



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PROBLEMAS DENTALES MAS FRECUENTES
EN EL NIÑO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

AMALIA HILDA CANO CORTES

MEXICO, D. F.

1984





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRO D U C C I O N	
I.- DESARROLLO EMBRIONARIO DE LA CAVIDAD	
BUCAL	1
II.- ERUPCION DENTARIA	7
III.- ANOMALIAS DEL DESARROLLO EN LA CAVIDAD	
BUCAL	20
IV.- PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES	
TEMPORALES	68
V.- ENFERMEDADES DE LA PULPA DENTAL	89
VI.- HABITOS ORALES	98
VII.- CONCLUSIONES	111
BIBLIOGRAFIA	113

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

La Odontología Infantil es una de las más importantes ramas de la Odontología, sin embargo hasta la fecha no se le ha dado el valor necesario y su práctica en el consultorio dental se ve muy reducida.

Es muy importante tomar en cuenta que un tratamiento inadecuado e insatisfactorio realizado durante la niñez, va a traer como consecuencias, un daño permanente en el Aparato Masticatorio como son:

- a.- Enfermedades
- b.- Maloclusiones
- c.- Malformaciones.

La finalidad principal de la Odontopediatría es la Prevención y el Cirujano Dentista tiene tres responsabilidades:

- 1.- Para con su paciente.
- 2.- Para con su comunidad.
- 3.- Para consigo mismo.

El Odontólogo al trabajar con niños asume una gran responsabilidad, ya que ello implica, la

adquisición y utilización de amplios conocimientos Odontológicos y Psicológicos.

Conocimientos Odontológicos:

Algunos serán similares o comunes a los que se realizan en los adultos y otros serán únicos para los niños, ya que se encuentran en período de formación y existe un crecimiento y desarrollo rápido.

Conocimientos Psicológicos:

El Odontólogo debe estar enterado de que cada niño requiere de un trato especial. Se debe tomar en cuenta la formación de la personalidad, la naturaleza del miedo y como se desarrollan ansiedades y estar conscientes de que los padres van a influir en el comportamiento y que será necesaria su cooperación, por lo que se debe tener tacto para aconsejarlos y orientarlos para que preparen emocionalmente al niño y este no se presente con la ansiedad y miedo que es muy característica en ellos, por comunicaciones hechas por compañeros, adultos o experiencias negativas anteriores.

Si los padres cooperan obtendremos un paciente confiado, colaborador y pendiente siempre de su salud bucal.

El Cirujano Dentista tiene oportunidad de trabajar para con su comunidad, por medio de las relaciones que pueda establecer con los Directores de Escuelas Públicas y Privadas, ofreciendo sus servi-

cios y conocimientos para obtener en la población infantil una adecuada Higiene Bucal, a base de pláticas, información directa y demostraciones a los padres de familia, profesores y alumnos de los planteles.

Nuestro objetivo será el de convencer a la comunidad de los cuidados dentales adecuados en la niñez, de la Higiene Bucal correcta dentro de la casa, de la importancia de una dieta con pocos carbohidratos y aplicación flúor.

En resumen, se puede decir que el trabajar con niños es una experiencia muy interesante, importante y positiva y el dedicarse a ellos va a implicar gran responsabilidad, dedicación y un estudio continuo.

CAPITULO I

DESARROLLO EMBRIONARIO DE LA CAVIDAD BUCAL

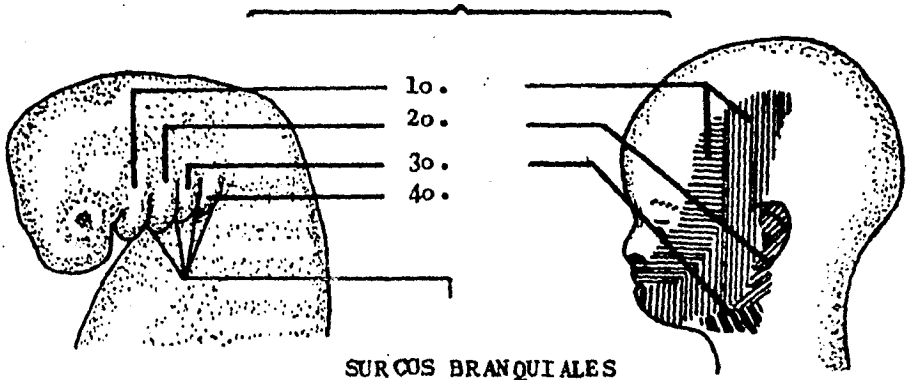
El Desarrollo de la Cavidad Bucal se inicia con el Aparato Branquial, el cual está constituido por:

- 1.- Arcos Faríngeos o Branquiales.
- 2.- Sacos faríngeos.
- 3.- Surcos o Hendiduras Branquiales.
- 4.- Membranas branquiales o de cierre.

1.- ARCOS FARINGEOS O BRANQUIALES:

El Desarrollo de los Arcos Branquiales empieza al principio de la cuarta semana de vida intrauterina y se observan en sentido oblicuo, dando la impresión de bordes redondeados a cada lado de la cabeza y cuello, se encuentran separados entre sí por los Surcos Branquiales prominentes.

ARCOS BRANQUIALES



1er. ARCO BRANQUIAL O CARTILAGO DE MECKEL:

Interviene en el desarrollo de la cara y esta relacionado con la oreja en desarrollo. Se osifica y forma dos huesos del oído medio, martillo y estribo. Interviene también en la formación del ligamento anterior del martillo y el ligamento esfenomandibular. La mandíbula se desarrolla alrededor por osificación intramembranosa.

2o. ARCO BRANQUIAL O CARTILAGO DEL REICHERT:

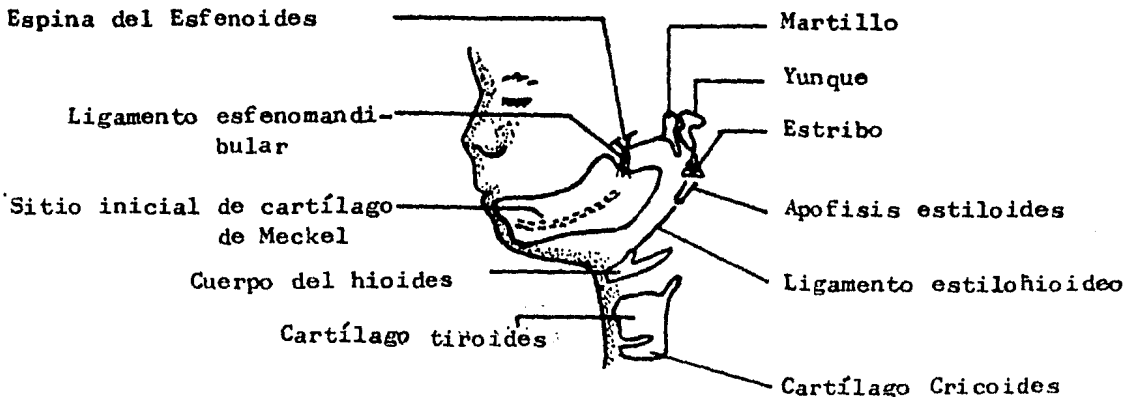
Se encuentra también relacionado con el oído medio. Forma el yunque, apofisis estiloides del hueso temporal, ligamento estilohioideo, cuerno inferior y parte más alta del hueso hioides.

3er. ARCO BRANQUIAL:

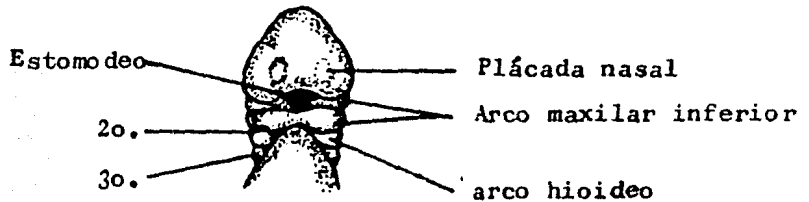
Forma el cuerno mayor y parte inferior del cuerpo del hueso hioides.

4o, 5o y 6o ARCOS BRANQUIALES:

Se fusionan y forman los cartílagos laríngeos.



La Boca es una depresión pequeña de ectodérmo superficial llamada estomodeo o boca primitiva, esta cavidad se encuentra unida al primer arco branquial mediante el proceso frontonasal y los procesos maxilar y mandibular.



FORMACION DE LA LENGUA

Al final de la cuarta semana, aparece una elevación medial de forma triangular en el piso de la faringe, es un tubérculo impar. Poco después aparecen a los lados dos tumefacciones linguales laterales de forma oval, que aumentan rápidamente de tamaño, se fusionan entre sí y sobrepasan al tubérculo impar, formando los dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua.

La línea de fusión de las partes anterior y posterior de la lengua es indicada de manera burda por la hendidura en forma de V, denominada surco terminal.

FORMACION DE LA CARA

Durante la sexta y séptima semana, las elevaciones nasales mediales y los procesos maxilares se unen y conforme -

las elevaciones nasales de enmedio se encuentran, van a formar un segmento intermaxilar del maxilar superior.

Este segmento origina:

- 1.- La porción media del labio superior o filtrum.
- 2.- La porción media del maxilar superior y sus encías.
- 3.- El paladar primario.

Las partes laterales del labio superior del maxilar superior y del paladar secundario se forman a partir de los procesos maxilares.

La elevación frontal origina; frente, dorso y ápice de la nariz.

Los lados de las alas de la nariz, se derivan de las elevaciones nasales laterales.

Los procesos maxilares superiores se fusionan en la cuarta semana.

Los procesos mandibulares originan: maxilar inferior, labio inferior y parte más baja de la cara.

FORMACION DEL PALADAR

El paladar va a desarrollarse a partir del paladar primario y paladar secundario.

Paladar Primario: Se desarrolla al final de la quinta semana. Forma una masa cuneiforme de mesodermo entre los procesos maxilares, del maxilar superior en desarrollo.

Paladar Secundario. Se desarrolla a partir de dos proyecciones mesodérmicas horizontales originadas de los procesos maxilares llamadas procesos palatinos laterales. Estas estructuras se proyectan al inicio, hacia abajo y a cada lado de la lengua, al desarrollarse los maxilares, la lengua se mueve hacia abajo y los procesos palatinos laterales crecen de manera gradual hacia el lado contrario y se fusionan. También se fusionan paladar primario y tabique nasal.

La fusión empieza hacia adelante, en la novena semana y en la decimosegunda es completa en la parte posterior.

Los procesos mandibulares también se encuentran en la línea media antes que se llegue a la unión de los procesos maxilares y nasal.

Cuando no hay la fusión de los procesos palatinos, se produce el paladar hendido. Si los procesos nasal y palatino quedan hendidos, además el-

labio y los alveolos dentarios. Esto se presenta - tanto bilateral como unilateralmente y suele ir - asociado con fisura palatina, también puede presentarse en forma aislada.

La Uvula es la última parte del paladar en formarse.

El Rafé palatino indica el sitio de fusión de los procesos palatinos laterales.

C A P I T U L O I I

ERUPCION DENTARIA

Existe un factor importante que distingue - la Odontología para niños de la de adultos, ya que el Odontólogo al tratar a los pequeños va a encontrarse con dos denticiones, que son los dientes - primarios o dentición decidua y la dentición permanente.

Las funciones de la primera dentición son:

- 1.- Los dientes primarios son utilizados - para la preparación mecánica del alimento del niño, para digerir y asimilar durante uno de los períodos más activos - del crecimiento y desarrollo.
- 2.- Mantienen el espacio en los arcos dentales para los dientes permanentes.
- 3.- Estimulan el crecimiento de las mandíbulas por medio de la masticación, sobre todo en el desarrollo de la altura de los arcos dentales.
- 4.- Desarrollo de la fonación.

Intervienen en la correcta articulación de los fonémas, y así lograr una buena pronunciación de las palabras y - tener una buena emisión de lenguaje.

Los problemas que se presentan - cuando hay pérdida de dientes anteriores, es la dificultad para la correcta articulación de los fonemas /v/s/z/ft/.

5.- Función Estética.

Mejoran el aspecto del niño. Se ha observado que frecuentemente el niño se da cuenta de que sus dientes están desfigurados y prefiere permanecer en una actitud pasiva constante, (no habla no sonríe, no se relaciona con los demás niños y adultos, para no verse obligado a abrir la boca).

Los dientes Primarios y Permanentes al llegar a la madurez morfológica y funcional, evolucionan en un ciclo de vida característico y bien definido, compuesto de varias etapas, que son puntos de observación de un proceso fisiológico en evolución, en donde están ocurriendo progresivamente y simultáneamente cambios histológicos y bioquímicos.

ETAPAS DE DESARROLLO:

1.- CRECIMIENTO:

- a- Iniciación.
- b- Proliferación.
- c- Diferenciación histológica.

d- Diferenciación morfológica.

e- Aposición.

2.- CALCIFICACION

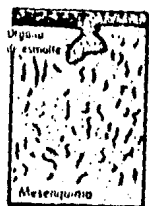
3.- ERUPCION

4.- ATRICION

5.- RESORCION

6.- EXFOLIACION (dientes primarios)

DIAGRAMA DE LAS ETAPAS DE DESARROLLO



A
Primordio
Dental



B
Etapa de
casquete



C
Etapa de campana
calcificación
del hueso



D
Aposición y
calcificación
del esmalte y
dentina



E
(Intradasea)



F
(En la Cavidad
bucal)



G



H

CRECIMIENTO

CALCIFICACION

EROTE

DESGASTE

Los dientes se derivan de células de origen ectodérmico y mesodérmico.

Las células ectodérmicas tienen como función, la formación del esmalte, estimulación odontoblástica y determinación de la forma de la corona, desapareciendo estas células después de realizar su función.

Las células mesodérmicas, forman: dentina, tejido pulpar, cemento, membrana periodontal y hueso alveolar, estas células van a permanecer con el diente.

La Etapa de Crecimiento, se inicia durante la sexta semana de vida embrionaria como un engrosamiento lineal en forma de "U" llamada lámina dental. Hay proliferaciones de células localizadas en las láminas dentales, produciendo tumefacciones redondas u ovales, denominadas yemas dentarias, que crecen hacia el espesor del mesenquima, convirtiéndose en los dientes primarios o deciduos.

Existen diez yemas dentarias en cada maxilar, que será una para cada diente deciduo.

Las yemas dentarias para la dentadura permanente empiezan a aparecer en la décima semana.

La Calcificación, ocurre por coalescencia de glóbulos de material inorgánico creado por la deposición de cristales de apatita en la matriz colágena. La Calcificación de los dientes en desarro

llo, siempre va precedida de una capa de prede-
ntina.

La Erupción de los dientes se realiza estando
sujetos a fuerzas de desgaste.

La primera dentición está constituida por -
veinte dientes, diez en cada maxilar y se clasifi-
can en la siguiente forma.

Cuatro Incisivos

Dos Caninos

Cuatro Molares

La forma en que se diferencia la dentición-
primaria de la permanente en el diagrama dental se
anota con letras mayúsculas y los dientes permanen-
tes con números.

Incisivo Central	A
Incisivo Lateral	B
Canino	C
Primer Molar	D
Segundo Molar	E

CRONOLOGIA DEL DESARROLLO DEL DIENTE

DIENTE	ERUPCION	RAIZ COMPLETA
Dentición Primaria		
Maxilar		
Incisivo central	7 1/2 meses	1 1/2 años
Incisivo lateral	9 meses	2 años
Canino	18 meses	3 1/4 años
Primer molar	14 meses	2 1/2 años
Segundo molar	24 meses	3 años
Mandibular		
Incisivo central	6 meses	1 1/2 años
Incisivo lateral	7 meses	1 1/2 años
Canino	16 meses	3 1/4 años
Primer molar	12 meses	2 1/4 años
Segundo molar	20 meses	3 años
Primer molar superior e inferior permanente	6-7 años	9-10 años

DESARROLLO DE LOS DIENTES:

Una vez formada la corona comienza la parte radicular. En el borde cervical del esmalte, en el cuello de la corona, empieza a formarse cemento - como cubierta radicular de la dentina.

El Cemento es un tejido duro, que cubre la raíz con una capa delgada.

La unión del esmalte con el cemento se llama unión amelocementaria.

La línea Cervical forma una línea de demarcación entre corona y raíz.

Después de que la corona y parte de la raíz se han formado, el diente penetra la mucosa y aparece en la boca. La formación posterior de la raíz se considera como un factor activo que empuja la corona hacia su posición definitiva.

Se dice que el brote está concluido cuando la mayor parte de la corona es visible y cuando - contacta con su antagonista en el maxilar opuesto.

La formación de la dentina y cemento radicular continúa después de entrar en función el diente.

La formación de la raíz está casi terminada cuando aparece el diente, por último se completa - la raíz y el cemento la cubre.

La pulpa dental es un órgano de tejido conectivo, que contiene estructuras como, arterias, venas, sistema linfático y nervios, su principal función es la formación de dentina.

Cuando el diente está recién erupcionado, la pulpa dental es grande, progresivamente se vuelve más chica a medida que se completa el diente. Los dientes de niños y jóvenes por esta razón son más sensibles que los de los mayores frente a cambios térmicos y procedimientos operatorios.

Los contornos de la cavidad pulpar son similares a los de la corona y la raíz y la abertura en el ápice es estrecha, llamándosele Forámen Apical.

El tejido pulpar sigue funcionando con su aporte de sangre y nervios después de haberse formado el diente.

CONTRASTES DE LOS DIENTES DECIDUOS CON LOS DIENTES

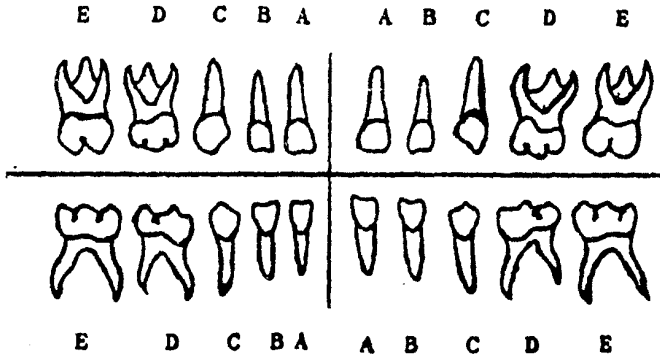
PERMANENTES

- 1.- Las coronas de los dientes primarios anteriores son más anchas en sentido mesiodistal que los dientes permanentes.
- 2.- Las raíces de los dientes anteriores primarios son más largas y más delgadas.

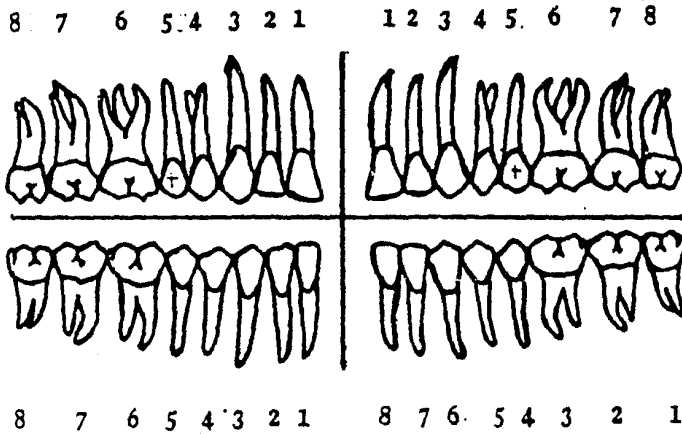
- 3.- Las raíces de los molares primarios son más - largas y delgadas, más divergentes. Se extienden más allá de la proyección de los contornos de la corona.
- 4.- La superficie mesiodistal de los dientes deciduos anteriores, las crestas cervicales del esmalte vistas desde labial y lingual, son prominentes.
- 5.- Por la superficie vestibular, las porciones - cervicales de coronas y raíces de los molares- deciduos son más delgadas en sentido mesiodis- tal.
- 6.- Las crestas cervicales vestibulares de los mo- lares deciduos son más pronunciadas.
- 7.- Las superficies vestibular y lingual de los molares deciduos son más planas sobre la curvatura cervical. Resultan ser más angostas las su- perficies oclusales por el estrechamiento ha- cia oclusal.
- 8.- Los dientes primarios son de color más claro.

DIFERENCIACION MORFOLOGICA DE LA DENTADURA

DENTICION PRIMARIA



DENTICION SECUNDARIA



FORMA Y TAMAÑO DE CAMARAS Y CONDUCTOS DE LA DENTICION PRIMARIA

- 1.- El ancho de las coronas es grande en todas las direcciones, en comparación con la raíz y cuellos.
- 2.- El esmalte es delgado y de espesor parejo.
- 3.- El espesor de la dentina entre las cámaras pulpaes y el esmalte es reducido.
- 4.- Los cuernos pulpaes son altos y las cámaras - pulpaes son grandes.
- 5.- Las raíces deciduas son delgadas y largas en comparación con el ancho y largo de las coronas.
- 6.- Las raíces de los molares divergen marcadamente y se afinan hacia los ápices.

OCLUSION DE LOS DIENTES DECIDUOS

- 1.- Los dientes primarios están ordenados en los maxilares en forma de dos arcos; superior e inferior.
- 2.- La relación entre los dientes deciduos superior e inferior cuando están en oclusión es tal que cada diente con excepción del incisivo central inferior y el segundo molar superior ocluye -

con los dientes antagonistas.

- 3.- Los dientes deciduos deben estar en alineamiento y oclusión normales poco después de los dos años de edad y con las raíces completamente formadas cuando tengan 3 años.

Un año después de que han erupcionado totalmente los dientes y han tomado su lugar correspondiente en los arcos, el rápido desarrollo de los maxilares basta para que se originen pequeños espacios, o diastemas, entre algunos dientes. Esta separación se inicia a los cuatro o cinco años de edad.

- 4.- Los caninos y molares mantienen sus relaciones de contacto positivos durante el crecimiento de los maxilares, en ocasiones se observará migración y separación.
- 5.- Los dientes al no mantener sus posiciones relativas durante largo tiempo, se desgastan rápidamente en sus bordes incisales y superficies oclusales.

C A P I T U L O III

ANOMALIAS DEL DESARROLLO DENTARIO EN LA CAVIDAD

BUCAL

La interferencia durante cualquier período de crecimiento de los dientes, así como durante las fases de calcificación, o paso de una dentición a la otra, producirán desarrollo anormal que afectará a uno o más dientes, pero no necesariamente a la oclusión del niño.

Algunas de las anomalías se establecen durante la vida in utero, otras están presentes en el nacimiento y persisten durante toda la vida. Algunas anomalías son hereditarias, por lo que es necesario distinguir adecuadamente entre estados hereditarios y congénitos.

Una enfermedad congénita está presente en el momento o antes del nacimiento. No es necesariamente heredada. Es transmitida por los genes. Muchos estados hereditarios se manifiestan en el momento del nacimiento, mientras otros pueden no manifestarse por años.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LOS MAXILARES

AGNATIA

Defecto congénito. Es rara y se caracteriza por la ausencia del maxilar superior o inferior. En el maxilar superior puede tratarse de una de las apófisis maxilares o aún del premaxilar.

La ausencia parcial de la mandíbula es aún más común. Puede faltar la mandíbula íntegra de un lado, únicamente el cóndilo o la rama en su totalidad. En ausencia unilateral de la rama mandibular, es posible que esté deformado o ausente el oído.

MICROGNATIA

Significa maxilar pequeño, ya sea superior o inferior y se divide en Micrognatia Aparente y Micrognatia Verdadera.

La Micrognatia Aparente: Es la posición o relación anormal de un maxilar con el otro o con el cráneo.

La Micrognatia Verdadera: Se clasifica en:

- 1.- Congénita: De etiología desconocida. En muchos casos asociada con otra anomalía del esqueleto y a la herencia.

La micrognatia del maxilar superior se debe frecuentemente a una deficiencia en la zona -

premaxilar. Los pacientes tienen el tercio medio de la cara retraído.

- 2.- Adquirida: De origen posnatal, resultado de un trastorno en la zona de la articulación temporomandibular. La anquilosis de la articulación puede ser causada por trauma o infección de la mastoides, oído medio o de la articulación.

El aspecto clínico de la micrognatia mandibular se caracteriza por la marcada retrusión del mentón, ángulo mandibular acentuado y barbilla deficiente.

MACROGNATIA

Es una anomalía en que los maxilares son anormalmente grandes. El aumento de tamaño de ambos maxilares suele estar proporcionado al aumento de todo el esqueleto. Se presenta con más frecuencia en los maxilares y está asociada con otras lesiones como:

- 1.- Enfermedad ósea de Paget: crecimiento excesivo del cráneo y del maxilar superior y en ocasiones del inferior.
- 2.- Acromegalia; Hay agrandamiento de la mandíbula debido al hiperpituitarismo en el adulto.
- 3.- Leontiasis ósea: Agrandamiento del maxilar superior.

La etiología es desconocida. Sigue patrones hereditarios con frecuencia. El paciente prognata tiene ramas ascendentes largas que forman un ángulo menos proporcionado con el cuerpo de la mandíbula.

Los factores que tienden a favorecer el prognatismo mandibular son:

- 1.- Aumento de la altura de la rama.
- 2.- Aumento de la longitud del cuerpo de la mandíbula.
- 3.- Aumento del ángulo gonial.
- 4.- Ubicación anterior de la fosa glenoidea.
- 5.- Localización posterior de la mandíbula con relación al cráneo.
- 6.- Menor longitud del maxilar superior.
- 7.- Barbilla prominente.
- 8.- Variantes de los perfiles blandos.

ANOMALIAS DE LAS RELACIONES DE LOS ARCOS DENTALES

Son las dificultades oclusales y funcionales que de ella resultan. Existen diferentes tipos de maloclusiones y hay diferentes técnicas para su tratamiento.

La Clasificación de Angle es universalmente la más conocida y usada.

CLASE I

Arcos en relación mesiodistal normal. La cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente estará en relación mesiodistal correcta con el surco bucal o mesiobucal del primer molar inferior permanente.

CLASE II

Arco mandibular en relación distal con respecto del maxilar. La cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente estará en relación con el intersticio entre el segundo premolar mandibular y el primer molar mandibular.

División 1: Bilateralmente distal, con protrusión de incisivos superiores.

Subdivisión: Unilateralmente distal. Protrusión de incisivos superiores.

División 2. Bilateralmente distal, con retru-
sión de incisivos superiores.

Subdivisión: Unilateralmente distal, retru-
sión de incisivos superiores.

CLASE III.

Arco mandibular en relación mesial con res-
pecto del maxilar. La cúspide mesiobucal del primer
molar maxilar permanente estará en relación con el
surco distobucal del primer molar mandibular perma-
nente, o con el intersticio bucal entre el primero
y el segundo molares mandibulares o incluso distal.

División. Bilateralmente mesial.

Subdivisión: Unilateralmente mesial. Cuando
los molares en un lado siguen
el patrón de tercera clase, y
los molares del otro lado se -
encuentran normalmente en rela-
ción mesiodistal.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE

LABIOS Y PALADAR

LABIO DOBLE

Anomalia en la que se observa un pliegue de tejido excedente en la zona mucosa interna del labio. Puede ser congénita o adquirida como consecuencia de un traumatismo del labio.

Comunmente aparece en el labio superior y en menor frecuencia en el inferior, raras veces en ambos. Es observable cuando se tensiona el labio superior, semejando un "arco de Cupido".

El Síndrome de Ascher: Dice que el labio doble adquirido junto con la blefarochálisis y el agrandamiento tiroideo atóxico, es cuando las anomalías oculares y labiales se desarrollan bruscamente.

TRATAMIENTO: La cirugía no logra eliminar fácilmente el exceso de tejido y la finalidad de este será por estética o funcional de fonación y masticación.

LABIO FISURADO Y PALADAR HENDIDO

Son resultado de fallas o defectos del desarrollo o la maduración de los procesos embrionarios y las fisuras se producen a lo largo de muchos planos de la cara.

El Labio Fisurado Inferior: Es una anomalía rara que se produce en la línea media del labio inferior. Es consecuencia de una falla en la unión, la cual no da lugar a la formación del arco mandibular. Solo está afectado el labio y ocasionalmente el maxilar inferior.

El Labio Fisurado Superior: Es la más común e importante de las fisuras labiales.

El labio fisurado y el paladar hendido están en relación desde el punto de vista genético, embriológico y funcional, se estudiarán juntos.

La FISURA DEL LABIO SUPERIOR: Se debe a la falta de penetración mesodérmica y a la obliteración de los surcos ectodérmicos que separan estas masas mesodérmicas que constituyen las protuberancias faciales. Tanto la ausencia o deficiencia de estas masas como su falta de penetración en los surcos ectodérmicos lleva a la destrucción del ectodermo y se produce la hendidura. La penetración se produce entre cada uno de los pares de masas mesodérmicas laterales y la masa mesodérmica central única, es natural que la hendidura superior es unilateral o bilateral, pero no de línea media.

El PALADAR HENDIDO: Es un trastorno de la fusión normal de las protuberancias palatinas:

- Falta de unión debido a la ausencia de fuerza.

- Interferencia de la lengua.
- Disparidad de tamaño de las partes afecta
das.

El paladar blando y la úvula se forman no - como resultado de la fusión de las partes, sino - como la extensión posterior de las protuberancias-palatinas.

ETIOLOGIA: Hay dos entidades diferentes y - separadas:

- 1.- Labio fisurado asociado con paladar hen
dido, o sin el.
- 2.- Paladar hendido aislado.

La herencia es uno de los factores más impor-
tantes por ser considerado en la etiología de estas
malformaciones.

- Otro factor es el ambiental.
- El stress fisiológico emocional o traumá-
tico.
- Aporte vascular deficiente en la zona afec
tada.
- Una perturbación mecánica en la cual el ta
maño de la lengua impedirá la unión de las
partes.

- Substancias como alcohol y ciertas drogas y toxinas.
- Infecciones y falta de fuerza de desarrollo intrínseco.

FRECUENCIA

Estas deformaciones se presentan con mayor frecuencia en niños nacidos de mujeres entre los 21 y 25 años de edad y que va aumentando con la edad de la madre (Mac. Mahon y Mc. Keown).

CARACTERISTICAS CLINICAS: El labio fisurado superior presenta un cuadro clínico variado según la magnitud de la malformación.

- 1.- Labio Fisurado Unilateral, afecta un solo lado del labio.
- 2.- Labio Fisurado Bilateral, afecta ambos lados del labio.
- 3.- La Hendidura Incompleta se extiende a una distancia variable hacia la nariz y frecuentemente afecta también el paladar.
- 4.- La Fisura Completa se extiende hacia la nariz y abarca el paladar con mayor frecuencia.

El Labio Fisurado y el Paladar Hendido son más comunes en varones y el labio fisurado se produce con frecuencia tres veces más en el lado izquierdo que en el derecho. El Paladar Hendido aislado es más común en las mujeres.

El PALADAR HENDIDO presenta variedad en el grado de gravedad y lesión de los tejidos. Puede presentar una hendidura de los paladares blando y duro, en algunos casos solamente una del paladar blando. Frecuentemente la fisura del paladar duro se extiende hacia adelante a través del reborde alveolar y del labio, produciendo una completa en el labio, reborde y paladar.

Existe también una continuidad en la bóveda palatina con una abertura directa hacia la cavidad nasal, este problema de la línea media se continúa hacia adelante, hacia el premaxilar donde se desvía a la derecha o izquierda. En ocasiones falta toda la porción premaxilar del hueso y, en estos casos la hendidura aparece como defecto de la línea media. Sin embargo, el reborde fisurado habitualmente está en la zona entre el incisivo lateral y el canino, o entre el central y el lateral superiores. Frecuentemente se presentan alteraciones de las estructuras dentales de esta región, provocando la ausencia, deformación o desplazamiento de los dientes o que se encuentren divididos, y con formación de dientes supernumerarios.

FISURA ALVEOLAR MEDIA ANTEROPOSTERIOR: Es un defecto común y que no guarda relación con el labio fisurado o el paladar hendido.

Según Gier y Fast puede deberse a la limitación precoz del crecimiento de los centros primarios de osificación a cada lado de la línea media, en el paladar primario, o a su ulterior falta de unión.

La mayor parte de los casos de labio fisurado pueden ser reparados quirúrgicamente con excelentes resultados estéticos y funcionales. Se operan antes que el paciente alcance el mes de edad o en el momento que ha recuperado su peso natal y sigue aumentándolo.

Los problemas que afectan al paciente serán, los efectos físicos y psicológicos, la dificultad para comer y beber, debido a la regurgitación de los alimentos y líquidos hacia la nariz, el problema fonético es grave.

En la mayor parte de los casos, la cirugía corrige el paladar hendido. La operación destinada a cerrar la hendidura no se suele realizar hasta que el paciente haya alcanzado los 18 meses de edad. En esta edad aún los hábitos fonéticos definitivos, no se han establecido, pero ya hay la maduración suficiente para que al menos los peligros de la interferencia grave sobre los centros de crecimiento sean mínimos.

QUEILITIS GRANULOMATOSA

Afección de etiología desconocida, es similar a la queilitis glandular apostematosa, conocida también como (síndrome de Miescher).

Existe hinchazón difusa de los labios, especialmente el inferior, suele ser blanda y no produce depresiones al apretarla. La piel y mucosas adyacentes pueden tener color normal o eritematoso.

En algunos casos se han registrado escamas, fisuras y vesículas o pústulas en el límite berme llón. Comunmente no se presenta con dolor. Es observada en niños y adultos y es una enfermedad crónica ya que persiste por algunos años.

Los diferentes tratamientos que se han realizado no han dado resultado satisfactorios para curar esta enfermedad.

SINDROME DE POLIPOSIS INTESTINAL HEREDITARIA

Enfermedad poco común, que consiste en la poliposis intestinal generalizada, manchas pigmentadas en cara, cavidad bucal y ocasionalmente en manos y pies.

La pigmentación melánica de labios y mucosa bucal suele aparecer en el nacimiento, como pequeñas motas pardas que miden entre 1 y 5 mm. de diámetro, la mucosa es la zona con mayor frecuencia -

afectada, siguiéndole la encía y el paladar duro, - es raro que la lengua presente esta pigmentación.

Cuando se presenta en la cara, las manchas se agrupan alrededor de los ojos, narinas y labios.

La pigmentación de la mucosa bucal aparece con considerable frecuencia en una serie de situaciones como las siguientes:

- 1.- Pigmentación local y étnica.
- 2.- Manifestaciones pigmentarias bucales de enfermedades sistémicas.
- 3.- Trastornos pigmentarios asociados con - productos químicos farmacéuticos y otros.
- 4.- Neoplasias pigmentadas benignas y malignas.

Los polipos intestinales están, por lo general, distribuidos en todo el intestino, manifestándose clínicamente en el intestino delgado por lo que frecuentemente hay ataques de dolor abdominal y signos de una obstrucción menor que suele terminar en la invaginación, existe tendencia a lesión maligna.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO
DE LA MUCOSA BUCAL

PUNTOS DE FORDYCE

Es una anomalía del desarrollo, caracterizada por la acumulación heterotópica de glándulas sebáceas en diversos sitios de la cavidad bucal.

Se presentan como pequeños puntos amarillos circunscritos y separados o formando placas relativamente grandes. Es frecuente que se proyecten ligeramente sobre la superficie del tejido, y se disponen en forma simétrica bilateral en la mucosa de los carrillos opuesta a los terceros molares. Puede encontrarse también en las superficies internas de los labios en la región retromolar a los lados del pilar anterior de las fauces y ocasionalmente en la lengua, encía y paladar. Llegan a presentarse en esófago, órganos genitales masculinos, pezones, palma de las manos y planta de los pies, glándula parótida, laringe y la órbita.

Los niños presentan menos puntos de Fordyce que los adultos posiblemente porque las glándulas sebáceas y el sistema piloso no llegan a su desarrollo máximo hasta la pubertad. Según Miles encontró en los niños una gran cantidad de glándulas sebáceas en carrillos y labios antes de la pubertad.

Generalmente las glándulas son superficiales y se componen de pocos o muchos lóbulos, agru-

pados alrededor de uno o más conductos que se abren en la superficie de la mucosa, estos conductos pueden presentar tapones de queratina.

Estas glándulas son inocuas, no tienen importancia clínica, o funcional y no requieren tratamiento.

HIPERPLASIA EPITELIAL

Se presenta más frecuentemente en niños de centro y Sud América, en los de Egipto y Esquimales de Groenlandia y Alaska.

La Hiperplasia Epitelial focal se presenta como lesiones nodulares múltiples, por lo general con base sesil. Más común en el labio inferior, también en la mucosa bucal, comisura, labio superior y lengua, encía y los pilares de las fauces, No aparece en el piso de la boca ni en el paladar.

Estas lesiones son nodulares, de 1 a 5 mm. de diámetro, son blandas y del mismo color que la mucosa adyacente. Afecta principalmente a niños de 3 a 18 años de edad.

Suele remitir espontáneamente entre los 4 y 6 meses o persiste durante un año o más, en ocasiones las lesiones recidivan.

TRATAMIENTO: No se necesita ya que las lesiones son inocuas muchas de las cuales remiten espontáneamente.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO
DE LA ENCIA

FIBROMATOSIS GINGIVAL

Es una proliferación fibrosa difusa de los tejidos gingivales, descrita durante muchos años - bajo diversos nombres. La lesión es principalmente hereditaria, transmitida por un gen autosómico dominante. También hay casos esporádicos, sin antecedentes familiares. Se observan otras anomalías coincidentes con la fibromatosis gingival, siendo la más frecuente la Hipertricosis.

Esta afección se manifiesta como una densa proliferación difusa, lisa o nodular de los tejidos gingivales de uno o ambos arcos. Aparecen por lo general en la época de la erupción de los incisivos permanentes. Se ha presentado en niños de corta edad y en algunos casos al nacer.

No se observa el tejido inflamado, su color es normal o pálido y llega a ser tan firme y denso que impide la erupción normal de los dientes. No es dolorosa. No hay tendencia hemorrágica.

La extensión de la proliferación puede ser de tal magnitud que las coronas dentales queden casi ocultas aunque estén totalmente erupcionadas con respecto al hueso alveolar.

TRATAMIENTO: Cuando la erupción dental está impedida se realiza la eliminación quirúrgica del

exceso de tejido, para exponer los dientes. Otro aspecto será el estético. Se ha observado que hay recidiva. Se comenta que la extracción dental por sí sola hace que los tejidos se contraigan hasta adquirir el tamaño casi normal y que así se previene la recidiva.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO

DE LA LENGUA

MICROGLOSIA

Es una anomalía congénita rara, que se manifiesta por la presencia de una lengua pequeña o rudimentaria, presentando grandes dificultades el paciente para comer y hablar.

MACROGLOSIA

Anomalía un poco común, de tipo congénito o secundario que se manifiesta por una lengua agrandada.

La Macroglosia Congénita: Se debe al desa--

rrollo exagerado de la musculatura, que puede estar asociado con una hipertrofia o hemihipertrofia muscular generalizada o no.

La Macrogllosia Secundaria: Puede ser el resultado de un tumor de la lengua, como el linfangioma o el hemangioma difuso. La neurofibromatosis o a veces, por bloqueo de los vasos linfáticos efefentes en casos de neoplasias malignas de la lengua.

La Macrogllosia de cualquier tipo puede producir el desplazamiento de los dientes y maloclusión debido a la fuerza de los musculos que intervienen y a la presión ejercida por la lengua sobre los dientes.

La macrogllosia también es una característica saliente del síndrome hipoglucémico de Backwith, que además incluye hipoglucemia neonatal, microcefalia leve, hernia umbilical, visceromegalia fetal y gigantismo somático posnatal.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento particular, excepto la eliminación de la causa primaria. En algunos casos se ha realizado el recorte quirúrgico para reducir el volumen del tejido presente.

ANQUILOGLOSIA

La ANQUILOGLOSIA COMPLETA, se produce como resultado de la fusión entre la lengua y el piso de la boca.

La ANQUILOGLOSIA PARCIAL, o la común "Lengua Atada", es una anomalía común y suele ser el resultado de un frenillo lingual corto o insertado demasiado cerca de la punta de la lengua.

Los pacientes se van a ver afectados en la fonación, ya que habrá dificultad para articular fonemas como /r/ř/l/tr/br/cr/dr/pr/gl/pl/cl/bl/, debido a la restricción de los movimientos de la lengua.

TRATAMIENTO: La mayoría de los casos son tratados quirúrgicamente mediante el seccionamiento del frenillo.

LENGUA HENDIDA

Lengua hendida o bífida es una anomalía rara que aparentemente se debe a la falta de fusión de las mitades de este órgano comunmente se manifiesta como un surco profundo en la línea media de la cara dorsal. Tiene poca importancia clínica, excepto que los residuos y microorganismos se acumulan en la base del surco y producen irritación.

LENGUA FISURADA

Es una malformación, que clínicamente se manifiesta por múltiples pliegues o surcos pequeños en su cara dorsal, que suelen irradiar de un surco central a lo largo de la línea media de la lengua.

La incidencia de esta afección aumenta con la edad, por lo que se piensa que no es una malformación del desarrollo, y es posible que esté asociada con algún factor extrínseco como el trauma crónico o deficiencias vitamínicas.

La lengua fisurada suele ser indolora, excepto en los casos raros en los cuales los residuos de los alimentos tienden a acumularse en los surcos y a producir irritación. Este material se quita mediante el estiramiento y aplanamiento de las fisuras y la limpieza de la superficie con un cepillo dental o gasa.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS GLANDULAS SALIVALES

APLASIA

Es la ausencia congénita de las glándulas salivales. Fenómeno poco común. Puede ser unilateral o bilateral. Es de etiología desconocida. También se le llama "Agenesia".

Características Clínicas: El paciente presenta xerostomía o boca seca, que llega a ser tan intensa que requiere la constante ingestión de agua durante el día y en particular en las comidas. Clínicamente, la mucosa se presenta lisa, seca o a veces guijarrosa, con tendencia a acumular residuos. Existe también resquebrajamiento de los labios y el fisuramiento de las comisuras.

La ausencia de saliva y la falta de acción de lavado concomitante, permite la acumulación y el estancamiento de residuos de alimentos alrededor de los dientes, lo que acarrea caries y la pérdida temprana de la dentadura primaria y la permanente.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento particular, excepto la higiene bucal para tratar de reducir la caries y conservar los dientes el mayor tiempo posible.

XEROSTOMIA

O sequedad de la boca. Es una manifestación clínica de la disfunción de las glándulas salivales.

Características Clínicas: Existen todos los grados de xerostomía. En algunos casos hay sensación de sequedad o ardor, pero la mucosa se presenta normal, otras veces hay una completa falta de saliva.

Cuando la deficiencia de saliva es pronunciada, puede haber grandes alteraciones de la mucosa y el paciente presenta molestias extremas.

La mucosa aparece seca y atrófica, a veces inflamada, o con mayor frecuencia, pálida y translúcida.

La lengua manifiesta la deficiencia por la

atrofia de las papilas, inflamación, fisuramiento, resquebrajamiento y en casos graves por zonas de denudación. Hay sensibilidad, ardor y dolor de la membrana mucosa y la lengua.

Etiología: No se considerará la xerostomía vinculada con una reacción emocional, con una obstrucción del conducto por un cálculo, con la infección aguda o crónica de las glándulas salivales o con la administración de diversas drogas, como atropina o antihistamínicos.

Los factores que influyen son:

- 1.- Aplasia de Glándulas salivales.
- 2.- Irradiación con Rayos X
- 3.- Deficiencia Vitamínica
- 4.- Síndrome de Sjörgren
- 5.- Factores diversos (anemia perniciosa, pérdida de líquido del cuerpo por hemorragia, sudoración excesiva, diarrea o vómitos, poliuria en los diabéticos, lesiones orgánicas del sistema nervioso).

Importancia Clínica: La xerostomía crónica predispone a la caries dental y pérdida de los dientes y hay dificultad con el uso de las prótesis dentales. Las placas dentales son en extremo desagradables contra la mucosa seca y muchas veces los pacientes no las toleran.

TRATAMIENTO: Dependerá de la naturaleza de la enfermedad. Cuando sea factible descubrir la causa, obviamente se le corregirá. Sin embargo a la mayoría de los pacientes solo se les proporciona alivio sintomático.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE

LOS DIENTES

Dentro del desarrollo dentario encontramos anomalías que pueden ser de tipo hereditario, congénito o adquirido. Tanto las características como su forma se heredan, pero ambas han sufrido modificaciones a causa de mutaciones que ocurren a través del tiempo y que ahora existen variaciones en color, forma, estructura y crecimiento.

MICRO DONCIA

Son dientes menores a los normales y existen tres tipos:

- a.- Microdoncia Generalizada Verdadera.
- b.- Microdoncia Generalizada Relativa.
- c.- Microdoncia Unidental.

Microdoncia Generalizada Verdadera: Todos los dientes son menores que lo normal, están bien-

formados y únicamente se observan más pequeños.

Microdoncia Generalizada Relativa: Existen-
dientes normales o levemente menores que lo normal.

Microdoncia Unidental: Afecta principalmen-
te a los incisivos laterales superiores y terceros
molares superiores.

MACRODONCIA

Son dientes mayores a los normales y exis -
ten tres tipos:

- a.- Macrodoncia Generalizada Verdadera.
- b.- Macrodoncia Generalizada Relativa.
- c.- Macrodoncia Unidental.

Macrodoncia Generalizada Verdadera: Todos -
los dientes son mayores que lo normal, está asociaa
da con el gigantismo hipofisario.

Macrodoncia Generalizada Relativa: La presencia de dientes normales o ligeramente grandes en maxilares pequeños.

Macrodoncia Unidental: Es rara, de etiología desconocida, el diente es normal en todo sentido, excepto en su tamaño.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE

LA FORMA DE LOS DIENTES

GEMINACION

Es la formación incompleta de dos dientes - que se genera en un intento de división de un germen único por invaginación. La estructura es única, con dos coronas separadas completa o incompleta, - una sola raíz y un conducto radicular.

Se observa en dientes primarios y permanentes, con tendencia hereditaria.

FUSION

Su origen es por la unión de dos gérmenes dentales normalmente separados, puede ser completa o incompleta la fusión, según sea la fase del desarrollo de los dientes en el momento de la unión.

La causa aparente es que alguna fuerza o presión física produce un contacto entre los dientes en desarrollo y su fusión posterior.

Si el contacto es antes que comience la calcificación, los dientes formarán un diente único y grande. Si el contacto se produce más tarde, cuando la corona dental ha completado su formación, puede haber únicamente unión de las raíces.

El diente puede tener conductos radiculares separados o fusionados. Se presenta en dientes temporales y permanentes, siendo más común en los temporales. Existe tendencia hereditaria.

CONCRESCENCIA

En esta anomalía, los dientes están unidos solamente por cemento, es una forma de fusión que se produce después que ha terminado la formación de la raíz y se origina como consecuencia de la le

sión traumática de los dientes o su apiñamiento con resorción del hueso interdentario, porque las dos raíces quedan en contacto próximo y se fusionan por depósito de cemento entre ellas.

DILACERACION

La corona o raíz de un diente formado presenta una angulación o curvatura pronunciada, puede producirse en cualquier parte del diente.

Se presenta por el trauma que recibe durante el período de formación del diente. Existe dificultad para su extracción y como requisito indispensable será siempre la radiografía.

DENS IN DENTE

Es la invaginación de la superficie de la corona de un diente antes de que se lleve a cabo la clasificación que pudo ser producida por una mayor presión externa localizada, retardo del crecimiento focal y estimulación del crecimiento focal en ciertas zonas del germen dental.

Esta anomalía es común. Se ven afectados primero los dientes incisivos laterales superiores, continuando los centrales en forma bilateral. Para impedir la caries, infección pulpar y pérdida prematura de los dientes es necesaria la atención temprana. Realizar una restauración profiláctica. Con el estudio de Rx se puede detectar antes de erupcionar

los dientes.

RAICES SUPERNUMERARIAS

Anomalia poco común. Aparece en cualquier diente, como premolares, caninos inferiores, molares superiores e inferiores en especial en terceros molares. Este fenómeno es importante conocerlo para cuando se realiza una extracción.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN EL NUMERO DE LOS DIENTES

ANODONCIA

La Anodoncia verdadera o ausencia congénita de dientes, es total o parcialmente.

Anodoncia Total: Faltan todos los dientes, tanto en dentición primaria, como permanente, es una anomalia rara.

ANODONCIA INDUCIDA O FALSA: Se produce como consecuencia de la extracción de todos los dientes. La Seudoanodoncia es cuando hay muchos dientes no brotados.

ANODONCIA PARCIAL VERDADERA: Afecta uno o más dientes es una anomalia común.

La ausencia congénita de dientes primarios no es común y suele afectar los incisivos laterales

superiores e inferiores, y caninos inferiores.

Se han observado niños con ausencia de dientes en uno o ambos cuadrantes del mismo lado, causa do por la irradiación de la cara con rayos X a edad temprana. Los gérmenes dentales son extremadamente sensibles a los rayos X y pueden quedar totalmente destruidos por dosis relativamente bajas. Los dientes en formación y parcialmente calcificados pueden quedar atrofiados por la irradiación.

DIENTES SUPERNUMERARIOS

Estos dientes forman un tercer gérmen dental que se genera en la lámina dental cerca del gérmen dental permanente, o posiblemente por la división del gérmen permanente. Se encuentran más frecuentemente entre los incisivos centrales superiores. Único o doble, brotado o retenido a veces invertido, también se le conoce con el nombre de "mesiodens".

Este diente es pequeño de corona conoides y raíz corta, es menos común en la dentición primaria que en la permanente. Cuando se presenta en la dentición primaria suele ser un incisivo lateral superior o caninos superiores o inferiores. A causa del volumen adicional, los dientes supernumerarios favorecen la malposición de los dientes adyacentes o impiden su erupción.

DENTICION PREPRIMARIA

Se ha observado que con poca frecuencia nacen niños con estructuras que parecen dientes brotados en la zona de los incisivos inferiores. Sin embargo hay que distinguir estas estructuras, de los dientes primarios verdaderos o los denominados dientes natales, según Massler.

Los dientes preprimarios son descritos como estructuras epiteliales cornificadas, sin raíces en la encía de la cresta del reborde fácilmente eliminables.

Los dientes primarios verdaderos brotados prematuramente no deben de ser extraídos, estos nacen de un gérmen dental accesorio de la lámina dental accesoría.

Spouge y Feasby, dicen que estas estructuras presentes al nacer, son indudablemente nada más que el quiste de la lámina dental del recién nacido, el cual se proyecta sobre la cresta del reborde, es de color blanco y está envuelto en queratina, por lo que lo vemos cornificado y se puede eliminar fácilmente.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN LA
ESTRUCTURA DE LOS DIENTES

AMELOGENESIS IMPERFECTA

También conocida como Displasia Adamantina Hereditaria - Esmalte Pardo Hereditario - Dientes Opalescentes Hereditarios Pardos. Abarca un grupo de anomalías estructurales del esmalte que se originan en alguna disfunción del órgano del esmalte, es un trastorno Ectodérmico.

Existen dos tipos de Amelogénesis Imperfecta:

- 1.- Hipoplasia Adamantina: Se forma una matriz defectuosa.
- 2.- Hipocalcificación Adamantina: Se produce la mineralización defectuosa de la matriz formada.

HIPOCALCIFICACION ADAMANTINA

Se transmite como:

- 1.- Rasgo dominante autosómico.
- 2.- Rasgo recesivo autosómico.

Las manifestaciones clínicas según Darling son:

- 1.- Dientes que van del color amarillo al par

do claro. Esmalte de textura cretácea. Poco astillamiento de esmalte. Zonas bien calcificadas en la superficie adamantina y en unión amelocementaria.

- 2.- Dientes de color pardo oscuro. Esmalte de consistencia caseosa, se quiebra fácilmente. Hay una delgada capa de esmalte duro sobre la dentina de dientes brotados recientemente.
- 3.- Esmalte hipocalcificado en zonas específicas de los dientes y tiende a astillarse y pigmentarse en esos sitios.

Los dientes tienen forma normal y aspecto opaco. La pigmentación tiende a acentuarse con la edad y varía en los diferentes dientes de un solo paciente. El esmalte es blando y se desgasta con facilidad, por lo que la dentina expuesta se gasta con rapidez y queda a nivel de la línea gingival.

TRATAMIENTO: Limitado al mejoramiento del aspecto estético.

HIPOPLASIA ADAMANTINA

Es la formación incompleta o defectuosa de la matriz orgánica del esmalte. Existen dos tipos que son:

- 1.- La **HEREDITARIA:** En la que están afectadas las denticiones primaria y perma--

nente. Se encuentra afectado el esmalte.

2. FACTORES AMBIENTALES: Está afectada una de las dos denticiones, en ocasiones un solo diente. Suelen estar afectados el esmalte y dentina.

Subclasificación según Darling del aspecto clínico:

- 1.- Esmalte con fosillas múltiples generalizadas.
- 2.- Esmalte con surcos verticales combinados a veces con arrugas de la superficie adamantina.
- 3.- Esmalte con marcada deficiencia del espesor.

Los grupos 2 y 3 pueden presentar hipocalcificación o Hipoplasia. Por lo general las coronas dentales pueden presentar cambios de coloración o no, que va del amarillo al pardo obscuro. La superficie de la corona es lisa y dura.

En los tipos aplásicos el esmalte está ausente o casi ausente, el color de los dientes es el amarillo normal de la dentina y la forma se encuentra alterada por la falta de esmalte. Los puntos de contacto están abiertos. Estos dientes presentan un desgaste oclusal extremo a causa de la ausencia de esmalte, o a su pérdida prematura.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento, únicamente se realizará el del mejoramiento estético.

HIPOPLASIA ADAMANTINA POR FACTORES AMBIENTALES

Causada por factores ambientales, que son ca paces de lesionar los ameloblastos y estos son:

- 1.- Deficiencias nutricionales, (vitamina A, C, D.)
- 2.- Enfermedades Exantemáticas, (sarampión, varicela, escarlatina).
- 3.- Sífilis congénita.
- 4.- Hipocalcemia.
- 5.- Trauma natal, nacimientos prematuros, en fermedad hemolítica por Rh.
- 6.- Infección o trauma local.
- 7.- Ingestión de sustancias químicas (fluo ruros).
- 8.- Causas Idiopáticas.
- 9.- Desmineralización por Tetraciclinas.

Cuando la anomalía es marcada, el esmalte presenta hileras de fosas profundas dispuestas horiu

zontalmente a través de la superficie de los dientes, en casos graves falta una parte de esmalte.

La Hipoplasia se presenta únicamente cuando la agresión ocurre en la formación de los dientes, o sea en el período formativo del desarrollo del esmalte.

-- Hipoplasia por Deficiencia Nutricional y Fiebres Exantemáticas:

Una causa conocida es el raquitismo padecido durante la formación dental. Las deficiencias de vitamina A y C también influyen, ya que los ameloblastos son uno de los grupos más sensibles de células del organismo en cuanto a función metabólica.

Los dientes más afectados son los incisivos centrales, laterales, caninos y primeros molares primarios, destruyéndose con mayor facilidad una vez que la caries los ataca. Se caracteriza por fosis y tienden a pigmentarse.

Hipoplasia Adamantina por Sífilis Congénita:

En el incisivo central, el borde incisivo presenta una muesca. Tiene una forma de "Destornillador". Las coronas de los primeros molares son irregulares, el esmalte de la superficie oclusal y el tercio oclusal del diente se encuentra en masas aglomeradas de glóbulos y no en cúspides bien formadas. La corona es más estrecha en la superficie oclusal que en el margen cervical.

Se presenta en los incisivos y primeros molares permanentes superiores e inferiores. A los incisivos se les llama "dientes de Hutchinson", a los molares "molares Aframbuesados".

No todos los pacientes con sífilis congénita tienen las mismas características dentales.

-- Hipoplasia Adamantina por Hipocalcemia:

Es un descenso del nivel del calcio en la sangre. Se presenta por deficiencias de vitamina D, y deficiencia paratiroidea.

-- Hipoplasia por Traumatismo Natal:

En los nacimientos traumáticos la formación de esmalte puede incluso cesar en ese momento. Según Miller y Forrester, la hipoplasia adamantina es más común en niños de nacimiento prematuro que en los nacidos a término.

La mayoría de los casos de hipoplasia adamantina de dientes primarios afecta el esmalte formado después del nacimiento y se observará en el esmalte prenatal, siendo la causa un trastorno gastrointestinal u otra enfermedad de la madre.

-- Hipoplasia Adamantina por infección o Trauma Local:

Se le conoce también como "Hipoplasia de Turner" y a los dientes afectados se les denomina "Dienter".

tes de Turner".

Se observa con mayor frecuencia en uno de los incisivos superiores permanentes o en un premolar superior o inferior.

Cuando un diente temporal tiene caries durante la formación de la corona del diente permanente sucesor, la infección bacteriana del tejido periapical podrá alterar la capa ameloblástica del diente permanente y puede producir una corona hipoplásica y el grado de este dependerá del grado de afección del tejido y la fase de formación de la pieza permanente en el momento en que se produce la infección.

Se puede presentar después de un traumatismo en un diente primario un tipo similar de hipoplasia, sobre todo si este ha sido intruido en su alveolo y ha lesionado el germen permanente. Si se encuentra en formación, la lesión se manifiesta por una pigmentación amarillenta o pardusca del esmalte comúnmente en la superficie vestibular, o como verdaderas fosillas hipoplásicas.

-- Hipoplasia Adamantina por Fluoruro - Esmalte Veteado:

Es causada por la ingestión de agua potable fluorada durante la formación de los dientes. La intensidad del veteado aumenta con el incremento de la cantidad de fluoruros en el agua.

Se presenta por un trastorno de los ameloblas

tos durante el período formativo del desarrollo dental.

Características Clínicas: Según la intensidad del aspecto de los dientes veteados:

- 1.- Veteado o punteado blanco del esmalte.
- 2.- Zonas opacas blancas que abarcan más de una superficie dental.
- 3.- Formación de fosas y pigmentación par--
dusca de la superficie.
- 4.- Aspecto corroído de los dientes.

TRATAMIENTO: Blanquear los dientes afectados con alguna substancia como el peróxido de hidrógeno en forma periódica ya que los dientes continúan pigmentándose.

TRAUMATISMOS QUIMICOS:

DILANTINA:

Afecta a los tejidos gingivales que rodean al diente.

Es un medicamento anticonvulsivo (Difenilhidantoína sódica), usado para el control de ataques epilépticos. Produce la Hiperplasia fibrosa de la encía, como efecto colateral de su uso continuo. Puede aparecer a las dos semanas de iniciado el tratamiento e ir aumentando con el tiempo.

La primera manifestación es el aumento de tamaño indoloro de la encía, continúa con agrandamiento de una o dos papilas interdetales, existe mayor punteado y finalmente se observa una superficie verrucosa, guijarrosa o con aspecto de coliflor.

A la palpación el tejido es denso, elástico e insensible.

TRATAMIENTO: No se necesita tratamiento, a menos que el agrandamiento entorpesca la función o por estética, en este caso se aconseja su eliminación quirúrgica, que posiblemente recidivará.

TETRACICLINA:

Cuando se ingiere durante el embarazo o el lactante va a producir cambio de color en los dientes primarios o permanentes.

Las tetraciclinas y sus homólogos presentan una afinidad selectiva para depositarse en hueso y substancia dental.

La parte pigmentada del diente está determinada por la fase del desarrollo dental en el momento de la administración del medicamento.

La tetraciclina cruza la barrera placenta - ria, afectando la dentición primaria en desarrollo - antes del parto.

La pigmentación dependerá de la dosis y tiempo en que se administró y la variedad de tetraciclina. Cuando es necesario aplicarla a una mujer embarazada o durante los primeros seis meses a siete años de vida, se recomienda usar la cloxiciclina y la oxitetraciclina, ya que la pigmentación será menor. Después de los siete años ya no existe problema pues los dientes han completado su formación.

Características Clínicas: Los dientes presentan una coloración amarillenta o gris pardusca, se acentúa más al momento del brote del diente. Son fluorescentes a la luz ultravioleta.

DENTINOGENESIS IMPERFECTA

Conocida también como "Dentina Opalescente Hereditaria", "Odontogénesis Imperfecta", siendo este último término incorrecto, ya que la alteración es mesodérmica del aparato odontógeno. Es una característica hereditaria dominante.

Aspecto Clínico; Su color va del gris al violeta pardusco o pardo amarillento, con una tonalidad opalescente o translúcida poco común.

El esmalte desaparece en forma temprana por fracturarse en las superficies incisales y oclusales, posiblemente por una anomalía en la unión amelocementaria. No existe el festoneado que traba el esmalte y la dentina, produciéndose el desgaste rápido de la dentina y las superficies oclusales de los molares primarios y permanentes.

Son afectados los dientes primarios y permanentes. Las raíces pueden ser cortas y romas, el cemento, ligamento periodontal y hueso de soporte tienen aspecto normal, es frecuente encontrar en el mismo paciente la fractura de raíces de varios dientes.

Características Químicas y Físicas: El contenido de agua aumenta en un 60 por 100 sobre lo normal, el contenido inorgánico es inferior al de la dentina normal. La dureza de la dentina es baja y se acerca mucho a la del cemento, por lo que hay una rápida atrición de los dientes afectados.

TRATAMIENTO: Es de prevención de la pérdida del esmalte y dentina por la atrición. Se colocan coronas metálicas coladas en dientes posteriores y coronas fundas en dientes anteriores. Tener cuidado con los aparatos parciales que ejercen cargas sobre los dientes, ya que las raíces se fracturan con facilidad debido a la blandura de la dentina.

DISPLASIA DENTINAL

Trastorno raro de la formación dentinal. El esmalte es normal, la dentina atípica con obliteración pulpar. Formación defectuosa de la raíz y tendencia a la patología periapical sin causa obvia. Se le conoce también como "Dientes Arradiculares".

Es una enfermedad hereditaria, transmitida como característica dominante autosómica. Se relaciona con focos múltiples de degeneración en la papila dental que llevan a la reducción del crecimiento

to y obliteración de las papilas con formación esporádica de dentina verdadera alrededor de los focos calcificados.

Características Clínicas: Los dientes son de morfología y color normales. No presentan translucidez u opalescencia. Suelen tener patrones de erupción normales, en algunos casos esta retardada. Se encuentran afectadas las denticiones primaria y permanente. Los dientes se aflojan y exfolian prematuramente en forma característica, como resultado de la conicidad de las raíces, granulomas y quistes que con frecuencia se forman. Las raíces son cortas, las cámaras pulpares y conductos radiculares están obliterados aún antes de la erupción dental.

TRATAMIENTO: No hay y el pronóstico dependerá de la presencia de lesiones periapicales que determinen la extracción del diente.

ODONTO DISPLASIA REGIONAL

También se le conoce como "Odontodisplasia: Odontodisplasia Odontogénica: Odontogénesis Imperfecta: Dientes Fantasmas".

Es una anomalía rara. Uno o varios dientes de determinada zona están afectados, más frecuentemente los dientes incisivos centrales, laterales y caninos superiores permanentes. En menor frecuencia los anteriores inferiores. Son atacados los dientes primarios y permanentes.

La etiología es desconocida. El brote de los dientes se produce con retardo o no se produce. La forma dental sufre alteraciones. El aspecto es muy irregular, con frecuentes evidencias de mineralización defectuosa.

Radiográficamente se observa el esmalte y dentina muy delgados, las cámaras pulpares excesivamente grandes.

Existe una disminución de la cantidad de dentina. El ensanchamiento de la capa de predentina. La presencia de grandes cantidades de dentina interglubular.

TRATAMIENTO: Lo más adecuado es realizar la extracción de los dientes afectados y la restauración por medio de prótesis.

DIENTES EN CASCARA

Es un trastorno dentinal. El esmalte del diente es normal la dentina es muy delgada. Las cámaras pulpares son grandes y esto se debe a la insuficiente y defectuosa formación de dentina. Las raíces de los dientes son muy cortas.

Características Clínicas: El color de los dientes es normal y no existe alteración en ningún aspecto clínico. La mayoría de los dientes tienen raíces cortas, sin embargo no se confirma que hay resorción radicular.

Los "Dientes en Cáscara" se distinguen por la incapacidad de las células pulpares para continuar la formación de matriz colágena y falta de crecimiento de la papila dental durante el desarrollo correspondiente a la formación de las raíces.

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO (BROTES) DE LOS DIENTES

Existe variación respecto a las fechas de brote normal de dientes primarios y permanentes de una persona a otra.

Es difícil determinar la fecha del brote de los dientes de un individuo, sin embargo hay casos en que el momento del brote sobrepasa los extremos de la normalidad y esto se considera patológico.

ERUPCION PREMOLAR

Generalmente erupcionan primero uno o dos dientes permanentes es por lo común una secuela de la pérdida prematura de dientes primarios. Ocasionalmente, se presentan casos que afectan toda la dentición, aumentando así la posibilidad de una disfunción endócrina.

SECUESTRO DEL BROTE

Está asociada con el brote dental en niños.

Características Clínicas: Es una pequeña es

pícula ósea, situada sobre la corona de un molar permanente en erupción. Está sobre la fosa oclusal central y dentro de los tejidos blandos, conforme el diente va brotando, las espículas emergen, y el fragmento óseo es totalmente secuestrado a través de la mucosa y desaparece. Se observará algunos días el fragmento óseo sobre la cresta del reborde el cual se retira con facilidad.

Importancia Clínica y Tratamiento: Frecuentemente el pequeño se quejará de dolor en la zona, producido por la compresión del tejido blando sobre la espícula al comer o por el movimiento de la espícula. Se corrige por sí sola, por lo que no existe tratamiento.

BROTE RETARDADO

La etiología es desconocida frecuentemente y el brote retardado de los dientes primarios es difícil de establecer. Puede estar asociada con algunos estados sistemáticos. Los factores o circunstancias locales como la fibromatosis gingival. Cuando se identifican los factores locales como causa, su tratamiento aporta alivio a la situación.

DIENTES MULTIPLES NO BROTADOS

Anomalia poco común. Existe retardo más o menos permanente de la erupción dental. Los pacientes pueden haber conservado los dientes primarios o pudieron haberseles caído sin que brotaran los permanentes.

En el estudio de rayos X revelan diferentes circunstancias como dientes y maxilares normales, faltando la fuerza de brote.

Si el problema se debe a una disfunción endócrina, el tratamiento adecuado dará como resultado el brote de los dientes, pero si se encuentra asociado a la disostosis cleidocraneana, no existe tratamiento.

DIENTES PRIMARIOS ANQUILOSADOS

Llamados también "Sumergidos", se presentan frecuentemente en los segundos molares inferiores de la dentición primaria y que han tenido un poco de resorción radicular y se han anquilosado con el hueso, esto impide su exfoliación y reemplazo por los dientes permanentes. Cuando los dientes adyacentes permanentes erupcionan, el diente se observa sumergido por debajo del nivel de oclusión, se explica por que se presentó un crecimiento continuado del reborde alveolar y también por la menor altura de la corona del diente temporal respecto a los dientes vecinos. Lo que cambia es el nivel relativo de la oclusión y no la posición del diente.

Los dientes afectados no tienen movilidad aunque la resorción se encuentre muy avanzada. El diagnóstico se confirma con examen radiográfico, observándose la ausencia parcial del ligamento periodontal, con zonas de unión entre la raíz dental y el hueso. El proceso consiste en la resorción de la substancia dental y reparación. Como consecuencia el diente queda fijado al hueso.

No esta clara la causa de la anquilosis. En algunos casos se presenta por traumatismo o infección.

TRATAMIENTO: Mediante la extracción quirúrgica para impedir una maloclusión, un trastorno periodontal local o caries.

C A P I T U L O I V

PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES

El estado de la dentadura del paciente al llegar a la madurez dependerá en gran medida de la cantidad y calidad del servicio dental que recibió durante la infancia.

Una de las metas del Odontólogo en la práctica con pacientes infantiles, es preservar la integridad de los dientes caducos, para que se mantengan sus funciones normales y ocurra la exfoliación natural, ya que se preparó el camino para la erupción de dientes permanentes sanos, que asumirán el lugar que les corresponde en los arcos dentales, y si no se realiza un adecuado tratamiento y se perdieran prematuramente cualquiera de estos dientes primarios, se podrá dañar de manera importante y duradera la dentición permanente.

En los niños los elementos de la dentición primaria deberán permanecer sanos por un período que va desde los seis meses de edad hasta los 11 años, o sea cuando los caninos superiores se esfolien. Durante este período de 11 años, los dientes están sujetos a vicisitudes de abrasión, atrición, traumatismo, caries, al igual que lo están los dientes adultos.

C A R I E S

Es una enfermedad de los tejidos calcificados

de los dientes y se caracteriza por la desmineralización de la parte inorgánica del diente. Una vez que se presenta, sus manifestaciones persisten durante toda la vida, aunque la lesión sea tratada. Afecta a personas de ambos sexos, de todas las edades, estratos socioeconómicos. Se inicia poco después que los dientes erupcionan en la cavidad bucal.

La lesión primaria se produce en la superficie dental, si no se detiene o elimina progresa hacia adentro afectando la pulpa. Se inicia en las superficies que favorecen la acumulación de alimentos y microorganismos. El primer cambio clínico observable en la caries del esmalte es el aspecto blanquecino en el lugar del ataque, subsecuentemente esta área se ablanda, hasta formar diminutas cavidades y puede ser atravesada con un explorador dental.

La caries puede ser considerada como enfermedad de la civilización moderna, pues el hombre prehistórico rara vez sufrió de esta forma de destrucción dental.

Existen dos teorías principales sobre la caries: La Acidógena y la Proteolítica, y una tercera que es la de Proteólisis y Quelación.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA CARIES

DENTAL:

La variación en la frecuencia de caries existe debido a una cantidad de posibles factores directos o indirectos, como son:

A.- DIENTE

- 1.- Composición
- 2.- Características morfológicas
- 3.- Posición

B.- SALIVA

- 1.- Composición
 - a.- Inorgánica
 - b.- Orgánica
- 2.- PH
- 3.- Cantidad
- 4.- Viscosidad
- 5.- Factores antibacterianos

C.- DIETA

- 1.- Factores físicos
 - a.- Calidad de la dieta
- 2.- Factores Locales
 - a.- Contenido de carbohidratos
 - b.- Contenido de vitaminas
 - c.- Contenido de flúor

Factor Dental:

La superficie adamantina es más resistente a la caries que el esmalte subsuperficial. El superficial está más mineralizado y acumula mayores cantidades de flúor, cinc, cobre, hierro. La superficie contiene menor cantidad de bióxido de carbono, se disuelve a menor velocidad en los ácidos, hay menor cantidad de agua y tiene más material orgánico que el esmalte subsuperficial, factores que contribuyen a la resistencia a la caries.

Posición Dental:

Los dientes fuera de posición, rotados o situados de manera anormal son difíciles de limpiar y favorece la acumulación de alimentos y residuos.

SALIVA

Dentro de ella se encuentran los microorganismos bucales y carbohidratos. Las propiedades físicas y químicas pueden influir en la susceptibilidad a la caries dental. Es importante la velocidad de secreción salival, se ha observado que personas con velocidad de secreción salival menor que el promedio desarrollan mayor número de lesiones cariosas que los de secreción salival mayor que el promedio, pues los dientes son lavados durante la masticación y no permite la acumulación de alimentos y formación de materia alba.

El pH tiene la capacidad de captación de bió

xido de carbono y amortiguador de la saliva, y pueden retrasar la descalcificación del diente.

DIETA

La composición de los alimentos, y sus características físicas son importantes en el desarrollo y progreso de la caries. El problema principal es la ingestión de carbohidratos refinados, que se reducen en la boca para formar ácidos láctico, butírico y pirúvico, que se mantienen en contacto con la superficie del esmalte por medio de la placa, causando descalcificación del diente.

Los alimentos fibrosos y de consistencia dura son recomendables y deben ser consumidos al final de la comida, para frotar los dientes y las encías en forma natural durante la masticación (apio), hacer énfasis en los factores nutricionales y suplementos vitamínicos y minerales para propiciar el buen desarrollo dental.

PLACA

Es una red de mucina nitrogenada, con células descamadas y microorganismos. Es resistente a los líquidos bucales, difícil de eliminar y de formación rápida sobre los dientes. El depósito de placa funge como membrana semipermeable sobre el diente y se identifica como el medio responsable para la iniciación de la caries.

El cepillado sirve como método de control, pero no elimina todas las condiciones que forman la

placa. Los depósitos se eliminan por la acción abrasiva del cepillado dental, ayuda a conservar la estética y estimula los tejidos periodontales, pero no es capaz de erradicar la caries. Es conveniente enjuagarse la boca con agua después de una comida, ya que hay formación de ácido inmediatamente después de la ingestión de los alimentos.

Caries Aguda:

Es un proceso rápido, en un gran número de dientes, las lesiones son de color más claro, de consistencia caseosa que dificulta la excavación. Es frecuente observar exposiciones pulpares.

Caries Crónica:

Son de larga duración, afectan un número menor de dientes y son de menor tamaño. La dentina descalcificada es de color café oscuro y de consistencia como de cuero. El tratamiento suele ser recubrimiento profiláctico y bases protectoras.

Caries Primaria: (inicial)

Es el ataque inicial sobre la superficie dental.

Caries secundaria: (recurrente)

Suele observarse alrededor de los márgenes de las restauraciones. Las causas son márgenes ásperas o desajustadas y fracturas en las superficies de los dientes posteriores.

CONTROL Y TRATAMIENTO DE CARIES

Se pueden clasificar en tres tipos de medidas generales:

- 1.- Medidas Químicas.
- 2.- Medidas Nutricionales.
- 3.- Medidas Mecánicas.

MEDIDAS QUIMICAS:

FLUOR:

- a.- Fluoración del agua potable.
- b.- Aplicación tópica de flúor.
- c.- Enjuagues fluorados.
- d.- Dentífricos flúorados.

NITRATO DE PLATA:

COLORURO DE CINC Y FERROCIANURO DE POTASIO

El FLUOR en el AGUA potable produce la máxima protección contra la caries. Altera la estructura del diente en desarrollo a través de la absorción por vía general de este elemento.

Aplicación TOPICA de flúor; produce la re -

ducción de la solubilidad del esmalte, el cual absorbe fluoruro en su superficie y se forma fluoruro de calcio o una fluorapatita de calcio.

ENJUAGUES Fluorados: se puede utilizar como enjuague o aplicado con el cepillo.

DENTIFRICOS Fluorados: Puede ser usado durante el cepillado por lo menos dos minutos y por tres veces al día. Es de gran ayuda en las zonas o comunidades rurales, en donde no se cuenta con el agua-fluorada.

NITRATO DE PLATA:

Se impregnan los dientes y previenen o detienen la caries.

CLORURO DE CINC Y FERROCIANURO DE POTASIO:

Se impregna el esmalte y se sellan los pasajes de invasión de la caries.

2.- MEDIDAS NUTRICIONALES PARA CONTROL DE CARIES.

Restringir la ingesta de carbohidratos refinados. El agregado de azúcar aumenta la actividad de la caries.

3.- MEDIDAS MECANICAS DE CONTROL DE CARIES.

Son procedimientos destinados al retiro de residuos de las superficies dentales.

- a.- Profilaxia a cargo del Odontólogo.
- b.- Cepillado.
- c.- Colutorios.
- d.- Uso de hilo dental y palillos.
- e.- Incorporación de alimentos detergentes a la alimentación.

Profilaxia Dental:

Es el raspado y pulido periódico de los dientes, cada tres o seis meses. Es importante pulir las superficies ásperas y corregir las restauraciones defectuosas, para reducir la retención de residuos de alimentos y disminución de placa bacteriana.

Cepillado:

Reduce el número de bacterias de la cavidad bucal, se hará inmediatamente después de la ingestión de carbohidratos.

Los dientes se limpian cepillándolos con cerdas que contengan un abrasivo y por las superficies dentales accesibles, para así eliminar los desechos alimenticios y acumulaciones de microorganismos, no deberá irritar o lacerar los tejidos gingivales.

Colutorios Bucales:

Acción de aflojar los residuos de alimentos.

Hilo Dental y Palillos:

Se limpian las superficies interproximales de los dientes que no pueden alcanzarse con el cepillo dental. Es un cordón de seda o algodón, no debe estar recubierto de cera, y se coloca entre las áreas de contacto proximales y bajo el tejido gingival para pulir el esmalte y eliminar desechos alimenticios.

Alimentos Detergentes:

Los alimentos fibrosos impiden el alojamiento de la comida en las fosas y fisuras de los dientes y actúan como detergentes.

Goma de Mascar:

Elimina gran cantidad de residuos bucales y previene la formación de cálculos e inflamación gingival, mascándola después de las comidas y por un lapso de 10 minutos.

Selladores de Fosas y Fisuras:

No es necesario tallar cavidades, se coloca en las superficies oclusales, se hace junto con un pretratamiento con ácido para afianzar su retención. Será aplicado cada 6 meses.

F R A C T U R A S

FRACTURAS CORONARIAS:

No es muy frecuente atender fracturas coronarias que afectan solo al esmalte o una pequeña cantidad de esmalte y dentina por no tener un aspecto aparatoso ya que no hay tejidos blandos afectados.

Cuando se expone tejido vital pulpar debe - rán recibir tratamiento inmediato y será a base de pulpotomías cuando se tiene la cooperación del paciente. Cuando el ápice del diente no está desarrollado totalmente se realiza pulpotomía con hidróxido de calcio. Si la formación radicular es completa en el momento de la lesión, se puede realizar pulpotomía con formocresol, o una pulpectomía.

Terminada la terapéutica pulpar y lograr su eficiente retención, se pueden realizar diferentes - tipos de restauraciones:

- a.- Coronas de Acero Inoxidable, con o sin ventana labial.
- b.- Corona de Funda Acrílica fabricada.

c.- Corona preformada de policarbonato.

Corona de Acero Inoxidable:

Se pueden recortar, contornearse y adaptarse fácilmente.

La preparación del diente será la eliminación del contacto proximal, y en áreas incisivas y del cíngulo. Se obtura con resina compuesta.

Funda de Corona Acrílica Fabricada:

Para incisivos fracturados, realizándose en una sola cita.

Debe haber suficiente estructura dental para mejor retención, no debe presentar sobremordida vertical profunda y sobremordida horizontal pequeña, no debe haber bruxismo.

TRATAMIENTO:

- 1.- Se recorta una forma de corona de celuloide de la misma dimensión mesiodistal que el diente a tratar, con 1 ó 2 mm. más larga.
- 2.- Se reduce el diente 2 mm. aproximadamente del borde incisal, se preparan todas las superficies axiales, excepto la lingual, se extiende un hombro por debajo

del margen gingival libre sobre las superficies labial, mesial y distal y 0.5 mm. en lingual. Las superficies mesiodistal deberán ser casi paralelas, se utiliza fresa de fisura delgada.

3. Con fresa redonda 1/4, se socavan las superficies mesiodistal, labial en el hombro.
4. La corona deberá ajustarse bajo el hombro en las superficies distal y labial.
5. Controlar la hemorragia taponando la fosa gingival con cordón hemostático.
6. Lubricar el diente con jalea. Y obturar la corona con acrílico, sostenerla por un minuto, y asentarla firmemente en el diente preparado durante tres minutos con presión digital y se retira cuidadosamente.
7. Se deja la corona en agua caliente 10 a 15 minutos. Se establecen márgenes gingivales, se retira la corona de celuloide y se liman estos con piedra pomez pulverizada.
8. Cuando ajusta perfectamente se cementa - con fosfato de cinc recubriendo el diente primero con barniz para cavidades.

Coronas de Policarbonato Preformadas:

Se utilizan para dientes anteriores, se realiza la preparación eliminando contactos proximales y áreas incisivas y del cingulo. Se recorta la corona y se cementa con fosfato de cinc.

FRACTURAS RADICULARES:

Es muy rara en dientes temporales, se aconseja la extracción. Si se realiza el intento de retener el diente no habrá exposición de pulpa y se logrará la estabilización por medio de férulas.

Las fracturas radiculares se diagnostican después del examen radiográfico ordinario. Si el diente no presenta síntomas y no se observa patología, deberá dejarse sin tratar y se examinará periódicamente.

DESPLAZAMIENTOS:

Dentro de los desplazamientos parciales, la intrusión predomina en el arco superior. Son producidos por el impacto de objetos en su caída muy frecuente en lactantes y niños pequeños. Por la misma razón, predominan en el arco inferior los desplazamientos linguales.

Es conveniente un período de observación, aunque aparezca una pequeña parte de la corona, hay tendencia a brotar en seis u ocho semanas. Si el diente en intrusión ejerce presión sobre el germen

permanente en desarrollo, lo puede dañar, por lo que deberá anesthesiarse el área y con presión digital se colocará en alineamiento adecuado.

Se puede inmovilizar cementandolo con férula acrílica inmediata. Tomando una impresión del diente afectado y adyacentes con acrílico de autocura, se recorta en todas sus superficies y se contornea el margen gingival sin entrar en el margen gingival libre, se cementa con óxido de cinc y eugenol, se retiene en posición de seis a ocho semanas.

Los desplazamientos por extrusión no son comunes en dentaduras primarias y esta se debe a la fractura radicular.

Si el diente desplazado se vuelve no vital, se realizará pulpectomía, pues será preferible retenerlo y no substituirlo con un mantenedor de espacio.

AVULSION:

La reimplantación, en dientes primarios avulsionados es difícil. Los pacientes infantiles pueden no tener dientes suficientes para realizar la ferulización por lo que la estabilización con hilos metálicos u otras férulas son difíciles de colocar.

Cuando hay pérdida de un diente anterior se deberán evaluar tres factores para decidir sobre la colocación de un mantenedor de espacio, hay que to-

mar en cuenta la edad del paciente al perder los dientes, el tipo de dentadura primaria y el número de dientes perdidos, lo cual justificará la aplicación del mantenedor.

- 1.- Pérdida de un diente anterior en niños menores de 4 años.
- 2.- Pérdida de un diente anterior en niños con dentadura primaria.
- 3.- Pérdida de varios dientes anteriores adyacentes.

El mantenedor podrá ser fijo, para ello se colocan bandas en los segundos molares primarios uniéndose los dientes artificiales a un cable lingual.

También puede ser removible, de acrílico, ya que tienen buen aspecto, restauran la función, mantienen el espacio y son aceptados por el niño. La desventaja que presentan es la facilidad con que el niño puede perderlo o romperlo.

ATRICION:

Es el desgaste fisiológico de los dientes como resultado del contacto entre estos, como resultado de la masticación. Ocurre únicamente en las superficies oclusales, incisales y proximales. Este fenómeno es fisiológico y no patológico.

Cuando los niños sufren dentinogénesis o ame

logénesis imperfectas las fuerzas masticatorias normales llegan a producir atrición intensa.

ABRACION:

Es el desgaste patológico de la substancia dental a causa de algún proceso mecánico anormal. Se produce en las superficies expuestas de las raíces dentales, algunas veces en las superficies incisales o proximales.

La causa más común es el uso de dentífricos abrasivos. Otra puede ser las ocupaciones y hábitos del paciente.

RESORCION DENTAL:

Es un proceso normal vinculado con la caída de los dientes temporales.

La resorción de la raíz empieza generalmente un año después de su erupción.

Existe una relación de tiempo directa entre la pérdida de un diente primario y la erupción de su sucesor permanente. Este intervalo de tiempo puede verse alterado por extracciones previas, que resultan en erupciones prematuras.

Antes de que los dientes permanentes tomen su posición, deben de caerse los primarios. El diente permanente dentro de su folículo intenta forzar

su paso hacia la posición de su predecesor. La presión ejercida contra la raíz primaria, causa la reabsorción de la raíz, que continúa hasta que la corona primaria haya perdido su fijación se mueva y finalmente, caiga. La falta de reabsorción dará la retención prolongada del diente.

La pérdida dental prematura puede producir efectos específicos como:

1.- Cambios en la Longitud del arco dental y Oclusión:

Hay rotura de la integridad de los arcos dentales y de la oclusión. Un tratamiento inadecuado ocasionará el cierre de los espacios y por consiguiente la malposición de los dientes permanentes.

2.- Mala Articulación de las Consonantes al hablar:

Existe dificultad para articular los soni--dos consonantes /s/z/v/f/.

3.- Desarrollo de Hábitos Bucales perjudiciales:

La lengua se desplaza hacia el espacio creado por la pérdida prematura y puede persistir después de la erupción de los dientes permanentes, causando malposiciones dentales, por la presión de la lengua.

4.- Traumatismo Psicológico:

El niño se acomplejará por la falta de dientes anteriores y su reacción será la de evitar cualquier relación con sus compañeros en la escuela y con el medio ambiente que lo rodee.

Es Aconsejable colocar Dentaduras Parciales Removibles cuando:

- 1.- Hay pérdida prematura de molares y hay que mantener el espacio.
- 2.- Cuando el intervalo de tiempo entre la pérdida y la erupción es mayor de seis meses.
- 3.- Cuando se pierden por traumatismo.
- 4.- Cuando los dientes permanentes jóvenes se pierden por traumatismo.
- 5.- Cuando faltan por ausencia congénita.
- 6.- Por estética.

REQUISITOS PARA DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES

INFANTILES

- 1.- Restaurar y mejorar la función masticatoria.
- 2.- Mejorar y restaurar la estética.

- 3.- No interferir en el crecimiento normal de los arcos dentales.
- 4.- Por su volumen no debe impedir hablar adecuadamente.
- 5.- Deberá restaurar o mejorar los contornos faciales.
- 6.- Su diseño permitirá ser insertado y extraído fácilmente.
- 7.- Se limpiará fácilmente.
- 8.- Poca o ninguna preparación de los dientes de sostén.

TIPOS DE DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES

Maxilar Superior:

- 1.- Acrílica
- 2.- Acrílica con ganchos de hilo metálico forjado.
- 3.- Acrílica con ganchos de metal fundido.
- 4.- Sillas acrílicas con estructuras de metal fundido.

Maxilar Inferior:

- 1.- Acrílica con grapas de hilo metálico forjado.

- 2.- Acrílica con barra lingual y ganchos de hilo metálico.
- 3.- Acrílica con ganchos de metal fundido y descansos oclusales.
- 4.- Ganchos de hilo metálico forjado soldados a barra lingual con sillas acrílicas.
- 5.- Estructura de metal fundido y grapas con sillas acrílicas.

PARTES DE UNA DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE

- 1.- Base de dentadura.
- 2.- Ganchos.
- 3.- Dientes artificiales.

Para la Construcción adecuada de la dentadura parcial removible es importante tomar en cuenta:

- Elección del portaimpresiones
- Material de impresión.
- Manejo del reflejo nauseoso.
- Impresiones de los maxilares superior e inferior.
- Registro de mordida.
- Modelos de trabajo.

C A P I T U L O V

ENFERMEDADES DE LA PULPA DENTAL

Es un tejido conectivo delicado intercalado con minúsculos vasos sanguíneos, linfáticos, nervios mielinizados y amielinizados y células conectivas - indiferenciadas. Reacciona a la infección bacteriana y a otros estímulos, mediante la inflamación.

La mayoría son producto de la caries, sin em bargo hay cambios pulpares en ausencia de caries, - por fracturas dentales, por exposición a un medicamento irritante, por variaciones térmicas intensas en dientes con obturaciones metálicas grandes sobre todo si el aislamiento entre el material de obturación y pulpa es inadecuado. El calor y el frío son transmitidos a la pulpa generando dolor.

La enfermedad pulpar de naturaleza inflamatoria se clasifica en:

Pulpitis Aguda

Pulpitis Crónica

Pulpitis Reversible Focal:

El diente es sensible a los cambios térmicos, principalmente al frío, produciendo dolor, el

cual desaparece al retirar el irritante térmico. Es tos dientes presentan caries profundas. Es una le-- sión reversible.

TRATAMIENTO: Eliminar el irritante antes - que la pulpa sea dañada, o sea eliminar caries o re emplazar obturaciones defectuosas.

Pulpitis Aguda:

Se produce por un proceso inflamatorio cró- nico. En dientes con caries, restauraciones grandes y defectuosas. Los cambios térmicos en especial el hielo o bebidas frías generan dolor relativamente - intenso, persistiendo después que el estímulo ha de saparecido o se ha retirado. Este puede ser contí - nuo y su intensidad aumenta cuando el paciente está acostado.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento para conser- var la pulpa. En casos incipientes de pulpitis agu- da se recomienda la pulpotomía y a veces la pulpec- tomía.

Pulpitis Crónica:

Se puede originar de una pulpitis aguda. El dolor es leve, intermitente y no contínuo, poca - reacción a los cambios térmicos.

TRATAMIENTO: Endodoncia o extracción del - diente.

Pulpitis Hiperplástica Crónica:

Se observa la pulpa como glóbulo rojo o rosado, los dientes más afectados son los primeros molares permanentes.

TRATAMIENTO: Endodoncia o Extracción del diente.

TRATAMIENTO PULPAR DE DIENTES PRIMARIOS:

Es importante la preservación de los dientes primarios con pulpas lesionadas por caries o traumatismo. El Odontólogo podrá realizar diferentes técnicas de tratamiento como:

Recubrimiento Pulpar Directo

Recubrimiento Pulpar Indirecto

Pulpotomía Parcial

Pulpotomía

Pulpectomía

Cada uno de estos tratamientos requiere de diferentes drogas y medicamentos lográndose un alto grado de éxito.

El fin de estos tratamientos es que el diente puede permanecer en la boca del niño en condiciones saludables y no patológicas y así cumplir con su

papel masticatorio y como mantenedor de espacio para la dentadura permanente. También servirá para lograr una adecuada fonación y articulación de su lenguaje, evitar infecciones y prevenir hábitos aberrantes, como empujes de la lengua al retener el diente primario en el arco dental.

Elección del Tratamiento:

El esmalte y la dentina son solo la mitad de espesor que el de los dientes permanentes, por lo tanto la pulpa está proporcionalmente más cercana a la superficie exterior y las caries penetran más fácilmente.

Para elegir el tratamiento, se considerarán los siguientes factores, además de la afección que sufre la pulpa dental:

- Tiempo que permanecerá el diente en la boca.
- Salud general del paciente.
- Estado de la dentadura.
- Tipo de restauración que habrá de emplearse.
- Uso a que será sometido el diente y tiempo que requiera la operación, además del costo del tratamiento.
- Cooperación del paciente.

Se realizará un diagnóstico radiográfico, para observar la longitud de las raíces, se tomará en cuenta la edad del paciente y el estado de erupción de los dientes.

En el tratamiento es importante que el niño no tenga dolor, para ello deberá realizarse anestesia profunda y adecuada.

Recubrimiento Pulpar:

Consiste en colocar una capa de material protector, como el Hidróxido de Calcio, sobre el lugar de exposición pulpar antes de restaurar el diente, con ello se logra la creación de dentina nueva en el área de exposición.

No se deberá permitir la penetración de saliva en la preparación. Es recomendable una restauración completa de corona para lograr mayor protección y oportunidad de recuperación.

Recubrimiento Pulpar Indirecto:

Se elimina la caries parcialmente, sin llegar a la penetración de un cuerno pulpar, se coloca una pasta espesa de hidróxido de calcio y agua destilada, sobre este se coloca una restauración de amalgama. Después de seis meses se podrá eliminar la amalgama y el resto de la caries, se observa también que la dentina subyacente es densa y dura.

PULPOTOMIAS

Pulpotomía Parcial:

Se elimina solo el material infectado en el área expuesta con ello se reducen los traumatismos quirúrgicos. Se hace la amputación coronal completa, aunque la caries sea muy pequeña se hace esto por no tener el grado exacto de penetración bacteriana en el área de exposición a caries.

Pulpotomía con Hidróxido de Calcio:

Después de la eliminación completa de la porción coronal de la pulpa dental, se continúa con la aplicación de curación o medicamento adecuado que ayude al diente a curar y preservar su vitalidad, este puede ser el Hidróxido de Calcio que formará un puente de dentina.

PROCEDIMIENTO.

- 1.- Anestesia adecuada y aislamiento con dique de hule.
- 2.- Fresa esterilizada 557. Se expone el techo de la cámara pulpar.
- 3.- Se extirpa la pulpa, hasta los orifi- -
cios de los canales con cucharilla estete
rilizada.

- 4.- Se irriga la cámara pulpar y se limpia con agua esterilizada.
- 5.- Si presenta hemorragia, hacer presión - con torundas impregnadas de hidróxido de calcio, hasta inducir la coagulación.
- 6.- Se aplica una pasta de hidróxido de cal cio y agua esterilizada sobre los muñones amputados.
- 7.- Restaurar el diente totalmente con una corona de acero.

Pulpotomía con Formocresol:

Se ha usado como sustituto del hidróxido de calcio en dientes primarios, es bactericida fuerte, inerte, resistente a autólisis y actúa impidiendo in filtraciones microbianas posteriores.

INDICACIONES:

- Únicamente para dientes temporales.
- En todas las exposiciones por caries o ac cidentes en incisivos y molares.
- En síndrome de mamila.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Anestesia adecuada, dique de hule, fresa de fisura pequeña.
- 2.- Abrir la corona y exponer la dentina coronal, eliminar toda la caries y fragmentos de esmalte.
- 3.- Eliminar el techo de la cámara pulpar, el tejido pulpar coronal hasta los orificios de los canales con cucharilla.
- 4.- Colocar en la cámara pulpar una torunda de algodón con formocresol, evitando el exceso de líquido y por cinco minutos.
- 5.- Extraer el algodón y sellar la cavidad pulpar con óxido de cinc-eugenol. El líquido deberá ser en partes iguales de formocresol y eugenol.
- 6.- En caso de hemorragia colocar un algodón presionando contra los orificios de las raíces. Si persiste se terminará el tratamiento en otra cita, dejando el algodón con formocresol en contacto con la pulpa, se sella temporalmente con cemento de óxido de cinc-eugenol. Se citará de 3 a 5 días y terminar la pulpotomía.
- 7.- Restaurar el diente con coronas de acero cromo.

- 8.- Realizar evaluaciones periódicas, con radiografías sistemáticas.

PULPECTOMIAS:

Es la eliminación de todo tejido pulpar del diente, incluyendo las porciones coronarias y radiculares.

Es importante tomar en cuenta los siguientes puntos:

- 1.- Tener cuidado de no penetrar más allá del apice, ya que dañaría el brote del diente permanente en desarrollo.
- 2.- Para obturar, usar un compuesto reabsorbible, como pasta de óxido de cinc y eugenol.
- 3.- No se utilizarán puntas de plata o guta percha.
- 4.- Introducir el material de obturación en el canal presionando ligeramente, para no atravesar el ápice de la raíz.
- 5.- No realizar apicectomía.

C A P I T U L O VI

HABITOS ORALES INFANTILES

Son presiones desequilibradas y dañinas sobre los bordes alveolares inmaduros y maleables, produciendo cambios potenciales en el emplazamiento de los dientes y en la oclusión, si continúan por largo tiempo.

Este problema para ser tratado requerirá de un equipo interdisciplinario, ya que intervendrá el pediatra, psicólogo, odontólogo, especialista en problemas de lenguaje y los padres de familia del niño.

El Odontólogo tratará de investigar desde la primera cita si el pequeño tiene algún hábito que será perjudicial, y que el podrá atender adecuadamente. Tomando muy en cuenta que este puede ser producto de un problema emocional y que al tratar de corregirlo será en relación con el psicólogo y especialista de lenguaje para obtener óptimos resultados.

Para atender mejor al niño es de suma importancia proporcionarle confianza en sí mismo y el trato que reciba por nuestra parte será de cariño.

Dentro de los Hábitos Orales encontramos:

1.- Succión del pulgar

- 2.- Succión labial.
- 3.- Hábitos linguales y de deglución.
- 4.- Mordedura de uñas.
- 5.- Hábitos masoquistas.
- 6.- Abertura de pasadores.
- 7.- Respiración bucal.

Los actos bucales se pueden clasificar en:

Compulsivos: Cuando se ha adquirido una fijación y sufre de ansiedad al tratar de corregir el hábito.

No Compulsivos: Cuando se adoptan y abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño.

En la etiología de los hábitos compulsivos pueden ser los patrones iniciales de alimentación. Si fueron rápidos o recibió menor cantidad de alimento, si presentó mayor tensión al momento de alimentarse, o a causa del biberón. Otro caso muy importante será la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura en su hogar.

Es necesario examinar antes del tratamiento, la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, he

rencia genética y estado de salud general del niño, además de utilizar un método psicológico para educarlo. Y tomar en cuenta los siguientes puntos.

- a.- Hay que establecer una meta a corto plazo, una o dos semanas.
- b.- Es conveniente no criticarlo si el hábito continúa.
- c.- Es adecuado ofrecerle una pequeña recompensa si abandona el hábito.

Métodos de Adiestramiento Extrabucales:

Antes de utilizar instrumentos, será conveniente emplear el adiestramiento bucal como:

- Recubrir el dedo con sustancias irritantes de sabor desagradable.
- Rodear con tela adhesiva el dedo afectado.

Métodos Intrabucales:

- Que el niño comprenda la necesidad de utilizar el instrumento.
- Cooperación de los padres para apoyar el tratamiento.
- Lograr una relación amistosa entre paciente y odontólogo.

- Tener una meta sobre el tiempo que durará el tratamiento.
- Que el niño supere el tiempo de adiestramiento y acepte gustoso el tratamiento.

REFLEJO DE SUCCION

El niño al nacer va desarrollando un patrón reflejo de funciones musculares, que permitirán alimentarse de su madre, y que va a ser el inicio de aprendizaje, contribuyendo también a su desarrollo psíquico.

A medida que se desarrolla vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca todo lo que ha visto y oído. Los objetos especialmente si son calientes o blandos, los asociará a los alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias aliviará las frustraciones del hambre u otro malestar introduciéndose el dedo pulgar a la boca. El pulgar mantenido en la boca será el sustituto de la madre. Se puede pensar que son los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

SUCCION DEL PULGAR

Este hábito puede producir consecuencias desfigurantes si persiste durante el período de dentadura mixta (6 a 12 años). El desplazamiento de-

pendará de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

El desplazamiento de dientes o la inhibición de su erupción normal proviene de:

- 1.- La posición del dedo en la boca.
- 2.- La acción de palanca que se ejerza contra los dientes y el alveolo.

SUCCION DEL PULGAR



El mal alineamiento de los dientes produce-
apertura labial pronunciada de los dientes anterior-
es superiores, aumentando la sobremordida horizon-
tal y abriendo la mordida, dependiendo de la acción
de palanca producida, puede haber una inclinación -
lingual y un aplanado de la curva de Spee de los
dientes inferiores.

La prominencia resultante de los incisivos
permanentes superiores, emplazados labialmente, los
vuelve particularmente vulnerables a fracturas acci-
dentales.

La mordida abierta crea problemas de empu -
jes linguales, dificultad en la articulación del
lenguaje, además de desarrollar una mala oclusión
de segunda clase, primera división.

TRATAMIENTO: Se colocará trampa con punzón
de rastrillo.

SUCCION LABIAL

Es muy frecuente que el niño sustituya el-
dedo por los tejidos blandos, como son labios y me-
jillas. Afecta la parte anterior tanto muscular
como dental. Aparece aproximadamente en la edad es-
colar, siendo las principales causas, las psicoló-
gicas.

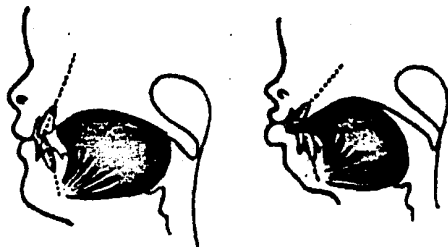
Cuando existe este hábito se recomienda -
realizar ejercicios labiales, tocar instrumentos

musicales bucales, que favorecerán a enderezar los músculos de los labios y harán presión sobre los dientes anteriores superiores.

EMPUJE LINGUAL:

Este hábito ocasiona mordidas abiertas e incisivos superiores en protrusión, inclinación labial de los incisivos del maxilar superior y en lenguaje se presentará el ceceo. - Una de las causas puede ser el agrandamiento de la lengua.

TRATAMIENTO: Se realizará por medio de ejercicios linguales y con ellos lograr la posición adecuada de la lengua durante la deglución. Es necesario que el niño tenga la edad suficiente para cooperar y poder colocar la punta de la lengua en posición correcta. Se puede construir una trampa - de puas vertical o una placa palatina de Tucat.



DEGLUCION NORMAL

DEGLUCION RETROGRADA
Y EMPUJE LINGUAL

CONSTRUCCION DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos para romper los hábitos bucales se clasifican en Fijos y Removibles.

Se elegirá el tipo más apropiado después de considerar la edad del niño, su dentadura y el hábito bucal.

Un instrumento fijo puede causar la sensación de "castigo".

El instrumento removible le permitirá la libertad de llevar el instrumento solo en períodos críticos como la noche, su construcción y ajuste es más fácil. El niño lo llevará únicamente cuando lo desee.

TRAMPA DE PUNZON:

Instrumento removible. Consiste en un alambre engastado en un instrumento acrílico. Se puede realizar como instrumento fijo, para ello es añadida a un arco lingual superior.

Las trampas pueden servir para:

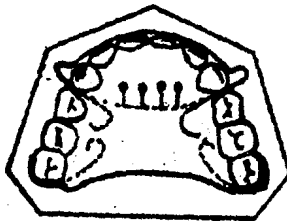
- 1.- Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- 2.- Distribuir la presión también a los dientes posteriores.
- 3.- Recordar al paciente que está realizando

do el hábito.

- 4.- Hacer que el hábito se vuelva desagradable al paciente.

TRAMPA CON RASTRILLO:

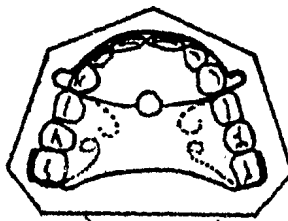
Este aparato puede ser fijo o removible. Castiga al niño más que recordarle el hábito. Contiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o del retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan la succión del pulgar, el empuje lingual y deglución defectuosa.



TRAMPA CON RASTRILLO

PLACA PALATINA DE TUCAT:

Es una combinación de Placa Howley con perla de Tucat. Favorece el tratamiento de hábitos defectuosos de fonación y deglución.



PLACA PALATINA DE TUCAT.

HABITO DE EMPUJE DE FRENILLO:

Es muy raro observarlo. Los incisivos perma nentes superiores están espaciados, el niño puede - trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo en esa posición varias horas, llegando a desarrollar se el hábito y separando más los incisivos centra - les.

MORDEDURA DE UÑAS

Se presenta después de la etapa de succión - del pulgar. Es un hábito pernicioso y no produce ma loclusiones, ya que las fuerzas o tensiones aplica - das al morder las uñas son semejantes a las del pro ceso de masticación. Cuando hay impurezas debajo de las uñas los dientes anteriores inferiores presen - tan una marcada atrición.

El morderse las uñas no es perjudicial, y si alivia la tensión, en la edad adulta puede ser sub tituido por otros objetos como, goma de mascar, ci - garros.

HABITOS MASOQUISTAS:

Es muy raro. El niño utiliza la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie la - bial de un diente, el cual llega a exponer el hueso alveolar.

TRATAMIENTO: Será por medio del psiquiatra.

ABERTURA DE PASADORES DE PELO

Es un hábito nocivo, común en mujeres adolescentes, consiste en abrir pasadores de pelo con los incisivos anteriores los que se observarán aserrados y sin esmalte labial.

TRATAMIENTO: Únicamente indicaciones verbales sobre los efectos negativos del hábito.

RESPIRACION BUCAL

Los niños que presentan respiración bucal - se clasifican en tres categorías:

- 1.- Por Obstrucción: Existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales.
- 2.- Por Hábito: El niño al respirar continuamente por la boca lo seguirá haciendo por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.
- 3.- Por Anatomía: Cuando el niño presenta el labio superior corto y tiene que realizar esfuerzos enormes para poder cerrar.

La resistencia a que el niño respire por la nariz puede estar asociada a:

- 1.- Por alergias, infecciones crónicas de la mucosa, rinitis atrófica, clima frío o caliente y al aire contaminado.
- 2.- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- 3.- Adenoides agrandadas.

TRATAMIENTO: Puede corregirse por sí solo al crecer el niño. Se puede utilizar Protector Bucal cuando se está seguro de que no hay obstrucción ni problema anatómico. Este es un aparato eficaz que bloquea el paso del aire y hace que el niño inhale y exhale el aire a través de los orificios nasales.

Características: La cara del paciente es estrecha. Los dientes anteriores hacen protrusión labialmente. Los labios permanecen abiertos. El labio inferior se extiende tras los incisivos superiores. El maxilar superior se encuentra en forma de V y hay una bóveda palatina elevada. No está demostrado que cause maloclusión.

El protector bucal se inserta durante la noche para que el niño durante el sueño respire por la nariz. También evitará la mordedura del labio inferior y la succión del pulgar.

Se puede fabricar con resinas sintéticas.

BRUXISMO

Es el frotamiento de los dientes entre si durante el sueño y ocasionalmente cuando está despierto.

El niño produce atrición en los dientes y en ocasiones hay molestia durante el día en la articulación temporomandibular.

Los niños que lo presentan son nerviosos e irritables, duermen intranquilos y sufren ansiedad, por lo que se piensa que su base es emocional, además de presentar otros hábitos como succión del pulgar o morderse las uñas.

También se ha observado en enfermedades orgánicas como corea, apilepsia, meningitis y trastornos gastrointestinales.

TRATAMIENTO: Por medio de un equipo multidisciplinario (médico general, psiquiatra y Odontopediatra). El Odontólogo construye una férula de caucho para colocarla sobre los dientes durante la noche. La construcción es la misma que la de un protector bucal.

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

La práctica de la Odontología en el paciente infantil se podrá realizar óptimamente tomando en cuenta que el pequeño necesita ver en su Odontólogo a un amigo y no a la persona que le causará daño o dolor, por eso es necesario que en las primeras citas el tratamiento sea corto y lo menos agresivo posible, para así poco a poco inducirlo al tratamiento sin que él sienta grandes molestias y lo acepte con más gusto.

Es importante concientizar al pequeño para que use los instrumentos que se le indican, además de seguir las instrucciones que se le dan respecto a la higiene, alimentación, cuidados y hábitos nocivos que debe corregir, para mantener su cavidad bucal lo más sana que sea posible.

Es importante conocer el desarrollo Embrionológico de la cavidad bucal, para poder tratar al niño lo mejor posible, y orientar a los padres sobre los cuidados que requerirá el pequeño cuando presente alguna malformación.

Quando existe algún problema en la erupción dentaria, el Odontólogo deberá conocer la evolución del germen dentario y así realizar los estudios necesarios y establecer lo más pronto posible el tratamiento indicado para la superación de dicho problema.

Si observamos en nuestros pacientes enfermedades gingivales, es necesario conocer la etiología de ellas y así poder orientar al niño y a los padres. También es importante tomar las medidas adecuadas, cuando se sospecha de enfermedades contagiosas.

Quando se presentan los pequeños al consultorio con pérdida prematura de sus dientes temporales es necesario informarles sobre las medidas de higiene que deben de seguir, la dieta que deben de consumir y la restricción de dulces y hábitos nocivos.

A los padres hacerles comprender la importancia que es el mantener los dientes temporales, ya que puede traer problemas de maloclusión.

Los hábitos Orales que se presentan en el niño se podrán corregir ya sea por estímulos verbales o materiales, con ayuda psicológica o por medio de aparatos fijos y removibles que harán que el niño recuerde que está realizando el hábito que perjudicará su dentición primaria y permanente.

B I B L I O G R A F I A

EMBRIOLOGIA BASICA

AUTOR: KEITH L. MOORE

EDITORIAL: INTERAMERICANA

EDICION: 1978

PAGINAS: 106 a 124 - 226 a 232

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

AUTOR: E.H. WATSON

EDITORIAL: TRILLAS

EDICION: 1973

PAGINAS: 346 a 371

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

AUTOR: SINDNEY B. FINN

EDITORIAL: INTERAMERICANA

EDICION: 1983

PAGINAS: 1 a 81 - 163 a 252 - 293 a 301
de 326 a 338 - 396 a 488

ANATOMIA DENTAL, FISILOGIA Y OCLUSION

AUTOR: RUSSELL C. WHEELER

EDITORIAL: INTERAMERICANA

EDICION: 5a.

PAGINAS: 21 a 47

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA**U.N.A.M.****SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA 1978****FACULTAD DE ODONTOLOGIA****PAGINAS: 52 a 168****PATOLOGIA BUCAL****AUTOR: WILLIAM G. SHAFER****EDITORIAL: INTERAMERICANA****EDICION: 1982****PAGINAS: 2 a 67 - 369 a 443
492 a 494****ODONTOLOGIA OPERATORIA****AUTOR: H. WILLIAM GILMORE****EDITORIAL: INTERAMERICANA****EDICION: 1980****PAGINAS: 19 a 31 - 120 a 127
506 a 516****PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS DEL
NIÑO EN CRECIMIENTO:****AUTOR: MICHAEL COHEN****EDITORIAL: PANAMERICANA****PAGINAS: 72 a 75 - 110 a 115**

TRASTORNOS DEL HABLA**AUTOR: JORGE PERELLO****EDITORIAL: CIENTIFICO-MEDICA****EDICION: 1977****PAGINAS: 313 a 438**