

879522

28
20



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN
ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :

LETICIA IVONNE VIZCARRA RODRIGUEZ



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



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 está 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.

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++++	6
CAPÍTULO I	
ASPECTO PSICOLÓGICO, COMPOR- TAMIENTO Y MANEJO DEL PACIEN TE INFANTIL.+++++++	8
CAPÍTULO II	
PREMEDICACIÓN+++++++	16
CAPÍTULO III	
ERUPCIÓN+++++++	24
CAPÍTULO IV	
MORFOLOGÍA DENTARIA INFANTIL+++++++	34
CAPÍTULO V	
OPERATORIA DENTAL PARA NIÑOS+++++++	41
CAPÍTULO VI	
TRATAMIENTO PULPAR DE PIEZAS PRIMARIAS+++++++	48
CAPÍTULO VII	
TRATAMIENTO DE LESIONES EN PIEZAS ANTERIORES INFANTILES+++++++	63
CAPÍTULO VIII	
EXTRACCIONES+++++++	74
CAPÍTULO IX	
GENERALIDADES SOBRE EL PARODONTO INFANTIL+++++++	78

CAPÍTULO	X	
		RELACIONES OCLUSALES+++++ 81
CAPÍTULO	XI	
		HÁBITOS ORALES+++++ 90
CAPÍTULO	XII	
		MANTENEDORES DE ESPACIO+++++ 93
CONCLUSIONES+++++		102
BIBLIOGRAFÍA+++++		103

I N T R O D U C C I Ó N

LA ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS PUEDE DIVIDIRSE CÓMODAMENTE EN 3 CATEGORÍAS GENERALES: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y CORRECCIÓN.

TRATAR LAS ENFERMEDADES POR PREVENCIÓN, ES LA MÁS-DESEABLE. SIN EMBARGO, EN SU SENTIDO MÁS AMPLIO, TODO LO QUE SE HAGA EN FAVOR DEL NIÑO PUEDE CONSIDERARSE COMO PREVENTIVO, DEBIDO A QUE TODO ESTO VA ENCAMINADO A-- UN BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO Y RELACIONA DE MANERA DIRECTA AL INDIVIDUO FÍSICA Y PSICOLÓGICAMENTE; POR ENDE SE DEBE INSTRUIR A UNA SOCIEDAD DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL PREVEER Y DIAGNOSTICAR A SU DEBIDO TIEMPO ALGUNA POSIBLE ALTERACIÓN QUE SE ASIMILE-AL HECHO DE QUE TODO LLEVA UNA ÍNTIMA RELACIÓN CON TODO NUESTRO ORGANISMO, DESDE LA INFANCIA Y SE PUEDE DECIR, - QUE DESDE ANTES DEL NACIMIENTO, YA QUE SE VA A PODER OBSERVAR SI EXISTEN CIERTOS PROBLEMAS Y QUE CABE LA POSIBILIDAD DE QUE SI NO SE CORRIGEN O ACTÚA A SU DEBIDO -- TIEMPO, SE PODRÁN VER REFLEJADOS DURANTE ETAPAS DE DESARROLLO MUY IMPORTANTES E INCLUSO DURANTE TODA LA VIDA.

ES POR ESTO QUE ENFOCO MI TRABAJO A UNO DE LOS PERÍODOS INICIALES DEL DESARROLLO Y MÁS IMPORTANTE EN LA VIDA DE UN INDIVIDUO PARA OFRECER UNA MEJOR ATENCIÓN Y TRATAMIENTO AL INFANTE QUE ASÍ LO REQUIERA.

CAPÍTULO I

ASPECTO PSICOLÓGICO, COMPORTAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL.

DEFINICIÓN DEL PACIENTE INFANTIL.

ES EL ESTUDIO DEL SER HUMANO DURANTE SUS ETAPAS DE CRECIMIENTO SOMÁTICO Y DE DESARROLLO FUNCIONAL, PSICOLÓGICO Y SOCIAL SIEMPRE CORRELACIONADOS CON EL AMBIENTE EN QUE SE DESENVUELVE. CONCEPTÚA AL NIÑO COMO UN SER EN EVOLUCIÓN CONSTANTE, COMO EL FUTURO ADULTO Y NO COMO "UN HOMBRE PEQUEÑO".

CLASIFICACIÓN DE LA INFANCIA SEGÚN SU EDAD.

LA INFANCIA SE HA DIVIDIDO EN:

PERÍODO PRE-NATAL.

A) ETAPA GERMINAL.- DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LAS DOS SEMANAS DE VIDA.

B) ETAPA EMBRIOLÓGICA.- DE LAS DOS A LAS SEIS SEMANAS.

C).- ETAPA FETAL.- DE LAS SEIS SEMANAS AL NACIMIENT
TO.

PERÍODO POST-NATAL.

A) ETAPA NEO-NATAL.- DEL NACIMIENTO A LAS DOS SEMA
NAS.

B) INFANCIA.- DE LAS DOS SEMANAS A LOS DOS AÑOS.

C) PERÍODO PREESCOLAR.- DE LOS DOS A LOS SEIS AÑOS.

D) ETAPA ESCOLAR.- DE LOS SEIS A LOS DOCE O TRECE-
AÑOS.

E) ADOLESCENCIA.

A Y B - 1a. INFANCIA.

C - 2a. INFANCIA.

D Y E - 3a. INFANCIA.

INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

LA PERSONALIDAD ES LA ORGANIZACIÓN DINÁMICA DEL IN
DIVIDUO DENTRO DE TODOS LOS SISTEMAS PSÍQUICOS Y FÍSI--
COS QUE DETERMINAN SU ADAPTACIÓN ÚNICA AL AMBIENTE.

LA PERSONALIDAD ES LA ESCENCIA DE CADA INDIVIDUO, LO QUE LE HACE SER ESE INDIVIDUO.

TODO INDIVIDUO AL NACER CUENTA CON UN EQUIPO BIOLÓGICO HEREDADO CON DETERMINADAS Y PARTICULARES CARACTERÍSTICAS QUE IDENTIFICARÁN SU CONSTITUCIÓN CORPORAL, DE LA QUE SE DERIVA EN EL PLANO PSICOLÓGICO, EL TEMPERAMENTO, QUE DURANTE TODA SU VIDA VA A IMPRIMIR UNA MATRIZ EMOCIONAL PECULIAR A SUS ACCIONES Y A SU CONDUCTA. LA PARTICULAR FORMA DE CONDUCTA Y DE PROCEDER DE CADA INDIVIDUO, SU HABITUAL MODO DE SER Y DE COMPORTARSE, DE ENFRENTARSE A LOS PROBLEMAS DE LA EXISTENCIA, ES LA QUE SE DENOMINA CARÁCTER.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

LA GRAN MAYORÍA DE LOS NIÑOS LLEGAN AL CONSULTORIO-- CON ALGO DE APRENSIÓN Y MIEDO, COMO MUESTRA LA EXPERIENCIA CLÍNICA, PUEDE CONTROLAR ÉSTOS TEMORES SI LOS RACIONALIZAN.

PARA OBTENER ÉXITO EN EL MANEJO DE LOS NIÑOS PROBLEMA, EL ODONTÓLOGO DEBE TRATAR DE RECONOCER ÉSTOS PROBLEMAS Y AJUSTAR SU ENFOQUE PSICOLÓGICO DE ACUERDO CON ÉSTOS CONOCIMIENTOS.

EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO PUEDE FLUCTUAR EN PERÍODOS-
DE TIEMPO MUY PEQUEÑOS.

PUEDE QUE A LOS DOS AÑOS EL NIÑO COOPERA Y SEA BIEN --
EDUCADO, MIENTRAS QUE A LOS DOS AÑOS Y MEDIO SE VUELVA DIFÍ-
CIL Y CONTRADICTORIO. A LOS TRES AÑOS ES AMIGABLE Y TIENE
BUEN DOMINIO DE SÍ MISMO, MIENTRAS QUE A LOS CUATRO O CUA--
TRO Y MEDIO PUEDE VOLVER ATRÁS EN SU COMPORTAMIENTO Y SER--
DOGMÁTICO Y DIFÍCIL DE CONTROLAR.

EL COMPORTAMIENTO POCO COOPERATIVO DE UN NIÑO EN EL --
CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ESTÁ GENERALMENTE MOTIVADO POR DE-
SEOS DE EVITAR LO DESAGRADABLE Y DOLOROSO, Y LO QUE ÉL PUE-
DE INTERPRETAR COMO UNA AMENAZA PARA SU BIENESTAR.

PUESTO QUE LOS NIÑOS ACTÚAN POR IMPULSOS, EL MIEDO AL-
DOLOR PUEDE MANIFESTARSE EN CONDUCTA DESAGRADABLE, SIN QUE-
ESTO TENGA RELACIÓN CON LA RAZÓN O CON SABER QUE EXISTEN PO-
CAS RAZONES PARA ASUSTARSE.

CUANDO EL NIÑO APRENDE QUE EN EL CONSULTORIO NO VA A -
LOGRAR NADA CON MALA CONDUCTA, PERDERÁ MOTIVACIÓN PARA SEGUIR
COMPORTÁNDOSE ASÍ.

MUCHO DEPENDE DE COMO IMPRESIONE EL ODONTÓLOGO AL NIÑO Y COMO VA A GANAR SU CONFIANZA.

CUANDO SE HA ESTABLECIDO LA RELACIÓN, DEBERÁN REALIZAR SE LOS TRABAJOS CORRECTIVOS DE INMEDIATO. SI SE ESTÁ TRATANDO CON UN NIÑO ASUSTADO Y TEMEROSO, DEBERÁ PRIMERO ELIMINARSE EL MIEDO Y SUSTITUIRLO POR SENSACIONES AGRADABLES Y - AFECTO AL DENTISTA.

SI ES POSIBLE, EL ODONTÓLOGO DEBERÍA ESTABLECER BUENAS RELACIONES CON EL PACIENTE ANTES DE SEPARAR AL NIÑO DE SU - MADRE, PORQUE DE OTRA MANERA EL NIÑO PUEDE SENTIR QUE LO ES TAN FORZANDO A ABANDONARLA. EN UN NIÑO DE CORTA EDAD, EL MIEDO AL ABANDONO ES CRÍTICO. NO SE DEBE DEJAR EL TRATAMIENTO PARA DESPUÉS, YA QUE ESTO NO AYUDA EN ABSOLUTO A ELIMINAR EL MIEDO.

EL MIEDO DEL PACIENTE AUMENTA CON EL MIEDO QUE TIENE-- EL ODONTÓLOGO A MANEJARLO, PORQUE EL NIÑO PIENSA PRECAVIDAMENTE QUE: SI EL ODONTÓLOGO TEME REALIZAR EL TRABAJO, ES -- PORQUE DEBE HABER ALGUNA RAZÓN PARA RETRASARLO. CUALQUIER RAZÓN NO EXPLICADA INSPIRA MIEDO A LOS NIÑOS.

SI EL PROCEDIMIENTO TIENE QUE PRODUCIR DOLORES, AUNQUE SEAN MÍNIMOS, ES MEJOR PREVENIR AL NIÑO Y CONSERVAR SU CON-

FIANZA QUE DEJARLE CREER QUE HA SIDO ENGAÑADO.

TIPOS DE PACIENTES.

LOS NIÑOS CON UNA CONDUCTA QUE INTERRUMPE SIGNIFICATIVAMENTE EL TRATAMIENTO DENTAL, SON CLASIFICADOS COMO "PROBLEMAS DE CONDUCTA". ALGUNOS DE ELLOS, COMO LOS MENTALES- O FISICAMENTE IMPEDIDOS O EL NIÑO MUY PEQUEÑO, EMOCIONALMENTE INMADURO, PUEDEN SER INCAPACES DE CONTROLAR SU CONDUCTA; OTROS PUEDEN SIMPLEMENTE NO QUERER COOPERAR

LAMP SHIRE CLASIFICA A LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS NIÑOS EN LAS SIETE SIGUIENTES CATEGORÍAS:

1.- COOPERADORES.

NIÑOS QUE PERMANECEN FÍSICA Y EMOCIONALMENTE RELAJADOS Y COOPERAN DURANTE TODA LA VISITA, AL MARGEN DEL TRATAMIENTO REALIZADO.

2.- TENSO-COOPERADORES.

NIÑOS QUE ESTÁN TENSOS PERO QUE, SIN EMBARGO, COOPERAN ESTA CONDUCTA. A MENUDO PASA DESAPERCIBIDA, PUESTO QUE EL NIÑO NO PERMITE QUE SEA REALIZADO EL TRATAMIENTO.

3.- ABIERTAMENTE APRENSIVOS.

LOS QUE SE ESCONDEN DETRÁS DE SUS MADRES EN LA SALA DE RECEPCIÓN, USAN TÉCNICAS OBSTACULIZANTES Y EVITAN MIRAR O - HABLAR AL ODONTÓLOGO. LAMPSHIRE, INDICA QUE ÉSTOS NIÑOS-- EVENTUALMENTE ACEPTARÁN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

4.- TEMEROSOS.

NIÑOS QUE REQUIEREN CONSIDERABLEMENTE APOYO A FIN DE - VENCER SU TEMOR A LA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA. EL MODELA--- MIENTO, LA DESENSIBILIZACIÓN Y OTRAS TÉCNICAS DE MODIFICA--- CIÓN DE LA CONDUCTA ESTÁN ESPECIALMENTE INDICADAS.

5.- TERCOS O DESAFIANTES.

NIÑOS QUE SE RESISTEN PASIVAMENTE O TRATAN DE EVITAR - EL TRATAMIENTO POR EL USO DE TÉCNICAS QUE LES HAN RESULTADO EXITOSAS EN OTRAS OCASIONES.

6.- HIPERMOTRICES.

NIÑOS QUE ESTÁN AGUDAMENTE AGITADOS Y ADOPTAN UNA ES-- TRATAGEMA DEFENSIVA DE "LUCHA", TAL COMO GRITAR O PATEAR.

7.- IMPEDIDOS.

NIÑOS QUE SON FÍSICA, MENTAL O EMOCIONALMENTE IMPEDI--
DOS.

UNA OCTAVA CATEGORÍA, QUE LAMPSHIRE NO INCLUYÓ Y DEBE--
SER CONSIDERADA, DESCRIBE AL PACIENTE EMOCIONALMENTE INMADU--
RO. INCLUYE AL NIÑO MUY PEQUEÑO QUE NO HA LOGRADO UNA MA--
DUREZ EMOCIONAL SUFICIENTE COMO PARA RACIONALIZAR LA NECESI--
DAD DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO O ENFRENTARLO SATISFACTO--
RIAMENTE.

CAPÍTULO II

P R E M E D I C A C I Ó N

INDICACIONES DE LA PREMEDICACIÓN.

UN NIÑO INTERRUPTOR QUE NO RESPONDE A LOS PROCEDIMIENTOS DE MANEJO, YA SEAN PSICOLÓGICOS O FÍSICOS PUEDE REQUERIR TERAPIA CON DROGAS A FIN DE RECIBIR EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEFINITIVO. LA PREMEDICACIÓN PUEDE ESTAR INDICADA PARA LOS SIGUIENTES TIPOS DE PACIENTES:

A) NIÑOS MUY PEQUEÑOS (3 AÑOS DE EDAD O MENOS) QUE CARECEN DE LA CAPACIDAD EMOCIONAL E INTELECTUAL PARA COOPERAR.

B) NIÑOS MUY APRENSIVOS, EN QUIENES LA TERAPIA CON DROGAS PUEDE SER USADA JUNTO CON OTRAS TÉCNICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA, COMO DECIR -MOSTRAR- HACER O EL MODELA-MIENTO.

C) NIÑOS FÍSICAMENTE IMPEDIDOS, COMO LOS PACIENTES--

CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE NO PUEDEN CONTROLAR ADECUADAMENTE SUS ACTIVIDADES MUSCULARES VOLUNTARIAS.

D) NIÑOS MENTALMENTE IMPEDIDOS, COMO LOS PACIENTES - CON EL SÍNDROME DE DOWN, QUE COMO LOS NIÑOS MUY PEQUEÑOS, PUEDEN CARECER DE LA CAPACIDAD EMOCIONAL E INTELECTUAL PARA COOPERAR.

LOS PREMEDICAMENTOS EMPLEADOS COMUNMENTE EN LOS NIÑOS EN ODONTOLOGÍA INCLUYEN SEDANTES E HIPNÓTICOS, COMO EL HIDRATO DE CLORAL Y LOS BARBITÚRICOS; LAS DROGAS ANSIO LITICAS COMO EL MEPROBAMATO, LA HIDROXYZINA, EL DIAZEPAM Y LA PROMETAZINA; Y LOS NARCÓTICOS, COMO LA MEPERIDINA. TAMBIÉN SE USAN COMBINACIONES DE ÉSTAS DROGAS.

OLSEN PIENSA QUE EL ENFOQUE PSICOLÓGICO ADECUADO ES DE UNA IMPORTANCIA PRIMORDIAL EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO-PACIENTE ODONTOLÓGICO. ESTE ENFOQUE ALIVIARÁ LAS APRENSIONES DEL NIÑO Y PROMOVERÁ UNA BUENA RELACIÓN ENTRE EL NIÑO Y EL ODONTÓLOGO. NO OBSTANTE, TAN PRONTO COMO EL NIÑO APRENDA LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS POR LA TÉCNICA DEL "CUENTE-MUESTRE-HAGA", EL ODONTÓLOGO NECESITARÁ MENOS LAS PREMEDICACIONES.

LA PREMEDICACIÓN A MENUDO ES ÚTIL PARA LOS PROCEDIMIENTOS

MIENTOS OPERATORIOS Y QUIRÚRGICOS PROLONGADOS Y PARA LOS NIÑOS TEMEROSOS, NERVIOSOS Y APRENSIVOS. LA PREMEDICACIÓN ESTÁ BASADA SOBRE FACTORES DISTINTOS DE LA EDAD Y EL PESO.

A) BARBITÚRICOS.

EL SECOBARVITAL (SECONAL) Y EL PENTOBARVITAL (NEMBU-TAL) SON MEDICAMENTOS QUE HAN SIDO MUY USADOS EN "EL PASA-DO" CON GRADOS VARIABLES DE ÉXITO. AMBOS MEDICAMENTOS SON DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO Y LA EXPERIENCIA HA DEMOSTRADO QUE HAY UNA PROBABILIDAD DE QUE ESTIMULEN REAC-CIONES IMPREDECIBLES.

EL PERÍODO DE EXITACIÓN INDUCIDA O DEPRESIÓN PROFUN-DA ES OBSERVADO CON FRECUENCIA EN EL USO DE BARBITÚRICOS-DE CORTA DURACIÓN. ES DIFÍCIL DETERMINAR LA DOSIS CO---RRECTA, CON EL FIN DE PROPORCIONARLE UN GRADO PREDECIBLE-DE SEDACIÓN Y POR TAL MOTIVO SE ABANDONO EL USO RUTINARIO DE LOS BARBITÚRICOS EN TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

B) CLORHIDRATO DE MEPERIDINA (DEMEROL).

ES UN ANALGÉSICO PREPARATORIO, ESPASMOLÍTICO Y SEDAN-TE. SE ACTÚA CON RAPIDEZ CUANDO ES ADMINISTRADO POR VÍA

MUSCULAR (MÚSCULO DELTOIDES), HACE EFECTO EN 15 MINUTOS;-
POR VÍA ORAL (TABLETAS) PUEDE DEMORAR HASTA 40 MINUTOS PA
RA SER EFICAZ.

HAY POCAS CONTRAINDICACIONES, COMO EN LOS PACIENTES-
CON LESIÓN HEPÁTICA.

UNA DESVENTAJA ES QUE CREA HÁBITO, PUEDE CREAR DEPEN
DENCIA PSÍQUICA DE LA DROGA. LA DOSIS APROXIMADA ES DE-
50 mg. EN ADULTO Y EN PACIENTES MENORES DE 16 AÑOS 25mg.
ES CONSIDERADO EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN PARA EL PACIEN-
TE TENSO-COOPERADOR, APRENSIVO, MIEDOSO, PARA EL QUE TIE-
NE UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN EL CUAL ES CONVENIENTE --
ALIVIAR LA ANGUSTIA Y NIÑOS FÍSICA Y MENTALMENTE DISMINUI
DOS.

LOS EFECTOS SECUNDARIOS PUEDEN INCLUIR ESCOZOR DE LA
PIEL Y NÁUSEAS.

PARA EL CASO OCASIONAL DE UNA DEPRESIÓN RESPIRATORIA
QUE PODRÍA PRODUCIRSE POR EL EMPLEO DE LA MEPERIDINA, EL-
ODONTÓLOGO DEBE TENER A SU ALCANCE CLORHIDRATO DE NEVORFI
NA (NALLINE), QUE TAMBIÉN ES UN NARCÓTICO Y ADMINISTRARÁ-
5 a 40 mg. POR VÍA INTRAMUSCULAR.

C) MEDICAMENTOS ATARÁXICOS.

ÉSTOS HAN DEMOSTRADO SER EFICACES EN LA REDUCCIÓN - DE LA ANSIEDAD Y LA TENSIÓN SIN PONER AL PACIENTE EN ESTADO DE SEDACIÓN O HIPNÓTICO. SE DESCONOCE EL MODO --- EXACTO DE ACCIÓN, PERO ES PROBABLE QUE ACTÚEN DIRECTAMENTE SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO POR ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO DE LÓS MECANISMOS SIMPÁTICO Y PARASIMPÁTICO. INDICADOS PARA EL PACIENTE NERVIOSO APRENSIVO.

1.- CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA (ATARAX)

MEDICAMENTO QUE PRODUCIRÁ UN EFECTO CALMANTE DE 1 a 2 HORAS DE ACCIÓN, SIN DEPRESIÓN APARENTE DE LAS FUNCIONES NORMALES DEL SISTEMA NERVIOSO. LA HIDROXIZINA SE - PRESENTA EN FORMA DE TABLETAS, JARABE Y SOLUCIÓN PARENTERAL. LA HIDROXIZINA ES UN MEDICAMENTO SEGURO.

2.- CLORHIDRATO DE PROMETAZINA (FENERGAN).

UNO DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS MAS EFICACES, ACTÚA COMO POTENCIADOR. PUEDE SER EMPLEADO SOLO O COMO POTENCIADOR DE LOS ATARÁXICOS O DE LA MEPERIDINA.

HISTORIA CLÍNICA.

DESPUÉS DE EXAMINAR A CONCIENCIA, DE DIAGNOSTICAR -

PONDERADAMENTE Y DE TRAZAR UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO, SE LOGRA EL MEJOR SERVICIO DENTAL PARA NIÑOS. LA MANERA EN QUE ESTO SE LLEVA A CABO DURANTE LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL DARÁ EL TONO DE LA RELACIÓN COMPLETA QUE VA A TENER EL DENTISTA CON EL NIÑO, LO MISMO QUE EN LOS PADRES.

LA TOTALIDAD DEL EXAMEN RUTINARIO, DEBERÁ LLEVARSE A CABO CON MOVIMIENTOS LENTOS Y FLUIDOS, UTILIZANDO UN MÍNIMO DE INSTRUMENTOS, PARA EVITAR ALARMAR AL NIÑO.

EXAMEN DEL NIÑO.

HAY 3 TIPOS DE CITAS PARA EXAMEN QUE PUEDEN CONSIDERARSE NORMALES:

- A) DE URGENCIA.
- B) DE RECORDATORIO O PERIÓDICO.
- C) PARA EXAMEN COMPLETO.

EL EXAMEN DE URGENCIA ESTÁ GENERALMENTE LIMITADO AL EMPLAZAMIENTO DE LA HERIDA Y SE DISEÑA BÁSICAMENTE PARA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO INMEDIATO QUE LLEVE A TRATAMIENTO RÁPIDO Y A LA ELIMINACIÓN DE LA QUEJA PRINCIPAL.

EL EXAMEN PERIÓDICO O DE RECORDATORIO ES UNA SENSACIÓN DE CONTINUACIÓN, DESPUÉS DE UNA SESIÓN INICIAL DE EXAMEN COMPLETO. SU META ES PONDERAR LOS CAMBIOS QUE HAN OCURRIDO DESDE QUE SE TERMINÓ EL TRATAMIENTO ANTERIOR. EL EXAMEN PERIÓDICO SE REALIZA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS CADA CUATRO O SEIS MESES.

EL EXAMEN COMPLETO DEBE INCLUIR:

1.- HISTORIA DEL CASO.

- a) QUEJA PRINCIPAL DEL PACIENTE.
- b) HISTORIA PRENATAL, NATAL, POSTNATAL Y DE INFANCIA.

2.- EXAMEN CLÍNICO.

- a) APRECIACIÓN GENERAL DEL PACIENTE.
- b) EXAMEN BUCAL DETALLADO.
- c) EXAMEN SUPLEMENTARIO Y PRUEBAS ESPECIALES.

3.- DIAGNÓSTICO.

- a) RESUMEN DE TODAS LAS ANORMALIDADES, SU NATURALEZA, ETIOLOGÍA E IMPORTANCIA.

EL EXAMEN COMPLETO DEBERÁ SER UNA EVALUACIÓN A CONCIENCIA.

- 1.- PERSPECTIVA GENERAL DEL PACIENTE (INCLUYENDO --
ESTATURA, PORTE, LENGUAJE, MANOS, TEMPERATURA).
- 2.- EXAMEN DE LA CABEZA, PIEL, PELO, INFLAMACIÓN FA
CIAL Y ASIMETRÍA, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBU--
LAR, OÍDOS, OJOS, NARIZ, CUELLO.
- 3.- EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL: ALIENTO, LABIOS, MU-
COSA LABIAL Y BUCAL, SALIVA, TEJIDO GINGIVAL, -
ESPACIO SUBGINGIVAL, PALADAR, FARINGE, AMIGDA--
LAS, DIENTES.
- 4.- FONACIÓN, DEGLUCIÓN Y MUSCULATURA PERIBUCAL: PO
SICIÓN DE LA LENGUA DURANTE LA FONACIÓN, BALBU-
CEOS Y CECEOS ANTERIORES O LATERALES, FORMA DE-
LA LENGUA, ACCIÓN MENTALIS EN EL MOMENTO DE TRA
GAR, POSICIÓN DE LOS LABIOS EN DESCANSO.

CAPÍTULO III

"ERUPCIÓN".

RELACIONES DENTALES CONFORME A LA EDAD.

LA EDAD INFANTIL SE CARACTERIZA POR UNA EVOLUCIÓN -
CONSTANTE QUE SE MANIFIESTA POR DESARROLLO FUNCIONAL Y -
PSÍQUICO Y POR CRECIMIENTO SOMÁTICO.

EL MACIZO OSEO FACIAL EN EL NIÑO MENOR DE 18 MESES--
ES PROPORCIONALMENTE PEQUEÑO EN RELACIÓN CON EL CRÁNEO;
LOS MAXILARES EMPIEZAN A DESARROLLARSE CON LA APARICIÓN--
DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

EN LA CAVIDAD BUCAL DEL RECIÉN NACIDO EXISTE MARCA--
DO DESARROLLO DE LAS FORMACIONES MUSCULARES; EN LOS LA--
BIOS LO QUE PFAUNDLER CONSIGNÓ CON EL NOMBRE DE COJINETE
DE SUCCIÓN, ASÍ COMO LOS DEL PISO DE LA BOCA Y TAMBIÉN--
DE LA LENGUA, DE ACUERDO CON LAS FUNCIONES EXCLUSIVAMEN--
TE DE ALIMENTACIÓN POR SUCCIÓN QUE EXISTEN A ESA EDAD.
LAS GLÁNDULAS SALIVALES DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE LA

VIDA SON PEQUEÑAS, PERO SEGREGAN BASTANTES CANTIDADES DE PTIALINA.

EXISTEN ALGUNAS CONDICIONES PATOLÓGICAS LIGERAS, -- QUE SON DESENCADENADAS POR LAS PRIMERAS ERUPCIONES DENTARIAS: ANOREXIA TEMPORAL, TENDENCIA A LAS DISPEPSIAS (QUE SON CÓLICOS ABDOMINALES INTERMITENTES, HIPO, VÓMITOS) Y- EL INTENSO PRURITO GINGIVAL QUE SUPRE EL NIÑO EN LAS ÉPOCAS DE BROTES DENTARIOS LE OBLIGAN A LLEVARSE LAS MANOS- A LOS OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN A SU ALCANCE, CONSTANTEMENTE A SU BOCA, PARA FROTARLOS EN SU ENCÍA.

Y ESTA SITUACIÓN FAVORECE FRECUENTES CONTAMINACIONES POR LOS GÉRMENES CAUSANTES DE LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS QUE A MENUDO SE OBSERVAN EN ESAS ÉPOCAS. ES OBVIQUE DIARREAS INFECCIOSAS, INTOXICACIONES O TRASTORNOS DIGESTIVOS QUE SE PRESENTAN CONTEMPORÁNEAMENTE A LA ERUPCIÓN DENTARIA RECONOCEN UNA CAUSA ETIOLÓGICA EFICIENTE.

DENTICIÓN.

ES EL CÚMULO DE CIRCUNSTANCIAS QUE SE LLEVAN A CABO DURANTE LA FORMACIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS -- DIENTES, HASTA COMPLETAR LAS ARCADAS DENTARIAS. EXISTEN DOS DENTICIONES:

a) DENTADURA INFANTIL: CONSTA DE 20 PIEZAS Y SE LE HAN DADO VARIOS NOMBRES INCORRECTOS COMO: DIENTES DE LECHE, DIENTES MAMONES, CADUCOS, FUNDAMENTALES, TEMPORALES.

b) SEGUNDA DENTICIÓN: SE LE DESIGNA CON NOMBRES POCO PRECISOS COMO: DIENTES SUCEDANEOS, PERMANENTES, SECUNDARIOS Y DEFINITIVOS.

DESARROLLO Y ERUPCIÓN DE UN DIENTE.

EN LA FORMACIÓN DE UN DIENTE PARTICIPAN DOS CAPAS GERMINATIVAS:

EL ESMALTE DE UN DIENTE PROVIENE DEL ECTODERMO; LA DENTINA, EL CEMENTO Y LA PULPA, DEL MESÉNQUIMA.

LA FORMACIÓN DE UN DIENTE (PARA FACILITAR LA DESCRIPCIÓN CONSIDERAREMOS UN INCISIVO INFERIOR PRIMARIO PARA QUE DESCRIBAMOS EL CRECIMIENTO HACIA ARRIBA O HACIA ABAJO DE SUS ELEMENTOS) DEPENDE INICIALMENTE DE LA PENETRACIÓN DEL EPITELIO EN EL MESÉNQUIMA, Y LA ADOPCIÓN DE LA FORMA DEL CUENCO DE UNA TAZA INVERTIDA. EL MESÉNQUIMA SE DESPLAZA HACIA ARRIBA PARA LLENAR EL HUECO DE LA TAZA Y SURGEN FENÓMENOS DE INDUCCIÓN. LAS CÉLULAS DEL EPITELIO QUE RECUBREN EL CUENCO SE TRANSFORMAN EN LOS AMELOBLASTO-

MAS QUE PENETRAN AL INTERIOR DE LA TAZA, QUE ESTÁN JUNTO-
A LOS AMELOBLASTOMAS EN DESARROLLO, SE DIFERENCIAN EN ---
ODONTOBLASTOS Y FORMAN CAPAS SUCESIVAS DE DENTINA PARA --
SOSTENER EL ESMALTE QUE LOS CUBRE. EN ESA FORMA, LA CO-
RONA DE UN DIENTE SE DESARROLLA A PARTIR DE DOS CAPAS GER-
MINATIVAS DIFERENTES.

DESARROLLO TEMPRANO.

EN LA SEXTA SEMANA DE VIDA EMBRIONARIA, UN CORTE POR
EL MAXILAR EN DESARROLLO INDICA UNA LÍNEA DE ENGROSAMIE-
TO DEL ECTODERMO BUCAL Y A LO LARGO DE TAL LÍNEA Y POR DE
TRAS DE ELLA SE FORMARÁN LOS DIENTES. DESDE ESTA LÍNEA-
DE ENGROSAMIENTO PENETRA EN EL MESÉNQUIMA UNA INVAGINA---
CIÓN EPITELIAL LLAMADA LÁMINA DENTAL (FIG. 21-6A) Y DE --
ELLA SE FORMAN PEQUEÑAS YEMAS EPITELIALES O YEMAS DENTA--
RIAS, CADA UNA DE LAS CUALES DARÁ ORIGEN A UN DIENTE DECI
DUO (FIG. (FIG. 21-6A).

AL CRECER LA LÁMINA DENTAL, CADA YEMA AUMENTA DE TA-
MAÑO Y PENETRA MAS EN EL MESÉNQUIMA, EN DONDE ASUME LA --
FORMA DE UNA TAZA INVERTIDA (FIG. 21-6B) ESTRUCTURA QUE -
FORMA LO QUE HA SIDO LLAMADO ÓRGANO DEL ESMALTE, EN TANTO
QUE POR DEBAJO DEL MISMO, EL MESÉNQUIMA QUE LLENA LA OQUE
DAD RECIBE EL NOMBRE DE PAPILA DENTARIA (FIG.21-6B).

EL ÓRGANO DE ESMALTE AUMENTA DE TAMAÑO; SU FORMA CAMBIA UN POCO Y LAS PROLONGACIONES ALVEOLARES DE LOS MAXILARES CRECEN HASTA RODEARLO PARCIALMENTE (FIG. 21-6C).

EN ESTE MOMENTO LA LÍNEA DE CONTACTO ENTRE EL ÓRGANO DEL ESMALTE Y LA PAPILA DENTARIA ASUME LA FORMA Y EL TAMAÑO DE LA FUTURA LÍNEA DE CONTACTO ENTRE EL ESMALTE Y LA DENTINA DEL DIENTE DEL ADULTO. POR EL QUINTO MES DE DESARROLLO (FIG.21-6B), EL ÓRGANO DEL ESMALTE PIERDE SU CONEXIÓN DIRECTA CON EL EPITELIO DE LA BOCA, AUNQUE PUEDE PERSISTIR RESTOS DE LA LÁMINA DENTAL (QUE A VECES DAN ORIGEN A QUISTES EN ETAPA ULTERIOR DE LA VIDA).

POCO ANTES DE TAL FECHA, LAS CÉLULAS DE LA LÁMINA DENTAL PRODUCEN UNA SEGUNDA YEMA DE CÉLULAS EPITELIALES, A PARTIR DE LAS CUALES SE DESARROLLARÁN LOS DIENTES PERMANENTES (FIG. 21-6C y D).

LA PAPILA DENTAL QUE MÁS TARDE SE TRANSFORMA EN LA PULPA DEL DIENTE, CONSISTE EN UNA TRAMA DE CÉLULAS MESENQUIMATOSAS INCLUIDAS EN SUBSTANCIA INTERCELULAR AMORFA; ESTE TEJIDO SE VASCULARIZA CADA VEZ MÁS EN AVANZAR EN EL DESARROLLO.

DIFERENCIACION

EN LA ETAPA QUE SE MUESTRA EN LA FIGURA 21-6C, LAS CÉLULAS DEL ÓRGANO DEL ESMALTE VECINAS AL EXTREMO DE LA PAPILA DENTAL SE VUELVEN ALTAS Y CILÍNDRICAS; RECIBEN EL NOMBRE DE AMELOBLASTOS (FIG. 21-7) Y COMIENZAN A PRODUCIR ESMALTE. EN UN PUNTO CERCANO A TALES CÉLULAS DE ESPESOR, MISMAS QUE ESTÁN CONECTADAS A LOS AMELOBLASTOS Y ENTRE SÍ POR DESMOSOMAS; EL RESTO DEL ÓRGANO DE ESMALTE RECIBE EL NOMBRE RETÍCULO ESTRELLADO, PORQUE LAS CÉLULAS TIENEN LA FORMA Y PROLONGACIONES LARGAS (FIG. 21-7). LA MEMBRANA-BASAL DEL ÓRGANO DE ESMALTE SEPARA EL RETÍCULO ESTRELLADO DEL MESÉNQUIMA.

LOS AMELOBLASTOS APARECEN ORIGINALMENTE CERCA DEL EXTREMO DE LA PAPILA DENTAL Y DESPUES HACIA LOS LADOS, DIRIGIENDOSE A LA BASE DE LA CORONA. MIENTRAS TANTO, LAS CÉLULAS MESENQUIMATOSAS DE LA PAPILA DENTAL INMEDIATAMENTE JUNTO A ELLAS SE TRANSFORMAN EN LOS ODONTOBLASTOS CILÍNDRICOS Y ALTOS (FIG. 21-7 Y 21-8) QUE COMIENZAN A FORMAR DENTINA ANTES QUE LOS AMELOBLASTOS FORMEN ESMALTE. LA DENTINA ES PRODUCIDA EN PRIMER LUGAR EN EL EXTREMO DE LA PAPILA COMO SE MUESTRA EN LA ZONA BLANCA DE LA FI.21-6C.

DESPUÉS QUE SE DEPOSITA UNA CAPA FINA DE DENTINA, LOS AMELOBLASTOS COMIENZAN A PRODUCIR LA MATRIZ DEL ESMALTE, QUE TIENE COLOR NEGRO EN LA FIGURA 21-6C. LA FORMACIÓN DE DENTINA Y ESMALTE DIFIERE DE LA DEL HUESO EN QUE LAS CÉLULAS FORMATIVAS NO QUEDAN INCLUIDAS DENTRO DE LA MATRIZ,-- QUE PRODUCEN. EN VEZ DE ELLO A MEDIDA QUE PRODUCEN LA MATRIZ DURA, SE VAN SEPARANDO DE LA MISMA, LOS AMELOBLASTOS HACIA AFUERA Y LOS ODONTOBLASTOS HACIA ADENTRO.

FORMACIÓN DE LA RAÍZ Y SU IMPORTANCIA EN LA ERUPCIÓN DE LA PIEZA DENTARIA.

A MEDIDA QUE SE DEPOSITAN DENTINA Y ESMALTE SURGE LA FUTURA CORONA, CON SU FORMA CARACTERÍSTICA (FIG.21-6D). EL ESMALTE SE DEPOSITA EN LO QUE SERA LA FUTURA LÍNEA DE UNIÓN DE LA CORONA ANTÓMICA Y LA RAÍZ (FIG.21-6D), MIEN-- TRAS TANTO LAS CÉLULAS DE LA PAPILA DENTAL SE DIFERENCIAN EN ODONTOBLASTOS. LOS AMELOBLASTOS INMADUROS EN LA LÍ-- NEA DE UNIÓN PROLIFERAN Y EMIGRAN AL MESÉNQUIMA SUBYACENTE EN LA FORMA DE UN TUBO (VAINA DE LA RAÍZ EPITELIAL, DE HERTWING). CONFORME CRECE LA VAINA, INDUCE LA DIFEREN-- CIACIÓN DE LAS CÉLULAS MESENQUIMATOSAS DEL INTERIOR EN -- ODONTOBLASTOS, Y FIJA EL PATRÓN PARA LA FORMA FUTURA DE LA RAÍZ. SIN EMBARGO, HAY POCO ESPACIO PARA QUE SE DESARROLLE LA RAÍZ Y DE ESTA FORMA, EL CREADO POR LA CORONA -

ES EMPUJADO A TRAVÉS DE LA MEMBRANA MUCOSA DE LA BOCA ---
(FIG. 21-6E).

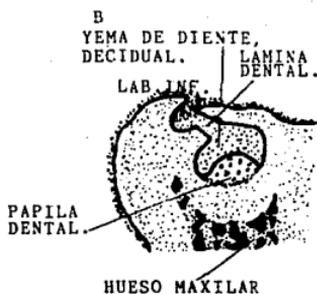
A MEDIDA QUE LA VAINA DE LA RAÍZ SIGUE PENETRANDO HACIA ABAJO, SU PARTE MÁS ANTICUA, ESTO ES, LA QUE ESTÁ HACIA LA CORONA, UNA VEZ QUE HA CUMPLIDO SU FINALIDAD, SE DESPRENDE DE LA DENTINA QUE COMPRENDE LA RAÍZ Y SE DESORGANIZA; ELLO PERMITE A LAS CÉLULAS MESENQUIMATOSAS DEPOSITAR CEMENTO EN LA SUPERFICIE EXTERIOR DE LA DENTINA Y ELABORAR LAS FIBRAS DE LA MEMBRANA PERIODONTAL. A MEDIDA QUE SE DEPOSITA CEMENTO, RODEA E INCLUYE LOS CABOS DE TALLAS FIBRAS.

LOS PROCESOS CONTINÚAN EN SENTIDO DESCENDENTE HASTA COMPLETAR LA FORMACIÓN DE LA RAÍZ DE LA PIEZA DENTARIA. DE ESTE MODO, LAS FIBRAS DE LA MEMBRANA PERIODONTAL ESTÁN FIJADAS FIRMEMENTE EN CEMENTO CALCIFICADO, QUE TAMBIÉN LO ESTA A LA DENTINA DE LA RAÍZ. LAS CÉLULAS EPITELIALES DE LA VAINA DESORGANIZADA SIGUEN DISPUESTAS DENTRO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL Y RECIBEN EL NOMBRE DE RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ Y DESPUÉS PUEDEN DAR ORIGEN A QUISTES-DENTARIOS.

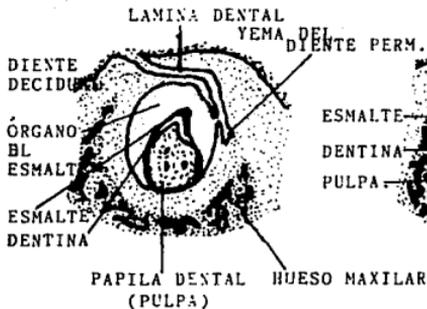
DIENTES PERMANENTES.

POR LA FECHA EN QUE SALEN LOS DIENTES DECIDUALES EN-

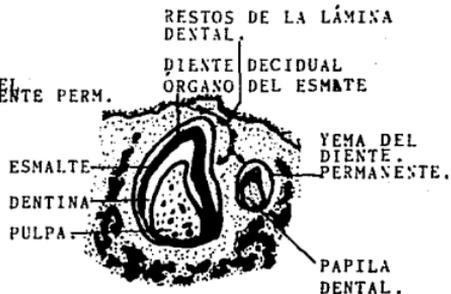
LAS ARCADAS DENTALES, LA YEMA DEL DIENTE PERMANENTE CORRRESPONDIENTE A SINTETIZADO ESMALTE Y DENTINA, EN LA MISMA FORMA QUE EL DIENTE CADUCO (FIG.21-6E). UNA VEZ COMPLETADA LA CORONA Y CON LA RAÍZ PARCIALMENTE FORMADA, EL DIENTE PERMANENTE SE PREPARARA PARA SALIR. SIN EMBARGO, SEGÚN UNA DE LAS LEYES DE WOLFF, QUE SEÑALA QUE LA PRESIÓN ORIGINA RESORCIÓN DE TEJIDOS DUROS, EL CRECIMIENTO DE LOS DIENTES PERMANENTES Y LA PRESIÓN DE SU ESMALTE CONTRA LA RAÍZ DEL DIENTE DECIDUAL HACEN QUE EL MÁS BLANDO DE LOS DOS TEJIDOS, ESTO ES LA DENTINA DEL DIENTE DECIDUAL, SEA RESORBIDO POR LOS OSTEÓBLASTOS (FIG. 21-6F). POR LA FECHA EN QUE EL DIENTE PERMANENTE ESTÁ LISTO PARA SALIR EN LA ARCADEA DENTAL SE HA RESORBIDO POR COMPLETO LA RAÍZ DEL DIENTE DECIDUAL. EL DIENTE PRIMARIO SE DESPRENDE Y ES SUBSTITUIDO POR SU SUCESOR PERMANENTE.



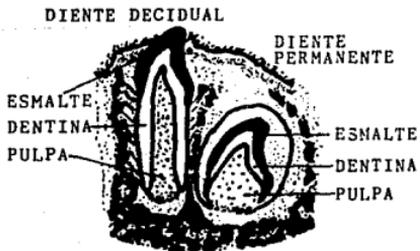
C



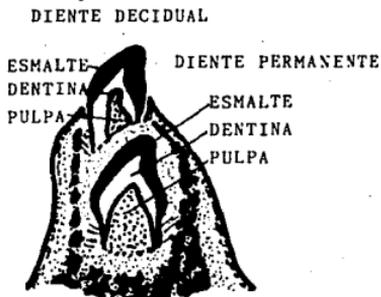
D



E



F



CAPÍTULO IV

MORFOLOGÍA DENTARIA INFANTIL

ORDEN CRONOLÓGICO DE ERUPCIÓN.

EL NIÑO AL NACER YA CUENTA CON SUS GÉRME--
RIOS EN FORMA COMPLETA, A LOS SEIS MESES ERUPCIONAN LOS--
CENTRALES INFERIORES PUDIENDO ÉSTOS ERUPCIONAR HASTA LOS
DOCE MESES.

MIENTRAS MÁS TARDEN LOS DIENTES EN ERUPCIONAR, EL -
PACIENTE ESTARÁ MENOS EXPUESTO A PROCESOS DE TIPO CARIO--
SO.

TEMPORALES

	INFERIORES	SUPERIORES
INCISIVOS CENTRALES	6 MESES	7 1/2 MESES
INCISIVOS LATERALES	7 MESES	9 MESES
CANINOS	16 MESES	18 MESES
1er. MOLAR	12 MESES	14 MESES

2o. MOLAR

20 MESES

24 MESES.

HASTA LOS TRES AÑOS ENTRAN EN OCLUSIÓN LOS 20 DIENTES DE UN PACIENTE INFANTIL, LOS DIENTES SUPERIORES ERUPCIONAN EN IGUAL TIEMPO QUE LOS INFERIORES CON DIFERENCIA DE UNO O DOS MESES MÁS.

PERMANENTES	INFERIORES	SUPERIORES
INCISIVO CENTRAL	6-7 AÑOS	7-8 AÑOS
INCISIVO LATERAL	7-8 AÑOS	8-9 AÑOS
CANINO	9-10 AÑOS	11-12 AÑOS
1er. PREMOLAR	10-12 AÑOS	10-11 AÑOS
2o. PREMOLAR	11-12 AÑOS	10-12 AÑOS
1er. MOLAR	6-7 AÑOS	6-7 AÑOS
2o. MOLAR	11-13 AÑOS	12-13 AÑOS

ERUPCIÓN DIFÍCIL.

LA ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES ESPRECEDIDA POR UNA SALIVACIÓN INCREMENTADA Y EL NIÑO TENDRÁ A LLEVARSE LOS DEDOS A LA BOCA Y ESTARÁ INQUIETO Y MOLESTO. LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES ANTES DE LA ERUPCIÓN DE LA CORONA CAUSA UN ESTADO DOLOROSO QUE CESA EN POCOS DÍAS. PARA DARLE ALIVIO AL NIÑO SE APLICA UN ANESTÉSICO TÓPICO NO IRRITANTE QUE PROPORCIONARÁ -

ALIVIO PASAJERO Y SE APLICARÁ 3 o 4 VECES AL DÍA (NENE - DENT). EL PROCESO DE ERUPCIÓN PUEDE SER ACELERADO PERMITIENDO QUE EL NIÑO MUERDA OBJETOS DUROS COMO UNA ROSQUETA DE HULE.

HEMATOMA DE ERUPCIÓN.

SEMANAS ANTES DE LA ERUPCIÓN DE UN DIENTE TEMPORAL O PERMANENTE PUEDE DESARROLLARSE UNA ZONA ELEVADA DE TEJIDO PÚRPURA AZULADO LLAMADO HEMATOMA DE ERUPCIÓN. ES UNA ELEVACIÓN LLENA DE SANGRE QUE APARECE CON MAYOR FRECUENCIA DEL 2o. MOLAR INFANTIL O PRIMER MOLAR PERMANENTE ES PRODUCIDO POR UN TRAUMATISMO, NO TIENE TRATAMIENTO, YA QUE EN POCOS DÍAS EL DIENTE SE ABRE CAMINO A TRAVÉS DE LOS TEJIDOS Y EL HEMATOMA CEDE.

SECUESTRO ERUPTIVO.

ALGUNAS VECES SE OBSERVAN CUANDO EMERGE EL 1er. MOLAR PERMANENTE. ÉSTOS SECUESTROS SON PEQUEÑAS ESPÍCULAS ÓSEAS QUE VAN A ESTAR SOBRE EL MOLAR PERMANENTE EN ERUPCIÓN, ANTES O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA APARICIÓN DE LOS VÉRTICES DE LAS CÚSPIDES ESTARÁN COLOCADOS A TRAVÉS DE LA MUCOSA. ESTA ESPÍCULA NO ES VITAL, SE ALOJA EN LA FOSETA CENTRAL Y ESTÁ RODEADA POR TEJIDO BLANDO.

A MEDIDA QUE EL DIENTE ERUPCIONA Y LAS CÚSPIDES EMERGEN-
EL FRAGMENTO DE HUESO SALE A TRAVÉS DE LA MUCOSA.

CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN INFANTIL.

- 1) NO EXISTE CURVA DE COMPENSACIÓN.
- 2) NO EXISTE INTERDIGITACIÓN CÚSPIDEA.
- 3) CASI NO SE OBSERVA SOBRE-MORDIDA.
- 4) CASI NO SE PRESENTA APIÑAMIENTO.

ESPACIOS DE DESARROLLO.

SE LE DENOMINA TAMBIÉN ESPACIOS FISIOLÓGICOS Y SE -
VAN A OBSERVAR EN LOS ESPACIOS INTERDENTALES O INTER----
PROXIMALES, GENERALMENTE DE DIENTES ANTERIORES.

EN UN NIÑO EN DONDE LA DENTICIÓN SE OBSERVA EN PUN-
TAS DE CONTACTO EN TODA LA ARCADA SE PUEDE PENSAR EN UN-
HIPODESARROLLO A NIVEL MAXILAR O MANDIBULAR CLASIFICÁNDO
SE ESTO COMO TÉRMINO ANORMAL. CUANDO EXISTE APIÑAMIEN-
TO DEBEMOS DE CLASIFICAR COMO UN DESARROLLO ATÍPICO.

ESPACIOS PRIMATES.

ÉSTOS LOS DESCUBRIÓ EL DR. BOWNE EN MONOS; SON ESPA-
CIOS MÁS GRANDES QUE LOS ESPACIOS FISIOLÓGICOS Y DESAPA-

RECEN HASTA LOS 3 AÑOS DESPUÉS DE QUE LA OCLUSIÓN DE LAS 20 PIEZAS ESTÁN EN FORMA CORRECTA. ÉSTOS ESPACIOS SE - OBSERVAN ENTRE LATERAL Y CANINO DE LA ARCADA SUPERIOR Y - ENTRE CANINO Y 1er. MOLAR EN ARCADA INFERIOR.

PLANO OCLUSAL INFANTIL.

1) PLANO VERTICAL RECTO:

— CUANDO EL 2o. MOLAR SUPERIOR OCLUYE EN FORMA VER TICAL CON EL 2o. MOLAR INFERIOR (NORMAL).

2) PLANO TERMINAL MESIAL.

CUANDO EL 2o. MOLAR SUPERIOR OCLUYE HACIA ADELAN TE EN RELACIÓN A EL 2o. MOLAR INFERIOR (NORMAL - RELATIVAMENTE).

3) PLANO TERMINAL DISTAL.

CUANDO EL 2o. MOLAR SUPERIOR OCLUYE HACIA ATRÁS - EN RELACIÓN A EL 2o. MOLAR INFERIOR (ANORMAL).

4) PLANO TERMINAL MESIAL EXAGERADO.

CUANDO EL 2o. MOLAR SUPERIOR OCLUYE MUY DELANTE - DEL 2o. MOLAR INFERIOR (ESTE CASO ES EL MÁS PATO LÓGICO).

LA EDAD DEL PATITO FEO.

EXISTE DE LOS CUATRO A LOS SEIS AÑOS DE EDAD Y SE -

CARACTERIZA POR LA ABERTURA QUE EXISTE EN FORMA EXAGERADA EN EL ESPACIO INTERDENTAL ENTRE AMBOS CENTRALES SUPERIORES DEBIDO A UN DIASTEMA FISIOLÓGICO QUE SE FORMA A ESTE NIVEL Y A LA FORMA OBLICUA DE COMO LA ERUPCIÓN PERMANENTE SE ESTÁ LLEVANDO A CABO EN ESTE PERÍODO.

DIFERENCIAS MORFOLÓGICAS ENTRE DENTICIÓN PRIMARIA O INFANTIL Y PERMANENTE.

- 1.- LAS PIEZAS PRIMARIAS SON MÁS PEQUEÑAS QUE LAS PERMANENTES.
- 2.- LAS CORONAS DE INFANTILES SON MÁS ANCHAS EN SU DIÁMETRO MESIODISTAL EN RELACIÓN CON SU ALTURA CERVICAL OCLUSAL, DANDO A ÉSTA DIENTES CON ASPECTO DE COPA EN LA REGIÓN ANTERIOR Y A LOS MOLARES ASPECTO MÁS APLASTADO.
- 3.- LAS SUPERFICIES BUCALES Y LINGUALES DE MOLARES PRIMARIOS SON MÁS PLANAS EN LA DEPRESIÓN CERVICAL QUE EN LOS PERMANENTES.
- 4.- EN LOS PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS, LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL CONVERGE A OCLUSAL DE MODO QUE EL GROSOR VESTÍBULO LINGUAL DE LA SUPERFICIE OCLUSAL ES MENOR QUE LA CERVICAL.

- 5.- EL CUELLO DE LAS PIEZAS PRIMARIAS ES MUY ESTRECHO.
- 6.- LA CAPA DE ESMALTE ES DELGADO Y TIENE APROXIMADAMENTE UN MILÍMETRO DE ESPESOR.
- 7.- EN DIENTES PRIMARIOS HAY MENOR ESTRUCTURA DENT--
TAL PARA PROTEGER LA PULPA.
- 8.- LOS CUERNOS PULPARES SON MÁS ALTOS QUE EN LOS --
PRIMARIOS ESPECIALMENTE EN MESIAL.
- 9.- EXISTE UN MAYOR ESPESOR DE DENTINA SOBRE EL TE--
CHO PULPAR EN LA FOSA OCLUSAL DE MOLARES PRIMA--
RIOS.
- 10.- LAS RAÍCES DE PIEZAS INFANTILES SON MÁS LARGAS--
Y DELGADAS EN RELACIÓN AL TAMAÑO DE LA CORONA.
- 11.- LAS RAÍCES DE MOLARES PRIMARIOS SE ABREN O EX--
PANDEN HACIA AFUERA.
- 12.- EL COLOR DE LOS DIENTES INFANTILES ES BLANCO --
AZULADO A DIFERENCIA DE LOS PERMANENTES QUE ES--
BLANCO AMARILLENTO.

CAPÍTULO V

OPERATORIA DENTAL PARA NIÑOS.

LA META PRINCIPAL DEL ODONTOPEDIATRA ES EL PRESERVAR LA INTEGRIDAD DE LAS PIEZAS CADUCAS, PARA QUE SE MANTENGAN FUNCIONES NORMALES Y OCURRA LA EXFOLIACIÓN NATURAL, - Y POR ENDE EL CAMINO PARA LA ERUPCIÓN DE PIEZAS PERMANENTES SANAS, AL IGUAL QUE CONTRIBUYE A LA SALUD GENERAL -- DEL NIÑO. LOS ELEMENTOS DE LA DENTICIÓN PRIMARIA DEBERAN PERMANECER SANOS POR UN PERÍODO QUE VA DESDE LOS 6 - MESES DE EDAD APROXIMADAMENTE HASTA LOS 11 AÑOS, CUANDO LOS CANINOS SUPERIORES CAEN EN SU CURSO NORMAL.

DURANTE ESTE PERÍODO, LOS DIENTES ESTÁN SUJETOS A - VISCISITUDES DE ABRASIÓN, ATRICCIÓN, TRAUMATISMO Y CA---RIES, AL IGUAL QUE LO ESTÁN LOS DIENTES ADULTOS.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS PARA PIEZAS PRIMARIAS.
RESTAURACIONES DE URGENCIA EN PIEZAS CARIADAS.

LAS RESTAURACIONES DE AMALGAMA LLEVADAS A CABO EN -

PIEZAS PRIMARIAS, NO SON CONSIDERADAS COMO "TEMPORALES".

EL CUIDADO CON EL QUE SE REALIZAN DEBERÁ SER EL MISMO QUE EL DE LAS PIEZAS PERMANENTES. SIN EMBARGO, HABRÁ NIÑOS QUE SUFRAN DESTRUCCIÓN RAMPANTE Y QUE LLEGARÁN AL CONSULTORIO DENTAL CON GRAN NECESIDAD DE TRATAMIENTO.

SE INICIA EL TRATAMIENTO DE NATURALEZA TEMPORAL PARA PREVENIR EL CURSO DE LAS FUERZAS CARIOGÉNICAS Y LA POSIBILIDAD DE DOLOR DE DIENTES O ABSCESOS QUE PODRÍAN OCURRIR DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA ANTES DE QUE PUEDAN CONCERTARSE VISITAS ORDINARIAS.

- 1.- SE HACE UNA EXCAVACION MASIVA DE LAS ÁREAS CARIADAS, PREVIO A UN ANESTÉSICO LOCAL DE CORTO EFECTO.
- 2.- PUEDE COLOCARSE UNA SUB-BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO EN CADA ÁREA QUE EXISTA CARIES PROFUNDA.
- 3.- SE HARÁ UNA MEZCLA CORREOSA DE CEMENTO DE FOSFATO DE CINC Y HACERSE FLUIR DENTRO DE CADA ÁREA DE CAVIDAD O IRM COMO TRATAMIENTO TEMPORAL.

PREPARACIÓN DE CAVIDAD.

LA CLASIFICACIÓN DE LAS PREPARACIONES DE CAVIDAD EN PIEZAS PERMANENTES ORIGINADAS POR BLACK PUEDE MODIFICARSE LIGERAMENTE Y APLICARSE A PIEZAS PRIMARIAS. ÉSTAS - MODIFICACIONES PUEDEN DESCRIBIRSE:

PREPARACIONES DE CAVIDADES DE PRIMERA CLASE.

LAS FOSAS Y FISURAS DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LAS PIEZAS MOLARES Y LAS FOSAS BUCALES Y LINGUALES DE TODAS LAS PIEZAS.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE SEGUNDA CLASE.

TODAS LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE PIEZAS MOLARES - CON ACCESO ESTABLECIDO DESDE LA SUPERFICIE OCLUSAL.

PREPARACIONES DE CAVIDADES DE TERCERA CLASE.

TODAS LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE PIEZAS ANTERIORES QUE PUEDEN AFECTAR O NO A EXTENSIONES LABIALES O LINGUALES.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE CUARTA CLASE:

PREPARACIONES DEL PROXIMAL DE UNA PIEZA ANTERIOR -- QUE AFECTE A LA RESTAURACIÓN DE UN ÁNGULO INCISAL.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE QUINTA CLASE:

EN EL TERCIO CERVICAL DE TODAS LAS PIEZAS, INCLUYEN DO LA SUPERFICIE PROXIMAL EN DONDE EL BORDE MARGINAL NO- ESTA INCLUIDO EN LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD (OBTURA--- CIÓN DE PUNTO).

ÉTAPAS PREDETERMINADAS EN LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES EN LAS PIEZAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS.

- 1) OBTENER FORMA DE DELINEADO.
- 2) OBTENER FORMA DE RESISTENCIA Y RETENSIÓN.
- 3) OBTENER FORMA DE CONVENIENCIA.
- 4) ELIMINAR LA CARIES RESTANTE.
- 5) TERMINAR LA PARED DE ESMALTE.
- 6) LIMPIAR LA CAVIDAD.

AL PREPARAR LAS FORMAS DE CAVIDADES PARA RESTAURAR_ PIEZAS PRIMARIAS, EXISTEN CIERTAS MODIFICACIONES EN DISEÑO DE CAVIDAD QUE HACEN QUE EL CUIDADO RESTAURATIVO DE - ÉSTAS PIEZAS SEA ÚNICO.

LA MAYORÍA DE ÉSTAS MODIFICACIONES TIENE RELACIÓN --
CON LAS DIFERENCIAS DE ANATOMÍA:

- CUBIERTAS MUY DELGADAS DE ESMALTE (1mm).
- CONTACTOS PROXIMALES ANPLIOS EN LOS MOLARES.
- CÁMARAS PULPARES AGRANDADAS.
- TABLA OCLUSAL ESTRECHA.
- PROTUBERANCIA CERVICAL MÁS PRONUNCIADA, JUNTO
CON UNA CONSTRICCIÓN PRONUNCIADA EN EL CUELLO-
DE LA PIEZA.

DESPUÉS DE CUMPLIR CON TODOS LOS POSTULADOS DE BLACK
SE PROCEDERÁ A LA OBTURACIÓN.

RESTAURACIÓN CAVIDADES DE I Y II CLASE.

SE APLICARÁ ENTONCES UNA SUB-BASE QUE CONTIENE HI---
DRÓXIDO DE CALCIO EN LA CAVIDAD YA SECA Y SE DEJA QUE SE-
FIJE. SE APLICA UN CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC O ALGUNA-
OTRA BASE DE FIJACIÓN DURA SOBRE LA SUB-BASE.

CUANDO EL ATAQUE DE CARIES ES TAN PROFUNDO QUE HAY -
QUE UTILIZAR UN TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO DE HIDRÓXIDO
DE CALCIO, EL PROCEDIMIENTO ANTERIOR PERMANECE IGUAL, ---
EXCEPTO QUE NO SE ELIMINAN LOS ÚLTIMOS VESTIGIOS DE DES--

TRUCCIÓN (PORQUE AL ELIMINARLOS SE EXPONDRÍA LA PULPA), - PERO SE SECAN A FONDO CON SUAVES APLICACIONES DE AIRE CALIENTE. SE APLICA ENTONCES LA SUB-BASE QUE CONTIENE HIDRÓXIDO DE CALCIO Y UN CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC, ANTES DE INSERTAR AMALGAMA EN CUALQUIER CAVIDAD, EL ÁREA DEBERÁ ESTAR LIMPIA Y SECA.

RESTAURACIÓN CAVIDADES DE III Y IV CLASE.

RESINAS COMPUESTAS.

PUEDE RESTAURAR CASI MILAGROSAMENTE DIENTES CADUCOS SIN EMBARGO, NO DEBERÁ CONFIARSE EN QUE ÉSTOS MATERIALES SOPORTEN ABRASIÓN POR INCISIÓN.

CORONAS PLÁSTICAS PREFORMADAS:

AUNQUE TARDAN MÁS TIEMPO EN PREPARARSE, CONSTITUYEN LAS MEJORES RESTAURACIONES ESTÉTICAS DE LAS PIEZAS ANTERIORES PRIMARIAS AMPLIAMENTE CARIADAS. EL ESMALTE DEL INCISIVO SE CORTA, Y SE ELIMINA, SE AJUSTA LA CORONA PREFORMADA DE PLÁSTICO Y SE CEMENTA EN SU LUGAR CON UN CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC. CUANDO SE UTILIZA EL CONTORNO ADECUADO, ÉSTAS RESTAURACIONES PUEDEN SER CASI PERFECTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTÉTICO.

BANDAS INOXIDABLES ORTODÓNTICAS.

ELIMINE TODA LA CARIES DE LA PIEZA Y APLIQUE SUB-BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO CUANDO SEA NECESARIO. AJUSTE A CADA PIEZA LAS BANDAS ORTODÓNTICAS INOXIDABLES, RECORTE LA PORCIÓN LABIAL DE LA BANDA DE MANERA QUE SOLO UNA PORCIÓN ESTRECHA (1 1/2 a 2 mm) DE LA BANDA PERMANEZCA EN GINGIVAL, CEMENTE LA BANDA EN SU LUGAR CON FOSFATO DE ZINC, LIMPIE CUALQUIER RESTO EN LAS ÁREAS PROXIMALES. UTILICE LA TÉCNICA DE CEPILLO PARA APLICAR ACRÍLICO RESINOSO QUE SE MANTIENE EN SU LUGAR CON LA BANDA EN LOS PROXIMALES COMO LO HARÍA UNA MATRIZ.

RESTAURACIÓN CAVIDAD Y CLASE.

ÉSTAS PREPARACIONES SE CORTAN MUY PARECIDAS A LAS DE LAS PIEZAS PERMANENTES. PARA ASEGURARSE DE QUE LA PARED GINGIVAL ESTÁ LIBRE DE DESTRUCCIÓN DE ESTRUCTURA DENTAL DESCALCIFICADA, SE PUEDE USAR UNA GRAPA DE DIQUE DE CAUCHO PARA RETRAER LOS TEJIDOS LABIALES O BUCALES. ESTO FACILITA LA CONDENSACIÓN Y TAMBIÉN EL EXCAVADO. EN TODAS LAS PREPARACIONES PROFUNDAS, DEBERÁ USARSE BASE PROTECTORA. PUESTO QUE LAS VARILLAS DE ESMALTE SE DIRIGEN INCISAL Y OCLUSALMENTE EN LAS PIEZAS PRIMARIAS, NO ES NECESARIO BISELAR LA CAVOSUPERFICIE GINGIVAL.

CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO PULPAR DE PIEZAS PRIMARIAS

RECUBRIMIENTO PULPAR.

LA FORMA MÁS SENCILLA DE TERAPÉUTICA PULPAR ES EL RECUBRIMIENTO DE LA PULPA.

EN DENTADURAS PRIMARIAS, SE LOGRAN MEJOR LOS RECUBRIMIENTOS PULPARES "SOLO EN AQUELLAS PIEZAS CUYA PULPA DENTAL HA SIDO EXPUESTA MECANICAMENTE CON INSTRUMENTOS COR--TANTES AL PREPARAR LA CAVIDAD".

EN OCASIONES ESTO ES INEVITABLE, YA QUE ALGUNOS CUERPOS PULPARES MUY DELGADOS PUEDEN EXTENDERSE HACIA AFUERA DE MANERA QUE ESTÁN ANORMALMENTE PRÓXIMOS A LA SUPERFICIE Y SIN EMBARGO SON DE TAMAÑO SUFICIENTEMENTE PEQUEÑO PARA NO SER DETECTADOS EN LA RADIOGRAFÍA.

EN ÉSTOS CASOS, LA PROBABILIDAD DE INVASIÓN BACTERIANA ES MÍNIMA Y NO SE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

POSTERIORES EXCEPTO PARA LIMPIAR EL LUGAR DE EXPOSICIÓN -
CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN SATURADA CON PERÓXIDO DE HIDRÓ-
GENO.

EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA DEBERÁ PERMITIRSE LA PENE--
TRACIÓN DE SALIVA EN LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD O QUE -
ENTRE EN CONTACTO CON EL ÁREA EXPUESTA. GENERALMENTE SE
PRESENTA MUY Poca O NINGUNA HEMORRAGIA.

AL LIMPIAR EL ÁREA, SE APLICA UNA PEQUEÑA CANTIDAD -
(1 mm DE ESPESOR) DE HIDRÓXIDO DE CALCIO SOBRE LA EXPOSI-
CIÓN.

ESTO SE LOGRA EN FORMA DE POLVO SECO, LLEVADO AL LU-
GAR CON UNA CUCHARILLA O TRANSPORTADOR DE AMALGAMA, O TAM-
BIEN SE PUEDE MEZCLAR EL POLVO CON AGUA ESTERILIZADA HAS-
TA FORMAR UNA PASTA ESPESA APLICABLE CON UN BRUÑIDOR DE -
BOLA ESFÉRICA O CON UN TRANSPORTADOR DE AMALGAMA.

TOMANDO EN CUENTA QUE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO NO SE -
FIJA EN CONSISTENCIA DURA, SE HACE FLUIR ENTONCES SOBRE--
EL MATERIAL RECUBRIDOR UNA CAPA DE CEMENTO DE FOSFATO DE-
ZINC. SE EXTIENDE LA BASE DE CEMENTO MÁS ALLÁ DE LOS LÍ-
MITES DEL MATERIAL RECUBRIDOR PARA LOGRAR BASE FIRME CON-

TRA LA QUE SE PUEDA EMPACAR AMALGAMA U OTRO MATERIAL RESTAURATIVO.

AUNQUE EL FOSFATO DE ZINC, PUEDE SER EXTREMADAMENTE-IRRITANTE PARA LA PULPA, LA CAPA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO - ES DE NATURALEZA SUFICIENTEMENTE ALCALINA PARA NEUTRALIZAR LA ACIDEZ DEL CEMENTO. DE IGUAL MANERA EL HIDRÓXIDO DE CALCIO EN CONTACTO CON LA PULPA DEBERÁ ESTIMULAR LA ACTIVIDAD ODONTOBLÁSTICA QUE LLEVA AL DESARROLLO DE DENTINA SECUNDARIA.

EN PIEZAS EN LAS QUE EL LUGAR A RECUBRIR PUEDE SER - ALTERADO POR PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS, NO SE ACONSEJA RECUBRIR CON HIDRÓXIDO DE CALCIO LA PULPA EXPUESTA. EN MUCHOS CASOS ES ACONSEJABLE CONSIDERAR UNA RESTAURACIÓN - COMPLETA DE CORONA, PARA DAR PROTECCIÓN MÁXIMA Y MAYOR -- OPORTUNIDAD DE RECUPERACIÓN.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

DENOMINADO TAMBIEN PROTECCIÓN PULPAR INDIRECTA O PROTECCION NATURAL, ES LA TERAPÉUTICA QUE TIENE POR OBJETO-- EVITAR LA LESIÓN PULPAR IRREVERSIBLE Y CURAR LA LESIÓN -- PULPAR REVERSIBLE CUANDO YA EXISTE.

EN LA CARIES DENTAL AVANZADA LA QUE ABARCA LA CASI -
TOTALIDAD DE LOS CASOS CLÍNICOS EN LOS QUE SE PRACTICA EL
RECUBRIMIENTO PULPAR, PERO EN MUCHAS OCASIONES, CAUSAS --
TRAUMÁTICAS E IATROGÉNICAS PUEDEN MOTIVAR EL EMPLEO DE ÉS
TA TERAPÉUTICA.

TRATAMIENTO No. 1.

PASOS DEL RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

- 1) AISLAMIENTO.
- 2) ELIMINACIÓN DE TODA LA DENTINA CAREADA RE---
BLANDECIDA HASTA LLEGAR A UNA PROFUNDIDAD --
QUE EVITARÁ PENETRACIÓN AL CUERNO PULPAR.
- 3) SE COLOCA UNA PASTA ESPESA DE HIDRÓXIDO DE -
CALCIO Y AGUA SOBRE LA CARIES RESTANTE.
- 4) SE COLOCA DIRECTAMENTE SOBRE EL HIDRÓXIDO DE
CALCIO UNA RESTAURACIÓN DE AMALGAMA.

DESPUÉS DE 6 MESES SE ELIMINA LA AMALGAMA Y EL RESTO
DE CARIES DEBIDO A QUE LA DENTINA SUBYACENTE ERA DENSA Y-
DURA.

TRATAMIENTO No. 2.

- 1) AISLAMIENTO.

- 2) ELIMINACIÓN DE TODA LA DENTINA CAREADA REBLANDECIDA.
- 3) LAVAR LA CAVIDAD CON AGUA Y SECAR LA SUPERFICIE CUIDADOSAMENTE, PERO SIN PROVOCAR DESECCIÓN.
- 4) SI EL ESPESOR RESIDUAL DE DENTINA SE HA CALCULADO EN MENOS DE 1 mm O LA ÚLTIMA CAPA DENTINARIA ESTÁ TODAVÍA REBLANDECIDA, COLOCAR UNA BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO, OTRA DE EUGENATO DE ZINC, (ZOE) Y DESPUES CEMENTO DIFOSFATO DE ZINC, SI SE HA CALCULADO QUE LA DENTINA RESIDUAL ES DE UN ESPESOR MAYOR A 1 mm., APLICAR LA MEZCLA DE EUGENOL Y ÓXIDO DE ZINC (SOLAMENTE).
- 5) TERMINAR LA RESTAURACIÓN FINAL.

PULPOTOMÍA PARCIAL.

ES LA AMPUTACIÓN DE LA PULPA CAMERAL Y LA COLOCACIÓN DE UN MEDICAMENTO ADECUADO SOBRE EL TEJIDO REMANENTE EXPUESTO.

SU OBJETIVO ES MANTENER CON VITALIDAD LA PULPA DE --

LOS CONDUCTOS RADICULARES. EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN - ES EL FORMOCRESOL, ESTE SOLO VA A FIJAR TEJIDO CERCANO A LA AMPUTACIÓN, MIENTRAS QUE LA PARTE APICAL DE LA PIEZA - PERMANECE VITAL.

INDICADA:

- 1.- EN TODAS LAS EXPOSICIONES POR CARIES O ACCI DENTES EN INCISIVOS Y MOLARES PRIMARIOS.

CONTRAINDICACIONES.

- 1.- CUANDO EXISTEN ANTECEDENTES DE DOLOR ESPONTÁNEO.
- 2.- RADIOGRÁFICAMENTE CUANDO SE OBSERVAN ZONAS-RADIOLÚCIDAS APICALES O EN LA BIFURCACIÓN.- RESORCIÓN DE MÁS DE UN TERCIO DE LA RAIZ Y- ABSORCIÓN INTERNA.

PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA.

PUEDE REALIZARSE EN UNA CITA (5 MINUTOS O EN 2 CITAS 7 DÍAS), UNA VEZ ANESTESIADO EL NIÑO, SE ELIMINA LA DENTI NA CON UNA FRESA DE BOLA GRANDE,, SE APLICA UN GERMICIDA,- SE REMUEVE EL TECHO PULPAR CON UNA FRESA DE FISURA CON EL FIN DE DEJAR EXPUESTA LA CÁMARA PULPAR. SE PROCEDE A AM

PUTAR LA PARTE CAMERAL DE LA PULPA CON UNA CUCHARILLA DE DENTINA O UNA FRESA DE BOLA GRANDE. EN ESTE PUNTO SE -- PRESENTARA UNA HEMORRAGIA DE REGULAR INTENSIDAD, LA CUAL-- NO SE DEBE COHIBIR, SINO QUE SE PENETRARÁ LA ENTRADA DE-- LOS CONDUCTOS UNOS MILÍMETROS CON UNA FRESA DE BOLA GRAN-- DE QUE NO TRASPASE EL CONDUCTO.

LA FRESA LLEVARÁ UNA ANGULACIÓN DE 45° PARA NO LESIO-- NAR LA BIFURCACIÓN.

SE LAVA LA CAVIDAD PULPAR CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA Y SE PROCEDE A COHIBIR LA HEMORRAGIA CON PEQUEÑAS TORUNDAS-- DE ALGODÓN DEJANDOLAS POR 3 MINUTOS.

UNA VEZ QUE SE RETIRA, INTRODUCIMOS UNA TORUNDA IM-- PREGNADA CON FORMOCRESOL COLOCÁNDOLA EN CONTACTO CON LOS-- MUÑONES PULPARES DURANTE 5 MINUTOS.

EN ESTE TIEMPO LA HEMORRAGIA SE VA A COHIBIR Y PREPA-- RAMOS LA PASTA F.F. QUE CONSISTE EN UNA MEZCLA DE UNA GOTA DE FORMOCRESOL, UNA GOTA DE EUGENOL Y POLVO DE ÓXIDO-- DE ZINC, DÁNDOLE UNA CONSISTENCIA CREMOSA.

SE RETIRA LA TORUNDA CON FORMOCRESOL, SE SECA LA CA--

VIDAD CON ALGODÓN (NUNCA USAR AIRE) Y SE COLOCA LA PASTA-SOBRE LOS MUÑONES Y EN LAS PAREDES ADYACENTES AL MUÑÓN.

SE DEJA UNA CAPA CON UN GROSOR DE 2mm. DESPUÉS SE-COLOCA OTRA CAPA DE ZOE O CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC.

SE PROCEDE A LA RECONSTRUCCIÓN DE UNA CORONA DE ACE-RO CROMO, PUES QUEDAN MUY DEBILES Y SE FRACTURAN FACILMEN-TE.

SI DESPUÉS DE APLICAR EL FORMOCRESOL PERISTE LA HEMO-RRAGIA, SE PROCEDE A LA TÉCNICA DE 2 CITAS O 7 DÍAS, DE--JANDO TORUNDAS HÚMEDAS CON FORMOCRESOL EN CONTACTO CON --LOS MUÑONES PULPARES DURANTE 7 DÍAS, DESPUÉS DE ESTE TIEM-PO SE REMUEVEN LAS TORUNDAS Y SE OBTURA LA CÁMARA Y LA --PORCIÓN ACCESIBLE A LOS CONDUCTOS RADICULARES.

UNA CONTRAINDICACIÓN PARA ESTA TÉCNICA ES USARLA ---CUANDO SE SOSPECHA QUE LA INFECCIÓN HA SOBREPASADO EL SI-TIO DE AMPUTACIÓN. EL ÉXITO QUE SE LE ATRIBUYE AL FORMO-CRESOL ES POR SU POTENTE CAPACIDAD BACTERICIDA.

LA PULPOTOMÍA A BASE DE FORMOCRESOL PUEDE FALLAR DE-BIDO A LO SIGUIENTE:

- 1.- RECURRENCIA O FORMACIÓN DE UN TRACTO FISTU-
LOSO.
- 2.- FORMACIÓN DE PATOLOGÍA APICAL, PERIAPICAL O
INTRARRADICULAR.
- 3.- ABSORCIÓN ATÍPICA RADICULAR.
- 4.- MOVILIDAD CONTINUA.

PULPOTOMÍA CON HIDRÓXIDO DE CALCIO.

- LOS PROCEDIMIENTOS SON IGUALES A LA ANTERIOR.
- LA DIFERENCIA ES QUE CUANDO SE HIZO EL ACCESO A LA
CÁMARA PULPAR, SI PERSISTE LA HEMORRAGIA, SE PRE--
SIONA CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN IMPREGNADO CON HI
DRÓXIDO DE CALCIO PARA INDUCIR LA COAGULACIÓN.
- DESPUÉS DEL CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE LOS TEJIDOS
PULPARES RADICULARES, SE APLICA UNA PASTA DE HIDRÓ
XIDO DE CALCIO SOBRE LOS MUÑONES AMPUTADOS.
- ENSEGUIDA SE APLICA UNA BASE DE CEMENTO SOBRE EL -
HIDRÓXIDO DE CALCIO PARA SELLAR LA CORONA (ÓXIDO -
DE ZINC Y EUGENOL).
- POSTERIORMENTE SE PROCEDE A LA RESTAURACIÓN DE LA-
PIEZA.

DEBEN REALIZARSE EXÁMENES PERIÓDICOS PARA EVALUAR EL ESTADO DE LA PIEZA, TANTO CLÍNICA COMO RADIOGRÁFICAMENTE.

PULPECTOMÍA EN PIEZAS PRIMARIAS.

PULPECTOMÍA QUIERE DECIR ELIMINACIÓN DE TODO TEJIDO-PULPAR DE LA PIEZA, INCLUYENDO LAS PORCIONES CORONARIAS Y RADICULARES. AUNQUE LA ANATOMÍA DE LAS RAÍCES DE LA PIEZA PUEDE EN ALGUNOS CASOS COMPLICAR ÉSTOS PROCEDIMIENTOS, EXISTE INTERÉS RENOVADO POR LA POSIBILIDAD DE RETENER LAS PIEZAS PRIMARIAS EN VEZ DE CREAR LOS PROBLEMAS DE MANTENEDORES DE ESPACIO A LARGO PLAZO.

DEBERÁ CONSIDERARSE CUIDADOSAMENTE LA PULPECTOMÍA DE PIEZAS PRIMARIAS NO VITALES, ESPECIALMENTE EN EL CASO DE-SEGUNDOS MOLARES, CUANDO EL PRIMER MOLAR NO HA HECHO ERUPCIÓN.

LAS PIEZAS ANTERIORES CADUCAS SON LAS MEJORES CANDIDATAS PARA TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS.

SIN EMBARGO, DEBE RECORDARSE QUE LAS PIEZAS PRIMARIAS SON CONOCIDAS POR SUS MÚLTIPLES CANALES AUXILIARES, Y EN ESE CASO, LA CÁMARA PULPAR NO PODRÁ SER COMPLETAMENTE EXTIRPADA NI LOS CANALES OBTURADOS DESPUÉS.

PARA TÉCNICAS TERAPÉUTICAS ENDODÓNTICAS EN PIEZAS -- PRIMARIAS, EL PROCEDIMIENTO ES MUY SIMILAR AL QUE SE LLEVA A CABO EN PIEZAS PERMANENTES. SIN EMBARGO, DEBERÁN-- TENERSE EN CUENTA VARIOS PUNTOS IMPORTANTES AL REALIZAR-- TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS EN PIEZAS PRIMARIAS.

PRIMERO:

DEBERÁ TENERSE CUIDADO DE NO PENETRAR MÁS ALLÁ DE -- DE LAS PUNTAS APICALES DE LA PIEZA AL ALARGAR LOS CANALES. HACER ESTO PUEDE DAÑAR EL BROTE DE PIEZAS PERMANENTES ENDESARROLLO.

SEGUNDO:

DEBERÁ USARSE UN COMPUESTO RESORBIBLE COMO PASTA DE-- ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL, COMO MATERIAL DE OBTURACIÓN.

TERCERO:

DEBERÁ INTRODUCIRSE EL MATERIAL DE OBTURACIÓN EN EL-- CANAL PRESIONANDO LIGERAMENTE DE MANERA QUE NADA O CASI -- NADA ATRAVIESE EL ÁPICE DE LA RAIZ.

CUARTO:

LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DEL FINAL DE LA RAIZ DE LA PIEZA, ES DECIR LA APICECTOMÍA, NO DEBERÁ LLEVARSE A CABO

EXCEPTO EN CASOS EN QUE NO EXISTA PIEZA PERMANENTE EN PROCESO DE DESARROLLO.

SE HA LOGRADO CIERTO GRADO DE ÉXITO, PERO LA FORMA ESTRECHA, TORTUOSA Y ACORDONADA DE LOS CANALES HACE ESTE TRATAMIENTO MUY DELICADO EN EL MEJOR DE LOS CASOS.

PIEZAS JÓVENES PERMANENTES.

EN ÉSTAS PIEZAS, PROCEDIMIENTOS SIMILARES A LOS UTILIZADOS EN PIEZAS PRIMARIAS SON RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO Y PULPOTOMÍAS CON HIDRÓXIDO DE CALCIO.

SE EMPLEA RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO EN PIEZAS JÓVENES PERMANENTES, CUANDO VEMOS REDIOGRÁFICAMENTE LA CARIES LLEGAR HASTA LA PULPA VITAL, PERO AÚN NO LA HA INVADIDO.

SE ACONSEJA RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO CUANDO EXISTE PEQUEÑA EXPOSICIÓN DE TEJIDO PULPAR VITAL (MENOS DE 1mm) "EXCESO DE INSTRUMENTACIÓN Y NO DE CARIES".

EN LAS PIEZAS PERMANENTES JÓVENES, CON FORMACIÓN RADICULAR INCOMPLETA, Y CUANDO EL ESTADO DE LA PULPA ES FAVORABLE, SE PREFIERE LA PULPOTOMÍA A LAS OBSTRUCCIONES DE

CANALES RADICULARES, PARA QUE CONTINÚE LA FORMACIÓN RADICULAR. SI LA RAÍZ CONTINÚA FORMÁNDOSE, INDICA QUE EXISTE TEJIDO PULPAR VITAL EN EL ÁREA.

SE ACONSEJAN PULPOTOMÍAS EMPLEANDO HIDRÓXIDO DE CALCIO, CUANDO EXISTE EXPOSICIÓN AMPLIA (MAYOR DE 1mm.) DE TEJIDO PULPAR VITAL.

PUESTO QUE LOS CANALES RADICULARES DE LAS PIEZAS PERMANENTES JÓVENES POSTERIORES NO EXHIBEN LAS TORTUOSIDADES Y CONEXIONES TÍPICAS DE MOLARES PRIMARIOS, SE ACEPTAN PROCEDIMIENTOS CORRIENTES DE PULPECTOMÍA.

EL FORMOCRESOL NO SE ACONSEJA PARA DENTADURAS PERMANENTES, YA QUE EXISTE UNA POSIBLE FIJACIÓN DE FORMACIÓN--RADICULAR.

EN TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS PARA PIEZAS PERMANENTES JÓVENES, ESPECIALMENTE ANTERIORES, SE MODIFICA LA TÉCNICA PARA OBTENER SELLADO ADECUADO EN PIEZAS CON ÁPICES AMPLIOS Y TAL VEZ EN FORMA DE EMBUDO.

TÉCNICA:

- 1.- PROPORCIONAR CAMPOS ESTÉRILES.
- 2.- ACCESO ADECUADO AL ÁREA PULPAR.

- 3.- LIMPIEZA E IRRIGACIÓN DE LOS CANALES.
- 4.- ESTERILIZACIÓN DE LOS CANALES.
- 5.- SELLADO ADECUADO.

EN CASOS EN QUE UNA PIEZA PERMANENTE JOVEN HA SUFRIDO DESVITALIZACIÓN PULPAR Y NECROSIS ANTES DEL DESARROLLO NORMAL DEL ÁREA DE LA PUNTA APICAL, ES POSIBLE ESTIMULAR SUFICIENTE CRECIMIENTO POR MEDIO DE PROCEDIMIENTOS DE INDUCCIÓN RADICULAR PARA LOGRAR LA CONSUMACIÓN DEL ÁPICE.

PRIMERA VISITA:

SE LIMPIA CUIDADOSAMENTE EL CANAL Y SE LIMA HASTA LA MITAD DE LA LONGITUD.

SE APLICA UNA CURACIÓN DE CMCP DURANTE UNA SEMANA.

SEGUNDA VISITA:

- SE LIMPIA EL RESTO DEL CANAL, TENIENDO CUIDADO DE EVITAR EL ÁREA APICAL Y PERMANECIENDO EN LO POSIBLE A 3mm. DEL ÁPICE.
- DESPUÉS DE LIMPIAR Y SECAR EL CANAL SE INSERTA UNA PASTA DE CMCP E HIDRÓXIDO DE CALCIO (PASTA APICOFORMADORA).

- ES PREFERIBLE OBTURAR DEMASIADO, YA QUE LOS TEJIDOS PERIAPICALES REABSORVERÁN EL EXCESO.
- SE COLOCA UNA RESTAURACIÓN ADECUADA PARA SELLAR EL CANAL.
- SE EXAMINA LA PIEZA CADA SEIS MESES.

SI EL PROCEDIMIENTO FUE EFICAZ, SE FORMARÁ UNA TERMINACIÓN AL FINAL DE LA RAÍZ. ENTONCES ES POSIBLE VOLVER A ENTRAR EN EL CANAL, ELIMINAR LA PASTA Y COLOCAR ALGUNA OBTURACIÓN NORMAL EN ENDODONCIA.

SI NO SE CIERRA A LOS SEIS MESES, ENTONCES DEBERÁ --VOLVERSE A ABRIR LA PIEZA, EXTRAER LA PASTA ANTIGUA E INSERTAR MATERIAL NUEVO.

CAPÍTULO VII

TRATAMIENTO DE LESIONES EN PIEZAS ANTERIORES INFANTILES.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES EN PIEZAS ANTERIORES.

PRIMERA CLASE:

FRACTURA SENCILLA DE LA CORONA; DENTINA NO AFECTADA-
O MUY POCO AFECTADA.

SEGUNDA CLASE:

FRACTURA EXTENSA DE LA CORONA, AFECTANDO A CONSIDERA
BLE CANTIDAD DE DENTINA; SIN EXPOSICIÓN DE PULPA DENTAL.

TERCERA CLASE:

FRACTURA EXTENSA DE LA CORONA, AFECTANDO A CONSIDERA
BLE CANTIDAD DE DENTINA, CON EXPOSICIÓN DE PULPA DENTAL.

CUARTA CLASE:

PIEZA TRAUMATIZADA TRANSFORMADA EN NO VITAL, CON O -
SIN PÉRDIDA DE LA ESTRUCTURA CORONARIA.

QUINTA CLASE:

PÉRDIDA DE LA PIEZA COMO RESULTADO DE TRAUMATISMO.

SEXTA CLASE:

FRACTURA DE LA RAÍZ, CON O SIN PERDIDA DE ESTRUCTURA CORONARIA.

SÉPTIMA CLASE:

DESPLAZAMIENTO DE LA PIEZA, SIN FRACTURA DE CORONA O RAÍZ.

OCTAVA CLASE:

FRACTURA DE LA CORONA EN MASA Y SU REEMPLAZO.

TRATAMIENTO DE FRACTURAS CORONARIAS.

FRACTURAS QUE AFECTAN SOLO ESMALTE (PRIMERA CLASE).

- CUBRIRSE EL BORDE FRACTURADO CON ADHESIVO PARA PROTEGER LA PULPA.
- RABAJAR EL BORDE INCISAL (DESPUÉS DE 8 SEMANAS) Y COLOCAR RESINA TRATADA PREVIAMENTE CON ACIDO, DESPUÉS DE ESTAR SEGUROS DE QUE LA PULPA SE RECUPERÓ TOTALMENTE DEL IMPACTO DE LA LESIÓN.

FRACTURAS QUE AFECTAN A ESMALTE Y DENTINA SIN PRESENCIA DE EXPOSICIÓN PULPAR (SEGUNDA CLASE).

- CAPA PROTECTORA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO ($\text{Ca}(\text{OH})_2$) - DE FIJACIÓN DURA.
- RETENEDOR TEMPORAL, HASTA QUE SE HAYA FORMADO UNA CAPA ADECUADA DE DENTINA SECUNDARIA, PUEDE EMPLEARSE UN ADHESIVO COMERCIAL, UNA BANDA ORTODÓNTICA, - UNA FORMA DE CORONA DE CELULOIDE OBTURADA CON MATERIAL RESTAURATIVO DE RESINA COMPUESTA O CORONA DE ACERO INOXIDABLE.

SELLADO ADHESIVO.

DESPUÉS DE CUBRIR LA DENTINA CON $\text{Ca}(\text{OH})_2$ SE PUEDE-- SELLAR CON UN ADHESIVO QUE EMPLEA LUZ ULTRAVIOLETA. ESTA TÉCNICA ES RÁPIDA Y NO REQUIERE REBAJADO DE LA ESTRUCTURA DENTAL. AUNQUE NO RESTAURA LA FORMA DE LA PIEZA, - EL MATERIAL NO EJERCE EFECTO ESTÉTICO DESAGRADABLE.

BANDA ORTODÓNTICA.

SI SE DESEA UNA BANDA HECHA A LA MEDIDA, SE ADAPTA - A LA PIEZA CON PRESIÓN MANUAL UNA BANDA DE ACERO INOXIDABLE DE APROXIMADAMENTE 1mm., 11/4 PULGADAS DE LARGO (31mm) COLOCADO LINGUALMENTE LOS BORDES LIBRES. LAS DOS EXTRE-

MIDADES DE LA BANDA SE ACERCAN ENTRE SÍ EN LINGUAL, ACANA LÁNDOLAS CON PINZAS HOW. SIN AFLOJAR LAS PINZAS SE EX-- TRAE LA BANDA DE LA PIEZA. SE PUNTEA LA BANDA Y SE CORTA-- EL EXCESO DE MATERIAL HASTA 1mm. DE LA BANDA. SE VUELVE A ASENTAR LA BANDA EN LA PIEZA Y EL SOBRENTE DE 1mm. SE-- DOBLA CONTRA LA BANDA Y SE BRUÑE, SE EXTRAE LA BANDA DE - LA PIEZA Y EL EXCEDENTE BRUÑIDO SE PUNTEA. SE CONTORNEA LA BANDA Y SE VUELVE A ASENTAR Y SE COMPRUEBA LA OCLUSIÓN Y RETENSIÓN, SE CEMENTA CON ZOE Y ÁCIDO ETÓXICO-BENZOICO. POSEE LA GRAN DESVENTAJA DE SER ANTIESTÉTICO.

CORONAS DE CELULOIDE.

SE SELECCIONA UTILIZANDO COMO GUÍA PARA TAMAÑO Y FOR MA LA PIEZA CORRESPONDIENTE EN EL CUADRANTE ADYACENTE. SE CORTA CUIDADOSAMENTE EL MARGEN GINGIVAL CON TIJERAS CUR-- VAS, PARA AJUSTARSE APROXIMADAMENTE 1mm BAJO EL MARGEN -- GINGIVAL LIBRE. SE HACEN DOS ORIFICIOS EN EL TERCIO IN- CISCAL DE LA SUPERFICIE LINGUAL PARA QUE SIRVA DE SALIDA A EXCESO DE RESINA COMPUESTA O AIRE ATRAPADO. LA RESINA-- SE APLICA A LA CORONA EN PEQUEÑAS CANTIDADES PARA EVITAR-- BOLSAS DE AIRE Y SE ASIENTA SUAVE Y LENTAMENTE EL CONTENI DO, CUIDANDOSE DE EVITAR DESALOJAR EL $\text{Ca}(\text{OH})_2$. SE MANTIE NE LA CORONA EN SU LUGAR DE 3 a 5 MINUTOS. CUANDO SE --

HAYA COMPLETADO LA POLIMERIZACIÓN, SE RECORTAN LOS EXCESOS DE DENTINA. SE ELIMINA LA FORMA DE CORONA CORTANDO EN TIRAS. SE COMPROBEA LA MORDIDA Y SE PROCEDE AL RECORTADO Y PULIDO FINAL.

FRACTURAS QUE AFECTAN A LA PULPA (TERCERA CLASE)..

EXISTEN 4 CAMINOS:

- 1) RECUBRIMIENTO PULPAR.- CON EXPOSICIÓN MÍNIMA Y MENOS DE 24 HORAS.
- 2) PULPOTOMÍA.- HEMORRAGIA MODERADA Y APROXIMADAMENTE 72 HORAS.
- 3) PULPECTOMÍA CON O SIN APICECTOMÍA.- CUANDO LA PULPA ESTÁ DEGENERADA, TUMEFACTA O MUESTRA VITALIDAD DUDOSA, Y SI TIENE MÁS DE 72 HORAS.
- 4) EXTRACCIÓN DE LA PIEZA.

CORONA Y CENTRO REFORZADO.

TÉCNICA DE STARKEY.

- 1) RETIRE LA RESTAURACIÓN TEMPORAL Y DEJE INTACTA LA ÚLTIMA CAPA DE $\text{Ca}(\text{OH})_2$ Y APLIQUE CE--

MENTO DE FOSFATO DE ZINC COMO BASE PROTECTORA

- 2) CORTE UNA PIEZA DE TUBO ORTODÓNTICO HUECO ---
.09mm Y SE PERFORA.
- 3) SE UNE EL TUBO A LA BASE DE CEMENTO CON FOSFA
TO DE ZINC.
- 4) SE MEZCLA Y EMPACA EL MATERIAL EN EL INTERIOR-
Y ALREDEDOR DEL TUBO ORTODÓNTICO Y SE CONSTRUYE
ALREDEDOR DEL LUGAR DE FRACTURA.
- 5) YA POLIMERIZADA SE PREPARA LA PIEZA Y EL CEN--
TRO PARA RECIBIR UNA CORONA DE FUNDA.

FRACTURA MASIVA DE LA CORONA (CUARTA CLASE).

SI PRESENTA FRACTURA HORIZONTAL CERCA DE LA UNIÓN EN--
TRE CEMENTO Y ESMALTE, SE ACONSEJA EXTRACCIÓN, DEBIDO A QUE
LA HENDIDURA ES TAL QUE LA RESTAURACIÓN RESULTA IMPOSIBLE.

SI ES POSIBLE DEBERÁ TRATARSE LA PIEZA DEBIDO A QUE LA
CORONA CLÍNICA EN LOS NIÑOS PUEDE ESTAR SUMERGIDA UNOS MILÍ
METROS DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL LIBRE.

- SE REALIZA UNA GINGIVECTOMÍA PARA EXPONER ESTRUCTURA
DENTAL SUFICIENTE PARA PERMITIR PROCEDIMIENTOS ENDO-

DÓNTICOS ADECUADOS. PUEDE SER NECESARIO EXTRAER --
UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE HUESO, SE LLEVA A CABO ENTON-
CES UNA PULPECTOMÍA Y SE OBTURA EL TERCIO APICAL DE-
LA RAÍZ. SE CEMENTA EN LA RAÍZ UN CENTRO DE ORO---
FUNDIDO Y SOBRE ESTO SE CEMENTA UNA CORONA CON FUNDA
DE PORCELANA.

PÉRDIDA DE LA PIEZA (QUINTA CLASE).

EXTRACCIÓN, SE REEMPLAZA CON PRÓTESIS FIJA. SEGÚN --
LAS CIRCUNSTANCIAS INDIVIDUALES, EL TRATAMIENTO INCLUIRÁ --
REIMPLANTACIÓN O CONSTRUCCIÓN DE REEMPLAZOS PROSTODÓNTICOS-
PARA LOS MIEMBROS DENTALES AUSENTES.

TRATAMIENTO DE RAÍCES FRACTURADAS. (SEXTA CLASE).

COMPRENDE:

- 1) REDUCCIÓN DE LA PIEZA DESPLAZADA Y APOSICIÓN DE LAS
PARTES FRACTURADAS. DEBE TRATARSE CON MANIPULA---
CIÓN DIGITAL.
- 2) INMOVILIZACIÓN. PERÍODO DE MESES O AÑOS.
- 3) OBSERVACIÓN MINUCIOSA BUSCANDO CAMBIOS PATOLÓGICOS-
EN LA PIEZA LESIONADA O EN LA REGIÓN APICAL CIRCUN-
DANTE.

- PROTECCIÓN ANTIBIÓTICA PROFILÁCTICA POR UNA SEMANA--
SI OCURREN CAMBIOS PATOLÓGICOS DURANTE EL PERÍODO DE --
INMOVILIZACIÓN, DEBERÁ VOLVERSE A CONSIDERAR LA RETENSIÓN--
DE LA PIEZA. EN ÉSTAS CIRCUNSTANCIAS, RETENER LA PIEZA RE
QUERIRÁ TERAPÉUTICA DE CANAL PULPAR EN EL SEGMENTO PRINCI--
PAL. PUEDE DEJARSE SOLO EL SEGMENTO APICAL, OBTURADO CON--
UNA EXTENSIÓN DE LA OBTURACIÓN RADICULAR DEL SEGMENTO PRIN--
CIPAL, O SE PUEDE EXTIRPAR QUIRÚRGICAMENTE (APICECTOMÍA).

FIJACIÓN DE INSTRUMENTOS EN FRACTURAS RADICULARES.

- 1) HILOS METÁLICOS.
- 2) ALAMBRADO O BARRAS DE ARCO QUIRÚRGICAS.
- 3) BANDA Y FÉRULA DE ALAMBRE.
- 4) FÉRULA ACRÍLICA.

PIEZAS DESPLAZADAS SIN FRACTURA DE CORONA O RAÍZ.
(SÉPTIMA CLASE).

AL TRATAR PIEZAS DESARTICULADAS O DESPLAZADAS EN DIREC
CIÓN LATERAL O LABIOLINGUAL, DEBERÁ REDUCIRSE EL DESPLAZA--
MIENTO Y VOLVER A ALINEAR LAS PIEZAS EN SU POSICIÓN INICIAL
EN CUANTO SEA POSIBLE. SI EL DESPLAZAMIENTO NO ES DEMASIA
DO PRONUNCIADO Y SE EXAMINA AL PACIENTE POCO TIEMPO DESPUÉS

DEL ACCIDENTE, EN ALGUNOS CASOS PUEDE LLEVARSE A CABO LA REDUCCIÓN SIN ANESTESIA, COLOCANDO UNA ESPONJA CON GASA SOBRE LAS PIEZAS DESPLAZADAS Y LLEVÁNDOLAS A SU POSICIÓN CON LA MANO, GUIÁNDOSE POR LAS PIEZAS ADYACENTES SANAS.

SI EL DESPLAZAMIENTO ES CONSIDERABLE Y DOLOROSO AL TACTO, SE PUEDE REALIZAR LA REDUCCIÓN CON ANESTESIA LOCAL.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ ASEGURARSE SIEMPRE DE QUE LA ALINEACIÓN ES NORMAL Y QUE NO EXISTE INTERFERENCIA DE MORDIDA. PUEDEN HACERSE APLICACIONES CALIENTES PARA REDUCIR CUALQUIER MOLESTIA INHERENTE Y DEBERA FERULARSE AL PACIENTE DE 4 a 12 SEMANAS.

SI LAS PIEZAS HACEN EXTRUSIÓN, DEBERÁN COLOCARSE CUIDADOSAMENTE CON LA MANO, EN SUS RESPECTIVOS ALVÉOLOS Y DEBERÁN FERULIZARSE.

DEBERÁ PERMITIRSE VOLVER A BROSTAR LAS PIEZAS ANTERIORES PERMANENTES INTRUIDAS. GENERALMENTE NO ES NECESARIO FERULIZAR, PERO DEBERÁ EXAMINARSE CUIDADOSAMENTE EN SEÑAL DE NECROSIS PULPAR.

CUANDO OCURRE INTRUSIÓN O EXTRUSIÓN, LA PULPA TIENDE A

SUFRIR LESIONES MÁS GRAVES. POR LO TANTO, EXISTE MAYOR --
PROBABILIDAD DE CESE DE FORMACIÓN RADICULAR. LA RESORCIÓN
RADICULAR PUEDE SER UNA CONSECUENCIA ADICIONAL E INDICACIÓN
PARA REALIZAR PULPECTOMÍA.

FRACTURA DE LA CORONA EN MASA (OCTAVA CLASE).

EN ESTADO DE URGENCIA, RARAMENTE SE VEN FRACTURAS CORO
NARIAS QUE AFECTEN SOLO ESMALTE Y DENTINA.

SIN EMBARGO, LAS FRACTURAS QUE EXPONEN TEJIDO VITAL --
PULPAR DEBERÁN RECIBIR TRATAMIENTO INMEDIATO DE URGENCIA.

LA PULPA VITAL EXPUESTA DEBERÁ TRATARSE POR PULPOTOMÍA
CON HIDRÓXIDO DE CALCIO CUANDO EL ÁPICE DE LA PIEZA NO ESTÁ
DESARROLLADO TOTALMENTE, Y SI LA FORMACIÓN RADICULAR ES COM
PLETA, SE HARÁ CON FORMOCRESOL.

CUANDO LA PULPA SE PRESENTA NO VITAL, EL TRATAMIENTO -
DE ELECCIÓN SERÁ LA PULPECTOMÍA: ABRIRSE Y LIMAR EL CANAL--
IRRIGARLO CON SOLUCIONES ALTERNADAS DE HIPOCLORITO DE SODIO
Y PERÓXIDO DE HIDRÓGENO Y OBTURAR CON PASTA RESORBIBLE (ZOE)

DESPUÉS DE REALIZAR LA TERAPÉUTICA PULPAR, Y SUPONIEN
DO HABER LOGRADO SUFICIENTE RETENSIÓN, LA RESTAURACIÓN PUE
DE SER:

- 1) CORONA DE ACERO INOXIDABLE CON O SIN VENTANA-LABIAL.
- 2) CORONA DE FUNDA ACRÍLICA FABRICADA (MOLDE DE--CELULOIDE).
- 3) CORONA PREFORMADA DE POLICARBOXILATO.

CAPÍTULO VIII

E X T R A C C I O N E S

AL CONSIDERARSE SI SE DEBEN EXTRAER PIEZAS PRIMARIAS, DEBERÁ SIEMPRE TENERSE PRESENTE QUE LA EDAD, POR SÍ SOLA,-- NO ES CRITERIO ACEPTABLE PARA DETERMINAR SI ES NECESARIO-- EXTRAER UNA PIEZA PRIMARIA. UN SEGUNDO MOLAR PRIMARIO,-- POR EJEMPLO, NO DEBERÁ EXTRAERSE SOLO PORQUE EL NIÑO TENGA 11 ó 12 AÑOS, A MENOS QUE SE PRESENTE ALGUNA INDICACIÓN ESPECIAL. EN ALGUNOS PACIENTES, LOS SEGUNDOS PREMOLARES ES TÁN LISTOS PARA BROTAR A LOS 8 ó 9 AÑOS DE EDAD, MIENTRAS-- QUE EN OTROS CASOS, LAS MISMAS PIEZAS NO MUESTRAN SUFICIENTE DESARROLLO RADICULAR A LA EDAD DE 12 AÑOS. UNA PIEZA-- PRIMARIA QUE ESTÉ FIRME E INTACTA EN EL ARCO, NUNCA DEBERÁ SER EXTRAÍDA, A MENOS QUE SE HAYA REALIZADO UNA EVALUACIÓN COMPLETA CLÍNICA Y RADIOGRÁFICA, DE LA BOCA COMPLETA, ESPECIALMENTE DEL ÁREA PARTICULAR.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS PRIMARIAS.

- 1) EN CASOS EN QUE LAS PIEZAS ESTÉN DESTRUÍDAS A -- TAL GRADO QUE SEA IMPOSIBLE RESTAURARLAS; SI LA --

DESTRUCCIÓN ALCANZA LA BIFURCACION O SI NO SE PUEDE ESTABLECER UN MARGEN GINGIVAL DURO Y SEGURO.

- 2) SI SE HA PRODUCIDO INFECCIÓN DEL ÁREA PERIAPICAL O INTERRADICULAR Y NO SE PUEDE ELIMINAR POR OTROS MEDIOS.
- 3) EN CASOS DE ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO CON PRESENCIA DE CELULITIS.
- 4) SI LAS PIEZAS ESTÁN INTERFIRIENDO EN LA ERUPCIÓN NORMAL DE LAS PIEZAS PERMANENTES SUCEDÁNEAS
- 5) EN CASOS DE PIEZAS SUMERGIDAS.

LAS EXTRACCIONES SE PUEDEN VOLVER RELATIVAMENTE LIBRES DE PELIGRO POR MEDIO DEL USO JUICIOSO DE ANTIBIÓTICO ANTES Y DESPUÉS DE LA OPERACIÓN.

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS PRIMARIAS.

- 1) LA ESTOMATITIS INFECCIOSA AGUDA, LA INFECCIÓN DE VINCENT AGUDA O LA ESTOMATITIS HERPÉTICA Y LESIONES SIMILARES DEBERÁN SER ELIMINADAS ANTES DE CONSIDERAR CUALQUIER EXTRACCIÓN. LAS EXCEPCIONES A ÉSTOS SON AFECCIONES COMO LOS ABSCESOS DE

TO-ALVEOLARES AGUDOS COMO CELULITIS, QUE EXIGEN EXTRACCIÓN INMEDIATA.

- 2) LAS DISCRASIAS SANGUÍNEAS VUELVEN AL PACIENTE PROPENSO A INFECCIÓN POSOPERATORIA Y A HEMORRAGIA. DEBERÁN REALIZARSE EXTRACCIONES SOLO DESPUES DE CONSULTAR MINUCIOSAMENTE CON UN HEMATÓLOGO Y DE PREPARAR ADECUADAMENTE AL PACIENTE.
- 3) LAS CARDIOPATÍAS REUMÁTICAS AGUDAS O CRÓNICAS Y LAS ENFERMEDADES REALES, REQUIEREN PROTECCIÓN ANTIBIÓTICA ADECUADA.
- 4) LAS PERICEMENTITIS AGUDAS, LOS ABSCESOS DENTOALVEOLARES Y LA CELULITIS SE DEBERÁ ADMINISTRAR MEDICACIÓN ANTIBIÓTICA PRE Y POSOPERATORIA.
- 5) LAS INFECCIONES SISTEMÁTICAS AGUDAS CONTRAINDICAN LAS EXTRACCIONES ELECTIVAS PARA LOS NIÑOS A CAUSA DE LA MENOR RESISTENCIA DEL CUERPO Y LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN SECUNDARIA.
- 6) LOS TUMORES MALIGNOS, CUANDO SE SOSPECHA DE SU EXISTENCIA, EL TRAUMATISMO DE LA EXTRACCIÓN TIENDE A FAVORECER LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y EXTENSIÓN DE TUMORES. POR OTRO LADO, SE INDICAN CLARAMENTE LAS EXTRACCIONES SI LAS MANDI-

BULAS O TEJIDOS CIRCUNDANTES VAN A RECIBIR TERAPIA DE RADIACIÓN PARA EL TUMOR; ESTO SE HACE PARA EVITAR HASTA DONDE SEA POSIBLE EL RIESGO DE UNA INFECCIÓN EN EL HUESO QUE HA SIDO EXPUESTO A LA RADIACIÓN, DEBIDO A LA AVASCULARIDAD SEGUIDA DE UNA OSTEOMIELITIS Y SOLO CONTROLADO POR AMPLIAS RESECCIONES DE HUESO.

- 7) LA DIABETES SACARINA. ASEGURARSE DE QUE ESTÁ BAJO CONTROL MÉDICO. EN CASOS CONTROLADOS NO SE OBSERVAN MAS INFECCIONES QUE EN CASOS DE NIÑOS NORMALES. ES IMPORTANTE QUE PROSIGAN SU DIETA, DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, YA QUE PUEDEN ALTERAR EL METABOLISMO DE GRASA Y AZÚCAR.

CAPÍTULO IX

GENERALIDADES SOBRE EL PARODONTO INFANTIL.

LOS PROCESOS INFLAMATORIOS DE LA MUCOSA ORAL SON COMUNES EN LA INFANCIA ENTRE OTROS MOTIVOS, PORQUE LOS LACTANTES Y NIÑOS DE CORTA EDAD SE LLEVAN A LA BOCA TODOS - LOS OBJETOS, PROVOCANDO LACERACIONES Y RASGUROS QUE PUEDEN INFECTARSE, ORIGINANDO ASÍ DESDE UNA SIMPLE ÚLCERA-- HASTA UNA GINGIVITIS GRAVE. LOS TRAUMATISMOS O HÁBITOS PUEDEN TERMINAR CON LA ENCÍA INSERTADA Y PROVOCAR UN PROBLEMA MUCOGINGIVAL, LOS HÁBITOS COMO LA PROTRUSIÓN LINGUAL O CHUPAR EL DEDO PUEDE VESTIBULARIZAR LOS DIENTES Y ROMPER LA CORTICAL OSEA, PUDIENDO CAUSAR RECESIÓN. TAMBIEN LAS INSERCIONES ALTAS DE FRENILLOS PUEDEN PROVOCAR PROBLEMAS MUCOGINGIVALES.

LOS FACTORES DEL DESARROLLO Y CIERTAS CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO EN LA CAVIDAD BUCAL DEL NIÑO, PREDISPONEN A LAS ENFERMEDADES A MODIFICAR SU CURSO, COMO EL PH DEL NIÑO ES MÁS ÁCIDO QUE EL DEL ADULTO Y LA MUCOSA CARECE--

DE EPITELIO PROTECTOR BIEN QUERATINIZADO, HAY TAMBIÉN -
LOS PROBLEMAS QUE IMPLICA LA DENTICIÓN MIXTA, INEXISTEN-
TE EN EL ADULTO.

LA CARENCIA DE VITAMINA C Y DE ELEMENTOS NUTRITIVOS
LA GINGIVITIS INFLAMATORIA ASOCIADA A LA ERUPCIÓN DE LOS
DIENTES Y LA FALTA DE HIGIENE BUCAL, SON LAS CAUSAS MÁ-
SFRECUENTES DE LAS LESIONES BUCALES.

LAS AFECCIONES BUCALES EN LOS NIÑOS MENORES DE DOS-
AÑOS PROVOCAN IMPOSIBILIDAD A LA ALIMENTACIÓN, SALIVA---
CIÓN EXCESIVA E INTRANQUILIDAD. EN LOS NIÑOS DE 2 a 6-
AÑOS SON COMUNES LAS LESIONES DE LAS ENCÍAS Y EN ESTA --
EDAD SE OBSERVAN CON MÁ S FRECUENCIA ADENOPATÍAS CERVICA-
LES, YA SEAN DE ORIGEN DENTAL O PRODUCIDAS POR OTRAS CAU
SAS ENTRE ELLAS AMIGDALITIS AGUDAS, PAROTIDITIS, TUBERCU
LOSIS, LEUCEMIA Y ESCARLATINA.

DE LOS 6 a LOS 12 AÑOS COMIENZAN LOS TEJIDOS DE LA_
BOCA A ADQUIRIR LOS CARACTERES DE LA EDAD ADULTA, LAS LE
SIONES GINGIVALES SON MÁ S COMUNES Y SUELEN ACOMPAÑAR A -
LA CAIDA DE LOS DIENTES PRIMARIOS Y ERUPCIÓN DE LOS PER-
MANENTES.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

A MENUDO ES POSIBLE HALLAR FACTORES HORMONALES, LOS TRASTORNOS ENDOCRINOS SE MANIFIESTAN TAMBIÉN POR RETRASO O PRECOSIDAD DE LA ERUPCION DE LOS PERMANENTES, EN ESTADAD LAS LESIONES PARODONTALES INTENSAS SUELEN SER INDICIOS DE DIABETES JUVENIL, QUE POR LO GENERAL SE CARACTERIZA POR RÁPIDA REABSORCIÓN ALVEOLAR, CICATRIZACIÓN LENTA DE LAS HERIDAS Y ABUNDANTE DEPOSITO DE TÁRTARO, LA -- DIABETES POR SÍ MISMA NO CAUSA LA RESORCIÓN, NI EL SARRO LO QUE SUCEDE ES QUE ESTOS PACIENTES SON MÁS SUSCEPTI--- BLES A INFECCIONES Y AL DESARROLLO DE ENFERMEDAD PARODONTAL, POR LO QUE SU HIGIENE DEBE SER MÁS METICULOSA.

HACIA LOS 12 AÑOS LOS TEJIDOS BUCALES HAN ADQUIRIDO LOS CARACTERES DE LA EDAD ADULTA, LAS LESIONES FUSOSPIROQUETÓSICAS SON FRECUENTES Y NO RARAS LAS LESIONES HIPERTRÓFICAS DE LAS ENCÍAS.

CAPÍTULO X

RELACIONES OCLUSALES

LOS DIENTES PRIMARIOS VARÍAN EN TAMAÑO, MORFOLOGÍA, SEPARACIÓN Y RELACIONES OCLUSALES.

LOS ARCOS DENTARIOS PRIMARIOS ESTÁN DISPUESTOS CON LOS DIENTES SEPARADOS O BIEN JUNTOS.

TANTO LOS DIENTES PRIMARIOS CON O SIN DIASTEMAS SON CONGÉNITOS Y NO SE PRODUCEN DURANTE EL DESARROLLO, A EXCEPCIÓN DE LOS ESPACIOS ENTRE LOS PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS, LOS CUALES EN GENERAL SE CIERRAN ENTRE LOS 2 AÑOS Y MEDIO Y 3 AÑOS Y MEDIO.

CLASIFICACIÓN DE LAS RELACIONES OCLUSALES.

EN LOS ARCOS PRIMARIOS PUEDEN CLASIFICARSE DE ACUERDO CON LA RELACIÓN ENTRE LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES Y SUPERIORES PRIMARIOS, ASÍ COMO TAMBIÉN LA DE LOS CANINOS PRIMARIOS. LA SIGUIENTE ES UNA MODIFICACIÓN DE LAS

RELACIONES OCLUSALES SEGÚN ANGLE EN LA LENTIFICACIÓN PRIMARIA.

I	CLASE	IA	NEUTROCLUSIÓN
	CLASE	IB	NEUTROCLUSIÓN
II	CLASE	II	DISTOCLUSIÓN
III	CLASE	III	MESIOCLUSIÓN.

CLASE IA NEUTROCLUSIÓN (CON DIASTEMAS).

LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR PRIMARIO ES MESIAL A LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR PRIMARIO. EN EL ARCO PRIMARIO CON DIASTEMAS, EL CANINO SUPERIOR OCLUYE EN EL ESPACIO PRIMATE ENTRE EL CANINO Y EL PRIMER MOLAR INFERIOR.

CLASE IB NEUTROCLUSIÓN (SIN DIASTEMAS).

LAS CARAS DISTALES DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR PRIMARIO Y EL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR PRIMARIO ESTÁN EN UN MISMO VERTICAL Y NO HAY TRABA CANINA, YA QUE NO EXISTE EL ESPACIO PRIMATE ENTRE EL CANINO Y EL PRIMER MOLAR INFERIOR PRIMARIOS. GENERALMENTE LOS CANINOS ESTÁN EN UNA RELACIÓN--CÚSPIDE A CÚSPIDE. ESTE TIPO DE OCLUSIÓN SE OBSERVA A MENUDO CUANDO LOS DIENTES PRIMARIOS NO ESTÁN SEPARADOS.

CLASE II DISTOCLUSIÓN.

LAS CARAS DISTALES DE LOS MOLARES INFERIORES ESTÁN EN RELACIÓN DISTAL CON LAS CARAS DISTALES CON LOS MOLARES SUPERIORES Y LOS CANINOS ESTÁN EN UNA OCLUSIÓN DE CÚSPIDE ACÚSPIDE. EN ALGUNOS CASOS LA DISTOCLUSIÓN COMPRENDE SOLAMENTE LOS DIENTES, Y EN OTROS HAY UNA RELACIÓN DISTAL VERDADERA ENTRE EL MAXILAR INFERIOR Y EL SUPERIOR. UN CEFALOGRAMA PERMITIRÁ ESTABLECER LA DIFERENCIA ENTRE UNA RELACIÓN DISTAL DENTARIA Y UNA VERDADERA RELACIÓN DISTAL ENTRE LA MANDÍBULA Y EL MAXILAR SUPERIOR.

CLASE III MESIOCLUSIÓN.

LAS CARAS DISTALES DE LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES SE ENCUENTRAN EN UNA MARCADA RELACIÓN MESIAL CON LAS CARAS DISTALES DE LOS SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES Y LOS CANINOS-INFERIORES SE ENCUENTRAN EN UNA RELACIÓN MESIAL CON LOS CANINOS SUPERIORES. LOS INCISIVOS INFERIORES ESTÁN POR VESTIBULAR DE LOS SUPERIORES. LA MAYORÍA DE LAS MESIOCLUSIONES EN LA DENTICIÓN PRIMARIA SON EL RESULTADO DE UNA MORDIDA CRUZADA ANTERIOR. EN FORMA OCASIONAL SE PUEDE OBSERVAR UNA VERDADERA MESIOCLUSIÓN O PROGNATISMO EN LA DENTICIÓN PRIMARIA. ESTA RELACIÓN SOLO PUEDE CONFIRMARSE CON UN CEFALOGRAMA.

VARIACIONES EN LAS RELACIONES OCLUSALES.

EN LA DENTICIÓN PRIMARIA, LOS DIASTEMAS ENTRE LOS INCISIVOS Y LOS ESPACIOS PRIMATES ENTRE LOS CANINOS Y LATERALES, TANTO EN EL MAXILAR SUPERIOR COMO EN EL INFERIOR, VARÍAN EN INCIDENCIA Y DIMENSIONES. LAS RELACIONES MOLARES EN LAS OCLUSIONES DE CLASE I TAMBIÉN VARÍAN Y A VECES UNA DENTICIÓN PRIMARIA PUEDE TENER UNA RELACIÓN DE CLASE IA DE UN LADO Y UNA CLASE IB DEL OTRO. LA MISMA VARIACIÓN PUEDE ENCONTRARSE EN LA RELACIÓN DE LOS CANINOS PRIMARIOS EN LA CUAL PUEDE HABER UNA INTERDIGITACIÓN DE UN LADO Y UNA RELACIÓN DE CÚSPIDE A CÚSPIDE EN EL LADO OPUESTO.

LA MODIFICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE PARA LA DENTICIÓN PRIMARIA SE DEBERÍA USAR SOLAMENTE COMO UNA GUÍA PARA EVALUAR LAS RELACIONES OCLUSALES DE CLASE I, QUE DEBERÁN CONSIDERARSE SATISFACTORIOS.

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR.

LA DESARMONIA OCLUSAL MÁS FRECUENTE EN LA DENTICIÓN PRIMARIA ES LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR. LA MAYORÍA DE LAS QUE SE ENCUENTRAN EN LA DENTICIÓN PRIMARIA SON DE ORIGEN ADQUIRIDO O FUNCIONAL. SIN EMBARGO, HAY UN PEQUEÑO NÚMERO DE MORDIDAS CRUZADAS QUE SON ESQUELETALES. ELLAS

SON EL RESULTADO DE UN DESARROLLO NO ARMÓNICO TANTO DEL --
MAXILAR SUPERIOR COMO DE LA MANDÍBULA QUE SE MANIFIESTA EN
UNA DESARMONÍA IMPORTANTE DE LA OCLUSIÓN ANTERIOR O POSTE-
RIOR. LAS MORDIDAS CRUZADAS ESQUELETALES PUEDEN SER UNI-
O BILATERALES Y SON MUY DIFÍCILES DE TRATAR. SI BIEN SE-
LES ENCUENTRA OCASIONALMENTE EN NIÑOS NORMALES, SE LAS OB-
SERVA CON MÁS FRECUENCIA EN NIÑOS CON LABIO LEPORINO Y PA-
LADAR FISURADO Y EN LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CONGÉNI-
TAS:

SÍNDROME DE APERT
SÍNDROME DE CROUZAN
SÍNDROME DE PFEIFFER Y
ACONDROPLASIA.

CLASIFICACIÓN.

LAS MORDIDAS CRUZADAS POSTERIORES APARECEN DE LA MANE-
RA SIGUIENTE:

- 1.- LINGUOVERSIÓN UNI O BILATERAL DE LOS MOLA-
RES INFERIORES EN RELACIÓN A LOS MOLARES-
SUPERIORES.
- 2.- VESTIBULOVERSIÓN UNI O BILATERAL DE LOS -
MOLARES INFERIORES.

3.- LINGUOVERSIÓN UNI O BILATERAL DE LOS MOLARES SUPERIORES EN RELACIÓN A LOS MOLARES INFERIORES.

4.- VESTIBULOVERSIÓN EXTREMA DE LOS MOLARES SUPERIORES EN RELACIÓN A LOS MOLARES INFERIORES.

TRATAMIENTO.

DEBEN TRATARSE LO ANTES POSIBLE Y UBICAR LOS DIENTES EN SUS RELACIONES OCLUSALES ADECUADAS. LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR A MENUDO CONDUCE A UNA ASIMETRÍA OCLUSAL, COLOCANDO LA LÍNEA MEDIA EN UNA POSICIÓN ANORMAL, Y EN LOS CASOS MAS MARCADOS PUEDE HABER UNA DESVIACIÓN A LA DERECHA O LA IZQUIERDA, CAUSANDO UNA ASIMETRÍA FACIAL.

A VECES ES DIFÍCIL TRATAR A LOS NIÑOS MUY PEQUEÑOS Y ES ACONSEJABLE ESPERAR A QUE TENGAN 5 O 6 AÑOS. LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR PUEDE TRATARSE CON:

- 1.- COMAS CRUZADAS.
- 2.- PLACA HENDIDA REMOVIBLE.
- 3.- PLACA HENDIDA DE EXPANSIÓN FIJA, EN LA CUAL LAS BANDAS MOLARES SE CEMENTAN A LOS DIENTES POSTERIORES Y SE-

UTILIZA UN TORNILLO DE EXPANSIÓN.

1.- GOMAS CRUZADAS.

SE ADAPTAN BANDAS MOLARES CON BOTONES VESTIBULARES O LINGUALES A LOS DIENTES QUE ESTÁN CRUZADOS; LOS BOTONES SE UBICAN YA SEA EN LA CARA VESTIBULAR O LINGUAL DE LA BANDA- DEPENDIENDO DEL TIPO DE MORDIDA CRUZADA.

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE GOMAS.

RECORDAR LA MEDIDA DE LAS GOMAS; USE LAS GOMAS TODO - EL TIEMPO EXCEPTO CUANDO COMA O CEPILLE SUS DIENTES, POR-- QUE ESO PROVOCA EL AFLOJAMIENTO O ROTURA DE LOS APARATOS;- SE DEBERÁN CAMBIAR 4 VECES AL DÍA. SI UNA BANDA SE AFLO- JA O EL APARATO SE ROMPE, LAS GOMAS NO DEBEN UTILIZARSE -- HASTA QUE HAYA SIDO REPARADO.

LA PRIMERA VEZ QUE SE USAN, LOS DIENTES QUEDAN DOLORI DOS Y SENSIBLES, PUEDEN DURAR VARIOS DÍAS, AL CABO DE LOS- CUALES DESAPARECERÁ.

2.- APARATO HENDIDO REMOVIBLE.

ES UNA ADAPTACIÓN DEL APARATO HAWLEY CON UN ARCO VES- TIBULAR, UN TORNILLO DE EXPANSIÓN Y RETENEDORES DE ADAMS- O GANCHOS FLECHA. EL RETENEDOR DE ADAMS O LOS GAN---

CHOS FLECHA SE INTRODUCEN EN LAS TROMERAS DE LOS DIENTES -
DANDO MUCHA MÁS ESTABILIDAD AL APARATO. EL PROFESIONAL -
DEBE TENER SUMO CUIDADO EN LA SELECCIÓN DE LOS PEQUEÑOS PA
CIENTES PARA EL TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA REMOVIBLE.

3.- APARATO DE EXPANSIÓN FIJA.

ES ÚTIL EL ARCO DE EXPANSIÓN DE PORTER O EL RESORTE -
DE COFFIN; APARATO SUPERIOR FIJO CON BANDAS EN LOS SEGUN--
DOS MOLARES PRIMARIOS Y ACRILICO EXTENDIDO DESDE DISTAL DE
LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS HASTA DISTAL DE LOS LATERA-
LES PRIMARIOS (INDICACIONES AL LABORATORIO).

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR.

APARECE CON MENOS FRECUENCIA QUE LOS POSTERIORES Y MU
CHAS VECES SE CLASIFICA EN FORMA INCORRECTA COMO RELACIO--
NES OCLUSALES DE CLASE III.

TRATAMIENTO.

SE PUEDE CORREGIR UTILIZANDO UN PLANO INCLINADO CON--
TRA LOS INCISIVOS SUPERIORES O UN PLANO INCLINADO DE ACRÍ-
LICO CEMENTADO A LOS DIENTES INFERIORES DE MANERA QUE LOS-
DIENTES SUPERIORES EN LINGUOVERSION GOLPEEN CON ÉL Y DE --
ESE MODO SEAN LLEVADOS A UNA RELACIÓN OCLUSAL SATISFACTO--
RIA.

OTRO MÉTODO EFECTIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS SEUDO CLASE III ES EMBANDAR LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS Y LOS CUATRO INCISIVOS SUPERIORES UTILIZANDO ALAMBRE DELGADO A UN ARCO GEMELO. UNA VEZ QUE LOS INCISIVOS TRABADOS SE HAN LLEVADO A SU POSICIÓN, SE PUEDE DEJAR EL ARCO VESTIBULAR EN SU SITIO POR UN PERÍODO PARA ESTABILIZAR LOS DIENTES.

CAPÍTULO XI

HÁBITOS ORALES.

SUCCIÓN DEL PULGAR.

DURANTE LA INFANCIA SE ADQUIEREN HÁBITOS ORALES QUE PUEDEN CONSIDERARSE NORMALES. ALGUNOS NIÑOS ESTÁN FASCINADOS CON SUS DEDOS EN LA PRIMERA INFANCIA Y LOS SUCCIONAN CUANDO ESTÁN IRRITADOS O TIENEN HAMBRE.

CUANDO EL HÁBITO PERSISTE PUEDE PROVOCAR UNA PROTRUSIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES CON UNA MORDIDA ABIERTA.

EN ALGUNOS CASOS LA SUCCIÓN DEL PULGAR PUEDE EJERCER UNA PRESIÓN CONTRA LOS INCISIVOS INFERIORES Y CAUSAR LA LINGUOVERSIÓN.

TRATAMIENTO.

UNO DE LOS MÁS EFECTIVOS ES LA PANTALLA PALATINA PUEDE SER FIJA O REMOVIBLE.

EN LA PANTALLA PALATINA FIJA PUEDEN USARSE BANDAS O-

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE. SE UTILIZA UN ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE DE 1mm. PARA SOLDAR POR PUNTOS O MEDIANTE SOLDADURA LAS PROLONGACIONES DE LA PANTALLA PALATINA. LAS ANSAS O PROLONGACIONES SE INCLINAN HACIA PALATINO DE MANERA QUE QUEDEN LIGERAMENTE POR DETRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

EMPUJE LINGUAL.

EN NIÑOS QUE PRESENTAN MORDIDAS ABIERTAS E INCISIVOS SUPERIORES EN PROTRUSIÓN SE OBSERVAN A MENUDO HÁBITOS DE EMPUJE LINGUAL. COMO EL EMPUJE AFECTA SOLO A LOS MUSCULOS LINGUALES, EL TONO DEL LABIO INFERIOR PUEDE SER FORTALECIDO.

TRATAMIENTO.

SE HACE SIMILAR A LA SUGERIDA PARA EVITAR SUCCIÓN--- DEL PULGAR, EXCEPTO QUE LAS BARRAS PALATINAS ESTÁN SOLDADAS EN POSICIÓN HORIZONTAL QUE SE EXTIENDE HACIA ABAJO -- DESDE EL PALADAR, PARA EVITAR EL EMPUJE DE LA LENGUA HACIA ADELANTE.

DIASTEMAS.

EN LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS APARECE UN DIASTEMA DESPUÉS DE QUE LOS INCISIVOS CENTRALES PERMANENTES ERUPCIONAN.

NAN.

EL DIASTEMA ES TEMPORARIO Y CON LA ERUPCIÓN DE LOS -
INCISIVOS LATERALES PERMANENTES EN EL ARCO, EL ESPACIO EN
TRE LOS CENTRALES GENERALMENTE SE CIERRA. A VECES, DES-
PUÉS DE LOS LATERALES PERMANENTES HAN ERUPCIONADO, SE EN-
CUENTRA UN DIASTEMA ASOCIADO A UN FRENILLO FIBROSO GRANDE.
CUANDO SE PRESENTA UN DIASTEMA ASOCIADO A UN FRENILLO FI-
BROSO GRANDE Y EL HUESO ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES PER-
MANENTES PERMANECE NORMAL, PUEDE CONSIDERARSE QUE EL FRE-
NILLO ES EL QUE CONTRIBUYE AL DIASTEMA.

ANTES DE CONSIDERAR UNA FRENECTOMÍA, ES INDISPENSA--
BLE QUE EL DIASTEMA ESTÉ CERRADO Y ESTO PUEDE REALIZARSE--
CON UN APARATO FIJO SIMPLE, UTILIZANDO GOMAS.

CAPÍTULO XII

MANTENEDORES DE ESPACIO.

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

1.- FIJOS, SEMIFIJOS O REMOVIBLES

2.- CON BANDAS O SIN ELLAS.

INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO.

LA FALTA DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO LLEVA A MALOCCLUSIÓN, A HÁBITOS NOCIVOS O A TRAUMATISMO FÍSICO, ENTONCES SE ACONSEJA EL USO DE ESTE APARATO:

1.- CUANDO SE PIERDE UN SEGUNDO MOLAR PRIMARIO- ANTES DE QUE EL SEGUNDO PREMOLAR ESTÉ PREPARADO PARA OCUPAR SU LUGAR.

2.- LA PÉRDIDA TEMPRANA DE PIEZAS PRIMARIAS DEBERÁ REMEDIARSE CON EL EMPLAZAMIENTO DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

VENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO DE TIPO REMOVIBLE:

1.- ES FÁCIL DE LIMPIAR.

- 2.- PERMITE LA LIMPIEZA DE LAS PIEZAS.
- 3.- MANTIENE Y RESTAURA LA DIMENSIÓN VERTICAL.
- 4.- PUEDE USARSE EN COMBINACIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS.
- 5.- PUEDE SER LLEVADO PARTE DEL TIEMPO, PERMITIENDO LA CIRCULACIÓN DE LA SANGRE A LOS TEGIDOS BLANDOS.
- 6.- PUEDE CONSTRUIRSE DE FORMA ESTÉTICA.
- 7.- FACILITA LA MASTICACIÓN Y EL HABLA.
- 8.- AYUDA A MANTENER LA LENGUA EN SUS LÍMITES.
- 9.- ESTIMULA LA ERUPCIÓN DE LAS PIEZAS PERMANENTES.
- 10.- NO ES NECESARIA LA CONSTRUCCIÓN DE BANDAS.
- 11.- SE EFECTÚAN FACILMENTE LAS REVISIONES EN -- BUSCA DE CARIES.
- 12.- PUEDE HACERSE LUGAR PARA LA ERUPCIÓN DE PIEZAS SIN NECESIDAD DE CONSTRUIR UN APARATO - NUEVO.

DESVENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE.

- 1.- PUEDE PERDERSE.
- 2.- EL PACIENTE PUEDE DECIDIR NO LLEVARLO PUESTO.

- 3.- PUEDE ROMPERSE.
- 4.- PUEDE RESTRINGIR EL CRECIMIENTO LATERAL DE LA MANDIBULA, SI SE INCORPORAN GRAPAS.
- 5.- PUEDE IRRITAR LOS TEJIDOS BLANDOS.

CONSTRUCCIÓN DE MANTENEDORES DE ESPACIO SIN BANDAS.

LA CONSTRUCCIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO FUNCIONALES, PASIVOS Y REMOVIBLES DEBERÁ MANTENERSE LO MÁ SENCILLO POSIBLE.

1) EL ARCO LABIAL.

A MENUDO EL ÚNICO HILO METÁLICO INCLUIDO EN EL INSTRUMENTO ES UN SIMPLE ARCO LABIAL. ESTO AYUDA A MANTENER EL INSTRUMENTO EN LA BOCA, Y EN EL MAXILAR SUPERIOR EVITA QUE LAS PIEZAS ANTERIORES EMIGREN HACIA ADELANTE. EL PASO DEL HILO METÁLICO DE LABIAL A LINGUAL, GENERALMENTE PUEDE IR EN EL INTERSTICIO OCLUSAL ENTRE EL INCISIVO LATERAL Y EL CANINO O DISTAL AL CANINO.

2) DESCANSO OCLUSAL.

EN COMPLEJIDAD, SERÍA LA ADICIÓN DE DESCANSOS OCLUSALES EN LOS MOLARES. ÉSTOS PUEDEN SER ACONSEJABLES EN LA MANDÍBULA INFERIOR, INCLUSO CUANDO NO SE USAN ARCOS LABIALES.

3) ESPOLONES INTERPROXIMALES.

DESPUÉS DE LOS DESCANSOS OCLUSALES, PARA LOGRAR MAYOR RETENCIÓN SE APLICARÍAN LOS ESPOLONER INTERPROXIMALES. EN LA MANDÍBULA, LA RETENCIÓN GENERALMENTE NO ES UN PROBLEMA PERO DEBIDO AL JUEGO CONSTANTE DEL NIÑO CON LA LENGUA, O SU INCAPACIDAD PARA RETENER EN SU LUGAR EL MANTENEDOR AL-COMER, PUEDEN SER NECESARIOS UN ARCO LABIAL Y ESPOLONER - INTERPROXIMALES, ASÍ COMO DESCANSOS OCLUSALES.

4) GRAPAS.

EN ESCALA DE COMPLEJIDAD VIENEN LAS GRAPAS. ÉSTAS- PUEDEN SER SIMPLES O DE TIPO CROZAT MODIFICADAS. CUANDO SOLO INTERVIENE EL MANTENIMIENTO DE ESPACIO, GENERALMENTE NO SON NECESARIAS LAS GRAPAS CROZAT MODIFICADAS, SUPERRE- TENTIVAS Y MÁS COMPLICADAS. LAS GRAPAS SENCILLAS PUEDEN SER INTERPROXIMALES O ENVOLVENTES. LAS GRAPAS INTER- - - - PROXIMALES SE CRUZAN SOBRE EL INTERSTICIO LINGUAL DESDE - EL ACRÍLICO LINGUAL Y TERMINAN EN UN RIZO EN EL INTERSTI- CIO BUCAL. A CAUSA DEL CONTORNO DE LA PIEZA, LA GRAPA-- ENVOLVENTE GENERALMENTE DEBERA TERMINAR CON UNA EXTREMI-- DAD LIBRE EN LA SUPERFICIE MESIAL LA INCLINACIÓN AXIAL Y- OTROS POSIBLES FACTORES PUEDEN INFLUIR PARA DEJAR QUE LA- EXTREMIDAD LIBRE SEA LA DISTAL. ESTO AFECTA A LA RELA-- CIÓN BUCOLINGUAL DE LAS PIEZAS OPUESTAS. LA PRESENCIA - DE ACRÍLICO EN SOLO EL ASPECTO LINGUAL DE LA PIEZA A MENU

DO HARÁ QUE ESTA PIEZA SE DESVÍE BUCALMENTE.

OCASIONALMENTE, LOS MOLARES SUPERIORES ESTÁN EN VERSIÓN BUCAL CASI COMPLETA EN RELACIÓN CON LOS MOLARES MANDIBULARES. EN ESTE CASO, SI EL MANTENIMIENTO DE ESPACIO ES UN PROBLEMA EN EL ARCO SUPERIOR LAS GRAPAS EN LOS MOLARES PUEDEN INHIBIR AÚN MÁS LOS MOVIMIENTOS LATERALES.

MANTENEDORES DE ESPACIO CON BANDAS.

TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LAS VENTAJAS DE MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES DE ACRÍLICO EXISTEN EXCELENTES RAZONES PARA USAR BANDAS.

UNA DE ÉSTAS RAZONES ES LA FALTA DE COOPERACIÓN DEL PACIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE PÉRDIDA, FRACTURA O NO LLEVAR PUESTO EL MANTENEDOR. OTRO USO DE LAS BANDAS ESTÁ EN LA PÉRDIDA UNILATERAL DE MOLARES PRIMARIOS. AQUÍ AMBAS PIEZAS A CADA LADO DEL ESPACIO PUEDEN HANDEARSE, Y PUEDE SOLDARSE UNA BARRA ENTRE ELLOS, O PUEDE USARSE UNA COMBINACIÓN DE BANDA Y RIZO. A VECES, EN CASOS UNILATERALES BASTARÁN BANDAS ÚNICAS. ESTO SE VERIFICA ESPECIALMENTE EN PÉRDIDAS TEMPRANAS DE SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS ANTES DE LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE. DE SER POSIBLE, DEBERÁ FABRICARSE LA BANDA EN EL PRIMER MO--

LAR PRIMARIO Y DEBERÁ TOMARSE UNA IMPRESIÓN DEL CUADRANTE CON LA BANDA EN SU LUGAR, ANTES DE EXTRAER EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO. ENTONCES EN EL MODELO INVERFIDO, SE PUEDE SOLDAR UN HILO METÁLICO AL LADO DISTAL DE LA BANDA Y DOBLARLO EN EL ASPECTO DISTAL DEL ALVÉOLO DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO (CORTADO CON LA AYUDA DEL MODELO).

SE EXTRAE EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO EN EL MANTENEDOR DE ESPACIO PREPARADO PARA CEMENTARSE EN EL PRIMER MOLAR PRIMARIO. SE LIMPIA CON UNA ESPONJA EL ALVÉOLO PARA OBTENER VISIBILIDAD, Y SE AJUSTA EL HILO PARA QUE TOQUE LA SUPERFICIE MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE, GENERALMENTE VISIBLE.

SI EL DENTISTA EXAMINA AL PACIENTE CUANDO EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO ESTÁ YA AUSENTE, PUEDE ESTIMARSE EXAMINANDO LA RADIOGRAFÍA, LA LONGITUD Y EL GRADO DE DOBLADO ADECUADO DEL HILO. SE COLOCA LA BANDA EN LA BOCA Y SE COMPRUEBA RADIOGRÁFICAMENTE LA POSICIÓN DEL HILO EN EL TEJIDO PERFORADO.

A VECES SE PRODUCE ARTIFICIALMENTE LA PÉRDIDA TEMPRANA DE CANINOS PRIMARIOS PARA DEJAR LOS INCISIVOS LATERALES Y CENTRAL ROTAR Y MOVERSE HACIA ADELANTE EN SU POSICIÓN ADECUADA. SI ESTO SE REALIZA TEMPRANAMENTE, EXISTE EL -

PELIGRO DE QUE LOS SEGMENTOS POSTERIORES SE MUEVAN MEDIALMENTE BLOQUEANDO EL ESPACIO DE LOS CANINOS PERMANENTES Y LOS PREMOLARES. AQUI SE ACONSEJA UN MANTENEDOR-FIJO, BANDEADO, NO FUNCIONAL Y PASIVO. EL ESPACIO SE MANTENDRA ABIERTO POR EL USO DE BANDAS DE MOLARES EN LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS, JUNTO CON UN ARCO LINGUAL SOLDADO ADAPTADO A LA UNIÓN DEL CÍNGULO Y LA ENCÍA DE LOS INCISIVOS. EL USO DE TUBOS LINGUALES VERTICALES Y POSTES SOLDADOS AL ARCO LINGUAL LO CONVERTIRÍAN EN UN MANTENEDOR SEMIFIJO. GENERALMENTE ESTO NO ES NECESARIO SI LA ÚNICA META AMBICIONADA ES EL MANTENIMIENTO DE ESPACIO. LA PRESION LINGUAL, JUNTO CON EL DESARROLLO NATURAL, PERMITIRÁN GENERALMENTE QUE LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES SE ENDERECEN POR SI MISMO ANTES DE LA ERUPCIÓN DE CANINOS PERMANENTES Y PREMOLARES.

ES CASI AXIOMÁTICO QUE SI SE HA DE USAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO DE LOS MENCIONADOS, LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS PUEDEN BANDEARSE EN VEZ DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES. LAS BANDAS SE REALIZAN FÁCILMENTE EN SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS. SU POSICIÓN, MÁS ANTERIOR QUE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES, Y EL HECHO DE QUE BROTA ANTES QUE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES, DAN MEJOR ACCESO AL OPERADOR. LA FORMA NATURAL ACAMPAÑADA

DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO SE PRESTA A LA CONSTRUCCIÓN DE UNA BANDA BIEN CONTORNEADA, DE AJUSTE PERFECTO.

MUY FRECUENTEMENTE, LA CANTIDAD DE ESPACIO REQUERIDA PARA ACOMODAR LOS INCISIVOS INFERIORES ES MUY PEQUEÑA. EN ESE CASO SE OBTIENE EL ESPACIO ADICIONAL REBAJANDO CON UN DISCO LAS SUPERFICIES MESIALES DE LAS CÚSPIDES PRIMARIAS.

ESTE PROCEDIMIENTO, EN LOS CASOS EN QUE SE PUEDA APLICAR, ELIMINA LA NECESIDAD DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

CUANDO UN PRIMER PREMOLAR SUPERIOR ESTÁ EN ERUPCIÓN PARCIAL Y EL CANINO PERMANENTE SUPERIOR TAMBIÉN TRATA DE HACER ERUPCIÓN. REBAJAR CON DISCO LA SUPERFICIE MESIAL DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO SUPERIOR TAMBIÉN PERMITIRÁ AL PRIMER PREMOLAR SUPERIOR EMIGRAR DISTALMENTE BAJO LA INFLUENCIA DEL CANINO PERMANENTE EN ERUPCIÓN. DEBERÁ TENERSE GRAN CUIDADO DE NO REDUCIR LA DIMENSIÓN MESIODISTAL DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO MÁS ALLÁ DE LA DIMENSIÓN HORIZONTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR NO BROTADO.

A VECES SE PRESENTA LA NECESIDAD DE CONSTRUIR UN MANTENEDOR DE ESPACIO BANDEADO EN LA SECCIÓN ANTERIOR DE LA-

BOCA. TAL CASO SE PRESENTA POR PÉRDIDA TEMPRANA DE LOS--
INCISIVOS CENTRALES MAXILARES PRIMARIOS. ESTE MANTENEDOR
NO DEBERÁ SER DE TIPO RÍGILO, YA QUE ESTO EVITARÍA CUAL---
QUIER TIPO DE EXPANSIÓN FISIOLÓGICA DEL ARCO EN ESTA RE---
GIÓN. EN ESTE CASO, EL MEJOR TIPO DE MANTENEDOR SERÁ SIN
DUDA EL DE CLAVO Y TUBO SOLDADOS, SE PERMITE AL CLAVO DES-
LIZARSE PARCIALMENTE FUERA DEL TUBO, COMO REACCIÓN AL CRE-
CIMIENTO LATERAL DEL ARCO.

LA ERUPCIÓN RETRASADA DE UN INCISIVO CENTRAL PUEDE RE
QUERIR EL USO DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO. PUEDE USARSE-
EN ESTE CASO UN TUBO Y CLAVO, Y PUEDE PROCESARSE UNA PIEZA
DE ACRÍLICO EN EL TUBO PARA LOGRAR UN EFECTO ESTÉTICO AGRA
DABLE. SIN EMBARGO, PUEDE SER NORMALMENTE SUFICIENTE EL-
MANTENEDOR DE ACRÍLICO REMOVIBLE Y PASIVO, CON UNA PIEZA -
ARTIFICIAL. PRESENTA LA VENTAJA DE PERMITIR AJUSTES INDI
VIDUALES NATURALES DE LAS PIEZAS ADYACENTES Y LA ESTIMULA-
CIÓN DE LA ENCÍA SOBRE LA PIEZA NO BROTADA PUEDE ACELERAR-
LA ERUPCIÓN.

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

HE PODIDO RATIFICAR CON SUMO AGRADO QUE A MEDIDA QUE AVANZA LA ODONTOLOGÍA, SE ESTÁ DANDO MAYOR IMPORTANCIA A LA PREVENCIÓN PARA MANTENER UNA ESTRUCTURA BUCAL ADECUADA, Y QUE LA MAYORÍA DE LAS AFECCIONES PUEDEN PREVENIRSE POR MEDIO DE UN ADECUADO PROGRAMA DE PROFILAXIS BUCAL Y CUIDADOS DENTARIOS.

INCLCAR LOS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL DESDE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA CON TÉCNICAS DE CEPILLADO SENCILLOS Y EFICIENTES, ASÍ COMO EVITAR EL CONSUMO CONTINUO DE ALIMENTOS-GLUCOSADOS, AYUDARÁ A PREVENIR ALTERACIONES EN LA CAVIDAD-ORAL.

SE DEBE HACER ENFASIS EN LA EDUCACIÓN QUE DEBEN PROPORCIONAR LOS PADRES, MÉDICOS Y EDUCADORES A LOS INFANTES-PARA QUE EXISTA UN CONTROL DE HIGIENE DENTAL Y BUCAL EQUILIBRADO.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- CUELI JOSE Y LUCY REILL
TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD.
EDITORIAL TRILLAS
MÉXICO, D.F., 1974
SEGUNDA EDICIÓN.
383 PÁGINAS.

- 2.- FINN SIDNEY B.
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, D.F., 1985
CUARTA EDICIÓN.
614 PÁGINAS.

- 3.- HAM A. W. CORMACK D.H.
TRATADO DE HISTOLOGÍA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, D.F., 1983
OCTAVA EDICIÓN.
1080 PÁGINAS.

- 4.- HOTZ, RUDOLF P.
ODONTOPEDIATRÍA.
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
MÉXICO, D.F. 1977
SEGUNDA EDICIÓN.
363 PAGINAS.

- 5.- KUHLEK YURI
FUNDAMENTOS EN ENDO-METAENDODONCIA PRÁCTICA.
EDITORIAL FRANCISCO MÉNDEZ OTEO.
MÉXICO, D.F., 1980
SEGUNDA EDICIÓN.
254 PÁGINAS.
- 6.- M. COHEN MICHAEL
PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS DEL NIÑO EN CRECIMIENTO
EDITORIAL PANAMERICANA
MÉXICO, D.F. 1979
SEGUNDA EDICIÓN
254 PÁGINAS.
- 7.- PRECIADO Z. VICENTE
ENDODONCIA.
EDITORIAL CUELLAR
GUADALAJARA JALISCO, MÉXICO 1984
CUARTA EDICIÓN
265 PÁGINAS.
- 8.- W. RIPA LOUIS
MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLÓGICA DEL NIÑO.
EDITORIAL MUNDI Y SAIC. Y F.
ARGENTINA, 1984
PRIMERA EDICIÓN.
268 PÁGINAS.