, en donde logra su mayor curvatura.

El borde insisal es más elevado en el ápice de la cúspide y avanza cervicalmente en dirección mesial y distal. El borde insisal distal es el más largo, y hace intercuspidación con el borde mesioinsisal del canino superior.

La Superficie Mesial y Distal son convexas en el tercio cervical, pero la superficie mesial puede volverse convexa a medida que se aproxima al borde cervical. Los caninos mandibulares no son tan anchos labiolingualmente como el maxilar.

La Superficie Lingual: Consta de tres bordes, el borde lingual ayuda en la formación del ápice de la cúspide, y extiende la longitud de la superficie lingual, fundiéndose con el cingulo en el tercio cervical. Los bordes marginales son menos prominentes que en los caninos maxilares.

El borde marginal distal es ligeramente más largo que el insisal

sal. El cingulo es estrecho a causa de la convergencia de las superficies proximales a medida que se acercan a la superficie lingual. El cingulo es convexo en todas direcciones. Entre el borde marginal y el borde lingual se encuentran cavidades, son los surcos de desarrollo mesiolingual y distolingual.

La raíz: Es única con diámetro labial más ancho que el lingual, las superficies presial y distal están ligeramente aplanados. La raíz se adelgaza hacia un ápice puntiagudo.

Cavidad Pulpar: Se forma al contorno general de la superficie de la pieza. No existe diferenciación entre cámara y canal una descripción de las piezas primarias de amplia evidencia de que su morfología está diseñada para llevar a cabo funciones específicas al masticar.

Los insisivos están diseñados para llevar a cabo acción de recortar sobre el cerrado de las mandíbulas, y se usan para morder y para cortar.

Los caninos se diseñan para desgarrar o detener el alimento.

Los molares sirven para triturar y macerar y para preparar el alimento incorporando líquidos bucales a la masa de alimentos. Cuando existe oclusión normal estas funciones se llevan a cabo al máximo cuando existe mala oclusión con sobre mordida -- inadecuada con overjet y con contactos inadecuados e intercuspidación, el funcionamiento de las piezas se ve extraordinariamente impedido y la preparación inadecuada del alimento resulta en mala digestión.

La meta principal del odontopediatra es el preservar la integridad de las piezas caducas, para que se mantengan funciones normales y ocurra la exfoliación natural.

el odontólogo, al hacer esto, contribuye a la salud general del niño, si se perdiera prematuramente cualquiera de estas piezas primarias, se podría dañar de manera trascendente y duradera la dentición permanente.

En los niños los elementos de la dentición primaria deberán permanecer sanos por un período que va desde los seis meses de edad aproximadamente hasta los 11 años, cuando los caninos superiores caen. Durante este período de unos 11 años los dientes están sujetos a vicitudes de abrasión, atrición, traumatismo y caries, al igual que lo están los dientes adultos.

La dentición primaria funciona y se asemeja superficialmente a la adulta. Al restaurar estas piezas el odontólogo debe tomar decisiones que son importantes para los niños que está tratando, deben tratarse las piezas de los niños en función-

de lo que es mejor para el niño, y no en función de lo que es más fácil para los padres ó para el odontólogo.

Cada niño debería pasar un exámen dental completo, a la edad de tres años.

Procedimientos operatorios par piezas primarias: Si el uso de un anestésico local o de premedicaciones ligeras, o de ambos, puede hacer cualquier procedimiento más agradable y menos dolorosa, entonces deberán utilizarse. Se puede administrar el óxido nitroso como medida analgésica, primero para disminuir la aprensión y molestias asociadas con las inyec-ciones.

Las inyecciones realizadas con cuidado, presedidas de aplicaciones de anestésicos tópicos en forma de pasta en el lugar de la inyección, pueden ayudar mucho a desvanecer los temores del niño y mejorar la calidad de la operatoria dental. La infiltración de un anestésico local de corta acción bucal o labial a las piezas maxilares y un bloqueo alviolar para las piezas mandibulares puede utilizarse con éxito bastante-significativo en niños de todas las edades, incluso en los jóvenes.

En niños que tienen graves problemas físicos ó están psiquicamente impreparados, en quienes es muy difícil obtener cooperación, pueden utilizarse premedicaciones moderadas o fuertes con Elixir de Cloralhidrato, Seconal Nembutal solo ó en combinaciones con varios tipos de drogas tranquilizantes.

Uso de Rollos de algodón. El niño tolerará mejor los rollos de algodón colocados de esta manera si se pulveriza algo de enjuague bucal de sabor mentolado ó algún otro tipo de sabor. Esta pulverización puede aplicarse después de que los rollos de algodón están en su soporte ya listos para ser colocados en la boca.

Al colocar los rollos de algodón, debemos asegurarnos que no hay ningún impedimento gingival dentro de la boca. Para bloquear totalmente el flujo de saliva de la glándula parótida, deberá colocarse un rollo de algodón en la reflexión opuesta al primer molar permanente superior, en cualquier arco en -- que se esté operando.

Si se usa expulsador de saliva para niños, deberá ser de pequeño tamaño, de flujo libre, y no irritantes para los teji-

dos de la boca. Para la mayoría de los niños es difícil tolerar un expulsador de saliva para adulto, ya que tiene el piso de la boca muy poco profundo.

Mestauraciones en piezas cariadados: Las restauraciones de - amalgama llevados a cabo en piezas primarias, no son considerados como "temporales". El cuidado con que se realizán- deberá ser el mismo que el de las piezas permanentes.

Habrán niños que sufrán destrucción rampante que lleván al - consultorio dental con gran necesidad de tratamiento, en estos casos, puede iniciarse inmediatamente tratamiento de naturalidad temporal para prevenir el curso de las fuerzas cariogénicas y la posibilidad de dolores de dientes o absesos.

Diagnóstico y Elección del Tratamiento: La desición de restaurar piezas primarias debe basarse en varias cosas:

- 1) Edad del niño
- 2) Grado de afección de la caries.
- 3) Estado de la pieza y del hueso de soporte observado en radiografías.

- 4) Momento de exfoliación normal.
- 5) Efectos de la remoción o retención en la salud del niño.
- 6) Consideración de espacio en el arco.

Detención de Caries: Existen ciertas diferencias anatómicas en piezas primarias, tales como cámara pulpar extremadamente grandes, cuernos pulpares prominentes, y su proximidad a la superficie externa de la pieza, que hacen imperativos descubrir inicialmente lesiones incipientes y que se traten con oportunidad. Es evidente para todos los que trabajan con niños, que cuando mayor se vuelve la cavidad, más difícil será restaurarlo satisfactoriamente.

Con un espejo y un explorador afilado se puede detectar caries en fosas y fisuras, y también caries cervicales. Si se quieren descubrir lesiones interproximales, son esenciales las radiografías entre los amplios contactos de molares primarios.

Lugares comunes de lesiones de Caries: Los segundos molares son los que tienen mayor índice de ataque cariogénico, seguido por primeros molares, caninos e insisivos en este orden,

en todas las piezas existen ciertas áreas que se vuelven cariadas más rápida y más frecuentemente que otras. Estos son áreas en donde existen defectos naturales de la pieza o que no son de limpieza propia, o que se vuelven defectuosas en su limpieza propia por accidente o por enfermedades.

Estas áreas generales pueden localizarse como fosas y fisuras en molares y piezas anteriores, áreas cervicales y proximales de todas las piezas, y también áreas hipoplásicas o dañadas en partes de la pieza que de otra manera serían resistentes. Es importante que los padres se den cuenta de que -- están en dieta constante de jarabes medicinales, carbohidratos pegajosos o líquidos endulzados en el biberón de la noche pueden padecer ataques de caries en piezas primarias en cuanto estas hacen erupción

Preparación de cavidad: La clasificación de las preparaciones de cavidad en piezas permanentes originadas por Black se pueden modificar ligeramente y aplicarse a piezas primarias.

Preparaciones de cavidades de primera clase: Las fosas y fisuras de las superficies oclusales de las piezas molares y -

las fosas bucales y linguales de todas las piezas.

Preparaciones de cavidades de segunda clase: Todas las superficies proximales de piezas molares con acceso establecido -- desde la superficie oclusal.

Preparación de cavidades de tercera clase: Todas las superficies proximales de piezas anteriores que pueden afectar ó no-extensiones labiales ó linguales.

Preparación de cavidad de cuarta clase: Preparaciones del -- proximal de una pieza anterior que afecta a la restauración - de un ángulo insisal.

Preparación de cavidad de quinta clase: En el tercio cervi-- cal de todas las piezas, incluyendo la superficie proximal, - en donde el borde marginal no está incluido en la preparación de la cavidad (obturación de Punto)

Deben seguirse las mismas etapas predeterminadas en la prepa ración de cavidades en las piezas primarias que en la de los adultos. Estas etapas son: 1) obtener forma de delineado,-

2) Obtener forma de resistencia, 3) Obtener forma de conveniencia, 4) Elininar la caries resistente, 5) Terminar la pared de esmalte, 6) Limpiar la cavidad.

C O N C L U S I O N E S

Para manejar adecuadamente al paciente que se está tratando en ese momento, el Odontólogo debe tener un amplio conocimiento de los posibles patrones de conducta que este puede asumir.

El dentista que se dedica a los niños, debe ganarse toda la confianza y promover la cooperación de los padres y pacientes.

Es importante que se tenga un acercamiento hacia el niño este deberá ser suave pero a vez firme, nuestros movimientos así como nuestras explicaciones deberán de ir en forma que inspiren seguridad.

Es deber de todo Odontólogo saber convencer a nuestro pequeño paciente a aceptar el tratamiento, haciendole notar que el dentista antes de ser médico es su "amigo" y que nos preocupa el estado en que se encuentra su dentadura.

La imagen que le demos al niño desde su primera cita depende del éxito para su manejo durante el tratamiento dental.

Cuando el caso lo amerite el dentista deberá tomar una actitud de autoridad frente a los padres como frente a los pacientes sin que esto la conduzca a tomar una actitud hostil.

El dentista que decide dedicarse a la atención de los niños debe estar conciente de que no les es nesario amar su profesión como tal para poder tener contacto y buen trato a los niños y sus problemas.

B I B L I O G R A F I A

Psicología del Desarrollo Infantil.

Teoría impírica y sistemática de la Conducta.

Editorial Trillas

Bijou Sidney and Baer Donald.

Odontología para niños

Editorial Mundi

Braver Jhon, C.

Factores Psicológicos que influyen en la

Odontología Infantil.

Fuentes Servin Pablo.

El niño de 5 a 10 años

Editorial Paidós 1971

Gessell Arnold

El Adolescente de 10 a 16 años

Editorial Paidós 1972

Gessel Arnold

Odontología para el niño y el adolescente

Editorial Mundi 1971.

M. C. Donald E. Ralph.

Odontología Pediátrica

Editorial Interamericana

Dr. Sidney B. Finn.