



149
ZED

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**FOMENTO EDUCATIVO PARA LA SALUD BUCAL, CON LA
INTEGRACION DEL NUCLEO FAMILIAR DENTRO DE LA
ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S A

QUE PRESENTAN:

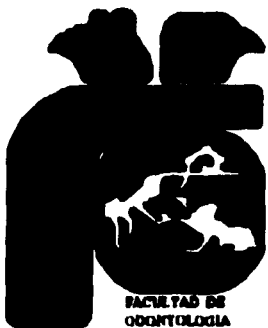
**LORENA GONZALEZ HERRERA
MARIA DEL CARMEN MEDINA PEREZ**

Para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA

Dirigida y Supervisó:
C.D. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS

**MEXICO, D.F.
1996**

FALLA DE ORIGEN



**FACULTAD DE
ODONTOLOGIA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

Lorena González Herrera.

A DIOS

Gracias por haberme dado la vida y por haberme permitido culminar esta meta.

A MIS PADRES

Sra. Teresa Herrera Cahue.

Sr. Francisco González Lucio.

Con mucho cariño por todo el apoyo tanto moral, como económico que me brindaron, por la comprensión y confianza que me tuvieron a lo largo de mi carrera.

A MIS HERMANOS

Marcela, Patricia, Javier y Alberto.

Por todo el apoyo y cariño que me brindaron, gracias.

A MI ESPOSO

C.D. Adrián García Gama.

Gracias por el amor, el apoyo, la confianza y los conocimientos que me has dado.

"Te quiero mucho"

A MI ASESOR DE TESIS
C.D. Alejandro Martínez Salinas.

Por haberme brindado sus conocimientos, y por su colaboración para la elaboración de este trabajo.
Muchas Gracias.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO Y A LA CLINICA PERIFERICA DE ARAGON.

Con mi eterna gratitud por permitirme lograr mi carrera profesional.

María del Carmen Medina Pérez

A DIOS

Gracias señor por iluminar mi existencia día con día, porque a través de tí encontré la vida, la paz, el amor, la esperanza, la dicha, el triunfo, así como el sufrimiento, pero lo más importante es que me enseñaste a ser humilde y me permitiste llegar a cumplir uno de mis mayores anhelos.

A MIS PADRES

Sra. Carmen Pérez Meléndez.

Sr. Antonio Medina Martínez.

Ustedes me regalaron la vida y me albergaron en sus brazos con amor, edificaron mis sueños a diario con sus palabras, consejos y comprensión. Reciban este logro como muestra de mi cariño y mi agradecimiento.

A MIS HERMANOS

Guadalupe, Antonio, Victor, Alejandro, Javier, Héctor y Jorge.

Con cariño y gratitud por el apoyo que recibo de ustedes.

A MI ASESOR DE TESINA
C.D. Alejandro Martínez Salinas.

Por su invaluable ayuda en la realización de este trabajo. Por la confianza, amistad y apoyo que me ha brindado para poder alcanzar uno de mis más grandes anhelos.

Con mucho cariño, respeto y especial gratitud.

AL DIRECTOR DE LA CLINICA PERIFERICA "VENUSTIANO CARRANZA"
C.D. Luis Barrera López

Para quien me brindó la confianza y la esperanza, así como sus consejos, amistad y cariño y porque me transmitió la fortaleza necesaria para culminar esta carrera.

Con mi más alta consideración y aprecio.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, EN ESPECIAL A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

Por la oportunidad que me fue otorgada para la realización de mis estudios profesionales.

PROTOCOLO

1. TITULO

FOMENTO EDUCATIVO PARA LA SALUD BUCAL, CON LA INTEGRACION DEL NUCLEO FAMILIAR DENTRO DE LA ODONTOPEDIATRIA.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Facultad de Odontología, las Clínicas de atención Odontopediátrica manejan técnicas avanzadas de diagnóstico para poder tratar los padecimientos bucales que presentan los niños, que en general llegan a estas con problemas agudos, y casi nunca por prevención, los pacientes que se presentan a éstas abarcan desde lactantes, preescolares, escolares y adolescentes.

La mayoría de estos padecimientos son por la escasa o nula información tanto general como particular que tienen los padres hacia medidas preventivas y salud bucal en general durante el desarrollo del niño.

En nuestro país el bajo nivel de educación de los padres y el nivel socioeconómico bajo afecta también, pues se ha encontrado una mayor afluencia de estos pacientes.

Por eso la educación para la salud bucal debe ser de interés para el odontólogo, porque si éste se limita al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías, los padres no comprenderán lo trascendental de estas enfermedades y seguirán ignorando las causas que las provocaron y no cambiará el índice elevado de patologías.

3. FUENTES DE INFORMACION

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BIBLIOTECA CENTRAL DE LA UNAM

BIBLIOTECA POSGRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SERVICIOS MEDICOS DE LA UNAM
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
MED-LINE
CICH
CECOBI

4. HIPOTESIS

Si a los padres se les proporciona una adecuada información del desarrollo bucal de niño y las enfermedades bucales más importantes aunando medidas preventivas como la higiene, nutrición, etc.; se podrá disminuir la aparición de problemas bucales.

5. JUSTIFICACION SOCIAL

Debido a la mala información hacia el núcleo familiar sobre los padecimientos muy frecuentes que atacan la salud bucal de los niños, se ha llegado a un índice mayor de problemas patológicos como la aparición de caries temprana, las cuales afectan el desarrollo físico-mental del niño y socioeconómico del núcleo familiar, debido a los costos elevados que se presentan en nuestro país.

Por esta razón es necesario prevenir la salud bucal desde el momento en que el niño es lactante.

6. DISEÑO

Este es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

7. INDICE

CAPITULO 1. FOMENTO DE LA SALUD	5
1.1 NUTRICION GENERAL	5
1.2 ALIMENTOS CARIOGENICOS	6
1.3 SÍNDROME DE BIBERÓN	7
CAPITULO 2. CAVIDAD BUCAL	9
2.1 ELEMENTOS QUE LA INTEGRAN	9
2.2 LOS DIENTES PRIMARIOS	12
2.3 FUNCIÓN DE LAS PIEZAS PRIMARIAS	12
2.4 CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS DIENTES PRIMARIOS	13
2.5 DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE DENTICION PRIMARIA Y PERMANENTE	13
2.6 ASPECTOS CLINICOS DE LA ERUPCION DENTARIA	15
2.7 SINTOMAS GENERALES ASOCIADOS CON LA ERUPCION DENTARIA	16
CAPITULO 3. CONCEPTOS GENERALES SOBRE CARIES	17
3.1 DEFINICION DE CARIES	17
3.2 ETIOLOGIA	17
3.3 CLASIFICACION	19
CAPÍTULO 4. MEDIDAS DE DIAGNÓSTICO	20
4.1 EXPLORACION	20
4.2 ESTUDIO RADIOGRAFICO	21

4.3 MANEJO DEL NIÑO	22
CAPITULO 5. TRATAMIENTO PREVENTIVO (MEDIDAS HIGIENICAS ESPECIFICAS)	24
5.1 TECNICA DE CEPILLADO	24
5.2 APLICACION DE FLUORUROS	26
5.3 SELLADORES OCLUSALES	27
CAPITULO 6. TRATAMIENTO RESTAURATIVO	28
6.1 FLUORUROS	28
6.2 RESINAS	29
6.3 AMALGAMA	30
6.4 CORONAS	31
6.5 PULPOTOMIA	32
6.6 PULPECTOMIA	33
6.7 EXODONCIA	34
CAPITULO 7. REHABILITACION DE LA OCLUSION	35
7.1 MANTENEDORES DE ESPACIO	35
7.2 RECUPERADORES DE ESPACIO	36
7.3 PROTESIS INFANTIL	36
7.4 HABITOS BUCALES	37
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44

INTRODUCCION

El objetivo primordial de este trabajo es promover, concientizar y responsabilizar a los padres e hijos, fomentando un programa sobre salud bucal, el cual se enfoque principalmente a estos problemas en el paciente infantil, y a su prevención. Ya que estos programas aún no han sido conocidos para ellos.

Por lo tanto la propuesta de este programa es fomentar la relación padre-odontólogo-paciente infantil, involucrarlos y responsabilizarlos haciéndolos más conscientes del cuidado y mantenimiento de los tratamientos, así como la prevención de nuevas patologías.

Es importante evaluar la escolaridad de padres y niños, sus condiciones de vida económica, social, cultural; y así podremos mejorar nuestros objetivos y planteamientos para la salud bucal de cada caso en particular.

El programa puede ser un incentivo para padres y odontólogos, para lograr un equilibrio y una integración en la salud bucal del niño.

CAPITULO 1. FOMENTO DE LA SALUD

1.1 NUTRICION GENERAL

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia profunda sobre el nivel de salud, así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades.(8)

El niño necesita alimentos que sirvan de substratos para los procesos metabólicos, que son la base de su producción de calorías y su actividad física, y para poner en marcha las reacciones anabólicas que conducen al crecimiento y desarrollo de su organismo. Por lo general, los carbohidratos y las grasas son los principios inmediatos que aportan energía, mientras que las proteínas y minerales

constituyen el reservorio de aminoácidos e iones necesarios para el crecimiento. Las vitaminas representan otro componente dietético esencial, al catalizar múltiples reacciones bioquímicas en el organismo.(6). (Ver diapositiva No. 2)

Sin olvidar los aspectos generales de la nutrición el dentista debe dirigir, sobre todo, su consejo a determinadas recomendaciones sobre hábitos dietéticos en la ingesta de productos no cariogénicos.(6)

Un estudio longitudinal prospectivo de cuatro años con 209 niños peruanos fue realizado para evaluar el efecto de una sola etapa de malnutrición que ocurrió en la infancia (esto es, antes del primer año de edad), sobre la caries dental en los dientes primarios. Este estudio longitudinal ha confirmado los estudios realizados con anterioridad, la evidencia epidemiológica indirecta ha sugerido una relación de causa-efecto entre la malnutrición temprana y el incremento de la caries dental.(A)

1.2 ALIMENTOS CARIOGENICOS

La caries ha sido justamente denominada enfermedad de la dieta porque se cree que los principales factores causales son de naturaleza local.(8)

El pH de la placa dental después de la ingestión de alimentos se cree que es de mucha importancia en la etiología de la caries. Este pH está influenciado por el pH individual de los alimentos, su contenido de azúcar y el flujo promedio de saliva.

La producción de ácido y desmineralización del esmalte producido por varios alimentos se ha comparado en pruebas de fermentación. Sin duda, el contenido mínimo de sacarosa que se necesita para producir cariogenicidad varía de acuerdo con la adherencia o la depuración bucales, así como la frecuencia de ingestión de dichos alimentos.(3)

El contenido de sacarosa de los alimentos y de las bebidas tienen gran variabilidad; a continuación se mencionarán algunos de estos alimentos de mayor a menor nivel de sacarosa:(3)

- Chiclosos
- Malvaviscos
- Galletas
- Alimentos de harina blanca
- Miel comercial
- Pasteles
- Chocolates
- Helados
- Refrescos
- Jugos congelados
- Jarabes para hacer aguas frescas

La caries está asociada con los carbohidratos fermentables en la dieta, el contenido dietético puede estar relacionado con las preferencias personales y culturales, disponibilidad de alimentos, o tolerancias fisiológicas.(B)

Los jarabes medicinales y, en particular los antibióticos en jarabe, incrementaron independientemente el riesgo de que un niño presentara lesiones cariosas, especialmente si los toma con frecuencia.(C)

Los productos ácidos formados por la fermentación bacteriana de los carbohidratos de la dieta en la placa dental, son necesarios para la iniciación de la caries dental.(J). (Diapositiva No. 3).

1.3 SINDROME DE BIBERON

Se presenta en niños pequeños que se han acostumbrado a requerir un biberón con leche u otro líquido azucarado para irse a dormir. Ataca en particular los cuatro incisivos primarios superiores, y los primeros molares primarios tanto superiores como inferiores.

Este tipo de caries se debe al uso prolongado del biberón, los niños inducidos a dormir una siesta o por la noche mediante un biberón. Lo que no saben los padres es que crean las condiciones ideales para el desarrollo de la caries.

El niño se encuentra en posición horizontal, con el biberón en la boca y la tetilla descansando contra el paladar, mientras la lengua, en combinación con los carrillos, fuerza el contenido del biberón hacia la boca.

Al comienzo, la succión es vigorosa, la secreción y flujos salivales intensos y la deglución continúa rítmica. A medida que el niño se adormece, la deglución y la salivación disminuyen y desaparecen, la leche empieza a estancarse alrededor de los dientes. La lengua extendida, cubre y protege los incisivos inferiores, por esta razón no son afectados.

Añádase que a muchos niños se les deja el biberón la mayor parte del tiempo que permanecen dormidos, y se tendrá el cuadro completo; los ácidos permanecen junto al diente por el tiempo más que suficiente para producir su destrucción.(11)

Los niños que se quedan dormidos mientras se toman su biberón tienen significativamente más casos de caries del lactante que aquellos quienes terminaron de tomar el biberón antes de quedarse dormidos. Estos últimos, sin embargo, tuvieron más casos de caries en el lactante que quienes no tomaron el biberón antes de dormir.(L).(Diapositiva No. 4, 5 y 6).

CAPITULO 2. LA CAVIDAD BUCAL

2.1 ELEMENTOS QUE LA INTEGRAN

La cavidad bucal está compuesta por un conjunto de tejidos blandos (lengua, encía, glándulas salivales, músculos, tejidos duros, hueso y dientes).

A continuación se dará una breve descripción de las estructuras constitutivas de la cavidad bucal y sus funciones.

LA LENGUA. La lengua está compuesta sobre todo por músculos. Tiene varias funciones importantes, como su papel en la masticación, la deglución, succión y lenguaje. Es sensible en extremo, y detecta cambios minúsculos en la boca; por ejemplo localiza pequeños fragmentos de alimentos alojados entre los dientes y obturaciones caídas o perdidas.

Sobre la superficie de la lengua se localizan unas pequeñas elevaciones o papilas. Los botones gustativos que se encuentran en las papilas foliáceas y circunvalares ayudan a distinguir entre los sabores dulce, ácido, amargo y salado.(Diapositiva No. 7).

LA MUCOSA BUCAL. La boca está revestida por una membrana (mucosa bucal), que protege a los tejidos subyacentes de lesiones mecánicas y químicas y previene la invasión bacteriana. Su elasticidad permite a las mejillas y a los labios una gran

movilidad y es tan delgada que los vasos sanguíneos subyacentes brillan y se observan a través de ella, dando al tejido su color rojo característico. Las membranas mucosas son ricas en unas glándulas de pequeño tamaño que producen saliva.(Diapositiva No. 8 y 9).

LAS GLANDULAS SALIVALES. La saliva es producida por las glándulas salivales, que se catalogan en mayores y menores. Las glándulas salivales menores se encuentran en la membrana mucosa de toda la boca. Las glándulas salivales mayores incluyen aquellas cuyo conducto de salida se encuentra en la mejilla, frente a los dientes molares superiores (glándula parotidal) y las que se encuentran bajo la lengua justo por detrás de los dientes incisivos (glándula submaxilar).

La saliva actúa como lubricante de las membranas mucosas de la cavidad bucal, elimina bacterias y contiene enzimas que inician las primeras etapas de la digestión de los alimentos; también contiene anticuerpos que impiden la infección de las membranas mucosas.(Diapositiva No. 10).

LA ENCIA. La encía es el tejido blando que rodea al diente y que cubre los maxilares. La encía triangular, que ocupa el espacio entre los dientes se denomina papila gingival. Existe una rica vascularización gingival que desempeña un papel importante para combatir la infección. La encía sana es de color rosa pálido o brillante. La superficie externa presenta un puntilleo como piel de naranja. En el niño es más delgada, rojiza, lisa y no presenta el puntilleo. Existe un espacio entre el diente y la encía, la bolsa o surco gingival.

Cuando está sana, la bolsa gingival es firme y poco profunda. No obstante, la bolsa gingival es vulnerable y puede inflamarse con facilidad ante una invasión

bacteriana. Una encía sana no sangra con el cepillado habitual de los dientes.(Diapositiva No. 11).

LOS DIENTES. Un diente está formado por una corona que puede verse en la boca, y una o más raíces que están insertadas en el proceso alveolar de los huesos maxilares. La corona está cubierta por el esmalte: el tejido más duro del organismo.

Bajo el esmalte se encuentra la dentina, que es el componente principal de la corona y de la raíz. La dentina está formada por unos canales, que son los túbulos dentinales que están rellenos de líquido y en contacto con la cámara pulpar y el conducto radicular del diente. La cámara pulpar y el conducto radicular están rellenos de tejido conectivo, rico en nervios y vasos sanguíneos (la pulpa dentaria).

La dentina de la raíz está cubierta por una capa de cemento, un tejido duro calcificado que se asemeja al hueso. En el cemento se anclan las fibras del ligamento periodontal.(Diapositiva No. 12).

EL LIGAMENTO PERIODONTAL. El ligamento periodontal, está compuesto en principio, por fibras de tejido conectivo que se disponen entre el cemento que cubre la superficie radicular y el proceso alveolar de los maxilares. Estas fibras permiten un cierto grado de movilidad al diente (cerca de 0.2-0.5 mm.) como sucede durante la masticación. Entre las fibras de ligamento periodontal también se encuentran vasos sanguíneos y nervios.(Diapositiva No. 13, 14 y 15 y 16).

LOS MUSCULOS DE LA MASTICACION. Los músculos de la masticación que son responsables de los movimientos maxilares necesarios para masticar incluyen cuatro pares de músculos que suben, bajan la mandíbula y desplazan en forma lateral. Estos músculos son : los músculos temporal y masetero, izquierdos y derechos, y los músculos pterigoideos internos y externos, izquierdos y derechos.(5).(Diapositiva 17 y 18).

2.2 LOS DIENTES PRIMARIOS

Uno de los factores que distingue la odontología para niños de la de adultos, es que el dentista cuando trata niños, está tratando con dos denticiones, la dentición primaria y permanente.

Los dientes primarios son veinte y constan de : un incisivo central, un incisivo lateral, un canino, un primer molar y un segundo molar en cada cuadrante de la boca desde la línea media hacia atrás.

Las piezas permanentes son treinta y dos y constan de los incisivos centrales sucedáneos, incisivos laterales, y caninos, que reemplazan a los dientes primarios similares; los primeros premolares y los segundos premolares que reemplazan a los primeros molares y segundos, y los primeros, segundos y terceros molares que no desplazan piezas primarias, sino que hacen erupción en posición posterior a ellas.(Diapositiva No. 19).

2.3 FUNCION DE LAS PIEZAS PRIMARIAS

Puesto que las piezas primarias se utilizan para la preparación mecánica del alimento del niño para digerir y asimilar durante uno de los períodos más activos del crecimiento y desarrollo, realizan funciones muy importantes y críticas.

Una destacada función que tienen los dientes primarios es mantener el espacio en los arcos dentales para las piezas permanentes. Las piezas primarias también tienen la función de estimular el crecimiento mandibular por medio de la masticación, especialmente en el desarrollo de la altura de los arcos dentales. También se tiende a olvidar la importancia de los dientes primarios en el desarrollo de la fonación. La dentición temporal es la que da la capacidad para usar los dientes para pronunciar.

La pérdida temprana y accidental de dientes primarios anteriores puede llevar a dificultades para pronunciar los sonidos con las letras f, v, s, z, t, r, etc. Los dientes también tienen una función estética, ya que mejoran el aspecto del niño.(11)

2.4 CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS DIENTES PRIMARIOS

Los dientes primarios son más pequeños que los permanentes, especialmente en cuanto a su dimensión vertical. Las coronas son más bajas y más redondeadas y su porción vertical es voluminosa con una unión amelocementaria marcada.

El esmalte de los dientes primarios presentan una coloración blanca azulada, en comparación con el tinte blanco amarillento de los dientes permanentes. En la dentición mixta, los dientes de leche suelen mostrar una marcada abrasión que contrasta con los mamelones y cúspides puntiagudas de los dientes permanentes recién erupcionados.(Diapositiva No. 20 y 21).

Los conductos y cámaras pulpares ocupan una porción comparativamente grande de los dientes primarios, es decir las dimensiones del esmalte y la dentina son relativamente pequeñas.

La dentición primaria se caracteriza por su estabilidad anatómica y, salvo algunas excepciones sólo existe un tipo de cada diente.(7).

2.5 DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE DENTICION PRIMARIA Y PERMANENTE

Existen diferencias morfológicas entre dentición primaria y permanente, en el tamaño de sus piezas y en su diseño en general externo e interno.

Estas diferencias pueden enumerarse como sigue:

1. En todas dimensiones las piezas primarias son más pequeñas que las permanentes correspondientes.

2. Las coronas de las piezas primarias son más anchas en su diámetro mesiodistal en relación con su altura cérvico-oclusal, dando a las piezas anteriores aspecto de copa y a los molares un aspecto más aplanado.

3. Los surcos cervicales son más pronunciados, especialmente en el aspecto bucal de los primeros molares primarios.

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

5. Las superficies bucales y linguales de los molares, especialmente de los primeros molares, convergen hacia las superficies oclusales, de manera que el diámetro buco-lingual de la superficie oclusal es mucho menor que el diámetro cervical.

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

7. La capa de esmalte es más delgada, y tiene profundidad más consistente, teniendo en toda la corona aproximadamente 1 mm. de espesor.

8. Las varillas de esmalte en el cervix se inclinan oclusalmente en vez de orientarse gingivalmente, como en las piezas permanentes.

9. En las piezas primarias hay en comparación menos estructura dental para proteger la pulpa.

10. Los cuernos pulpares están más altos en los molares primarios, especialmente los cuernos mesiales, y las cámaras pulpares son proporcionalmente mayores.

11. Las raíces de las piezas anteriores primarias, son mesiodistalmente más estrechas que las anteriores permanentes.

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

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

14. Las piezas primarias tienen generalmente un color más claro.(11).(Diapositivas No. 22, 23, 24, 25 y 26).

2.6 ASPECTOS CLINICOS DE LA ERUPCION DENTARIA.

Los dientes primarios suelen perforar la encía sin producir ningún síntoma. Sin embargo, en al menos dos tercios de los lactantes puede observarse en la zona de ruptura síntomas de diversa gravedad, que aparecen algunos días antes de la erupción clínica, y a la exploración, se ponen de manifiesto como enrojecimiento e hinchazón de la mucosa oral que recubre al diente.

Durante este período, el niño puede presentar signos de irritación local, junto con una tendencia a frotarse la encía con los dedos o algún objeto, todo lo cual provoca babeo.(Diapositivas No. 27 y 28).

2.7 SINTOMAS GENERALES ASOCIADOS CON LA ERUPCION DENTARIA .

Aunque aceptamos que la acumulación de leucocitos en la mucosa al comienzo de la erupción clínica puede causar síntomas locales, se sigue dudando de que la erupción dentaria tenga alguna influencia sobre el estado general del niño.

Según Hipócrates, la erupción dentaria podía causar graves enfermedades y ésta opinión fue mantenida sin discusión en la medicina antigua, y se reflejó incluso en las estadísticas de mortalidad. Durante el siglo XVIII casi la mitad de todas las muertes de lactantes en Francia se atribuían a problemas de dentición.

Existe controversia sobre si la dentición puede causar algunos de esos síntomas, si estos pueden acelerar la erupción dentaria o si aquellos y esta se produce a veces simultánea e independiente.

La irritabilidad general del niño en relación con la erupción dentaria puede producirle agitación, inquietud e insomnio y la presencia de una inflamación local aguda en la encía explicaría suficientemente esos síntomas.

Al considerar posibles asociaciones con trastornos gastrointestinales, hay que recordar que la erupción de los dientes primarios comienza en el período de adaptación gradual del niño a los hábitos alimentarios del adulto y, por lo tanto es frecuente y normal que se produzcan pequeños cambios en la consistencia y volumen de las heces.

Las manipulaciones en la boca con los dedos o cualquier objeto durante la dentición pueden afectar también el peristaltismo a través de la inervación simpática. Las diarreas mortales de la dentición, que antiguamente se consideraban tan

frecuentes, correspondían con toda probabilidad a enfermedades con deshidratación que el médico no conseguía tratar con éxito.

Hay que concluir que no existe una asociación absoluta entre la erupción dentaria y los trastornos del estado general del niño. No obstante, la inflamación local en el punto de la erupción puede condicionar irritabilidad en el lactante, e incluso ocasionalmente un aumento de la temperatura corporal o pequeñas alteraciones en el peristaltismo.

CAPITULO 3. CONCEPTOS GENERALES SOBRE CARIES

3.1 DEFINICION DE CARIES.

La caries dental es un proceso patológico, localizado, de un origen bacteriano, que determina la desmineralización del tejido duro del diente y finalmente su cavitación. La caries se inicia como una lesión microscópica, que alcanza finalmente las dimensiones de una cavidad macroscópica.(3).(Diapositiva No. 29, 30, 31).

3.2 ETIOLOGIA.

La caries dental es una enfermedad multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (particularmente la saliva y los dientes), la microflora y el sustrato (dieta). Además de estos tres factores, deberá tenerse en cuenta uno más, que es el tiempo, el cual juega un papel preponderante en la aparición de un proceso carioso y sus causas.

La caries se origina cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dentaria (huésped) se mantiene un tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos) alcanzan una

concentración elevada en la placa por excesivo aporte de azúcares en la alimentación (sustrato).

Dado que la caries y la enfermedad periodontal se consideran las dos enfermedades principales de la cavidad bucal y que comienzan frecuentemente en la niñez, dejando secuelas para toda la vida, la odontología preventiva debe comenzar tempranamente en la vida.

Aunque se cree que las causas de estas enfermedades son multifactoriales, se acepta que la causa principal es la placa dentobacteriana.(8)

La placa dentobacteriana es el depósito blando, no mineralizado y bacteriano que se forma sobre los dientes que no se limpian en forma adecuada.(3)

Se define también como materia alba (materia blanca), a la acumulación de células epiteliales y microorganismos en la superficie dentaria sin una estructura determinada. Este tipo de sustancia no muestra crecimiento orgánico, ni posee actividad metabólica conocida y se elimina por medio del cepillado.

La placa muestra una adherencia firme y estructurada ya que la microflora penetra en el interior de su matriz. En función del medio externo, la microflora se diferencia y adquiere actividad metabólica específica.(1)

La placa está formada por una mezcla de microorganismos que varían no solamente el lugar y los hábitos dietéticos, sino también según el tiempo que ha tenido que "madurar" la placa.

En los niños es muy frecuente encontrar placa dental bacteriana debido al consumo intermitente de alimentos, sobre todo ricos en azúcares los cuales proporcionan una multiplicación de los microorganismos ya existentes.(4).(Diapositivas No. 32 y 33).

3.3 CLASIFICACION

Desde el punto de vista de diagnóstico hay que diferenciar entre:

- La caries del esmalte, que es una lesión inicial limitada al esmalte, sin alcanzar la fase de cavidad.(Diapositiva No. 34).

- La caries de la dentina, que es una lesión clínica secundaria a la progresión de la caries del esmalte y se caracteriza por la cavidad en el esmalte y lesión en la dentina.(Diapositiva No. 35).

La lesión cariosa inicia con una mancha blanquesina u oscura, difícil de detectar clínicamente, pero fácil de observar en la radiografía. Por lo general en la superficies lisas del esmalte, los primeros cambios visibles se manifiestan como una pérdida de transparencias, que da como resultado una zona de manchas blancas. En aquellos lugares en los que la caries ha progresado más lentamente o se ha detenido, se puede observar en el esmalte una pigmentación de color pardo o amarillento.

Caries clínica (lesión de la dentina), este tipo de caries se caracteriza por la cavidad del esmalte, por lo que puede ser diagnosticada en la clínica de forma visual, por palpación, o radiográficamente.

La desmineralización progresiva determina una transición de la descalcificación parcial del esmalte a la total, que se acompaña de pérdida total de la superficie, invasión bacteriana, multiplicación de los microorganismos, penetración y excavación de la unión amelodentinaria.

Por último se produce la desmineralización y destrucción hística de la dentina. Los microorganismos se dirigen desde la unión amelodentinaria hasta la pulpa a lo largo de los canalículos de la dentina.(Diapositiva No. 36).

VALORACION DE LOS GRADOS DE LESIÓN

0= Sin signos de descalcificación cariosa.

1= Lesión visible únicamente en la mitad externa del esmalte.

2= Lesión visible en la mitad del esmalte.

3= Lesión visible en la mitad externa de la dentina.

4= Obturación con transparencia de la dentina, por debajo de aquella (caries secundaria residual de la caries).

5= Obturación con transparencia de la dentina hasta la pulpa.(1)

(Diapositiva No. 37).

CAPITULO 4. MEDIDAS DE DIAGNÓSTICO.

4.1 EXPLORACION

El examen del niño cumple tres funciones:

1. Identificación de una enfermedad desconocida o no diagnosticada.
2. Reconocimiento y determinación de la extensión y las implicaciones de las enfermedades conocidas.
3. Corroboración o interpretación histórica.(9)

La exploración del paciente pediátrico debe cubrir los siguientes aspectos:

1. Historia del caso:

- a). Datos personales (nombre, edad, domicilio, etc.)
- b). Signos o síntomas actuales.
- c). Historia familiar (antecedentes patológicos).

d). Historia médica.(Diapositiva No. 38).

2. Exploración clínica:

a). Aspecto general.

b). La cara.

c). Mucosa bucal.

d). Tejidos periodontales.

e). Dientes.

f). Oclusión.(Diapositiva No. 39 y 40).

3. Exploración radiográfica.

4. Modelos de estudio. (Para ver el estado en que se encuentra el paciente).

(Diapositiva No. 43).

En algunos casos se precisan pruebas de laboratorio como biopsias, estudio bacteriológico, etc.(6)

4.2 ESTUDIO RADIOGRAFICO

El examen radiográfico es una parte esencial del diagnóstico y plan de tratamiento hábilmente interpretada puede ser utilizada para confirmar, contraria o apoyar las observaciones del examen clínico.

Igualmente se puede contar con ella como auxiliar para el seguimiento de los problemas y síntomas del paciente.

La extensión de este examen variará en cada paciente y será determinada solo después de haber completado el examen clínico inicial. La orden por rutina de una cantidad fija de películas sin que haya sido visto el paciente, y sin haber cumplido un examen clínico, constituye un mal servicio al paciente.

En general, se ha de entender claramente los siguientes puntos:

1. Se debe utilizar la película con la mayor compatibilidad a la información requerida y con la comodidad del paciente sin tener que sacrificar la calidad de la técnica.

2. Las técnicas y combinaciones de películas deben variar con la edad o el tamaño del paciente o ambos factores.

3. Una determinada ubicación o tamaño de la película, no siempre será lo mejor para el paciente o el profesional. Se debería contar siempre con una o dos alternativas.

El niño requiere de toda la protección que se le pueda ser provista, los riesgos de la radiación son particularmente importantes en el niño cuyos tejidos, inmaduros y en crecimiento resultan especialmente sensibles. (Diapositivas No. 41 y 42)

4.3 MANEJO DEL NIÑO

El concepto articulado de que "el niño es un adulto en miniatura", debe ser desechado; contar con un conocimiento básico en el tratamiento con el niño es fundamental para el dentista, no solo para ayudarlo a resolver problemas terapéuticos agudos sin también para adiestrar al paciente que será un adulto.

Se expondrán los siguientes métodos:

Experiencia a previa cita: la visita preliminar consiste en llevar al niño a un consultorio dental para realizar un recorrido y una orientación, de antemano se explica al paciente que ese día absolutamente nada se llevará a cabo. El niño tiene la oportunidad de conocer las partes del equipo dental.

DECIR, MOSTRAR Y HACER.

Este método equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante. Antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección), ha de explicarse al niño que se hará y después se simula que ocurrirá antes de iniciar el procedimiento. (Diapositiva No. 44)

CONTROL MEDIANTE LA VOZ.

Este método requiere del dentista más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante ya que ha de proyectar la intención de "soy quien manda aquí". La expresión facial del dentista también debe reflejar esta actitud y confianza. (Diapositivas No. 45 y 46)

MANO SOBRE BOCA.

En este método el dentista coloca su mano sobre la boca del niño que llora de forma histérica, con esto controla los berrinches y otros ataques de ira; ha de usarlo junto con el control de voz.

La técnica no busca asustar al niño, intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al dentista. (Diapositiva No. 47 y 48)

RESTRICCION FISICA.

En sentido literal significa físicamente restringir los movimientos inapropiados del niño durante un tratamiento dental. Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales (como redes).

Se delimita a los niños inmanejables; una alternativa a la restricción física que abarca el tratamiento con medicamentos o anestesia general. (Diapositiva No. 49)

FELICITAR Y COMUNICAR.

Estos dos puntos se explican por si solos, toda la gente, incluso los niños, reaccionan de manera favorable a las felicitaciones; por eso es importante reconocer cuando un niño se deja atender correctamente.(9) (Diapositiva No. 50)

CAPITULO 5. TRATAMIENTO PREVENTIVO (MEDIDAS HIGIENICAS ESPECIFICAS).

Para que cualquier programa de higiene sea exitoso, debe motivarse al niño y a sus padres para que realicen efectivamente los procedimientos de eliminación de la placa en forma regular y concienzuda. (Diapositiva No. 51)

5.1 TECNICA DE CEPILLADO.

Los objetivos generales del cepillado dental, son la eliminación de la placa bacteriana y los restos alimenticios. No se trata de aprender una técnica complicada de cepillado, ya que resultaría menos efectivo para la eliminación de la placa dental en los niños.(7)

El niño pequeño no puede lograr una técnica de cepillado eficaz, por lo tanto es mejor que un adulto haga el cepillado.

Una buena forma de lograr y que al mismo tiempo permita al niño mantener su independencia es permitirle que cepille sus dientes solo en la mañana y que los padres hagan el cepillado por la noche. Los niños se resistirán con frecuencia al cepillado de los padres, pero cuando saben que se hará a pesar de todo, su resistencia generalmente disminuye.

METODO: La madre está de pie o se sienta detrás del niño, y está recostado en ella, la madre toma el cepillo con una mano y con el brazo libre rodea la cabeza del niño; así si el niño o la madre se mueven, lo harán juntos, evitando lesiones en tejidos blandos.

Otra posición alterna para el niño pequeño, es que la madre se siente y recueste al niño en su regazo.(Diapositiva No. 52).

El cepillo más apropiado para una dentición infantil será la medida de los dientes anteriores inferiores del niño; que será a partir de la cara distal del canino derecho a la cara distal del canino izquierdo, teniendo esta medida se evitará quitarle cerdas al cepillo, el mango deberá ser adecuado a la mano del niño.

Durante el cepillado las cerdas del cepillo se curvan y el cepillo se mueve hacia atrás y adelante, con movimientos horizontales cortos y un suave fregado.(Diapositiva No. 52 y 54).

Es importante señalar que cepillo debe ser de cerdas artificiales, de nylon de dureza suave y que este deberá ser renovado de cada dos a tres meses. Como ya se

mencionó es fácil lesionar el tejido o forzar los labios y las mejillas del niño hasta causarle malestar si se efectúan movimientos bruscos.(12)

Como un paso básico en la odontología preventiva, la higiene oral se iniciará en las etapas más tempranas de la vida. En vista de la confusa información, a menudo generada por los medios masivos de comunicación sobre los métodos de cepillado dental ideales para los niños. La revisión de la literatura pertinente fue realizada.(D)

Por eso es importante que los padres estén concientes de que la higiene bucal debe comenzarse desde la etapa de lactancia.

5.2 APLICACION DE FLUORUROS.

Se ha comprobado que su uso reduce la aparición de caries dental en niños., ya que aumenta la resistencia de sus dientes, pues fomenta su fortalecimiento y disminuye su porcentaje cariogénico de la placa dental.

Estos pueden ser administrados por vía sistémica o aplicación local por vía sistémica, se logra por la ingestión de alimentos que contienen de manera natural fluoruros, sal con fluoruro, complementos dietéticos con fluoruros. y algunos enjuagues bucales, que incluso de pueden deglutir.

Los complementos con fluoruros los hay con vitaminas o sin ellas, se encuentran en tabletas o presentaciones líquidas; estos complementos con fluoruro son muy eficaces en la prevención de caries, pero su éxito depende en gran parte del grado en los que los padres se responsabilicen de su administración. Los preparados líquidos se recomiendan en pacientes de muy corta edad, que pueden tener dificultad para masticar o deglutir las tabletas.

Las dosis de fluoruro dependen de la edad del niño y de la concentración de fluoruros en el agua potable.

La aplicación tópica se logra con el contacto de fluoruros con el diente, mediante pastas dentales que los contienen, o bien la aplicación que hace el odontólogo en el consultorio dental, ya sea en presentación de soluciones o gel. Se recomienda una frecuencia de aplicación cada seis meses.(7).(Diapositivas No. 55 y 56).

5.3 SELLADORES OCLUSALES.

Estos selladores se colocan con la finalidad de rellenar las fosetas y fisuras de los molares, con la finalidad de contar con una superficie lisa para que no penetren en ellas la placa dental y los residuos alimenticios.

Estos son materiales plásticos que se colocan en las caras oclusales, las más susceptibles a la caries, de molares y premolares de reciente erupción preferentemente. Esto quiere decir, que se colocan en niños no tan pequeños los que ya presentan una dentición mixta; y, que presenten dientes con las características indicadas para la colocación de estos materiales.

Las superficies selladas se deben revisar periódicamente si se desgastó parte del sellador o se perdió, se hará la reaplicación. Esto es aproximadamente de cada tres a cuatro meses, dependiendo de la incidencia de caries y de los hábitos de higiene bucal.(6)

CAPÍTULO 6. TRATAMIENTO RESTAURATIVO.

6.1 FLUORUROS.

La superficie oclusal de los dientes posteriores recién erupcionados, es vulnerable al deterioro dental y es la superficie que con mayor frecuencia se ve afectada por el.

Los fluoruros han sido utilizados por diversas vías y en distintos compuestos; el bien conocido efecto del ion flúor en la prevención de la caries lo ha situado en una posición clave dentro de los programas preventivos, y que ahora es utilizado en la presencia de caries incipiente, provocando en este tipo de lesión una remineralización de las estructuras dañadas y de la caries.

Se ha sugerido que sus efectos sistémicos producen una mejoría de la estructura cristalina del esmalte y aumentan su contenido de flúor; la investigación ha puesto de manifiesto varios mecanismos que podrían explicar los efectos tópicos, entre los que destacan la remineralización de las lesiones cariosas precoces .

Esto se logra mediante las aplicaciones tópicas en el consultorio y conjuntamente con los enjuagues con fluoruro después de una higiene bucal nocturna, ya que el niño no tomará ningún alimento después de realizado el enjuague para que el fluoruro actúe durante toda la noche.(11).(Diapositiva No. 57).

Los enjuagues bucales con fluoruro han sido usados ampliamente en los quince años anteriores para la prevención de la caries dental en los niños. Se ha demostrado que reduce la incidencia de caries dental en los niños en un promedio del 30%. Para algunos pacientes, los dentistas seguirán recomendando el enjuague bucal con fluoruro en casa, basándose en la actividad o riesgo de caries.(E)

Bajo malas condiciones de higiene bucal, la placa restante de niños que reciben tratamiento intensivo con flúor puede enlazar el flúor las fisuras superficiales promoviendo por tanto, la maduración del esmalte con estabilización y regresión de manchas blancas, las que en un estudio anterior fueron también encontradas como que dependen de la edad post- eruptiva.(F)

6.2 RESINAS.

Las obturaciones conservadoras con resinas compuestas están indicadas en las lesiones cariosas interproximales pequeñas de los incisivos y para la superficie mesial de caninos.(Diapositiva No. 58).

La retención se logra mediante, canaladuras colocadas en las superficies tratadas y con el bisel del margen cavo superficial para incrementar el área de esmalte grabado. Las resinas son un material estético que sin embargo sufren de cambios dimensionales.(5)

Pasos para la preparación y colocación de resina compuesta:

1. Se administra anestesia adecuada y se coloca el dique de hule.
2. Prepárese el acceso y elimínese la caries.
3. Límpiase y séquese la preparación con agua y aire comprimido, y cúbrase la porción más profunda con una base delgada de hidróxido de calcio.
4. Grábese el margen cavosuperficial del esmalte cinco veces más, del tiempo indicado por el fabricante. Es preferible usar un ácido gel; evítese que el ácido toque superficies dentarias adyacentes.
5. Se coloca una matriz de plástico.

6. Aplíquese un agente de unión dentinaria en la preparación, mediante un pincel pequeño.
7. Con un instrumento de plástico o jeringa de presión, se aplica la resina compuesta en la preparación y compresión digital se jala con firmeza la matriz alrededor de la cavidad.
8. En ocasiones, se realiza el terminado y pulido de inmediato luego de la polimerización.
9. Cuando finaliza el terminado, se remueve el dique de hule y se para el hilo dental a través de las áreas interproximales a fin de revisar que no haya excedentes.(11).
(Diapositivas No. 59 y 60).

Un estudio fue iniciado en 1986 como respuesta al interés en los procedimientos restaurativos que favorecen la preservación sustancial de los dientes y en la búsqueda de alternativas para las amalgamas dentales. Los dos tipos de restauración, por lo tanto, han probado ser un tratamiento de obturación eficiente según los requerimientos de la odontología operatoria moderna.(G)

6.3 AMALGAMAS

El éxito de una obturación de amalgama radica en alcanzar un buen control de calidad. Es el material restaurador que más se utiliza en molares primarios.(6).(Diapositiva No. 61).

Pasos para la preparación y obturación con amalgama:

1. Se administra anestesia adecuada y se coloca el dique de hule.

2. Se elimina el tejido carioso y se prepara la cavidad.
3. Se enjuaga y seca la preparación, se inspecciona en cuanto a:
 - a). Eliminación de caries.
 - b). Márgenes cavosuperficiales definidos.
 - c). Retiro de todo esmalte sin soporte.
4. Se coloca la protección pulpar conforme sea preciso.
5. Se tritura la amalgama y se lleva a la preparación una carga de la misma con el portamalgamas.
6. Con un condensador pequeño, se empieza de inmediato a condensar la amalgama dentro de la preparación, hasta sobreobturar un poco la cavidad.
7. Tallar la restauración dando anatomía.
8. Pulir después de 24 horas con el propósito de eliminar rayones y efectos superficiales.(11).(Diapositivas No. 62 y 63).

6.4 CORONAS.

Existen varios tipos de coronas: acero inoxidable, policarbonato y celuloide.

Sus indicaciones son:

1. Restauración de dientes primarios con lesiones cariosas extensas.
2. Restauración de dientes hipoplásicos.
3. Después de una pulpotomía o pulpectomía.
4. Con anomalías como: amenogénesis, dentinogénesis, etc.
5. Como soporte para mantenedores del espacio. (11) (Diapositiva No. 64).

Pasos para la preparación y colocación de coronas:

1. Adminístrese anestesia local para todos los tejidos que rodean al vientre.
2. Se elimina caries.
3. Se realiza una reducción proximal.
4. Se desgasta la cara oclusal hasta obtener la desoclusión, y se redondean los ángulos.
5. Se selecciona la corona conforme al tamaño y se revisa la oclusión.
6. Se contornea y ajusta.
7. Se coloca protección pulpar.
8. Enjuáguese y séquese tanto la corona como la preparación.(Diapositivas No. 65 y 66).
9. Se cementa perfectamente y preferentemente con fosfato de zinc.
10. Retirar el cemento excedente del surco gingival.

6.5 PULPOTOMIA.

Es la extirpación de la pulpa viva de la cámara coronaria, seguida por la aplicación de medicamentos sobre los muñones pulpares radiculares para estimular la reparación, fijación o momificación de la pulpa radicular.(Diapositiva No. 67).

Se indica para dientes primarios vitales con pulpas expuestas. El formocresol es el medicamento de elección que se emplea para momificar a la pulpa, y se ha de realizar de la siguiente manera:

1. Anestesia local.
2. Colocación del dique de hule.

3. Acceso y eliminación de caries.
4. Amputación de la pulpa coronar.
5. Control y valoración de la hemorragia.
6. Aplicación de formocresol.
7. Base de óxido de zinc y eugenol.
8. Restauración final (corona).(11).(Diapositivas No. 68, 69 y 70).

6.6 PULPECTOMIA

Es la extirpación del contenido de tejido blando de la cámara pulpar coronaria y los conductos radiculares. Después de la preparación mecánica y química se obturan los conductos.

Es necesario efectuar la pulpectomía en dientes primarios vitales, pulpas expuestas, infecciones crónicas y agudas, y en casos de necrosis pulpar.(Diapositiva No. 71).

Esto es conforme a la siguiente frecuencia:

1. Anestesia local.
2. Aplicación de dique de hule.
3. Acceso y eliminación de caries.
4. Extirpación de la pulpa cameral y de los conductos radiculares.
5. Limpieza de conductos.
6. Obturación de conductos.
7. Base.
8. Restauración final.(11).(Diapositivas No. 72 y 73).

Las propiedades anatómicas y fisiológicas de los dientes desiguos, los hacen susceptibles a la caries y a las complicaciones inflamatorias e infecciosas. Esta especificidad, la proximidad del germen del diente permanece subyacente y la relación de este último con el diente desuido, hace delicada su conservación y terapia endodóntica después de una afección pulpar o pulpo-periodontal. El éxito de esta aproximación está relacionado con la buena elección del caso basada en la condición del niño, su motivación y la de sus padres, la condición de cariogenicidad de la boca, los análisis del diente permanente y del diente desuido, y del seguimiento del caso. El éxito evita la extracción de dientes desiguos en niños pequeños antes del período fisiológico de permuta.(H)

6.7 EXODONCIA

La extracción dentaria en odontopediatría se debe a las siguientes situaciones:

1. De temporales; cuando el permanente correspondiente está haciendo su erupción en el lugar próximo, si el diente temporal no presenta ninguna movilidad en una época en la que debería ser reemplazado nunca extraerlo, antes de haber comprobado radiológicamente que es próximo a hacer su erupción o bien si existe un germen.

2. De supernumerarios; un porcentaje bastante apreciable de pacientes presentan dientes supernumerarios, con serias malposiciones dentarias, siendo su extracción la regla general.(Diapositiva No. 74).

3. De supernumerarios retenidos; provocando desviaciones pronunciadas o retenciones de los permanentes.

4. De los permanentes; la ortodoncia acepta como recurso terapéutico en la solución de determinados tratamientos la abulción dentaria de algunos permanentes. Aunque tal acto suele ser un arma de dos filos, ya que puede ser un tratamiento cuando está perfectamente indicado, puede en otros casos provocar un perjuicio aceptado.

5. De las infecciones cuando los dientes temporales presentan infecciones a nivel apical que no pueden ser controladas, presentando fistulas.

6. En caries con destrucción total de la corona.(13).(Diapositivas No. 75 y 76).

CAPITULO 7. REHABILITACION DE LA OCLUSION.

7.1 MANTENEDORES DE ESPACIO.

Se le define como un dispositivo protésico destinado a mantener el espacio y el equilibrio dentario, cuando ha sido necesario efectuar una extracción prematura de una pieza temporal. La oportunidad de colocar este dispositivo, estará supeditada a la edad del paciente y al grado de evolución, desarrollo maxilar y del diente de reemplazo por medio del control radiográfico.(13).(Diapositivas No. 77 y 78).

Clasificación:

FIJOS

	Banda-anza
Unilaterales	Corona-anza
	Zapatilla distal
	Arco lingual
Bilaterales	Arco nance
	Arco traspalatal

REMOVIBLES

Prótesis parciales

Prótesis totales

(Ver Diapositivas No. 79, 80, 81, 82, 83 y 84).

Existen también otras prótesis, llamadas sobredentaduras, éstas son removibles y se colocan cuando el niño todavía preserva las raíces de los dientes con previas pulpectomías, estas raíces nos sirven también como mantenedores de espacio y sobre estas se colocan las prótesis.

7.2 RECUPERADORES DE ESPACIO.

La pérdida de espacio se presenta principalmente con la pérdida del segundo molar primario y el primer molar permanente se mesializa. Para este caso se utiliza un aparato fijo activado con un resorte en espiral.

Otro caso, es la pérdida del primer molar permanente en el cual se realizan coronas con anza, en caso de que el segundo molar no haya erupcionado y si este ya erupcionó y está mesializado se realiza un aparato fijo con resorte. (Diapositiva No. 85).

7.3 PROTESIS INFANTIL.

Las prótesis completas se requieren ocasionalmente con el objeto de proveer estética y función en un niño. Puede haber anodoncia como resultado de una displasia ectodérmica hereditaria o extracción dentaria múltiple realizada como consecuencia de la caries rampante.(2).(Diapositiva No. 86).

Para preparar una prótesis se toman impresiones con alginato y se estima la oclusión céntrica y la altura. Los dientes acrílicos y artificiales, pueden prepararse a partir de impresiones de dientes naturales. La extensión posterior de la prótesis se lleva aproximadamente hasta la primera línea postlacteal.

Las prótesis removibles no afectan el crecimiento de las paredes alveolares pero por el contrario, el crecimiento óseo obliga a reconstruir la prótesis cada cierto tiempo.(Diapositiva No. 87)

Los problemas principales con las prótesis surgen durante la erupción de los incisivos superiores e inferiores. Es necesario recortar las prótesis para dar lugar a los nuevos dientes. Las prótesis por lo general son bien aceptadas por los niños.

En un niño pequeño hay dos factores frecuentes que causan la pérdida de los dientes: el síndrome de biberón y la pérdida por trauma. Las extracciones múltiples pueden ser programadas en niños por razón de las condiciones generales, en lo que principalmente se refiere a la remoción de un foco de infección presente o potencial.(1)

7.4 HABITOS BUCALES.

SUCCIÓN DIGITAL. Es un hábito común entre los niños y está bien aceptado que la succión digital llena una necesidad emocional en ellos, en especial ya avanzada la infancia.

Si el hábito persiste durante el período eruptivo de los incisivos permanentes superiores, habría una perturbación de la erupción y alineamiento.(8).(Diapositivas No. 88 y 89)

Un hábito puede causar diversos cambios dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia.

Se informa que los signos clásicos de un hábito activo son:

1. Mordida abierta anterior.
2. Movimientos vestibulares de los incisivos superiores.
3. Desplazamiento lingual de los inferiores.
4. Constricción del maxilar.(Diapositiva No. 90).

La trampa palatina se diseña para interrumpir un hábito digital al interferir con la colocación del dedo y la satisfacción derivada de la succión, el aparato puede ser fijo o removible.(9)

HÁBITO DE CHUPÓN. Los cambios dentales que se ocasionan por esta clase de costumbre son similares a los producidos por el hábito de succión digital, se observan de manera constante mordidas abiertas anteriores y constricción maxilar.(Diapositivas No. 91 y 92).

Desde el punto de vista teórico es más sencillo dar fin a este hábito ya que bajo el control de los padres es posible suspender el chupón de manera gradual o de momento.

Estudios anteriores mostraron que el chupón es usado en un 80%. Esto es el resultado de una distribución en los hospitales al momento de nacer, por un lado, y la apreciación paterna del efecto tranquilizante, por la otra.

De acuerdo con los padres, el uso del chupón es un hábito. El niño cuando succiona puede, por lo tanto, restaurar su equilibrio emocional. Este auto-control reaparece en ciertas situaciones. Con el tiempo el niño aprende a controlar su

comportamiento por otros medios. Solo unos cuantos niños tienen dificultades para abandonar este hábito. Los niños que utilizan una alternativa para el chupón tienen más deformaciones dentales y maxilares que aquellos que lo utilizan. Los pacificadores dentales causan mucho menos deformaciones que otros tipos.

CONCLUSIONES.

1. A los niños que succionan sus dedos se les dará un chupón.
2. Se dará un chupón a los bebés con problemas emocionales después de los seis meses. Más tarde, un objeto inofensivo para los dientes le será dado.
3. Un chupón, solo será usado si realmente es necesario.

HÁBITO LABIAL. Son los que abarcan los labios y las estructuras peribucuales, los cambios más evidentes son: labios y tejidos peribucuales rojos, inflamados y resecos. (Diapositiva No. 93).

Aunque la mayor parte de los hábitos labiales no provoca problemas dentarios, puede presentarse una inclinación vestibular de los dientes incisivos superiores, retroinclinación de los inferiores y aumento en la severidad de la sobremordida. Este hábito puede ser eliminado mediante un protector de acrílico en los dientes anteriores inferiores por vestibular el cual puede ser fijo o removible.(9).(Diapositiva No. 94).

PROYECCION LINGUAL. En general se acepta que la proyección es secuela de la succión digital y que como tal mantiene la sobremordida abierta o incompleta, aunque también se ha culpado a las amígdalas crecidas y adenoides en esta proyección. El tratamiento consistirá en la extirpación de las amígdalas o adenoides y en la corrección de la maloclusión.(8) (Diapositivas No. 95 y 96).

AUTOMATIZACION. Son actos repetitivos que producen daño físico al sujeto, se sugiere que es un comportamiento aprendido. Una manifestación frecuente de la automutilación es la mordedura labial , lingual y de la mucosa bucal.(Diapositiva No. 97).

Aparte de la modificación conductual, su tratamiento comprende el uso de restricciones como almohadillas protectoras.

BRUXISMO. Es un pulimiento por rechinar de los dientes, a menudo nocturno, el desgaste pone en peligro la pulpa y el tratamiento es un protector bucal o bien coronas de acero cromo para proteger la cámara pulpar.(Diapositiva No. 98).

BRINCOMANIA. Es un pulimiento por rechinar de los dientes, durante el día, de igual forma que el bruxismo pone en peligro la pulpa y su tratamiento es un protector bucal o coronas de acero cromo para proteger la cámara pulpar.

CONCLUSIONES

El mayor problema que existe en la clínica de odontopediatría, es el desconocimiento de los padres respecto a las patologías de sus hijos, sus formas de prevenirlos así como los tratamientos que se practican en ésta.

Lo que pretendemos es la integración odontólogo-padres-paciente infantil, con los métodos actuales y avanzados sobre la prevención y educación para la salud desde sus niveles más simples. Esta tesina pretende crear conciencia y abrir una línea de investigación sobre evaluaciones posteriores a ésta.

Al concluir este trabajo vimos la necesidad de la educación para la salud, ya que muchos niños ya atendidos regresan a la clínica con nuevas patologías las cuales se pudiesen haber prevenido si este programa se hubiese aplicado anteriormente, ya

que al interrogar a los padres nos refieren escasa o nula información sobre prevención.

Otra situación que se presenta, es la falta de conocimiento de los padres sobre las técnicas del manejo del niño y las implicaciones que pueden tener psicológicamente, por lo tanto el paciente no recibe el refuerzo necesario en su hogar sobre la conducta adecuada para la formación de un buen paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. ATLAS.

PROFILAXIS DE LA CARIES Y TRATAMIENTO

CONSERVADOR

Peter Riethe

Editorial Salvat, 1990.

2. ATLAS DE PAIDODONCIA

John M. Davis

David B. Law

Editorial Panamericana, 1984.

3. CARDIOLOGIA

Ernest Newbrun

Editorial Limusa, 1991.

4. CARIES

Thylstrup Anders

Editorial Doyma, México 1988.

5. LA BOCA

DIENTES Y TRATAMIENTO DENTAL.

Björn Kilge

Editorial Doyma, 1992.

6. ODONTOPEDIATRIA "ENFOQUE SISTEMATICO"

Bengt O. Magnusson.

Editorial Salvat, 1985.

7. ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE.

Ralph E. McDonald

David R. Avery

Editorial Panamericana, 5ª edición, 1991.

8. ODONTOLOGÍA PEDIATRICA

Raymond L. Braham

Merle E. Morris

Editorial Panamericana, 1984.

9. ODONTOLOGÍA PEDIATRICA

J.R. Pinkham

Editorial Interamericana, 1991.

10. ODONTOLOGÍA PEDIATRICA

Sidney B. Finn

Editorial Interamericana, 1985.

11. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN ACCIÓN

León M. Silvestone

Editorial Doyma.

12. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Kenneth D. Snawder

Thomas J. O'Tolee

13. ORTODONCIA

Antonio J. Guardo

Editorial Mundi, 1981.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A. A LONGITUDINAL STUDY OF DENTAL CARIES IN THE PRIMARY TEETH OF CHILDREN WHO SUFFERED FROM INFANT MAL NUTRITION.

Alvarez-Ju. Caceda; J. Woolley-W; Carley-kw; Balocchi-N; Caravedo-L; Navia-JM.; J. Dent-Rest, 1993 Dec,2(12): 15/ 3-6.

B. NURSING CARIES AND LACTOSE INTOLERANCE.

Juambeltz-JC; Kula-K; Perman-J.

ASCD-J Dent-Child. 1993 Nov. - Dec. 60 (4) :377-84

UNITED STATES.

C. DIET AND DENTAL CARIES IN PRESCHOOL CHILDREN.

McMahom-J; Parnel-WR; Spears-G.

ICRC, Geneva, Switzerland.

Eur-J-Clin-Nutr. 1993 Nov.; 4 / (11): 194'802.

ENGLAND.

D. HABILIDAD DE CEPILLADO EFICAZ, RELACIONADA CON LA DESTREZA MANUEL DEL NIÑO.

Abascal-Meditano-M.

Universidad Veracruzana, Veracruz.

Pract. Odontol. 1990 Nov. 11 (11);: 11-2

MEXICO:

E. MOUTHR RINSES: RECENT CLINICAL FINDINGS AND IMPLICATION FOR USE.

Wel-SA; Yfu-Ck,

Faculty of Dentistry, University of Hong Kong, Prince

Philip Dental Hospital.

Int.Dent-J. 1993; 43 (Supp. 1): S 41

ENGLAND.

F. INFLUENCE OF ORAL HYGIENE ON EARLY ENAMEL CARIES.

Etty-Ej; Henneberke-M; Gruythuysen-RJ; Woltgens-JH.

Department of Orthodontics Academic Centre for Dentistry (ACIA).

SWITZERLAND.

G. CLINICAL EVALUATION OF PREVENTIVE AN CLASS-I COMPOSITE RESIN RESTORATIONS.

Granath-L; Schroeder-U; Sundin-B.

Department of Periodontics, Lund University, School of Dentistry,

Malmo, Sweden.

Acta-Odontol-Scand. 1992 Dec; SO(6): 359-64.

NORWAY:

**H. APPROACH TO PULPAL AND PULPO-PERIODONTAL LESIONS OF THE TEMPORARY
THEETH USING THERAPEUTIC ENDODONTICS.**

Demars. Premault-C; Philip. Mc; Roupa-M.

Service de Pedodontie et USHD, Ecole de Medicine

Dentaire et de Stomatologie, Cliniques Universitaires Saint Luc, Bruxelles,
BELGIUM.