

52
2ejm



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

V.B. J.

ASPECTOS GENERALES EN
ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
GABRIELA CASTAÑEDA NAVA

ASESOR: DR. JOSE NAVA SANTILLAN

MEXICO, D. F.

1934

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASPECTOS GENERALES EN ODONTOPEDIATRIA

Gracias a mis padres por su apoyo y amor, al Dr. José Nava Santillán como hombre y Médico por ser una luz en mar de conocimientos.

A mis hermanos (a) gracias a los verdaderos amigos que alegraron días difíciles.

Gracias a los profesores que nos compartieron sus conocimientos día con día.

Gracias a tí José Luis, esposo por tu apoyo.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

DENTICION TEMPORAL

- A) EMBRIOLOGIA E HISTOLOGIA.....2
- B) CRONOLOGIA DE LA DENTICION TEMPORAL.....5

CAPITULO II

PRIMERA CITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO.....8

- A) HISTORIA CLINICA9
- B) EXAMEN CLINICO.....11
- C) PACIENTES DE EMERGENCIA.....13
- D) RADIOLOGIA.....14

CAPITULO III

DIFERENTES TIPOS DE DESARROLLO PSICOLOGICO.....21

CAPITULO IV

EXODONCIA

- A) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....32
- B) TECNICAS PARA LA EXTRACCION.....34
- C) COMPLICACIONES POS OPERATORIAS.....36
- D) INSTRUMENTAL.....37

CAPITULO V

OPERATORIA

- A) DEFINICION.....39
- B) PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS PARA PIEZAS PRIMARIAS.....39
- C) DIQUE DEHULE.....40
- D) ROLLOS DE ALGODON.....40

E) DIAGNOSTICO Y ELECCION DE DIAGNOSTICO.....	40
F) CAVIDADES DE I CLASE.....	41
G) CAVIDADES DE II CLASE.....	41
H) CAVIDADES DE III CLASE.....	41
I) CAVIDADES DE IV CLASE.....	42
J) CAVIDADES DE V CLASE.....	42
K) DIFERENTES TIPOS DE CORONAS.....	43
L) CORONAS DE ACERO INOXIDABLE.....	43
M) PASOS PARA LA PREPARACION DE PIEZAS PARA CORONAS.....	43

CAPITULO VI

ANESTESIA

A) ANESTESIA TOPICA.....	45
B) ANESTESIA LOCAL.....	46
C) COMPLICACIONES DE ANESTESIA LOCAL.....	50
D) ANESTESIA GENERAL.....	51
E) ASPECTOS INDISPENSABLES DEL ANESTESICO GENERAL.....	52

CAPITULO VII

TERAPEUTICA PULPAR

A) RECUBRIMIENTO PULPAR.....	54
B) METODO DIRECTO.....	54
C) METODO INDIRECTO.....	55
D) PULPOTOMIA.....	56
E) PULPECTOMIA.....	57

CAPITULO VIII

APARATOLOGIA

A) DEFINICION.....	59
B) MANTENEDOR DE ESPACIO.....	59

C) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....	59
D) MANTENEDORES FIJOS.....	61
E) MANTENEDORES REMOVIBLES.....	61
F) CONSTRUCCION.....	63
CONCLUSIONES.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	67

INTRODUCCION

Este trabajo está enfocado hacia los principios básicos que un odontólogo debe saber para Este trabajo está enfocado hacia los principios básicos que un odontólogo debe saber para poder ayudar a los niños, que son el futuro de nuevas generaciones.

Para la ayuda que el niño requiere, es necesario orientar a los padres sobre los métodos preventivos que existen, como la odontosexis, la aplicación tópica de fluor la ortodoncia preventiva, así como una dieta balanceada baja en hidratos de carbono, que es una de las principales causas de la pérdida prematura de los dientes desiguos, dando como resultado un desarrollo anormal.

A la Odontología Infantil, se le puede considerar el servicio más necesitado pero quizás el más olvidado entre los servicios que presta el cirujano dentista, y sea por su ignorancia o por indiferencia hacia los conceptos más recientes de la Odontología actual, ya que se requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se están tratando con organismos en períodos de formación.

Este trabajo no proporciona conocimientos nuevos, pero si

técnica sencillas que experimentadas se pueden aplicar en favor de la conservación de los dientes destruidos.

La Odontopediatría es pilar de la Odontología y base en el desarrollo integral del niño.

1.1 EMBRIOLOGIA E HISTOLOGIA.

EMBRIOLOGIA

FORMACION DE GERMEN DENTARIO:

Los procesos histogénéticos que intervienen en la formación de los dientes. La primera dentición y los dientes permanentes son en esencia idénticos, en consecuencia basta analizar los dientes primarios teniendo en cuenta que el mismo proceso se repite más tarde en la formación de los dientes permanentes.

ETAPA DE LA INICIACION

El epitelio que reviste a la cavidad bucal primitiva donde se forman los dientes es ectodermo replegado del estomodeo.

La cavidad bucal establece de la 5a a la 7a. semana. Las manifestaciones que conducen a la formación de los dientes se manifiestan en las mandíbulas embrionarias hacia fines del 2o. mes de desarrollo, al llegar a la 7a. semana. El epitelio oral tanto del maxilar como el de la mandíbula presenta un indefinido engrosamiento. Esta franja de células epiteliales que al llegar a la 8a. semana presionan el mesénquima subyacente a lo largo de todo el arco mandibular y se denomina Lámina Dentaria.

Casi coincidentemente, un crecimiento del epitelio hacia

adentro, proximo a la parte externa de la mandíbula, se diferencia la zona que va ser en el labio de la que ha de originar las encías. Esta invaginación de las células es semejante a una cinta y recibe el nombre de Lámina Labiokingival.

ETAPA DE PROLIFERACION

Una vez constituida la lámina dental, emergen del mismo esbozo local en cada uno de los puntos se va a desarrollar un diente (yemas dentarias). Al principio solo semejan un cordón o listón de tejido epitelial dentro del mesodermo que va seccionándose en tantas unidades como dientes son para continuar su evolución aumentando de tamaño engrosándose en forma de pera , constituyendo cada uno de los folículos dentarios. Posteriormente pierde el pedículo que lo conecta al exterior por donde penetró y sigue reteniendo y toma forma de copa o embudo, conocido como "Vaso de florecia".

Estos esbozos debido a que da origen a la corona del esmalte se denominan órganos del esmalte.

ETAPA DE APOSICION

Una vez completado el desarrollo preoperatorio, las estructuras que forman el diente están capacitadas para iniciar la fabricación de la dentina y esmalte. La dentina presenta sus elementos celulares adosados entre sí y envían largas prolongaciones hacia los tubúlos de la matriz. El esmalte es de estructura prismática y las células que lo formaron se destruye en la erupción del diente.

FORMACION DE LA DENTINA

La primera dentina se deposita en la superficie interna del órgano del esmalte extrayendo los odontoblastos sus materias primas de los pequeños vasos sanguíneos de la pulpa secretando su producto terminando hacia el órgano del esmalte.

Es importante el centro metabólico de la célula.

Es importante en el mismo sentido que la extremidad del odontoblasto orientada hacia el órgano del esmalte donde se almacena el producto elaborado por la células previamente a su expulsión, tome intensamente los colores empleados en la técnica histológica, aunque nuestros conocimientos de química intracelular son aún muy fragmentarios y no conocemos la naturaleza química exacta del producto en este estudio, la reacción de los odontoblastos o los colorantes empleados.

FORMACION DEL ESMALTE

En tanto que la dentina es elaborada por los odontoblastos el esmalte es formado por los ameloblastos, que constituyen el órgano del esmalte. Como ocurría en los odontoblastos, las células activas de la capa de los ameloblastos son cilíndricas y sus núcleos se hayan también en el polo celular orientada hacia la fuente del abastecimiento, en este caso los pequeños vasos del esmalte, es mucho menor que en el caso de la dentina, y en

consecuencia resulta bastante difícil establecer su carácter y su disposición precisa. No obstante en cortes descalcificados es posible ver fibras delgadas que se proyectan desde las extremidades de los ameloblastos hasta llegar a las zonas del esmalte recién formadas, probablemente estas fibras o prolongaciones de thomes desempeñan algún papel en la formación de la matriz orgánica del esmalte.

1.2 CRONOLOGIA DE LA DENTICION TEMPORAL.

La dentición primaria sigue un orden normal de erupción que es el siguiente:

Primero los incisivos centrales, siguiendo en este orden los incisivos laterales, primeros molares, caninos y segundos molares. Las piezas mandibulares preceden a los maxilares.

Generalmente se considera el siguiente momento de erupción:

A los 6 meses erupcionan los centrales primarios maxilares de 7 a 8 meses para los laterales primarios mandibulares de 8 ó 9 meses para los laterales primarios maxilares. Al año aproximadamente erupcionan los primeros molares al año 1/2 aproximadamente los caninos primarios.

Generalmente los segundos molares primarios erupcionan a los 2 años.

El orden de erupción dental ejerce influencia en el desarrollo adecuado del arco dental que el tiempo real de erupción tres o

cuatro meses de diferencia en cualquier sentido, no implica que el niño presente erupción anormal. Así como tampoco es raro que nascan niños con alguna pieza ya erupcionada. La secuencia de calcificación inicial de los dientes es el siguiente:

Incisivos centrales a las 14 semanas, primeros molares a las 15 1/2 semanas.

Incisivos laterales a las 16 semanas, caninos a las 17 semanas, segundos molares a las 18 semanas. Esta secuencia no se mantiene en otras características de desarrollo.

Las coronas de los dientes siguen creciendo en cuyo momento se ha determinado la mayor parte del diámetro coronario.

El desarrollo dentario prenatal se caracteriza por: dimorfismo sexual, variabilidad de desarrollo, asimetría bilateral y variabilidad de secuencia.

Las diferencias de sexo y la secuencia en variabilidad dimensional y morfología del diente más distal de cada clase.

Nomenclatura para designar la dentición temporal o primaria con las primeras cinco letras mayúsculas del abecedario:

A corresponde a incisivos centrales ó I ó 1'

B corresponde a incisivos laterales ó II ó 2'

C corresponde a caninos ó III ó 3'

D corresponde a primeros molares ó IV ó 4'

E corresponde a segundos molares 6 V ó 5'

También con los primeros 5 números romanos y con números arabigos pero con apostrofé.

CAPITULO II

PRIMER CITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO

Como es probable que el niño que viene por primera vez a consulta venga con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzar el dentista será infundir confianza al niño, y hacer que se de cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia si la práctica diaria no está limitada a los niños, un método de infundir confianza, es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos a el medio familiar.

Hacerla cómoda y cálida y que dé la sensación de que los niños visitan el lugar produce generalmente buenos resultados al hacer esto se superarán gran parte de las sospechas que siente cada niño. También se puede tener a mano una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades, se podría colocar una lampara pequeña en la mesa con una pantalla interesante y también conservar en la sala algunos juguetes sencillos y muy resistentes para los muy pequeños.

Las tarjetas que recuerdan la visita y las de notificaciones deberán ser atractivas, para que sientan que les son enviadas especialmente, un dibujo de algún personaje de cuentos será muy

útil en la tarjeta. Sugiera a la madre del paciente instrucción en higiene bucal, profilaxia y aplicaciones tópicas de fluor. Cuando se tenga la oportunidad de tratar con los padres, se recalcará la necesidad de que el niño se encuentre contactos tempranos con el dentista y el valor que tienen los servicios dentales para preservar los dientes sanos.

2.1 HISTORIA CLINICA

Es una recopilación de datos personales del paciente que son antecedentes personales patológicos y no patológicos y medico dentales que es la clave para un diagnóstico y tratamiento para el paciente, este interrogatorio se puede hacer directo o indirecto este último se hace por medio de los familiares.

Para poder elaborar una buena historia clinica debemos de seguir en orden.

DATOS PERSONALES

El lugar donde vive, donde nació, sexo, edad, el número que ocupa entre sus hermanos, etc. Son datos importantes ya que en ciertos lugares del país se desarrollan más algunas enfermedades, nos da la pauta para un diagnóstico de una enfermedad local ó general.

El interrogatorio se puede empezar por dos preguntas: Qué le pasa a usted? y desde cuándo? La primera pregunta nos puede

orientar a un diagnóstico parcial del comienzo de la enfermedad y la segunda nos orienta hacia la naturaleza y la evolución de la misma. Estas preguntas nos inclinan hacia un diagnóstico diferencial.

A continuación nos debemos de informar si existe dolor o no y como se presenta, este tipo de datos nos ayuda a un diagnóstico en una enfermedad dentaria.

También nos informará el paciente de alguna enfermedad durante su desarrollo, si ha tenido alguna intervención quirúrgica, fiebre reumatica, etc.

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

Valoramos los hábitos personales según sus influencias sobre el estado de la cavidad bucal, higiene horal es mala o buena succiona el dedo, morderse las uñas, morderse los carrillos bruxismo, etc.

APARATOS Y SISTEMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Si el paciente llega a referir que se fatiga con facilidad que

presenta disnea y sofocación, estos síntomas nos dará una respuesta de insuficiencia cardiaca.

El cambio de color de la piel y labios cianóticos, nos refiere a una lesión mitral.

Los edemas de las extremidades inferiores se observará un a insuficiencia cardiaca congestiva.

APARATO RENAL Y GENITOURINARIO

La enfermedad renal está íntimamente relacionada con el sistema cardiovascular.

El paciente que este enfermo del riñón presentará un color gris amarillento de la cara y de las manos e insuficiencias renales.

En el aparato genitourinario se pueden presentar varias infecciones contagiosas y que pueden afectar a la cavidad oral.

Por ejemplo la sífilis, se presenta por medio del chancro el cual afecta labios, encías o amígdalas, en la lengua presenta una úlcera profunda, también en el paladar duro se presenta.

2.2 EXAMEN CLINICO

Para un buen examen clínico específico en odontología se deben

llenar 5 reglas:

- 1.- Inspección Clínica.
- 2.- Radiografía.
- 3.- Pruebas de Vitalidad.
- 4.- Percusión.
- 5.- Manipulación

- a) Fractura.....Pieza.....Tipo.....
- b) Laceración de Tejidos.....
- c) Transiluminación.....
- d) Movilidad.....Grado.....
- e) Reacciones de vitalidad.....
- f) Oclusión en posición céntrica.....
- g) Oclusiones en posición céntrica.....
- h) Reacción a la percusión.....
- i) Sensibilidad al tacto.....

EXAMEN DE RADIOGRAFICO

- Tamaño de raíz.....Estructura ósea.....
- Parodonto.....Apices.....
- Otros.....
- Plan de tratamiento.....
- Costo.....

2.3 PACIENTE DE EMERGENCIA

Los pacientes de primera cita de emergencia se pueden presentar de dos formas:

La primera, en la cual el paciente desea el tratamiento ya que las molestias que presenta hacen que necesita una ayuda inmediata y esto nos permite cualquier tipo de tratamiento.

Es frecuente encontrar estos casos en pacientes pequeños que no han tenido contacto con odontólogos, y el problema que los afecta generalmente son infecciones agudas como sería un absceso agudo.

El otro caso, los pacientes son irritables, poco cooperativos y no permiten el tratamiento de la causa por la cual asisten a el consultorio; traumatismos graves como fracturas dentales, y lesiones en tejidos blandos. Su presencia en el consultorio es importante ya que pueden llegar inflamados, sangrando con dolores fuertes y afectados psicológicamente (de una simple tensión nerviosa, hasta el histerismo).

Este tipo de pacientes se presentan a cualquier edad y puede o no haber tenido experiencia dental. Si nosotros tenemos conocimiento previo sobre la vista del paciente debemos de tratar que su cita se realice cuando en el consultorio no se encuentre algún otro paciente, ya que lo grave del problema podría causar

miedo ó temor en los otros pacientes.

2.5 RADIOLOGIA

La radiología es uno de los métodos importantes, utilizados para el diagnóstico, es también una obligación si hemos de tratar niños con éxito.

La radiología es uno de los métodos de diagnóstico más importantes, ya que nos proporciona datos tales como: Tamaño de la pieza, forma, posición, desplazamiento, cuerpos extraños, número de dientes, fracturas radioculares coronarias, lesiones parodontales o periapicales, lesiones cariosas. Así como nos verifica la evolución, el éxito y el fracaso de nuestros tratamientos dentales.

TIPOS DE RADIOGRAFIAS DENTALES Y QUE OBSERVAMOS EN ELLAS

En radiología dental existen varios tipos de radiografías y serán usadas dependiendo de las condiciones en que se encuentren los pacientes.

Las hay de dos tipos:

- a) Extrabucales.
- b) Intrabucales.

Estos dos tipos se dividen en:

Derecha

1.- Mandíbula lateral Izquierda

a) Extrabucales

Derecha

2.- Lateral de cabeza Izquierda

1.- Oclusal Superior
Inferior

b) Intrabucales

2.- Periapical Superior
Inferior

3.- Interproximal

LAS RADIOGRAFIAS EXTRABUCALES

1.- Laterales de mandíbula:

a) Cuando existe algún impedimento para la toma intraoral (trismus).

b) Pacientes no cooperativos, o muy poco.

c) Se observa un lado de la mandíbula y el maxilar.

d) No se toman buenas radiografías ya que sufren distorsión de imagen.

e) Se observan: dientes, cuello y cóndilo, su ubicación y estructura.

f) Se observan lesiones grandes como: quistes, tumores osteomielitis.

2.- Laterales de cabeza

a) En traumatismos de cara y cráneo.

b) Afecciones óseas.

c) Para análisis cefalométricos.

LAS RADIOGRAFIAS INTRABUCALES

1.- Oclusales

- a) En pacientes cooperativos.
- b) Son útiles para localizar objetos dentro o alrededor de los maxilares.
- c) Para detectar dientes supernumerarios y tener una visión de área mayor.
- d) Dientes incluidos.
- e) Fracturas.

2.- Periapicales

- a) Caries profundas.
- b) Abscesos periapicales.
- c) Abscesos paradontales.
- d) Auxiliar para el control de la instrumentación biomecánica en Endodoncia.
- e) Fracturas radiculares y coronarias.
- f) Forma de erupción de las piezas primarias y permanentes.

3.- Interproximales

a) Se observará dos tercios de la porción coronarias de los dientes superiores e inferiores.

b) Detectar caries en punto de contacto.

TECNICAS EMPLEADAS PARA LAS DIFERENTES TOMAS RADIOGRAFICAS

1.- Mandíbula lateral.

Se utiliza una película 5 por 7 pulgadas con un sostenedor de cartón. Se sienta al niño con el plano perpendicular al piso y el plano oclusal paralelo al suelo. Se empuja la barbilla hacia arriba y lateralmente hasta que el pómulo y la nariz toca la palanca. se usa un cono corto, colocándolo perpendicularmente a la placa, la punta del cono irá por debajo y atrás del ángulo de la mandíbula aproximadamente una pulgada.

2.- Lateral de cabeza.

Se coloca al paciente en decúbito ventral, la placa irá paralela al plano medio anteroposterior del paciente.

Para observar el macizo facial se dirige el rayo central perpendicularmente a una línea que une el agujero auditivo con el

ángulo externo del ojo. Dicho rayo cairá por encima del borde inferior del hueso malar, o bien se puede proyectar al rayo central a la mitad de la cara sigomática.

1.- Oclusales.

Superior: El plano oclusal debe ir paralelo al piso, la parte activa de la placa hacia arriba; el eje va de derecha a izquierda, y el niño cerrará la boca con suavidad.

El borde anterior deberá salir 2 mm del borde incisal de los dientes anteriores.

El rayo se dirige hacia los ápices de los incisivos centrales. La colocación del cono se hará arriba de la punta de la nariz.

Inferior: Similar a la anterior, sólo que la parte activa de la placa va hacia abajo y el punto de la colocación del cono será en el mentón.

2.- Periapicales.

Superior: Se tomará como punto de referencia para la colocación del cono de la línea imaginaria tragus a la de la nariz dicha línea debe ir paralela al piso.

El niño deberá colaborar con nosotros, ya que sostendrá la placa con el dedo pulgar. La angulación del cono será positiva.

Inferior: Se tomará con la línea imaginaria traguscomisura de los labios, esta línea deberá ir paralela al piso.

El niño detendrá la olaca con el dedo índice de la mano contraria a lado por irradiar. La angulación del cono será negativa.

3.- Interproximales.

La placa se colocará con un adimento ya que son radiografías de aleta mordible. Se requiere que el rayo central sea proyectado casi perpendicular al plano sagital de la película.

Técnica de la bisectriz del ángulo: Se fundamenta precisamente en la formación de una línea imaginaria formada por el eje longitudinal de las piezas dentarias y el eje de las películas radiográficas dentro de la cavidad bucal. Es la técnica más usada en cualquier tipo de radiografías.

CAPITULO III

DIFERENTES TIPOS DE DESARROLLO PSICOLOGICO

Podemos enseñar a los padres que la edad es un determinante importante del miedo y que condiciona la eficacia del condicionamiento.

Los temores de un niño y la forma como los maneja cambian con la edad. El comportamiento emocional, como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos. Se ha demostrado plenamente el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad.

Un niño que presente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida al ser llevado a una nueva situación responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar,

uno por uno va descartando estos miedos adquiridos a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay pocas cosas que temer. Lo que asusta a un niño de dos años de edad puede no hacerlo con uno de 6.

Por lo tanto, la edad es un determinante importante de lo que produce o no miedo al niño. El padre y el dentista deben estar conscientes de estas variaciones con la edad, e interpretar todas las reacciones a estímulos considerando la edad mental, emocional y cronológica del niño.

El momento adecuado para presentar la odontología a un niño es entre los 2 y 3 años, por esto es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen miedo en esta edad y hasta la adolescencia.

Los primeros temores que el niño asocia son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación presipitada e intensa de los órganos sensitivos, produce miedo porque es inesperada. El ruido y la vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano para preparar cavidades, producen miedo en un niño de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido que al dolor que lo acompaña.

Como el niño también teme a los movimientos súbitos o inesperados el sentir que sin avisarle lo están bajando o

inclinando en la silla dental puede causarle miedo. La luz muy fuerte, especialmente la luz intensa de la unidad dental produce miedo si se deja que brille directamente en los ojos del niño.

Los niños que todavía no van al colegio suelen temer el separarse de sus padres. Si el niño se ve empujado a una situación nueva y la que tenga separarse de sus padres de que ha aprendido a depender para obtener seguridad siente que le han abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres. Cree que esto puede ser la razón de su abandono puede creer que la odontología es su castigo.

Frecuentemente, los padres traen a sus hijos de corta edad al consultorio inmediatamente después de que han sufrido accidentes que dañaron las piezas anteriores. Como su presencia da seguridad y reduce el miedo, deberá pedirle a la madre que tenga al niño en sus brazos mientras que realiza el tratamiento de urgencia. Aunque posiblemente el niño siga llorando deberemos realizar el trabajo necesario rápidamente y con un mínimo de tiempo.

Personas poco familiares que lleven uniformes blancos inspirarán miedo, especialmente si el miedo recuerda experiencias dolorosas del pasado. Para un niño de muy corta edad acostumbrado a la actividad y ruido de una familia, puede resultarse extraño y turbador el silencio extremo de la sala de espera un entusiasmo excesivo despierta sospechas y miedo. A medida que el niño se

familiariza con el consultorio deberá desaparecer su miedo a lo desconocido.

A los 4 años se llega a la cumbre de los temores, y de 4 a 6 años disminuyen gradualmente todos los temores antiguos como a caerse, al ruido y a los extraños. A medida que el niño adquiere capacidad para evaluar situaciones que producen miedo ya sea por experiencia personal o por capacidad de apreciar la serenidad del peligro, se pierde y se olvida muchos de los miedos. El miedo a los extraños alcanza su mayor intensidad entre los 2 y 3 años. La disminución de los temores pueden deberse a: a) darse cuenta que no hay nada que temer.

b) Presiones sociales que lo fuercen a ocultar su miedo. c) Imitación social, d) guía por parte de adultos.

Se a observado que los niños inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más concientes del peligro y mostrarse recios a aceptar seguridad verbal mente expresada sin presencia de pruebas. A está edad, los niños suelen tener espíritu agresivo y aventurero y actitudes amistosas.

De los 4 a 6 años entra a un periodo de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. El niño está en inquietud constante entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo que se le pide. A menudo su ego se desarrolla lo suficiente y se vuelve fuerte y puede tolerar muchas tensiones emocionales fuertes y suprimirlas

hasta que pueda lograr satisfacción. La fantasía en este periodo tiene un papel muy importante y es la válvula de seguridad que el dentista puede usar para manejar a niños de corta edad.

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión imitación o experiencias desagradables, se han vuelto fáciles de manejar. El niño de esta edad demanda menos y se somete mejor.

A los 7 años ha mejorado su capacidad para resolver sus temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de las preocupaciones, pero está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que demuestre su inconformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto.

De 8 a 14 años ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas, y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra.

Desarrolla considerable control emocional. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

Los adolescentes, especialmente los jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto. A todas les gustaría ser las más atractivas posible. Este interés por los afectos cosméticos puede usarlo el dentista como motivación odontológica. Están dispuestas a cooperar para satisfacer su ego.

3.1 MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden catalogarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero como lo demuestra la experiencia clínica pueden controlar esos temores si lo racionalizan.

El odontólogo tendrá éxitos máa duraderos al manejar al paciente si tiene conocimientos pleno de los problemas por los que pueden atravesar el niño durante las diferentes edades y si ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

Cuando el niño llega para que se haga alguna corrección dental, su comportamiento dependerá no solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tenga el dentista para manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamete, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de como el odontólogo impresionara al niño y de como va a ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relación, deberán realizarse los trabajos correctivos sin retraso.

Los sentimientos de un niño no pueden ambivalentes. Si está asustado, realmente tiene miedo. No puede sentir temor a alguien y a la vez sentir afecto por esa persona.

Por lo tanto, si se está tratando con un niño asustado y temeroso, deberá primero eliminarse el miedo y substituirlo por sensaciones aggradables y afecto al dentista. Incluso si solo podemos eliminar el miedo hasta el punto en que algo de

escepticismo y reservar, puede que sienta suficiente afecto por nosotros como para confiar. Cuando se llega a esta etapa podremos decir que la batalla del manejo del niño está ya casi ganada.

Si es posible, el dentista deberá establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarla. En un niño de corta edad el miedo al abandono es crítico.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No deberemos dejar un tratamiento para después ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo. Puesto que los miedos subjetivos en los niños pequeños no disminuye por voluntad propia, los temores del niño y por consiguiente su comportamiento no ha mejorado e incluso puede haberse intensificado, posponer situaciones así pueden prolongarse indefinidamente y será nefasto para sus dientes. Cuando existen dientes dolorosos, el dolor puede causar que se creen auténticas fobias a la odontología. Si nosotros como dentistas diéramos un enfoque más positivo durante la primera visita, no ocurriría tanto retraso y descuido en los dientes. El miedo del paciente aumenta con el miedo que el odontólogo le muestre al manejarlo, porque el niño piensa precavidamente que, si el odontólogo teme realizar el trabajo, es porque debe de haber alguna razón para retrasarlo. Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños. No debemos esperar a que un niño venza actitudes inadecuadas con la edad; pueden pasar años antes de que esto suceda. Aunque no es

conveniente dejar el tratamiento para después, si es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día en que empezamos a tratarlo con el fin de que se vaya familiarizando con todo el mobiliario y el personal para que cuando llegue el día de su cita, y haya empezado a perder el temor y aprensión al medio odontológico.

Cuando el procedimiento a realizar tiene que producir dolores aunque sea mínimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

Decirle al niño que no debe sentirse como se sienta indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales porque el niño no puede evitar el sentirse así. En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina la razón, y las seguridades verbales caen en oídos sordos, así que, no gastemos energías diciendo al paciente que no debe tener miedo sin darle primero razones para creernos.

Cuando conocemos a tratar a un niño y notemos que tiene un miedo excesivo a la odontología, será importante descubrir a que se debe ese miedo, esto lo podremos lograr haciendo determinadas preguntas a los padres, cuando hayamos descubierto el porque, será mucho más sencillo controlar ese miedo.

También debemos familiarizarnos con todo el equipo de una forma inteligente, podremos hacerlo caer en la curiosidad por medio de instrumentos que estimulen su interés con lo cual estaremos dando un gran paso para ganar su confianza y llegar a permitirnos realizar el tratamiento sin mayor problema.

Como mera recomendación diré que, cuando se trata a niños es importante la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar el comportamiento del niño. Cuando sea posible el niño no deberá permanecer más de media hora sentado. Si la visita tarda más, el paciente puede volverse menos cooperativo hacia el final.

3.2 CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio esta generalmente motivado por el deseo de evitar lo desagradable y doloroso.

Puesto que los niños actúan por impulso, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable.

Si en su casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques del mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Sin embargo el comportamiento de un niño puede a veces ser modificado. Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así.

Cuando el niño llega para que se haga algún tratamiento su comportamiento dependerá en gran parte de la capacidad que tiene el dentista para manejarlo. Si se maneja adecuadamente es muy raro que no se obtenga cooperación.

Si se está tratando con un niño asustado y temeroso deberá primero eliminarse y sustituirlo por sensaciones agradables y afecto.

Cuando se logra esto podemos decir que la batalla del manejo del niño esta casi ganada.

3.4 MANEJO DE LOS PADRES

Ciertos problemas para el manejo de los niños en el consultorio tiene origen en sus padres, el odontólogo tratará de explorar los antecedentes y actividades de los padres en la forma más diplomática posible. Muchas variaciones en la conducta, así como las normas expresadas por los padres en su vida en el hogar y en el consultorio odontológico son resultados de la experiencia, educación, exigencias sociales y situaciones económicas. El objetivo del profesional debe ser el valorar y comprender a cada padre lo más calmadamente posible para determinar de esa manera, el enfoque del tratamiento para cada niño en particular.

Así como es fácil catalogar a el niño por el trato que recibe de sus padres, también es fácil encontrar el tipo de padres por su comportamiento con el C.D. Cabe señalar que cualquier tipo de padres que tratemos se le ara plena conciencia sobre la importancia de el tratamiento. Ya que si queremos buenos pacientes infantiles primero tenemos que educar a los padres el C.D. que no haga esto estara usando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

1) Padres afectivos.

A este tipo de padres se les maneja de la siguiente manera indicandoles ventajas y desventajas de el tratamiento, separandolo de el niño lo menos posible de este, a menos que el niño sea muy pequeño o impedido.

2) Padres protectores.

Tenemos que aserlo conciente de que tipo de tratamiento vamos a llevar a cabo.

Que deben de preparar al niño solo aceptan autoridad de estos.

3) Padres indulgentes.

Indicarles que no deben permanecer dentro del gabinete dental ya que estos dan todo por su hijo.

4) Padres consentidores.

A estos padres pedirles que no esten presentes a menos que el niño sea muy pequeño, ya que casi siempre los padres quieren hablar por ellos.

EXODONCIA

4.1 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES PARA EXTRACCIONES DE PIEZAS PRIMARIAS.

Al considerar si se deben de extraer piezas primarias, deberá siempre tenerse en cuenta que la edad, por si sola, no es determinante para decidir si hay que extraer una pieza primaria.

Por ejemplo, un segundo molar no deberá extraerse solo porque el niño tenga 11 ó 12 años, a menos que se presente una indicación especial.

Para poder determinar cuando y como deberá extraerse una pieza, deberán tomarse en cuenta todos los siguientes factores oclusión, desarrollo del arco, tamaño de las piezas, cantidad de raíz, resorción de las piezas primarias afectadas estado del sucesor permanente subyacente, presencia ó ausencia de infección, todo ésto será mientras no sea un caso de emergencia.

Las indicaciones para las extracciones de piezas primarias.

1.- En casos en que las piezas estén tan destruidas a tal grado que sea imposible restaurarlas, por ejemplo, cuando la destrucción alcanza la bifurcación ó cuando no se puede establecer un margen gingival duro y seguro.

2.- Cuando se ha producido infección del área periapical ó interradicular y no se puede eliminar por otros medios.

3.- En caso de abscesos dentoalveolares agudo con presencia de celulitis.

4.- Cuando las piezas están interfiriendo en la erupción normal

de las piezas permanentes sucedáneas.

5.- En caso de piezas sumergidas.

CONTRAINDICACIONES.

Las contraindicaciones muchas de estas son relativas y pueden ser superadas con precauciones especiales y premedicación.

1.- La estomatitis infecciosa aguda, la infección de Vicent aguda o la estomatitis herpética y lesiones similares deberán ser eliminadas antes de considerar cualquier extracción.

Las excepciones a esto son afecciones como los abscesos dentoalveolares agudos con celulitis, que exigen extracción inmediata.

2.- Las discrasias sanguíneas vuelven al paciente propenso a infección post-operatoria y a hemorragia. Deberán realizarse extracciones solo después de consultar minuciosamente con un hematólogo y de preparar adecuadamente al paciente.

3.- Las cardiopatías reumáticas agudas o crónicas y las enfermedades renales requieren protección antibiótica adecuada.

4.- Las hipercementosis agudas, los abscesos dentoalveolares y la celulitis deberán de la manera que aplicaremos más adelante, y en los casos indicados se administrará medicación antibiótica pre y pos-operatoria.

5.- Las infecciones sistémicas agudas contraindican las extracciones electivas para niños, a causa de la menor resistencia del cuerpo y de la posibilidad de infección secundaria.

6.- Los tumores malignos, cuando se sospecha su presencia, son

una contraindicación de las extracciones. El traumatismo de la extracción tiende a favorecer la velocidad y extensión de los tumores.

7.- La diabetes sacarina (mellitus) plantea una contraindicación relativa. Es aconsejable consultar al médico para asegurarse de que el niño está bajo control médico. En casos de diabetes controlados no se observan más cuadros de infección que niños normales, por lo cual los antibióticos no son un prerrequisito para realizar una extracción.

4.2 TECNICA PARA LA EXTRACCION.

La técnica para la extracción de dientes primarios será realizada bajo ciertas condiciones: Tipos de forceps, posición; anatomía radicular del diente, dirección en que debemos de aplicar la fuerza para extraer el diente de su alveolo, etc.

Dientes anteriores superiores:

Para el insicivo central superior o el canino utilizaremos el forceps universal núm. 150. Los bocados de éste forceps hacen contacto en un solo punto y esto hace que se adapte perfectamente a la corona del diente, . El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente.

El corte horizontal de las raíces de éstos dientes es redondo por lo tanto, la fuerza se aplica en sentido contrario a las manesillas del reloj, éste movimiento afloja el diente. A continuación con un solo movimiento en dirección labial el diente se extrae de su alveolo.

Dientes anteriores inferiores.

Para los incisivos inferiores, se utilizan el forceps núm. 151. Los bocados de éste tocan en un solo punto en forma similar al 150. El operador se coloca atrás y hacia un lado del paciente aquí como en los dientes anteriores superiores, la forma inicial es en sentido lingual, pero debido a que las raíces de estos dientes son ovaladas, la fuerza en sentido labial es una sola acción sostenida. Una vez que se ha luxado el diente, un movimiento contrario a la dirección de las manecillas del reloj es suficiente para extraerlo de su alveolo.

Molares superiores.

El forceps universal núm. 150. Se utiliza para la extracción del primero y segundo molar primarios superiores. El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente. La dirección inicial de la fuerza es ligeramente lingual, debido a que la raíz palatina de éste molar es curva. Debemos ejercer muy poca fuerza para no fracturar ésta raíz. En seguida con un solo movimiento contrario se extrae de su alveolo.

Molares inferiores.

La técnica para la extracción del primero y segundo molar inferior se presenta por separados. Para el primer molar, se utiliza el forceps universal núm. 151. El operador se coloca al frente y hacia un lado del paciente sujetando la mandíbula está contraindicado todo movimiento rotatorio. La fuerza inicial es ligeramente hacia el lado lingual; en seguida con un solo movimiento sosteniendo en dirección

vestibular luxamos el diente una vez luxado con un movimiento contrario lo extraemos de su alveolo.

Para el segundo molar, se utilizan dos tipos de forceps diferentes, según la posición del segundo premolar en desarrollo y la cantidad de hueso alveolar encima del mismo.

Estos forceps son los núms. 151 y 23 la técnica es similar a la descrita para el primer molar inferior si el segundo premolar no se encuentra contiguo al segundo molar primario y no existe hueso alveolar, puede utilizarse un forceps núm. 23.

Cuando no existe hueso alveolar y el segundo premolar se encuentre inmediatamente debajo del segundo molar primario, se utiliza el forceps núm. 151.

Se contraindica todo movimiento rotatorio y se justifica el levantamiento del diente en forma casi vertical, los bocados del forceps deben colocarse profundamente dentro de la bifurcación radicular. La fuerza inicial es ligeramente hacia el lado lingual. En seguida con un solo movimiento en sentido vestibular y apretando continuamente los mangos del instrumento el diente se extrae del alveolo.

4.3 COMPLICACIONES POS OPERATORIAS

Las complicaciones pos operatorias pueden producirse después de extracciones son las mismas que en casos de adultos y se tratan de acuerdo con ello. Afortunadamente los alveolos secos se constituyen un caso muy raro en los niños. Si un niño de menos de 10 años desarrolla un alveolo seco, el operador deberá considerar

inmediatamente la presencia de alguna infección poco común, como actinomicosis ó complicación de trastornos sistemáticos (anemia, trastornos nutricional, etc.) puede producirse asperación ó deglución de piezas o raíces, es especialmente bajo anestesia general, cuando la boca se mantiene abierta por la fuerza. Este mismo tipo de accidentes se puede producir bajo anestesia local. En extracciones explosivas y forzadas, la pieza se puede ver súbitamente liberada del hueso y debido a su forma y a la acción de cuña ejercida por el forceps puede escaparse de los picos de éste y ser aspirada o tragada. Este accidente puede evitarse a menudo por la presión controlada en los mangos de los forceps. Si durante ó después de la operación no se encuentra una pieza ó parte de ella, deberán realizarse inmediatamente exámenes radiográficos de la caja torácica y del abdomen. La ausencia de tos nos indica que la pieza no haya sido aspirada.

Una pieza ó parte de ella alojada en el arbol bronquial deberá ser extraída cuanto antes por broncoscopía, para evitar graves complicaciones. Si la pieza y otro cuerpo extraño está alojado en el canal alimentario, deberá asegurarse su eliminación, examinando las heces en busca de la pieza.

4.4 INSTRUMENTAL

El instrumental para procedimientos exodónticos en niños es similar a el de los adultos, pero las partes anatomicas son menores. Todo instrumental para adulto esta contraindicado en niños.

Para evitar un daño al gérmen del diente permanente al

producirse la fractura de las raices hay finos y delicados elevadores apicales que se pueden utilizar para eliminar éstas raices. Se recomienda un forceps universal superior y un forceps universal inferior.

El cuidado del instrumental es igual a todos los usados en el consultorio deben ser perfectamente lavados y esterilizados antes de su uso para evitar problemas de infecciones posteriores a la intervención.

OPERATORIA:

5.1 DEFINICION.

La operatoria puede definirse como la parte de la odontología general que se ocupa de los problemas orales que requieren de tratamientos restaurativos en dientes naturales.

Su principal objetivo debe ser conservar las estructuras dentales en estado de salud, función y estética óptimas.

5.2 PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS PARA PIEZAS PRIMARIAS

La mayoría de los Odontopediatras con amplia experiencia concide en afirmar que la clave de una operatoria dental acertada en el consultorio es hacer cualquier procedimiento más agradable y menos dolorosa aún cuando se tenga que usar un anestésico local, premedicaciones ligeras o ambos.

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

En niños con graves problemas físicos, psicológicos o de quienes es difícil obtener cooperación, pueden usarse las premedicaciones moderadas o fuerte con elixir de cloralhidrato, Seconal, Nebutal solo en combinación con varios tipos de drogas tranquilizantes.

5.3 DIQUE DE HULE (AISLAMIENTO ABSOLUTO)

Cuando se realiza el aislamiento absoluto del campo operatorio, los dientes aislados quedan separados totalmente del medio de la cavidad oral y colocados en contacto con el ambiente de la sala de operaciones.

El uso del dique de hule es una de las técnicas más valiosas que puede desarrollar el odontólogo para lograr excelentes resultados en cualquier tipo de tratamiento que requiera un campo exento de humedad.

5.4 ROLLOS DE ALGODON (AISLAMIENTO RELATIVO)

Los rollos de algodón del espesor y largo deseado pueden ser confeccionados por el operador con la ayuda de unas pinzas de curación de instrumento. También se pueden utilizar los rollos de confección industrial.

Los rollos de algodón actúan como sustancias absorbentes de saliva y necesitamos cambiarlos con frecuencia durante los procedimientos operatorios.

5.5 DIAGNOSTICO Y ELECCION DEL TRATAMIENTO

La decisión de restaurar piezas primarias debe hacerse en varias cosas, además del hecho de ser afectadas por caries.

Algunos factores que deben tomarse en cuenta son:

1. Edad del niño.
2. Grado de afección de la caries.
3. Estado de la pieza y el hueso de sostén observado en placa.
4. Momento de exfoliación normal.
5. Efectos de la extracción o retención en la salud del niño.

6. Consideración de espacio en el arco.

5.6 PREPARACION DE CAVIDADES CLASE I

Para las zonas afectadas de la superficie oclusal se empleará una pequeña fresa de cono invertido o una fresa de pera de carburo pequeña. Se lleva una superficie hasta una profundidad de unos 0.5mm más allá del límite amelodentinario y se agranda la cavidad. Con un movimiento de socavado hacia arriba y abajo se extiende la preparación por toda la cavidad oclusal para incluir fosas y fisuras.

Los rebordes marginales no deben ser socavados a menos que la caries se extienda hasta esta zona, hacerlo debilitaría al diente y llevaría el borde de la restaración a una zona de prismas de esmalte sin sostén. Si hubiera caries remanente, se eliminará con fresas pequeñas redondas o de pera, por lo cual muchos preferimos iniciar desde un principio la preparación de la cavidad con fresas de pera pequeña, también para evitar en lo más posible un contacto con los cuernos de la pulpa dental recordando que los temporales están mucho más altos que en los permanentes.

La paredes de la cavidad debén ser aplanadas con una fresa de fisura No. 557 ó 558, y se eliminará el esmalte sobresaliente las paredes deben ser planas y perpendiculares al piso pulpar plano.

Si el piso pulpar fuera cóncavo por la eliminación de la caries profunda, se deberá colocar una base intermedia adecuada antes de colocar la restauración. En los dientes con caries y casi exposiciones, la parte profunda de la cavidad debe ser cubierta con

hidróxido de calcio, entonces se colocará una base de cemento de óxido de zinc y eugenol.

Se puede subir la cavidad con una fresa pequeñísima de bola para establecer la forma de la cavidad y el escalón cervical siendo de forma de C. deberá tomarse en cuenta el tamaño de la pulpa y el espesor relativamente pequeño de esmalte. El asiento cervical debe ser llevado hacia gingival hasta romper el punto de contacto con el diente adyacente, la extensión que se lleve la preparación hacia incisal no deberá de debilitar el o los ángulos incisales.

Las caras lingual y vestibular de la preparación deben ser recortadas hasta esmalte firme.

5.9 CAVIDADES DE IV CLASE

Antes de la introducción de la corona de acero y el mejoramiento de las resinas, no sera raro que los dientes temporales anteriores con caries extensa fueran rebajados con disco en vez de preparar una restauración convecional.

El empleo de bandas preformadas de acero ha sido aconsejada para restaurar los dientes anteriores con caries mesial o distal profunda que afecta el ángulo incisal. Tras eliminar la caries con fresa o cucharillas, se coloca una base apropiada en la parte profunda de la cavidad. La cavidad y la banda se llenan con una mezcla cremosa de cemento y se esienta la banda en posición después de endurecer el cemento, se elimina el exceso.

5.10 CAVIDADES DE V CLASE

En el tercio cervical de todas las piezas, incluyendo la superficie proximal en donde el borde marginal no está incluido en

la preparación de la cavidad (obturación de punto).

5.11 DIFERENTES TIPOS DE CORONAS

Coronas de dientes anteriores.

- a) Acero cromo
- b) Celuloide
- c) Acrilico fabricadas
- d) Policarbonato

Coronas de dientes posteriores.

- a) Acero cromo

5.12 CORONAS DE ACERO INOXIDABLE.

Se aconseja el uso de coronas de acero inoxidable cuando:

- 1.- La pieza tiene caries extensa que afecta más de tres superficies.
- 2.- Un molar primario ha sufrido tratamiento pulpar.
- 3.- En caries rampantes.
- 4.- Hay piezas mal formadas como esmalte hipoplástico.
- 5.- Factor importante es la higiene bucal de un niño con grandes problemas físicos.

5.13 PASOS PARA LA PREPARACION DE PIEZAS PARA CORONAS

Puede prepararse un molar primario para corona de acero inoxidable. se elimina el área destruida con una fresa de alta velocidad (redonda) se coloca una sub-base de hidróxido de calcio y se obtura con cemento Zn eugenol o cemento de foffato de cinc, se procede con una fresa muy delgada a eliminar los contactos interproximales ya que se debe suficiente espacio para la libertad de la corona. La reducción oclusal de 1 a 1.5 mm también se hace

sencillemente angulando la fresa por los lados oclusales, reduciendo la anatomía, pero reteniendo su forma, finalmente se suavizan todos los ángulos y los bordes con toque ligeros.

Toda la reducción periférica de la forma deberá de tenerse en contorno gingival permitiendo que la corona se ajuste y se contornee de manera que se cierre sobre la línea de terminado no acanalada y se ajusta a la pieza subgingivalmente.

CONTORNEADO Y AJUSTE DE LA CORONA

Se ajusta con unas pinzas de contorno #112 para dar más fuerza al contorno proximal para contornear la punta gingival se utilizará una pinza #114 ó 115 en el ajuste se hace 1 mm bajo el tejido gingival. Para su articulación se comprobará con papel de articular.

CEMENTACION

Se extrae la corona ajustada, se lava y se seca, y se procede a la limpieza de la pieza, se aplica una capa de cemento y a la corona se asienta con los dedos y entonces se le pide al niño que muerda.

5.14 RX DE CONTROL

CAPITULO VI

ANESTESIA

6.1 ANESTESIA TOPICA

Los anestésicos tópicos actuales reducen en gran proporción el ligero malestar de la inserción de la aguja antes de la inyección del anestésico local. Algunos anestésicos tópicos presentan sin embargo, claras desventajas debido al mal sabor que tienen para el niño. Además el tiempo adicional requerido para su aplicación puede tornar al niño aprensivo hacia lo que vendrá.

Uno de los anestésicos tópicos que ha sido usado con éxito en niños es el clorhidrato de diclonina al 0.5 % su gusto es agradable su acción rápida y no causa irritación ni desprendimiento de los tejidos.

Ultimamente en muchos consultorios se ha convertido en rutina el empleo de un engueto anestésico tópico.

Un punto importante en la realización de este paso es que el niño debe estar siempre preparado para la inyección no necesariamente con una descripción detallada de lo que vamos a hacer, pero con una indicación de que el diente va a ser puesto a dormir para que la caries pueda ser quitada sin ninguna molestia para el niño.

Debera secarse la membrana mucosa para evitar la disolución de la solución del anestésico tópico.

Deberá mantenerse un anestésico tópico en contacto con la superficie a tratar por lo menos 2 minutos para entrar en acción. Deberá seleccionarse un anestésico tópico que no cause necrosis

local en el lugar de la aplicación.

6.2 ANESTESIA LOCAL

Es posible obtener una anestesia eficaz, si no se emplea una técnica adecuada para la inyección independientemente del agente anestésico que se utilice.

Para lograr una analgesia completa, hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata a la estructura nerviosa que va a anesthesiarse. Las variaciones que pudiera haber en la posición de la aguja se compensan en parte con las cualidades excelentes, en cuanto a profundidad y difusión que son características de las buenas soluciones anestésicas.

Como lo más común es que se inyecten de 1-2 ml. solamente, siempre conviene asegurarse que la aguja tenga la misma posición quede colocada con la mayor exactitud posible. Al inyectar en el pliegue bucal (anestesia por infiltración) puede lograrse que la solución sea depositada correctamente en el ápice, si se procura que la posición de la aguja tenga la misma posición que el eje longitudinal del diente en el que se va a intervenir en la anestesia por infiltración, el volumen limitado de la anestesia que se utiliza, tiene que difundirse desde el sitio de la inyección a través del periostio y del hueso compacto hasta llegar a las estructuras nerviosas que inervan la pulpa el periodonto y el maxilar.

ANESTESIA REGIONAL DEL DENTARIO INFERIOR

Cuando se emprenden procedimientos de operatoria dental o cirugía en dientes inferiores permanentes ó temporales, se debe

anestesiarse regional en el dentario inferior Olsen informo que el agujero de entrada del dentario inferior esta por debajo del plano oclusal de los dientes temporales del niño. Por lo tanto la inyección debe ser dada más abajo y más atras que en los adultos, según una técnica aceptada, se coloca el pulgar sobre la superficie oclusal de los molares con la uña sobre el reborde oblicuo interno y la yema del pulgar descansando sobre la fosa retromolar. Se puede obtener un apoyo firme durante el procedimiento de inyección si se apoya la yema del dedo medio en el borde posterior de la mandíbula. La geringa está orientada desde un plano entre los dos molares temporales del lado opuesto. Es aconsejable inyectar una pequeña cantidad de la solución tan pronto como se penetra en los tejidos y seguir inyectando cantidades pequeñas a medida que la aguja avanza hacia el dentario inferior. La profundidad de la penetración oscila en unos 15 mm, pero variará con el tamaño del maxilar inferior y la edad del paciente. Se depositará más o menos 1.5 ml. de la solución en la proximidad del dentario inferior.

ANESTESIA REGIONAL DEL NERVILO LINGUAL

El nervio lingual puede ser bloqueado con la misma técnica de bloqueo del dentario inferior, solo basta llevar la geringa al lado opuesto o inyectar una pequeña cantidad de la solución al retirar la aguja.

ANESTESIA PARA LOS INCISIVOS Y CANINOS

Para anestesiarse los dientes temporales anteriores se emplea la infiltración. (Técnica supraparióstica. La inyección debe ser efectuada más cerca del borde gingival que en el paciente con

dientes permanentes, y se depositará la solución muy cerca del hueso.

Al anestésiar a los dientes anteriores, el sitio de punción está en el surco vestibular, la solución se deposita lentamente y apenas por encima del ápice. Como puede haber fibras nerviosas que provengan del lado opuesto podría ser necesario depositar una pequeña cantidad de la solución junto al ápice del otro incisivo central para obtener la anestesia adecuada antes de la extracción de incisivos temporales y permanentes habrá que aplicar una inyección nasopalatina. Del mismo modo si se observa que el paciente no cuenta con una anestesia profunda de los dientes anteriores durante los procedimientos de operatoria.

ANESTESIA PARA LOS MOLARES TEMPORALES Y LOS PREMOLARES

El nervio dentario superior medio inerva los molares temporales superiores los premolares y la raíz mesiovestibular del primer molar permanente.

Las ramas alveolares superiores medias y anteriores se bloquean separadamente para cada diente en particular introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea al diente y buscando la extremidad de la raíz en donde se inyectan 1 ó 2 ml. de lidocaína al 2% con o sin vasoconstrictor, describiendo cuidadosamente ligeros movimientos en abanico con la punta de la aguja.

De esta manera es posible anestésiar hasta tres dientes desde el mismo punto de inserción.

Está técnica comunmente indicada para tratamientos conservativos en donde generalmente solo se necesita anestésiar la pulpa dentaria,

la infiltración de la mucosa gingival que rodea al diente es suficiente. Si se trata de intervenciones quirúrgicas es necesario completar con infiltración palatina para cada diente en particular la extracción de todos los dientes de la mitad de la maxila, es necesario el bloqueo del nervio palatino anterior así como del nasopalatino.

ANESTESIA REGIONAL DEL NERVIO NASOPALATINO

La anestesia regional del nervio nasopalatino anestesiará los tejidos palatinos de los seis dientes anteriores. Si se hace entrar la aguja en el conducto, es posible lograr la anestesia total de los seis. Sin embargo esta técnica es dolorosa y no debe usarse por rutina antes de empezar procedimientos operatorios. Si el paciente siente una anestesia incompleta después de la inyección supraperióstica, puede ser necesario recurrir a la anestesia del nasopalatino. La vía de inserción de la aguja corre a lo largo de la papila incisiva, junto por detrás de los incisivos centrales.

Se dirige la aguja hacia arriba, dentro del conducto palatino anterior. Cuando hace falta anestesiarse del canino, puede ser necesario inyectar una pequeña cantidad de solución anestésica por lingual para anestesiarse las ramas superpuestas del nervio palatino anterior.

La inyección palatina anterior anestesiará el mucoperiostio palatino desde la tuberosidad hasta la región del canino y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado. Esta inyección se emplea en conjunción con la regional del dentario superior medio o posterior antes de un procedimiento quirúrgico. La

inervación de los tejidos blandos de los tercios posteriores del paladar está dado por los nervios palatinos anterior y medio.

En el niño con solo la dentición temporal, la inyección debe ser unos 10mm posterior a la cara distal del segundo molar temporal. No es necesario penetrar en el agujero palatino posterior se inyectarán unas pocas gotas donde el nervio emerge del foramen.

6.3 COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

Advertir a los padres de los niños que recibieron un anestésico local que el tejido blando de la zona puede carecer de sensibilidad por una hora o más. El niño deberá ser observado atentamente para que no se muerda los tejidos inadvertida o intencionalmente. Los niños que fueron anestesiados en su nervio dentario inferior puede morderse los labios, la lengua o la cara interna de los carrillos. Con poca frecuencia un padre llamará al odontólogo una hora o dos después de la sesión para decirle que observó una lesión de la mucosa bucal y durará si el accidente no se produjo durante el trabajo. Con toda probabilidad el niño se mordió la zona y el cuadro resultante a las 24 horas será zona ulcerada denominada a menudo "úlceras traumáticas" Se indicaran colutorios con solución fisiológica para mantener limpia la zona. Aunque la dosis que generalmente usa el cirujano dentista para los procedimientos de rutina es muy pequeña (20-30mg), la región gingivodental es ricamente vascularizada puede haber una absorción rápida de la droga y dar manifestaciones de toxicidad sobre el sistema nervioso central tales como escalofríos, temblores, visión borrosa etc. Otras veces más raras aún se presentan reacciones por sensibilidad

inmunológica que pueden ocasionar trastornos respiratorios tales como espasmo bronquial, disnea y estado asmático.

Estos estados se acompañan de alteraciones cutáneas o de la mucosa tales como urticaria, eritema y edema angioneurótico así como de estado de shock anafiláctico.

El tratamiento adecuado en los tipos de accidentes que hemos citado se reduce a mantener las funciones vitales respiratorias y cardiovasculares.

6.4 ANESTESIA GENERAL

Tratamiento de niños con anestesia general. Antes de tomar la decisión de hospitalizar a un niño y realizar el trabajo bajo anestesia general, se debe hacer por lo menos un intento de realizar el trabajo en el consultorio dental esto es válido hasta para los niños disminuidos que a primera visita pueden parecer totalmente incapaces de cooperar. Como ayuda para ir ganando la cooperación del niño y su manejo exitoso cuando es un verdadero problema, se debe intentar la restricción de los movimientos e involuntarios por medio del personal auxiliar y los padres.

ANESTESIA GENERAL

Al emplear algún anestésico general siempre se incurre el riesgo de vómito espasmo y apnea por lo tanto podrán preverse medidas más suaves, aunque posiblemente menos potentes, cuando se emplee dicho agente. La reacción del niño, especialmente de cooperación, siempre que el odontólogo sea paciente y comprensivo. Esto se verifica incluso en niños que parezcan incapaces al control físico y mental requeridos para tratamientos dentales acertados, si fallaran estos

procedimientos del manejo del paciente, o si necesitara amplio tratamiento dental de un niño gravemente impedido, el empleo de anestesia general ofrese una posible solución del problema.

6.5 INDICACIONES PARA ANESTESIA GENERAL

La utilización de un anestésico general como auxiliar de una atención odontológica se aconseja para los siguientes grupos de niños.

- 1.- Niños con retraso mental.
- 2.- Niños en los cuales no se puede lograr un control adecuado de la conducta por los procedimientos habituales, complementados por premedicación, anestésicos locales y un grado aseptable de restricción.
- 3.- Pacientes hemofílicos, en quienes el uso de un anestésico puede provocar hemorragia interna.
- 4.- Pacientes con alergia conocido a los anestésicos locales.
- 5.- Niños con movimientos involuntarios.
- 6.- Niños con trastornos generales y anomalías congénitas que imponen el uso de un anestésico general.

6.6 ASPECTOS INDISPENSABLES DEL ANESTESICO GENERAL

No ha de tomarse a la ligera la administración de un niño en un hospital para atención odontológica de carácter selectivo. La hospitalización puede ser una experiencia traumática psicológicamente, al activar los temores infantiles de abandono o mutilación.

Antes que un paciente sea sometido a un anestésico general, hay que considerar los siguientes cinco puntos.

- 1.- El paciente Hay una disminución o un problema psicológico o de conducta de magnitud tal que impida al niño cooperaren el consultorio dental?.
- 2.- El procedimiento El trabajo por realizar es de magnitud tal como para que el niño no pueda o no quiera cooperar?.
- 3.- El lugar Si se ha elegido a la anestesia general, se cuenta con un equipo satisfactorio? existen medicamentos para emergencias, medios de resurrección y comodidades adecuadas para la recuperación post-anestésica?
- 4.- El personal Esta el anestésista experimentado en el tratamiento de niños y familiarizado con las peculiaridades pediátricas?
- 5.- La preparación Ha sido el niño emocionalmente preparado por los padres y por el dentista para la anestesia general? ha sido completada una historia clínica una revisión física y unos estudios de laboratorio adecuados?

Durante el transcurso de la anestesia general deberán realizarse toda clase de trabajos requeridos tales como eliminación de caries, extracciones, aplicaciones de fluor etc.

Los procedimientos quirúrgicos que sean necesarios deberán ser postergados hasta lo último y se ha de interrumpir la hemorragia de suprimir la administración de anestésico.

TERAPEUTICA PULPAR

7.1 RECUBRIMIENTO PULPAR

La pulpa puede verse afectada tanto por caries, traumatismos o por tratamiento operatorio.

El dentista debe tomar precauciones para no producir tanto trauma operatorio ya que puede aumentar la irritación pulpar que anteriormente está causada por caries podemos causar lesiones irreversibles.

El recubrimiento pulpar es la técnica a seguir despues de un tratamiento operatorio.

7.2 METODO DIRECTO EN INFANTIL

Quando hay exposición pulpar pequeña que fue provocada accidentalmente durante la preparación de la cavidad. Después de la comunicación que se provocó procedemos a lavar con agua destilada o suero fisiológico, se secan con torundas de algodón y se procede al recubrimiento.

Consiste en la aplicación de un material protector que es el hidróxido de calcio, se coloca en la zona expuesta de la pulpa se procede a colocar el material sellador y restaurado.

La porción afectada no se regenera, solo debemos de esperar la cicatrización se realiza por medio de las células jóvenes indiferenciadas que se convierten en dentinoblastos y así formar una pared dentinaria.

Si se tiene éxito la pulpa continuará realizando sus diversas funciones normales.

OBJETIVO

1.- Mantener la integridad y vitalidad de la pulpa, manteniendo su función normal.

2.- Crear un medio ambiente que permita la curación de la pulpa y el sellado de la exposición con dentina reparadora.

3.- Ahorrar tiempo y estructura dentaria que sería sacrificada si se eligiera otra terapia pulpar.

INDICACIONES

1.- En comunicaciones poco extensas y con poca hemorragia.

2.- En dientes permanentes jóvenes en que los ápices radiculares no han cerrado.

CONTRAINDICACIONES

1.- Pulpa envejecida, reabsorción de los tercios o más de dientes temporales.

2.- Pulpas que sufren un proceso patológico, dolor persistente.

3.- Exposición pulpar patológica a la vista.

7.3 METODO INDIRECTO

Eliminamos primero la caries de órgano dentario, evitando una exposición pulpar. Este recubrimiento se hace cuando no se ha llegado a tocar la pulpa, cuando existe dentina sana.

Se aplica una pequeña cantidad de hidróxido de calcio sobre el piso de la cavidad, proseguimos con el material de sellado que es el óxido de zinc-eugenol y por último el material restaurador.

El objetivo es preservar la vitalidad pulpar:

- a) Estimula el cierre de expansiones microscópicas presentes
- b) Aisla a productos bacteriológicos irritantes.

c) Provee a la pulpa del ambiente adecuado para su descanso y reparación.

INDICACIONES

- 1.- Dientes jóvenes temporales y permanentes.
- 2.- En cavidades profundas que se aproximen al tejido pero sin afectarlo.
- 3.- En cavidades totalmente limpias de caries.

CONTRAINDICACIONES

- 1.- Pulpa envejecida en un diente temporal o permanente maduro.
- 2.- Reabsorción de más de dos tercios de la raíz de los dientes temporales.

3.- Pulpas que sufren cambios patológicos, dolor espontáneo o provocado.

- 4.- En exposición patológica pulpar.
- 5.- Movilidad del diente.
- 6.- Infección periapical.

7.4 PULPOTOMIA

Se define como la eliminación completa de la porción coronal de la pulpa dental.

Se aconsejan pulpotomías con formocresol en todas las exposiciones por caries o accidentes en incisivos y molares primarios, en cada caso la pulpa ha de tener vitalidad, libre de superación y de otros tipos de evidencias necróticas.

Antecedentes de dolor espontáneo, glóbulos calcáreos en la pulpa, abundante hemorragia y cuagulación tardía durante el tratamiento, representan riesgos para las pulpotomías. Debe

asegurarse anestesia adecuada profunda del paciente antes de empezar a operar cualquier pieza primaria donde existiera la posibilidad de exposición pulpar. Se aplica bajo el periostio en la región de los ápices de las raíces bucales unas cuantas gotas de solución anestésica, evitando los excesos.

Se aísla el diente con dique de hule. Después se utiliza una fresa de bola pequeña, antes de eliminar el techo de la cámara pulpar, deberá eliminarse toda la caries y fragmentos de esmalte, para evitar contaminaciones innecesarias en el campo de operación.

Se elimina después el techo de la cámara pulpar, teniendo mucho de provocar una perforación del piso pulpar, para esto poder evitarnos nos auxiliaremos de escavadores esterilizados retiramos la pulpa hasta la entrada de los conductos, mojamos una pequeña torunda de algodón con formocresol retirando el excedente, se lleva al piso de la cámara pulpar. Se retira después de cinco minutos, en caso de que la hemorragia persista se repite esta misma operación.

Una vez inhibida la hemorragia utilizaremos como obturante temporal una pasta formada de óxido de zinc partes iguales de eugenol con una gota de formocresol de formocresol, pasta Fc.

Se observa durante varios días su progreso, una vez recuperada la pulpa se prepara el diente para recibir una obturación permanente, la más aconsejable es la corona de acero, ya que con este tratamiento la pared del diente quedarán muy débiles, de esta forma se le protege más.

7.5 Rx. de control.

7.6 PULPECTOMIA

Pulpectomía quiere decir estirpación de la pulpa coronal y radicular.

El procedimiento es muy similar al que se lleva a cabo en piezas permanentes.

Sin embargo, deberán tenerse en cuenta varios puntos importantes antes de realizar tratamientos endodónticos en piezas primarias, que son:

-Deberá tenerse cuidado de no penetrar más allá de las puntas apicales de la pieza al desarrollar el trabajo mecánico.

-El trabajo mecánico no excederá de dos o tres limas ya que de no ser así, causaremos un debilitamiento excesivo de las paredes de las raíces.

-Deberá un compuesto resorbible, como lo es la pasta de óxido de zinc y eugenol, evitando las puntas de gutapercha, plata, etc., no reabsorbibles.

CAPITULO VIII

APARATOLOGIA

8.1 DEFINICION

El mantenedor de espacio se define como un dispositivo ortodóntico protésico a conservar el equilibrio articular de los dientes cuando se hace necesaria la extracción prematura de un diente temporal.

8.2 MANTENEDOR DE ESPACIO

Es de suma importancia conservar el espacio que se tiene el exfoliarse un diente prematuramente, ya que es necesario mantener la longitud del arco desde la segunda molar temporal pues éste es indispensable en el desarrollo natural de la oclusión normal de los dientes permanentes.

Esto se logrará colocando un mantenedor de espacio, tomando en consideración que la mayor parte del cierre de espacio se efectúa en los primeros 6 meses consecutivos a la pérdida de un órgano dental primario, éste previene la mesialización o distalización de los dientes vecinos, previniendo con ellos mal oclusiones.

8.3 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES

Serán prescritos los mantenedores de espacio, cuando su presencia sea necesaria para evitar mal oclusiones, hábitos nocivos o traumatismos físicos y problemas psicológicos.

1.- Cuando se pierde un órgano dental primario prematuramente (No exfoliado en condiciones normales).

2.- Cuando los exámenes radiográficos indiquen que habrá más de 3 meses para que haga erupción el diente permanente.

3.- En casos de ausencia congénita de algún órgano dental permanente, debe ser colocado un mantenedor, hasta el tiempo apropiado para poder efectuar una prótesis fija para poder ocupar el espacio definitivo.

4.- Cuando existe alguna mal oclusión por un espacio edéntulo.

5.- Cuando exista algún retraso de un órgano dental permanente.

6.- Por estética.

7.- Por fonética.

8.- Para evitar malos hábitos de lengua y succión de carrillos.

CONTRAINDICACIONES

1.- En casos donde el proceso exfoliativo de un diente este bastante avanzado. (La cercanía de los sucesores permanentes será el mejor mantenedor de espacio).

2.- Cuando el diente que no servirá como pilar o soporte del aparato esté muy destruido.

3.- Cuando el diente permanente ya esté en erupción.

4.- Cuando la cooperación de los padres y el infante son nulas.

5.- Cuando existen displasias ectodérmicas, caso concreto el labio y paladar hendido.

6.- En casos en que hay perturbaciones de desarrollo de los maxilares.

7.- En pacientes en donde el órgano dental y sus tejidos de soporte estén seriamente comprometidos con su enfermedad general (Síndrome de Papillon lefevre).

8.- En algunas malposiciones dentarias severas.

8.4 MANTENEDORES FIJOS

Una de las razones para utilizar mantenedores de espacio fijos con bandas o sin ellas o bien con coronas acero cromo es la falta de cooperación del paciente desde el punto de vista de pérdida de fractura o no querer usar en determinado caso un aparato.

Las ventajas son:

- Utilizados en pacientes no cooperativos
- Es resistente, difícil de romper.
- No hay interferencia en la erupción del diente sucesor.

Las desventajas son:

- Es necesario hacer cortes de estructuras dentarias.
- No permite la limpieza de los dientes totalmente.
- La función de oclusión no se restaura.
- Su fabricación es laboriosa.
- Puede causar problemas parodontales si no está bien ajustado o no tiene higiene adecuada.

8.5 MANTENEDORES REMOVIBLES

Se utilizan en niños que hayan perdido uno o más dientes de la primera dentición. Pueden ser bilaterales o unilaterales tanto en superiores como inferiores, a este tipo de aparatos generalmente se aconsejan descansos oclusales.

Las ventajas son:

- Alcanzan mejor presión a los dientes restantes.
- Pueden ser funcionales.
- Aceleran la erupción de los dientes que se encuentren bajo

ellos.

- Más estéticos.
- Más fáciles de fabricar.
- Más fáciles de limpiar
- No pueden dejarse demasiado tiempo a diferencia de fijo.

Las desventajas son:

- Depende de la cooperación del paciente
- Mayor posibilidad de pérdida o fractura
- La higiene puede ser un problema si no son retirados y limpiados sistemáticamente.
- Puede irritar a los tejidos blandos.

Mantenedor de espacio unilateral

Clasificación en funcionales y no funcionales.

a) Funcionales

- 1.- Corona y ansa
- 2.- Banda y ansa
- 3.- Zapatilla distal de Willet.

Son aquellos que además restituyen la función masticatoria y fonética imitándolos lo más posible.

Todos tienen el fin de imitar en lo posible la fisiología normal del paciente.

b) No funcionales

- 1.- Corona y barra
- 2.- Aparato de Gerber
- 3.- Mantenedor de espacio tipo volado

Son los que únicamente tienen por función mantener el espacio se

usan cuando hay pérdida de un diente en un cuadrante.

Mantenedores de espacio bilateral.

a) Arco de Nance

Es el empleado para prevenir la mesialización de los primeros molares permanentes cuando se han perdido bilateralmente los molares primarios y los molares permanentes ya hicieron erupción.

b) Arco Lingual

Se utilizan cuando existe pérdida bilateral de los molares deciduos.

8.6 CONSTRUCCION.

Mantenedores de tipo puente fijo.

Cuando se piensa que el mantenedor debe permanecer por mucho tiempo se puede utilizar un tipo puente fijo modificado para mantener la relación de los dientes en el arco después de la pérdida prematura del primer molar primario. Se talla el canino y el segundo molar primario para coronas coladas enteras, se puede colocar el mantenedor de una sola pieza. Se ha de tener presente que el canino permanente puede erupcionar antes que el primer molar. Puede ser necesario cortar el pónico y construir un mantenedor de banda y ansa hasta la erupción del primer molar.

Mantenedor de banda y ansa

Se utiliza una banda preformada de acero inoxidable que ajuste bien en el diente a la altura del tercio oclusal cuando es aplicada a la presión digital. En un diente posterior la banda es llevada desde la cara vestibular a la palatina.

En un diente inferior desde la cara lingual a la vestibular. Se

contornea el ansa enalambre de acero inoxidable de #.7 de manera que apoye cerca del tejido, tocando la cara distal del diente anterior al espacio a la zona gingival.

El ansa debe ser lo suficientemente amplia para permitir la erupción del premolar. El ansa es soldada a la banda en el modelo de yeso piedra, después de lo cual el mantenedor es retirado, pulido y preparado para ser colocado en la boca.

Arco lingual

Se utiliza aditamentos horizontales y verticales que permiten ajustar y retirar el aparato con facilidad.

Se emplean un tubo de media cuña y su poste respectivo. El arco es sostenido en un sitio mediante un muelle de candado que se ajusta bajo el extremo gingival del tubo vertical de media cuña para retirar el aparato simplemente se ajusta el resorte lingualmente en su extremo libre con un instrumento pesado permitiendo retirar el tubo al poste. Después de colocar el arco lingual el muelle se vuelve a colocar bajo el tubo con un condensador de amalgama.

Placa Hawley.

Se toma una impresión correcta con alginato de la arcada superior incluyendo la tuberosidad. Las impresiones deberán ser vaciadas en yeso piedra. Se hace un armazón de alambre de .032 pulgadas de níquel de acero inoxidable. El alambre de calibre mayor se utiliza para los ganchos retentivos pueden ser de tipo circunferencial de bola o de criba-flecha y se colocan en los primeros molares permanentes. La proyección palatina deberá ser adaptada cuidadosamente a los tejidos y deberá ser de 1.5 a 2 cms.

de large un ansa circular plana o dobléz agudo sobre el aspecto palatino proporcionará retención adicional dentro del acrílico luego se construye el arco labial de alambre comenzando con una asa circular de retención plana que se extiende hasta el paladar. El alambre se adapta a los tejidos palatinos y se lleva a través del nicho entre el canino deciduo y el primer molar deciduo hasta el aspecto labial. Luego comenzar el asa vertical que debe ser de 10 a 12 mm, de longitud. El brazo mesial del asa deberá hacer un dobléz horizontal entre el nicho del canini y lateral y deberá cruzar el segmento inicial en el tercio medio de las coronas de los incisivos en el nicho opuesto entre canino y lateral formandose el asa vertical lingual que el otro y se adaptan entre canino y premolar deciduo llevándolo hasta el aspecto lingual para formar una asa circular de retención plana cerca del paladar. Las asas verticales deberán ser de 5mm. de ancho permitiendo suficiente espacio para hacer los ajustes necesarios.

CONCLUSIONES

-El deber del Odontólogo es procurar tratar siempre bien al niño, alentándolo y ayudándolo todo lo humanamente posible.

-Debe darsele al niño mayor importancia desde el punto de vista integral.

-Conocer los pros y contras de sus antecedentes clínicos para el beneficio del niño y tranquilidad nuestra.

-Tener conocimientos amplios y suficientes sobre el enfoque del desarrollo y crecimiento del niño así como de los factores psicológicos que directa o indirectamente pueden tener repercusión.

-Apoyarnos para todo diagnóstico, con evaluación del enfoque radiológico.

-Es importante que el Cirujano Dentista concientice a los padres y al niño de las medidas de prevención diversas que hay para ayudar al niño en su adecuado desarrollo integral.

-Eliminar las caries, es eliminar futuros problemas y sus casi siempre secuelas.

-La importancia que tiene para el Cirujano Dentista, es renovarse con nuevos conocimientos enfocados a los niños, para así efectuar una rehabilitación más eficiente cada día.

-Debe darsele mayor importancia al niño para ayudarlo a ser un adulto sano.

-Hacer conciencia cada uno de nosotros como Cirujano Dentista de nuestro campo de acción, reconociendo nuestros logros y limitaciones.

BIBLIOGRAFIA

- Finn, Sidney B. Odontología Pediátrica.
Editorial Interamericana
- Kennedy D. P. Operatoria Dental en Pediatría.
Editorial Médico Panamericana
- Morris L. Alvin. Las especialidades Odontológicas en la Practica
General. Editorial Labor. S.A.
- Leyt Samuel. Odontología Pediatrica.
Editorial Mundi S.A.
- Jess Jergensen. Anestesia Odontológica.
Editorial Interamericana
- Law B. David, Thompson M. Lewis, John. M. DAVIS.
Un Atlas de Odontopediatría.
Editorial Mund, S.A.I.C. y F. Buenos Aires,
Argentina
- Angel Kameta.T. Ma. Guadalupe Nieto M., Miguel Angel Fernández V.
Odontopediatría.
Facultad de Odontología, División S.U.A. U.N.A.M.
México
- Katz Simon, Mc. Donald Jr. Stookey K.
Odontología Preventiva en acción.
Editorial Panamericana.