



1ej 212

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**IZTACALA - U.N.A.M.
CARRERA CIRUJANO DENTISTA**

**Enfoque y Análisis de la Historia Clínica en
Odontología Infantil**

TESIS PROFESIONAL

ENRIQUE MARQUEZ RODRIGUEZ

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: HISTORIA CLINICA	4
A) Historia General del Niño.	4
B) Padecimiento Actual.	5
C) Antecedentes Heredo-Familiares.	7
D) Antecedentes del Embarazo y Parto.	9
E) Antecedentes Personales: Patológicos y No Patológicos.	11
CAPITULO II: HISTORIA MEDICA	41
A) Antecedentes de Medicina Preventiva, Inmunizaciones.	41
B) Antecedentes Alérgicos a Medicamentos y Anestésicos.	46
C) Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.	50
CAPITULO III: EXPLORACION FISICA	57
A) Signos Vitales.	57
B) Inspección General.	60
C) Cabeza y Cuello.	63
D) Piel, Pelo, Uñas.	66
CAPITULO IV: EXAMEN BUCAL (Exploración por Regiones)	68
A) Labios.	68
B) Regiones Yugales.	72
C) Lengua y Piso de Boca.	75
D) Paladar Blando y Duro.	79
E) Uvula.	81
F) Frenillos.	81
G) Tejido Gingival	81
CAPITULO V: EXAMEN DENTAL.	85
A) Dientes.	85
a) Anomalías de Número.	

b) Anomalías de Forma.	
c) Anomalías de Color.	
d) Anomalías de Textura.	
e) Anomalías de Erupción y Exfoliación.	
f) Caries.	
B) Fracturas.	94
C) Exámen Periodontal.	104
a) Parodonto Normal en Niños.	
b) Condiciones de Higiene.	
c) Técnica del exámen Periodontal.	
d) Enfermedad Gingival y Parodontal en Niños.	
e) Restos Alimenticios, Placa Dento-Bacteriana, Materia Alba, Cálculos y Tinciones.	
CAPITULO VI: OCLUSION	122
A) Erupción y Dentición.	122
B) Oclusión y Alineamiento.	128
C) Hábitos Parafuncionales.	140
CAPITULO VII: DIAGRAMA DENTARIO	145
A) Nomenclatura Utilizada.	145
B) Odontograma.	146
CAPITULO VIII: SOMBIO RADIOGRAFICO	151
A) Generalidades.	151
B) Factores Radiográficos.	152
C) Tipos de Folicula.	152
D) Tipos de Exámen.	154
E) Exámenes Completos de la Boca.	155
F) Técnicas Radiográficas.	156
CAPITULO IX: MODELOS DE ESTUDIO	159
A) Técnica.	159
B) Análisis de Modelos de Estudio.	161

CAPITULO X: DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.	163
CAPITULO XI: PROYECTO DE UNA HISTORIA CLINICA MEDICO DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA.	178
CONCLUSIONES.	189
BIBLIOGRAFIA.	192

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

En la Odontología actual, es necesario que el Cirujano Dentista conozca perfectamente el estado de su paciente, tanto en el aspecto físico íntegro, como su estado bucal. Así mismo, todas las situaciones que lo rodean como es el medio ambiente en que se desarrolla, sus relaciones familiares, médicas y sociales, la historia de sus enfermedades, sus hábitos de higiene y alimentación, su estado psíquico y moral, su estado económico e incluye, el conocimiento de sus gustos y problemas. Todas estas situaciones proporcionan al Odontólogo el conocimiento real de una persona, la cual va a entrar al terreno de una labor social de salud, que es la Odontología.

La Historia Clínica Odontológica, es el medio de registro, en el cual quedan asentados todos los aspectos mencionados anteriormente. Para el Cirujano Dentista, es el único medio con el cual puede registrar tanto los aspectos normales como anormales, y una vez anotados, podrá hacer evaluaciones aún sin la presencia de éste.

La Historia Clínica se debe aplicar en forma ordenada, ya que en caso contrario, se crearán confusiones. El paciente o los familiares probablemente no entenderán nuestro objetivo, y en el peor de los casos, existe la posibilidad de que el Cirujano Dentista, realice una mala interpretación, y por ende, el diagnóstico y plan de tratamiento serán inadecuados.

La investigación de la historia del paciente infantil, tendrá que abarcar forzosamente aspectos aún antes

del nacimiento, porque es posible encontrar alteraciones prenatales que pueden repercutir en la salud e integridad física.

El presente trabajo ofrece la oportunidad de conocer aspectos o situaciones que se le pueden presentar al Cirujano Dentista durante el interrogatorio y el Exámen - clínico ordinario que se le aplica a un niño. Este trabajo no sólo tratará la primera dentición, sino que se extenderá en aspectos de la segunda, ya que el Odontólogo que trata con niños, trabajará con las dos denticiones, aún cuando la dentición adulta no se haya presentado.

El conocer los aspectos normales de la cavidad bucal, facilita descubrir los estados patológicos de los órganos o estructuras bucales; es por ésto, que se dará mayor atención a las situaciones normales y de salud de los diferentes tejidos de la cavidad bucal.

En el exámen dental, se tratan aspectos generales de las alteraciones y enfermedades más comunes de los dientes, fracturas y exámen parodontal.

Se presenta un capítulo dedicado exclusivamente a la Oclusión, el cual permite conocer la secuencia de la erupción dentaria, la posición normal que deben llevar los órganos dentarios y los hábitos más comunes que deterioran la alineación y la oclusión.

Se incluye en éste trabajo, los diagramas dentarios más comunmente utilizados, tales como: el diagrama de Zsigmondy, Universal e Internacional. Este último es el

más aceptado en la actualidad.

Por otro lado, se tratan algunos aspectos técnicos - en lo que respecta a la toma de impresiones y obtención de modelos de estudio; así como lo referente al-exámen radiográfico.

Por último, se plantean las situaciones que se deben considerar para realizar el diagnóstico, el pronóstico; incluyéndose a su vez, el plan de tratamiento y un diseño de una Historia Clínica Infantil que presenta casi to dos los aspectos investigados en éste trabajo.

ENRIQUE MARQUEZ RODRIGUEZ

CAPITULO I: HISTORIA CLINICA

A) HISTORIA GENERAL DEL NIÑO

Los datos que se tomen del paciente al iniciar la Historia Clínica, pueden ser llenados por la madre, el padre o la persona que acompañe al niño al consultorio. Esto se puede realizar en la re
cepción o sala de espera.

Primeramente se empieza por anotar la fecha de realización de la Historia Clínica; posteriormente, el nombre completo del niño y su mote, ya que si desde el principio tratamos a éste con su di
minutivo, iremos ganando su confianza. También es necesario anotar Sexo y Raza ya que existen entidades patológicas con predominio en estos datos.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: Estos datos dan información de la edad del pequeño y la región o lugar del que proviene, para saber si existen aguas fluoradas o no en su localidad.

TELEFONOS: La vía telefónica es uno de los medios de comunicación más rápido con los que cuenta el Cirujano Dentista, para ponerse en contacto con el paciente, familiares del mismo y Médicos o Pe
diatras del niño. En caso de que se tenga teléfono nunca hay que omitirlo de la Historia Clínica, ya que es de vital importancia para fines de organización del consultorio, como son las citas o cam
bios de ésta.

DOMICILIO: Es importante tener ésta información en caso de que no se tenga teléfono, para podernos comunicar con el paciente ya sea por el correo o el telégrafo.

ESCUELA Y GRADO: Esto sirve para saber si la edad del niño coincide con la escolaridad y da cierta información con problemas educa
cionales.

NOMBRE DEL PADRE Y MADRE, SU OCUPACION, LUGAR DE TRABAJO Y TELEFO

NOS: Estos datos sirven para localizarlos fuera del hogar en caso necesario, también para checar el factor socio-económico del paciente, así como el medio ambiente en donde el niño se desarrolla. El conocer estos aspectos, implica que el Cirujano Dentista pueda tener una idea global para realizar un plan de tratamiento adecuado a su presupuesto. Es obligación del Cirujano Dentista, informar al paciente respecto al tratamiento ideal y estimularlo para planear un tratamiento definitivo. A un paciente con ingresos bajos se le puede dar facilidades en lo que respecta a los pagos.

NOMBRE DEL PEDIATRA O MEDICO FAMILIAR, SU TELEFONO Y DIRECCION : Esto es en caso de que se tenga que remitir al paciente a consulta médica o bien, para establecer acuerdos en tratamientos dentales, en los que sólo el Médico puede autorizar. Ejemplo: Pacientes que tengan alguna alteración sistemática como diabetes, hemofilia, leucemia, etc. en donde se requiera de la autorización médica con el objeto de que se realice el tratamiento sin inconvenientes.

NOMBRE Y EDAD DE LOS HERMANOS Y LA PERSONA QUE RECOMIENDA AL CIRUJANO DENTISTA: Estos datos sirven para fines de organización del consultorio, con miras a saber qué lugar ocupa el niño, dentro del seno familiar. Ejemplo: si es una familia numerosa o si es pequeña. En este último caso podríamos tener a un hijo único, lo cual nos indicaría de antemano que su comportamiento puede verse afectado por éste motivo y saber bajo que reglas debemos tratarlo psicológicamente.

B) PADECIMIENTO ACTUAL

Dentro del padecimiento actual se tratan cinco aspectos básicamente:

a)Cuál es el motivo de la consulta, es decir, los síntomas que presentó el paciente al iniciarse la enfermedad. Algunas respuestas pueden referirse a dolor, inflamación, pérdida funcional, estados febriles, etc.

b) Cuál ha sido la evolución de cada uno de los síntomas. Un ejemplo podría ser: el paciente refiere que hubo enrojecimiento de la encía, posteriormente se inflamó y por último el paciente no podía masticar porque existía dolor.

c) El estado actual de los síntomas. El paciente puede referir que presenta molestias durante la noche o el día, dolor con alimentos o sustancias químicas, dolor al frío o al calor, dolor irradiado, imposibilidad de hacer movimientos, etc.

d) Si el paciente ha recibido algún tratamiento para el padecimiento, ya sea Médico, Dental o por automedicación. Este punto es importante, porque en muchas ocasiones los pacientes tienden a someterse a tratamientos caseros, que en la mayoría de los casos producen alteraciones asociadas al padecimiento real. Un ejemplo de esto sería: personas que colocan aspirinas entre los dientes y la encía para evitar dolor de origen dental y lo único que logran es irritar la mucosa.

e) Que el paciente nos indique, cuál es desde su punto de vista lo que le está causando el dolor.

En cada una de las preguntas es importante que se deje hablar al paciente y tal como refiera los signos y síntomas se deberán anotar en la Historia Clínica.

La importancia de éste punto radica en obtener la mayor información por parte del paciente, ya que de aquí es nuestro punto de partida y si logramos que el paciente nos dé su confianza, en base a esto, obtendremos datos que muchas veces se ocultan ya sea por falta de interés o bien, porque el paciente no lo cree importante; de esta manera la recopilación de datos subjetivos obtenidos se incrementa, lo cual nos ofrece una mejor perspectiva para poder pensar de primera intención en un diagnóstico de presunción el cual será reafirmado más adelante por todos los datos que se

verifican en el transcurso de la Historia Clínica y se reforzarán con el estudio clínico, análisis de modelos de estudio y Rayos X, para dar un diagnóstico definitivo.

C) ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

En este punto se incluyen los datos de los padres, hermanos, - abuelos, colaterales y todas aquellas personas que conviven o tienen relación de parentesco con el niño. Estos datos pueden informar sobre problemas de índole genético o de cualquier otra naturaleza que forman o condicionan la patología familiar.

La información que tomaremos de los padres es la siguiente:

- a) Edad, estado de salud y emocional. En caso de que éstos no vivan, fecha de la muerte, causa y naturaleza de los síntomas.
- b) Relación de los esposos y la actitud de ellos para con el paciente.
- c) Métodos de educación usados para el paciente.
- d) Medio social, cultural y étnico del que provienen los padres.
- e) Tratamientos dentales efectuados a los padres, principalmente prótesis parciales y totales.

Analizamos: Al preguntar la actitud de los padres hacia el niño, las respuestas pueden arrojar información de cómo es tratado y sabremos si éste es sobreprotegido por los padres, o bien, si han dejado que él se desenvuelva en forma libre y sólo es orientado hacia sus actividades, o también, si es un niño reprimido lo cual lo hace temeroso y precavido. El uso de placas dentales indica las costumbres de aseo y cuidados bucales, si la respuesta es negativa, sabremos que de alguna manera los hábitos de higiene son transmitidos a nuestro paciente. Ahora bien, si la respuesta es positiva, tendremos la necesidad de informarnos detalladamente

el porqué del descuido, así como los tipos de alimentos, horarios y hábitos acostumbrados por los padres, ya que esto influye de manera directa al buen estado de salud bucal de pequeño.

La información que tomaremos de los hermanos es la siguiente :

- a) Edad, estado de salud. Si alguno murió, se pregunta a la edad en que falleció, así como la causa y naturaleza de los síntomas.
- b) Desarrollo social, rendimiento y actividad en la escuela; la relación que guarda con el paciente y la actitud de los padres hacia todos los hermanos.

De lo mencionado anteriormente, se puede decir, que si el paciente guarda estrecha relación con los hermanos principalmente por la edad, la conducta del pequeño será parecida a ellos, ya que los niños tienden a la conducta de imitación. También se puede concluir que si el trato e interés de los padres para con los hijos, es cordial y existe una buena relación familiar, ganaremos en estos padres un aliado en nuestro objetivo dental, ya que hay que recordar que para tener éxito en los tratamientos dentales y cuidados del niño, debemos lograr toda la colaboración por parte de los padres del mismo, así como una gran labor por parte del Cirujano Dentista.

Los datos que obtendremos de los abuelos es la siguiente:

- a) Si éstos viven, de no ser así, se investiga fecha y causa de la muerte y la naturaleza de los síntomas.

El dato de muerte de algún familiar y la causa de ésta, nos informa de posibles enfermedades de tipo hereditario que pueden transmitirse a los niños, o bien, tener mayor predisposición a adquirirlas. Como ejemplo de éstas, podemos mencionar: Obesidad, - Diabetes, Cáncer, Epilepsia, Discracias Sanguíneas, Fiebre Reumática, Tuberculosis, Sífilis, Enfermedades Mentales, Enfermedades Heredo Degenerativas, Alergias, Cardiopatías, Esterilidad, Etc.

D) ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y PARTO

a) EMBARAZO:

Al interrogar sobre este aspecto como es lógico, la madre será la persona más indicada para responder a la información de nuestro interés, ya que si lo hace otra persona difícilmente encontraremos datos verídicos y como consecuencia se puede alterar el desarrollo de nuestra Historia Clínica.

Se pregunta básicamente de la salud, nutrición, actitudes y estado emocional de la madre durante la gestación; enfermedades como son: Diabetes, Toxemias, Enfermedades Cardíacas, etc. Una pregunta peculiar es la de qué actitud tuvo el padre durante el embarazo y la circunstancias de la vida familiar durante éste período. Esta información es importante porque podemos encontrar alteraciones sistemáticas que repercuten en el feto, por lo tanto, se deberá anotar claramente el padecimiento experimentado por la madre, duración, atención recibida y complicaciones.

En lo que se refiere a la relación familiar durante el embarazo, se toma en cuenta los problemas conyugales que pudiesen repercutir en la madre como son: El Stress Emocional; la Depresión; - La Angustia, etc. Analizando ésto tenemos que: El stress emocional influye sobre numerosos órganos cuya función puede aumentar, alterarse, o bien, disminuir. La depresión provoca la disminución de la actividad vital de una parte o en la totalidad del organismo. La angustia fisiológicamente implica cambios bioquímicos y fisiológicos en los que participa el sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endocrino y el sistema nervioso vegetativo.

La historia del embarazo a veces proporciona datos importantes sobre el origen del color, forma y estructura anormal de dientes primarios y permanentes y se podrá observar en el pequeño los efectos de alguna droga y trastornos metabólicos que ocurren durante

la formación dentaria. De aquí, que el enfoque que se le deberá de dar a estas preguntas, será principalmente a las alteraciones padecidas por la madre, que pudiesen repercutir en la boca del niño durante el desarrollo prenatal. Como ejemplo: la rubéola, alergias, etc.

b) Parto:

Algunas preguntas importantes son: ¿Cuánto pesó el niño al nacer? ¿Fue prematuro? ¿Por que vía nació: vaginal, por cesarea, con forceps? Estas preguntas se pueden analizar de la siguiente manera: La pregunta del peso del niño al nacer, se enfoca principalmente en el sentido de que si hubo una buena alimentación y metabolismo de la madre durante el embarazo. De aquí, que se dice que la mejor edad para la gestación es que ésta fluctúe entre 16 y 25 años, ya que en este período es cuando el metabolismo de la mujer se encuentra en las mejores condiciones; también es posible reconocer que cuando los niños pesan más de 4 1/2 Kg. al nacer, pueden tener predisposición a la diabetes. El parto por vía vaginal sin complicaciones favorecerá al pequeño, porque el traumatismo fisiológico que se produce en el momento del parto, estimula el desarrollo y crecimiento craneo-facial, la deglución, la succión y también existe estímulo osteogénico para el desarrollo óseo. Si el niño fué alimentado con leche materna, favorecerá más su desarrollo, ya que la primera secreción materna es el calostro: sustancia rica en inmunoglobulinas que proporcionan al bebé la flora intestinal. La alimentación al pecho estimula la función láctea, además de que el niño no tiende a la respiración bucal. El parto por cesarea, por lo regular es en condiciones de nacimiento prematuro, pero se debe considerar que la mayoría de los casos se opera sin ser necesario; el parto por cesarea disminuye la producción láctea, produce sufrimiento fetal y baja la respiración antes de nacer, la madre por la baja de leche, necesitará de un tiraleche para alimentar al niño, esto trae como consecuencia, que éste entre en abárea láctea, el apetito disminuya y por lo tanto el peso

baje por la deshidratación. Nacimiento con forceps: El uso del forcopa casi siempre afecta las estructuras del niño; cuando el forcopa se aplica antero-posterior se afectan las fosas nasales y lógicamente la respiración, cuando se coloca lateralmente se afecta la articulación temporo mandibular y puede producir trismus - post-partus, disfunción de la articulación temporo mandibular ó - afecta el centro de desarrollo cráneo facial; también puede producir neuralgia del trigémino.

E) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS

a) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Los puntos que nos interesan son: Higiene general, alimentación, escolaridad, deportes, vivienda y disciplina.

La higiene general abarca: baño diario, aseo de manos frecuente, ropa limpia, limpieza dental, tipo de cepillo y cambio del mismo.

Algunas de éstas preguntas se pueden omitir, ya que desde que entra el paciente podemos notar si existe o no una buena higiene, sólo hay que considerar que en la mayoría de los casos se asea al niño antes de llevarlo al consultorio, pero en caso de duda se realizarán las preguntas pertinentes.

Cuando se pregunta sobre el tipo de cepillo dental que se utiliza, se investiga cómo lo escoge y si tiene conocimiento al respecto, ya que de no ser así orientaremos a nuestro paciente cómo escoger el cepillo dental.

Se recomendará al paciente que el cepillo dental lo cambie aproximadamente cada mes, o bien, cuando las cerdas hayan perdido su consistencia y posición.

ALIMENTACION: Se puede preguntar en forma evolutiva, es decir des de que nació el niño hasta la actualidad. Se investiga si en los primeros meses fué alimentado al pecho o artificialmente. En este caso lo normal es que la leche materna sea dada del nacimiento a los seis meses; y el biberón no debe darse después del primer año de edad, ya que el uso indiscriminado de la mamila puede ser un factor etiológico de caries.

Otras preguntas de interés son la época en que se inició la ad ministración de alimentos sólidos y la respuesta que tuvo el niño. En los primeros años de vida se investiga la preferencia de ciertos tipos de alimentos, esto nos puede informar de ingestión exesiva de carbohidratos, lo cual trae consecuencias por el aumento en la presencia de caries. Ahora bien, se cuestiona sobre la toma de los tres alimentos diarios; preguntaremos sobre el consumo de leche, carne, pescado, verduras, frutas, etc. Los datos informan sobre cantidad y calidad de la alimentación, así como su frecuencia de ingestión.

VITAMINAS SUPLEMENTARIAS: Se pregunta a qué edad se empezaron a administrar así como la cantidad y duración de las mismas. Las vitaminas son imprescindibles para el buen curso de numerosos procesos de importancia vital. Dentro de las principales vitaminas tenemos:

LIPOSOLUBLES:

VITAMINA A.- Las vitaminas A son alcoholes aromáticos y se encuentran en el hígado de los peces y en menor cantidad en los animales como el hígado de buey. También se encuentra en la mantequilla, huevo y leche.

En la naturaleza además de la vitamina A, existen cuatro provitaminas o caratinoïdes, los cuales son hidrocarburos aromáticos y se encuentran en las plantas verdes como son las espinacas, coles,

guisantes, etc. Los carotídeos se transforman en vitamina A, en la pared intestinal; la conversión está dada por el estímulo que produce la hormona tiroidea y la insulina.

Los requerimientos diarios de vitamina A, son de 1.500 UI, en el lactante y 6.000 UI en el escolar; una unidad internacional (UI), corresponde a 0.3 microgramos de vitamina A. Para recubrir estos requerimientos es necesario ingerir medio litro de leche, un huevo o un plato de verduras. En un individuo sano, las reservas hepáticas cubren un período de carencia de vitamina A de 3 a 4 meses; en los lactantes sobre todo si nacieron prematuros, sus reservas son inferiores, por lo que si se presenta una carencia vitamínica A de unas semanas, se pueden presentar síntomas deficitarios.

La vitamina A, tiene dos funciones principales que son:

- 1) Es necesaria para la regeneración de la púrpura visual; cuando falta la vitamina se presenta un trastorno de adaptación a la obscuridad (Hemeralopía o Nictalopía).
- 2) Es imprescindible para la construcción de estructuras epiteliales; la carencia de vitamina A, produce hiperqueratosis cutáneas y metaplasias queratinizantes en las mucosas.

La falta de vitamina A, también produce aumento de la susceptibilidad a infecciones, perturbaciones del crecimiento, forma y textura del hueso, etc.

Las consecuencias por falta de vitamina A, a nivel dental se han experimentado en animales y se ha encontrado: Atrofia de glándulas salivales; la encía presenta hiperplasia epitelial e hiperqueratinizaciones; Hiperplasia gingival con infiltración y degeneración inflamatoria, formación de cálculos subgingivales; cuando existen heridas la reparación es tardía. En el hombre es poca la

información de las lesiones o alteraciones bucales, producidas por una hipovitaminosis A, pero es posible encontrar alteraciones parodontales y lesiones dermatológicas.

La hipovitaminosis A, puede descubrirse haciendo un estudio de adaptación a la obscuridad o bien, por el exámen de laboratorio; siempre que los valores de vitamina A, sean por debajo de 45 UI - en 100 cc, en lactantes y de 75 UI en niños mayores, indican un déficit vitamínico.

El tratamiento de hipovitaminosis A, es la administración de - 25.000 a 50.000 UI de vitamina A, por vía oral y cuando existan - problemas de absorción intestinal, se puede administrar por vía in tramuscular.

HIPERVITAMINOSIS A.- Cuando la vitamina A, no es eliminada pro duce intoxicación. Dosis diarias de más de un millón de UI, puede producir intoxicación aguda, que se presenta con dolores de cabeza y estómago, acompañados de náuseas y vértigo; en niños pequeños se presenta tensión intracraneal y abombamiento de fontanelas, náu seas y vómito; cuando la vitamina se administra en dosis de 50.000 a 100.000 UI, durante un período largo puede producir hiper vitaminosis crónica; los síntomas principales de este último tipo de hipervitaminosis son caída del cabello, exitabilidad, descamación en manos y pies, fiebre, hepatomegalia, erupción maculopapulosa, tumefacciones periosticas en huesos largos lo que dificulta la marcha de los niños, pigmentaciones de aspecto melánico en la piel, dermatosis escamosa, menstruación alterada, prurito y exolantía.

El tratamiento es dejar de administrar la vitamina.

VITAMINA D.- Se localiza en gran proporción en el aceite de hígado de bacalao y en la grasa corporal de algunos peces y en me

nor proporción en productos lácteos y huevos; en los vegetales es nula la presencia de vitamina D.

Cuando se lleva una dieta mediana y si anexamos la síntesis en dógena por acción de la luz solar, será suficiente para cubrir -- las necesidades en un adulto sano; en los niños y en la mujer en ba razada, es necesario completar adicionalmente este tipo de vitami na pá ra omitir un déficit.

Los requerimientos diarios de vitamina D, durante el período de recién nacido a la adolescencia, son de 400 UI de vitamina D. En niños prematuros los requerimientos son iguales, que en los niños con nacimiento normal.

Cuando es insuficiente el aporte de vitamina D, se conduce al raquitismo y a la tetania.

La vitamina D, es necesaria para mantener el equilibrio Calcio-Fósforo y la formación de dientes y huesos. El metabolismo de Calcio, Fósforo y vitamina D, están interrelacionados y sus varian tes de ingestión, en los dientes y estructuras esqueléticas tienen influencia en otros factores como son la función paratiroidea, pre sencia de carbohidratos, grasas y elementos inorgánicos, como el estroncio y berilio, además también influye la edad.

Cuando existen deficiencias de vitamina D, ó desequilibrios en la ingestión de Calcio y Fósforo, o los dos factores combinados - producen raquitismo en los niños y osteomalacia en los adultos.

El raquitismo por deficiencia de vitamina D, produce alteraciones severas en la boca como son: Retardo en la erupción de los -- dientes, tanto en la primera como en la segunda dentición; exis te mal posicion dentaria, maloclusión, en la mandíbula se presenta falta de desarrollo; en los dientes, están ausentes surcos y fose u re os en los dientes.

tas y en casos graves falta completamente el esmalte.

HIPERVITAMINOSIS D.- Esta entidad se caracteriza por presentar en el paciente náuseas, vómitos, diarreas, poliuria, polidipsia, perturbaciones en la función renal, hipercalcemia o hiperfosfatemia. Esto puede provocar la muerte.

ALTERACIONES BUCALES.- Por hipervitaminosis D, se puede presentar osteoporosis y resorción alveolar, calcificaciones en el ligamento periodontal y en la encía de tipo patológico, formación abundante de cálculos, presencia de un depósito de una sustancia semejante al cemento radicular, el cual provoca hipercementosis y anquilosis de varios dientes y produce enfermedad periodontal extensa.

VITAMINA E.- La vitamina E, se encuentra en aceites vegetales, hígado, huevos y verduras. Los requerimientos diarios en el hombre son de 3 mg. para el niño y 30 mg. para el adulto. En el hombre no se han encontrado niveles deficitarios de vitamina E.

En la actualidad no se han demostrado alteraciones bucales por falta de vitamina E; en algunas personas con factores irritantes locales, en mínimo porcentaje en la cavidad bucal, fueron tratados con la vitamina y se registró una respuesta favorable.

HIDROSOLUBLES:

Complejo de vitamina B.- El complejo de vitamina B, está compuesto por:

- Tiamina (vitamina B1).
- Riboflavina (vitamina B2).
- Acido Nicotínico (Niacina).
- Acido Pantoténico
- Acido Piridoxina (vitamina B6).
- Acido Paraaminobenzoico

Acido Fólico (Folacina).
Cianocobalamina (vitamina B12).

Es raro que las alteraciones bucales sean provocadas por un só lo componente del complejo B, lo común es que se presenten por de ficiencias múltiples. Las alteraciones bucales son:

Gingivitis

Glositis

Inflamación general o local de la mucosa bucal.

Alteraciones bucales relacionadas con deficiencia del complejo vitamínico B:

Tiamina o vitamina B1: La falta de vitamina B1, produce una - enfermedad que se denomina Beri Beri, sus principales alteracio- nes bucales son hipersensibilidad de la mucosa bucal, vesículas pe queñas que simulan herpes en la mucosa bucal, pro debajo de la len gua, o bien, el paladar, también existe eroción de la mucosa bucal

Los requerimientos diarios de vitamina B1 son de 0.5 mg. en ni ños y en el adulto de 1 a 2 mg. Esta vitamina la encontramos en las levaduras y en los gérmenes de arroz y trigo.

Riboflavina o vitamina B2: La vitamina B2 se encuentra en le- vadura, leche, huevos, hígado y riñones. Los requerimientos dia- rios son de 2 a 3 mg.

Las alteraciones bucales que se presentan por deficiencia de vi tamina B2 son: Glositis; existe atrofia de las papilas; puede pre sentarse desaparición de las papilas, dependiendo del grado de de de ficiencia. En casos leves o moderados en el dorso de la lengua - presenta atrofia de las papilas linguales y fungiformes que se ele van y dan un aspecto granulado. Cuando el caso es grave, puede -

presentarse el dorso de la lengua plano, con una superficie seca y fisurada. El margen lingual se presenta con un aspecto escalonado, provocado por la indentación contigua para adaptarse a los espacios interdentarios.

Queilosis: La queilosis es una alteración que se manifiesta primeramente como una área pequeño, viva, roja, y dolorosa en la comisura labial, en la unión mucocutánea; posteriormente la lesión se cubre de una membrana epitelial blanca adhesiva y en casos graves, hay presencia de fisuras múltiples dolorosas. La lesión puede extenderse al labio inferior y produce fisuras.

Acido Nicotínico: Este ácido se localiza en levadura, hígado, carne, pescado y leche. Los requerimientos diarios son de 10 a 20 mg.

La falta de ácido nicotínico produce Pelagra, que se caracteriza por presentar: Dermatitis, trastornos gastrointestinales neurológicos y mentales (Dermatitis, Diarrea y Demencia), y a nivel bucal produce glositis, gingivitis y estomatitis generalizada.

Piridoxina o vitamina B6: Esta vitamina se presenta en levaduras, yema de huevo, hígado, verduras y frutas. Sus requerimientos diarios van de 0.2 hasta 15 mg.

Las personas con una dieta deficiente de piridoxina, presentan queilosis, glositis y atrofia de las papilas. A nivel general se presenta anemia, trastornos cardiovasculares, convulsiones y retardo en el crecimiento.

Vitamina B12: La vitamina B12, se encuentra en forma natural en la carne y en los productos animales como la leche. Los requerimientos diarios en un hombre sano son menores de 1 microgramo.

La importancia de la vitamina 12 consiste en estimular la maduración de los eritrocitos, además que ayuda en la maduración de las células epiteliales.

Las deficiencias de vitamina B12 producen Anemia, Glositis, alteraciones nerviosas, etc.

VITAMINA C: La vitamina C, se encuentra en las naranjas, limones, fresas, en algunas verduras, espinacas, patatas, leche de vaca y materna, etc.

Los requerimientos diarios en un lactante son de 5 a 6 mg. por Kg. de peso; en un escolar de 2 a 3 mg. por Kg. de peso; en un adulto de 50 mg.

La vitamina C, actúa en el metabolismo de los hidratos de carbono y proteínas.

La deficiencia de vitamina C produce escorbuto el cual se caracteriza por producir retardo en la cicatrización de heridas, sus características clínicas son: pérdida del apetito, fatiga, delgadez, dolores fugaces en articulaciones y miembros, epistaxis equimosis principalmente en extremidades inferiores, hematuria, hemorragias en tejidos profundos y anemia. Hay mayor susceptibilidad a infecciones y la cicatrización de heridas es lenta.

El tratamiento del escorbuto, es administrar de 100 a 500 mg. de vitamina C, al iniciar el tratamiento y se sostiene por vía oral con 50 mg. diarios.

ESCOLARIDAD Y ADAPTACION A LA ESCUELA: Se puede cuestionar, sobre experiencia preescolar, edad de ingreso a la escuela, adaptación, actitud y reacciones de los padres y del niño respecto al programa escolar, pruebas de inteligencia, progreso escolar, etc.

Todas estas preguntas nos pueden orientar, para saber qué actitud vamos a tomar con el niño en el consultorio durante los tratamientos a realizar; si un niño tiene dificultades de aprendizaje, tendremos que explicar en forma detallada y con un lenguaje sencillo, en qué consiste nuestro trabajo.

DEPORTES: Se averigua el tipo y la frecuencia de la actividad deportiva. La información que se obtiene nos puede servir para entrar en el terreno de aficiones y gustos del niño y motivarlo a que se sienta en más confianza con el Cirujano Dentista. Otro de los puntos para lo que nos puede servir, la información de actividad deportiva, es saber si el deporte que se practica puede predisponer al niño a posibles fracturas o lesiones bucales, como es en el caso de cuando se practica Foot ball americano, muy común en la actualidad.

VIVIENDA: Tipo de casa, si tiene todos los servicios como son sanitarios, número de dormitorios, etc. Se pregunta cuántas personas duermen con el pequeño. Esto ofrece la información de hábitos de higiene casera como es el baño de ducha e higiene general. También ofrece la oportunidad de saber si el niño duerme en acunamiento o sea, cuando en un sólo cuarto duermen varias personas y por lo regular el dormitorio no es ventilado adecuadamente; el acunamiento es un factor etiológico de infecciones virales como la coqueluche, bronquitis aguda, etc.

DISCIPLINA: Métodos de los padres, adaptación o negativismo por parte del niño, rabietas, rebeldía, conductas agresivas o destructivas. Estos datos pueden orientar al Cirujano Dentista en la forma de manejar al niño dentro del consultorio dental.

b) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Los antecedentes patológicos informan el terreno en que evolu-

ciona el padecimiento actual y viene a completar su conocimiento, ya que proporcionan una explicación del estado real del paciente, que el mismo padecimiento actual. Los antecedentes personales son la mejor biografía patológica del individuo. Se anotarán sólo los datos positivos y negativos que tengan importancia para el diagnóstico o el tratamiento.

1) ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA: Asiendo un análisis del porqué, deben ser registradas las enfermedades de la niñez, podemos decir, que si el Cirujano Dentista trata aspectos dentales generales del niño en crecimiento, y sabemos que existen enfermedades que se combinan con padecimientos bucales, esto trae como consecuencia desequilibrios que a su vez, alteran los patrones de crecimiento y desarrollo. De aquí el valor o la importancia de hacer un registro de las enfermedades del niño, para tomar las medidas necesarias dentro del diagnóstico y el plan de tratamiento.

En éste punto se revisarán la Etiología, Sintomatología, Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de la infancia.

DIFTERIA: La etiología de la difteria es por el Bacilo *Coryne bacterium Diphtheriae*, este actúa como agente patógeno principalmente por su exotoxina. La enfermedad se transmite por portadores de bacilos. La predisposición varía de acuerdo al contenido de anticuerpos en la sangre. Esta enfermedad se puede presentar aún después de haberla padecido. El período de incubación es de 3 a 5 días.

Sintomatología:

-Difteria Faríngea Benigna: Las lesiones se localizan en amígdalas que se presentan inflamadas y enrojecidas; en poco tiempo adquieren una membrana de color blanco porcelana y puede llegar a cubrir la totalidad de la amígdala. Existe inflamación y sensibilidad a la presión de ganglios linfáticos del ángulo de la mandíbula.

la; existen algunas molestias al deglutir y ligero aumento en la temperatura.

-Difteria Faríngea Maligna: Aquí la membrana se extiende por fuera de la amígdala, hacia la faringe y toma un color gris.

-Difteria Gravísima (Séptica): Se presentan membranas espesas de color gris en toda la faringe y cavidad bucal. El edema periganglionar se extiende al cuello; la piel es pálida; hay elevación de la temperatura; se presentan hemorragias en piel y mucosas; vómitos, dilatación Cardíaca, hepatomegalia; puede presentarse la muerte entre la primera y segunda semana de enfermedad por Miocarditis Precoz.

-Difteria Nasal: Esta se presenta en lactantes y niños pequeños, en forma de coriza, con secreciones sero-sanguinolentas que erode la piel del labio superior y los orificios nasales.

Pronóstico: En la difteria maligna, el pronóstico es desfavorable. En los otros tipos es favorable.

Tratamiento: Se aplica suero antidiftérico de 10.000 a 50.000 Unidades de Antitoxina, simultáneamente con Penicilina de 300.000 a 1.000.000 UI diarias durante 10 días.

Tos-ferina (Tos convulsiva, Coqueluche): Su etiología está dada por el Bacilo Bordetella Pertussis (gram -). La transmisión es por medio de gotitas de saliva, de un portador. La infección es máxima al comienzo y después de la sexta semana ya no existe peligro de contagio, aunque persiste la tos. Esta enfermedad se presenta en niños menores de 10 años. El período de incubación es de 7 a 14 días.

Sintomatología; Empieza con signos prodrómicos o catarral, que

se caracteriza por tos, la cual se presenta comunmente por la noche; posteriormente, toma la forma de acceso y aparece el período convulsivo de la enfermedad. El niño se presenta con un aspecto característico, cara y párpados hinchados, ojos húmedos y brillantes, expresión cansada o atormentada. En algunas ocasiones se observa una úlcera del frenillo lingual, que se produce en el ataque por el roce con los incisivos inferiores. En casos graves puede presentarse hemorragias en piel y mucosas, epixtasis. Los ataques son más frecuentes en la noche. El período convulsivo dura de 3 a 6 semanas, poco a poco seden los ataques, primero en intensidad y luego en frecuencia y por último se presenta el período de convalecencia.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Es a base de Antibióticos como ampicilina, Terramicina, etc. Además de que se deben extremar los cuidados higiénicos, Dietéticos y mantener al niño al aire libre y bien alimentado.

TETANOS: El agente es el Clostridium Tetani. El período de incubación va de días a meses. La infección se origina generalmente por una herida.

Sintomatología: Empieza con signos prodrómicos que son: cefaleas, crisis sudorales y sensación de abatimiento. Posteriormente comienzan las convulsiones tónicas, comunmente en los músculos masticatorios, los cuales presentan acentuado trismo. En poco tiempo se afecta la musculatura mímica, quedando la cara en forma rígida y la afecta la boca en forma de risa Sardónica; los músculos del cuello y espalda presentan contracciones intensas y el cuerpo se encorva hacia atrás. Un factor grave que puede producir la muerte, es la contracción de los músculos de la glotis, de los intercostales y el diafragma. La deglución estimula la contractura de los

músculos faríngeos.

Pronóstico: En casos graves es desfavorable porque puede producir la muerte y en casos leves el pronóstico es benigno, aunque puede quedar cierta rigidez muscular.

Tratamiento: Será necesario hospitalizar al enfermo, ya que se requiere de practicar escisión completa de la herida, traqueotomía, limpieza de los bronquios por medio de un aspirador, administración de suero antitetánico, etc.

Profilaxis: Vacuna activa con Anatoxina Tetánica.

FIEBRE TIFOIDEA: Está producida por la *Salmonella Typhi*, se presenta frecuentemente en niños mayores de 5 años. Cuando la infección es intrauterina, dá lugar a la muerte del feto, o bien, produce un parto prematuro. Cuando se ha padecido la enfermedad deja inmunidad permanente. El período de incubación es de 7 a 14 días.

Sintomatología: Empieza con malestar, cefaleas, pérdida del apetito, la temperatura asciende lentamente y existe diarrea o estreñimiento; después la fiebre aumenta, el pulso se torna lento y el paciente se muestra apático (estado tífico), y puede sufrir de alucinaciones y delirios. Después de una semana se presentan en el abdomen manchas redondas discretas de color rosa pálido que desaparecen a la presión digital y son de 2 a 4 mm. de diámetro. Entre la 3a. y la 4a. semana, la temperatura desciende lentamente y los síntomas se van eliminando, aunque el paciente queda débil y delicado. Cuando la convalecencia es lenta suele caerse el cabello, que vuelve a brotar después.

Toda enfermedad febril que dure más de una semana y sea resistente a la Penicilina y a las Sulfonamidas y se acompañe de Leucocitos

penia, es sospechosa de Tifoidea.

Pronóstico y Tratamiento: El Pronóstico en niños es favorable si se detecta a tiempo y en adultos es reservado. El Cloranfenicol es el medicamento de elección, se dan de 50 a 100 mg. por Kg. de peso en cuatro tomas diarias durante 7-10 días. La profilaxis es por medio de vacunas.

POLIOMELITIS: Su etiología es por un virus RNA, el más pequeño hasta la fecha identificado. El contagio es por la ingestión de alimentos contaminados o por contacto directo. El período de incubación es de 7 a 20 días.

Sintomatología: La enfermedad comienza con fiebre, dolor de garganta, enrojecimiento de faringe, tos y a menudo dolor de cabeza y miembros; o bien, con vómitos, diarrea y dolores abdominales. Por lo regular se presenta un enfermedad previa como es el Sarampión o una Amigdalectomía, etc. Después de 1 a 3 días que es el período de latencia, en el 50% de los casos se presenta aumento de la temperatura, síntomas meningíticos: dolor de cabeza, hiperestesia generalizada, dolores de extremidades, etc.

El diagnóstico de Poliomieltis se hace comunmente cuando aparecen signos de Adinamia: hipotonía nual, debilitación e irregularidad en los reflejos, descenso del ombligo al elevar la mitad del cuerpo, disminución de fuerza al cerrar la mano, etc.

La infección Poliomeáltica se puede presentar en varios estadios. Se denomina inaparente, las formas que sin dar síntomas producen inmunidad. En algunos casos la enfermedad se puede desarrollar inmediatamente o después de un período de latencia de 8 días; presenta parálisis flácidas, éstas no son simétricas y se afectan comunmente las piernas, músculos de la cintura, extremidades superiores y tronco. La forma bulbo-protuberencial es de peor pronóstico.

co. Si sólo se afectan los nervios craneales facial y motor ocular común, el problema disminuye; pero cuando se afecta el vago y el hipogloso son mayores los riesgos ya que se afecta la deglución y la respiración. El caso más peligroso son las formas bulbares con participación de los centros vegetativos de la respiración y la circulación.

Quando las parálisis son extensas y afectan los centros tróficos de la Médula, dejan de crecer los miembros.

Pronóstico: es más benigno en niños que en adultos.

Tratamiento: no existe ningún medio específico, el paciente tendrá que ser hospitalizado y cuando las parálisis son definitivas se tratan por medios ortopédicos. También es de importancia el tratamiento psíquico.

Profilaxis: es por vacunación con virus muertos (Salk) o con virus vivos atenuados.

VIRUELA:

Etiología: Es por un virus vacinal. El período de incubación es de 11 a 13 días.

Sintomatología: Empieza con signos prodrómicos, fiebre, cefalea, síntomas catarrales, vómitos e intenso dolor lumbar (característico). En los 3 primeros días se observa un descenso en la temperatura, desaparecen las molestias y comienza el período exantemático. La erupción aparece primero en la cara en forma de roseolas de color rojo pálido, elevadas que en poco tiempo se extienden a la cabeza, pecho, espalda y extremidades y puede afectar la palma de la mano y la planta del pie. En cinco días aproximadamente las manchas crecen y se forman vesículas redondas del tamaño de un

guisante, de color nacarado, multilobuladas, que se umbilican en su centro. También se presentan en las mucosas pero son de pared delgada que se rompe con facilidad. Posteriormente a los ocho días aumenta la temperatura, existe intranquilidad y delirio y comienza el estadio de supuración; las vesículas se convierten en pústulas, arrugan o se rompen y se deseca el pus formado costras, con lo que se constituye el período de desecación que es entre el onceavo y doceavo día. La fiebre desciende nuevamente y entre los diez y doce días posteriores se caen las costras dejando cicatrices características. La enfermedad dura de cuatro a seis semanas.

Pronóstico: Negativo en los no vacunados.

Tratamiento: Sintomático.

Profilaxis: Por medio de vacunas.

VARICELA:

Etiología: Está producida por un virus y se transmite por contacto directo. El período de incubación es de dos semanas aproximadamente.

Sintomatología: Comienza la enfermedad con fiebre moderada y una erupción de manchas rojo-pálidas, que rápidamente se hacen pápulas y en pocas horas se vesiculan. La típica elevación de la varicela, es una vesícula de pared delgada, redonda u ovalada, en los pliegues de la piel, rodeado de un pequeño halo rojo. Posteriormente en cuatro o cinco días se presentan nuevos brotes y los anteriores se secan y así sucesivamente, por lo que en un tiempo de terminado de la enfermedad es posible apreciar máculas, pápulas, vesículas y costras. Las lesiones se presentan principalmente en el tronco y respeta manos y pies al revés de la Viruela y en cierto grado la cara. Donde tiene mayor afluencia es en la cabeza, en

las zonas recubiertas por cabello.

En la cavidad bucal, se pueden presentar las lesiones en el paladar y carrillos. También se presentan en la conjuntiva, laringe y genitales. En mucosa son de pared delgada que fácilmente se ulceran.

Pronóstico: Benigno.

Tratamiento: Sintomático.

SARAMPION:

Etiología: Es por el virus Morbilli. El período de incubación es de once días.

Sintomatología: Empieza con un estadio catarral prodrómico, - con fiebre que vá de 39 a 40°C, estornudos, conjuntivitis, fotofobia, faringitis, traqueitis con tos seca e irritativa. Después entre el segundo y tercer día, se presentan en la mucosa de los carrillos en la zona de los molares, las manchas de Koplik, que son manchitas puntiformes de color blanco puro, rodeadas de un halo rojo. Esto facilita el diagnóstico antes de la aparición del exantema; éstas manchas son fijas y no fáciles de desprender ni con una espátula. Las manchas de Koplik desaparecen después de uno o dos días y se presenta el exantema en forma de manchas rojas irregulares en el paladar, úvula y amígdalas.

Después del período prodrómico que dura tres días aproximadamente baja la temperatura para subir nuevamente, al mismo tiempo aparece el exantema. El exantema comienza con elevaciones redondas u ovaladas; primero de color rojo pálido, después más oscuro y se presenta detrás de las orejas, en el cuello y por último en el tronco. En las extremidades se presenta después de dos o tres

días y finalmente en las manos y pies. Posteriormente y después de tres o cuatro días baja la fiebre y desaparecen los síntomas - catarrales. Al mismo tiempo, la erupción palidece, siguiendo el orden en que apareció, dejando pequeñas manchas pigmentadas que en unos ocho o diez días se borran.

La principal causa de muerte en el Sarampión es la Bronconeumonia, que puede ser originada por el mismo virus del Sarampión.

Pronóstico: En casos sin complicaciones es benigno.

Tratamiento: Sintomático.

Profilaxis: Se debe aislar al paciente en su domicilio para evitar contagios. También se logra por medio de una vacuna única viva debilitada.

ESCARLATINA:

Etiología: La puerta de entrada del Estreptococo es la Faringe, o bien, por una herida (Escarlatina de los heridos y quemados) o la mucosa uterina (Escarlatina puerperal).

Se presenta en niños de dos a diez años comunmente; después de los cuarenta años es rara.

Sintomatología: Empieza súbitamente, con vómitos; la Faringe está fuertemente enrojecida.

Después de uno a tres días o más, aparece el Exantema Escarlatiforme, que son máculas densas, del tamaño de un alfiler, numerosas, que tienen un tono rosado en un principio, pero después son muy rojas. Al tacto dan una sensación de aterciopeladas. El Exantema se agrava en los grandes pliegues cutáneos como son: la

hingle, espalda, caras internas de los muslos, en el pecho y vientre. Las mejillas presentan un enrojecimiento regular.

El exantema produce prurito; después de tres días la lengua - pierde saburra (si la tiene), de la punta hacia los bordes y la lengua toma el cuadro llamado Lengua de Frambuesa, se presentan pequeñas en el paladar, en las niñas es frecuente un ligero flujo a causa de la Vulvitis catarral. La temperatura depende exclusivamente de las lesiones faringéas. Después de una semana el paciente entra en convalecencia. Después de tres o cuatro semanas se presenta una descamación cutánea en la cara, alrededor de la boca, en forma fina como espolvoreada. Esta descamación puede ser insignificante o muy intensa.

Pronóstico y Tratamiento: El pronóstico es benigno y el tratamiento es a base de Penicilina en caso de Alérgia se administra - eritromicina; la vía de preferencia es la oral, durante diez días.

La Profilaxis se logra administrando Penicilina a los hermanos de los escarlatinosos, para evitar contagios.

Parotiditis: Su etiología es por el Mixovirus Parotiditis. Se presenta principalmente en edad escolar. Cuando se padece deja inmunidad permanente. Se adquiere por contacto directo y la infección es por secreciones bucales. El período de incubación es de once a veinticinco días.

Sintomatología: Empieza con signos prodrómicos, como son malestar general y fiebre, enrojecimiento de los conductos de Stensen y Wharton, dolor en la región Parotídea; posteriormente, se presenta la inflamación clínica de la glándula Parótida, la inflamación aumenta con los movimientos mandibulares; la inflamación se puede presentar en forma unilateral o bilateral y casi siempre, primero de un lado y luego del otro. La localización es por debajo y adelante del oído y la inflamación desvía al óvulo hacia afuera. Si

la inflamación es grande, existe dificultad al masticar y un estado parecido al Trismo. Después del cuarto día la inflamación retrocede rápidamente. La salivación es normal y la temperatura suele ser alta de 39 a 40°C y puede durar de días a semanas.

Tratamiento: Los síntomas son soportables y desaparecen por sí solos siempre y cuando el paciente guarde reposo y esté aislado - por catorce días aproximadamente. Se pueden mandar analgésicos, antipiréticos, buena higiene oral y evitar los movimientos bruscos porque produce complicaciones.

2) FIEBRES EXANTEMATICAS

GINGIVOESTOMATIS HERPÉTICA AGUDA: Es una afección inflamatoria aguda de la cavidad bucal. Su etiología es por el virus Herpes Simples. La frecuencia más elevada es entre el primer año de vida y el tercero. Se transmite por contacto directo.

Cuadro Clínico: Los hallazgos sistemáticos consisten en fiebre elevada (entre 38.3° a 39.4°C), anorexia, malestar general, y afección de la glándula submaxilar. Las manifestaciones bucales son: inflamación difusa de color rojo en toda la encía y mucosa alveolar. A esto se une la formación de múltiples vesículas pequeñas entre cuatro y cinco días; las vesículas se rompen dejando úlceras planas con exudado amarillento; los bordes de las úlceras se presentan inflamadas.

Pronóstico: Es bueno. La enfermedad dura entre seis y dieciséis días aproximadamente; las lesiones curan sin dejar cicatriz. Esta enfermedad es autolimitante y raras veces produce complicaciones secundarias.

HERPES LABIALIS: Después de la infección primaria o estado agudo, es posible que el virus del Herpes permanezca latente en las células y volverse a manifestar la enfermedad a diferencia de que

sólo aparecen unas cuantas vesículas Herpéticas (lesiones Herpéticas Secundarias), estas se localizan en zonas fijadas de la mucosa bucal: encía insertada, paladar duro o bien en labio, en éste último sitio se conocen como Herpes Labialis. Las lesiones secundarias se presentan frecuentemente asociadas a factores predisponentes como son: fiebre, infecciones del tracto respiratorio superior por stress, etc.

Sintomatología: La enfermedad comienza con una zona de ardor o eritema que se continúa con la aparición de una vesícula o varias de ellas en el labio, pronto se ulceran y posteriormente, las vesículas forman costras entre cuatro y cinco días para posteriormente curar aproximadamente entre los siete y diez días, sin dejar cicatrices.

3) ALERGIAS

ASMA: Si el paciente refiere padecer asma, se profundiza preguntando sobre puntos específicos, como es el caso de los lactantes, donde se presenta un cuadro agudo de fiebre e insuficiencia respiratoria; se cuestiona la evolución de estos síntomas y el control que se ha tenido hasta la fecha de realizar el examen clínico que estamos cubriendo. También es importante preguntar si siguen presentándose los episodios o ataques asmáticos y con qué frecuencia, esto es de nuestro interés ya que si en el momento de estar trabajando se llegase a presentar un ataque, debemos retirar inmediatamente todo aquello que esté en la boca de nuestro paciente y dejar libre las vías respiratorias.

También se debe considerar la relación que debemos realizar con los antecedentes familiares, ya que lo más seguro es que se encuentren datos de Alergotías en los familiares del pequeño.

FIEBRE DEL HENO Y RINITIS ALERGICA: Es una reacción de la mucosa nasal, manifestada por edema, prurito e hipersecreciones de mo-

co y es producida por un antígeno específico.

URTICARIA: Es una erupción de la piel caracterizada por pápulas transitorias de límites netos, o definidos, elevadas, con vértice aplanado, que se acompaña de eritema y picor. La urticaria se puede presentar por alergia a alimentos, medicamentos, elementos que tocan la piel como la seda y lana, infecciones dentales, de amígdalas, etc., por picadura de insectos, por agentes físicos como frío y calor, etc. La urticaria se cura mediante adrenalina 1:1000 en dosis de 0.5 ml.; también se pueden administrar antihistamínicos como Difenhidramina (Benadryl).

EDEMA ANGIONEUROTICO: Es una lesión que se caracteriza por hinchazón indolora localizada y transitoria del tejido subcutáneo o submucosa en diferentes partes del cuerpo. En el tipo hereditario es común que se afecten labios, lengua y faringe.

ENFERMEDAD DEL SUERO: Es una enfermedad que se caracteriza por fiebre, erupciones cutáneas, artralgias y edema que se presenta - después de inyectar suero.

ALERGIA DE CONTACTO Y A LAS DROGAS: Cuando las alteraciones se localizan en la cavidad bucal, ya sean producidas por drogas o contacto se conocen como Estomatitis Medicamentosa y Estomatitis Venenata respectivamente. Las lesiones bucales son diversas; se presentan úlceras, glositis, gingivitis, erupciones vesiculosas. Es difícil dar un diagnóstico exacto, basado en el aspecto de las lesiones, ya que éstas pueden ser primarias (Máculas, Pápulas, etc.) o secundarias como es la rotura de vesículas. Tienden a ser lesiones ovales con bordes irregulares y base cubierta por exudado fibrinoso y ser dolorosas. Su etiología puede ser: alimentos, - alérgenos desconocidos como lápiz de labios, dentífricos, enjuagues bucales, goma de mascar, prótesis, restauraciones con amalgama, etc.

ALERGIAS A LOS MATERIALES DENTALES: Dentro de los materiales que pueden producir una reacción alérgica, tenemos los usados para la confección de prótesis parciales, principalmente el Acrílico. La causa que predomina son las lesiones producidas por traumatismos.

4) ENFERMEDADES SISTEMICAS

AMIGDALITIS: Aquí preguntamos cuántas veces se padece de ésta enfermedad anualmente y si ha tenido complicaciones. Muchas veces la Amigdalitis es crónica y por falta de interés de los padres, no ha sido tratada, por lo que, cuando se sospeche de Amigdalitis, se hará el examen conveniente; algunos datos para diagnosticar Amigdalitis son: Molestias en la deglución, enrojecimiento difuso y edema de la mucosa bucofaringea, amígdalas y paladar blando; crecimiento y dolor de ganglios del ángulo de la mandíbula. En caso de presentarse el cuadro lo podemos anotar en el diagnóstico y remitir al paciente al médico para que establezca el tratamiento adecuado.

ICTERICIA: La ictericia es la pigmentación amarilla de la piel escleróticas y obscurecimiento de la orina, lo cual indica el aumento en la concentración de bilirrubina. Todas las respuestas afirmativas con respecto a la historia de haber padecido Ictericia se deben anotar, así como el diagnóstico de la enfermedad que provocó esta pigmentación también se anota el curso, la evolución, tratamiento y complicaciones de la enfermedad.

DIABETES: En caso de que se afirme que el niño padece diabetes, las preguntas son ¿Qué control medicamentoso lleva y cuál es el tipo de dieta? El enfoque que daremos a ésta enfermedad como Odontólogos será para tener cuidado con algunos tratamientos. Por ejemplo, quirúrgicos, como la exodoncia ya que sabemos que ésta es una contraindicación relativa de la exodoncia; lo ideal es consultar al médico del pequeño y saber que está bajo control. En

caso de realizarse la extracción, el niño deberá llevar su dieta en igual cantidad y calidad, ya que de no ser así, se puede alterar el metabolismo de grasas y azúcares del niño.

EPILEPSIA:

EPILEPSIA DEL PEQUEÑO MAL: Este sinónimo es usado en pediatría. Esta enfermedad se caracteriza en los niños por pérdida de la conciencia pero sin convulsiones y casi siempre ideopática. Existen casos leves de pequeño mal, en el que el niño interrumpe su ocupación, su conversación o el juego y aparece como distraído en un tiempo que va de los cinco hasta los treinta segundos, sus ojos adquieren una expresión de inmovilidad o bien, hacen o dicen cosas sin sentido y en poco tiempo se recuperan (por lo que muchas veces ésta enfermedad es desapercibida), el niño no queda somnoliento como sucede en el adulto, generalmente conserva la postura y no existe Sialorrea. Un signo característico es el llamado Narcolepsia, éste consiste en que el niño se queda dormido durante el día y es difícil despertarlo, él lo hace por sí sólo sin saber que se ha quedado dormido.

EPILEPSIA DEL GRAN MAL: Es más común en edad avanzada. La sinomatología empieza con un grito agudo seguido inmediatamente con pérdida de la conciencia de tipo súbito; se dice que el paciente cae como fulminado; la pérdida de la conciencia va de minutos a horas y presenta crisis convulsivas. El paciente se muerde los labios, carrillos y lengua, hay salivación excesiva. El peligro se presenta si existe paro cardíaco o respiratorio; cuando no es así, el paciente se recupera lentamente y puede haber pérdida de la memoria, astenia y adinamia. Estas crisis pueden recidivar a intervalos regulares e irregulares. La complicación de ésta enfermedad, es que puede haber muerte de neuronas y el paciente pierde o disminuye su coeficiente intelectual.

Tratamiento: El uso de anticonvulsivos permite una amortigua-

ción sintomática de las crisis. En el niño es posible en algunas ocasiones la autocuración, a medida que progresan la maduración y estabilización de sus funciones cerebrales. El ataque convulsivo cede espontáneamente y sólo requiere tratamiento cuando se prolonga por varias horas. El principal medicamento que se usa para controlar la Epilepsia es la Difenilhidantónina (Dilantin, Epamitin, Lepitoin, Zentropil, etc.), no posee efectos secundarios sedantes y las dosis diarias oscilan entre 0.025 y 0.4 g. Un efecto indeseable de estos medicamentos es la presencia de Hiperplasia Gingival.

HEPATITIS VIRICA AGUDA: Existen dos formas de hepatitis infecciosa, la Epidémica y la Sérica o por Inoculación, son difíciles de separar una de la otra tanto clínicamente como anatómicamente, la presencia de una puede desencadenar la manifestación en la otra. La Hepatitis Sérica se presenta después de transfusiones de sangre, plasma, por punciones, vacunación antivariólica con linfa humana, etc.

La diferenciación entre hepatitis epidémica y sérica no es fácil, esta última tiene un comienzo menos agudo, evoluciona sin fiebre, es anictérica y se presenta a cualquier edad. El período de incubación de la hepatitis sérica es de dos a seis meses aproximadamente, en la hepatitis infecciosa es de quince a cuarenta días.

Cuadro Clínico: La hepatitis infecciosa sigue un curso de dos fases, la primera es febril y preictérica, seguida de la segunda fase o período icterico, aunque ésta última no se presenta necesariamente en todos los casos.

En los casos típicos, la enfermedad comienza con fiebre y síntomas generales "gripales": cansancio, apatía, anorexia, vómitos, dolores abdominales, en los miembros y cefalea; lengua saburral.

Los dolores en el cuadrante superior derecho, pueden hacer sospechar de apendicitis. En algunas ocasiones es posible encontrar tu mefacción en los ganglios linfáticos. Es más frecuente el estreñimiento que la diarrea. En ocasiones cuando la enfermedad se prolonga demasiado se presentan síntomas de hipovitaminosis: epistaxis, queilitis, estomatitis, gingivitis, etc.

Pronóstico: Por lo general es bueno, aunque puede persistir durante meses o años ligera hepatopatía con o sin ictericia. Rara vez se produce el paso a una Cirrosis.

Tratamiento: El paciente debe guardar reposo, en posición horizontal, asimismo, están indicadas las comidas pequeñas y frecuentes, pobres en grasas pero, indispensablemente, ricas en calorías. Cuando la alimentación se dificulta por la anorexia y los vómitos, se puede administrar por vía oral soluciones glucosadas. Si la enfermedad se desarrolla en un paciente con hipovitaminosis anterior se puede mandar vitaminas sobre todo del complejo B, y en menor cantidad vitaminas K y A.

La profilaxis se logra administrando gama globulina humana, por vía intramuscular.

FIEBRE REUMÁTICA: Esta enfermedad es producida a raíz de una infección como es la Faringitis o la Amigdalitis o cualquier tipo de infección estreptococcica, también necesita de factores predisponentes entre los cuales destacan, la edad, la herencia, el acinamamiento y la falta de higiene; éstos factores se pueden relacionar con los encontrados en antecedentes personales no patológicos.

Los síntomas que se pueden referir son dolor articular, marchas en la piel, dolor precordial, etc. Los primeros brotes de fiebre reumática, se presentan de los cinco a quince años y rara vez antes de los cinco años.

INFECCIONES Y PARASITOSIS INTESTINALES: Existe un dato alarmante: se calcula que la tercera parte de la población mundial está parasitada y éstos son contraídos por la ingestión de alimentos - crudos y por vía fecal-oral. Los parásitos experimentan en los individuos reacciones alérgicas, pérdida sanguínea, erociones de la mucosa intestinal, lo cual a su vez puede ser puerta de entrada para infecciones bacterianas. En cuadros más complicados de parasitosis intestinal encontramos: Anemias, Convulsiones, Fiebre, Artralgias, Urticarias, etc.

Cualquier alteración de tipo intestinal que haga sospechar de una infección o parasitosis, debe ser tomada en cuenta para remitir al paciente a su médico.

HEMORRAGIAS: En caso de que la respuesta sea positiva, se hará la valoración clínica de la hemorragia tomando en cuenta:

-Los signos y síntomas de la pérdida de sangre: estos dependen de la cantidad y rapidez con que se presenta la hemorragia; ya que la pérdida en forma aguda y profusa produce síncope, mientras que la pérdida lenta produce colapso circulatorio.

-La localización de la fuente de hemorragia: ésta puede ser notada por el paciente, la madre, o bien, ser un dato que proporcione el médico.

5) ANOMALIAS CONGENITAS

PALADAR Y LABIOS FISURADOS: Es uno de los trastornos más graves que existen en el Maxilar Superior, su frecuencia es de 1 x 1000 nacimientos. El paladar Hendido se observa clínicamente como pérdida de la continuidad de la Línea Media del Paladar que afecta tanto el Blando como el Duro; además de que existe una comunicación entre la cavidad bucal y la cavidad nasal, lo cual traerá como consecuencia, dificultades para hablar, comer y beber. Se

designa como el caso más grave, cuando la lesión se prolonga hacia el paladar duro y se desvía, ya sea hacia la derecha o izquierda entre la premaxila y el maxilar, lo cual puede producir una hendidura del puente alveolar entre el incisivo lateral y el canino, - produciendo lo que se conoce como Labio Leporino; aunque puede - existir labio hendido sin que exista alteración en el Paladar. - Otras alteraciones bucales asociadas al paladar hendido son: deformaciones de dientes, maloclusión, infecciones del oído medio y susceptibilidad a infecciones respiratorias.

CARDIOPATIA CONGENITA: La enfermedad cardiaca congénita comprende varias situaciones patológicas producidas por el desarrollo imperfecto del corazón y de los grandes vasos durante la vida embrionaria.

Las malformaciones cardiacas congénitas, al igual que de las demás malformaciones congénitas dependen de factores genéticos o ambientales. Por lo común, es frecuente encontrar antecedentes familiares positivos, en pacientes que presentan cardiopatía congénita; la consanguinidad predispone a defectos congénitos y ha sido relacionada con la enfermedad cardiaca congénita.

Entre los factores que predisponen a defectos del desarrollo tenemos: radiación, anoxia, algunos medicamentos como la talidomina o la cortisona, y algunas enfermedades como la rubéola materna al principio del embarazo. Sin embargo, en muchos de los casos no existen factores genéticos ni ambientales.

En un estudio se encontró que los defectos más frecuentes fueron malformaciones del tabique auricular y las estenosis de las válvulas pulmonares. Existe la probabilidad de que el Cirujano - Dentista trate a niños con alguna de éstas alteraciones, de aquí que se deberán tomar todas las precauciones para prevenir y rechazar la bacteremia, con la finalidad de evitar la presencia de una

endocarditis bacteriana subaguda. La forma de realizarlo es por medio de penicilina, administrada una o dos horas antes del tratamiento dental y continuarla durante los dos días siguientes.

6) INTERVENCIONES QUIRURGICAS: Es necesario averiguar si el paciente ha sido intervenido quirúrgicamente, ya que esto puede proporcionar datos referentes a hemorragias, problemas con anestésicos generales, aplicaciones de suero, medicamentos, etc. Se le pregunta al paciente de qué fué operado, la edad en que se realizó esto y si hubo complicaciones o secuelas por la intervención.

CAPITULO II: HISTORIA MEDICA

A) ANTECEDENTES DE MEDICINA PREVENTIVA, INMUNIZACIONES

En este punto de la Historia Clínica, se le pregunta a la madre si el niño está llevando el programa de Inmunizaciones, o bien, si éste ha sido terminado. En la actualidad el gobierno a puesto a disposición de los padres una cartilla de vacunación, la cual puede ser un documento en el que nosotros podemos confirmar si las Inmunizaciones están efectuándose en el momento preciso y con las indicaciones que éste requiere.

El programa de Inmunizaciones recomendado es el siguiente:

De 1 1/2 a 2 meses:

- 1) Vacuna D.P.T. (Difteria-Tos ferina-Tétanos).
- 2) Primera dosis de vacuna Salk (Poliomelitis inactivada), o bien, la de Sabin Tipo II, que es la dosis de vacuna de poliomeilitis bucal modificada viva monovalente o la primera dosis de vacuna anti poliomeilitis trivalente bucal.

3 meses:

- 1) D.P.T. (Segunda dosis).
- 2) Segunda dosis de vacuna tipo Salk o Sabin tipo I.
- 3) Vacuna Antivariolosa.

4 meses:

- 1) D.P.T. (Tercera dosis).
- 2) Tercera dosis de vacuna Salk o Sabin tipo III o, segunda dosis de vacuna antipoliomeilitica trivalente.

8 meses:

- 1) Vacuna contra el Sarampión.

12 meses:

1) D.P.T. (Cuarta dosis).

2) Cuarta dosis de vacuna Salk o bucal trivalente, si la inmunización primaria fué cualquier tipo de vacuna antipoliomelítica bucal

5 a 6 años:

1) D.P.T. o D.T. (Revacunación).

2) Refuerzo de Salk, si la inmunización primaria fué con éste tipo de vacuna o dosis de vacuna antipoliomelítica bucal trivalente, si la Inmunización primaria fué con cualquiera de las vacunas antipoliomelíticas bucales.

3) Vacuna Antivariolosa.

VACUNA D.P.T.: El agente de ésta vacuna es una mezcla de Toxoides Diftéricos y Tetánicos con una suspensión de Bortadella Pertussis muertos. Son necesarias cuatro dosis de un cm^3 por vía intramuscular administrada entre los dos meses y seis años. La vacuna defiende al inmunizado por un período de diez años contra la Difteria y el Tétanos y de tres años para la Tos Ferina, por la que se recomienda que el niño en el momento de entrar a la escuela, - sea revacunado con una sola dosis y en el caso de que se quiera vacunar pasando el período escolar, sólo será necesario administrar la vacuna doble, o sea, la que posee los Toxoides Diftéricos y Tetánicos (D.T.).

Las reacciones secundarias de carácter general más frecuentes ocasionadas por ésta vacuna son: Malestar, Fiebre, Pérdida del apetito; y en forma aislada, reacciones alérgicas cutáneas o respiratorias.

Las precauciones a nivel dental que tendremos que considerar - son:

-Para la Tos Ferina: Es una infección agudo del tracto respiratorio que produce tos fuerte, en éste caso lo mejor será postponer los tratamientos dentales, a menos que sean casos de urgencia

-Tétanos: El paciente con heridas bucales, generalmente es mandado al dentista, quién hará una evaluación para descubrir casos que requieran de tratamiento médico-antitetánico.

-Difteria: La cooperación del Odontólogo y el Médico para apoyar los programas de Inmunización, es de vital importancia para evitar este tipo de enfermedades.

VACUNA ANTIPOLIOMELITICA POR VIA BUCAL: El agente de la vacunación Sabin Oral es el Poliovirus Hominis tipo 1,2,3, llamados cepas de Sabin, vivos o atenuados.

Los anticuerpos maternos que se le proporcionan al niño durante el embarazo no alcanzan a dar respuesta inmunitaria por lo que la administración de tres dosis serán necesarias para lograr un nivel adecuado de inmunización. Se aplicarán dos dosis de vacuna Trivalente Oral entre las seis y ocho semanas (primeras) de vida y la tercera un año después de administrar la segunda dosis.

Las contraindicaciones de aplicar ésta vacuna son cuando el paciente tenga: Vómito, Diarrea persistente y Procesos febriles agudos.

VACUNA ANTIVARIOLOSA: Se denomina vacuna antivariolosa a la suspensión de virus vacinal que, en una concentración determinada sea capaz de infectar por vía cutánea y provocar una lesión local que inmunice contra la viruela.

La edad de administración es a partir de los tres meses de vida en los niños y en los adultos a cualquier edad. La vacuna ofrece cinco años de inmunidad, posteriormente cada cinco años se debe efectuar la revacunación.

La viruela ha sido casi erradicada de la República Mexicana y

de muchos países más; en México fué exterminada desde hace treinta años, después de haber sido un factor de mortalidad importante entre la población infantil.

VACUNA CONTRA EL SARAMPION: Esta enfermedad está provocada por el virus Morbilli o Morbillosa y la vacuna está constituida por cepas atenuadas del virus del Sarampión, o bien, se logra inmunidad haciendo una transfusión de sangre de un donador que haya padecido la enfermedad hace poco tiempo.

La edad para administrarla es entre los ocho y nueve meses de edad. La revacunación se hará al año de vida.

Complicaciones: Puede producir fiebre, manchas de Koplik, conjuntivitis, tos fuerte y seca, sensación de coriza, lo cual llega a formar un cuadro similar a la enfermedad propiamente dicha.

Otras enfermedades que pueden ser evitadas por medio de inmunización artificial son:

VACUNA ANTITUBERCULOSA: Es una suspensión de bacilos del Clamete Guerin o bacilos tuberculosos atenuados.

Esta vacuna se recomienda administrarla en las primeras semanas de vida; la dosis es de 0.1 cm^3 por vía intradérmica y la inmunidad que produce es de seis a siete años aproximadamente.

Las reacciones generales y las complicaciones son escasas, si la técnica y calidad de la vacuna han sido efectuadas adecuadamente.

Precauciones Dentales: Las lesiones bucales son raras, uno de los riesgos profesionales es contraer esta enfermedad, es por contacto con algún paciente afectado de Tuberculosis Activa.

TIFOIDEA: La vacuna antitífóidica puede ser aplicada a cualquier edad después de los seis meses por vía subcutánea, no hay reacciones ni complicaciones importantes en la administración de esta vacuna.

VACUNA ANTI-INFLUENZA: Se puede administrar después de los tres meses y produce inmunidad por un año aproximadamente, por lo que se puede reforzar en forma anual antes de la época de invierno.

VACUNA ANTIRRUBIOLICA: Esta vacuna se realiza con cepas de virus atenuados de alto poder antigénico.

Se puede vacunar al niño después del primer año de vida y también entre los cinco y nueve años, ya que es la edad en la que más se padece.

VARICELA: La administración de un agente inmunizante durante los primeros meses de vida, de inmunidad permanente. Una cierta protección profiláctica se logra administrando globulina gama, antes o poco después del contagio.

PAROTIDITIS: Para la inmunización se aplica una cepa viva y atenuada del virus; para administrarla se recomienda que los niños estén en edad prepuberal y que no tenga historia de Parotiditis. Esta vacuna no se emplea en forma general por el bajo índice de frecuencia. No se debe administrar a personas alérgicas al huevo y Neomicina.

PROTECCION CONTRA CARIES: Una pregunta de mucha importancia dentro de éste capítulo, es la que se refiere a las aplicaciones tópicas y administraciones orales de flúor, en casos de que éstas se estén llevando a cabo, se investigarán las fechas de aplicación

así como la edad en que se empezaron a administrar.

B) ANTECEDENTES ALÉRGICOS A MEDICAMENTOS Y ANESTÉSICOS

a) MEDICAMENTOS: Uno de los principales antecedentes alérgicos a medicamentos es la Penicilina, por lo que es necesario obtener una historia detallada para omitir las posibilidades de una reacción de éste tipo, en el caso de que se vaya a administrar.

En la actualidad, las pruebas para sensibilidad a la Penicilina, no son disponibles para un uso sistemático.

En caso de duda sobre la posibilidad de hipersensibilidad a la Penicilina deberá recetarse un agente quimioterapéutico alternativo como la Eritromicina o Lincomicina.

Las reacciones a Penicilina se clasifican en:

1) REACCIONES INMEDIATAS: También conocidas como anafilácticas, - son las más graves y pueden causar la muerte del paciente. En el caso en que se vaya a administrar Penicilina, lo ideal es que se la primera toma se realice en el consultorio, ya que así podremos observar las reacciones del paciente. Se debe esperar de quince a veinte minutos.

La Anafilaxia se ha definido como la reacción generalizada aguda que se presenta inmediatamente después de la introducción de un alérgeno, en un organismo sensible a dicho alérgeno.

Mecanismo de acción: El choque anafiláctico consiste en la - unión del antígeno con el anticuerpo, esto corresponde a una inmu noglobulina E pegada a un Mastocito a una célula basófila; cuando se efectúa la unión entre la célula basófila o el mastocito liberan sustancias vasoactivas como la Histamina, que van a producir vasodilatación de arterias y arteriolas, dando los síntomas del -

choque como son la Urticaria y el Angioedema. La vasodilatación de víceras ocasiona que la sangre se congestione en ellas y baje la presión arterial, quedándose el corazón con poca sangre, lo que puede producir Paro Cardíaco. Para que una persona se torne alérgica, es necesario un contacto previo con el agente inmunizante; otro aspecto o antecedente posible es que el paciente sea susceptible, lo cual se conoce como paciente atópico.

Cuadro Clínico: Se presenta inmediatamente a la aplicación del alérgeno, y se inicia con Urticaria, Angioedema, abundantes estornudos, Disnea, Tos, Enrojecimiento de la cara y algunas otras zonas de la piel, pulso débil y frecuente, baja de la presión arterial. De no tomar medidas adecuadas puede presentarse colapso y sobrevenir la muerte.

Tratamiento: Es a base de Adrenalina Acuosa al 1 x 1000; en niños la dosis será 0.01 ml x Kg. de peso, por lo general en adultos se recomienda de 0.3 a 0.5 ml; se administra por vía cutánea o sublingual, si el caso es urgente la mejor vía es la intravenosa; se repite la dosis cada 10 o 15 minutos hasta que el paciente salga adelante. En segundo término se usa la Hidrocortisona en dosis de 10 ml por Kg. de peso por vía endovenosa, si es que hay canalizada una vena o si no por vía intramuscular. En tercer lugar se administra un antihistamínico, una ampolleta en adultos y media en niños por vía intramuscular. Estos medicamentos pueden aplicarse simultáneamente. De haber Hipotensión marcada, se aplica Suero en Venoclísis, por ejemplo: dos partes de Suero Glucosado y una de Suero Fisiológico, para aplicar de 500 a 1000 mililitros, goteo de 50 a 60 gotas por minuto o más rápido dependiendo de la severidad del caso. Si hay Cianosis se aplicará Oxígeno de tres a cuatro litros por minuto, en caso de no contar con Oxígeno se dará respiración artificial (boca-boca). En caso de Paro Cardíaco se dará masaje al corazón y respiración boca a boca hasta la recuperación pulmonar y cardíaca. Cuando las primeras medidas se lleven a ca-

bo oportunamente, en la mayoría de los casos el paciente mejora en los primeros minutos.

2) REACCIONES RETRASADAS: Las reacciones retrasadas son más le-ves que las inmediatas y son: Fiebre, Erupciones Cutáneas, Articu-laciones inflamadas y Edema; aunque ésto requiere tratamiento no es de urgencia, lo indicado es dejar de administrar el medicamento y posteriormente, con algún antihistamínico se puede lograr me-joría; el antihistamínico más común es la difenhidramina (Bena---ryl).

ANALGESICOS: La aspirina y los salicilatos son los medicamen-
tos más usados para suspender o controlar el dolor; las reaccio-
nes que se presentan por éste tipo de medicamento van desde náu-
cea hasta síntomas de hipersensibilidad, como son: Erupción, Asma,
Prúrito, Artritis, Fiebre, Leucopenia, así como alteraciones visua-les y auditivas, depresión cardiaca, poliuria, etc. Cualquier dato de alergia o hipersensibilidad a analgésicos debe quedar claramen-te anotado en la Historia Clínica y tomarlo en cuenta para el plan de tratamiento.

ANTIINFLAMATORIOS: Los efectos indeseables a fármacos que tie-
nen la propiedad de ser antiinflamatorios son principalmente gástricos y éstos son: Náuseas, Dolor Abdominal, Anorexia, Úlcera -
Péptica; en algunos casos puede producir diarrea. Las manifesta-
ciones de Hipersensibilidad se presentan como: Exantemas, Prúrito,
Urticaria y ocasiones ataques agudos de Asma.

b) ANESTESICOS LOCALES: La reacción alérgica a drogas anestési-
cas son raras (1% de los casos). La alergia a un anestésico pue-
de definirse como un estado de hipersensibilidad específico a una
droga o agente químico. Las manifestaciones alérgicas pueden ser
órganos de shock; las alteraciones se pueden manifestar por Asma,
Rinitis, Edema Agioneurótico, Urticarias y otras erupciones cutá-

neas.

En la actualidad se cree, que cuando una droga, que probablemente contenga protefmas se administra por inyección, produce anticuerpos por estimulación del sistema retículo-endotelial. Por lo regular los anticuerpos destruyen o inhiben la substancia inyectada (antígeno), que causa su formación. En algunos casos esto no sucede y se presenta un auión de antígeno-anticuerpo que liberan Histamina o una substancia similar, ésto trae como consecuencia que la Histamina liberada vuelva más permeable los capilares, lo cual permite una extravasación de Plasma dentro de los tejidos circundantes produciendo Urticaria o Edema Angio-Nerurótico; en otras ocasiones puede producir un espasmo de los músculos no estriados de los bronquios y trae como resultado Asma o una alteración similar; otra alteración es la Vasodilatación de la microcirculación, generalmente arteriolas, las cuales permiten el acceso de sangre a las áreas afectadas.

Cuando un paciente es alérgico a una droga específica, se presenta la posibilidad de perder esta sensibilidad; por lo cual, será necesario el consejo o la autorización de un Médico o Alergista, para volver a administrar la droga.

Cuando el paciente nos refiera antecedentes alérgicos a un tipo de anestésico local, debemos aceptarlo y anotarlo en la Historia Clínica hasta no demostrar lo contrario; si se llegase a dudar de lo dicho por el paciente puede traer graves consecuencias. Cuando el paciente sepa específicamente a qué droga es alérgico, tendremos que administrar un anestésico local de distinto origen químico. Ahora bien, en caso contrario, cuando se desconoce cuál es la droga que causa alérgia es mejor remitir a nuestro paciente a un especialista. En la actualidad existen numerosos agentes anestésico-locales, lo que hace casi imposible el tratar de encontrar la droga exacta que causa alérgia si no se conoce.

Cuando un paciente sea alérgico a una droga específica, hay que decirselo, ya que ésto puede ser valioso para otro Cirujano Dentista o Médico que tenga a su cargo la atención del paciente en el futuro.

Los signos y síntomas van de ligeros a graves, de inmediatos a secundarios y se presentan en órganos afectados, piel, mucosas y vasos sanguíneos; éstos pueden ser Urticaria, Edema Angioneurótico, Fiebre del Heno, Asma, Rinitis, etc. Una reacción de un paciente sensibilizado previamente, puede presentar una reacción vig lenta a una pequeña dosis.

Una reacción común es que se presenta Edema Local en el lugar de la inyección, en un tiempo posterior de 12 a 24 hrs., usando un derivado de Acido Paraaminobenzoico; es necesario utilizar un aneg tésico local de diferente origen químico que no produzca esta con gestión.

C) INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Esta parte de la Historia Clínica, proporciona una información amplia si se hacen preguntas adecuadas para cada aparato. Este interrogatorio se debe realizar siempre, ya que es posible encontrar datos asociados de alteraciones en los aparatos y sistemas con manifestaciones bucales, como se verá en el desarrollo de éste punto.

a) APARATO DIGESTIVO: Se hacen preguntas referentes a: Trastornos Gastrointestinales, pérdida del apetito, dolor abdominal, hemorragias gastrointestinales, vómitos, diarreas, úlcera péptica y gastritis.

La sintomatología gastrointestinal puede traducir un trastorno de las vías gástricas o de otros sistemas, en especial el Sistema Nervioso Central.

La pérdida del apetito, los vómitos, las diarreas, el estreñimiento, el dolor abdominal y las rectorragias son manifestaciones frecuentes que exigen un diagnóstico y un tratamiento adecuado para la causa.

Pérdida del Apetito: En los niños esto es frecuente sobre todo en familias que atraviesan por problemas matrimoniales, o bien, pueden ser manifestaciones de una enfermedad aguda o crónica, esto tras como consecuencia una disminución en el crecimiento.

Dolor Abdominal: Este básicamente se presenta en los niños por trastornos psicológicos o de las vías gastrointestinales o de las urinarias. La Úlcera duodenal se presenta en la infancia con vómitos más que con dolor abdominal. Los trastornos de las vías o infecciones de las mismas, pueden presentar dolor. Además el dolor agudo abdominal puede constituir un síntoma de Episodios asmáticos, acidosis diabética, fiebre reumática, intoxicaciones por plomo, etc.

La mayor frecuencia de dolor abdominal es producida por infecciones.

Hemorragias Gastrointestinales:

Hematemesis: (Sangrado del tubo digestivo), en la infancia la hematemesis se debe básicamente a la ingestión de sangre durante una epistaxis, o bien, después de una extracción dentaria. En este punto es importante considerar a este tipo de hemorragias porque la acumulación de grandes cantidades de sangre en las vías gastrointestinales pueden desencadenar leucositosis, o ser causas de fiebre. Otras causas de hematemesis son: La úlcera péptica, hemangiomas (raro), hernias, etc.

Rectorragias: Estas pueden ser causadas por fisura anal, úlcera

ra péptica e infecciones.

Vómitos: Este es un síntoma frecuente en niños, que arroja información de alteraciones o trastornos del Sistema Nervioso Central del Sistema Urinario o del Gastrointestinal.

Diarreas: Estas por lo regular son causadas por infecciones o intoxicaciones. En casos en donde la higiene es deficiente, la contaminación de la leche y los alimentos, constituye la fuente más importante de infección.

Dentro de las causas de diarrea de tipo agudo encontramos: excesos en la comida, cansancio o excitación nerviosa; éstas son menos graves que las causadas por infección.

Úlcera Péptica y Gastritis: Son raras en los niños y su diagnóstico es difícil, ya que existen síntomas como la elevada incidencia de dolor abdominal recidivante que confunde al médico. La úlcera por lo regular se presenta con hemorragias, hematemesis, melenas y el síntoma característico es el dolor epigástrico durante la noche o antes de las comidas; sin embargo, en niños pequeños el dolor se presenta periumbilical y por lo regular son niños inquietos y activos en la escuela.

5) RESPIRATORIO: Se pregunta si ha padecido Epistaxis, éste sangrado es común sobre todo por traumatismo o pelliscos en la nariz; también puede ser por Rinitis Alérgica, Sinusitis y en infecciones agudas como son: Fiebre Reumática, Influenza, Parotiditis, Sífilis Congénita, etc.

Rinofaringitis Aguda o Resfriado Común: Se pregunta cuántas veces se padece de ésta alteración anualmente; cuál es el curso de la enfermedad, su tratamiento y sus complicaciones. Lo común cuando esta enfermedad es crónica, es que traiga consigo complicacio-

nes en los oídos, ganglios linfáticos, pulmones y senos paranasales. Los síntomas generales de esta enfermedad son moderados, - existe poca o nula fiebre y los síntomas solo duran unos días.

Faringitis Aguda: Enfermedad común entre los cinco y siete - años, en caso de que se presente esta alteración será necesario el exámen de laboratorio del exudado faríngeo.

Amigdalitis Crónica: Esta es una alteración común en los niños por lo regular cuando se encuentran datos de amigdalitis crónica, el tratamiento es la amigdalectomía. El Cirujano Dentista, está en posibilidades de hacer un exámen minucioso de las amígdalas pa-
ra referir a los padres si debe realizarse la amigdalectomía o no. Esto puede hacerse a base del interrogatorio y del exámen clínico; por ejemplo: las preguntas que podemos cuestionar son: Cada cuándo se padece esta enfermedad, si existe dificultad para respirar y hablar, si se han presentado infecciones hace poco tiempo. Esto puede dar información si la amigdalitis está provocada por algún tipo de infección, la cual al ser tratada cederá la inflamación - amigdalina y no será necesario el tratamiento radical.

Otras preguntas pueden ser: La existencia de tos con o sin es-
pectoración; si es escasa, purulenta o sanguinolenta; presencia de dolor del torax al toser. Estos pueden ser signos y síntomas de -
faringitis aguda, tuberculosis pulmonar, etc.

c) **CARDIOVASCULAR:** Existen muchas preguntas que pueden dar la -
pauta para sospechar de alteraciones cardíacas, entre las más fre-
cuentes tenemos:

Cianosis: Es la coloración azul de las mucosas, esto se puede
acompañar de inflamación y sangrado; la cianosis también se puede
presentar en las uñas y en toda la superficie cutánea.

Disnea: Puede existir disnea en cualquiera de las cardiopatías pero se destaca más cuando guarda relación con congestión pulmonar. La disnea de esfuerzo puede ser apreciada por los padres cuando observan que el niño juega por un tiempo breve y luego se sienta para descansar.

Dolor Precordial: Este dolor se manifiesta en los niños de la siguiente manera: se ponen cianóticos, se quejan, lloran y pueden llegar a presentar convulsiones.

Otros síntomas que pueden referir alteración cardíaca son: Cefaleas, Vértigo a los cambios bruscos de posición, epixtasis, dolor muscular con el ejercicio principalmente de las extremidades.

d) **HEMATOPOYETICO:** Entre los aspectos que nos pueden orientar si el paciente ha sufrido o sufre alteraciones del sistema hematopoyetico tenemos: la presencia de Anemia, es decir, la reducción del volumen de los glóbulos rojos. Algunos signos y síntomas que pueden ayudar a detectar la anemia son: Astenia, Palidez y las palpitations. La anemia no puede ser una entidad patológica aislada, sino que constituye una indicación o manifestación de un proceso patológico o de una enfermedad subyacente.

Otras preguntas de interés son: si el sangrado es normal, la presencia de epixtasis, gingivorragias, equimosis con traumatismos leves, sangrado prolongado de heridas, etc. Las gingivorragias pueden informar de enfermedad periodontal. La equimosis y trastornos en la coagulación.

Los defectos hemostásicos por alteraciones en los vasos (fragilidad capilar), se manifiestan por pequeñas hemorragias y petequias intracutáneas. Los estados hemorrágicos relacionados con las plaquetas y con las proteínas solubles de la coagulación, son más espectaculares y urgentes.

e) URINARIO: Las preguntas concretas son: ¿Son normales las características de la orina? ¿Cuál es la frecuencia de la micción? ¿Es satisfactoria la micción?.

La cantidad de orina es variable debido a múltiples factores, como pueden ser: La ingestión de líquidos, temperatura ambiente, estado del sistema nervioso y del aparato digestivo.

Por lo regular la oliguria y la poliuria son datos de alguna alteración renal, mientras que la anuria se puede deber a una obstrucción en el aparato urinario.

La frecuencia de la micción es variable dependiendo de la edad del niño. Un recién nacido puede empezar a orinar hasta dos o tres días después de nacer, después la micción es frecuente y va desde cinco a treinta y hasta cuarenta veces en veinticuatro horas sólo hasta que se tiene control de la vejiga la frecuencia de la micción varía de seis a ocho veces en veinticuatro horas.

Características de la orina del niño: El color amarillo es más pálido que en el adulto; el Ph. varía entre cinco y siete, la orina por lo regular es inodora.

Cualquier alteración de la orina debe ser anotada en la Historia Clínica de manera que si los datos obtenidos son alarmantes se debe remitir al paciente con especialista en Urología.

f) SISTEMA ENDOCRINO: Las preguntas de que si existe Polinria y Polifagia, son datos que pueden indicar la presencia de Diabetes incipiente, además de que se acompaña de otros síntomas como son Vómito, pérdida de peso, Colapso, Estreñimiento, Diarrea, Anorexia etc. La diabétes incipiente está dada por una lesión en el hipotálamo.

g) SISTEMA NERVIOSO: Para descubrir alteraciones del sistema nervioso nos podemos apoyar en los datos obtenidos al inicio de nuestra Historia Clínica como son la historia familiar, los antecedentes del embarazo y parto, y el padecimiento actual. Si revisamos en forma repetida la Historia Clínica podemos reconocer entidades patológicas que pueden dar la pauta para sospechar de alteraciones del sistema nervioso del niño.

Las preguntas que se pueden realizar son: ¿Es normal la visión, el olfato, el gusto, la audición y el tacto? Existen pruebas que se pueden realizar en el consultorio como es la de que el niño siga una luz con la vista o evite movimientos amenazadores por parte del Cirujano Dentista o el ayudante. Para checar la audición se le puede hablar al oído al niño y posteriormente tiene que repetir lo que le dijimos. Del Olfato y el gusto, sólo se hacen pruebas cuando se sospeche de lesión en el séptimo par craneal o glossofaríngeo, o sea, el de las glándulas salivales. El aparato sensorial con un simple algodón o una aguja podemos darnos cuenta de sensibilidad al tacto. Para completar el interrogatorio podemos preguntar acerca de la presencia de cefaleas frecuentes, qué regiones afecta y si se acompaña de vómitos y otros síntomas; también si existe disminución de la memoria, la ideación y la coordinación.

CAPITULO III: EXPLORACION FISICA

a) SIGNOS VITALES:

a) TEMPERATURA: Cuando el niño está quieto, un síntoma común es el aumento de temperatura corporal, esto sucede en forma corriente después de hacer ejercicio o de comer.

Para hacer una buena detección de temperatura, ésta se deberá tomar varias veces y sólo que todas las ocasiones que tomemos la temperatura, las lecturas nos indiquen marcas altas, se anotan como fiebre en el momento del exámen.

Algunas lesiones que pueden producir temperatura o estados febriles son: Abscesos dentales, enfermedades gingivales agudas y algunas infecciones bucales respiratorias.

La fiebre es un signo y un síntoma de una enfermedad, por éste hecho no se puede diagnosticar enfermedades específicas, sólo hace sospechar o indicar una determinada alteración patológica.

TEMPERATURA CORPORAL EN ESTADO NORMAL:

1) TEMPERATURA BUCAL: Se han realizado estudios, sobre los valores normales de temperatura en sujetos sanos y se ha encontrado, que existen diferencias, además de que las circunstancias, en las que se tomaron las lecturas no son idénticas; un ejemplo, es que se tomaron temperaturas matutinas, pero unas fueron antes de levantarse y otras a media mañana después del desayuno y así sucesivamente; los valores promedios de éstos estudios fueron de: 36.85°C , como valor promedio y de 0.25°C a 0.28°C , en desviación estándar.

Posteriormente se realizó un estudio estadístico a estos datos y se consideró que: La temperatura bucal media normal es de _____

37.06°C y la desviación estándar es de 0.26°C; de esto se dedujo que la distribución teórica de la temperatura bucal, en sujetos normales, debía estar entre 36° y 37°C.

2) TEMPERATURA RECTAL: Esta es un poco mayor que la temperatura bucal, en un promedio de 0.4°C, pero se debe considerar que puede variar de un sujeto a otro, inclusive la temperatura bucal puede ser mayor que la rectal.

La temperatura rectal se considera menos variable y por decirlo así, más exacta. Para el estudio clínico de niños es conveniente tomar la temperatura rectal, sobre todo si los niños, no pueden mantener cerrada la boca durante un tiempo que permita la lectura de temperatura.

3) TEMPERATURA EN OTRAS ZONAS: Por medio de instrumentos termoelectrónicos pequeños, que pueden introducirse en varios lugares por medio de agujas o sondas venosas, se han realizado estudios de temperatura en diferentes partes del cuerpo. Se ha encontrado en sujetos en reposo, que los órganos más calientes son el hígado y el cerebro. La temperatura en el recto, es aproximadamente parecida a la de la sangre de las venas que nutren al hígado y los pulmones.

Los tejidos más lejanos del centro del cuerpo, son bastante fríos; por ejemplo, la temperatura de pies y manos, puede ser de 2.8°C y 11°C, menor que la temperatura bucal. La temperatura de los músculos de la pantorrilla es de 33.3°C y en la articulación de la rodilla es de 31.44°C. En la médula ósea se han encontrado temperaturas inferiores de 4°C, a la temperatura rectal.

4) TEMPERATURA CORPORAL EN NIÑOS: Vander Bogert y Moravec, estudiaron la temperatura en 700 niños sanos y encontraron que: la temperatura bucal en niños de siete y ocho años, excedía de 37°C,

(el 43% de los niños estudiados), y en niños de once a quince años (el 8% de los estudiados), presentaban temperatura superior a los 37°C.

Después de efectuar ejercicio, los niños pueden presentar temperatura de 37.8°C y se debe tener en cuenta para estudiar la importancia de fiebre en niños.

Resumiendo podemos decir que la temperatura normal es de:

Bucal: Adultos 36°C a 38°C

Niños 37°C

Niños (después de hacer ejercicio o jugar) 37.8°C

b) FRECUENCIA CARDIACA Y PULSO: La frecuencia cardiaca del recién nacido es rápida y fluctuante, por lo regular la frecuencia es de 120 y 140 latidos por minuto y puede aumentar hasta 170 cuando el niño llora o mantiene actividades como el juego. Cuando el niño está en estado de reposo la frecuencia disminuye de setenta a noventa latidos por minuto.

PROMEDIOS DE PULSO EN DIFERENTES EDADES:

Edad	Promedio
Recién nacido hasta once meses	120 x minuto
A los dos años	110 x minuto
De los cuatro a los seis años	100 x minuto
De los ocho a los diez años	90 x minuto

c) PRESION ARTERIAL: La toma de la presión arterial en los niños es difícil, ya que el brazalete es muy amplio y éste sólo debe abarcar dos tercios del brazo.

PRESION SANGUINEA MEDIA EN DIFERENTES EDADES:

Edad	Sistólica	Diastólica
Recién nacido	75	40
4 años	85	60
5 años	87	60
6 años	90	60
7 años	92	62
8 años	95	62
9 años	98	64
10 años	100	65
11 años	105	65
12 años	108	67
13 años	110	67
14 años	112	70
15 años	115	72
16 años	118	75
Adulto	120	80

d) **RESPIRACION:** La respiración normal se calcula en los niños: En los recién nacidos de veinticinco veces por minuto, en edad escolar, o sea, de los seis a los doce años es de dieciocho a veinte veces por minuto, en el adulto la cifra normal es de quince veces por minuto.

B) INSPECCION GENERAL

En la inspección general básicamente se toman en cuenta, la estatura, marcha, lenguaje y manos.

a) **ESTATURA:** Para ésto se puede apreciar la estatura del niño - desde el momento que entra al consultorio, y darnos cuenta si es muy alto o muy pequeño para su edad. Para obtener un mejor dato, se puede comparar la estatura con tablas establecidas en centímetros.

La talla de un recién nacido, oscila entre 45 y 55 cm., al primer año de vida, el niño medirá de 25 a 30 cm. más de lo que midió al nacer, o sea, de 75 a 85 cm. aproximadamente, durante el segundo año crecerá doce centímetros aproximadamente, a los tres, cuatro, cinco y seis años el crecimiento será de seis a ocho centímetros por año.

Para poder comprender la estatura, es necesario tener conocimientos prácticos de crecimientos lineales y a éstos les tenemos que agregar las características del crecimiento, enfermedades, alimentación y las alteraciones hereditarias.

b) MARCHA: Aquí también, en el momento en que entra el paciente al consultorio dental, se puede apreciar en forma rápida si la marcha no está alterada. El andar con inseguridad, es una forma de que el niño expresa su malestar o enfermedad y ésto puede ser por debilidad y fatiga. Otros tipos de marcha son el de balanceo y el tambaleante.

Si se llega a detectar anomalías en el andar del niño, debemos preguntar a la madre sobre cualquier cambio reciente que haya observado en el andar del niño.

c) LENGUAJE: El lenguaje está en relación a la capacidad de cada uno de nosotros, en reproducir los sonidos que escuchamos. Se da el caso de niños con problemas auditivos que tienen un lenguaje lento, aproximadamente a los dos años, los niños empiezan a usar frases y hasta los tres años utilizan oraciones completas; el hacerle preguntas al niño en el consultorio, nos permite valorizar si existe un buen lenguaje.

Se toman en cuenta cuatro aspectos de trastornos del lenguaje que son:

1) Afasia motriz: Es rara y se refiere a la pérdida del lenguaje que resulta de algunas alteraciones del Sistema Nervioso Central.

2) Lenguaje Retardado: Se determina de ésta manera cuando el niño llega a la edad de tres años y todavía no habla. La etiología del retraso del lenguaje es: Retraso intelectual y del desarrollo en forma general, pérdida de la audición, enfermedades prolongadas, defectos sensoriales, falta de motivación, etc.

3) Tartamudeo: El tartamudeo es común en niños a los cinco años aproximadamente y más común en niños que en niñas, la tensión psicológica juega un papel importante para que éste trastorno perdure.

El "amontonamiento", es un lenguaje raro que se distingue por repetir frases o palabras, cambiar de sentido las oraciones e ideas, en sí toda una confusión verbal.

4) Trastornos Articulatorios del lenguaje: Estos se dividen en tres: Omisión, Inserción y Distorción. Uno de los trastornos más comunes es que se cambia la letra "C" por la letra "S"; algunas de éstas alteraciones se pueden considerar como normales pero existen trastornos reales como son las lesiones de tipo neurológico, paladar hendido, parálisis cerebral o maloclusiones, que traen como consecuencia, dificultad en la articulación de las palabras.

La parálisis de músculos laríngeos y faríngeos pueden alterar el lenguaje y producir sonidos de tipo nasal. La voz ronca puede deberse a varios factores como son: el canto, gritar en forma excesiva, por sinusitis aguda o crónica, la presencia de cuerpos extraños en la laringe, parálisis, sarampión y el desarrollo sexual precoz.

d) MANOS: En la inspección general el checar las manos del niño puede indicar algunos estados emocionales, patológicos y en sí de salud general.

En las manos podemos sentir temperatura elevada, humedad o sequedad; también se pueden observar lesiones de piel, ya sean máculas, pápulas, vesículas, úlceras, costras, etc. Estas lesiones se deben principalmente a trastornos de deficiencia vitamínica, hormonales y del desarrollo.

Para realizar un exámen de crecimiento, las manos pueden ser un buen auxiliar, ya que si tomamos una radiografía de cinco por siete pulgadas de la mano izquierda, y por lo regular, el dentista trata al niño por varios años, podrá hacerse un estudio comparativo con radiografías tomadas periódicamente y ver la necesidad de valorizar a ese niño en colaboración con el pediatra.

C) CABEZA Y CUELLO

a) CABEZA: El tamaño de la cabeza lo podemos dividir en tres: Normal, demasiado grande y demasiado pequeña.

La macrocefalia o cabeza grande, se debe a trastornos del desarrollo y traumatismos como por ejemplo: en el gigantismo cerebral el cual se manifiesta por aumento en la talla, el peso y el aumento en el tamaño de la cabeza (Macrocráneo). El crecimiento aumenta más durante la lactancia y los primeros años de vida; éstos pacientes presentan trastornos en la coordinación.

La microcefalia o cabeza pequeña, se debe a trastornos del crecimiento, enfermedad o trastornos que afectan el sistema nervioso como por ejemplo: Microcefalia primaria congénita; que se presenta por herencia, o bien, alteraciones en el período organogénético y también puede ser por pérdida de substancia en afecciones degenerativas crónicas o después de un traumatismo grave. Por lo re-

gular la microcefalia se presenta con trastornos o defectos intelectuales. Otro ejemplo de microcefalia es por disminución del crecimiento de la cápsula craneana (Craneostenosis), debido a un cierre precoz de las suturas (Craneosinosis).

Las alteraciones de forma de la cabeza se deben principalmente a: cierre prematuro de las suturas, interferencias del crecimiento de los huesos del cráneo, o bien, presiones anormales dentro del cráneo.

Para determinar el tamaño de la cabeza y su forma, se puede auxiliar con el tamaño y la forma de la cabeza de los padres y hermanos del paciente, esto es, para no hacer una observación deficiente y tomar información incorrecta.

ASIMETRIA: La asimetría se puede deber a dos factores que son: el fisiológico y el patológico. Los dos lados de una cara nunca son iguales, los hábitos al dormir en los lactantes pueden afectar la cara en forma definitiva, esto se presenta de manera más común en niños que nacieron antes de tiempo. Las alteraciones patológicas se pueden producir por presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo.

ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (A.T.M.): Para checar la A.T.M. y observar si hay limitación de movimientos, subluxación, dislocación, desviación mandibular, existe una forma muy usual entre los dentista, la cual consiste en colocar la punta de los dedos en la zona de la A.T.M.; y se le pide al paciente que abra y cierre la boca en forma lenta, después de esto, se anota en la Historia Clínica las alteraciones encontradas como pueden ser: Desviaciones Condilares, brincos, chasquidos, limitación de movimiento, dislocación, etc. Posteriormente con las manos en la misma zona se

le pide que haga movimientos de lateralidad desde una relación céntrica, y si éste movimiento no puede ser realizado por el niño, se le pide que haga movimientos como si estuviese masticando, utilizando sólo sus molares. Otra técnica que puede ayudar a diagnosticar alteraciones de la A.T.M., es usando hilo dental (45 cm.). Se coloca haciendo presión en la mitad de la cara del niño siguiendo la línea media, es decir, la que une la frente, nariz y punta de la barbilla; pidiéndole que abra y cierre lentamente la boca en señalando los dientes.

Todo esto muestra discrepancias en la unión temporo mandibular desequilibrios musculares y desviaciones anatómicas a partir de la línea media, también debe chequearse inflamación y enrojecimiento en la zona de la A.T.M.

En la cara también puede observarse Trismus o Espasmo de músculo masticadores, sobre todo del masetero. Además, el hacer un buen examen de la A.T.M., nos permitirá comprobar o diferenciar alteraciones parodontales ocasionadas por lesiones o traumatismos de la A.T.M., y de las provocadas por causas locales en el parodonto.

OÍDOS, OJOS Y NARIZ: Se deben chequear estas estructuras y ver si existe secreción por oídos y nariz. De los ojos se revisa si existe inflamación, uso de lentes y dificultades para ver, alteraciones inflamatorias de los dientes maxilares que repercutan o se extiendan hacia la región orbital. También se examina la colocación y simetría de los ojos, etc.

b) **CUELLO:** Para esto haremos un examen por observación y palpación; observaremos si existe asimetría del cuello, configuraciones anormales, como pueden ser: lesiones epidérmicas primarias y secundarias, también cicatrices por intervenciones quirúrgicas, etc.

La exploración manual se hará en la región parótidia, por debajo del cuerpo de la mandíbula entre la región submaxilar y sublingual, en cuya zona podemos encontrar aumento de volúmen de ganglios linfáticos, submaxilares y sublinguales; a lo cual se le puede asociar con Amigdalitis y complicaciones por infecciones respiratorias crónicas. Los ganglios inflamados pueden dar información de drenaje de infección bucal o Neoplasias. Esto es debido a que existen enfermedades en los niños, que pueden afectar glándulas salivales. En caso de encontrar cualquier agrandamiento de éstas zonas, o bien, la existencia de hipersensibilidad a la palpación; la obligación del Cirujano Dentista, será hacer una descripción detallada de las alteraciones que presenten dicha zona.

D) PIEL, PELO, UÑAS:

a) PIEL: La piel puede ser observada y dar información de señales de alguna enfermedad. Pueden encontrarse lesiones primarias y secundarias. Las lesiones encontradas en piel no necesariamente están relacionadas con Patología Bucal.

Se puede posponer una visita si el niño tiene lesiones por Herpes o algún otro tipo de lesión.

b) PELO: La Alopecia o pérdida del cabello se puede observar en niños pequeños. La falta de pelo más común es aquella que se observa en una área pequeña redondeada de una línea inflamada y dura que se diagnostica como empede. En la Displasia Ectodermal Congénita (rara), se encuentra que el pelo es escaso, de color claro y delgado, o no lo hay.

c) UÑAS: De las uñas podemos observar si éstas están mordidas y cortas; su forma puede ser: espátuladas y puntiagudas, y también se observa si son quebradizas, escamosas, espesas, cubiertas de piel, de color diferente o incluso, estar ausentes.

Analisisemos: Las uñas mordidas y cortas dan la información o la pauta para pensar en un niño que sufre de ansiedad y tensión. La ausencia de uñas, es un signo de Displasia Ectodérmica. Las uñas quebradizas hacen pensar en falta de vitaminas. Las uñas de color diferente, por ejemplo: uñas de color azul; puede deberse a una disminución en el flujo sanguíneo, o bien, a el aumento de utilización de oxígeno cuando se hace ejercicio agotador.

CAPITULO IV: EXAMEN BUCAL (Exploración por regiones)

Para poder realizar el exámen bucal, se debe contar tanto con los conocimientos anatómicos normales de la mucosa bucal, como las técnicas del exámen.

A) LABIOS: La región labial está limitada arriba, por el subtabique nasal, el borde de los orificios nasales y la extremidad posterior del ala de la nariz; por abajo con el surco mento-labial y a los lados por el surco naso-labial y labio-genianos.

El labio superior, en su parte media presenta el surco subnasal o "Filtrum", que es una depresión que se extiende verticalmente desde el tabique subnasal, hasta el borde libre del labio, donde termina en una pequeña eminencia, que es el tubérculo del labio superior.

La hendidura labial es aproximadamente el doble de la distancia entre el ángulo interno y externo de un ojo. Si trazamos una perpendicular desde el centro de las pupilas, coinciden generalmente con las comisuras labiales.

Por cuestiones de raza, existen variantes en el tamaño y forma de los labios. Se presentan los labios en diferentes formas como son por ejemplo: labio inferior carnoso, atónico y evertido, que se presenta firme y la semimucosa es oculta por adosamiento entre sí en toda su extensión. Otro ejemplo es el labio término medio normal y corresponde a las formas descritas anteriormente, pero manteniendo un término medio.

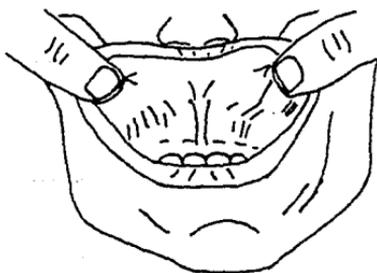
La semimucosa o pseudomucosa labial presenta una coloración roja y por su constitución y localización es una zona intermedia entre piel y mucosa. Es de aspecto seco y presenta un surcado suave que varía según la raza, sexo y edad.

En ocasiones en la semimucosa del labio superior, se presentan pequeñas manchas puntiformes de color amarillo, del tamaño de una cabeza de alfiler, que pueden presentar un pequeño relieve y se conocen como puntos de Fordyce y son glándulas sebáceas; no deben considerarse patológicas.

La línea que representa el contacto entre la semimucosa labial superior e inferior, se conoce como línea de Klein y separa la semimucosa labial, de la mucosa labial.

La mucosa labial se continúa con la yugal hacia los costados, hacia arriba y abajo respectivamente de los labios superior e inferior, en ésta zona se pueden observar los surcos vestibulares en su zona anterior y ver que la mucosa se flexiona sobre los rebordes alveolares anteriores.

Sobre la línea media, traccionando y separando los labios superior e inferior, se observa un pliegue de la mucosa que es más largo en el labio superior y constituyen los frenillos labiales superior e inferior.



La mucosa labial es de color rosado y húmeda y presenta múltiples puntos de aspecto papuloide que representan a los orificios de las glándulas salivales de la mucosa. Cuando secamos la muco-

sa y esperamos unos segundos se pueden observar pequeñas gotas de saliva, que fluyen por los orificios de los conductos de las glándulas.

Cuando se palpa el labio en forma bidigital, colocando el índice en la mucosa y el pulgar en la piel, se pueden apreciar múltiples elementos pequeños como "municiones" más o menos duros que son las glándulas mucosas. Si se palpan en forma bidigital las arterias coronarias de la mucosa labial, se puede percibir el latido de las mismas.

La técnica del examen de los labios es de la siguiente manera:

Primero se debe disponer de una buena fuente de luz, ya sea in directa o directa. La directa puede ser por luz natural o artificial y la luz indirecta, la logramos en la boca del paciente usando un espejo en la mano.

Inspección: Por medio de ésta, podemos observar la localización, color, tamaño, forma, etc., de las lesiones del labio y de todas las partes blandas de la boca. Se deben limpiar perfectamente las lesiones para poderlas observar mejor. Para inspeccionar la mucosa de la boca se debe seguir un orden.

La inspección de los labios se empieza con la boca cerrada y se examina la piel, la semimucosa de ambos labios y las comisuras.

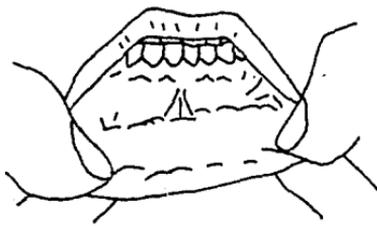


Después abriendo ligeramente la boca del paciente, se observa el labio superior y se determina qué cantidad de los dientes Inci

sivos centrales superiores, cubre el labio; así determinamos la altura de sellado, que puede ser en el tercio incisal, medio y cervical de los dientes. Posteriormente se le pide al paciente que habra su boca y así sabremos el tamaño de su orificio bucal, aquí nuevamente revisamos las comisuras.



Aprovechando que el paciente tien abierta la boca, evertimos ambos labios y examinamos la mucosa y los surcos vestibulares en su parte anterior.



Cualquier anormalidad en la superficie de los labios ya sea de tamaño, color, forma, textura y estructura, se debe registrar en la Historia Clínica. En algunas ocasiones, se observan úlceras, vesículas, fisuras y costras; también son frecuentes las contusio

nes en los labios de los niños. Las reacciones alérgicas por alimentos pueden causar alteraciones graves. Se pueden localizar ci
catrices por intervenciones quirúrgicas.

PALPACION: Después del exámen visual y si encontramos lesiones éstas se pueden palpar en forma directa, para saber caracteres de consistencia, extensión y sensibilidad, etc. La palpación puede ser por presión o por prensión; esta última bidigital. Cuando se palpa intra y extraoralmente podemos encontrar lesiones de interés, aún cuando no se presente lesión visual, se debe realizar el exámen por palpación de los labios, esto es por si existen lesiones o alteraciones ocultas.

B) REGIONES YUGALES: Las mejillas, carrillos o región geniana, están limitadas adelante por los labios. En su cara externa cutá
nea, el límite anterior está dado por los surcos, labio y nasogeniano. El espesor de los carrillos depende de la cantidad de tejido adiposo; su forma es más convexa en los niños y se va aplandando con la edad, la cual se deprime en la senectud, por pérdida de grasa y de los dientes molares.

La cara mucosa o interna se conoce como yugal, y es la continuación de la mucosa labial superior e inferior. Arriba y abajo se hallan los surcos vestibulares superior e inferior, donde la mucosa se flexiona sobre los rebordes alveolares de los maxilares.

La mucosa yugal es lisa, rosada y húmeda, es más vascularizada a nivel de los surcos vestibulares. Con la edad se puede presentar un suave surcado vertical o plegamiento. A la altura del cuello del primer y segundo molar superior, se encuentra situado un orificio que corresponde a la desenbocadura del conducto de Stensen, por donde fluye la saliva de la glándula parótida. Este orificio se puede apreciar en ocasiones deprimido, o bien, como una pe
queña eminencia, que no debe confundirse con un papiloma. La per

meabilidad del conducto se observa primero, secando la mucosa y después, presionando en la zona parotídea; de ésta manera, se aprecia si fluye saliva por dicho orificio. Cuando se sospeche de un cálculo salival, se puede practicar el cateterismo del conducto - con una sonda adecuada, además de que se tendrán que tomar radiografías simples o contrastadas como la Sialografía.

Por detrás del conducto de Stensen, se observan los orificios de las glándulas salivales, conocidas con el nombre de las glándulas molares.

Técnica del examen: El examen de la región yugal se hace con la boca abierta y podemos auxiliarnos con un abatelenguas pequeño o bien, con los dedos.

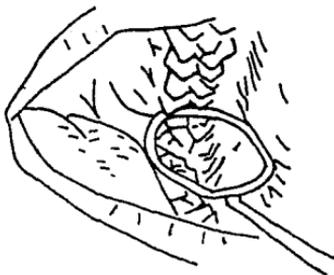


Se examina tanto el lado derecho, como el izquierdo. Se checa el conducto de Stensen que es el que más se nota cuando existe la afectación de la región yugal; éste puede mostrar inflamación o agrandamiento. Ahora bien, como es en el caso del Sarampión, puede mostrar pequeños puntos azules y blanquesinos, rodeados de rojo (Manchas de Koplik), esto es básicamente en el principio de la

enfermedad. La palpación se hace igual que con los labios, usando el dedo índice y pulgar, para detectar inflamación o cualquier otra alteración. Las lesiones que más comunmente se observan en la mucosa bucal y labial en los niños, es por herpes simple; éstas lesiones pueden ser relativamente benignas, presentándose con pequeñas úlceras dolorosas, o bien, extenderse a la encía y el paladar, produciendo un tejido sensitivo y doloroso con múltiples úlceras poco profundas.

La mucosa bucal y labial son de color rosa, pero pueden presentar una pigmentación fisiológica normal de color pardo, que está dado por la presencia de Melanina; esto es frecuente en individuos de raza negra.

Para continuar el exámen, se observa el resto de los surcos vestibulares y por medio de visión indirecta con un espejo, se revisa el espacio retromolar y el fondo de los surcos vestibulares.



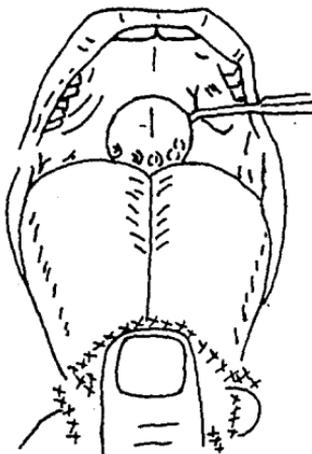
Se debe palpar el músculo masetero, tanto externamente como internamente, para reconocer su tonicidad y la presencia o no de puntos dolorosos. También se puede checar la inserción del músculo temporal palpando con el dedo índice por dentro de la región yugal en el tercio posterior hacia atrás, arriba y afuera a la altura de la apófisis coronoides; en ocasiones se presenta dolor en ésta zona, lo que puede indicar una alteración en la función de la arti-

culación temporo mandibular. Con el dedo índice se recorre el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, y en el surco inferior se reconoce a la línea oblicua externa. Por último, a la altura de los premolares se puede verificar la sensibilidad del agujero del conducto mentoniano.

C) LENGUA Y PISO DE BOCA

a) LENGUA: La lengua debe ser examinada y checar su forma, tamaño, color, textura y movimiento, etc.

La lengua en reposo, ocupa el espacio circunscrito por los bordes alvéolo-dentarios. El exámen de la lengua se empieza con la boca abierta y se examina el dorso de la lengua, se le pide al paciente que saque la lengua e inspeccionamos la punta; la lengua se toma con una gasa, se tracciona, se seca y volvemos a inspeccionar el dorso. El tercio anterior y medio de la lengua se puede inspeccionar por visión directa y el tercio posterior y la "V" lingual se revisan por visión directa o indirecta con un espejo de mano. La "V" lingual está formada por ocho u once papilas calciformes y su vértice se dirige hacia la faringe.



Cuando se examina con un espejo por detrás de la "V" lingual, en la porción faríngea se pueden apreciar unos folículos en ambos lados de la línea media, que forman la amígdala lingual. Por detrás del vértice de la "V" lingual existe una depresión que se conoce como agujero ciego y es el vestigio del conducto tirogloso. Este no puede ser observado fácilmente.

En el dorso de la lengua y por delante de la "V" lingual, en dirección bucal, tiene un aspecto aterciopelado que está dado por las papilas filiformes. En la línea media existe un surco pequeño.

Cerca del borde y punta de la lengua se localizan las papilas fungiformes, que van en número de cincuenta a doscientos y se encuentran entre las papilas filiformes.

Cuando se proyecta la lengua fuera de la boca, se puede observar si existe suavidad en el movimiento, que es producido por las fibras musculares de la lengua, esto es, en condiciones normales y se valoriza éste aspecto funcional.

La palpación de la lengua puede ser mono o bidigital, se checa el tono muscular normal, la consistencia y la ausencia de induraciones musculares.

Ahora pasamos a examinar el costado de la lengua; para ésto, la traccionamos con una gasa hacia un lado.



Se inspecciona el borde posterior ya sea por visión indirecta o directa; en ésta zona se observan pliegues transversales que dan la apariencia de hojas de un libro y corresponden a las papilas foliadas; el color en ésta zona, es un poco más rojizo. Posteriormente se inspecciona el tercio medio que es redondeado y presenta un suave surcado vertical u oblicuo. Aquí podemos examinar la mucosa de la cara ventral de la lengua, cercana al borde. La mucosa es de color rosa claro, lisa, fija al plano muscular y está muy vascularizada.

Para revisar la cara ventral, en el tercio posterior se le pide al paciente que dirija la punta de la lengua hacia arriba y - atrás. La mucosa es de color rosa claro, lisa y fija al plano muscular, aquí se distingue de la mucosa flexible y laxa de la zona sublingual del piso de la boca. En la zona correspondiente a la línea media existe un pliegue mucoso que une la cara ventral de la lengua al piso de la boca y forma el frenillo lingual.

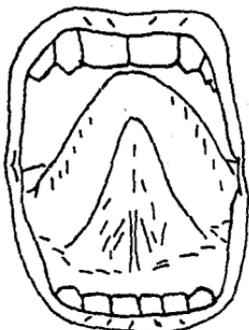
Se debe palpar toda la cara ventral de la lengua, para omitir durezas y zonas dolorosas.

El cambio de color, sensibilidad y la descamación de papilas superficiales, puede ser por avitaminosis, anemia o trastornos por tensión. La superficie de la lengua en los niños es suave y deslizante. La sequedad de la lengua puede deberse a deshidratación o respiración bucal. Cuando la lengua presenta un color blanco, grisáceo o pardusco, puede deberse a estados febriles, o placa dentó bacteriana.

b) ESPACIO SUBLINGUAL O PISO DE BOCA: En el piso de boca o espacio sublingual propiamente dicho, corresponde a la porción de la mucosa libre sublingual; presenta una forma de herradura acanalada cuya concavidad es hacia arriba.

La porción anterior y media, tiene una forma triangular y se prolonga a los lados como un canal entre la mucosa alveolar de la mandíbula por fuera, y por la mucosa de la cara ventral de la lengua por dentro, y termina posteriormente en la parte inferior del pilar anterior.

El oxámen de la parte anterior del piso de la boca se hace por visión directa, para ésto se le pide al paciente que abra la boca y lleve la punta de la lengua arriba y atrás.



La mucosa en estado normal es fina, rosada, muy flexible y vascularizada, además que presenta relieves producidos por las glándulas sublinguales. En la línea media se encuentra el frenillo lingual ya mencionado. A cada lado del frenillo en la zona del piso de boca, se puede observar una elevación de aspecto papilomatoides, en cuyo vértice existe un orificio que es la desembocadura del conducto de Wharton de la glándula submaxilar. Si secamos esta zona y presionamos la glándula submaxilar, se podrá apreciar cuándo fluye la saliva por el orificio.

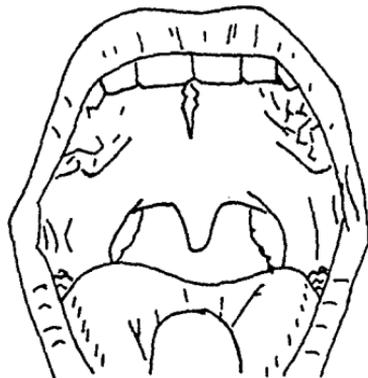
La palpación se puede realizar en forma bimanual, en forma endo y exobucal; la palpación sirve para checar la mucosa tanto en suavidad, como para reconocer los relieves irregulares de las glán-

dulas mencionadas anteriormente.

En ambos lados de la línea media en la zona anterior sobre la mucosa alveolar se puede palpar las apófisis geni.

Cualquier evidencia de infección o de crecimiento de tejidos, se registra en la Historia Clínica. La inflamación en el piso de boca, puede elevar la lengua y alterar la fonación y el movimiento lingual. Las glándulas salivales sublingual y submaxilar, y las glándulas menores se pueden obturar y causar un quiste de retención de mucosa o Ránula.

D) PALADAR BLANDO Y DURO: Para efectuar el examen del paladar se debe inclinar la cabeza del paciente hacia atrás, hasta que podamos observar perfectamente ésta estructura. La parte anterior, está constituida por el paladar duro y la posterior por el blando, y juntos constituyen el techo de la cavidad bucal. Por delante y a los costados, el paladar se limita por la región gingivodentaria y se continúa con la encía casi imperceptiblemente. Por detrás termina en el borde libre del paladar blando en donde con la base de la lengua, forman el orificio que constituye el istmo de las fauces.



La mucosa del paladar duro es de color rosa pálido, hacia su parte media presenta una línea o rafe palatino medio donde la mucosa es más clara. Cuando se palpa el paladar se nota una adherencia bien definida al plano óseo. El paladar presenta variantes, en su forma puede ser plano, algo deprimido, profundo, etc.

En la parte anterior del paladar duro, se observa la papila palatina, situada por detrás de los incisivos centrales y tiene un aspecto piriforme; por debajo de la papila se encuentra el agujero palatino anterior. A partir del rafe medio existen relieves transversales u oblicuos de la mucosa, son las arrugas palatinas, cuya función es prestar apoyo a la punta de la lengua en el desnudamiento del bolo alimenticio. Cuando se palpa se nota dicho relieve.

En el tercio medio y posterior del paladar existen orificios de las glándulas salivales, a éste nivel la mucosa es más blanda y acolchonada por la presencia de dichas glándulas y tejido adiposo.

Se debe comprobar por medio de palpación si existe sensibilidad dolorosa en los agujeros palatinos anteriores y posteriores.

Hacia atrás el paladar duro se continúa con el paladar blando o velo del paladar, en ésta zona es frecuente observar unas pequeñas depresiones, una a cada lado de la línea media que constituyen las Foveolas Palatinas; en ésta zona se observa el límite entre ambos paladares, por el cambio de color, movilidad y porque el paladar blando cae casi verticalmente. Hacia la línea media en el borde libre del paladar blando, se observa una prolongación que constituye la úvula; a los lados del velo del paladar se divide en dos zonas laminares, anterior y posterior, que forman el lecho donde se alojan las amígdalas palatinas.

El color de la mucosa del velo del paladar, es más rosado que el paladar duro, es más brillante, liso y presenta un punteado papiloide en cuyos vértices se localizan los orificios de las glándulas salivales. Secando la mucosa y esperando unos minutos se puede observar cómo gotitas de saliva fluyen por dichos orificios.

En el paladar se debe checar el color, textura, volumen, consistencia y la presencia de cualquier alteración. Las alteraciones deben ser palpadas para saber su consistencia y sensibilidad. Si se observan cicatrices en el paladar, puede deberse a tumores, enfermedades infecciosas, agentes químicos y traumas.

E) UVULA: Para efectuar la revisión de la úvula, al igual que en toda el área faríngea, se debe bajar o deprimir la lengua, para esto podemos usar el abatelenguas de madera, o bien, el espejo de mano; y debemos registrar en la Historia Clínica cualquier cambio de color, tamaño, presencia de úlceras e inflamación de la úvula, o anomalías de la misma, por ejemplo, úvula bifida.

F) REGION AMIGDALINA: Deprimiendo la lengua o pidiendo al paciente que pronuncie aaa... en forma continua, se aprecia la simetría del paladar blando (ausencia de parálisis), se observan los pilares, en cuyo lecho están las amígdalas palatinas de forma oval, - con una cara fija en el fondo del lecho amigdalino y la otra cara libre. El color de la mucosa es rosado o rojizo y su superficie es mamelonada con múltiples orificios que corresponden a las criptas amigdalinas. A la comprobación instrumental de las amígdalas, no debe existir ningún tipo de secreción.

G) TEJIDO GINGIVAL: Para esto se toma en cuenta las diferencias que existen entre el tejido gingival del adulto y del niño (éstas diferencias se describen en el capítulo V).

De la encía se checa el color, textura, consistencia, forma, vo lúmen, dolor, sangrado, exudado, posición, profundidad del vestibulo, incursión de los frenillos, etc. Primero se examina la encía vestibular y luego la lingual, se debe realizar en forma orde nada y nistemática.

Observamos primeramente el color de la encía, que debe ser ro- sado, con una línea bien definida de encía insertada. Esto difie re de lo que afirma Zappler, el cual menciona que el color de la encía es rojizo; su observación es válida en cuanto se presenta la dentición mixta y existen cambios de color en la encía por la erup ción. Otro de los aspectos normales que se registran de la encía es que ésta se presenta firme y no blanda como la clasifica Zappler. Se continúa el exámen verificando el ancho de la encía insertada que mide de una a seis mm. en la dentición infantil y entre uno y nueve mm. para la dentición adulta. La zona más estrecha de en- cía insertada, se localiza en la región de los primeros premolares superiores e inferiores y la zona más ancha en la región de los in cisivos superior e inferior.

Se puede observar en algunos dientes que la adherencia epite- lial es larga sobre la superficie del esmalte y que la pared gin- gival desde su base, hasta la cresta gingival es relativamente flá cida. "En el niño incluso en el infante desdentado, la encía in- setada es firme, punteada, bien fijada al hueso y muy ancha". (Baer, B. 1975).

La encía de los niños presenta una mayor vascularización, que se manifiesta en la zona marginal. Cuando la encía presenta un vo lúmen elevado puede deberse a una inflamación. Por otro lado, el exudado y sangrado de la encía se determina presionando con el - pulpejo del dedo índice desde la zona apical hasta el márgen gin- gival. El paciente puede referir sangrado al cepillado dental, - por un traumatismo, por irritación, etc. El exudado se puede pre

sentar a través de un proceso fistuloso en la encía, o bien, fluir marginalmente.

Para observar la profundidad de la adherencia epitelial, podemos usar una sonda graduada o parodontómetro; se coloca la punta de la sonda en el fondo del surco gingival y se desliza suavemente; así exploramos toda la hendidura o intersticio epitelial reconociendo las cuatro caras de los dientes íntimamente relacionadas con la inserción epitelial. La profundidad promedio del surco gingival en la dentición primaria es de 2.1 mm \pm 0.2 (Rosenblum, F. N. 1966). Cuando la profundidad es mayor estamos ante una bolsa parodontal, que es un signo o lesión elemental secundaria a inflamación, y puede ser una manifestación de enfermedad periodontal.

Por último observamos los frenillos labial superior, inferior, y frenillo lingual. Se debe considerar que por lo general, los frenillos suelen ser más grandes en los niños, por lo que muchas veces se les diagnostica como anormales cuando no lo son. Otro dato es que por lo regular a los frenillos se les asocia con diastemas principalmente el de la línea media superior. Baer, B. 1975, dice: "El frenillo que requiere tratamiento quirúrgico es raro. Con mucha frecuencia hay un frenillo grande junto con el diastema porque no había presión suficiente desde los incisivos centrales para producir su atrofia. Así, la mayoría de los frenillos superiores agrandados son la consecuencia y no la causa del diastema de la línea media, que está entre los incisivos centrales superiores".

La posición del frenillo labial superior, varía según la edad y la dentición, ya que en el desarrollo fetal, el frenillo se extiende como una banda continua desde el sitio más interno del labio superior, hasta la papila palatina; después por el crecimiento o aumento de tamaño del proceso alveolar, el frenillo se separa de la papila palatina y permanece así, hasta que se presenta la

erupción de los dientes primarios, ya que aquí se vuelve a presentar aumento vertical del hueso alveolar; al mismo tiempo, el frenillo se coloca más apicalmente y tiende a atrofiarse; aunque existen ciertos casos en que no sucede esto y el frenillo permanece en posición más coronaria. Después con la erupción de los dientes permanentes, por las mismas situaciones descritas anteriormente de crecimiento, el frenillo adopta una posición normal, aunque esto no siempre ocurre.

CAPITULO V: EXAMEN DENTAL

Quando se realice el exámen dental dentro de la Historia Clínica, se debe tener en cuenta que uno de los principales objetivos de ésta exámen, es reconocer las anomalías y alteraciones dentarias, las cuales, deben ser perfectamente diagnosticadas y registradas. En el presente capítulo, se tratan las alteraciones más comunes de los dientes infantiles y permanentes, como son: anomalías de número, forma, color, de textura y estructura, de erupción y exfoliación y caries. Así mismo se dedica un inciso a las fracturas dentales y otro al exámen periodontal. Este último se menciona dentro del exámen dental, ya que existe una correlación de alteración Dento-Perodontal, así como por su obvia relación anatómica y funcional.

A) DIENTES

a) ANOMALIAS DE NUMERO: Las anomalías de número se forman en el período de iniciación del desarrollo dentario y son:

1) Dientes supernumerarios, accesorios o complementarios (es un diente de más adentro de la arcada pero con anatomía igual), de acuerdo a su localización se clasifican en:

- 1.1 Mesio-Dents
- 1.2 Peri-Dents
- 1.3 Distomolar
- 1.4 Paramolar

Quando se presenta el diente accesorio, en la línea media de la arcada superior, se conoce como Mesio-Dents; es el más común, tiene forma variable que puede ser cónica, lobular, en forma de mora o bien, presentarse normales; la raíz es más corta que la corona. Se presentan con mayor frecuencia en la arcada superior. Si el diente supernumerario se presenta alrededor de cualquier diente,

se conoce como Peri-Dents. Si el diente se presenta en la parte distal de los molares, se llama Disto-Molar. Si se presenta en cualquier zona propia de los molares, se conoce como Paramolar.

2) Anodoncia, es la ausencia de dientes y se divide en:

2.1 Total

2.2 Parcial u Oligodoncia

Oligodoncia: Es la falta de un diente o más, porque no se desarrolló el folículo. En la primera dentición es más común la ausencia de dientes centrales inferiores; el segundo lugar lo ocupan los laterales inferiores, el tercero, los laterales superiores. El número de dientes faltantes en el maxilar superior e inferior, puede o no ser el mismo. Cuando faltan los dientes permanentes, las raíces de los dientes infantiles pueden no reabsorberse, en caso de extraerse, se debe tener cuidado, porque normalmente se anquilosan. Sólo el estudio radiográfico informa sobre tales situaciones, lo que permite realizar un tratamiento adecuado para cada paciente.

Anodoncia Total: Uno de los síndromes hereditarios que se caracterizan por la ausencia total o parcial de dientes, es la Displasia Ectodérmica Anhidrótica. La cavidad bucal presenta reseca y atrofia de la mucosa. La falta total o parcial de dientes es muy grave, porque afecta la nutrición y la estabilidad emocional del individuo. La alteración se presenta tanto en la dentición infantil como en la permanente. En la oligodoncia, los dientes se presentan a menudo cónicos, frágiles, de color blanquecino opaco, la pulpa y los canales radiculares pueden ser muy amplios, tienen alta frecuencia de caries y los alveolos no se desarrollan por la falta de los dientes.

b) ANOMALIAS DE FORMA: Este trastorno se presenta durante la ma

fodiferenciación del gérmen dentario. Las principales alteraciones de forma son:

- 1) Geminación
- 2) Fusión
- 3) Concrecencia
- 4) Dilaceración
- 5) Dientes de Hutchinson
- 6) Molares en Mora
- 7) Lateral Conoide
- 8) Cúspides Supernumerarias
- 9) Taurodontismo
- 10) Dens in Dente
- 11) Macrodoncia
- 12) Microdoncia

1) Geminación: Es el intento de división del gérmen dentario y sólo se presenta en la corona del diente, se puede observar clínicamente porque éstos dientes presentan un mayor diámetro mesio-distal. En el intento de división, se forma en el borde incisal una depresión que se continúa a todo lo largo de la corona; al exámen radiográfico se observa una sola raíz y un órgano pulpar normal.

2) Fusión: Es la unión de dos órganos dentarios, tanto en su corona, como en la raíz. Radiográficamente no se alcanza a observar la unión de las porciones radiculares, se ven dos raíces con sus órganos pulpares separados. La unión puede ser, únicamente en la corona o en la raíz, o bien, en ambas como ya se mencionó.

3) Concrecencia: Es la unión de dos órganos dentarios, en su porción radicular; sólo se puede observar radiográficamente.

4) Dilaceración: Es una alteración que sufre la raíz de un diente, consiste en un cambio de dirección.

5 y 6) Dientes de Hutchinson y Molares en Mora: Es una lesión dentaria que se presenta en niños que sobreviven de una sífilis congénita. Los dientes de Hutchinson se asocian a padecimientos auditivos como sordera y padecimientos visuales como Queratitis Interticial (inflamación y cicatrización de la córnea). La forma de los dientes está alterada, principalmente los incisivos, que presentan una Hipoplasia muy marcada, tienen forma de un destornillador (los bordes incisivos son más estrechos que la parte media de la corona). Existe otra alteración en la forma de los dientes por Sífilis Congénita, se presenta principalmente en los primeros molares permanentes, se conocen como Molares en Mora, porque las superficies de oclusión son más estrechas que lo normal y presentan un aspecto "comprimido", ésta alteración también se presenta en los incisivos, los cuales presentan una forma cónica, aquí también existe Hipoplasia del esmalte.

7) Lateral Conoide: Esta alteración consiste en que de los tres lóbulos de crecimiento del incisivo lateral, sólo se presenta desarrollo del central, y el mesial y distal no aparecen, por lo que presenta un aspecto puntiagudo; esta anomalía es exclusiva de dientes permanentes.

8) Cúspides Supernumerarias: Se puede presentar en cualquier diente; es más frecuente en los primeros molares inferiores permanentes por vestibular.

9) Taurodontismo: Esta anomalía sólo se puede apreciar radiográficamente y consiste en una cámara pulpar amplia tanto en sentido oclusal como apical, puede presentarse en dientes anteriores y posteriores, no se aprecia la constricción normal que se presenta a nivel del cuello.

10) Dens in Dente: Se refiere a un diente dentro de otro diente; su causa es la invaginación de todas las capas del órgano del es

malte al interior de la papila dental, mientras se forman los tejidos duros. El órgano del esmalte invaginado produce un pequeño "diente" dentro de la futura cámara pulpar. (Bhaskar, S.N. 1971). El diagnóstico es por medio de una radiografía. El incisivo lateral es el más afectado, puede haber exposición pulpar.

11) Macrodoncia: "El desarrollo excesivo del aparato odontógeno produce dientes anormalmente grandes. Puede sospecharse que es consecuencia de la hiperfunción de la hipófisis cuando el aumento de volumen se observa también en otros huesos del esqueleto". (Tomás Velázquez 1977). Clínicamente se logra ver un aumento en el tamaño de un diente, en todas direcciones cuando la macrodoncia es verdadera. Ahora bien, es posible que dientes de tamaño normal en una cara pequeña, puede parecer o dar la impresión de dientes con macrodoncia, debido a la desproporción, en éste caso se trata de una macrodoncia falsa. La macrodoncia se debe a que en determinados casos, los elementos mesenquimatosos del aparato odontógeno, se presentan alterados, lo cual produce el aumento de tamaño del diente, lo que difícilmente se modifica en la estructura del mismo diente. El pronóstico es favorable para la primera dentición, ya que ésta será sustituida por los dientes permanentes.

12) Microdoncia: Es un diente reducido de tamaño en todas direcciones. Es la consecuencia de un desarrollo insuficiente del germen dental. Regularmente es el resultado de hipofunción hipofisaria, con frecuencia se acompaña de hipoplasia de otras zonas del cuerpo.

Las alteraciones se manifiestan en dientes aislados y, en raras ocasiones en la dentadura completa. Los dientes afectados se observan más pequeños clínicamente con coronas cortas. La microdoncia aislada es frecuente en el tercer molar, debido probablemente a causa de la pérdida de su función por la evolución general del

hombre. La microdoncia generalizada o total, es posible que se de ba a caracteres de tipo hereditario. La microdoncia ligada al ena nismo, presenta los dientes pequeños al igual que el resto del es queleto, en éste caso la forma de los dientes es normal. Ahora - bien, cuando la microdoncia es causada por hipoplasia del diente, no sólo se presenta pequeño, sino que también se encuentra altera do o distorcionado.

c) ANOMALIAS DE COLOR

1) Anomalías de color de tipo intrínscico

1.1 Diente amarillo: La coloración puede ser por tetraciclina, nacimiento prematuro, amelogénesis imperfecta.

1.2 Diente Marrón: Por tetraciclina, amelogénesis imperfecta, - dentinogénesis imperfecta, fibrosis quística, etc.

1.3 Dientes azules: por eritoblastosis fetal.

1.4 Dientes de color blanco o amarillento: por amelogénesis im- perfecta.

1.5 Dientes con áreas específicas blancas: por fluorosis, dien- tes con manchas nevadas, opacidades ideopáticas. Los dientes con fluorósis se tratan por medios conservadores como son las resinas compuestas o medios radicales como son las coronas. Las manchas nevadas no tienen tratamiento.

1.6 Dientes rojo amarronado: por porfiria.

1.7 Dientes marrón grisáceo: por dentinogénesis imperfecta.

2) Anomalías de color de tipo Extrínscico

2.1 Diente pardo amarillento: por tabaco, mucina salival, etc.

2.2 Dientes negros: por microorganismos cromógenos.

2.3 Dientes verdes: por microorganismos cromógenos.

2.4 Dientes anaranjados: por microorganismos cromógenos.

Nota: Para mayor información sobre manchas de tipo extrínscico, remitirse al capítulo V, inciso C.

d) **ANOMALIAS DE TEXTURA Y ESTRUCTURA:** Este tipo de alteraciones, se presenta durante la aposición y calcificación de los tejidos duros.

La etiología es por:

- 1) Factores Hereditarios
- 2) Deficiencias alimenticias
- 3) Factores locales como traumatismos o procesos infecciosos
- 4) Radiaciones
- 5) Alérgias con lesión cerebral
- 6) Enfermedades sistemáticas como rubeola, etc.

e) **ERUPCION Y EXFOLIACION:** Las anomalías más comunes son:

- 1) Erupción tardía
- 2) Erupción precoz
- 3) Dientes anquilosados
- 4) Supraerupción
- 5) Diente retenido
- 6) Erupción ectópica

1) **Erupción tardía:** Esta es provocada por varios factores como: la pérdida prematura de dientes primarios, trastornos endócrinos (hipotiroidismo hipopituitarismo), por la presencia de tejido denso, por traumatismos, por deficiencias nutricionales, por alteraciones sistémicas, por ejemplo, raquitismo, etc.

2) **Erupción precoz:** Si un paciente nace con algún diente, se conoce como diente congénito; ahora bien, si el diente aparece después y entre los treinta primeros días del nacimiento, se llama Neonatal. Estos dientes pueden ser supernumerarios, por lo que hay que tomar una radiografía para diferenciarlos con dientes infantiles con crecimiento precoz. Si es supernumerario el tratamiento, será la extracción; si es un diente infantil con crecimiento

to precoz, el tratamiento será conservador; se puede redondear el diente para evitar lastimar a la madre durante la alimentación. Los dientes con erupción precoz son de color más amarillo que el resto de los dientes, son susceptibles a caries y su exfoliación también es precoz. Los dientes congénitos y neonatales, se presentan más en la arcada superior.

3) Diente anquilosado: Es el que pierde su ligamento parodontal por una inflamación periapical crónica, por un reimplante dentario, truma oclusal, etc., y se encuentra en íntimo contacto con el hueso alveolar, es por ésto que no sigue su erupción normal. Clínicamente se observa bajo el plano de oclusión, que los dientes - que se encuentran a su lado.

4) Supraerupción: Es producto de un diente que no tiene antagonista, se conoce como Ley de Bowe. Esto trae como consecuencia - que el diente sobrepase el plano de oclusión durante su erupción.

5) Diente retenido: Este tipo de alteración se asocia a la pérdida prematura y cierre del espacio para la erupción normal. La retención prolongada de un diente primario, puede deberse a un - trastorno en el desarrollo de la dentición, ya que si las raíces de los dientes infantiles no presentan resorción adecuada, pueden afectar la erupción del diente permanente, o bien, ser desplazados a una posición inadecuada.

f) CARIES: En el exámen dental, después de checar las anomalías de color, número, forma, etc., se continúa revisando la presencia de caries; se checa si existe caries en surcos, fosetas, caras - proximales, cuello del diente por vestibular y lingual, también se revisan las restauraciones (si las tiene), si existe un buen sellado en el ángulo cabo superficial y si no existe caries en los bordes. La caries interproximal y de zonas ocultas, se puede detectar fácilmente por medio de radiografías de aleta mordible o inter

proximales.

Los tipos de caries que se pueden detectar son:

1) Caries crónica: Este tipo de caries de avance lento; se puede presentar en zonas lisas; su color es café-oscuro, negro o amarro-nado; por lo regular no dá manifestaciones sintomáticas; la mayo-ría de las veces el diente es vital. La remoción de éste tejido, se hace con fresa a alta velocidad y previniendo no hacer una comu-nicación pulpar; se puede presentar en varias caras del diente; se observa comunmente en niños; se conoce también como caries intermi-tente.

2) Caries aguda: Principalmente se presenta en primeros molares en las zonas de fosetas y caras oclusales. Clínicamente se apre-cia una apertura discreta en el esmalte donde entra y se atora fá-cilmente el explorador, existe alta destrucción de dentina. Este tejido debe ser eliminado con cucharilla y se tiene que realizar ~~un~~ recubrimiento pulpar indirecto ya que ataca fácilmente al órga-no pulpar; este tipo de caries, es muy común en pacientes de seis a ocho años; es de color grisáceo amarillento; no se presenta ne-cesariamente en todos los dientes.

3) Caries Rampante o Tlescópica: Se presenta en la mayoría de los dientes, en todas sus superficies formando una especie de rampas - sobre el diente. Es una caries de tipo agudo (blanda y rápida), se presenta en bocas con problemas parodontales y con gran cantidad de placa dentobacteriana. Su etiología se debe principalmente a des-cuido en el aseo bucal. Se trata eliminándola y colocando curacio-nes sedantes, y por último, con la restauración que requiera el ca-so.

4) Caries de Mamila: Es una caries de tipo agudo, blanda y rápi-da. Se presenta en pacientes pequeños, de uno a tres años aproxi-madamente, que utilizan la manila en forma indiscriminada; la ca-

ries se presenta en dientes antero superiores y en primeros molares, tanto superiores como inferiores. Su tratamiento es eliminarla y colocar si es posible, coronas de Policarboxilato, o en su defecto, si es grave la situación, se realizará la exodoncia.

La incidencia de caries en los niños es de:

Niños de un año	5%
Niños de dos años	10%
Niños de tres y cuatro años	40 a 55%
Niños de cinco años	De cada cuatro, tres presentan caries
Niños de seis años	97%

El orden de susceptibilidad es:

1a. Dentición:

- 1o.: Los primeros molares
- 2o.: Los segundos molares
- 3o.: Los dientes antero superiores
- 4o.: Los dientes antero inferiores

2a. Dentición:

- 1o.: Los primeros molares inferiores
- 2o.: Los primeros molares superiores
- 3o.: Premolares
- 4o.: Dientes antero superiores
- 5o.: Dientes antero inferiores

B) FRACTURAS: En el examen dental, también debemos detectar si existe algún tipo de fractura, y el grado de la misma. Para realizar esto, debemos contar con algún tipo de clasificación, conocer los factores etiológicos predisponentes, y los que determinan el impacto que produce una lesión dentaria. También cabe el conocimiento del mecanismo, la distribución, localización, tipo de lesión y la forma de encausar el examen y el diagnóstico de las fracturas dentarias. En este punto se tratan brevemente las situacio

- 4) Fractura no complicada de la corona de la raíz: Afecta el esmalte, dentina y cemento, pero no expone la pulpa.



- 5) Fractura complicada de la corona y de la raíz: Fractura que afecta al esmalte, la dentina, el cemento, y expone la pulpa.



- 6) Fractura de la raíz: Fractura que afecta la dentina, el cemento y a la pulpa. Este tipo de fractura puede ser a tres niveles, cervical, medio y apical. (J.O. Andreasen 1977).



b) FACTORES ETIOLOGICOS:

- 1) Por caídas

- 2) Niños golpeados por padres o tutores
- 3) Juegos infantiles
- 4) Deportes
- 5) Accidentes automovilísticos
- 6) Por peleas o riñas
- 7) Por drogadicción: Se dan casos por cerrar violentamente la boca, después de cuatro o cinco horas de tomar la droga.
- 8) Por dentinogénesis imperfecta: Aunque es raro, pero se puede presentar la fractura debido a que existe disminución en la dureza microscópica de la dentina y el adelgazamiento anormal de las rafces.

c) FACTORES PRESIPONENTES: El principal factor es por una sobremordida vertical aumentada con protusión de los incisivos antero-superiores y un sellado insuficiente de los labios. La edad también es importante ya que en los niños el hueso de soporte de los dientes es más esponjoso y resiste más los traumatismos; en el -adulto, el hueso es más compacto siendo fácil la fractura por algún golpe.

d) MECANISMO DE LAS FRACTURAS: Estos pueden ser directos o indirectos.

- 1) Directos: Es cuando el golpe es directamente sobre el diente.
- 2) Indirectos: Es cuando el golpe se sufre en alguna región anatómica de la cara y repercute en el diente, un ejemplo es un golpe en el mentón, el cual hace que la mandíbula se eleve forzada-mente y choque contra el maxilar superior produciendo la fractura en los dientes.

e) FACTORES QUE DETERMINAN EL IMPACTO Y LA LESION DENTARIA:

- 1) Fuerza del golpe: Para ésto se tiene que investigar con qué fué golpeado, ya que a mayor velocidad y poca masa del objeto que

golpea, las lesiones serán más concentradas en los dientes; ahora bien, a poca velocidad y a mayor masa del objeto que golpea, las lesiones se extenderán a áreas circunvecinas a los dientes.

2) Forma del objeto que golpea: Un golpe localizado produce una fractura de la corona y existe un mínimo desplazamiento del diente, ya que la fuerza se concentra en una área limitada. Si el golpe es con un objeto de forma compleja, se aumenta la zona de resistencia al golpe y puede ser transmitido a la raíz del diente y producir fracturas en ésta zona.

3) Dirección del golpe: Esto puede ser en diferentes direcciones pero puede caer en cualquiera de las cuatro categorías siguientes.

Fractura horizontal de la corona

Fractura horizontal en la zona cervical de la raíz

Fracturas oblicuas de la corona y la raíz

Fracturas oblicuas de la raíz

Los golpes frontales tienden a desplazar a los dientes en sentido lingual.

F) DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD: Los niños presentan dos veces mayor frecuencia, debido a que tienen mayor participación en juegos y deportes, donde existe incremento de posibilidades de fracturarse los dientes. La edad más común es entre los cinco y once años.

g) LOCALIZACION: Las fracturas son más comunes en los dientes anteriores de éstos, con mayor frecuencia son los incisivos centrales superiores y después, los incisivos centrales inferiores y los laterales superiores. También cabe mencionar que ésta localización, se puede emplear tanto para los dientes permanentes como los infantiles. Lo común es que se afecte un sólo diente, pero pueden presentarse lesiones múltiples por un accidente automovilístico o

de otra índole.

h) TIPO DE LESION: Los traumatismos en la dentadura infantil, - afectan más comunmente a las estructuras de sostén, y a las lesiones de dentadura permanente afectan en mayor proporción al diente

i) EXAMEN Y DIAGNOSTICO: Las fracturas dentarias y las lesiones a los tejidos adyacentes, deberán ser atendidas en el menor tiempo posible. Las preguntas básicas de cómo y cuándo, y en dónde, tendrán que realizarse sistemáticamente en todos los casos de fracturas dentarias, para darnos una idea general de cómo fueron los hechos. Es necesaria la historia de lesiones dentarias anteriores.

La interpretación de cada una de las respuestas se considera en forma aislada; por lo que tenemos:

- 1) Tiempo: Influye de sobremanera en el tratamiento, como es el caso de dientes avulsionados, luxados, etc.
- 2) El lugar del accidente puede indicar la necesidad de una vacuna contra el tétanos.
- 3) Al preguntar cómo fué el accidente, podemos obtener información del tipo de la lesión.
- 4) En algunos pacientes encontraremos lesiones repetidas en los dientes, hay que considerar ésto, ya que se afectan las respuestas de vitalidad y la capacidad de recuperación de la pulpa.
- 5) Se deben considerar dentro de la Historia Médica, los antecedentes a hemorragias, alérgias, etc.; ésto puede influir en el tratamiento de urgencia, así como en los tratamientos posteriores.
- 6) Se debe preguntar si el paciente presentó amnesia, inconciencia

cia, vómito o dolor de cabeza, ésto puede indicar lesiones en el cerebro, por lo que el paciente tendrá que ser remitido inmediatamente a un médico.

7) El dolor espontáneo puede ser por alteración de los tejidos de soporte como es el caso de la hiperemia o extravasación de los ligamentos parodontales. También puede existir dolor espontáneo por lesión pulpar. Debido a una fractura de la corona.

8) El dolor a cambios térmicos o alimentos dulces o ácidos, pueden dar la pauta para pensar en una exposición pulpar; éste síntoma puede ser similar hasta cierto punto con dentina expuesta.

9) Cuando existe dolor en el momento de la masticación posterior a un traumatismo, puede indicar una luxación dentaria extrusiva, fractura alveolar o maxilar.

j) EXAMEN CLINICO: Los procedimientos clínicos son los siguientes:

1) Exploración de heridas extraorales y palpación del esqueleto facial: éstas se presentan frecuentemente por accidentes automoviliísticos. La palpación de la cara puede revelar fracturas en el maxilar.

2) Exploración de la mucosa oral: En algunas ocasiones las lesiones pueden penetrar a través del labio y existe la posibilidad de encontrar fragmentos de dientes dentro de la mucosa. Cuando se presenta una hemorragia en el borde libre de la encía y no existe desgarre, se puede considerar la lesión en el ligamento periodontal.

3) Cuando se revisan los dientes, éstos deben ser limpiados perfectamente. Las fracturas en el esmalte se diagnostican dirigién

do un haz luminoso paralelo al eje vertical del diente. Se debe checar si la fractura se localiza únicamente en el esmalte, o bien en la dentina y también se examina si existe exposición pulpar, de ser así se anotará en la historia clínica la situación y el tamaño. Se deberá registrar el color del diente, porque puede presentarse un cambio de éste en un tiempo posterior a la lesión.

4) El desplazamiento dentario se puede observar perfectamente; sólo cuando se dude se puede recurrir a examinar la oclusión. Cuando se luxa un diente, se anota la dirección y el desplazamiento en milímetros, un ejemplo de esto es cuando la dentición infantil sufre una luxación en sentido lingual de su ápice, esto puede interferir la erupción del diente permanente. De aquí la importancia de saber el tamaño del desplazamiento.

5) Alteraciones en la oclusión, éstas pueden indicar fracturas localizadas en el proceso alveolar o en el maxilar, inclusive se pueden encontrar movilidad anormal de los fragmentos del maxilar.

6) Pruebas de Movilidad: Para esto se considera que existen movimientos normales en los dientes que van de uno a uno y medio mm.

7) Prueba de Percusión: Estas se realizan con el mango de un espejo bucal, tanto en dirección vertical como horizontal; cuando existe lesión en los ligamentos periodontales, produce dolor la percusión; también se debe percutir un diente testigo no lesionado, para hacer comparaciones.

8) Estímulos Mecánicos: Cuando se presenta una fractura con exposición pulpar, la reacción a estímulos mecánicos se puede realizar mojado algodón en una solución salina y aplicarla a la lesión; no se debe explorar con una sonda dental, pues provoca dolor intenso y se puede lesionar aún más el tejido pulpar.

9) Pruebas térmicas: Se puede usar gutapercha caliente, hielo, cloruro de Etilo, nieve de Dioxido de Carbono. Estas pruebas no se pueden realizar en forma de intensidad gradual. En ocasiones puede presentarse una respuesta negativa en un diente vital. El valor de ésta prueba es discutible.

10) Vitalómetro: Es un aparato para realizar pruebas pulpares - eléctricas, éste debe permitir el control de la forma, frecuencia, duración y dirección del estímulo (Munford, 1967). La corriente eléctrica que transmite el vitalómetro, es ionicamente a través de los electrolitos del diente. Se debe considerar, que el estímulo sea definido ya que se altera la excitación del nervio (op cit ... 1962); el electrodo del vitalómetro debe ser lo suficientemente grande, tanto como el diente lo permita, produciendo así el máximo de estímulo; se recomienda que el estímulo sea de diez milisegundos o más (op cit. 1965 y 1967). La interpretación de la prueba eléctrica es difícil, si se realiza inmediatamente después del traumatismo, ya que las reacciones de vitalidad pueden disminuir temporalmente, de aquí que se tendrán que realizar pruebas repetidas, ya que las reacciones normales pueden volver después de algún tiempo.

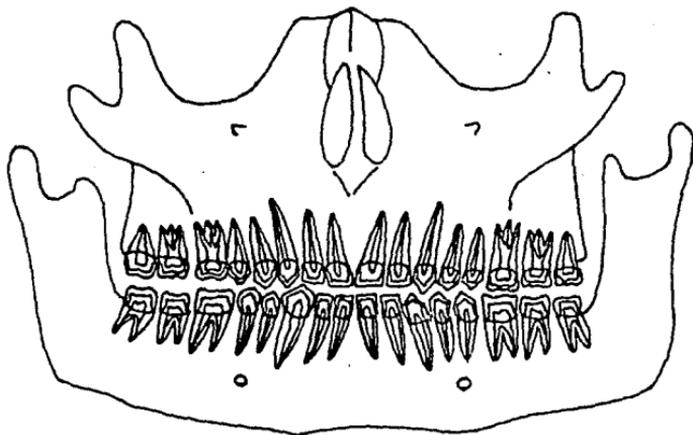
Exámen radiográfico: Se deben tomar Rayos X de todos los dientes lesionados; este exámen informa de: grado de formación de las raíces y las lesiones que afectan a ésta y a las estructuras parodontales. La dislocación de un diente se diagnostica fácilmente por medio de las radiografías. Cuando un diente está luxado en forma extrusiva, se aprecia un ensanchamiento del espacio periodontal y en los que muestran intrusión se observa pérdida del espacio periodontal. Se debe tomar en cuenta que existe variación en la dislocación apreciada en las radiografías, ya que están en función a la colocación del rayo central. Se pueden usar radiografías extraorales para determinar la dirección de la dislocación de un diente temporal intruido. Las lesiones a hueso alveolar se

pueden apreciar con radiografías intraorales y para fracturas que se extienden hacia el maxilar (s), se determina por las extraorales. También es posible observar fragmentos del diente dentro del labio por medio de una radiografía colocada entre los dientes y el labio, para éste tipo de radiografías se recomienda el uso de un tiempo de exposición corto y el uso de un kilovoltaje bajo.

En niños pequeños (dos años aproximadamente), es difícil el exámen por medio de radiografías, posiblemente por miedo o falta de cooperación. Este problema puede ser resuelto con la ayuda de los familiares y usando placas con sostenedores.

Se puede tomar placas de proyecciones oclusales como suplemento a las radiografías normales, para poder obtener una mejor zona de estudio. Es recomendable guardar éstas radiografías ya que son de mucha ayuda para futuros controles de nuestro paciente.

Todas las lesiones dentarias por fracturas, deben ser registradas adecuadamente, para ésto podemos usar esquemas especiales los cuales permiten realizarlo en forma objetiva. Por ejemplo, se puede utilizar el esquema usado en el Hospital Universitario (RIGS - HOSPITALET) de Copenhague.



C) EXAMEN PERIODONTAL:

Para realizar el examen periodontal de la cavidad bucal, se debe contar con los siguientes instrumentos:

a) Una hoja para registrar todas aquellas situaciones normales y anormales del parodonto de nuestro paciente (parodontograma). El parodontograma debe cumplir ciertos requisitos que son: Presentar dibujos o siluetas dentarias para el fácil registro de situaciones como son piezas ausentes, migración dentaria, piezas incluidas, movilidad dentaria, caries, ulceraciones en la encía, supuración, fístulas, línea ósea, grietas de stillman, inpacción de alim^{en}tos, etc. Esto sirve para deducir posibles causas dentarias locales, que provoquen lesión o alteración parodontal, o bien, que sean causas predisponentes a ello. Por otro lado, el parodontograma debe tener una línea de margen gingival a altura normal, para poder registrar migración gingival, ya sea local o generalizada. Otro de los requisitos es que permita hacer un registro adecuado de la profundidad de bolsas parodontales, etc. En la ficha parodontal, también se debe anotar la presencia de prótesis fija y removible, así como todas las restauraciones presentes en la boca del paciente.

b) Instrumentos manuales como la sonda graduada o Parontómetro, el cuál facilita la medición del espacio que existe entre diente y encía, en sentido apical y además permite medir la profundidad de las bolsas parodontales. Otro instrumento de ayuda al examen, es el explorador dental, con el cuál es fácil detectar cálculos subgingivales, o bien, la presencia de restos alimenticios en las superficies dentarias, etc.

c) Examen Radiográfico: El examen por medio de radiografías es de mucha utilidad, ya que éste permite valorizar situaciones que están fuera de nuestro alcance como son: membrana periodontal, hueso alveolar, raíces dentarias, etc. Siempre se debe acompañar el

exámen parodontal, con el exámen radiográfico, para poder reali--
zar un diagnóstico exacto y por ende un mejor tratamiento.

d) Otro instrumento que puede ayudar al exámen parodontal es el modelo de estudio, aunque su valor diagnóstico parondal el limita
do; permite hacer ciertas apreciaciones como son: migración gingi
val, inflamación, etc.

Por otro lado, el exámen parodontal debe contar con una hoja de control personal de placa dento bacteriana. La cuál se divide en

a) Ficha personal: Esta debe tener todos los datos personales - del paciente, ya que en cierto momento puede ser un medio para ca
nalizar a nuestro paciente a un especialista; se debe anotar nom-
bre del paciente, edad, sexo, fecha de inicio, tipo de cepillo den
tal, frecuencia del cepillado, uso de: seda dental, antisépticos,
pastillas reveladoras, etc.

b) Observaciones: Dentro de éstas se pueden anotar, cuál es la técnica de cepillado que usa el paciente, cuál es la técnica apro
piada para éste paciente y el tipo de cepillo que se requiere.

d) Tratamientos: En ésta parte se anota el tratamiento a seguir por ejemplo, profilaxis, curetaje, gingivectomía, colgajos, etc.

e) Recomendaciones al paciente: Dentro de éstas tenemos uso de seda dental, chorro de agua, palillo dental, antisépticos, pastillas reveladoras, etc.

f) Control posterior al tratamiento: La hoja de control de placa, termina con la valorización del tratamiento y la secuencia de fechas para próximas reviciones.

Para realizar el exámen parodontal se debe considerar:

- a) Parodonto normal en niños
- b) Condiciones de Higiene Bucal
- c) Técnicas del exámen parodontal
- d) Enfermedad gingival y periodontal en niños
- e) Restos alimenticios, placa dento bacteriana, materia alba, cálculos y tinciones.

a) Parodonto normal en niños: Antes de realizar el exámen parodontal en los niños y registrarlo en la Historia Clínica, se debe tener presente que existen diferencias entre los tejidos gingivales del niño y el adulto. De aquí que en éste punto, se realice una revisión breve de las diferencias más comunes entre los tejidos mencionados anteriormente.

Diferencias Parodontales del niño con respecto al adulto (Zappler 1948):

1) Encía: La encía es más roja, debido a que tiene un epitelio más delgado, menos queratinizado y más vascularizado. No tiene puntillado debido a que su papila es más corta y plana con relación a la lámina propia. Es más flácida debido a la disminución de la densidad del tejido conectivo a la lámina propia. Presenta márgenes enrollados y redondeados, debido a la hiperemia y edema que acompañan a la erupción. El surco gingival es más profundo y existe cierta facilidad de retracción gingival.

Algunos otros aspectos que se consideran en relación en la encía son: como los dientes infantiles presentan coronas cortas y bulbosas, el punto de contacto está más cercano a la superficie oclusal, a diferencia con los dientes permanentes. De ésta manera, la encía se presenta en forma aplastada, y llena completamente el espacio interproximal. La corona del diente infantil y la encía bucal o lingual, forman una superficie casi ininterrumpida, lo que permite el paso de alimentos sin que éstos se alojen entre

estas estructuras. Durante la infancia, se presentan cambios debido al crecimiento y desarrollo, lo cual puede producir espacios entre los dientes como resultado del crecimiento aposicional del hueso alveolar, ahora bien, si el borde marginal de la encía sobre los dientes, está intacto, los alimentos no se acumulan entre estos espacios; además el espaciamiento no debe asociarse con gingivitis.

2) Membrana Parodontal: Es más ancha. Presenta haces de fibras menos densos y con menor cantidad de fibras por unidad de área. - Existe más hidratación y mayor aporte de sangre y linfa.

3) Hueso alveolar: La lámina dura es más delgada, existe menor trabeculado y los espacios medulares son más grandes; presenta menor grado de calcificación, mayor aporte de sangre y linfa y las crestas alveolares son más planas.

4) Cemento: Es más delgado, menos denso, presenta tendencia de hiperplasia del cementoide en dirección apical de la inserción epitelial.

b) Condiciones de Higiene: Por lo común, los niños no cuentan con hábitos y técnicas de higiene bucal. Para que la higiene sea eficaz, deberá ser dirigida, estimulada, supervisada y comprobarse que los resultados finales sean positivos. Sabemos que es difícil eliminar la presencia de masas bacterianas viscosas y adherentes en áreas o zonas dentarias poco accesibles; ahora bien, cuando el niño se cepilla en forma ruda e inadecuada, puede llegar a lesionar tejidos blandos como la encía, lo cual produce en el niño, el rechazo a la higiene oral; por otro lado, si los movimientos al cepillarse se efectúan en forma suave, lo más seguro es que la limpieza sea ineficaz y para lograr lo contrario, se requerirá de mucho tiempo, lo que trae como consecuencia que el niño pierda la paciencia.

Durante el exámen parodontal, se debe asentar en la Historia Clínica si el paciente presenta una buena higiene o no, o bien, si ésta es regular o aceptable. La limpieza de la cavidad oral se determina por la magnitud o presencia de residuos de alimentos, placa bacteriana, materia alba y pigmentaciones de los dientes en las superficies acumuladas. Estos datos ofrecen la oportunidad de que el Cirujano Dentista piense en qué técnicas de higiene puede proporcionar al paciente, para lograr una higiene óptima.

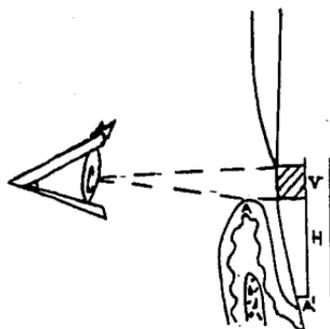
Una de las situaciones que frecuentemente se le presentan al Cirujano Dentista con los niños, es que éstos muchas veces no logran comprender para qué sirve limpiar los dientes; el odontólogo puede mostrar al niño la Historia Clínica, en la cual se ha hecho el registro de la presencia de la placa bacteriana en las diferentes áreas del diente, y decirle las complicaciones que le acarrea tener ésto en su boca. En sí, el Cirujano Dentista puede ayudarse de cualquier medio (libros, fotografías, folletos, etc.), para explicar al pequeño la importancia de la higiene bucal. Ahora bien, es indudable que el régimen de higiene bucal, mejora la salud gingival, pero para que la limpieza dental sea favorable, se tendrá que seguir una técnica adecuada y sostenida por medio de la supervisión durante el tiempo que dure el programa de higiene bucal.

c) Técnicas del exámen parodontal: El exámen del parodonto debe comenzar sistemáticamente en una zona molar, bien puede ser superior o inferior y seguir por todo el arco dentario. Esto evita dar demasiada importancia a lesiones que por su magnitud, son espectaculares, ya que existen otras lesiones aunque menos llamativas, pueden ser de igual importancia. La mejor guía para el registro de los hallazgos parodontales, es el diagrama dentario, ya que permite realizar un exámen minucioso y registrar el estado del paciente. También se utiliza para valorar la respuesta al tratamiento y es posible establecer comparaciones. El diagrama denta-

rio no debe ser complicado, sólo se deben anotar las situaciones que aclaren el problema del paciente.

1) Encía: La encía se debe secar para poder empezar el exámen, se realiza la inspección de toda la encía y registrar todas las situaciones normales y anormales de ésta. Se puede recurrir a la palpación para descubrir zonas con formación de pus, presencia de dolor, inflamación, etc. El exámen de la encía también se realiza por medio de instrumentos como son las sondas y exploradores, etc.

Se debe considerar cada una de las siguientes características: Color, tamaño, contorno, consistencia, textura superficial, posición, sangrado, dolor, etc. Se debe observar la distribución de la enfermedad gingival y si ésta es aguda o crónica. La posición de la encía merece especial atención, ya que si existe una migración o recesión de ésta, se debe tener en cuenta que existe una posición aparente y una posición real; "La posición real es a nivel de la cresta del margen gingival" (Glickman, I. 1974).



A= Posición Aparente
A'= Posición Real
V= Recesión Visible
H= Recesión Oculta

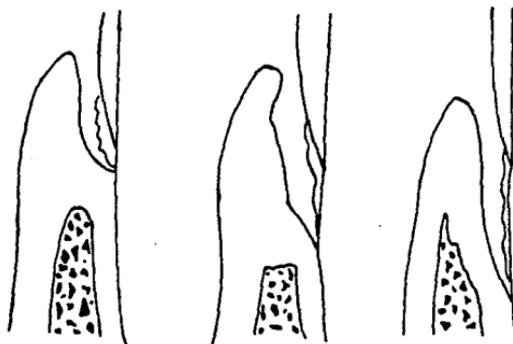
2) Bolsas Periodontales: La única forma de detectar y valorar las bolsas parodontales, es por medio de la exploración con sondas o exploradores. Las bolsas no pueden ser diagnosticadas por

el exámen radiográfico, ya que la bolsa es una lesión de tejidos blandos y la radiografía sólo indica pérdida ósea, lo que puede suponer la presencia de una bolsa, más no confirmarlo.

Para medir la profundidad de una bolsa parodontal, se puede utilizar una sonda calibrada en milímetros. La sonda se introduce en dirección apical, siguiendo el eje mayor del diente, hasta que el extremo rojo llegue al fondo de la bolsa. La sonda no debe ser forzada al introducirla dentro de los tejidos.

En el exámen de bolsas parodontales se considera:

- 2.1 Presencia y distribución en cada superficie.
- 2.2 Tipo de bolsa: Si es Supraósea (es cuando el fondo de la bolsa es coronal al hueso alveolar subyacente), Infraósea (cuando el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar subyacente), Simple (cuando afecta una cara del diente), Compuesta (cuando afecta a dos o más caras del diente), y, Compleja (es una bolsa que nace en una superficie dentaria y dá vueltas alrededor del diente y afecta una cara adicional o más).
- 2.3 Profundidad de la bolsa (se determina en milímetros).
- 2.4 Nivel de la Inserción de la raíz.



- A= Bolsa Normal
B= Bolsa Supraósea
C= Bolsa Infraósea

A

B

C

3) **Supuración:** La forma de determinar si existe pus en una bolsa parodontal, es colocando el dedo índice lateralmente a la encía marginal y posteriormente se hace presión con un movimiento circular hacia la corona del diente. No en todas las bolsas parodontales existe pus, pero en muchas ocasiones se descubre por medio de la presión digital.

4) **Exámen de la mucosa a nivel apical:** El exámen de ésta zona se realiza por medio de palpación y permite descubrir el origen de dolor en forma irradiada, que en muchas ocasiones confunde al paciente y no le permite diferenciar la zona principal que le causa molestias. Así mismo, se pueden detectar infecciones en los tejidos parodontales profundos, así como etapas incipientes de abscesos parodontales.

5) **Formación de Fístulas:** En los niños, el orificio producido por una fístula, en una zona lateral de la raíz de un diente, puede ser el producto de una infección periapical. Ahora bien, en el adulto se puede presentar, por lo mencionado anteriormente, o bien originarse de un absceso parodontal. En los dos casos, el orificio se puede presentar bien definido y estar drenado, o bien, presentar una masa modular roja. En este caso sólo el exámen por exploración revela un orificio muy pequeño, que se comunica con una fístula subyacente.

6) **Pérdida Osea Alveolar:** La pérdida ósea se aprecia por medio del exámen clínico y radiográfico. El uso de la sonda parodontal permite determinar la altura y el contorno del hueso alveolar.

En condiciones normales, un niño con un diente recién erupcionado, presenta el hueso alveolar, un mm. por abajo de la unión esmalte-cemento. Ahora bien, cuando el margen alveolar del tejido óseo retrocede apicalmente, pero se mantiene paralelo al plano oclusal, se anota en la Historia Clínica como Absorción Osea Hori

zontal. Por otro lado, la Absorción Ósea Vertical, es cuando la destrucción de la pared ósea retrocede apicalmente, pero se mantiene paralela a la raíz del diente y forma un ángulo con el plano oclusal. Clínicamente se observa aumento en la movilidad del diente. Estas dos situaciones se asocian con enfermedad parodontal, pero cabe mencionar que son situaciones difíciles de encontrar en los niños, esto es debido probablemente a que el hueso alveolar crece rápidamente en la infancia y las zonas o áreas que manifiestan absorción ósea, acompañan a la exfoliación y erupción de los dientes infantiles. Una explicación que puede hacer comprender la situación de rápida curación y rara absorción ósea debido a infecciones parodontales, es que los maxilares del niño están tan altamente vascularizados y son de crecimiento activo. Por último, sólo cabe mencionar que todas estas situaciones se presentan en el adulto con cambios irreversibles; sin embargo, tal situación es posible en niños, en casos aislados.

7) Examen Radiográfico: Aunque ya se mencionó, no está por demás citar la importancia de éste tipo de examen, la cual radica en que es una ayuda valiosa para el diagnóstico clínico de las alteraciones parodontales, así como para determinar el pronóstico y la evolución del tratamiento. Sólo se debe considerar que un examen radiográfico es un complemento del examen clínico y no un sustituto de éste.

Algunas de las situaciones parodontales que se pueden determinar con la ayuda del examen radiográfico son: Tabique interdentario, destrucción ósea por enfermedad parodontal, distribución de la pérdida ósea, cantidad de pérdida ósea, patrón de destrucción, ligamento parodontal ensanchado, presencia de cálculos subgingivales, abscesos parodontales, etc.

D) ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL EN NIÑOS: La importancia de mencionar las enfermedades parodontales más comunes, en el presen

te trabajo, es debido a que en muchas ocasiones se pasan por alto el diagnóstico y por lo tanto, el tratamiento de dichas alteraciones. Como se sabe, la enfermedad parodontal no tratada es un proceso lento y destructivo que acarrea muchas complicaciones orales, según avanza la edad del individuo.

1) ENFERMEDAD GINGIVAL:

1.1 Gingivitis: Es una entidad patológica que se caracteriza por cambios en el volumen, color, estructura, etc., de la Gíngiva o Tejido Gingival, debido a una inflamación producida por ciertos factores generales y locales que producen dicha entidad.

Una de las alteraciones más comunes en los niños, es la Gingivitis Marginal Crónica. Esta presenta en la encía, todos los cambios de color, tamaño, consistencia y textura superficial, que son característicos de la inflamación crónica. Su etiología tanto en niños como en adultos, es por factores locales irritantes, así como las condiciones que producen acumulación de dichos irritantes.

La naturaleza de la Gingivitis es de la siguiente manera: cuando se inflama el tejido Gingival, se observa primeramente una hiperemia; el color de la encía es rojo vivo; si existen zonas de ulceración el color será más acentuado; la hiperemia se asocia con edema; la encía intersticial aumenta de volumen y la superficie se presenta brillante, húmeda y tensa. Como las papilas y el margen gingival son libres, pueden llegar a presentar un grado desproporcionado de ulceraciones. La inflamación del margen gingival no sólo transforma la fosa natural en una bolsa más profunda, sino que también produce una zona de fácil acumulación de desechos. En algunas áreas la inflamación degenera los tejidos y expone la raíz del diente, esto es común sobre todo en dientes incisivos inferiores; se produce una hendidura que se conoce como "Hendidura de Stillman", éste proceso puede llegar incluso al ápice del diente. Cuando el proceso se vuelve crónico se forma una excesiva canti---

dad de Tejido Conectivo, y la encía intersticial se vuelve áspera fibrosa y voluminosa.

1.2 INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS:

1.2.1 Gingivostomatitis Herpética Aguda: Su etiología es causada por herpes simple, se presenta con mayor frecuencia en lactantes y niños de seis años. Aunque es frecuente en adolescentes y adulto. Se presenta en ambos sexos y la enfermedad dura de siete a diez días.

Los signos bucales son: lesiones difusas, eritematosas y brillantes de la encía y la mucosa bucal subyacente, presenta variedad de edema y hemorragia gingival. Los síntomas bucales son: irritación generalizada que impide comer y beber. Las vesículas rotas son dolorosas y sensibles al tacto, a variaciones térmicas, etc. En los lactantes, la enfermedad se caracteriza por irritabilidad y rechazo de los alimentos.

El diagnóstico se logra en base a la historia del paciente y - los hallazgos clínicos, incluso se pueden tomar muestras de las lesiones y mandarlas al laboratorio para su análisis.

1.2.2 MONILIASIS: Se presenta en dos formas: aguda y crónica. - En la aguda, el agente etiológico es el hongo Candida Albicans. - Es básicamente una enfermedad de la infancia, aunque también se presenta en adultos. Las lesiones bucales se presentan aisladas, de color blanco cremoso, adherentes y, si se retiran por la fuerza, dejan puntos sangrantes. El diagnóstico es por medio de la historia y examen clínico y por el estudio microscópico de un frotis de la lesión. La moniliasis crónica, es por un tipo raro de Candida Albicans, que produce una lesión granulomatosa. Comienza en la niñez y persiste por varios años. Las lesiones bucales se asocian con lesiones en piel y uñas. La enfermedad se puede complicar por lesiones en los pulmones y riñones, que por lo regular

causa la muerte del paciente. El diagnóstico es en base a estudios de laboratorio.

1.2.3 GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA: Esta enfermedad es rara en niños, por lo que no se desarrollará.

2) ENFERMEDAD PARODONTAL: La periodontitis se presenta en casos aislados en niños de seis años y en un 5% en los adolescentes. Aunque existen situaciones de destrucción parodontal rápida, grave y con pérdida de dientes tanto en niños como en adolescentes, lo cual se considera una enfermedad degenerativa del Parodonto, aquí la inflamación es un factor destructivo secundario. Cuando se manifiesta se conoce como Periodontosis, y básicamente son: la Periodontosis (pérdida ósea alveolar) avanzada en la adolescencia; Hiperqueratosis Palmoplantar con destrucción parodontal temprana (Periodontitis) (Síndrome de Papillon-Lefevre); Destrucción Periodontal Ideopática severa en niños y Atrofia Alveolar Avanzada Precoz.

e) Restos Alimenticios. Placa Dento-bacteriana. Materia Alba. Cálculos y Tinciones.

Como se mencionó anteriormente, la valorización de las condiciones de higiene, están determinados por la presencia de todos los elementos que van a ser tratados en éste punto. Además, mencionaré las técnicas para descubrir y registrar adecuadamente las alteraciones en la higiene bucal, dentro de la Historia Clínica. La importancia de realizar esto, es para hacer la valorización y apreciación, de las condiciones de higiene en cada uno de nuestros pacientes, y saber qué criterios seguir para lograr una higiene óptima.

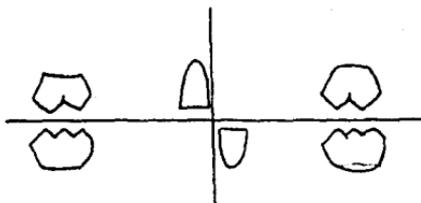
1) Restos Alimenticios: La presencia de restos alimenticios después de cepillarse los dientes, indica una mala técnica de ést. Un programa adecuado de higiene, en el cual se indiquen las técnicas

cas de cepillado, mejorará las condiciones de salud bucal. El registro de la presencia de restos alimenticios se puede realizar en la hoja de control de placa, o bien, diseñando un Odontograma exclusivo para dicho fin. Un método sencillo para hacer el registro es el del Índice Simplificado de Higiene Bucal (OHI-S, Grence & Vermillon, 1960), el cual consiste en registrar la presencia de restos alimenticios en los siguientes seis dientes:

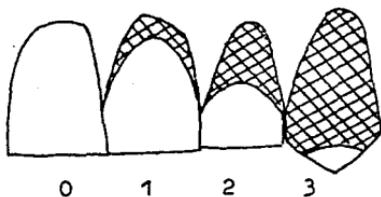
Superficie vestibular del primer molar superior derecho e izquierdo.

Superficie lingual del primer molar inferior derecho e izquierdo.

Superficie vestibular del incisivo central superior derecho e inferior izquierdo.



Ahora bien, a los residuos se les asigna un valor de cero a tres de la siguiente manera:



en donde:

0= no hay residuos

- 1= los residuos cubren no más de un tercio del diente
- 2= los residuos cubren más de un tercio del diente
- 3= los residuos cubren más de dos tercios del diente

La forma de determinar la cantidad de residuos es raspando la superficie del diente con un explorador. El índice de residuos se obtiene sumando los puntos y dividiendo entre seis. El máximo de puntos acumulados de éste sistema sería de dieciocho.

2) Placa Dento-Bacteriana: Se define como: la formación de microorganismos (principalmente), materia alba, residuos bucales, células epiteliales y sanguíneas y pocos residuos de alimentos (O.M.S. 1961).

Para descubrir la placa dentobacteriana, se emplean soluciones o pastillas reveladoras que tiñen ésta. La técnica para realizar el registro de la placa dentobacteriana es por medio de una hoja de control (descrita al principio), o bien, utilizando un Odontograma que presente únicamente las caras vestibulares y linguales de todos los dientes de la boca del niño. Para este sistema se califica cada superficie mediante el siguiente criterio:

- 0= no hay placa
- 1= manchas aisladas de placa en el margen cervical del diente
- 2= banda de placa delgada hasta de un mm. en el margen cervical
- 3= banda de placa de más de un mm., pero que cubre menos de un tercio de la corona del diente.
- 4= placa que cubre más de un tercio y menos de dos tercios del diente
- 5= placa que cubre dos tercios o más de la corona del diente

El índice se logra mediante la división de los puntos acumulados entre la cantidad de superficies examinadas (Quigley & Hein

1962).

3) **Materia Alba:** La materia alba es un irritante local y presenta el aspecto de un depósito de color amarillo o blanco grisáceo, blando y pegajoso. Está compuesto de células epiteliales, descamadas, microorganismos, leucocitos y una mezcla de proteínas y líquidos salivales con pocas o ninguna partícula de alimento (Glickman, I. 1972). La materia alba se puede observar clínicamente sin necesidad de usar pastillas reveladoras y se localiza en: superficies dentarias, restauraciones, cálculos y encía. Es frecuente su localización en el tercio cervical de dientes normales y en mal posición. Se puede registrar la presencia de materia alba en la Historia Clínica, como ausente, escasa o poca, regular o mediana y abundante. El índice se refiere en cuanto a la cantidad y no al número de dientes que la presentan.

4) **Cálculos:** El cálculo es una masa adherente calcificada, que se forma en la superficie del diente y prótesis dentales. El cálculo está formado básicamente de microorganismos que se calcifican por minerales que provee la saliva. El cálculo se clasifica según su posición en relación al margen gingival en:

4.1 **Cálculo Supra-gingival:** es visible y se localiza en el tercio cervical del diente (principalmente). Se pueden presentar aislados, o bien, generalizados en todos los dientes e incluso pueden llegar a la cara oclusal de un diente que no tiene antagonista funcional.

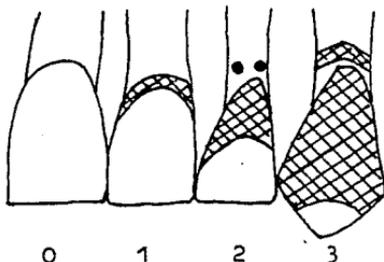
4.2 **Cálculo Sub-gingival:** Este se localiza por debajo del borde libre de la encía, por lo regular en bolsas parodontales y sólo se descubre por medio de un sondeo de la zona con un explorador.

El cálculo dentario es raro en los niños, aunque es posible encontrarlo en zonas que difieren al adulto, como son los dientes -

antero-superiores. La gingivitis infantil, regularmente no es causada por la presencia de cálculos, ya que un niño puede presentar inflamación gingival durante varios años, antes de observar cualquier señal de cálculo. De cualquier manera, es importante que se registre la presencia o ausencia de cálculos dentarios en la dentadura infantil, ya que de existir, se tendrán que realizar los tratamientos para su eliminación y por lo contrario, en caso de ausencia se motivará al paciente para que ésta situación sea permanente.

El registro del cálculo se puede realizar en igual forma que en los restos alimenticios, a diferencia que el criterio de calificación varía en:

- 0= no hay cálculo
- 1= cálculo supra-gingival que cubre no más de un tercio de la corona del diente
- 2= cálculo supragingival que cubre más de un tercio, pero no más de dos tercios, de la superficie dentaria o áreas aisladas de cálculos sub-gingivales alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
- 3= cálculos supra-gingivales que cubren más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta o una banda ancha continua de cálculos sub-gingivales alrededor de la porción cervical del diente o ambos.



NOTA: Existen otras formas de registrar tanto a la placa dento-bacteriana como a los restos alimenticios y cálculos; pero se prefirió la explicación de éstos métodos por ser de fácil comprensión y rápida aplicación.

5) Tinsiones Dentarias: Cuando existen depósitos de color en los dientes, se conocen como Tinsión o pigmentación. Esto acarrea problemas estéticos, además que pueden provocar irritación gingival.

La tinsión puede ser provocada por bacterias Cromógenas, alimentos y fármacos. Estos elementos pueden producir una variada pigmentación, con posición y firmeza en las superficies dentarias.

A continuación se describen las tinsiones más comunes y sus causas. Con esto se completa el registro de las alteraciones que deterioran la higiene bucal y sólo al concluir dicho registro, se podrá realizar la valorización de las condiciones de higiene bucal de nuestro paciente.

5.1 Pigmentación Parda: Es una película delgada y translúcida, sin bacterias. Es común en personas que no se cepillan; la pigmentación se localiza en las superficies vestibulares de molares superiores y en la cara lingual de dientes antero-inferiores.

5.2 Pigmentación por Tabaco: Esta pigmentación es de color pardo o negro en forma adherida, o bien, color pardo en las superficies dentarias. La coloración es el resultado de la combustión de alquitrán y de la entrada de los jugos del tabaco en fisuras o irregularidades del esmalte y dentina. La pigmentación por tabaco no está en relación a la cantidad de tabaco consumido, sino más bien, de las cutículas preexistentes, que son las que unen los productos del tabaco al diente. La pigmentación por tabaco se trata eliminando el agente causal y mejorando las técnicas de cepillado.

5.3 Pigmentación Negra: Este tipo de pigmentación se presenta como una línea negra delgada, tanto en vestibular como en lingual, cerca del margen gingival y en forma difusa en los espacios proximales. Está firmemente adherida y tiende a reaparecer después de eliminarla, es más común en mujeres y las bacterias cromógenas parecen ser la causa de la pigmentación. La pigmentación negra se trata por medio de un raspado manual con instrumentos, o bien, con ultrasonido.

5.4 Pigmentación Verde: Esta es común en niños; la coloración se le atribuye a bacterias fluorescentes y hongos como el *Penicillium*. La pigmentación Verde se elimina pasando una torunda con agua oxigenada o con Yodo en las superficies dentarias afectadas; posteriormente se pule con polvo de piedra pómez de uso dental. Esta tinción tiende a recidivar aún con una buena higiene.

5.5 Pigmentación Anaranjada: Se presentan en las caras vestibulares y linguales de dientes anteriores. La pigmentación es por bacterias cromógenas. Se eliminan con una buena técnica de cepillado.

CAPITULO VI: OCLUSION

En éste capítulo trataré tres aspectos básicos que influyen en la oclusión. Estos son: Erupción y Dentición, Oclusión y Alineamiento y Hábitos Parafuncionales. En los tres puntos describiré situaciones tanto normales como anormales, que determinan y alteran respectivamente la oclusión del niño. De aquí, que si realizamos un registro adecuado de las situaciones mencionadas, permitirá orientarnos sobre el estado de la oclusión de nuestro paciente, y a la vez se facilita el diagnóstico de las diferentes maloclusiones. Esto es posible, ya que si analizamos el conjunto de situaciones encontradas, podremos tener una visión general del padecimiento y no concretarnos únicamente al reconocimiento de las alteraciones locales en forma individual. De aquí la importancia que en la Historia Clínica, se anexe una parte al estudio de la oclusión.

A) ERUPCION Y DENTACION: Para hablar de erupción dentaria, es necesario conocer el desarrollo y el proceso normal de ésta, ya que sólo así es posible realizar un registro adecuado en la Historia Clínica, tanto de los aspectos normales como anormales; también debe mencionarse que hay que tener presentes las situaciones que influyen sobre el proceso de erupción y dentición. A continuación se tratan en forma breve los puntos mencionados.

1) DESARROLLO DENTARIO: Cuando un niño nace, su dentición se encuentra ya adelantada, esto se puede observar por medio de una radiografía cefálica lateral; en ésta se puede distinguir: 5/6 de la corona del incisivo central; 2/3 de la corona del lateral y el extremo de la cúspide del canino; en algunas ocasiones, se aprecia la cúspide de primeros y segundos molares, aunque estén separados, así mismo se pueden observar evidencias de calcificación del primer molar e incisivo central permanentes. Por otro lado, cabe men

cionar que la erupción de los dientes de las niñas, es un poco antes que el de los niños. Sin embargo, el momento de la erupción tanto en niñas como en niños, varía muchísimo.

ORDEN DE ERUPCION DE LOS DIENTES INFANTILES

	Superiores	Inferiores
Primero:	Incisivo Central	Incisivo Central
Segundo:	Incisivo Lateral	Incisivo Lateral
Tercero:	Primer Molar	Primer Molar
Cuarto:	Canino	Canino
Quinto:	Segundo Molar	Segundo Molar

Primero erupcionan los inferiores y después los superiores.

ORDEN DE ERUPCION DE LOS DIENTES PERMANENTES

	Superiores	Inferiores
Primero:	Primer Molar	Primer Molar
Segundo:	Incisivo Central	Incisivo Central
Tercero:	Incisivo Lateral	Incisivo Lateral
Cuarto:	Primer Premolar	Canino
Quinto:	Segundo Premolar	Primer Premolar
Sexto:	Canino	Segundo Premolar
Séptimo:	Segundo Molar	Segundo Molar

En el proceso normal de la erupción, existen muchas teorías sobre los factores que producen la erupción; entre algunas de ellas tenemos: alargamiento de la raíz, crecimiento del hueso alveolar, crecimiento de la dentina, etc. Estas teorías no han sido comprobadas en su totalidad. Por otro lado también se menciona que el factor más importante de la erupción es el alargamiento de la pulpa, que resulta del crecimiento pulpar en un anillo de proliferación en su extremo basal. (Sicher 1942). Así mismo se menciona que la erupción se ve influida por la hormona del crecimiento de

la Hipófisis y por la Tiroides (Baume 1954). En sí, todas son tegrías y tal vez, la verdadera sea la combinación de todos o algunos de los factores mencionados.

2) SITUACIONES QUE INFLUYEN EN LA ERUPCIÓN: La importancia en la secuencia de la erupción, es que, si existen variaciones en el patrón de erupción, pueden constituir un factor que ocasione ciertos tipos de maloclusión. De aquí que, cuando se localicen alteraciones en la secuencia de la erupción, se deben registrar que dientes son los afectados y cuáles fueron los motivos. Dentro de éstos últimos tenemos: Pérdida Prematura, Erupción Retardada, Falta de Contacto Proximal, y Mal Posición Dentaria. Analisemos cada uno de estos puntos:

2.1 PERDIDA PREMATURA: Esta se puede presentar en uno o más dientes, ya sean infantiles o permanentes, anteriores o posteriores. La pérdida se puede deber a traumatismos, caries, etc. Cualquiera que sea el número de dientes perdidos y su causa, se debe registrar perfectamente en la Historia Clínica. Las consecuencias principales de la pérdida prematura de dientes, es que causan un desequilibrio estructural de eficiencia funcional y de aspecto estético, así como en algunos casos puede producir un traumatismo psicológico en el paciente. De ésta manera, tenemos que los factores específicos por la pérdida dental prematura son:

2.1.1 Cambios en longitud del Arco Dental y Oclusión. Por ejemplo, desplazamiento de dientes contiguos al espacio formado por la pérdida dental, trayendo como consecuencia, mal posición.

2.1.2 Mala articulación de las consonantes al hablar (S, Z, V y B)

2.1.3 Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales. Por ejemplo, exploraciones linguales en el espacio creado.

2.1.4 Traumatismo Psicológico. Por ejemplo, que se produzca en el en el paciente complejos de inferioridad con respecto a su aspecto personal.

2.2 ERUPCION RETARDADA: Para hacer el registro en la Historia - Clínica, primero se anotan cuáles son los dientes que no han hecho erupción y posteriormente se determina el por qué del retardo. Existen factores Locales y Generales por los cuales se presenta retraso en la erupción. Antes de ver éstos factores, revisemos el orden de erupción cronológica de los dientes infantiles y permanentes.

INFANTILES

Secuencia	Erupción relacionada a la edad
Central Inferior.....	6 1/2 meses aproximadamente
Central Superior.....	7-7 1/2 meses aproximadamente
Lateral Inferior.....	8 meses aproximadamente
Lateral Superior.....	9 meses aproximadamente
1er. Molar Inferior.....	12 meses aproximadamente
1er. Molar Superior.....	14 meses aproximadamente
Canino Inferior.....	16 meses aproximadamente
Canino Superior.....	18 meses aproximadamente
2o. Molar Inferior.....	20-22 meses aproximadamente
2o. Molar Superior.....	24 meses aproximadamente

PERMANENTES

1os. Molares Inferiores y Superiores.	6 años aproximadamente
Central Inferior.....	6-6 1/2 años aproximadamente
Central Superior.....	7-7 1/2 años aproximadamente
Lateral Inferior.....	7-7 1/2-8 años aproximadamente
Lateral Superior.....	8 1/2 años aproximadamente
Canino Inferior.....	9-10 años aproximadamente

1er. Premolar Inferior.....	10-11	años aproximadamente
1er. Premolar Superior.....	10-11	años aproximadamente
2o. Premolar Superior e Inferior..	10 1/2-12	años aproximadamente
Canino Superior.....	12	años aproximadamente
2dos. Molares Superior e Inferior.	12-12 1/2	años aproximadamente

Los datos mencionados en la edad cronológica están sujetos a cambios, tal parece que el orden de erupción dental tiene más influencia en el desarrollo normal del arco dentario, que el tiempo real de la erupción. Un tiempo calculado entre 2, 4 y hasta seis meses de diferencia en la erupción, no implica que el niño esté presentando erupción anormal.

FACTORES GENERALES Y LOCALES EN LA ERUPCION RETARDADA

GENERALES:

2.2.1 Síndrome de Down: Es una anomalía congénita en la cual es frecuente encontrar erupción retardada. Los dientes infantiles pueden no aparecer hasta los dos años y completarse la dentición entre los cuatro o cinco años y permanecer así hasta los catorce y quince años aproximadamente.

2.2.2 Disostosis Cleidocraneal: Es una entidad patológica genética, aunque también se puede presentar espontánea o no hereditaria. Aquí también la dentición está demorada en su desarrollo y puede completarse hasta los quince años. Una característica que la distingue, es la presencia de dientes supernumerarios y aún con la eliminación de éstos, la erupción de los dientes permanentes puede estar retardada.

2.2.3 Hipotiroidismo: Es una posible causa de erupción retardada. Es una alteración que se caracteriza por función deficiente de la Glándula Tiroides y presenta manifestaciones bucales características como son apiñamiento dental, la dentición está retardada en to

das las etapas como son erupción y exfoliación de dientes infantiles y erupción de permanentes.

2.2.4 Hipopituitarismo: Es una alteración que presenta hipofunción de la Hipófisis. (enano hipofisiario). Es característico de ésta enfermedad el retardo en la erupción y en casos graves, los dientes infantiles no se reabsorven y pueden permanecer durante toda la vida.

LOCALES

2.2.5 Pérdida Prematura: Un ejemplo de esto sería: Si un diente se pierde por caries o es extraído y esto sucede en edad preescolar, lo más seguro es que el diente permanente se retarde en hacer erupción.

2.2.6 Dientes Supernumerarios: Estos pueden causar erupción retardada en los dientes infantiles y permanentes.

2.2.7 Diente Anquilosado: Los dientes que frecuentemente se anquilosan, son los molares infantiles, siendo el segundo molar inferior el que con más frecuencia sufre esta alteración; el diente infantil anquilosado puede producir erupción retardada del permanente.

2.3 FALTA DE CONTACTO PROXIMAL: Se aplica básicamente a los molares, cuando pierden el contacto por caries interproximal. Analizando esto podemos decir, que cuando la caries hace que desapareca el contacto de los molares, ésta situación se convierte en un factor predisponente para que existan modificaciones en la Oclusión, esto se presenta sobre todo si la caries es muy extensa. La maloclusión es debida a la migración de los dientes contiguos, los cuales pueden inclinarse hacia el espacio formado y romper la armonía oclusal con los antagonistas.

2.4 MAL POSICION DENTARIA: Para checar la mal posición dentaria, deben revisarse todas las desviaciones dentarias que causen desarmonía en la oclusión. La mal posición se debe básicamente a la erupción ectópica, anquilosis e inclusión secundaria. Algunas de las alteraciones que se pueden encontrar clínicamente son: giro--versiones, mordida cruzada, dientes ectópicos, apiñamiento, etc. Existen alteraciones de mal posición que sólo se descubren radiográficamente como son los caninos permanentes colocados en posición horizontal en el paladar, anquilosis de dientes permanentes no erupcionados, etc.

NOTA: Existen otras alteraciones de la erupción.. Estas ya fueron descritas en el Capítulo V.

B) OCLUSION Y ALINEAMIENTO: La forma de la oclusión y la posición de los dientes, se determinan por los procesos de desarrollo que repercuten en los dientes y estructuras adyacentes durante la etapa de formación, crecimiento y modificación, después del nacimiento. La oclusión varía entre todos los individuos, esto es dependiendo del tamaño, forma, posición, orden de erupción, tamaño y forma de las arcadas y del crecimiento craneofacial.

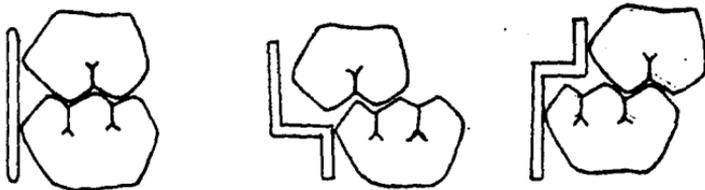
Es difícil tratar de enmarcar en forma general la oclusión de todos y cada uno de nuestros pacientes; cuando realicemos el estudio de la oclusión, es mejor revisar todas aquellas situaciones importantes para desifrar si en el futuro, el paciente tendrá una oclusión ideal y no conformarnos únicamente con el registro de las alteraciones que se manifiestan en el momento del examen. Sería muy extenso el tratar de explicar todos los aspectos de la oclusión, por lo que en éste capítulo, sólo se mencionarán aquellos datos normales y anormales, que puedan ser de importancia para el registro adecuado de la oclusión presente y de aquellos datos que ayudan a predecir la futura. De aquí la importancia de realizar-

el exámen de la oclusión y alineamiento.

a) LINEA MEDIA: Para checar la línea media se toma como referencia a los frenillos labiales tanto superior como inferior. Una vez detectada ésta, se anota en la Historia Clínica como normal, desviada hacia el lado derecho o hacia el lado izquierdo. La línea media desviada, puede informar de tendencia a una mordida cruzada, o bien, hace sospechar de una posible maloclusión generalizada o simplemente de una alteración local.

b) PLANOS TERMINALES: Estos se encuentran en las caras distales de los segundos molares infantiles, tanto superior como inferior, y su importancia radica en la futura Oclusión de los primeros molares permanentes como se verá más adelante. Las posibles posiciones de los planos terminales son:

- 1) Normal o Recto
- 2) Escalón Mesial
- 3) Escalón Distal

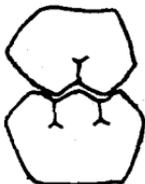


El escalón Mesial y Distal, en algunas ocasiones, puede estar muy marcado, o bien, exagerado.

c) OCLUSION SEGUN ANGLE:

Clase I: También se conoce como Neutroclusión; es cuando la cúspide Mesio Vestibular del primer molar superior, coincide con el surco Medio Vestibular del primer molar inferior (Unión de cúspides

Centro y Medio Vestibular); Ésta posición no indica necesariamente que todos los demás dientes se encuentren en una posición normal; lo que sí se puede decir es que las bases óseas de soporte superior e inferior, se encuentren en relación normal.



Clase II: Se conoce como Distoclusión; es cuando la cúspide - Disto Vestibular del primer molar superior, coincide con el surco Medio Vestibular del primer molar inferior.



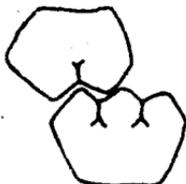
Ahora bien, si los dientes anteriores están extruídos será Clase II, Div. 1.



Cuando se lingualiza la posición de los dientes anteriores, se rá Clase II, Div. 2.



Clase III: Se conoce como Mesioclusión; es cuando la cúspide Mesio Vestibular del primer molar superior, coincide con el surco Disto Vestibular del primer molar inferior.



- d) ESPACIOS PRIMATES: Un concepto sobre erupción dental dice que los arcos dentarios primarios son de dos tipos (Baune, L.J. 1950):
- 1) Los que muestran un espacio intersticial entre los dientes. Se conoce como dentición abierta.
 - 2) Los que no tienen un espacio intersticial entre los dientes. Se conoce como dentición cerrada.

Es frecuente que se produzcan dos diastemas en la dentadura infantil, uno localizado en el maxilar superior entre el incisivo lateral y el canino; y el otro, se encuentra en la mandíbula entre el canino y el primer molar infantil.

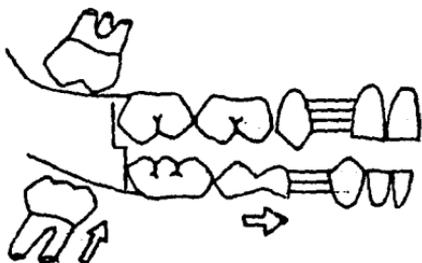


Estos espacios se presentan en todos los primates, de aquí que en el hombre se le describan así. Un arco dentario puede presentar los espacios primates y el otro no. Los arcos cerrados (sin espacios primates), son más estrechos que los espaciados. Una vez formados los arcos dentarios primarios y en Oclusión, no presentan aumento de tamaño horizontal, pueden llegar a producir ligeros estrechamientos en forma mesial por caries interproximal. Lo que sí existe es un crecimiento vertical de las Apófisis Alveolares y un crecimiento Antero-Posterior de los maxilares, que se manifiesta en el espacio retromolar para que erupcionen los molares permanentes.

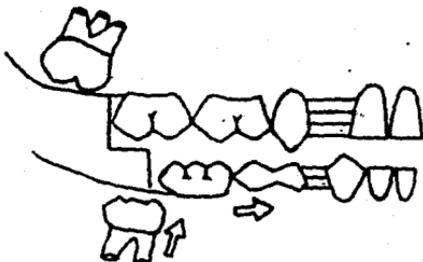
Después de haber revisado los planos terminales, la oclusión de Angle y los espacios primates, veremos como influyen en la oclusión de los primeros molares permanentes en dentición abierta y cerrada.

DENTICION ABIERTA:

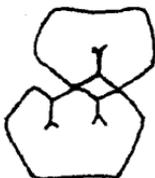
1) Cuando en la primera dentición existe un plano terminal recto al erupcionar el primer molar inferior permanente, se dirige hacia mesial y ligeramente hacia lingual, ya erupcionado cierra el espacio primate inferior. Cuando erupciona el primer molar permanente superior, se dirige hacia distal y vestibular y cierra ligeramente el espacio primate superior, baja y llega a colocarse en clase I de Angle con el molar inferior. Esto se conoce como Desplazamiento Mesial Temprano.



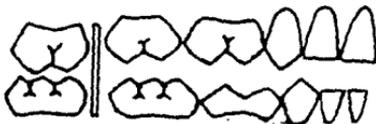
2) Ahora bien, cuando el plano terminal es en escalón mesial, la erupción de los primeros molares permite formar una clase III de Angle con un escalón mesial acentuado.



3) Cuando el plano terminal es escalón distal, los molares permanentes tendrán una relación de extremo a extremo; en ortodoncia se conoce como Media Cúspide Clase II en la clasificación de Angle, el plano terminal será recto.



DENTICION CERRADA: Si no existiera el espacio primate en la mandíbula, los molares tendrían una relación de extremo a extremo Media Cúspide Clase II, en la clasificación de Angle.

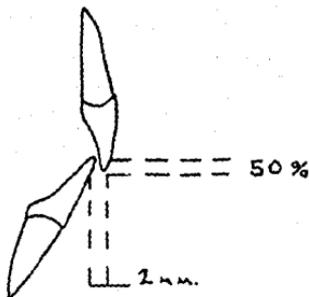


Esta posición se mantendrá hasta que el segundo molar primario mandibular sea sustituido por el segundo premolar inferior, que es de menor tamaño, ésto es lo que se conoce como desplazamiento Mesial Tardío y permite que el primer molar inferior permanente, se coloque en una Oclusión Normal, con el molar superior (Clase I de Angle).

Ahora veremos algunos aspectos de la Oclusión Anterior:

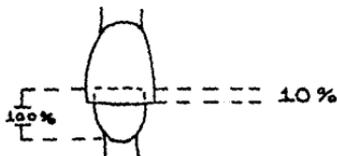
e) SOBREMORDIDA VERTICAL (OVERBITE): Este término se aplica a la distancia en la que el margen incisal superior, sobrepasa el margen incisal inferior, cuando la mandíbula es llevada a oclusión habitual o céntrica. La sobremordida vertical es muy sencilla de medir en el consultorio dental y se puede realizar en milímetros o en porcentaje. En los niños es ligeramente mayor que en el adulto y puede llegar a ser del 50% y se considera normal. Cuando la sobremordida vertical es muy profunda, más del 50%, existe la posibilidad de producir una mayor inclinación axial vertical de los dientes antero inferiores. Así mismo, la retrusión del maxilar inferior, tiende a desarrollar una sobremordida vertical, más profunda que lo normal. En la Historia Clínica es necesario reconocer la sobremordida, sobre todo si ésta se encuentra alterada, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano de las alteraciones que la producen, evitarán problemas y consecuencias futuras.

f) SOBREMORDIDA HORIZONTAL (OVERJET): Es una medida horizontal que se refiere a la distancia entre la cara lingual de los incisivos superiores y la superficie vestibular o labial de los incisivos inferiores en una oclusión habitual o céntrica. Al igual que en la sobremordida vertical, en los niños la sobremordida horizontal es un poco mayor.

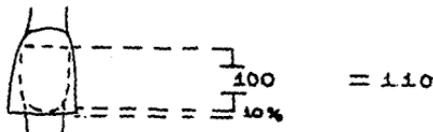


Una forma de medir la sobremordida (Vertical y Horizontal), es de la siguiente manera:

1) En porcentaje: La longitud total de la corona clínica del incisivo central inferior se considera como un 100%; la cantidad de corona clínica que cubra el incisivo superior sobre el inferior será la sobremordida vertical en porcentaje. Ejemplo:

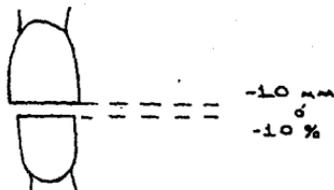


En ocasiones es tanta la sobremordida vertical, que rebasa el 100%, se puede referir el excedente. Un ejemplo sería el 110%.

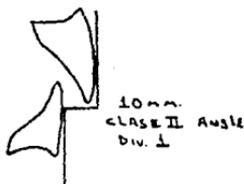


2) En milímetros: Si se abre la mordida se conoce como sobremordida vertical negativa o mordida abierta y se mide en -10, -20,

etc. Se facilitará la medición si se hace en milímetros, aunque también es posible medir en porcentaje.



Horizontal: La sobremordida horizontal ideal, es aquella que al coincidir los bordes incisales, sobre sale el borde superior - uno o dos mm; ejemplo:



Ahora bien, si las situaciones que se han revisado son en condiciones normales, ¿que pasará con la oclusión, cuando se presenten alteraciones como la pérdida dentaria, lo cual trae como consecuencia, migración hacia los espacios formados? Una respuesta sencilla es que si esto es descubierto en etapas en las cuales se puede prevenir el desplazamiento dentario, con un mantenedor de espacio se controlará la situación; el problema es cuando la alteración está presente; de aquí surgen varias dudas como son: ¿existirá un espacio adecuado para la erupción de los dientes permanentes? ¿el arco dentario no sufrirá modificaciones en su tamaño?, etc. Estas dudas pueden ser resueltas por medio de un análisis de longitud de arco y de dentición mixta. Aquí encontramos otro punto a favor de la Historia Clínica, la cual ofrece la oportunidad de realizar un diagnóstico adecuado, en éste caso predecir algunos aspectos de la oclusión futura del niño.

g) DETERMINACION DE LA LONGITUD DEL ARCO: Se acepta que la circunferencia del arco disponible (que se considera de la cara mesi al del primer molar permanente de un lado, a la cara mesial del primer molar del lado contrario), disminuye continuamente. Las causas de la disminución del arco se deben principalmente por el desgasta proximal y por el movimiento mesial de los primeros dientes permanentes durante el cambio de éstos. Mourrees 1958, realizó un estudio en el cual encontró que la longitud del arco es algo inferior a los dieciocho años, que a los tres años; esto se le atribuye a que se presenta una reducción de ambos arcos entre los diez y los catorce años, debido al cambio de los molares infantiles con los premolares permanentes, estos últimos presentan un diámetro mesio-distal más corto. Por ésta información podemos observar que efectivamente existen cambios en la longitud del arco por función de algunos aspectos mencionados y por la edad. De aquí - que cuando se sospeche de alteraciones en el arco, se realice un análisis de longitud del arco.

Análisis de Nance (1947). Este autor encontró que existe acortamiento en la longitud del arco correspondiente a la cara mesial del primer molar permanente inferior, hasta el lado contrario; este acortamiento se presenta siempre en el período de dentición mixta a la permanente. Por otro lado tenemos que la longitud del arco, solamente aumenta cuando los incisivos presentan una inclinación lingual anormal, o bien, cuando los primeros molares permanentes, se colocan mesialmente debido a extracciones prematuras de los segundos molares infantiles. Nance encontró que existe una diferencia de 1.7 mm en la distancia mesio-distal de los molares y caninos inferiores infantiles, en relación a los dientes permanentes inferiores correspondientes (premolares y canino). En el maxilar superior la diferencia es de 0.9 mm., de cualquier manera, se encontró que la pérdida de espacio en el arco inferior es de 3.9 mm. en niños y de 4.8 mm. en niñas, en el cambio de dentición.

Material para realizar el Análisis: Un juego de modelos de estudio, un compás con extremos agudo, radiografías periapicales tomadas con una técnica adecuada, una regla milimétrica, un trozo de alambre de bronce de 0.725 mm., papel y lápiz.

Técnica:

- 1) Se mide el diámetro mesio-distal de todos los incisivos permanentes inferiores erupcionados, la medición debe ser en forma individual y se registran.
- 2) Se mide en la radiografía el ancho de caninos y premolares inferiores sin erupcionar y se realiza el registro. (si un premolar estuviese girado, se puede medir el premolar del lado opuesto) Esto ofrece la oportunidad de conocer el espacio que se necesita para acomodar todos los dientes que se encuentran antes de los primeros molares permanentes.

NOTA: La distorsión de la radiografía se puede contrarrestar midiendo el ancho de un molar infantil en el modelo de estudio (medida real), a continuación se mide éste mismo diente en la radiografía (medida aparente); se comparan las dos mediciones y así sabemos qué distorsión existe cuando medimos los premolares y caninos no erupcionados.

- 3) A continuación se determina la cantidad de espacio disponible para los dientes permanentes; esto se logra mediante el alambre de bronce, el cual se colocará sobre las cúspides vestibulares de los dientes posteriores y los bordes incisales de los anteriores. El alambre se adapta desde la cara mesial del primer molar permanente de un lado, hasta el del lado opuesto. Al resultado obtenido se le restan 3.4 mm., ya que es lo que se espera que se acorten los arcos por el desplazamiento mesial de los primeros molares permanentes.

4) Por último se comparan las medidas que se tomaron para saber, qué espacio se necesita, así como del espacio que se dispone. Con esto se puede predecir la suficiencia o insuficiencia del arco dentario.

b) Por otro lado tenemos el Análisis de Dentición Mixta; por medio de éste, se puede predecir si los dientes permanentes "caninos y premolares", tendrán lugar en el arco. Existen varias técnicas: Por tablas ya elaboradas y basadas en estadísticas, por medio de la técnica radiográfica y por medio de una fórmula.

1) Por tablas: Se utilizan los incisivos inferiores permanentes ya que éstos aparecen por lo regular en primer término. También porque existe cierta correlación entre el tamaño de los incisivos con los caninos y premolares. Ejemplo, si los incisivos inferiores miden 13 mm., se busca en la tabla ésta medida y dará el espacio que necesitan caninos y premolares, que en este caso será de 21 mm., se checa en los modelos de estudio, de esta manera determinamos si existe espacio o no, esto se logra midiendo del canino infantil a la cara distal del segundo molar infantil. Se debe medir individualmente cada incisivo y sumar los resultados, posteriormente se divide éste último entre dos y la medida correspondrá a un cuadrante para saber si existe espacio para premolares y canino permanentes de un cuadrante.

2) Técnica Radiográfica: Se miden los incisivos inferiores, aunque tengan malposición, posteriormente por medio de una radiografía se mide el ancho de los dientes por erupción (premolares y canino), para saber si van a caber dentro del arco.

3) Fórmula: La técnica consiste en sumar el ancho de los incisivos inferiores; se divide entre dos y al resultado se le suman once mm. para el maxilar superior y diez mm., para la mandíbula, ésa

to dá como resultado la distancia que se necesita tener de la porción distal del incisivo lateral a mesial del primer molar permanente. Ejemplo: si los laterales miden 7.0 mm y los centrales 6.5 mm., la fórmula quedaría:

$$\frac{7+6.5+6.5+7}{2} = 13.5 + 11 \text{ (Ix.)} = 24.5$$
$$10 \text{ (Md.)} = 23.5$$

Si el segmento de longitud del arco de cara mesial de canino a cara distal de segundo molar infantil son de 24.5 para el maxilar superior y de 23.5 para la mandíbula, los dientes permanentes erupcionarán adecuadamente.

Podemos concluir diciendo que el Análisis de Dentición Mixta - sirve para predecir si existe o no espacio para la erupción de los dientes permanentes y los resultados se deben encausar al tratamiento, ya que si existe espacio se dará un tratamiento conservador y si no lo hay, se pueden seguir dos caminos que son: crear el espacio, o bien, realizar la extracción.

C) HABITOS PARAFUNCIONALES: Los hábitos bucales se consideran como posibles causas de presiones desequilibradas, que producen un daño sobre tejidos como los rebordes alveolares inmaduros, o bien, producen cambios potenciales en los dientes y la oclusión. En este punto se revisan los hábitos más comunes y sus posibles consecuencias.

a) SUCCION DEL DEDO: El efecto nocivo del hábito de succión del dedo, varía ampliamente. Por lo regular se observa que si se abandona el hábito antes de que erupcionen los dientes permanentes, disminuye la posibilidad de afectar la oclusión y el alineamiento. Cuando el hábito persiste durante la dentición mixta aproximadamente entre los seis y doce años, las alteraciones pueden ser de figurantes y esto depende de la Fuerza, Frecuencia y Duración, durante la succión.

El desplazamiento de los dientes puede ser por dos razones:

- 1) De la posición del dedo en la boca.
- 2) De la acción de palanca que ejerce el niño contra los dientes y el alveolo.

La malposición y el mal alineamiento de los dientes anteriores por el hábito de chuparse el dedo, produce una abertura labial pronunciada de los dientes antero-superiores, esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida, y según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanao de la curva de Spee, en la zona antero-inferior. En algunas ocasiones, se considera que los segmentos postero-superiores, pueden forzarse lingualmente por la musculatura bucal en tensión, para esto se puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral.

Dependiendo del hábito, puede producirse sobre-erupción en los dientes posteriores, lo cual aumenta la mordida abierta. Por la posición que toman los dientes incisivos los hace más vulnerables a fracturas por accidentes. La mordida abierta puede producir empujes linguales y dificultar el lenguaje.

Por el hecho de que un niño tenga una maloclusión de clase II, Div. 1, no se justifica concluir que la succión del dedo por sí sola produjo la maloclusión, deben considerarse los factores de herencia, ya que si observamos la boca de los familiares y su oclusión, es posible encontrar factores importantes a este respecto.

También es de considerar que existe un período en el cual el succionar el dedo es normal, esto es entre el primer año de vida y el segundo. Graber afirma: "el aconsejar a los padres de eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal, es ignorar la fisiología básica de la infancia" (Gramer, 1977).

Tratamiento: Se procede diciendo al niño los problemas que le ocasionará seguir con su hábito. Por lo regular, el niño lo entiende y está dispuesto a cooperar sobre todo si son un poco mayores. Se sugiere usar un aparato "recordador", cuando el hábito sea muy arraigado.

b) **MORDIDA DEL LABIO:** El morderse el labio puede causar desplazamiento de los dientes anteriores, al igual que la succión digital. Este hábito es más común en la edad escolar, por éste hecho se puede lograr la cooperación del niño y que se olvide de éste hábito. Se le puede sugerir que haga ejercicios labiales como es la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Algo que puede ayudar a enderezar los músculos labiales, es tocar un instrumento musical de viento, además que ejerce presión en dirección correcta sobre los dientes antero-superiores.

c) **PROTUSION DE LA LENGUA:** Este hábito es común encontrarlo en pacientes que tienen mordida abierta e incisivos superiores en protusión. No se ha comprobado que la protusión lingual produzca una mordida abierta o si esta es la que permite que el niño coloque la lengua en el espacio que dejan los incisivos tanto superiores como inferiores. El empuje sólo afecta los músculos linguales, el tono del labio inferior no se afecta y de hecho, puede ser reforzado. De la misma manera, que el hábito de succión digital, los dientes incisivos superiores presentan protusión e inclinación labial, aunque en el hábito de empuje lingual, puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta - pronunciada y ceceo.

Tratamiento: Puede ser a base de ejercicios miofuncionales como colocar la lengua en la papila incisiva y deglutir en ésta posición. Otra forma de tratamiento es por medio de una trampa lingual.

d) MORDEDURA DE UÑAS: Es frecuente que el niño después de superar la etapa de succión digital, pase a la de morderse las uñas. Este hábito por lo común no produce alteración en la Oclusión, ya que el morderse las uñas es parecido al proceso de masticación; - pero en ciertos casos cuando las uñas contienen impurezas, se ha observado atrición en los dientes antero-inferiores. El morderse las uñas, alivia normalmente la tensión; y no se debe considerar perjudicial a menos que afecte en forma física o moral.

e) RESPIRACION BUCAL: Los niños con respiración bucal se pueden clasificar en tres categorías:

- 1) Por obstrucción
- 2) Por Hábito
- 3) Por anatomía

Los niños que respiran bucalmente por obstrucción, es debido a una alteración del flujo normal de aire a través del conducto nasal, como existe dificultad para respirar por la nariz, lo realiza por la boca. Si se elimina la obstrucción lo más seguro es que se continúe respirando por la boca, esto es por la costumbre, que se forma de este hábito. El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es porque presenta el labio superior corto y ésto no le permite cerrar la boca adecuadamente.

f) HABITOS DE POSTURA: En éste tipo de hábitos es raro que se - produzcan maloclusiones y deberán ser diagnosticados y tratados in dividualmente.

g) HABITOS MASOQUISTAS: En algunas ocasiones se encuentran niños con hábitos masoquistas; existen muchos casos en los que el niño rasga la encía de la superficie vestibular de un canino o de cual quier otro diente, con sus uñas, llegando inclusive a exponer el hueso alveolar.

b) BRUXISMO: Este hábito consiste en frotar o rechinar los dientes entre sí. Esto trae un desgaste considerable de los dientes. La etiología se le atribuye al stress emocional o irritabilidad.

CAPITULO VII: DIAGRAMA DENTARIO

Una parte importante de la Historia Clínica, es el diagrama dentario, éste permite realizar un registro adecuado de las alteraciones locales del diente. Además, orienta sobre el estado bucal general de nuestro paciente, como se verá más adelante.

A) NOMENCLATURA UTILIZADA: Para conocer la nomenclatura de los dientes, se deben considerar las posiciones que éstos guardan, dentro de la cavidad bucal. Las posiciones pueden ser:

- a) Superior: Si se encuentra en la arcada superior o maxilar.
- b) Inferior: Si se encuentra en la arcada inferior o mandíbula.
- c) Derecho o Izquierdo: Esto dependiendo a qué lado de la línea media se encuentran colocados los dientes. (La línea media es la que divide a las arcadas dentarias en una vista frontal en dos partes, por una línea imaginaria en posición vertical.

LINEA MEDIA		
Superior derecho	Superior Izquierdo	
Inferior derecho	Inferior izquierdo	Línea de Oclusión

La nomenclatura de los dientes de la primera dentición es:

- 1) El primer diente después de la línea media: Incisivo Central
- 2) El segundo diente después de la línea media: Incisivo Lateral
- 3) El tercer diente después de la línea media: Canino
- 4) El cuarto diente después de la línea media: Primer molar
- 5) El quinto diente después de la línea media: Segundo molar

La nomenclatura de la segunda dentición es:

- 1) El primer diente después de la línea media: Incisivo Central
- 2) El segundo diente después de la línea media: Incisivo Lateral
- 3) El tercer diente después de la línea media: Canino
- 4) El cuarto diente después de la línea media: Primer Premolar
- 5) El quinto diente después de la línea media: Segundo Premolar
- 6) El sexto diente después de la línea media: Primer molar
- 7) El séptimo diente después de la línea media: Segundo Molar
- 8) El octavo diente después de la línea media: Tercer Molar

Analizando, si sólo se toma la nomenclatura de los cuadros, al referirnos a un determinado diente, no sabremos si es superior o inferior; ni tampoco si es derecho o izquierdo; infantil o adulto; por lo que, se tendrá que especificar y para hacerlo correctamente es de la siguiente manera:

Se designa el nombre genérico del diente; por ejemplo, primer molar; después, a la arcada a la que pertenece: superior o inferior; y también se mencionará, el lado donde está localizado en relación a la línea media, ya sea, derecho o izquierdo. Tomaremos el lado derecho, y por último, si es de la primera o segunda dentición, utilizaremos primera dentición. El nombre completo quedaría así: primer molar superior derecho de la primera dentición.

Si nosotros tomamos éstos patrones de nomenclatura dental, y si los utilizamos en forma ordenada y sistemática, podremos fácilmente reconocer los dientes y su posición en la cavidad bucal de nuestro paciente; esto agilizará el desarrollo de la Historia Clínica Médico Dental que estamos aplicando.

B) ODONTOGRAMA: Una de las formas más sencillas para hacer referencia de los dientes y sus alteraciones de tipo local, ya sean caries, malposiciones, giroversiones, manchas, etc., es por medio del Odontograma o diagrama dentario, puesto que el nombre del diente es sustituido por éste, y sólo se emplean signos, los cuales

pueden ser:

a) NUMEROS:

- 1.- Romanos (para dentición infantil)
- 2.- Arábigos (para dentición adulta)
- 3.- Arábigos con primas (para dentición infantil)

b) LETRAS:

- 1.- Mayúsculas (para dentición infantil)

Todo ésto se traduce en el ahorro de tiempo y espacio.

Los tres tipos de diagramas más usados son:

a) DIAGRAMA DE ZSIGMONDY O DE CUADRANTES: En el cual se utilizan números arábigos, romanos y letras mayúsculas del alfabeto.

Los números arábigos designan a los dientes adultos, en tanto, que los números romanos y las letras a la dentadura infantil; por lo que, el Odontograma queda de la siguiente manera:

	SUPERIOR																					
DER.	V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	IZQ.
	V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	INFERIOR																					

Las líneas que se cruzan representan la posición de las arcadas. La línea horizontal divide a las arcadas, en superior e inferior; y la línea vertical en derecho e izquierdo. Esto es desde una vista vestibular y los signos representan a los dientes según su posición.

b) DIAGRAMA NUMERICO O SISTEMA UNIVERSAL: Para éste tipo de dia

gramas se considera: en el adulto, se toma como referencia el tercer molar superior derecho, se continúa por toda la arcada superior, hasta llegar al tercer molar del lado izquierdo; do aquí bajamos y continuamos con el tercer molar inferior izquierdo y finalmente hasta llegar al tercer molar inferior derecho, por lo cual, el Odontograma quedaría así:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Para mencionar la dentadura infantil, se usarán números romanos del uno al diez en la arcada superior y del once al veinte en la arcada inferior, o bien, números arábigos con primas; el sistema es igual que en el adulto, pero la diferencia estriba en que empezamos con el segundo molar superior derecho infantil y terminamos con el segundo molar inferior derecho. Entonces el Odontograma quedaría así:

1'	2'	3'	4'	5'	6'	7'	8'	9'	10'
20'	19'	18'	17'	16'	15'	14'	13'	12'	11'

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
XX	XIX	XVIII	XVII	XVI	XV	XIV	XIII	XII	XI

Analizando éstos diagramas, podemos resumir diciendo, que siempre que utilicemos los odontogramas, serán empleados para los dientes infantiles números romanos, arábigos con primas y letras mayúsculas del alfabeto; y para la dentadura permanente solamente utilizaremos, los números arábigos, ya sea, en el caso del diagrama por cuadrantes o del universal

También cabe mencionar, que el uso de siluetas dentarias acompañadas de los signos mencionados anteriormente, tanto de la prime

ra como de la segunda dentición, facilitarán al Cirujano Dentista y al estudiante, conocer el porcentaje de dientes afectados, referir cuáles son los que necesitan prioridad de atención dental y en sí, se dará una idea global del padecimiento, por el cual el paciente acudió al consultorio y será un auxiliar importante para llegar a un diagnóstico más exacto.

c) **DIAGRAMA INTERNACIONAL:** Este diagrama es muy usado en la actualidad y es el propuesto por el Comité Especial sobre Notación - Dentaria Uniforme, de la Federación Dental Internacional; se conoce como diagrama Internacional; éste parece que cumple con los requisitos básicos de un diagrama dentario como son:

- 1) Fácil de comprender y enseñar.
- 2) Fácil de enunciar en la conversación y el dictado.
- 3) Fácilmente comunicable por impreso y por cable.
- 4) Fácilmente adaptable a las fichas corrientes en la práctica general.
- 5) Fácil de traducir a la alimentación de la computadora.

En éste sistema se usan dos números arábigos, el primero designa al cuadrante, y el segundo al diente dentro del cuadrante.

A los cuadrantes se le asignan los números del uno al cuatro en la dentición adulta y del cinco al ocho para la dentición infantil. Estos números van en el sentido de las agujas del reloj, comenzando con el cuadrante Superior Derecho.

Dentición Adulta

1		2
4		3

Dentición Infantil

5		6
8		7

Los dientes de un mismo cuadrante se designan por los números del uno al ocho en el adulto, y del uno al cinco en niños, a par-

tir de la línea media hacia atrás.

Los números deben ser mencionados por separado, ejemplo: los ca ninos en la dentición adulta son los dientes uno-tres, dos-tres, tres-tres, cuatro-tres.

El diagrama completo quedaría así:

DENTICION ADULTA

1-8	1-7	1-6	1-5	1-4	1-3	1-2	1-1		2-1	2-2	2-3	2-4	2-5	2-6	2-7	2-8
4-8	4-7	4-6	4-5	4-4	4-3	4-2	4-1		3-1	3-2	3-3	3-4	3-5	3-6	3-7	3-8

DENTICION INFANTIL

5-5	5-4	5-3	5-2	5-1		6-1	6-2	6-3	6-4	6-5
8-5	8-4	8-3	8-2	8-1		7-1	7-2	7-3	7-4	7-5

NOTA: Se menciona tanto a la primera como a la segunda dentición, puesto que el Cirujano Dentista que trata con niños, estará trabajando con una dentición mixta.

CAPITULO VIII: ESTURIO RADIOGRAFICO

A) GENERALIDADES: El exámen radiográfico es importante para la correcta evaluación de la salud dental del niño.

En la actualidad es necesario tomar una serie radiográfica cuando acude por primera vez un niño al consultorio dental, ya que se hará una evaluación de este paciente y la serie radiográfica nos sirve de punto de partida para el control y evolución de nuestro tratamiento.

Cuando se estudian las radiografías se debe checar: la cortina alveolar; cualquier irregularidad, engrosamiento o pérdida de continuidad de la cresta alveolar, cuya altura puede ser indicio del estado de salud de los tejidos de sostén. También se debe revisar la Patología Osea, con evidencias de irregularidad en la formación de hueso o zonas de pérdida ósea; así como la reabsorción radicular que se puede presentar anormal, reabsorción lateral de las raíces primarias, reabsorción radicular del diente permanente; erupciones ectópicas de los dientes permanentes y retención de - dientes infantiles y adultos. Así mismo, podemos observar caries, estado pulpar, dientes supernumerarios, abscesos periapicales, fracturas, dientes anquilosados, piezas fusionadas, dientes ausentes, dens in dente, odontómas, alteraciones en la membrana periodontal, presencia de cuerpos extraños, etc.

La unidad de medida de la radiación es el Roentgen. Durante los exámenes clínicos sólo se reciben pequeñas dosis de radiación y las exposiciones están limitadas a zonas aisladas y no a todo el organismo.

La reducción de la dosis en Odontología para niños, se puede lograr mediante:

- a) Uso de películas rápidas.
- b) Reducción del número de películas expuestas.
- c) Uso de filtros.
- d) Operación del aparato bajo un alto kilo voltaje.
- e) Uso de delantales de plomo.

B) FACTORES RADIOGRAFICOS: Tiempo de exposición de la película.
La relación entre las diferentes áreas de la cavidad bucal son:

- 1 segundo para piezas dentarias supero-anteriores.
- 1 1/4 segundo para premolares superiores.
- 1 1/2 segundo para molares superiores.
- 3/4 segundo para piezas dentarias infero-anteriores.
- 1 segundo para premolares inferiores.
- 1 1/4 segundo para molares inferiores.

C) TIPO DE PELICULA

- a) Películas Intrabucales: Periapicales, Oclusales y de Aleta de Mordida.

Las radiografías periapicales, las de aleta de mordida y las - oclusales se designan de la siguiente manera y determinan su tamaño estándar:

Radiografías Periapicales:

- 1.00
- 1.0 Tamaño infantil
- 1.1
- 1.2 Tamaño adulto

Radiografías de Aleta de Mordida:

- 2.00
- 2.0
- 2.1
- 2.2

Radiografías Oclusales:

3.4

La película periapical más pequeña, es la número 1.0 y mide— 20 x 31 mm., se usa para niños que tienen pequeñas cavidades bucales.

La película número 1.1 mide 23 x 39 mm., y se usa para dientes anteriores permanentes.

La película número 1.2, es la de tamaño periapical adulto; mide 30 x 40 mm. y se puede usar como película oclusal en niños en edad pre-escolar, como película periapical en niños de seis a doce años y es una excelente película de aleta de mordida.

Las radiografías numeradas para aleta de mordida se encuentran en el mercado con el dispositivo de aleta mordible y no ofrecen ninguna ventaja sobre las periapicales a las cuales se les coloca el dispositivo.

La radiografía oclusal mide 56 x 75 mm, sirve como película lateral de mandíbula en niños pequeños.

La velocidad de película es clasificada por la American Standards Association en A, B, C, D, E y F; la letra A designa a la película más lenta y la F a la más rápida.

b) Películas Extrabucales: Existen dos tipos; Radiografías con pantalla y Radiografías sin pantallas.

Estas se encuentran en varios tamaños, comunmente los más usados son los que miden 5 x 7 y 8 x 10 pulgadas (20 x 25 cm.).

En Odontopediatría la película más común es la que mide 5 x 7

pul. sin pantalla, ya que ésta se usa con un soporte de cartón y pesa muy poco, por lo que es fácil de manejar, además que proporciona un mayor contraste que las radiografías con pantalla.

Las películas con pantalla tienen mayor velocidad y se usan cuando el haz de Rayos X tiene que atravesar gran cantidad de tejidos, por ejemplo: radiografías de cráneo y las de Unión Temporo Mandibular.

D) TIPOS DE EXAMEN

a) Exámen general: Debe de llevarse en forma periódica y registrarse por susceptibilidad a caries y al patrón de crecimiento del individuo. Deberán tomarse radiografías de aleta de mordida cada seis meses; y posiblemente cada tres meses a niños muy susceptibles a caries. Si el niño tiene cavidades profundas, donde existe la posibilidad de alteración periapical, el exámen se debe realizar con radiografías periapicales y películas de aleta mordible.

b) Exámen de Areas Específicas: Este puede dar información de Patología Bucal o lesiones, tomando películas intrabucales y extra-bucales. El exámen puede ser realizado con una radiografía periapical única, o bien, un grupo de películas. Por lo regular, los exámenes específicos sirven para localizar lesiones óseas y objetos dentro de los tejidos blandos, evaluación de raíces múltiples, canales pulpares, exámen de senos y uniones temporo mandibulares.

c) Exámenes Especiales: Estos se realizan por dos razones:

- 1) Proporciona una área de información específica.
- 2) Muestra estructuras que no se ven en las radiografías dentales normales.

Los tipos de radiografía comunes en Odontología Infantil son:

- 1) Las radiografías cefalométricas, que son proyecciones latera-

les del cráneo y en las cuales se pueden hacer estudios del desarrollo del cráneo del niño (usual en Ortodoncia).

- 2) Radiografía Carpal, para el mismo fin.
- 3) Radiografías para mostrar estructuras que no se ven en proyecciones dentales normales; éstas comprenden a las que se hacen de lesiones de tejidos blandos y áreas no faciales. Para esto, es necesario usar medios radiopacos para mostrar cavidades de tejidos blandos como son: conductos de Glándulas Salivales, en Sialografía, Quistes, Senos, etc.

E) EXAMENES COMPLETOS DE LA BOCA

a) De uno a tres años: En ésta edad es difícil que tengamos cooperación por parte del niño. Por lo antes expuesto, será necesaria la película lateral de mandíbula, la cual proporciona información del desarrollo y calcificación de los dientes, anomalías y cualquier patósis que sea de consideración.

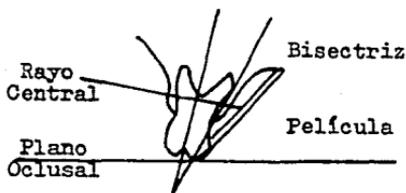
El exámen radiográfico completo a esta edad, estará constituido de: una radiografía lateral de mandíbula, una intrabucal oclusal de dientes anteriores (superior, inferior) y dos radiografías de aleta de mordida.

b) De tres a seis años: A ésta edad se puede realizar un exámen completo de la boca con doce películas; seis anteriores, cuatro posteriores y dos de aleta mordible. Se debe considerar la presencia de dientes infantiles y los gérmenes de dientes permanentes.

c) De seis a doce años: Aquí se recomienda usar catorce películas radiográficas, las cuales consisten en ocho radiografías apicales para dientes anteriores (cuatro superiores y cuatro inferiores), cuatro radiografías para dientes posteriores (dos superiores y dos inferiores), y dos de aleta mordible.

y los dientes en el plano vertical; y entre los dientes en el plano horizontal. Para esta técnica existen sostenedores de película, entre los que contamos, tenemos: bloques de mordida hechos de madera o caucho, sostenedores de plástico, etc.

2) Técnica de Angulo de Bisección: Esta puede ser usada con una distancia de veinte centímetros (cono corto). Cuando se usan películas de alta velocidad, con un cono corto con sesenta y cinco kv. máximo y diez Ma., el tiempo de exposición es de $1/5$ segundos; - como es de notar, existe poco tiempo de exposición disponible. - Cuando la película y los dientes forman un ángulo, el rayo central se dirige perpendicular a la bisectriz de éste ángulo, la imagen del diente en la película tendrá la misma longitud que el diente que estamos examinando.



Otras técnicas usuales son:

1) Técnica para Película Oclusal: Este tipo de radiografía se usa para niños no muy pequeños. Para niños de poca edad se puede utilizar una radiografía periapical número dos para adultos. Este tipo de película sirve para examinar áreas mayores, que las que se observan en las radiografías periapicales.

Se usa una distancia de veinte centímetros del tubo a la película, pero pueden ser utilizadas distancias mayores. El rayo central se debe dirigir perpendicular a la bisectriz del ángulo formado por la película y los dientes que se están examinando.

Para tomar una vista topográfica de los dientes anteriores, se puede doblar la película Oclusal y colocarla de manera que, la mitad del lado de exposición quede hacia arriba y la otra mitad hacia abajo. La película se expone dos veces, una para la parte superior y otra para la parte inferior.

2) Técnica para Película de Aleta de Mordida: Este tipo de películas sirven para detectar caries interproximal y examinar las coronas de los dientes y los surcos alveolares, en ambos arcos.

El rayo central se dirige entre los dientes en el plano horizontal. En el plano vertical, el rayo se dirige ligeramente hacia abajo para formar un ángulo de ocho a diez grados en relación al plano de Oclusión.

CAPITULO IX: MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio son una copia de las arcadas dentarias y del tejido adyacente que le sirve de soporte y protección a dichas arcadas. A pesar de que se realice una Historia Clínica eficiente y adecuada, es indispensable contar con un juego de modelos de yeso, para relacionarlos con los datos obtenidos en la Historia Clínica y las radiografías. De ésta manera, podemos hacer un diagnóstico correcto.

Los modelos de estudio tomados en un momento determinado durante el desarrollo del niño, constituyen un registro permanente de esta situación ligada al tiempo. (Graber, T.M. 1974).

A) TECNICAS:

a) Técnica para la impresión: El alginato es el material más apropiado para la toma de impresiones de los modelos de estudio. El alginato ideal, es el que tiene un fraguado rápido. El fraguado no debe ser mayor de noventa segundos.

Se debe contar con un juego de porta impresiones metálico o de plástico apropiado para niños; se mide cuidadosamente el porta impresiones en la boca del paciente y posteriormente, se le colocan tiras de cera blanda en la periferia para que se retenga el material de impresión, además de que ayuda a la reproducción de los límites del vestíbulo. Una de las ventajas es que, reduce la presión del borde metálico o plástico sobre los tejidos en el momento de tomar la impresión.

Antes de tomar la impresión, podemos darle al niño un astringente con sabor artificial; esto ofrece: primero, que el niño tenga una experiencia agradable y reduzca el miedo; además, deja un sabor limpio y agradable en la boca. Por otro lado, el astringente elimina restos alimenticios que se pueden llegar a encontrar en la

boca del paciente, reduciendo así la tensión superficial de los dientes y el tejido. De ésta manera, se elimina la posibilidad de formación de burbujas en la impresión.

Primero se tomará la impresión inferior, ya que ésta es relativamente fácil de tomar. Se debe retirar el labio de la zona donde entrará el porta impresiones, y de ésta manera, el material entrará hasta el fondo de saco y registrará las inserciones musculares, zona del frenillo, etc.

En la toma de impresión superior la mayor parte del material de impresión se deberá colocar hacia la parte anterior del porta impresiones y debe llegar hasta donde se encuentra la cera. Se puede colocar un poco de material en los dientes y paladar, antes de tomar la impresión; ésto sirve para eliminar aire atrapado entre los dientes y poder obtener una copia de los tejidos en el paladar.

La forma de llevar el porta impresiones al maxilar superior es se deberá ajustar primero la periferia anterior del porta impresiones, por abajo del labio superior. Posteriormente se empuja hacia arriba, para que el alginato entre hasta el fondo de saco, al mismo tiempo, se gira el porta impresiones hacia arriba y atrás hasta que se pueda checar que el alginato sale por encima del borde posterior de cera.

Se debe checar si el material llegó hasta la zona de inserción muscular, para ésto, podemos levantar el labio y observar las áreas impresionadas.

b) Registro de Cera: Nunca hay que olvidar, después de tomar la impresión con alginato de los maxilares, el registro en cera, ya que es un dato valioso, por el cual podemos relacionar los modelos de estudio superiores e inferiores en una correcta oclusión -

total.

c) Modelo de Estudio: Para hacer el vaciado de la impresión, en primer lugar se tendrá que enjuagar y posteriormente eliminar el exceso de agua, con ésto eliminaremos cualquier material o substancia que pudiera afectar la reproducción de yeso de los maxilares del niño. Una forma efectiva para enjuagar los modelos, es usando detergente comercial diluido, además que se reduce la tensión, lo que permite que el yeso fluya libremente. También existen en el mercado eliminadores de burbújas.

Si en el momento de preparar el yeso, lo hacemos sobre un vibramador, las burbújas subirán a la superficie; de aquí que obtendremos modelos más fuertes y de calidad superior.

Las relaciones agua- yeso y agua-alginato, se deberán realizar según instrucciones del fabricante.

B) ANALISIS DE MODELOS DE ESTUDIOS: Los datos que podemos obtener de un modelo de estudio son:

- a) pérdida prematura de dientes
- b) retención prolongada
- c) falta de espacio y espacios libres
- d) giroversión dentaria
- e) malposiciones de dientes individuales
- f) inserciones musculares
- g) diastemas por frenillos
- h) morfología de las papilas interdientarias
- i) anomalías de tamaño, forma y posición
- j) discrepancia entre maxilares
- k) sobre-erupción
- l) anormalidad de la línea de Spee
- m) puntos de contacto prematuros

- n) desviación de la línea media
- ñ) facetas de desgaste
- o) cavidades profundas por caries

Con los modelos de estudio, el Cirujano Dentista, puede seguir y diagnosticar la migración de dientes, desplazamiento, pérdida - dentaria, etc., y mostrar en forma objetiva al paciente y familiares las alteraciones encontradas; además, existe la posibilidad en revisiones posteriores de evaluar el estado actual de la boca, con el estado de la misma en el momento en que se tomaron los modelos. Además de que éstos permiten al Dentista, rectificar alteraciones locales encontradas en la boca del niño, una vez corroborados los datos, se verificarán en la Historia Clínica. El enfoque deberá ser para el diagnóstico y el plan de tratamiento. En muchas ocasiones es importante tener un juego de modelos extra.

CAPITULO X: DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

El diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento, son los últimos puntos que se tratan en la Historia Clínica y en igual forma que todo el desarrollo de la misma, se deberá contar con los conocimientos básicos para realizarlos; asimismo se deberán tener presentes las técnicas adecuadas para dicho fin.

A) DIAGNOSTICO: El diagnóstico bucal es el arte de utilizar los conocimientos científicos para identificar los procesos patológicos bucales y para poder diferenciar una enfermedad de otra.

Dentro de los componentes básicos para el diagnóstico tenemos:

a) Anamnesis: que son los antecedentes dentales y médicos que el paciente relata durante el interrogatorio de la Historia Clínica.

b) Signos y síntomas subjetivos: es lo que siente y describe el paciente; por ejemplo, dolor, náuseas, etc.

c) Datos objetivos: son los descubiertos por el Cirujano Dentista; por ejemplo, cambios en el color del diente, inflamación, etc.

d) Ayuda Técnica: es lo que se refiere a cualquier técnica o instrumento, que ayude a establecer el diagnóstico como son: las radiografías, procedimientos para checar vitalidad pulpar, etc.

Existen diferentes tipos de diagnóstico, que utilizaremos de acuerdo a las necesidades del caso, Dentro de éstos tenemos:

a) Diagnóstico de Presunción: Es una desición o conjetura temprana de diagnóstico, acerca de la naturaleza de determinada enfermedad, antes de haber reunido todos los datos pertinentes. El enfoque y utilidad que se le dá a éste tipo de diagnóstico es para evitar que el proceso de la enfermedad siga su curso: por ejemplo, una gingivitis necrosante aguda, necesitará de un tratamiento inmediato, tanto con drogas como clínico; en igual forma lo es para un diente fracturado recientemente.

b) **Diagnóstico Diferencial:** Es cuando un estado patológico puede deberse a dos o más enfermedades distintas, se debe realizar un análisis cuidadoso de éstas posibilidades y realizar el registro adecuado en la Historia Clínica.

c) **Diagnóstico Definitivo:** El diagnóstico final sólo se logra con la apreciación y valoración correcta y demostrable de todos los datos disponibles, encontrados en nuestro paciente. En algunas ocasiones es necesario un tiempo o período de observación del paciente, antes de dar un diagnóstico final; por ejemplo, cuando un paciente presenta tal inflamación, es imposible abrir la boca, para realizar el examen Clínico bucal.

La evaluación de los hechos debe realizarse utilizando un criterio en relación al cuadro general y a la queja principal. Cuando el Cirujano Dentista se basa únicamente en la historia de los signos y síntomas que proporcionan los padres del niño, seguramente se dará un diagnóstico incorrecto ya que la mayoría de las veces, los datos proporcionados por los padres, son deficientes. En éste caso, los signos y síntomas clínicos, tienen más fuerza que los hechos proporcionados por los padres. Analizando esto, podemos decir que el enfoque al diagnóstico clínico es aquel en que el reconocimiento de una enfermedad dental, se debe realizar por medio de la observación, el interrogatorio, la exploración física e interpretación, así como los elementos auxiliares de diagnóstico, las pruebas de laboratorio, los modelos de estudio y el examen radiográfico. Con todos éstos elementos se puede determinar la entidad patológica fundamental, un ejemplo sencillo sería: Inflamación. Posteriormente se precisa la entidad patológica específica como sería una gingivitis marginal.

Instrumentos y Técnicas para el diagnóstico.

a) **Inspección:** Para realizar la inspección es necesario que el

paciente guerde una posición correcta y se debe utilizar una iluminación adecuada. La inspección puede ser directa o indirecta - (para mayor información remitirse al capítulo IV). Para observar perfectamente las estructuras bucales, nos podemos ayudar utilizando los dedos o instrumentos como separadores; también es de mucha ayuda la aspiración, irrigación, lavados de boca, etc. El uso del abatelenguas de madera, permite separar las regiones yugales o deprimir la lengua. La observación directa se puede lograr en mejores condiciones si usamos un equipo especial de iluminación como la luz ultravioleta. En algunas ocasiones se pueden emplear lentes de aumento para amplificar el campo que se está examinando

b) Palpación: Como se menciona en el capítulo IV, el examen por palpación puede ser por presión directa de los tejidos, contra las estructuras subyacentes, o bien, por presión en forma bidigital de los tejidos entre el pulgar y el resto de los dedos de la mano. Otra forma de realizar la palpación, es por palpación bimanual; por ejemplo, cuando se examina el piso de boca, el dedo índice explora por la parte interna, mientras que los dedos de la mano opuesta, comprimen o presionan los tejidos desde fuera. No está por demás recordar que se debe establecer un orden sistemático cuando se realice la palpación, al igual que en cualquier otra parte del examen.

Quando se palpa una superficie se puede descubrir si está húmeda o seca, si es rugosa o lisa, también se puede apreciar en algunas ocasiones si su temperatura es normal. El uso regular de la palpación proporciona experiencia con respecto a los límites normales de las diferentes estructuras bucales, de manera que cuando se presenta una anormalidad se podrá sospechar de ella gracias a el examen por palpación.

c) Examen de la Función: Durante el interrogatorio, cuando el paciente hable, se vigila los movimientos de los labios y mandíbu-

lares, de ésta manera se pueden descubrir fácilmente anomalías en el lenguaje, producidas probablemente por una anquiloglosia, paladar hendido o sinusitis maxilar, etc. Los movimientos mandibulares durante la masticación pueden revelar hipomotilidad o hipermotilidad. También se puede determinar la función de glándulas salivales, por medio de presión de éstas y observar la presencia de gotas de saliva que fluyen por los diferentes conductos bucales.

d) Auscultación: Durante el interrogatorio, el paciente puede mencionar que ha descubierto sonidos anormales en las estructuras de la cavidad oral, o bien, es un dato que puede arrojar la palpación y manipulación de los tejidos. Para facilitar el diagnóstico de éstas anomalías se puede utilizar el estetoscópio sobre las zonas sospechosas. El estetoscópio se puede utilizar sobre la articulación temporomandibular, para descubrir chasquidos, brinco, etc., o bien, para localizar una fractura. Cuando se percute un diente, el ruido sonoro de éste hace sospechar de anquilosis, mientras que un ruido sordo indica a menudo flojedad del mismo.

e) Aspiración: La aspiración consiste en la extracción de líquidos con una jeringa, de una determinada cavidad corporal para fines de diagnóstico. En el consultorio dental se practica frecuentemente la aspiración, cuando antes de inyectar un anestésico local; se realiza para saber si la aguja no se encuentra localizada en el interior de un vaso sanguíneo. Cuando existe una lesión palpable de un tejido blando que aparenta estar lleno de líquido, o bien, de una lesión radiolúcida intraósea, se puede realizar la aspiración con una jeringa y el líquido fluirá a ésta. El líquido extraído puede ser analizado y ayudar a un diagnóstico más exacto. Un ejemplo de esto sería; si en una radiografía se observa una radiotransparencia, hasta de un centímetro, cerca de la cortical labial; se realiza la palpación en ésta zona, la cual puede revelar pérdida de la cortical, o bien, que se haya adelgazado; es relativamente fácil pasar una aguja a través de la cortical ósea y realizar

la aspiración; las cavidades que más revelan la presencia de líquido quístico son: el quiste periapical y el dentígero, los cuales presentan un líquido claro, amarillento o teñido de sangre. Si de la aspiración nada se obtiene, puede ser que el Cirujano Dentista no ha encontrado la cavidad central o que el contenido de la lesión sea semisólido, como en los quistes del desarrollo, o bien que lo que revelaba la radiografía no era mas que tejido blando - proliferado. De ésta información nos podemos dar cuenta, que incluso los datos negativos pueden tener un valor para el diagnóstico.

f) Sondeo: El uso de sondas, en el consultorio dental para realizar el exámen boca, es de valiosa ayuda para el diagnóstico de alteraciones que se pueden determinar por medio de este sistema. Dentro de las técnicas más utilizadas tenemos, el uso del explorador dental para descubrir caries, el uso de la sonda calibrada para bolsas periodontales, lo cual puede liberar pus acumulada de un absceso periodontal lateral. También se pueden utilizar sondas para conductos salivales. (sonda lagrimal número uno; es una sonda metálica maleable), para explorar la permeabilidad de los conductos de Stensen o Wharton; así mismo se puede recurrir a determinar trayectos fistulosos consecutivos a una infección. Cuando la sonda metálica no se pueda manipular, puede servir una punta de gutapercha, o bien, un hilo metálico ortodóncico, siguiendo la vía de menor resistencia. En cualquiera de las técnicas usadas, una vez que se colocó la sonda, una radiografía adecuada aumenta el valor diagnóstico.

g) Transiluminación: La inspección de lesiones de tejidos blandos y duros se facilita, si proyectamos una luz potente a través de los mismos. Esta técnica se efectúa en un cuarto oscuro con un foco de luz intensa, proyectado sobre los tejidos a examinar.

Algunas de las utilidades que tiene ésta técnica son: Parades cubrir caries interproximal, presencia de cuerpos extraños, restauraciones ocultas; alteraciones en senos maxilares como puede ser la presencia de pólipos, pus o el asiento de una neoplacia, etc.

n) Fluorecencia: Para ésta técnica se puede utilizar la lámpara de Wood, luz negra o luz ultravioleta. De ésta manera podemos estudiar el estado de la piel y mucócas, aumentando la calidad de - las técnicas de diagnóstico. Es posible descubrir microorganismos con cualidades fluorescentes; en las materias blancas que en - ocasiones se depositan en los dientes formando capas se presenta variación en la fluorecencia, que quizás guarden relación con los cambios de la flora microbiana. Cuando existen manchas intrínsecas por tetraciclina, se pueden descubrir fácilmente con la luz ultravioleta, que revela una fluorecencia amarilla en la dentina.

Pruebas Dentales

a) Percusión: Es una de las pruebas más sencillas para diagnosticar odontalgias. La forma de realizarlo es percutiendo la corona del diente con el mango del espejo dental. Por lo regular, el golpe se efectúa dirigiendo la fuerza en dirección del eje mayor del diente. Si la alteración se encuentra en las fibras de la membrana periodontal, ya sean gingivales o periapicales, la percusión - provoca respuesta dolorosa. Si se percuten en un diente sano o - "testigo", es posible hacer comparaciones con el lesionado.

Por otro lado, la percusión de cada cúspide puede revelar una fractura. Algunas alteraciones o situaciones sensibles a la percusión son: dientes con pulpitis, dientes sometidos a cierto grado de movimiento ortodoncico, dientes con restauraciones "altas", gingivitis, periodontitis, absceso periodontal lateral y bolsas periodontales dolorosas, etc.

b) Exámen eléctrico de vitalidad Pulpar: Esta prueba se realiza para determinar la presencia o ausencia de tejido nervioso vital dentro de la cámara pulpar; cuando la respuesta es positiva, o sea que el paciente responde, denota vitalidad. La ventaja de la prueba eléctrica, es que ésta se puede controlar en forma gradual de intensidad, evitando así la inducción innecesaria de dolor. Las razones que indican el uso de ésta prueba son: antes de realizar una restauración, fijación de una prótesis, etc. El Cirujano Dentista debe conocer la vitalidad pulpar, ya que de no ser así, se puede pasar por alto alteraciones como una pulpa necrótica, que posteriormente puede producir dolor. Algunas de las indicaciones para realizar la prueba eléctrica son: cambio de color del diente, fracturas, caries y restauraciones profundas, etc. La prueba eléctrica posee un valor diagnóstico diferencial, ejemplo, un absceso periodontal lateral maduro o que ya formó una fístula, puede confundirse con un absceso periapical; si la prueba eléctrica revela vitalidad, el enfoque estará dado en sentido periodontal al diagnóstico y al tratamiento.

Instrumentos para realizar la Prueba Eléctrica de Vitalidad Pulpar: Existen probadores eléctricos unipolares de alta frecuencia (instrumento de Burton). Este instrumento consta de un reóstato (pulpómetro) que es el que sostiene el Cirujano Dentista con la mano y en uno de los extremos del aparato se encuentra un aplicador fijo que va conectado a un electrodo unipolar. En el reóstato o pulpómetro se presentan tres zonas numeradas; 1-7 "anteriores", 7-11 "posteriores", 11-14, "zona de confirmación". Las respuestas de vitalidad de dientes anteriores y posteriores normales raras veces varía de tres a cinco puntos sobre la escala del uno al catorce, de manera que las zonas poseen poca significación. Cuando se libera el estímulo, el mango del reóstato produce una señal auditiva, al mismo tiempo se prende un filamento del electrodo emitiendo una luz tenue. Existen otros probadores eléctricos como el de Ritter; portátiles como Pelton Crane, Parkell, etc.

Todos trabajan bajo los mismos principios, sólo varía su presentación y distribución en referencia al reóstato y escala de estímulos, etc.

c) Pruebas térmicas para la pulpa: Se puede utilizar gutapercha caliente, hielo, cloruro de Etilo, nieve de Dioxido de Carbono. Estas pruebas no se pueden realizar en forma de intensidad gradual. En ocasiones pueden dar una respuesta negativa en un diente con vitalidad pulpar. El valor de éstas pruebas es discutible.

La forma de realizar éstas pruebas es de la siguiente manera:

- 1) Gutapercha: Se calientan cinco mm. de una barra de gutapercha durante dos segundos y se aplica en el diente en el tercio medio de la corona o vestibular.
- 2) Hielo: Se aplica un cono de hielo en la superficie vestibular del diente. La reacción está en función del tiempo de aplicación y en un período que va de cinco a ocho segundos, puede aumentar la sensibilidad.
- 3) Cloruro de Etilo: Se moja una bolita de algodón en el cloruro de Etilo y se coloca por vestibular en el diente. Se debe tener precaución ya que es material flamable.

NOTA: En éstas tres pruebas, se pone en duda la seguridad de obtener respuestas 100% efectivas, porque incluso, dientes sanos, pueden no presentar respuesta a éstos tipos de exámenes.

4) Nieve de Dióxido de Carbono: Con éste sistema se incrementa la posibilidad de encontrar respuestas verídicas, ya que la temperatura del dióxido de carbono, es lo suficientemente baja para dar respuesta (-78°C), y tiene la ventaja que se pueden realizar pruebas de vitalidad pulpar, aún cuando el diente lesionado esté cu-

bierto por un provisional o una férula.

En éstas pruebas las respuestas en niños pueden ser confusas. No obstante, el Cirujano Dentista, debe mejorar la agudeza diagnóstica y utilizar todas las pruebas necesarias si desea desarrollar un esfuerzo diagnóstico máximo.

Algunos otros aspectos que ayudan al diagnóstico son:

a) Fragilidad de la Mucosa: Esta prueba se puede realizar, utilizando un bulbo de goma de los que tienen los goteros, que en la base presentan un relieve circular. La técnica consiste en secar la mucosa, humedecer el bulbo y comprimirlo para desalojar el aire de su interior y posteriormente, se aplica sobre la mucosa de preferencia en la yugal o la del labio superior; se deja de tres a seis minutos; al desprender el bulbo de goma y en caso de que exista fragilidad de la mucosa, ésta se elevará como formando una hernia en el sitio donde se colocó el bulbo. Si se seca la mucosa en ocasiones se puede presentar un desprendimiento epitelial y manifestarse una ampolla serosa o hemorrágica. Con ésta técnica nos orientamos para saber sobre fragilidad vascular, como son los procesos vasculares hemorrágicos; además permite provocar ampollas para estudios citológicos y de Histología.

b) Olfacción: La olfacción también tiene un valor diagnóstico, ya que por lo regular, un niño sano tiene un aliento agradable o incluso dulce. Ahora bien, el mal aliento o halitosis, puede deberse a trastornos locales o generales como son: Locales: mala higiene bucal, presencia de sangre en la boca, etc.; Generales: problemas gastrointestinales, deshidratación, sinusitis, y en algunos niños que sufren frecuentemente de temperatura, poseen un aliento fétido característico, etc.

c) Fotografía: La fotografía tiene un valor comparativo, para ve

rificar la evolución de una lesión en cuanto al tratamiento. El valor diagnóstico de la fotografía es: cuando existen casos de difícil interpretación en base a una observación directa del paciente, puede llegar a sorprender el revisar una fotografía, ya que ésta puede mostrar con mayor nitidez detalles pasados por alto, esto es común cuando tomamos fotografías con lentes de aumento. También el hecho de tomar fotografías clínicas, es con el objeto de ver en qué condiciones de salud llegó el paciente y al final del tratamiento, observar los cambios producidos por éste y así poder llevar a cabo una comparación. Otro ejemplo podía ser en caso de que se fuera a realizar un tratamiento de Ortodoncia Preventiva, ir tomando fotografías, nos ayuda para ver la evolución del tratamiento.

B) PRONOSTICO: Es la predicción del resultado o desenlace de una determinada enfermedad recurriendo o no al tratamiento.

El pronóstico se basa fundamentalmente en dos aspectos:

- a) Para la función; Si se trata de un órgano.
- b) Para la vida: Si peligra o no.

El pronóstico puede ser mencionado en tres aspectos:

- 1) Cuando las condiciones de la enfermedad se presentan favorables para una recuperación total del paciente, en éste caso se menciona de varias formas: Excelente, Beningno y Favorable; por lo regular, éstos términos se emplean cuando la enfermedad se relaciona con la vida del paciente. Por otro lado, tenemos el pronóstico que se determina como Bueno o Positivo; por lo común se emplea para la predicción de la función de un órgano, o bien, para el tratamiento.
- 2) Cuando la enfermedad lleva un curso avanzado, o bien, que existen condiciones que no dependan de la enfermedad, pero que influyen en ésta; y que, por éstas condiciones, se tenga que esperar -

los resultados del tratamiento, se menciona el pronóstico como du
do o reservado, este último se menciona en algunas ocasiones cu
ando existe peligro en la vida del paciente, o bien, cuando se
prefiere la abstención de formular un pronóstico, por no ser posi-
ble prever si la evolución de la enfermedad será favorable o fa-
tal.

3) Por último tenemos que, cuando las características de la en-
fermedad se presentan en un estado que es imposible que sanen, aún
con el tratamiento, el pronóstico será malo, Negativo o Perdido.
Cuando la enfermedad pone en peligro la vida del paciente, el pro-
nóstico se designa o menciona como Maligno o Fatal.

Mencionaré algunos ejemplos de las situaciones que determinan
un pronóstico.

Para la función: Si encontrásemos en nuestro paciente, que és
te no presenta caries, mal posición, ausencia de dientes, ni alte-
raciones en la mucosa bucal y únicamente encontramos una gingiviti-
tis de leve a moderada por falta de higiene, el pronóstico es Bue-
no, ya que si realizamos un tratamiento adecuado y damos a cono-
cer a nuestro paciente las técnicas de cepillado y los medios de
higiene más comunes, detendremos el proceso inflamatorio aseguran
do el éxito de nuestro tratamiento.

Por otro lado, si encontrásemos en nuestro paciente falta de hi
giene, presencia de cálculos, falta de dientes, caries, malposi-
ción dentaria, irritación de mucosa, procesos infecciosos crónicos
cabe la posibilidad de hacer extracciones, se requiere de más
tiempo y esfuerzo tanto del paciente como del Cirujano Dentista,
también existe la posibilidad de colocar prótesis, etc., todo es-
tará en condiciones de alterar la función; de aquí se puede deri-
var un pronóstico Dudoso.

Ahora bien, si el paciente presenta alteraciones congénitas como son: Labio Leporino o Paladar Hendido y éste no fué diagnosticado y tratado en su momento, para el Cirujano Dentista de práctica general, el pronóstico será Malo, Negativo o Perdido y sólomente el especialista podrá realizar el tratamiento de éste paciente.

En lo que respecta a la vida, afortunadamente son raros los casos que se tratan en el consultorio dental de práctica general que exponen la vida. Sólo los casos que hacen sospechar de lesiones de tipo canceroso, determinan un pronóstico Maligno o Fatal, y todos aquellos que no ponen en peligro la vida, se designan como Benignos o Favorables.

C) **PLAN DE TRATAMIENTO:** Un plan de tratamiento adecuado se basará en un diagnóstico exacto y la planeación del tratamiento en forma cuidadosa. Antes de realizar el tratamiento se considera: la Urgencia, La Secuencia y los resultados posibles. Si llevamos una secuencia ordenada y organizada del tratamiento, evitaremos: falsos comienzos, pérdida de tiempo, repetición del tratamiento, y pérdida de energías y dinero.

Quando el Cirujano Dentista trata a un paciente, contrae una obligación que consiste en resolver los padecimientos bucales de éste, una forma por la cual el odontólogo puede cumplir con éste compromiso, es llevar el tratamiento por fases, ya que de ésta manera lograremos tener un sistema que aumente las probabilidades de éxito en nuestros propósitos. El tratamiento por fases puede llevarse de la siguiente manera:

a) **Eliminación del Dolor y la Enfermedad:** Dentro de ésta fase se eliminan procesos infecciosos o de otra índole, como meta mínima a lograr en el tratamiento. El Cirujano Dentista, debe recurrir a todos los métodos diagnósticos disponibles, con el fin de eliminar ésta fase.

b) Restablecimiento de la Función: Es la fase más importante del tratamiento y debe incluir todos los métodos necesarios, para que el paciente tenga o mantenga una función masticatoria adecuada:

c) Aplicación de Estética Apropriada: Este punto por lo regular es el más importante para el estado anímico y psicológico del paciente. Aunque posee menor interés en cuanto se refiere a la salud general del paciente, sin embargo, el odontólogo debe ser razonable con respecto a la prioridad del restablecimiento de la función, ya que en algunas ocasiones los tratamientos de dientes posteriores se pueden prolongar, por lo que no hay que descuidar el trato de los dientes anteriores. El Cirujano Dentista puede incluso, recurrir a dispositivos temporales que mejoren el aspecto estético, de ésta manera, se cumple con los dos aspectos, lo cual estimula al paciente a recibir la fase funcional del tratamiento.

d) Fase de Conservación y Mantenimiento: El llevar un tratamiento de conservación, favorece la salud bucal o la mantiene en un estado óptimo, así mismo previene cambios indeseables, los cuales se pueden transformar en situaciones irreparables.

El Doctor B. Finn, S. (1976), propuso el siguiente diseño general para la planeación del tratamiento en Odontopediatría:

a) Tratamiento Médico:

1) Envío a un Médico General

b) Tratamiento General:

1) Premedicación

2) Terapéutica para Infección Bucal.

c) Tratamiento Preparatorio:

1) Profilaxis Bucal.

2) Control de Caries.

- 3) Consultas con el Ortodoncista.
 - 4) Cirugía Bucal.
 - 5) Terapéutica de Endodoncia.
-
- d) Tratamiento Correctivo:
 - 1) Operatoria Dental.
 - 2) Prótesis Dental.
 - 3) Terapéutica de Ortodoncia.

 - e) Exámenes por recordatorio periódicos y tratamiento de mantenimiento.

Tratamiento Médico: En algunas ocasiones el Cirujano Dentista debe consultar o remitir al niño con el Médico ya sea general o especialista, ésto permite contar con un sistema de seguridad y salud del niño durante el tratamiento. Cuando los padres ignoren una enfermedad en su hijo, por ejemplo: Fiebre Reumática, y el exámen que realizamos hace sospechar de ésta identidad patológica, se tendrá que recurrir al médico para que realice la evaluación pertinente.

Tratamiento General: En algunas ocasiones aunque es raro, se necesita premedicar al niño, sobre todo si éste presenta inflamación extensa en la cavidad bucal, o bien, cuando es un niño apreen sivo o con problemas cardiacos, etc. Esto debe realizarse únicamente con la autorización del médico del pequeño. Las dosificaciones se deben incluir en el plan de tratamiento.

Tratamiento Preparatorio: Una vez establecido el estado médico, aunque en algunas ocasiones no sea necesario, se procede a hacer la limpieza de los dientes y se aprovecha para dar las técnicas de cepillado, así como todos los elementos de aseo dental. - Posteriormente, se hace la evaluación de la caries presente, en sí se debe considerar desde un punto de vista práctico y dental todas

las posibilidades de tratamientos presentes y futuros.

Tratamiento Correctivo: Sólo después de que se realizaron los puntos médicos y preparatorios, se realizará el tratamiento correctivo final. Se debe llevar en forma ordenada, por ejemplo, todas las caries deben eliminarse de los dientes y pulirse antes de iniciar tratamientos Protésicos o cuidados de Ortodoncia. Un procedimiento efectivo, es trabajar por cuadrantes, aunque en algunas ocasiones por la presencia de dolor o malestar en algún diente en particular, se tendrá que dar prioridad de tratamiento, aunque éste diente no siga el orden en que pensamos realizar nuestro trabajo.

Planos Alternativos de tratamiento: Un tratamiento dental para niños, nunca debe ser pospuesto durante un largo período de tiempo. Existen pocos planes alternativos de tratamiento en Odontopediatría. Cuando el Cirujano Dentista sugiera alguno, se debe estar seguro de que los resultados serán beneficiosos y no perniciosos para la futura salud bucal del pequeño.

Un exámen correcto, seguido ordenadamente, lleva a un diagnóstico apropiado y el plan de tratamiento es el molde que guía al Cirujano Dentista a lograr la Salud Bucal de su paciente.

CAPITULO XI: PROYECTO DE UNA HISTORIA CLINICA MEDICO DENTAL EN
ODONTOPEDIATRIA

Después de haber revisado los diferentes puntos y aspectos de la Historia Clínica Infantil, propongo el siguiente proyecto. Este se basará en puntos fundamentales y tratará de abarcar todos los aspectos de la misma; utilizaré un método sencillo y de rápida aplicación, ya que es uno de los objetivos principales de ésta. Este proyecto quedará en tela de juicio para que los investigadores del tema la corrijan y aumenten, para así, en un futuro próximo llegar a tener una Historia Clínica ideal y aplicable a cualquier situación en la que tenga que intervenir el Cirujano Dentista que trata con niños.

FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha _____
Nombre _____ Mote o diminutivo _____
Sexo M _____ F _____
Raza _____
Lugar y Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Domicilio _____ Tel. _____
Escuela _____ Grado _____
Datos del Padre:
Nombre _____ Ocupación _____
Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____
Datos de la Madre:
Nombre _____ Ocupación _____
Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____
Datos del Médico Familiar o Pediatra:
Nombre _____ Dirección _____
Teléfono _____
Datos de los Hermanos:

Nombre _____ Edad _____

Nombre de la persona que recomienda al Cirujano Dentista _____

PADECIMIENTO ACTUAL _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Padres _____
Hermanos _____
Abuelos _____

ANTECEDENTES DE EMBARAZO Y PARTO

Embarazo:

Estado de Salud de la madre durante el embarazo

Buena

Regular

Mala

Alimentación durante el embarazo Buena Regular Mala

Estado emocional Bueno Regular Malo

Recibió medicación durante el embarazo SI NO Cuáles _____

Parto:

Vía de nacimiento: Vaginal _____ Cesárea _____ Fórceps _____ Otros _____

Peso del producto al nacer _____ Kg.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS Y PATOLOGICOS

Antecedentes no patológicos.

Higiene General: Buena Regular Mala

Tipo de Cepillo dental _____

Cada cuándo lo cambia _____

Alimentación: Suficiente _____ Insuficiente _____

Vitaminas Suplementarias: SI NO De qué tipo y tiempo de administración _____

Escolaridad:

¿Su hijo aprende con facilidad? SI NO

¿Su hijo presenta problemas de aprendizaje y educación? SI NO

Deportes: Tipo _____ Frecuencia _____

Se han tenido accidentes en la actividad deportiva. SI NO

Vivienda: La casa en donde habita tiene todos los servicios. SI NO

¿Cuántas personas duermen con el niño? _____

¿EL niño presenta buena conducta? SI NO

Observaciones _____

Antecedentes Patológicos.

¿Su hijo padece o ha padecido alguna (s) de las siguientes enfermedades? SI NO

Difteria	_____	Rinitis Alérgica	_____
Tos Ferina	_____	Edema Angioneurótico	_____
Tétanos	_____	Enfermedad del Suero	_____
Fiebre Tifoidea	_____	Amigdalitis	_____
Poliomelitis	_____	Ictericia	_____
Viruela	_____	Diabétes	_____
Varicela	_____	Epilepsia	_____
Sarampión	_____	Hepatitis	_____
Escarlatina	_____	Fiebre Reumática	_____
Parotiditis	_____	Infecciones y Parasitosis intestinal	_____
Herpes labial	_____		_____

Asma	_____	Paladar Hendido	_____
Urticaria	_____	Alteraciones Car	_____
Fiebre del Heno	_____	diacas congénitas	_____
Otras	_____		

Intervenciones Quirúrgicas:

Fecha _____ Motivo _____ Intervención _____

HISTORIA MEDICA

¿Cuál (es) de las siguientes Vacunas ha recibido su hijo?

D.P.T.	SI NO	edad _____	Antituberculosa	SI NO	_____
Antipoliomelítica	SI NO	edad _____	Anti-influenza	SI NO	_____
Antivariolosa	SI NO	edad _____	Antirrubéólica	SI NO	_____
Sarampión	SI NO	edad _____	Varicela	SI NO	_____

Observaciones _____

Aplicaciones de Flúor _____ SI NO

Ultima fecha de aplicación _____

Antecedentes Alérgicos:

Penicilina	SI NO	Anestésicos Locales	SI NO
Analgésicos	SI NO	Anestésicos Generales	SI NO
Antiinflamatorios	SI NO		

APARATOS Y SISTEMAS:

¿Su hijo a presentado o presenta cualquiera de los siguientes trastornos?

Aparato Digestivo

Pérdida del Apetito	SI NO	Dolor Abdominal	SI NO
Hemorragias Gastrointestinales	SI NO	Vómitos	SI NO
Diarrea	SI NO	Úlcera Péptica	SI NO
Gastrítis	SI NO		

Observaciones _____

Aparato Respiratorio

Epixtasis	SI NO	Infecciones agudas	SI NO
Rinitis Alérgica	SI NO	Tos	SI NO

Sinusitis	SI NO	Espectoración	SI NO
Dolor del Tórax al toser			SI NO

Observaciones _____

Aparato Cardiovascular.

Cianosis	SI NO	Vértigos	SI NO
Disnea	SI NO	Epixtasis	SI NO
Dolor precordial	SI NO	Dolor muscular al ejercicio	SI NO
Cefaleas	SI NO		

Observaciones _____

Sistema Hematopoyético.

Anemia	SI NO	Astenia	SI NO
Palidez	SI NO	Palpitaciones	SI NO
Sangrado Anormal	SI NO	Gingivorragias	SI NO

Sistema Urinario.

Son normales las características de la orina	SI NO
Frecuencia de la micción	Veces por día _____

Observaciones _____

Sistema Endócrino.

Polifría	SI NO	Pérdida de Peso	SI NO	Temblor Digital	SI NO
Polifagia	SI NO	Estreñimiento	SI NO	Dolor Oseo	SI NO
Polidipsia	SI NO	Diarrea	SI NO	Intolerancia al	
Vómitos	SI NO	Anorexia	SI NO	frío o al calor	SI NO

Observaciones _____

Sistema nervioso.

La Visión es Normal	SI NO	Cefaleas Frecuentes	SI NO
La Audición es Normal	SI NO	Vómitos	SI NO
El Tacto es normal	SI NO	Disminución de la memoria, la	
El Olfato es normal	SI NO	ideación o la coordinación.	SI NO

Observaciones _____

EXPLORACION FISICA

Temperatura _____ °C Frecuencia Cardíaca _____ Por min
 Pulso _____ por min. Respiración _____ por min.

Presión Arterial. Sistólica _____ Diastólica _____

Inspección General:

Peso _____ Kg. Marcha Balanceo SI NO

Estatura _____ Mts. Tambaleante SI NO

Otros _____

Lenguaje:

Afasia Motriz (Pérdida del lenguaje) SI NO

Lenguaje retardado SI NO

Tartamudeo SI NO

Transtornos Articulatorios del lenguaje SI NO

Color de Pelo _____ Color de Uñas _____

Color de Piel _____ Color de Ojos _____

Observaciones _____

Cabeza y Cuello: (alteraciones de forma y Simetría) _____

Alteraciones en los Oídos, Ojos y Nariz: _____

EXAMEN BUCAL

Labios: _____

Regiones Yugales: _____

Lengua: _____

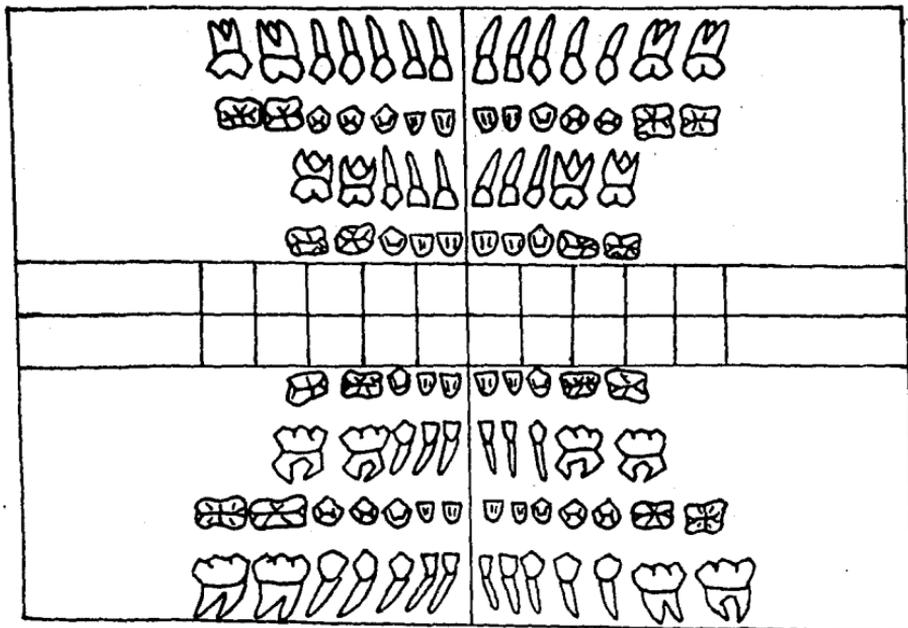
Espacio Sublingual: _____

Paladar Blando y Duro: _____

Uvula: _____

Región Amigdalina _____

Tejido Gingival: _____



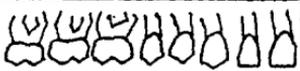
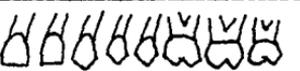
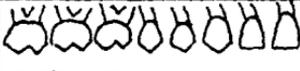
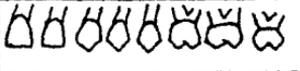
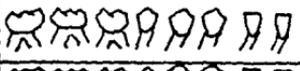
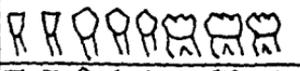
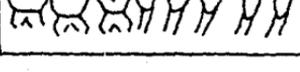
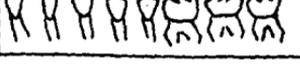
EXAMEN DENTAL.

(Marque la alteración con una X y anote qué dientes afectan en el Odontograma).

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Diente Supernumerario (DS) _____ | Microdoncia (Mic) _____ |
| Anodoncia Parical (AP) _____ | Macrodoncia (Mac) _____ |
| Anodoncia Total (AT) _____ | Diente Pigmentado (DP) _____ |
| Germinación (Gem) _____ | Diente Traumatizado (Dt) _____ |
| Fusión (Fu) _____ | Diente por Exfoliarse (Dexf) _____ |
| Concrecencia (C) _____ | Movilidad del diente (Md) _____ |
| Dislaceración (D) _____ | Caries Aguda _____ |
| Dientes de Hutchinson (DH) _____ | Caries Crónica _____ |
| Lateral Conoide (Lc) _____ | Caries Rampante _____ |
| Cúspide Supernumeraria (CS) _____ | Caries De Familia _____ |

HOJA DE CONTROL DE PLACA

Fecha _____

Observaciones:

Técnica de Cepillado usada por el paciente _____

Técnica apropiada para el paciente _____

Tratamiento:

Profilaxis _____

Gingivectomía _____

Curetaje _____

Colgajos _____

Otros _____

Recomendaciones al paciente:

Seda Dental _____

Irrigadores _____

Palillo Dental _____

Antiséptico _____

Pastilla Reveladora _____

Otros _____

Revisiones Posteriores _____

OCLUSION

Erupción y Dentición:

Dientes

Pérdida Prematura (Pp)

SI NO

Erupción Retardada (Er) SI NO _____
Falta de Contacto Proximal (Fcp) SI NO _____
Mal Posición Dentaria (Mald) SI NO _____
Otras especificar _____

Alineamiento:

Línea Media Normal _____ Desviada Izquierda _____ Derecha _____
Planos Terminales Normal Mesial Distal Mesial-Exaggerado _____
Lado Derecho _____
Lado Izquierdo _____

Oclusión según Angle I _____ II, 1, 2 _____ III _____
Espacios Primates Superior SI NO
Inferior SI NO
Sobremordida Vertical _____ mm ó _____ %
Sobremordida Horizontal _____ mm
Mordida Cruzada SI NO Anterior Posterior

Análisis de Dentición Mixta y determinación de la Longitud de Arco:

Positivo _____ Negativo _____

Hábitos Parafuncionales:

Succión del dedo SI NO Respiración bucal SI NO
Mordida de labios SI NO Hábitos de postura SI NO
Protusión de la lengua SI NO Hábitos Masoquistas SI NO
Mordedura de uñas SI NO Bruxismo SI NO

ESTUDIO RADIOGRAFICO _____

INTERPRETACION DE MODELOS DE ESTUDIO _____

EPIOLOGIA

DIAGNOSTICO

PRONOSTICO

PLAN DE TRATAMIENTO

REVISIONES POSTERIORES

CONCLUSIONES

- 1.- La Historia Clínica se debe aplicar a todo paciente que entra por primera vez a un Consultorio o Clínica Dental, ya que es la manera correcta de conocer las situaciones y alteraciones que presenta éste.
- 2.- La Historia Clínica es el único documento que proporciona una "guía" al Cirujano Dentista para realizar un examen Dental y Médico.
- 3.- Debe existir una buena relación Médico-paciente, para lograr la confianza de éste último, y así, obtener toda la información y cooperación para los objetivos de nuestra incumbencia.
- 4.- La Historia del paciente debe abarcar aspectos Médicos, Dentales y Sociales desde antes del nacimiento, hasta el momento de realizar la Historia Clínica.
- 5.- El interrogatorio y el examen Clínico tanto Físico como Bucal, debe llevarse en forma ordenada y sistemática, de no ser así, se puede caer en confusiones y por ende, en mala interpretación.
- 6.- En la Historia Clínica se deben incluir todas las situaciones objetivas y subjetivas de nuestro paciente correspondiendo a los Signos y Síntomas, respectivamente.

- 7.- La Historia Clínica Infantil debe registrar todo lo referente a Medicina Preventiva, ya que es la única forma de saber contra qué está protegido el paciente.
- 8.- Una Historia Clínica bien elaborada, debe contar con un examen Dental y de Oclusión que abarque todas las situaciones locales y generales de éstos aspectos.
- 9.- No se dará un diagnóstico antes de tener todas las pruebas y datos necesarios para encausarlo y concluirlo.
- 10.- Siempre se completará la Historia Clínica con los Modelos de Estudio, Examen Radiográfico, Pruebas de Laboratorio y Exámenes de Interconsulta Médica o Especializada.
- 11.- El Plan de tratamiento que se incluya en la Historia Clínica, debe ser realizado en base a un diagnóstico exacto y llevado por fases.
- 12.- A partir del conocimiento de los diferentes aspectos de la Historia Clínica, el Cirujano Dentista o el Estudiante están en condiciones de elaborar su propia historia.

La importancia de aplicar una Historia Clínica Infantil estriba en que la niñez y la juventud deben ser considerados con mayor interés; puesto que la intervención dental a temprana edad, preverá los padecimientos que se pueden derivar por la falta de atención. Por lo tanto, la labor del Cirujano Dentista, no se completará sin la

aplicación de una Historia Clínica, por medio de la cual podrá mantener o extender su labor hacia la prevención y educación del niño dentro de los aspectos dentales.

De acuerdo a lo anterior, podemos decir que la Historia Clínica es un elemento indispensable para el Odontólogo, el cual está obligado a utilizarla; ya que ésta, desde el punto de vista de su uso, puede permitir observar paso a paso, el avance de las enfermedades y en igual forma la recuperación de éstas, en base al tratamiento aplicado.

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

- 1.- Aguilar Garcés, G.
SUCCION DEL PULGAR, PROBABLES CAUSAS Y TRATAMIENTOS
En: adm, Vol. XXXVI, No. 4
julio-agosto/1979
p.p. 417-419
- 2.- Bennet, Richard.
ANESTESIA LOCAL Y CONTROL DEL DOLOR
Ed. Mundi
Argentina/1976
- 3.- Bhaskar, S.N.
PATOLOGIA BUCAL
Ed. El Ateneo
2a. ed., Buenos Aires/1975
- 4.- Blacklow, Mac Bryth.
SIGNOS Y SINTOMAS, FISILOGIA APLICADA E INTERPRETACION
CLINICA
Ed. Interamericana
5a. ed., México/1975
- 5.- Castolo D., Julio A.
APUNTES DE ODONTOLOGIA INFANTIL
U.N.A.M.
México, 1979
- 6.- Esponda Vila, Rafael.
ANATOMIA DENTAL
Ed. Manuales Universitarios
2a. ed., México/1970

- 7.- Ferrara, Floreal A.
MEDICINA PREVENTIVA
Ed. Buenos Aires
Argentina/1976
- 8.- Finn, Sidney B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Ed. Interamericana
4a. ed., México/1977
- 9.- García, Luis.
EL PERIODONTO NORMAL Y PATOLOGICO EN EL NIÑO
En: adm, Vol. XXV, No. 5
Septiembre-Octubre/1968
p.p. 407-411
- 10.- Glickman, Irving.
PERIODONTOLOGIA CLINICA
Ed. Interamericana
4a. ed., México/1977
- 11.- Goodman, Louis S., Gilman, A.
BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA
Ed. Interamericana
4a. ed., México/1977
- 12.- Graber, T.M.
ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA
Ed. Interamericana
3a. ed., México/1977

- 13.- Grinsdan, David.
ENFERMEDADES DE LA BOCA
Ed. Mundi
México/1975
Tomo I
- 14.- Harndt, Ewald, Meyers, H.
ODONTOLOGIA INFANTIL
Ed. Mundi, S.A.
Buenos Aires, Argentina/1969
p.p. 199-207
- 15.- Harrison
MEDICINA INTERNA
Ed. La Prensa Médica Mexicana
4a. ed., México/1973
- 16.- Hilleboe, Hernan E.
MEDIDAS PROFILACTICAS CONTRA LAS ENFERMEDADES
Ed. Interamericana
México/1966
p.p. 261-265
- 17.- Hogeboon, F.E.
ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLOGICA
Ed. El Ateneo
2a. ed., México/1960
- 18.- Instituto Mexicano del Seguro Social
EL EXPEDIENTE CLINICO EN LA ATENCION MEDICA
Ed. Talleres Gráficos de la Nación.
México/1973

- 19.- Ireland, R.L.-Kramer, W.S.

PAIDODONCIA

Odontología Clínica de Norte América.

Ed. Mundi

Serie V., Vol. 15

Argentina/1963

- 20.- J. O. Andreasen, D.D.S.

LESIONES TRAUMATICAS DE LOS DIENTES

Ed. Labor

México/1977

- 21.- Ley, Samuel.

TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Ediciones Odonto

Buenos Aires/1966

- 22.- Mc. Donald, Ralph E.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Ed. Mundi

2a. ed., Argentina/1975

- 23.- Ortega Herrera, E., Rodríguez P., C.

ESTADO ACTUAL DE LA TERAPEUTICA CON ANALGESICOS

En: Atención Médica: abril de 1978

p.p. 42-52

- 24.- Ruiz Castro B., Ortega H.

CHOCUE ANAFILACTICO POR ANESTESICOS DE USO ODONTOLOGICO

En: adm, Vol. XXXV, No. 1

enero-febrero/1978

p.p. 56-60

- 25.- Sanford, K & Stuart, C.
PAPEL DEL MEDICO EN LA PREVENCIÓN DENTAL
En: Actualidades Médicas, Vol. IX, No. 3
Diciembre/1977
p. 36
- 26.- S. E. P.
EDUCACION PARA LA SALUD
Dirección General de Publicaciones y Bibliotecas de la S.E.P.
México/1979
- 27.- Standish-Fast, Mitchell.
PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA
Ed. Interamericana
2a. ed., México/1973
- 28.- Velázquez, Tomás.
ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL
Ed. La Prensa Mexicana
México/1977
- 29.- Walde Emerson, Nelson.
TRATADO DE PEDIATRIA
Ed. Norteamericana "Salvat"
5a. ed., México/1971
- 30.- Wallgren, Fanconi.
TRATADO DE PEDIATRIA
Ed. Morati
9a. ed., Tomos I y II.

31.- ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS

En: adm. Vol. XXXIII, No. 4

julio-agosto/1976

32.- EVALUACION DE UNA HISTORIA MEDICA Y EXAMEN FISICO EN
PACIENTES DENTALES

En: adm, Vol. XIV, No. 2

marzo-abril/1968

p.p. 123-133

33.- VIRUELA, ULTIMAS ACCIONES DE UNA BATALLA VICTORIOSA

En: Médico Moderno, Vol. XVI, No. 7, 1978

p.p. 44-48