



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION

**IMPORTANCIA DE LA PROTESIS PARCIAL
REMOVIBLE EN ODONTOPEDIATRIA.**

T E S I S A

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

ASESOR: C.D.M.O IGNACIO VELAZQUEZ NAVA.



MEXICO, D. F.

DICIEMBRE 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**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.

Gracias Gran Dios Por Darme...

La dicha de unos padres que han sabido educarme para enfrentar a esta dura sociedad con espíritu de dicha y perseverancia.

Humberto y Alicia.

La compañía de unos hermanos divinos e inigualables que han hecho de mi vida un manto de alegría.

Francisco, Yolanda, Humberto y Lupita.

La fortuna de tener una compañera de mi vida que me brinda su apoyo moral desinteresado.

Olga.

La enseñanza y tiempo de grandes profesores y amigos, con los cuales pase momentos felices, alegres y también amargos a lo largo de mi formación universitaria.

A todos ellos que aportaron en mi conocimiento y sabiduría les doy las gracias: Rina, María Luisa, Catalina, Guadalupe, Manuel, Alfredo, Gustavo, Ignacio, Martín, Enrique, Porfirio y Felix.

La amistad de magnificos compañeros y amigos: Victor,
José, Saul, Pedro, Juan, David, Silvia, Andrea, Mari.

Pero sobre todo, a tí que me diste la gracia de la
existencia; por la cual vivo y puedo seguir realizandome.

A mi mejor amigo.

" D I O S "

Dedico este trabajo :

En especial a mis padres, los cuales durante todo este tiempo me brindaron su apoyo moral, me alentaron, me impulsaron y se desvelaron con migo, a lo largo de una parte de mi vida; pero sobre todo a tí mami que sufriste y pasaste noches con desvelo para verme crecer y la que más paciencia me tuvo; te doy gracias por hacer de mí un hombre honorable y educado. A tí maestro te agradezco los sabios consejos y conocimientos que forjaste en mi persona para ser de mi un profesionista triunfador y que supiste llevar acabo tu papel como padre ejemplar en todos los aspectos, te doy gracias por enseñarme tanto.

Esto es para ustedes:

Humberto y Alicia.

L.C.G.

**" IMPORTANCIA
DE LA
PROTESIS PARCIAL
REMOVIBLE EN
ODONTOPEDIATRIA "**

INDICE

INTRODUCCION.	3
CAPITULO I. EL DESARROLLO DE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA.	
a) Antecedentes historicos.	5
b) Concepto de la odontologia pediatrica periodica. ..	7
c) Comienzo de la salud publica dental.	8
d) El odontologo y la comunidad que le rodea.	10
CAPITULO II. EL NINO COMO PACIENTE DENTAL.	
a) Psicologia infantil.	17
b) Rasgos de personalidad.	18
c) Influencias ambientales.	19
d) Consulta dental.	21
CAPITULO III. DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO.	
a) Historia del paciente.	23
b) Exploracion clinica.	26
c) Exploracion radiografica.	26
d) Planeacion del tratamiento.	29
e) Indicaciones.	31

CAPITULO IV. DENTADURAS PARCIALES
REMOVIBLES INFANTILES.

a) Requisitos ideales para dentaduras parciales removibles.	36
b) Diseño de una protesis parcial removible infantil.	37
c) Partes de una protesis parcial removible.	39
d) Procedimiento de construccion de la protesis.	42
e) Consideraciones generales y especiales para dentaduras.	44

CAPITULO V. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS PROTESIS

PARCIALES REMOVIBLES
SUPERIORES E INFERIORES.

a) Ventajas.	46
b) Desventajas.	46
c) Consideraciones especiales a los padres y al paciente.	47
CONCLUSIONES.	48
BIBLIOGRAFIA.	50

INTRODUCCION.

El origen de esta trabajo surgio en el consultorio dental cuando en la practica diaria al trabajar con niños comenzo mi curiosidad por saber el por que de una gran incidencia de caries dental; a tal grado que provocan perdida dental y una deformación del arco dentario.

Si actualmente hay programas de preevención para la salud bucal de los niños y adolescentes que se realizan a nivel nacional, en escuelas y centros hospitalarios, así como también en clínicas dedicadas específicamente a la preevención y restauración temporal ó definitiva de organos dentarios.

Fue entonces cuando comienza en mí el saber, de la gran importancia que tiene una restauración dento-bucal por medio de una protesis parcial removible especialmente, diseñada y adaptada en la cavidad oral del niño; su función como restauración temporal; así como los beneficios, psicologicos personales y sociales que rodea al individuo dentro de su sociedad.

A todas estas interrogantes se les dio respuesta y ahora la finalidad de este trabajo es dar un mejor apoyo bibliografico a compañeros que me siguen generaciones atrás para que puedan comprender de una manera más elocuente.

La gran importancia que tiene una restauración dento-bucal en pacientes infantiles.

Y lograr así una adecuada función en conjunto de los músculos y órganos dentarios que componen el sistema estomatognático para beneficio del paciente.

CAPITULO I.

EL DESARROLLO DE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

a) ANTECEDENTES HISTORICOS.

Aunque en la antigüedad se elogiaba la higiene oral, las enfermedades dentales solían considerarse un castigo de los dioses por ofensas dirigidas a ellos, posteriormente la caries dental se atribuyó, a fluidos corporales viciados o agusanados. Las primeras referencias, sobre la posibilidad de que los ácidos les pudieran causar caries, se encuentran en un Artzney-Buch alemán publicado en 1530.

Los únicos temas relacionados con la odontopediatría que se tratan en los trabajos que se hallan en los tratados clásicos de medicina, de las épocas griegas y romana son los problemas de la dentición (hipócrates, 377-460 a.de J.C.), Galeano, 130-200d. de J.C). Los dientes de leche persistentes (Celso, 25 a de J.C.-50 d. J.C.) y la persistencia de dientes erupcionados en recién nacidos (Plinio el viejo 23-79 d. J.C.).

Los allazgos arqueológicos y las inscripciones rúnicas nos dicen mucho sobre las primeras etapas de la odontología. Durante la edad media los conocimientos médicos y farmacológicos de la medicina clásica se transmitieron gracias a los monasterios. Las tradiciones

quirúrgicas de la odontología evolucionaron entre los cirujanos barberos, de los baños públicos y en el ejército. Uno de los primeros textos conocidos sobre operatoria dental fue publicado en 1557 en España por Francisco Martínez. Este autor afirmaba que cuando un diente presentaba manchas negras era aconsejable una excavación con un instrumento afilado. A continuación la superficie dentaria debía frotarse con una pequeña torunda humedecida en una mezcla de vino hervido, alumbre y sal común.

Por su trabajo *Le chirurgie dentiste ou traité des dents*, publicado, en 1728, Pierre Fauchard, ha sido considerado el padre de la odontología, moderna. Aunque Fauchard supo darse cuenta de que la nutrición defectuosa y la mala higiene oral eran las principales causas de las enfermedades dentales, en su trabajo no hacía mucha referencia a la odontología pediátrica.

Por lo contrario los problemas dentales del niño se tratan en profundidad en la obra Robert Bunon, publicada en 1743. Este autor insistió especialmente en la relación existente entre la dieta y el estado de salud de la embarazada y con la mineralización de los dientes, del niño. Estudió también la influencia de las enfermedades infecciosas en el desarrollo de los dientes describiendo los principios de la extracción seriada.

Bunon subrayó repetidamente la importancia de unos hábitos dietéticos adecuados para la prevención de las enfermedades dentarias y merece con todo derecho el título de padre de la odontología pediátrica.

En 1768 Thomas Berdmore atribuyó la etiología de la caries al consumo de azúcar refinada, y en 1830 William Roberson postuló que la caries era debida a los ácidos producidos por la fermentación de los carbohidratos de los alimentos, que posteriormente demostraría de forma concluyente W.D. Miller 1902.

b) CONCEPTO DE UNA ODONTOLOGIA PEDIATRICA PERIODICA

Uno de los primeros dentistas que sabemos se dedicó a la odontología, pediátrica exclusivamente fue John Greenwood, que trabajó en Nueva York, hacia 1780. También sabemos que a comienzo del siglo XIX C.F. Delabarree prestó asistencia dental gratuita a los niños de los super poblados orfanatos durante una época en la que Francia se hallaba en guerra.

El primer proyecto de una asistencia dental pediátrica periódica, fue propuesto en 1851 por A.F. Talma, cirujano dental del rey Leopoldo I. de Bélgica. En un ambicioso programa, que nunca se hizo realidad, aconsejaba que todo niño de 5 a 12 años de edad fuera examinado por un dentista, una vez al mes, un año después el doctor Bruck,

proponía en Breslau un programa similar de atención dental escolar.

Hacia 1880 nueve dentistas y 80 asistentes dentales se prestaron voluntarios para tratar gratuitamente a niños pobres en París. Parece lógico admitir que en este movimiento influyó el debate sobre medicina escolar que se desarrollaba en toda Europa en aquella época.

En 1885, la British Dental Association trató sobre la odontología escolar obligatoria y, tres años después, un grupo privado de dentistas, con Sidney Spokes a la cabeza, fundó una sociedad de dentistas escolares. Sin embargo, el primer servicio de asistencia dental regular mantenido por grupos privados de profesionales parece, que es el que trabajó en las escuelas prusianas de cadetes a comienzos de la década de 1880. En esa época, los militares eran jóvenes adolescentes.

c) COMIENZO DE LA SALUD PÚBLICA DENTAL.

Una serie de estudios epidemiológicos publicados en Alemania entre 1893 y 1895 demostraron que más del 90% de los niños tenían caries, y que sólo una mínima proporción de ellos recibía tratamiento. Esos resultados se trataron ampliamente en los congresos dentales internacionales e hicieron que los dentistas de muchos países urgieran, a sus

comunidades, a organizar servicios públicos de salud dental para los niños.

En el Zentralstelle Fur Zahnhygiene de Dresden, fundado en 1900 se recogieron nuevos datos epidemiológicos. Como resultado del debate, publico, en 1902 se abrió en Estrasburgo, la primera clínica dental municipal para niños, bajo la dirección del danés 'Ernst Jessen.

Siguiendo el esquema de las investigaciones realizadas en Alemania, en todos los países nórdicos se llevaron acabo acomienzos de nuestro siglo, estudios sobre el estado de salud oral de la población escolar. así, en Suecia se examinaron más de 16,000 niños y aproximadamente, 10,000 en Dinamarca. Como consecuencia de los deprimentes resultados de esas exploraciones, (un 90-95 % de los niños tenían caries), se crearon en Suecia, los primeros servicios municipales de asistencia dental escolar en 1905, y en 1906. En 1907 se inauguraron clínicas municipales en dinamarca y finlandia, aunque ya en 1896 funcionaba un servicio de asistencia dental escolar privado en Svendbor Dinamarca en Nuruega, la primera clínica municipal se creó en 1910. Y fue en este país en donde los servicios dentales escolares recibieron por primera vez apoyo oficial en virtud de una ley aprobada por el parlamento en 1917. En las décadas siguientes las comunidades importantes en los

países nórdicos, comenzaron a organizar, programas de asistencia de salud dental para la población.

En los primeros años, la mayoría de las clínicas municipales se encontraban ubicadas en los propios edificios de las escuelas elementales o secundarias. Además, se pusieron en marcha clínicas móviles para acercar la asistencia dental a niños. El pionero en este campo fue G. Schrer, que trabajaba en Dortmund, transportando su clínica a caballo. Apartir de 1920 empezaron, a utilizarse en muchos países autobuses especialmente adaptados para trasladarse a regiones distantes. En el archipiélago de Estocolmo funcionaban clínicas transportadas por vía marítima desde los años cuarenta.

d) EL ODONTOLOGO Y LA COMUNIDAD QUE LE RODEA.

La odontología para niños se considera como el servicio mas necesitado, y sin embargo se encuentra en la actualidad muy pobre, apesar de la gran importancia que tiene su valor, este servicio nunca sera suficientemente ponderado, ya que un tratamiento odontologico, poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo, con muchos problemas tan comunes hoy en dia en la población adulta.

Cuando el dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños debe prever que la tarea resultara difícil ya que practicar una odontología modelo para niños no es fácil, esta requiere la adquisición de conocimientos amplios de odontopediatría, de los cuales gran parte es común a los que se utilizan para adultos pero otra parte es única y pertinente solo para niños, si el odontólogo conciente en hacer el esfuerzo adicional, que se requiere para dominar el tema se dara cuenta que laborar en niños, es una de las experiencias mas satisfactorias que pueden experimentarse en todas las practicas odontologicas. La odontología para niños requiere algo mas que condimentos dentales comunes, puesto que se esta trabajando con organismos en periodo de formación. Tan solo en los niños se encuentra este crecimiento y desarrollo rápido donde los individuos estan en constante cambio.

El modelo de desarrollo que se considera normal para cualquier niño aún no ha sido fijado y puede sufrir modificaciones, el odontopediatra se encuentra en posición de alterar el patron de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes, pudiendo producir estructuras bucales mas perfectas desde el punto de vista metabolico funcional y estético.

La odontología para niños trata generalmente de

prevención, desde este punto de vista la odontología pediátrica es en verdad un servicio de dedicación, puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia medica en su totalidad. El dentista que trabaja con niños, tiene tres obligaciones de responsabilidad.

- a).- para con sus pacientes.
- b).- para con su comunidad.
- c).- para con sigo mismo.

La responsabilidad del dentista para con sigo mismo.

En el transcurso de la carrera de odontologia, el estudiante deberá adquirir dos atributos muy convenientes que le ayudaran a lo largo de su carrera, ego y humildad. Ambos le darán el tamaño necesario para lograr el éxito en el campo de su elección. Su ego debe hacer que se enorgullezca de la profesión que escogió, una profesión que acontribuido a aliviar dolores y sufrimientos y que ha ayudado a elevar los niveles de salud. Obtener el título en una escuela odontologica reconocida implica que la educación basica que el estudiante a recibido es la mas adecuada que se puede obtener. Se encuentra tan bien equipado para practicar su profesión, como el que práctica cualquier otra, darse cuenta de estos hechos deberá dar al odontólogo la confianza tan necesaria en una carrera profesional lo que a su vez deberá darle la suficiente

dignidad para ocupar el lugar que por derecho le corresponde en la comunidad.

El dentista deberá tener la suficiente humildad para darse cuenta de que el aumento de capacidad trae consigo aumento de responsabilidad, la odontología es una profesión en constante crecimiento y cuyos conocimientos y técnicas están en expansión. El dentista no puede dar por terminado su aprendizaje nunca. Si sus habilidades y conocimientos no siguen creciendo y mejorándose, se vuelve estacionario, y va resultando, menos eficaz en relación con otros. Debe continuar y llevar a la práctica lo que sigue aprendiendo.

LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA SU PACIENTE.

La responsabilidad del dentista a su paciente requiere que use un buen juicio al planear y llevar a cabo el tratamiento, el servicio debe realizarse usando al máximo su capacidad, para cumplir con su responsabilidad hacia el paciente, el dentista debe ser capaz de manejar bien al niño, la falta de capacidad para manejarlos, puede frustrar todo intento de realizar odontología de gran calidad.

Debe darse énfasis a la prevención, lo que requiere no solo conocimientos de técnicas preventivas, sino también el conocimiento científico de sus funciones. Un dentista competente debe ser capaz de contestar inteligentemente las

preguntas de los pacientes y sus padres con conocimientos correctos.

La odontología infantil requiere el uso de ayudas para el diagnóstico, así como una interpretación correcta de los resultados en situaciones de urgencia y en problemas rutinarios. La buena odontología, no empieza en la silla dental, empieza en casa con higiene bucal adecuada, una dieta sensata con restricciones de carbohidratos la participación en los esfuerzos de la comunidad para fluorizar el agua, y con el establecimiento de programas dentales, de esta manera se puede efectuar una odontología eficaz sin silla dental.

RELACIONES PROFESIONALES

La responsabilidad del dentista hacia su paciente puede requerir que se establezca una relación entre el padre y el médico, puede hacerse, una recomendación para un especialista en alguna rama de la odontología. Se pueden establecer relaciones amistosas con los pediatras y médicos, frecuentemente los servicios de un pediatra serán de gran ayuda al diagnosticar algún problema. Esto implica asistir a reuniones profesionales, tomar cursos de renovación e ir a conferencias, seminarios y congresos. El dentista no deberá, estar suscrito, a revistas

profesionales sino, también leerlas así como deberá leer libros de texto y todas las publicaciones que aumenten sus conocimientos y su capacidad, para todo esto deberá aplicar una apreciación clínica para aceptar o rechazar la nueva información. Es conveniente tener un criterio saludable, pero no deberá llegar al grado de cegarse sobre hechos ya comprobados.

Finalmente el dentista deberá tener la suficiente humildad para ser honesto en la evolución propia y prestar el mejor servicio de lo que sea capaz. Nunca deberá sentirse satisfecho con juicios inadecuados o técnicas inferiores.

RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA SU COMUNIDAD.

El odontopediatra actual esta cada vez mas consciente de sus responsabilidades y sus deberes como profesional en un consultorio para volverle paladín de la elevación de niveles de la salud dental de todos los niños, como miembro de la profesión sanitaria, asume el lugar que le corresponde junto con el pediatra y el trabajador para la salud pública, en la mejora de la salud general de la comunidad. El dentista debe asumir el papel de educador dental el mejor metodo de educar a los miembros de una comunidad es através de programas publicos de salud dental.

La gente tiende a olvidarse de las cosas a menos que se le recuerde constantemente. Muchas personas por ejemplo no van al dentista al menos que un dolor les recuerde que ese servicio esta disponible, la gente en general es apática.

El dia de salud dental se celebra una vez al año tiene cierto grado de utilidad, sin embargo para que tenga un impacto duradero y definido en la comunidad, la educación de la salud dental debe ser presentada al público cada día, hasta que forme parte integral de la vida de la comunidad. Debe dárse un énfasis vigoroso, hasta que cada miembro de la comunidad conozca las necesidades dentales de su familia y quiera participar llevando a sus hijos al consultorio dental.

CAPITULO II.

EL NIÑO COMO PACIENTE DENTAL.

a) PSICOLOGIA INFANTIL.

Los trabajos del filósofo suizo Jean Jacques Rousseau (1712 - 1778) y de otros pensadores hicieron especial incapié en que los niños atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta que los distingue claramente en los adultos. En los años preescolares este desarrollo va acompañado de amnesia sucesiva, y ningún adulto recuerda cómo era a los tres ó cuatro años de edad. Por otra parte, los recuerdos de la edad escolar están influidos por la racionalización.

La psicología infantil es la disciplina científica que tiene por objeto aportar al adulto las claves que le permitan comprender al niño, «ese sujeto extraño», y trabajar con él.

Contar con un conocimiento básico en el trato con el niño es fundamental para el dentista no solo para ayudarlo a resolver problemas terapéuticos agudos, sino también adiestrar al paciente adulto que será mañana. Las primeras experiencias dentales del niño se reflejan con frecuencia en su actitud hacia la odontología cuando sea adulto. Por otra parte, es posible que las experiencias sufridas a una

edad temprana puedan condicionar las actitudes de un sujeto, no sólo con respecto a su asistencia dental, sino también en relación con su higiene personal.

Es fundamental que la odontología infantil contemple la psicología del niño, más aún si tiene en cuenta la importancia capital de la cooperación del paciente en cuanto a profilaxis y el tratamiento dental.

b) RASGOS DE PERSONALIDAD.

El curso de la maduración y la forma en que el individuo maneja las situaciones nuevas están influidos por los rasgos de personalidad o de temperamento del sujeto. En el estudio de la naturaleza humana se ha intentado muchas veces describir la personalidad teniendo en cuenta las características físicas. Los conceptos básicos de Hipócrates se han incluido en el lenguaje común y, así, se dice que la persona colérica y visceral no puede enfrentarse a una situación nueva del mismo modo que la persona con «humor».

Es cierto que a veces encontramos sujetos de buen natural, cálidos y estables, pero de maduración lenta, y que se muestran cautelosos ante situaciones nuevas. Otros parecen activos, energicos y despiertos, pero quizá distantes, y estos maduran precozmente y toman decisiones

rápidas. Un tercer tipo de personalidad es la ondulente, casi siempre demasiado controlada, aunque a veces precipitada y que sorprendentemente, se hunde ante las dificultades. Puede ser muy útil evaluar los rasgos de personalidad de un paciente consecutivo pediátrico y adaptar el tratamiento a esas observaciones.

Según los conceptos freudianos, la personalidad del individuo se desarrolla en tres marcos estructurales: el ELLO, el yo y el superyó, el ELLO representa las funciones primitivas, en parte agresivas, y dirigidas en la conversación de la vida y a la reproducción sexual. el ELLO es guiado por la búsqueda de gratificación y la evitación del dolor. El yo maneja la realidad y representa la identidad personal y la capacidad de la persona para tratar las situaciones ambientales. Una de sus funciones es controlar los impulsos inconcientes del ELLO y deteminar el cómo y cuándo expresar la energía. El superyó se desarrolla a partir de los conflictos que emanan de la confrontación entre el ELLO y la sociedad. Está constituido por los valores morales y representa nuestra conciencia.

c) INFLUENCIAS AMBIENTALES.

El objetivo de la educación del niño no debe ser sólo el desarrollo de sus cualidades y su personalidad, sino su

integración en la red social, enseñándole a considerar a los demás. Los mejores resultados son los que consiguen los padres que conviven con sus niños y les dan un buen ejemplo además de servirles como guía en un momento en que todavía no son capaces de tomar sus propias decisiones. Los niños tienen una necesidad fundamental de amor y cuidado, es decir, de sentir seguridad, ternura y un contacto personal cálido, así como ser estimulados emocional e intelectualmente.

Sobreprotección. El ambiente sobreprotector es el que se encuentra con mayor frecuencia entorno a hijos únicos, largamente deseados, enfermos o con padres o tutores de edad avanzada. En esos ambientes el niño no se acostumbra a responder a ninguna demanda y suele manifestar una conducta «arruinada». El niño no ha aprendido a ser un buen perdedor por que sus padres han eliminado de su entorno cualquier obstáculo o dificultad.

Los niños infrestimulados o sobreprotegidos se comportan inicialmente de forma similar y son considerados problemáticos y de contacto difícil. Sin embargo, es importante que el dentista reconozca la causa y, de esa forma, ajuste su acercamiento al niño.

El niño sobreprotegido debe ser tratado con firmeza, pero amablemente. Tras un periodo inicial de sorpresa se

sentirán muy tranquilizados al verse apoyados por un determinado adulto. Con los niños infrastimulados se consiguen mejores resultados mediante una actitud paciente de amabilidad e interés personal, pero en este grupo se ganan muy buenos amigos.

Actitudes hacia la odontología. Las observaciones hechas sobre las conductas de los niños durante sus visitas dentales han demostrado que no representa una demanda excesiva para un niño que alcanza un nivel de inteligencia equivalente a 30 meses de edad pedir su cooperación durante una exploración dental o un procedimiento operatorio sencillo.

La mejor manera de introducir a un niño en su primera visita dental consiste en una descripción llana y fácilmente comprensible de cómo es la consulta y qué va a suceder en ella, así como que vaya acompañado de una persona mayor, el padre o la madre, tranquila y relajada. También es muy beneficioso que los padres y los maestros traten de canalizar las nuevas experiencias del niño mediante conversaciones o juegos después del tratamiento.

d) CONSULTA DENTAL.

Los niños suelen encontrar dificultades para relajarse en la consulta dental. sin embargo, se necesitan muy pocas

cosas para crear una atmósfera más confortable en la propia consulta y en la sala de espera; apenas algunos juguetes, cuadros y libros con motivos llamativos. La sala de espera debe utilizarse lo menos posible. Cuando se produzca un retraso inesperado, casi siempre es mejor decir al niño y a sus padres que den un paseo o cambiarles la cita, antes que permitir un periodo de espera inactivo, durante el que la aprensión y ansiedad del niño aumenta.

Vestimenta del personal dental. Aunque los niños que han tenido experiencias desagradables en el hospital pueden demostrar reacciones negativas frente a la bata blanca del dentista y de la enfermera dental, el color blanco del uniforme no tiene aparentemente importancia alguna.

El niño descubre muy pronto la persona que hay bajo el vestido. En la misma investigación se observó también una gran relación entre las reacciones de la madre y del niño. Cuando más nerviosa, insegura y tensa era la reacción de la madre, mayor era el riesgo de que el niño reaccionase también de forma ansiosa y negativa. Por el contrario, si la madre mostraba seguridad y calma era muy probable que el niño reaccionase de forma similar. Se han conseguido resultados parecidos en estudios, más limitados, realizados sobre el ambiente dental.

CAPITULO III.

DIAGNOSTICO Y PLAN DEL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO.

a) HISTORIA DEL PACIENTE.

La prestación de cualquier tipo de servicio médico o dental sólo puede tener éxito cuando se basa en un diagnóstico global derivado de una exploración completa del paciente. Este principio básico es tan importante para la organización de servicios dentales comunitarios, como para la planificación terapéutica en casos individuales.

En este capítulo se ofrece una descripción general de la exploración del paciente pediátrico, dirigida al diagnóstico de cada caso concreto. Los detalles con respecto a la exploración de los dientes, los tejidos periodontales y la oclusión.

La exploración del paciente pediátrico debe cubrir los siguientes aspectos:

1. Historia del caso.

- a) Datos personales (nombre, edad, etc.).
- b) Síntoma o síntomas actuales.
- c) Historia familiar.
- d) Historia médica.

2. Exploración clínica.

- a) Aspecto general.

- b) La cara.
- c) Mucosa oral.
- d) Tejidos periodontales.
- e) Dientes.
- f) Oclusión.

3. Exploración radiográfica.

En algunos casos se precisan pruebas de laboratorio, como biopsias, estudios bacteriológicos, etc., a fin de establecer un diagnóstico definitivo.

La experiencia clínica de muchos profesionales demuestra que el primer contacto del niño con el mundo dental es un determinante de gran trascendencia para su futura conducta en la consulta del dentista.

Durante la primera visita, el niño y sus padres se forman una opinión acerca de las actitudes del dentista y su equipo con respecto al tratamiento del paciente pediátrico. Así pues, es importante que la exploración del niño se realice en una atmósfera amistosa y relajada. El llevar a un niño por primera vez al dentista puede producir ansiedad en muchos padres sobre todo si ellos mismos tienen recuerdos desagradables de sus propias visitas al dentista durante su infancia. El personal dental debe ser totalmente consciente de ello y recibir a los padres con una actitud cálida y tranquilizadora. Así pues es importante que el

personal del equipo dental trate al niño y a sus padres como personas y no sólo como pacientes dentales. Esto, además, constituye para el dentista una buena oportunidad para captar los sentimientos de fondo del niño y de sus padres, sus actitudes hacia la odontología y sus expectativas.

Para evitar dificultades durante el transcurso del tratamiento dental es esencial obtener un historial clínico del paciente. Lo más completo y significativo posible, las principales preguntas que han de formularse será de información completa sobre las características de la identidad del paciente y su historial clínico durante la primer visita. El odontólogo deberá tomar un registro completo de la historia del paciente y anotar que es lo que le aqueja principalmente si este mal es una urgencia, el paciente deberá recibir un tratamiento, de naturaleza paliativa, o correctora durante esta primera visita. También deberá averiguarse si el niño recibe exámenes médicos, regulares, en nombre y la dirección del médico. Si el niño ha sido recomendado por un pediatra, deberá consultarse con este último, antes de empezar el tratamiento. Deberá enviársela una carta personal expresando agradecimiento.

b) EXPLORACION CLINICA

Aspectos generales. La exploración clínica del niño comienza en el momento en que éste entra a consulta dental. A partir de entonces el dentista debe tomar nota de cualquier deformidad o limitación física importantes de su paciente. Las reacciones emocionales que presentan los niños pequeños frente al ambiente dental se expresan con frecuencia de forma no verbal; por ello es importante observar la conducta del sujeto desde que entra en la clínica. Mientras se obtiene la historia del caso, el dentista tiene la oportunidad de hacer diversas observaciones útiles, que pueden ayudarle a estimar el grado de madurez y los rasgos de personalidad del niño. Las observaciones sobre el desarrollo del lenguaje son importantes para determinar hasta que punto el dentista puede aprovechar la comunicación verbal con su paciente. Evidentemente, un niño inquieto tolerará períodos de tratamiento más breves que otro con un mejor control motor. La reacción del niño a la comunicación no verbal puede evaluarse ya con el primer apretón de manos.

c) EXPLORACION RADIOGRAFICA

La radiología es un arma indispensable para el

diagnostico y la planificación terapéutica en odontopediatría. Lesiones cariosas. La exploración radiográfica es más eficaz que los métodos clínicos y fibroópticos en la detección de las lesiones cariosas proximales precoces. La exactitud diagnóstica varía con el grado de caries de la población examinada, la edad de los sujetos y la técnica radiográfica empleada.

Infecciones periapicales. Las exposiciones pulpares y las lesiones traumáticas pueden condicionar la necrosis de la pulpa y el desarrollo de lesiones periapicales. El diagnóstico definitivo y la constatación del grado de destrucción sólo pueden conseguirse mediante la exploración radiográfica, cuyos resultados determinan también el pronóstico y la opción terapéutica.

Anomalías y aberraciones del desarrollo. La exploración radiográfica es el método más precoz y, en muchos casos, el único para diagnosticar la hiperodoncia, la hipodoncia, la macro y microdoncia, las alternaciones de la formas y las funciones, los trastornos de la formación de los, dientes y la anquilosis. Para planificar un tratamiento ortodóncico es especialmente decisivo conocer a fondo el estado de la dentición en su totalidad. La identificación de invaginaciones dentarias es importante, dado el riesgo de necrosis pulpar que comportan. A este respecto, los

dientes que se afectan con mayor frecuencia son el 12 y el 22, así como los supernumerarios. Secuelas de las lesiones traumáticas. En caso de lesiones traumáticas hay que realizar siempre una exploración radiográfica. Cuando se sospeche fractura radicular, deben practicarse dos radiografías con distintas angulaciones verticales. Además de poner en manifiesto posibles fracturas radiculares o luxaciones, las radiografías aportan una importante información sobre el grado de desarrollo o reabsorción radiculares. En la exploración hay que incluir siempre los dientes vecinos y cuando ellos resulte aconsejable, los antagonistas.

Ante cualquier traumatismo dentario, conviene hacer un seguimiento radiográfico para controlar la cicatrización y detectar secuelas como dislaceración, detención del desarrollo dentario, obliteración de la pulpa y, sobre todo, reabsorción.

Endodoncia. Antes de afrontar el tratamiento endodóncico, tanto de los dientes de leche como de los permanentes, es preciso realizar radiografías para determinar la morfología radicular, el nivel de la amputación, la elección de la técnica de relleno radicular, etc. En el tratamiento de los dientes permanentes, la longitud de raíces se determina por los resultados de la radiografía.

Estimación de la edad. El desarrollo de los dientes no es siempre acorde con la edad cronológica. La edad dental puede determinarse mediante radiografías intraorales, estableciendo comparaciones con atlas y tablas representativas de los estadios del desarrollo dentario normal. En la primera infancia, la edad esquelética puede estimarse de forma aproximada mediante radiografías de mano y muñeca.

Trastornos maxilofaciales. Para identificar anomalías, quistes, tumores, enfermedades generales, cuerpos extraños, etc. de los maxilares y del esqueleto facial es fundamental utilizar las radiografías adecuadas.

d) PLANEACION DEL TRATAMIENTO

El enfoque sistemático de la odontopediatría requiere un seguimiento regular, a fin de valorar el efecto de los servicios preventivos y terapéuticos prestados con anterioridad a cada paciente. En ocasiones hay que modificar los diagnósticos iniciales. Por otra parte, ciertos factores esenciales, como las reacciones del niño y de sus padres a las recomendaciones dietéticas y a las instrucciones sobre higiene oral, cambian en ocasiones de una visita a otra; esos cambios a su vez, pueden condicionar una modificación del plan terapéutico. Una

buena relación entre el niño y sus padres y el equipo dental y un registro sistemático de toda la información importante son requisitos fundamentales para este tipo de evaluación definitiva.

EXAMEN, DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO.

Se lleva acabo el examen clínico del niño de la manera acostumbrada, sin embargo deberá concederse especial cuidado al examen radiográfico. En una situación ideal sería deseable una radiografía panorámica, para poder descubrir las diferentes etapas de desarrollo que presentan en ese momento los diferentes dientes sucedáneos. Esta información puede ayudar al dentista a predecir el momento aproximado y tal vez la secuencia de la erupción de los dientes y también a decidir si un paciente determinado podrá llevar una dentadura parcial removible. Si los hallazgos clínicos y el examen radiográfico, muestra que es aconsejable la dentadura parcial removible, el dentista puede proseguir con el diseño, construcción e inserción de la dentadura. La etapa de la planeación del tratamiento en que se insertan las dentaduras parciales varía según las diferentes necesidades de cada paciente, sin embargo deberá completarse antes de colocar la dentadura parcial, la reestauración por lo menos en un diente de soporte.

Es también de gran ayuda averiguar si el niño teme las visitas dentales y por qué.

Esta información puede obtenerse de los padres. El registró, deberá completarse, con la fecha y la firma de la persona que da la información.

e) INDICACIONES.

Generalmente, cuando se requiere evitar y restaurar las consecuencias, de pérdidas dentales prematuras de dientes primarios, se aconsejan dentaduras parciales removibles.

Específicamente, se recomiendan dentaduras parciales cuando :

- 1.- Existe pérdida prematura de molares y mantenimiento de espacio y cuando sea importante la restauración de funciones masticatorias.
- 2.- Exámenes radiográficos, estos muestran que el intervalo de tiempo, entre la pérdida de dientes primarios y la erupción de las permanentes, mayor de seis meses.
- 3.- Se pierden los dientes anteriores primarios como resultado de traumatismo.
- 4.- Los dientes permanentes jóvenes se pierden como resultado de traumatismo.
- 5.- Los dientes que faltan por ausencia congénita, por ejemplo, anodoncia parcial en displasia ectodérmica.

6.- El aspecto estético es consideración importante. A menudo se ha mostrado, preocupación respecto a la edad en que los niños pueden utilizar dentaduras parciales. Han sido utilizadas con éxito en pacientes de hasta dos o tres años. Lindhal, aconseja una edad mental de dos años y medio, como prerrequisito para la utilización de dentaduras parciales para los niños.

CAPITULO IV

DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES PARA NIÑOS

El propósito de este tema es presentar al dentista el concepto de tratamiento, de pérdida prematura de dientes u órganos en los niños con la ayuda de dentaduras parciales removibles.

La pérdida dental prematura en cualquier niño puede comprender uno o varios dientes primarios o permanentes, anteriores o posteriores de la dentadura. Estas pérdidas se pueden deber a traumatismo o caries y en algunos casos a ausencia congénita.

Dependientemente de la causa, las pérdidas dentales prematuras del niño dan por resultado pérdida de equilibrio estructural de eficiencia funcional y de armonía estética.

Otras consecuencias de pérdida dental prematura en niños es el traumatismo psicológico, especialmente si los dientes afectados no son maxilares inferiores.

Si se estudian los informes dados al respecto y se considera, la experiencia clínica personal, se verá que los niños toleran las dentaduras parciales removibles, por lo que podrán utilizarse con éxito para evitar pérdidas dentales prematuras y restaurar sus consecuencias.

EFFECTOS ESPECIFICOS DE PERDIDA DENTAL PREMATURA.

La pérdida dental prematura puede producir ciertos efectos específicos, que pueden ser.

- 1.- Cambios de longitud del arco dental y oclusión.
- 2.- Mala articulación de las consonantes al hablar.
- 3.- Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales.
- 4.- Traumatismo psicológico.

CAMBIOS EN LA LONGITUD DEL ARCO DENTAL Y OCLUSION.

Es de conocimiento general que la pérdida general o prematura de dientes conduce a la rotura de la integridad de los arcos dentales y de la oclusión. El tratamiento deficiente de este problema, puede llevar a que se cierren los espacios y los dientes, se malposicionen en los segmentos anteriores y posteriores de los arcos dentales.

MALA ARTICULACION DE LAS CONSONANTES AL HABLAR.

Se ha mostrado gran preocupación por los efectos que pueda tener la pérdida dental prematura en el desarrollo de la fonación en particular en la articulación de sonidos consonantes como s, v, z, f. Los patólogos especializados en lenguaje, que han estudiado la relación entre dientes ausentes y sonidos seleccionados de consonantes y concluyen sobre la existencia de diferencias estadísticamente

importantes en la articulación entre grupos, incisivos ausentes.

Sin embargo algunas otras investigaciones indican que el estado de los dientes es un factor crucial para el desarrollo correcto de la articulación, solo en algunos casos infantiles, en general los incisivos ausentes o defectuosos normalmente no interfieren en la articulación correcta de las consonantes estudiadas. Si el odontólogo prevé problemas de fonación deberá rápidamente enviar al paciente a un patólogo especializado en fonación para que este formule un diagnóstico cuidadoso.

DESARROLLO DE HABITOS BUCALES INADECUADOS.

La pérdida prematura de dientes, especialmente de dientes anteriores, es amenudo causa de considerables transtornos psicológicos en los niños, y especialmente en las mujeres. Los traumatismos psicológicos, pueden deberse a observaciones no intencionadas, pero desagradables de amigos o parientes. En una sociedad donde los niños pasan, gran parte de su tiempo viendo televisión, no es raro que niños con dientes ausentes comparen su aspecto personal con el de niños de su edad, que aparecen en la televisión. Esta comparación junto con las observaciones desagradables de

amigos o parientes, pueden hacer que los niños, desarrollen complejos de inferioridad con respecto a su aspecto, personal.

a) REQUISITOS IDEALES PARA DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES
INFANTILES.

Para ser eficiente, todo instrumento prostodóntico adecuado deberá satisfacer ciertos requisitos los cuales son.

- 1.- Deberá restaurar o mejorar la función masticatoria.
- 2.- Deberá restaurar o mejorar la estética.
- 3.- Deberá restaurar los contornos faciales.
- 4.- No deberá intervenir en el crecimiento normal de los arcos dentales.
- 5.- Estará diseñado para poder ser insertado y extraído fácilmente.
- 6.- Su volumen no deberá constituir un impedimento para hablar.
- 7.- Su diseño deberá permitir ajustes, alteraciones y reparaciones.
- 8.- Deberá poderse limpiar fácilmente.
- 9.- Su diseño requerirá poca o ninguna preparación de los dientes de sostén.

Aunque los requisitos que acabamos de mencionar son

específicos, e ideales en cierto sentido, el dentista tratará de satisfacer el mayor número de ellos.

Los medios por los que podrá satisfacer estos requisitos en dentaduras parciales removibles en diferentes situaciones dependerán, del deseo y la capacidad del operador para lograr innovaciones en situaciones poco comunes.

b) DISEÑO DE UNA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE INFANTIL.

El diseño de cualquier dentadura parcial removible deberá satisfacer los principios básicos aceptados de diseños de dentaduras parciales en general. En este diseño deberán influir también las necesidades de cada instrumento particular.

En este diseño deberá influir también que al tratar con niños, es muy importante considerar cuánto tiempo se llevará la dentadura, parcial removible y la naturaleza cambiante de los arcos dentales.

Un principio de diseño muy importante que deberá de observarse en toda la dentadura parcial es la inclusión de medios para que los dientes y tejidos de sostén soporten la dentadura.

En una situación ideal, todo artefacto deberá diseñarse junto a la silla dental, estando presente el paciente,

junto con los modelos de estudio y radiografías, asegurándose que todos los factores importantes, existentes se hallan tomado en consideración y podrán evitarse alteraciones costosas en tiempo y dinero después de fabricar la dentadura.

TIPOS DE DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES.

Las dentaduras parciales removibles han sido agrupadas en diferentes tipos, según la naturaleza de sus partes y pueden enumerarse como sigue.

DENTADURAS MAXILARES.

- 1.- Acrilica.
- 2.- Acrilica con grapas de hilo metálico forjado.
- 3.- Acrilica con grapas de metal fundido.
- 4.- Sillas acrílicas con estructura de metal fundido.

DENTADURAS MANDIBULARES.

- 1.- Acrilica.
- 2.- Acrilica con grapas de hilo metálico forjado.
- 3.- Acrilica con barra lingual y grapas de hilo metálico forjado.
- 4.- Acrilica con grapas de metal fundido conteniendo descansos oclusales.
- 5.- Grapas de hilo metálico forjado soldadas a barra

lingual con sillas acrílicas.

6.- Estructuras de metal fundido y grapas con silla acrílica.

Sin embargo, los requisitos de la mayoría de las situaciones clínicas pueden satisfacerse con dentaduras parciales removibles, consistente en una base de dentadura acrílica, grapa de hilo metálico forjado y dientes artificiales.

Cuando se prevé un uso prolongado puede muy bien tomarse en consideración la estructura de aleación fundida de cromo y cobalto.

c) PARTES DE UNA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Generalmente una dentadura parcial removible para niños consta de las siguientes partes :

- 1.- Base de la dentadura.
- 2.- Grapas.
- 3.- Dientes artificiales.

BASE DE LA DENTADURA.

Para la mayoría de las dentaduras parciales, la base se hace con resina acrílica, aunque a veces puede consistir en metal solo o metal y resina acrílica, estos proporcionan medios para fijar las grapas y las piezas artificiales. La

base de la dentadura deberá ser ligera y poseer suficiente fuerza para cumplir con sus requisitos funcionales. Cuando se utiliza resina acrílica sola deberá de ser de 2 a 3 mm. de espesor aproximado, para que estén bien enlazadas las porciones de las grapas que van en la base.

GRAPAS

Se utilizan las grapas para proporcionar fijación adecuada o retención de la base de la dentadura. Dan soporte a la pieza con la base y complementan el soporte que recibe de los tejidos blandos. Las grapas pueden ser fundidas o forjadas. En las dentaduras parciales, infantiles se utilizan generalmente grapas de hilo de metal forjado, pueden construirse con alambre cilíndrico de 0.028 pugs. de ancho de acero inoxidable y generalmente intervienen en dos o más superficies externas de la pieza de soporte.

Pueden utilizarse diferentes tipos de grapas para distintas ocasiones. Algunas de las grapas forjadas utilizadas comúnmente en los niños son. Las grapas Adams, las grapas esféricas y las grapas circulares, entre estas la grapa Adams tiene muchas aplicaciones y se utiliza generalmente en dientes posteriores.

Como engrapa la áreas mesiobucales y distobucal de los molares, puede utilizarse para obtener retención de molares

jóvenes permanentes que no han hecho erupción total. Las grapas fundidas de diseños variados pueden hacerse a medida, con prescripción del odontólogo, en cualquier laboratorio dental.

A veces se utilizan descansos oclusales, junto con grapas de metal forjado o fundido, especialmente cuando se utilizan primeros molares permanentes, como piezas de soporte en periodos prolongados. Lindahl, sugiere localizar el descanso en la fosa central con enfoque lingual o colocar el descanso en la porción mesiobucal de la pieza.

Por otra parte el no utilizar descansos oclusales en molares permanentes, puede llevar a que la dentadura se asiente en el area del segundo molar primario lo que causaria inclinación mesial en los molares permanentes.

DIENTES ARTIFICIALES

En los ultimos años han salido al mercado dientes artificiales para dentaduras primarias, y en ocasiones estas se tendran que fabricar.

Un método sugerido es utilizar impresiones de alginato con la ayuda de estudio de modelos de otros niños de aproximadamente la misma edad como moldes. Se vierte en estos moldes una mezcla de tono adecuado de resina acrilica de curación en frio para lograr los dientes primarios artificiales requeridos.

d) PROCEDIMIENTO DE CONSTRUCCION DE LA PROTESIS

Antes de insertar la dentadura parcial se dan los siguientes pasos.

ELECCION DEL PORTAIMPRESIONES.

Existen en el mercado gran variedad de portaimpresiones en tamaños adecuados para niños y podrán utilizarse en varias situaciones. Después de seleccionar el portaimpresión adecuado, deberá recubrirse la extremidad del borde con cera adecuada a estos fines. Este procedimiento proporciona cierto acojinado en la extremidad del borde lo que dará comodidad al paciente y ayudará a asegurar, el material de impresión.

MATERIAL DE IMPRESION.

Uno de tantos materiales de impresión es el alginato, puede usarse el de fase normal ó el de fase acelerado.

MANEJO DEL REFLEJO NAUSEO.

Es generalmente buena costumbre pedir a los pacientes que se enjuagen la boca con algun enjuagatorio bucal, para eliminar cualquier cantidad de moco acumulado. Si por la historia clinica o por observación, se adivina que el paciente va a presentar reflejo nauseo, el dentista deberá

tomar las medidas pertinentes para evitarlo o controlarlo.

En niños de muy corta edad esto se puede evitar pidiendo al paciente que se enjuague la boca con agua caliente que contenga algún anestésico superficial con sabor, antes del procedimiento de inserción pidiendo al paciente que respire con rapidez o distrayendo su atención de cualquier otro modo, hasta terminar la impresión.

IMPRESIONES DE LOS MAXILARES SUPERIORES E INFERIORES.

Se obtiene de manera acostumbrada, sin embargo pueden evitarse molestias, al paciente en particular al obtener impresiones de los maxilares. Por introducción del portaimpresión en el plano sagital oblicuo y asentándolo en posición hacia arriba y hacia atrás, para que el exceso de material de impresión fluya hacia adelante en vez de fluir por la garganta del paciente.

REGISTRO DE MORDIDA.

Es necesario un registro de oclusión centrada para establecer relación exacta entre los modelos superiores e inferior antes de montarlos al articulador. Esto se logra pidiendo al paciente que cierre en oclusión centrada, sobre una tablilla de cera. En ciertos niños que muestran tendencia a aproximar sus incisivos en relación de borde a

borde cuando cierran, puede ser conveniente que el dentista le muestre, como incluir sus piezas en oclusión centrada.

MODELO DE TRABAJO.

Deberá hacerse el modelo de trabajo con yeso piedra de la mejor calidad, para que su superficie no sufra abrasión por los componentes metálicos de la dentadura parcial, si este se envía al laboratorio dental, deberá explicar cuidadosamente los requisitos y el diseño que desea para esa dentadura.

a) CONSIDERACIONES GENERALES Y ESPECIALES PARA DENTADURAS

- 1.- En dentaduras parciales superiores la base acrílica deberá proporcionar, recubrimiento palatino completo.
- 2.- Si se utilizan bordes o rebordes labiales o bucales deberán ser relativamente cortos y del color de los tejidos blandos circundantes.
- 3.- Se ha sugerido que si se utilizan grapas en caninos primarios se retiren en el momento adecuado para que los caninos, emigren lateralmente y distalmente para acomodar, los incisivos permanentes en erupción.
- 4.- En dentaduras parciales inferiores en la mayoría de los casos será adecuada; la base acrílica aunque si se prevé uso prolongado, es aconsejable utilizar

estructura metálica o barra lingual forjada.

- 5.- Esta barra deberá adaptarse a unos 2mm del tejado blando para acomodar los cambios en el arco dental por el desarrollo cuando los dientes siguientes hagan erupción.
- 6.- Cuando sea necesario, deberán fabricarse las dentaduras antes de extraer los dientes y deberán utilizarse como dentaduras parciales inmediatas y como mantenedores de espacios inmediatos.

INSERCIÓN DE DENTADURAS PARCIALES.

En la visita en que se inserten dentaduras parciales, deberá también informarse a los padres y al paciente de los cuidados en casa, de la dentadura y los dientes de soporte, así como la inserción, y extracción de aquella, se deberá mostrar al paciente la manera adecuada de insertarla y quitarla.

CAPITULO V

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES SUPERIORES E INFERIORES.

a) VENTAJAS DE LAS DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES PARA NINOS.

- 1.- Las dentaduras parciales pueden dejarse en la boca del paciente con un minimo de supervisión.
- 2.- Si se presentaran problemas el paciente o sus padres podrán siempre retirar la dentadura.
- 3.- Los cuidados caseros de la dentadura de los dientes restantes en la boca seran faciles de llevar acabo.

b) DESVENTAJAS DE LAS DENTADURAS PARCIALES REMOV. PARA NINOS.

- 1.- La falta de cooperación por falta del paciente y de sus padres pueden anular el valor del tratamiento.

EDUCACION SOBRE SALUD BUCAL PARA EL NINO.

El niño y sus padres deben recibir instruccion adecuada sobre procedimientos preventivos. la instruccion de higiene bucal deberá ser totalmente explicada y los padres deberán procurar que los niños participe totalmente hasta cepillarse los dientes y usar hilo dental se vuelvan rutinarios en el. Es recomendable educar a los padres, para

que supervisen al niño cuando está realizando estas instrucciones en casa.

También es de gran ayuda un cambio de imagen personal al niño ayudado por sus padres.

c) CONSIDERACIONES ESPECIALES A LOS PADRES Y AL PACIENTE

Una de las partes fundamentales de un buen consultorio odontopediátrico es un apropiado sistema de recordatorio.

Los padres aprecian que se les recuerde que es el momento para un nuevo examen de su hijo. Esto les indica que estamos tomando como nuestra la responsabilidad de evitar daños serios a los dientes de sus hijos.

La frecuencia de los recordatorios deberá basarse en la susceptibilidad, del individuo a la caries. Los niños que tienen un potencial de caries activas deberán ser llamados cuando menos cada tres meses.

CONCLUSIONES.

El odontólogo y el odontopediatra tiene la responsabilidad de hacer que el periodo de transición de dentadura primera a mixta y a permanente sea el mejor posible. La capacidad de utilizar dentaduras parciales removibles para niños de manera adecuada les da una ayuda más para cumplir sus responsabilidades apropiadamente.

Uno de los caracteres distintivos de las sociedades civilizadas es su capacidad de asegurar la asistencia dental del niño.

La comunidad en general y los profesionales de la salud bucal en particular tienen la responsabilidad de atender, prevenir y restaurar la cavidad bucal, esto constituye una parte importante del programa total de conservación e integración social del niño.

La odontología restauradora es una faseta importante, pero a menudo descuidada, de la atención total del paciente infantil, que puede mejorar su calidad de vida; esto librándolos de infecciones y permitiéndoles gozar de la masticación, y en consecuencia de la nutrición y mejoras psicológicas; al mejor su estética facial con una prótesis removible dental.

La asistencia dental sistemática que se ha venido prestando a los niños ha reducido en gran medida la necesidad de utilizar grandes prótesis para compensar las

pérdidas importantes de dientes primarios. Sin embargo, los niños edéntulos preescolares pueden llevar perfectamente este tipo de prótesis y beneficiarse considerablemente de ellas, tanto desde el punto de vista funcional como psicológico.

Las prótesis removibles no afectan el crecimiento de las paredes alveolares, pero, por el contrario, el crecimiento óseo obliga a rebasar o reconstruir la prótesis cada cierto tiempo. Para guiar adecuadamente la erupción de los primeros molares permanentes, puede ser necesario ajustar más adelante el borde posterior.

Para tratar la pérdida de dientes primarios debida a traumatismo o hipodoncias múltiples, en la detención permanente joven, es necesario a veces construir prótesis parciales. Con los aparatos acrílicos siempre hay peligro de rotura o modificación de la forma si su manejo es descuidado, aparte que se necesita observar una higiene meticulosa para no provocar caries o lesiones gingivales. Por el contrario, los esqueléticos ofrecen diversas ventajas. Por eso, en general, el apoyo combinado periodontal y esquelético de estos sistemas es muy deseable.

ESTA TESIS NO DEBE
VALER DE LA BIENOTERÍA

"BIBLIOGRAFIA"

- 1.- BARBER: Odontologia pediátrica. Editorial. El Manual Moderno S.A.C.V. MEX.D.F. Edición 1985. Capítulos II, VII, XII. Pag. 17-33, 142-178, 277-296.
- 2.- BRAVER: Odontologia para Niños. Editorial. Mundi. S.A. Edición 4º 1969, Buenos Aires. Capítulos. I-XII. Pag. 3-21, 320-349.
- 3.- DAVIS: Paidodoncia. Editorial. Medica Panamericana S.A. 1er Edición 1985 MEX. D.F. Capítulos. I-III. Pag. 1-15, 56-102.
- 4.- LAW: Paidodoncia. Atlas. Editorial. Medica. Panamericana S.A. 2º Edición 1989. MEX.D.F. Capítulos. III-XVIII. Pag. 56-102, 446-460.
- 5.- LEYT: Odontologia Pediátrica. Editorial Mundi. S.A.I.C.Y.F. 1er Edición 1985 Buenos Aires. Capítulos. I-IX. Pag. 1-10, 89-125.

- 6.- Mc DONALD: Odontologia Pediatrica y el Adolescente.
Editorial Mundi, S.A.I.C.Y.F. 4a Edición
1987, con 1232 Ilustraciones. Capítulos.
I-VI-XII. Pag. 1-27. 127-155, 281-310.
- 7.- MAGNUSSON: Odontopediatria. Editorial, Salvat
Editores, S.A. Edición Original 1988.
Capítulos. I-III-IV-X. Pag. 1-9, 19-33,
181-210.
- 8.- NEISON: Tratado de Pediatria. Editorial Salvat
Editores S.A. Tomas I. 6ª Edición 1989.
Capítulos. I-II-IV. No. Páginas. 1-12,
15-123, 190-200.
- 9.- PINKHAM: Odontologia Pediatrica. Edit.
Interamericana Mc Graw-Hill. 1er Edición
1991 MEX.D.F. Capítulos No. I-XIX. Pag.
3-15, 241-468.
- 10.- WOODALL: Odontologia Preventiva. Editorial
Interamericana S.A.C.V. Primer Edición 1985
Capítulos. III-X. Páginas. 48-125, 367-395.