

870122

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**"METODOS PARA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO
INTEGRAL EN ODONTOPEDIATRIA"**

FALLA DE ORIGEN

TESIS PROFESIONAL

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

ROSA MARIA GONZALEZ CASTANEDO
ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ
GUADALAJARA, JALISCO 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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

	PAGINA
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
HISTORIA CLINICA	3
A) Diferentes métodos para obtener la Historia Clínica	5
B) Plan para obtener la historia clínica	5
- Ficha personal	7
- Motivo de la consulta	7
- Antecedentes Odontológicos	8
- Antecedentes Médicos	11
- Antecedentes Familiares	14
- Hábitos	14
- Alimentación	16
CAPITULO II	
EXAMEN CLINICO	19
A) Apreciación general	21
B) Cabeza y cuello	23
C) Cavidad bucal	28
D) Fonación, deglución y musculatura peribucal	34
CAPITULO III	
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	35
A) Radiografía	35
B) Análisis de sangre	39
C) Biopsia	40
D) Citología exfoliativa	43
E) Modelos de estudio	45

CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFIA	48

INTRODUCCION

Puede considerarse la Odontología Infantil como el servicio más necesitado y sin embargo, el más olvidado entre los que presta el Dentista. A pesar de su gran importancia, algunos Odontólogos tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia o por indiferencia hacia los conceptos más recientes - de la Odontología actual y a las metas finales que han de lograrse.

El valor de este servicio nunca será suficientemente ponderado, ya que un tratamiento Odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales hoy en día tan comunes en la población adulta.

Cuando el Dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe prever que la tarea le resultará algo difícil, ya que practicar una Odontología modelo para niños no es fácil. Requiere la adquisición y utilización de amplios conocimientos Odontológicos, de los cuales gran parte es común a los que utilizan para adultos, pero otra parte es única y pertinente sólo para niños.

Si el Odontólogo consciente en hacer el esfuerzo adicional que se requiere para dominar esta área, se dará cuenta de que trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que pueden obtenerse en todas las prácticas Odontológicas.

La Odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que está tratando con organismos en período de formación; tan sólo en niños se encuen-

tra este crecimiento y desarrollo rápidos donde los individuos están en constante cambio, El modelo de desarrollo que se considera normal para cualquier niño aún no ha sido fijado y puede sufrir modificaciones. El Odontopediatra se encuentra en posición de alterar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

La importancia de un examen bucal completo y la creación de un plan de tratamiento previo a embarcarse en un programa de atención dental de un niño debe merecer la mayor atención.

Ningún Odontólogo deberá estar tan forzado por una actividad demasiado intensa ni por las exigencias de los padres, como para proporcionar Odontología fragmentaria y aliviar, sólo los síntomas agudos sin brindar una atención completa y adecuada. No recibirá la remuneración adecuada en cuanto a satisfacción se refiere y no proveerá el tipo más adecuado de servicio Odontológico para su paciente.

A cada niño se le debe dar la oportunidad de recibir una atención dental completa. El Odontólogo no ha de intentar decidir lo que el niño y los padres aceptarán o podrán afrontar; si los padres rechazan una parte o todo el plan de tratamiento, el Odontólogo por lo menos habrá cumplido con su obligación si se tomó el tiempo para educar al niño y a los padres acerca de la importancia de los procedimientos que fueron previstos.

Padres aún de medios moderados hayan habitualmente la manera de que se complete la atención dental, si se explica el hecho de que la salud dental futura del niño y hasta su salud general, está relacionada con la corrección de los defectos dentales.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

Probablemente una de las partes más importantes del estudio del paciente es la historia clínica, no obstante, constituye uno de los aspectos peor comprendidos y más subvalorados del proceso necesario para formular un Diagnóstico. (4)

La Historia Clínica no solo constituye el fundamento de una inteligente aproximación al Diagnóstico, sino también el principio del establecimiento de una adecuada relación Paciente-Odontólogo. (4)

Una buena historia Clínica lleva tiempo, pero todo --- aquello que contribuye a un diagnóstico más exacto y a formular un plan de tratamiento adecuado, no es sin duda tiempo -- perdido, sino todo lo contrario. (5)

Realizar una buena Historia Clínica es un verdadero arte que requiere capacidad de percepción y cierto grado de intuición. Se puede considerar como una conservación profesional planeada que permite al paciente comunicar al Odontólogo sus síntomas, sensaciones y a veces sus temores con el fin de determinar si son reales o equivocadas. (5)

La Historia Clínica debe ser una cosa integrada, viva, no un interrogatorio de tipo burocrático, bombardeado preguntas pertinentes o no. Hay que escuchar mucho y observar más. Vale no sólo lo que se dice, sino como se dice (5).

La perfección y la utilidad final del interrogatorio del paciente con fines diagnósticos, dependen en grado considerable de las buenas relaciones entre el Dentista y el paciente. El interés, el calor humano, la comprensión que mues-

tra el clínico son factores importantes, para sus relaciones con el paciente y le permiten realizar un interrogatorio provechoso.

Un tono de voz suave y amable es de gran importancia para captar y conservar la confianza del enfermo. Un clínico apurado e impaciente, falto de simpatía, probablemente deja de obtener muchos datos. Es necesario que el paciente se cuenta de que las personas que está tomando la historia clínica es un amigo interesado en su bienestar.

El profesionalista atenderá los problemas globales del enfermo y será un auditor activo. Por todos los medios hay que mostrar al niño que se tiene interés en él y tiempo para sus problemas de salud. El Clínico debe dar muestras de simpatía, sin perder por ello el control de la entrevista. (4)

Existen ocasiones en que aparentemente el diagnóstico surge claramente, sin embargo, tres consideraciones pueden ser pasadas por alto si no contamos por lo menos con una breve Historia Clínica:

1) Una enfermedad coexistente puede hallarse presente y permanecer ignorada, a menos que el paciente sea invitado a expresar sus molestias.

2) La actitud del paciente tan importante para establecer una adecuada relación, es a menudo descuidada.

3) En ocasiones un diagnóstico que parece obvio, puede estar enmascarando una seria enfermedad. (4)

Un entendimiento claro de los objetivos de una historia clínica guiarán y mejorarán los esfuerzos del Dentista:

A) Para llegar a un diagnóstico tentativo del trastor no principal del paciente.

B) Para determinar la existencia de cualquier factor sistemático que pueda afectar la formulación del diagnóstico y el plan de tratamiento.

C) Para conocer cualquier alteración que pueda requerir procedimientos especiales antes o durante el tratamiento -- Odontológico. (4)

Las ventajas que se obtienen de una buena Historia -- Clínica:

- La existencia de un registro escrito que servirá como instrumento de diagnóstico.

- Protección del Odontólogo y de sus pacientes de posibles enfermedades infecciosas.

- Establecimiento de una base para futuras referen--cias.

- Previsión de un documento que servirá como eviden--cia legal de competencia profesional (4).

Considerando a la entrevista como un patrón especializado de integración verbal y centrado en alguna zona, con la consiguiente eliminación de material extraño.

Después de examinar a conciencia, de diagnosticar --ponderadamente y de trazar un plan de tratamiento adecuado, se logra el mejor servicio dental para niños. La manera en que esto se lleve a cabo durante la primera visita, dará el tono de la relación completa que va a tener el dentista con el niño lo mismo que con los padres. Si el dentista es cordial y amistoso durante la primera visita, rápidamente se hará ami

go del niño y los padres se integraran sobremanera. (2)

Para producir confianza el examinador deberá ser paciente y simpático y explicar todo lo relacionado a cualquier pregunta que se haga, nunca debe expresar sorpresa o preocupación por cualquier hecho que el paciente revela y debe ser capaz de hablar en términos que éste comprenda. (4)

Primero es conveniente efectuar preguntas de naturaleza general para establecer el interés del niño, y más tarde cuando ello haya sido logrado es probable obtener mejores resultados y respuestas a las preguntas de la Historia Clínica.

El niño responde mejor a las preguntas de su enfermedad actual que aquellas que se refieren a su historia pasada, familiar y social; las que deberán obtenerse con la colaboración de los padres. (4)

Existen diferentes métodos para la obtención de la Historia Clínica:

Uno de los métodos es entregar un formulario a los padres para ser llenado por ellos.

Otro método es que la asistente haga las preguntas de una manera informal y después presente lo descubierto y sus propias observaciones y resumen del caso al Odontólogo. O bien que haga las preguntas del cuestionario de una manera más formal y lo presente al Odontólogo y este sólo la revise y se extienda en los casos que el mismo profesionalista considere necesario. (4)

Pero yo considero que la manera más eficaz para obtener la historia clínica es la entrevista directa.

En la entrevista directa el profesional interroga al padre o a los padres siguiendo un patrón básico, toma notas durante la misma.

A continuación presentamos un plan para obtener la historia Clínica:

FICHA PERSONAL:

El interrogatorio comprende cierta información ordinaria que puede ser recogida con facilidad por la secretaria, su asistente dental o ayudante.

Estos datos deben incluir: Nombre del paciente, domicilio, número telefónico, edad, sexo, nombre de los padres, diminutivo, grado escolar. Es muy importante incluir también en estos datos el nombre del Pediatra que lo atiende por si hubiera necesidad de consultarlo. (2)

Estos datos son esenciales para el registro del consultorio; de estos datos el Odontólogo obtiene también una visión del nivel social de la familia (2).

MOTIVO DE CONSULTA:

En primer término nos interesa el motivo de consulta.

En la práctica especializada es importante conocer si el paciente acude al consultorio sólo para aliviar un dolor o por que la madre de nuestro paciente tiene interés en una revisión periódica para prevenir futuros problemas Odontológicos. (6).

Se registra la queja principal con las palabras de la madre o del niño. Una buena práctica psicológica consiste en pedir al paciente que relate su problema con sus propias palabras. Habitualmente se registra en término no técnicos y luego se pide al paciente que nos cuente desde cuando obser-

vó por primera vez la lesión, cómo se desarrolló, los síntomas experimentados.

Los detalles completos de la enfermedad actual constituyen la historia de ésta. (1)

Dentro de lo que cabe no hay que interrumpir al pa---ciente, evitar las preguntas tendenciosas, tampoco conviene subrayar errores en la utilización del paciente de ciertos -términos técnicos, o la interpretación de síntomas durante - el interrogatorio. (1)

Las razones que tenga el paciente para buscar trata--tamiento Odontológico y los detalles del caso podrlan parecer fáciles de obtener y existe la tentación de confiar estas tareas al personal auxiliar. En ciertos casos este método pue--de ser satisfactorio, pero en otros lo que permite compren--der el verdadero problema, no es tanto lo que dice el paciente, sino como lo dice.

A veces el diagnóstico pasa inadvertido si el dentis--ta no toma el tiempo necesario para hablar con el paciente, y valorar tanto su respuesta emocional frente a las pregun--tas, como la forma en que describe la enfermedad. (1)

La enfermedad actual es un relato cronológico de la molestia principal y sus síntomas correlacionados desde su aparición hasta el momento de la historia clínica. (4)

Deberá relatarse los diagnósticos previos, medicacio--nes y tratamientos relacionados con el trastorno principal. (4)

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS:

Además de la enfermedad actual y de la historia de la enfermedad, es necesario recoger los antecedentes Odontológi--

cos. Como en los casos anteriores es preferible, vigilar es trechamente la forma en que el paciente describe los detalles del tratamiento previo y sus reacciones ante el dentista, que estudiar los datos anotados en una hoja por la secretaria. (1)

Hablando personalmente del tratamiento Odontológico previo con el paciente y prestando atención a los matices de las palabras empleadas y de la expresión de la cara, es posible formarse una idea bastante acertada de la importancia que el paciente le da al tratamiento Odontológico y hasta que punto ha seguido y seguirá en el futuro las indicaciones que se le den. Si son los padres los que contestan nuestras preguntas, también es posible darnos una idea acerca de lo que piensan del tratamiento Odontológico y su probable colaboración. También es muy importante que el dentista se de cuenta de lo que piensan de otros dentistas (4).

Los siguientes datos deben investigarse dentro de los antecedentes Odontológicos:

- Frecuencia de visitas al Odontólogo.
- Frecuencia de tratamientos dentales profilácticos.
- Aplicaciones de fluor.
- Experiencia pasada durante y después de la anestesia.
- Experiencia pasada durante y después de las extracciones.
- Terapéutica periodontal anterior, circunstancias que determinaron esos tratamientos y tipo de tratamiento recibido.
- Tratamientos anteriores de Ortodoncia. Una Historia positiva incluirá la anomalía tratada, el lapso del tratamiento activo, el tipo de aparatos utilizados y si aún se requieren retenedores.

- Obturación de conductores radicuales.
- Intervenciones quirúrgicas en la boca, al margen de las extracciones, naturaleza de los tejidos removidos, forma en que se realizó. (4)

La frecuencia con que el paciente acostumbra visitar al Odontólogo, suministra al examinador información referente al interés de aquel o de sus padres en su salud dental.

La frecuencia de las profilaxis pueden ser una guía valiosa para evaluar el estado periodontal y facilitar el pronóstico. El conocimiento de las experiencias pasadas durante y después de las extracciones y anestesia local, pueden alterar al Odontólogo sobre la necesidad de investigar un posible estado alérgico vinculado con el agente anestésico o tal información puede llevarlo a adelantarse a posibles hipotimias durante la administración de anestesia en futuras visitas; y en lo que se refiere a extracciones, debe interrogarseles respecto al proceso de curación y si han experimentado hemorragias excesivas. Resulta de interés especial los pacientes que han tenido experiencias de infecciones y hemorragias excesivas prolongadas después de las extracciones. (4)

Un paciente que ha recibido un tratamiento de Ortodoncia puede presentar manifestaciones clínicas explicables en base a estos tratamientos anteriores; un ejemplo de ello podría ser el hallazgo de reabsorciones radicuales en la radiografía dental.

Cuando el dentista interroga al paciente tiene una magnífica oportunidad de despertar interés en él y mejorar en su actitud frente a su salud dental. (4)

La historia dental pasada puede en muchos casos suministrar información decisiva para el tratamiento a elegir. (4)

ANTECEDENTES MEDICOS:

La Historia Clínica debe incluir los antecedentes médicos del paciente, en los que se deberá investigar:

- Enfermedades generales.
- Enfermedades propias de la infancia.
- Traumatismo o intervenciones quirúrgicas.

ya que pueden estar relacionados directa o indirectamente con el tratamiento dental. (4)

Si el Odontólogo está dispuesto a realizar actos tendientes a salvar la vida del paciente, ninguna oportunidad mejor que el momento en que obtiene una cuidadosa historia médica pasada. (4)

Muchos de los procedimientos realizados en la práctica dental y muchas de las drogas prescritas son potencialmente fatales para ciertos enfermos. (4)

Es una responsabilidad moral del Odontólogo determinar cuales de sus pacientes se hallan en esa situación para tomar las precauciones operatorias necesarias o evitar el empleo de drogas que puedan resultarle peligrosas. (4)

En general, la historia médica pasada contiene información relativa a enfermedades importantes, accidentes, intervenciones quirúrgicas, irradiación y alergias y sus secuelas. (4)

El historial de un paciente de Odontopediatria puede dividirse en las siguientes etapas:

- Historia prenatal y natal: A menudo proporcionan in-

formación sobre el origen de color, forma y estructura anormal de las piezas caducas y permanentes. El Odontopediatría observa el efecto que pudieran haber tenido ciertas drogas y trastornos metabólicos que ocurrieron durante las etapas formativas de las piezas.

Se pregunta a la madre si el embarazo fue normal o si hubo trastornos y de qué tipo, si hubo necesidad de que se le administraran medicamentos y cuáles fueron, si el embarazo llegó a su término o si el bebé fue prematuro, si el parto fue normal y si hubo necesidad de utilizar forceps, etc.

El Odontólogo debe extenderse en las preguntas según se requiera en cada caso. (2)

Historia Posnatal y de Lactancia: Revisa los sistemas vitales del paciente, también registra información tal como tratamiento preventivos previos de caries dental, trastornos del desarrollo, alergias costumbres nerviosas y el comportamiento del niño y su actitud con relación al medio.

(2)

Si hubiera alguna indicación de enfermedad o anomalía general aguda o crónica, será prudente que el Odontólogo consulte al Médico del niño para informarse del estado actual de la afección, del pronóstico a largo plazo y de la terapéutica medicamentosa actual. (6)

Se deben incluir en la historia Médica preguntas que proporcionen un medio sutil de determinar la edad psicológica y evolutiva del paciente. Los problemas de conducta en el consultorio dental están a menudo relacionados con la incapacidad del niño de comunicarse con el Odontólogo y seguir sus instrucciones, y su incapacidad puede estar relacionada con una baja capacidad mental. Los padres no dan a menudo información sobre el bajo C.I. del niño o de que es retardado men

tal. (6)

Un Índice de retardo mental podrá ser obtenido por la asistencia dental preguntando como va el niño en la escuela. (6)

Hay que anotar si el niño estuvo hospitalizado previamente para procedimientos anéستesicos o quirúrgicos generales. La Hospitalización y la anestesia general pueden constituir una experiencia Psicológica traumática para el pequeño preescolar y pueden sensibilizarlo para los procedimientos que encontrará más tarde en el consultorio dental. Si el Odontólogo sabe de la hospitalización previa y del temor del niño a los extraños de blanco, pueden planificar el tiempo y los procedimientos necesarios para ayudar al niño a superar el temor y presentar la Odontología de una manera aceptable. (6)

Las siguientes circunstancias pueden ser de interés Odontológica y que eventualmente influyen en el tratamiento:

- Enfermedades que constituyen una contraindicación para ciertas medidas terapéuticas (Leucemia).
- Afecciones que están siendo tratadas con medicamentos que temporalmente contraindican el tratamiento Odontológico (Epilepsia tratada con grandes dosis de Hidantoína).
- Alergias o reacciones especiales a medicamentos (Antibióticos, sedantes, anestésicos, preparados de mercurio, etc.)
- Enfermedades con manifestaciones bucales (Herpes, paratoditis, sarampion).
- Enfermedades que entrañen peligro para el profesional y su asistente y para otros pacientes (Gripe, enfermedades de la infancia, hepatitis infecciosa o epidémica, etc.)

ANTECEDENTES FAMILIARES:

La historia familiar deberá incluir los estados más importantes que tienen tendencia a ser hereditarios, así como la indicación de la posibilidad de contactos infecciosos como la tuberculosis. Son importantes la diabetes mellitis, cáncer, alergias y trastornos nerviosos y mentales. (4)

Los antecedentes de una enfermedad de pronunciada tendencia hereditaria como la hemofilia deberá contener información relacionada con pacientes más distantes que los familiares directos. (4)

Para determinar los patrones familiares resulta útil la información sobre la edad de los familiares vivos o la edad en el momento de su muerte así como también sus causas. Esos patrones hereditarios son importantes en la anemia eritoblástica, osteogenesis imperfecta, telangiectasia hemorrágica, dentina opalescente hereditaria, disostosis craneofacial hereditaria, dientes supernumerarios o ausentes, maloclusión y otros.

Los antecedentes familiares también son importantes porque pueden brindar al Odontólogo información sobre el valor que los padres conceden a sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la Odontología puede reflejarse en el medio del niño y en el deseo de los padres con relación a los servicios dentales. (4)

HABITOS:

Durante muchos años los Odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños. Los dentistas consideran estos hábitos posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en la oclusión, que puede volverse francamente anormal si continúan esos hábitos. (2)

Por este problema también se interesan el Pediatra, el Psicólogo, el Patólogo especialista en problemas del lenguaje y los padres del niño. En general puede ser que el Odontólogo y el Patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados. El Pediatra, el Psiquiatra y el Psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma. Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal. (2)

Es de gran importancia para el Odontólogo poder formular un diagnóstico sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema.

El dentista debe interrogar a los padres sobre qué hábitos tiene el niño por ejemplo: Succión de pulgar, succión labial, empuje lingual, empuje del frenillo, mordedura de uñas, hábitos masoquistas, respiración bucal, bruxismo, etc.

El dentista puede tratar de ayudar a desechar estos hábitos que pueden ser dañinos para el niño, pero debe tener en cuenta que deben reunirse los siguientes requisitos antes de tratar de colocar instrumento para romper hábitos nocivos:

1.- Comprensión del niño: ¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿Quiere el niño que le ayuden?

2.- Cooperación paterna: ¿Comprenden ambos padres lo que está usted tratando de hacer y le han prometido cooperación total?

3.- *Relación amistosa: ¿Ha establecido usted una relación amistosa, de manera que en la mente de éste exista una situación de recompensa, en vez de una sensación de castigo?*

4.- *Definición de la meta: ¿Han elegido los padres -- del paciente y usted una meta definida en términos de tiempo y forma y un premio material que el niño trate de alcanzar?*

5.- *Madurez: ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo? (2)*

ALIMENTACION:

La nutrición es muy importante durante el período en que las piezas están experimentando formación de matriz y -- calcificación. Está demostrado que estos procesos pueden ser influidos por la dieta materna y la del niño durante la lactancia y después. En estas circunstancias, las propiedades físicas y químicas del esmalte podrían alterarse favoreciendo la susceptibilidad o no a la caries dental. Como la formación piezas primarias y permanentes empieza en la vida uterina y continúa hasta el doceavo año de vida, a excepción de -- los terceros molares, es responsabilidad del dentista dar -- consejos dietéticos adecuados sobre salud dental a niños de corta edad y madres embarazadas.

Deberá obtenerse del paciente una historia dietética adecuada, esta historia deberá cubrir un período de por lo -- menos una semana o diez días, cuando el niño vive circunstancias normales no deberá tomarse registro de dieta cuando el niño no está observando sus hábitos alimenticios normales, -- como podría ser en período de vacaciones. (2)

Es de gran importancia no tratar de comunicar al niño o a sus padres cualquier tipo de información antes de tomar

la historia, ya que esto podría influir en el patrón dietético normal. Por ejem, si se le hace una recomendación subsecuente para reducir los alimentos entre comidas, esto no deberá discutirse en la primera entrevista al paciente. Si se discute, probablemente la historia dietética registrará un mínimo de golosinas entre comidas, aunque esto haya sido una característica normal de los hábitos dietéticos del paciente. (2)

De la Historia dietética deberemos poder extraer fácilmente la siguiente información:

- La naturaleza de los alimentos ingeridos.
- Un cálculo de la cantidad de alimentos ingeridos.
- El momento aproximado en que se ingieren los alimentos.
- El orden en que se ingieren los alimentos.

Para facilitar la cooperación del paciente, es buena idea proporcionarle una serie de hojas dietéticas con instrucciones impresas en ellas. También es buena idea disponer una revisión de la Historia dietética del primer día para poder corregir rápidamente omisiones e inconsistencia. Si esto no se hace, el paciente puede presentar una historia de 10 días inadecuada para análisis, y de esta manera se habrá perdido un tiempo valioso. (2)

Al revisar el informe dietético deberá concederse especial atención a:

- Presencia de carbohidratos fermentables retentivos.
- Frecuencia de ingestión de carbohidratos.
- Presencia y posición de alimentos detergentes en la dieta. (2)

Es de especial importancia estudiar las costumbres alimenticias del paciente antes de ir a dormir, puesto que la eliminación de estos alimentos retenidos no será ayudada por flu-

jo salival durante el sueño. (2)

Después de que el Odontólogo o el higienista haya hecho el análisis dietético, deberán revisarse cuidadosamente - los hallazgos y deberá explicarse su importancia al paciente, si este tiene edad suficiente para comprender, o a sus padres si el paciente es demasiado joven. Como estos procedimientos requieren mucho tiempo y altos niveles de conocimientos especializados deberá hacerse con mucho cuidado y de esta manera contaremos con un elemento para nuestro diagnóstico y plan de tratamiento a largo plazo inapreciable. (2)

CAPITULO II EXAMEN CLINICO

Nuestro exámen clínico en realidad ha comenzado en el momento en que el niño entra al consultorio, ya que observamos su aspecto general. (5)

Esa visión de conjunto puede orientarnos en cuanto a su estado físico y anímico. Tenemos así la impresión de un chico saludable o enfermizo, débil o robusto. Puede que ofrezca características específicas, como en el caso de un niño espástico, mongólico, paralítico, que presente algún defecto físico visible. También el niño nos ha impresionado como alegre o triste, asustado o sereno, comunicativo o retraído, expectante, farolero o fanfarrón. (5)

Pero debemos ser cautelosos al apreciar su estado de ánimo en base a estas observaciones: Más de un bravucón desafiante oculta en esa actividad su miedo profundo. (5)

La observación del perfil es también muy importante y orientadora a determinados hábitos (respirador bucal, hábito mentoniano, succión de pulgar). (5)

La observación de la facies del niño es muy orientadora no sólo en cuanto a su estado anímico sino que puede orientarse también respecto a la oclusión, asimetrías, etc. (5)

El exámen clínico de un paciente debe basarse en una disciplina que capacite al examinador para identificar la causa de una enfermedad o descubrir la enfermedad ignorada en un paciente sano aparentemente. (1)

Para exámen clínico deberá trazarse un esquema fijo,

que el Odontólogo deberá seguir sistemáticamente para evitar pasar algo por alto. (1)

El examen clínico se basa en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación. (4)

Con mucha frecuencia el examinador utiliza erróneamente sólo el método de inspección; esto no debe ser, ya que la palpación, percusión y auscultación pueden ser de un valor considerable en el examen de muchas regiones y estados patológicos. (4)

Se hace el examen del niño con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y procedimientos de examen y de manera sonriente y amable. En la mayoría de los casos un enfoque sistemático producirá mucho más información sobre alguna enfermedad no detectada y los procesos de esta, que un método de examen desordenado. (2)

En casos de urgencia, el examen dará énfasis a el lugar de la queja y utilizará los métodos que sean necesarios para llegar a un diagnóstico inmediato. En exámenes de este tipo no hay procedimientos rutinarios ni modelos fijos, las circunstancias del momento y la cooperación del niño determinarán el curso a seguir. Sin embargo, deberá efectuarse un examen completo después de que se alivie la afección de urgencia. (2)

La totalidad del examen rutinario deberá llevarse a cabo con movimientos lentos y fluidos; utilizando un mínimo de instrumentos para evitar alarmar al niño. Las preguntas del Odontólogo y sus afirmaciones deberán adoptar la forma de conservación normal. (2)

El niño deberá estar sentado cómodamente, en una si--

lla dental diseñada para niños o una silla para adultos ajustada a su tamaño. Además del foco y la jeringa de aire, únicamente se necesita un espejo y un explorador de ángulo recto. Sólo estos instrumentos deberán estar a la vista al comenzar el exámen. Si el niño es curioso deberá explicársele el nombre de cada instrumento y para que se utiliza. (2)

El exámen clínico deberá ser una evaluación a conciencia y para ello lo dividiremos en cuatro partes:

A) APRECIACION GENERAL:

- **ESTATURA:** Se hace una perspectiva general rápidamente cuando el niño entra en la sala. Probablemente se observará si el niño es muy alto o muy bajo para su edad o es normal para ella. La comprensión de la estatura requiere conocimientos prácticos de crecimientos lineales. Esto incluye las características de crecimiento en los varios períodos de edades, efectos de herencia, medio, nutrición, enfermedad, anomalías del desarrollo y secreciones endocrinas. (2)

- **ANDAR:** El niño entra en el consultorio dental el Odontólogo puede apreciar su andar y si es normal o afectado. Probablemente el andar anormal más común es el del niño enfermo que camina con inseguridad por su debilidad.

Otros tipos de andar son los de tipo inseguro hemipléjico, tambaleante, de balanceo o atáxico. Cuando se observa este tipo de andar en el niño habrá que hacer una valoración adecuada, puede interrogarse a la madre sobre cualquier cambio reciente que haya observado en el andar del niño. (2)

- **LENGUAJE.** El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad que tiene uno de reproducir sonidos que ha escuchado. Por ejemplo los niños muy pequeños con problemas de audición grave pueden tener un desarrollo del lenguaje anormal

mente lento. La conversación del niño con el Odontólogo o con la asistente permite hacer una estimación informal del lenguaje, pero debe considerarse que hay una gran variación considerada normal dentro del lenguaje.

Un Patólogo especialista en el lenguaje puede ayudar a determinar las causas y el tratamiento necesario en los casos que se sospeche trastornos del lenguaje. (2)

- MANOS: Al tomar las manos del niño entre las suyas, el Odontólogo no sólo establece comunicación cálida con él, sino que tiene la oportunidad de apreciar su salud general. (2)

En la mayoría de los casos se sentirán normales, pero de cuando en cuando podrá observarse sensación de temperatura elevada, humedad, sequedad. Las manos son una de las pocas áreas del cuerpo del niño que el dentista puede observar normalmente. Aquí pueden observarse todas las lesiones primarias y secundarias de piel tales como: máculas, pápulas, vesículas, costras o escamas. Muchos pueden ser los factores causales pueden producir estas lesiones como enfermedades exantematosas, deficiencias vitamínicas, hormonales y del desarrollo. Deberá tomarse en consideración el número, la forma, el tamaño de los dedos; las uñas pueden estar mordidas, cortas - como resultado de la ansiedad y tensión, pueden tener forma de espátula, puntiagudas, quebradizas, escamosas, espesadas, cubiertas de piel, de color diferente o incluso pueden estar ausentes como se observa en algunos casos de displasia ectodérmica. (2)

Puesto que el Dentista puede ser su único miembro -- del equipo sanitario en un periodo de varios años, su apreciación del crecimiento y desarrollo del niño pueden indicar la necesidad de valoraciones médicas posteriores. Por crecimiento se entiende la maduración física del niño, mientras que de

desarrollo significa maduración funcional. (2)

- TEMPERATURA: La fiebre o elevación de la temperatura en momentos de descanso, es uno de los síntomas más comunes experimentados en los niños. Puede existir una elevación de la temperatura después de comer, hacer ejercicio o cuando el medio no lleva al enfriamiento corporal. No se puede considerar normal una lectura única de temperatura, para todos los niños, en todos los momentos.

La mayoría de las madres consideran normal la temperatura de 37°C, el Odontólogo motivado puede ayudarles a comprender que existe en vez de este umbral fijo una gama de temperatura consideradas normales. El niño puede sentirse muy caliente en la época de temperaturas elevadas. Los abscesos dentales, las enfermedades gingivales agudas y también en algunas infecciones respiratorias y bucales dan como resultado estados febriles en los niños. (2)

No se pueden diagnosticar enfermedades específicas - tan sólo con la presencia de fiebre. Sin embargo, el grado de fiebre, su patrón y la reacción del niño son a menudo factores que indican cierta patología. (4)

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO:

Después de la apreciación general se enfoca la atención: automáticamente a la cabeza del niño. Para no olvidar - ninguna área deberá hacerse un examen sistemático.

- TAMAÑO Y FORMA DE LA CABEZA: El tamaño de la cabeza puede ser normal, demasiado grande o pequeña. La macrocefalia se debe frecuentemente a trastornos del desarrollo o traumatizantes; la microcefalia puede deberse a trastornos del desarrollo, enfermedad o traumas que afectan el sistema nervioso. (2)

Las formas anormales de la cabeza pueden ser causadas por un cierre prematuro de las suturas, interferencia del crecimiento de los huesos craneales o presiones anormales. Debe tenerse cuidado de emitir un juicio apresurado respecto al tamaño de la cabeza del niño, deberá considerarse antes el tamaño de la cabeza de los padres y de los hermanos. (2)

- PELO Y PIEL: La alopecia puede observarse en pacientes de muy corta edad. En el caso de un paciente que tiene displasia ectodérmica el pelo puede estar ausente o escaso, delgado y de color claro. Hay otros desequilibrios hormonales que pueden causar hirsutismo o crecimiento excesivo del pelo.

La piel de la cara, lo mismo que la de las manos debe observarse para detectar señales de enfermedad. Pueden observarse cierto tipo de lesiones primarias y secundarias. Mientras que la cara del niño tiende a reflejar su estado de salud general, los cambios apreciados no tienen que estar relacionados necesariamente con el problema dental. Un Odontólogo cuidadoso puede desear posponer una vista dental si ve que el niño tiene extensas y dolorosas lesiones de herpes o algún otro tipo de lesión en los labios o en la cara.

En ocasiones podemos observar asimetría facial y esta puede ser fisiológica o patológica. Los dos lados de la cara nunca son iguales. Se ha demostrado que los hábitos de los lactantes en el momento de dormir, especialmente en los que nacieron antes del término normal del embarazo, afectan a la cara de manera permanente.

Se puede producir asimetría facial patológica por presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiares. Las infecciones de origen bacteriano o viral y el traumatismo son en general las causas principales de inflamación facial en los niños. El historial y el examen bucal son de gran importancia en el momento de hacer el diagnóstico de la etiología de cual

quier inflamación de la cara. (2)

- ARTICULACION TEMPROMANDIBULAR: Existen dos métodos de diagnóstico para detectar limitación de movimiento, subluxación, dislocación o desviación mandibular:

1) Mientras se permanece de pie frente al niño, en la mejor posición que permita la silla dental, el Odontólogo puede colocar sus manos ligeramente sobre las mejillas del niño - en el área de la ATM. Hará que el niño abra y cierre la boca - lentamente, y entonces, desde céntrica cerrada, ordenará que - se mueva en excursiones laterales, pidiéndole que mastique sobre sus dientes posteriores.

2) Con una pieza de hilo dental de 15 a 18 pulgadas - hará presión contra su cara en la línea media que une la frente, la punta de la nariz y la punta de la barbilla. Hará que - el niño abra y cierre la boca lentamente y muestre los dientes al realizar estos movimientos.

Estas dos ayudas tan sencillas mostrarán las discrepancias de la unión temporomandibular y también de los desequilibrios musculares y desviaciones anatómicas desde la línea media. Debe palparse suavemente inflamación o enrojecimiento sobre la región de la articulación para determinar el grado de firmeza y extensión. Puede observarse trismus o espasmo de los músculos masticadores, cuando hay infección que sigue a una extracción de molar mandibular permanente. Se ve menos comúnmente durante la erupción de un molar inferior permanente, pero puede desarrollarse después de pericoronitis. El tétanos una enfermedad poco común en la vida actual, puede producir trismus, igual que los neoplasmas y otros trastornos más raros. (2)

- OÍDOS: El Odontólogo deberá estar consciente de cualquier deficiencia de audición en el paciente infantil.

La observación del meato auditivo externo puede revelar cierta secreción.

Generalmente la queja principal será de un dolor en la cavidad bucal que se irradia al oído, esto necesita un examen a conciencia de las piezas. El Odontólogo debe ser capaz de determinar si el dolor referido es originado por la dentadura. Si al hacer un examen clínico minucioso no se encuentra -- problema dental, deberá enviarse al niño a un médico para que le haga un examen concienzudo del oído. (2).

- OJOS: Se debe observar si el niño tiene dificultad o no para ver y si usa lentes o no. La observación de los ojos del niño deberá incluir la acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchazón o irritación alrededor del ojo, costras, conjuntivitis, defectos del iris o lagrimeo anormal .

La inflamación que está asociada como las piezas maxilares pueden extenderse a la región orbital, causando inflamación de los párpados y conjuntivitis. Algunas enfermedades generales pueden producir cambios en los tejidos oculares y bucales.

Los defectos de desarrollo de la cavidad bucal pueden tener su contrapartida en el ojo. Frecuentemente los niños con infección respiratoria alta, sinusitis crónica, alergia, etc. tienen cierta hinchazón en los párpados, o tejidos periorbitales. (2)

- NARIZ: Debido a su localización prominente, cualquier anomalía de tamaño, forma o color atrae automáticamente la atención hacia dicho órgano. En los niños el Odontólogo a menudo se encuentra con drenaje nasal que puede indicar infección respiratoria superior. Pueden ser evidentes cicatrices, lo

que puede indicar alguna reparación quirúrgica de alguna anomalía del desarrollo o traumatismo.

Algunas enfermedades infecciosas pueden dejar su huella en la nariz como ejemplo tenemos la nariz en silla de montar característica de sífilis congénita.

A causa de la gran proximidad de la nariz a la cavidad bucal, la extensión de la inflamación a través del maxilar superior puede alterar la forma, el tamaño o el color de la nariz.

La extensión de quistes o tumores desde dentro de la cavidad bucal y particularmente el maxilar superior, pueden hacer intrusión en los conductos nasales. (2)

- CUELLO: El examen del cuello se hace por observación y palpación. A medida que el Odontólogo observa la asimetría facial del niño, también observa cualquier configuración anormal del cuello. La piel del cuello está sujeta a todas las lesiones primarias o secundarias.

En el curso del examen el Odontólogo deberá mantenerse de pie detrás del niño y pasar de manera natural la parte plana de sus dedos sobre la región parótida, bajo el cuerpo de la mandíbula, hacia las regiones submaxilares, y sublinguales y desde ahí palpar los triángulos del cuello.

Con frecuencia es evidente en el paciente infantil -- agrandamientos de ganglios linfáticos submaxilares, y esto puede asociarse con amígdalas inflamadas e infectadas, y con infección respiratoria crónica. Los ganglios también pueden deberse a drenaje de infección bucal o neoplasmas.

Puesto que las enfermedades exantematosas existen en

Los niños y es muy probable que las glándulas salivales se vean afectadas, el Odontopediatra deberá estar muy atento a cualquier agrandamiento o sensación de hipersensibilidad de estos órganos. (2)

EXAMEN DE LA CAVIDA BUCAL.

La cavidad bucal es la meta del examen para diagnóstico, la apreciación general y diagnósticos sistemáticos de la cabeza y cuello sirven de introducción de la cavidad bucal del niño.

El Odontólogo deberá evitar cualquier tendencia a enfocarse su atención directamente en las piezas dentales, descuidando así otras áreas. Al concentrar sus esfuerzos en examinar los tejidos blandos de la boca y de la faringe bucal primero se podrá evitar ciertas omisiones.

El aliento de un niño sano es agradable e incluso dulce. Mal aliento o halitosis, puede ser atribuible a causas locales o generales. Los factores locales incluyen: Higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca o alimentos volátiles. Los factores generales pueden ser: Deshidratación, sinusitis, hipertrofia e infección del tejido adenoide, crecimiento maligno, infecciones entéricas y trastornos gastrointestinales. Con frecuencia los niños que sufren de elevaciones de temperatura tienen un aliento fétido característico. (2)

Los labios son la entrada a la cavidad bucal y el dentista no debe descuidarlos en su apremio por examinar las piezas. Después de observar tamaño, forma, color, textura de la superficie; deberán ser palpados usando el pulgar y el índice.

Con frecuencia se ven en los labios úlceras, vesículas, fisuras y costras. Los labios protegen a los dientes del trauma y por lo tanto, son lugar frecuente de contusión en los niños.

Reacciones nutricionales o alérgicos pueden causar cambios dra
máticos en los labios. Cualquier inflamación o masa deberá ser
 palpada entre el pulgar y el índice para observar el tamaño y
 la consistencia. A medida que se retraen los labios el Odontó-
 logo podrá observar la mucosa labial. Cualquier lesión o cam-
 bio de color o de consistencia de la membrana mucosa deberá --
 ser evaluada cuidadosamente.

Al proseguir dentro de la boca puede observarse la mu
cosa bucal, teniendo en cuenta los puntos de referencia anató-
 micos normales que están dentro del área, más visible de estos
 es la papila en el orificio de Stensen, desde la glándula paró
tida. Esta papila puede estar inflamada o agrandada, y el co-
 mienzo del sarampión puede verse rodeada de pequeños puntos --
 azulados y blanquesinos rodeados de rojo. También pueden pal-
 parse con el dedo índice y pulgar las inflamaciones de la meji
lla. Las lesiones más comunes que se observan en la mucosa la-
 bial o bucal de los niños son las que se asocian con virus de
 herpes simple.

Normalmente, la mucosa labial y bucal son de color ro
sado, sin embargo, la melanina puede causar una pigmentación -
 fisiológica normal de color pardo. La enfermedad de Adison y -
 la poliposis intestinal pueden causar una pigmentación patoló-
 gica pardusca o negra azulada en este tejido. (2)

Los procedimientos de exámen dentro de la cavidad bu-
 cal generalmente estimulan salivación excesiva en los niños. -
 Podrá observarse la calidad de la saliva que puede ser muy del
gada, normal o extremadamente viscosa. Parotiditis epidémica o
 paperas se caracteriza por una inflamación muy sensible y algo
 dolorosa, unilateral o bilateral, de las glándulas salivales.
 Una secreción excesiva o purulenta del conducto de Stensen pue
de indicar otros trastornos de la glándula parótida. Las glán-
 dulas salivales sublinguales y submaxilares también pueden vol

verse hipersensible, inflamadas o pueden tener secreciones al teradas cuando existen infecciones generales. (2)

El Odontólogo debe observar el tejido gingival y las uniones gingivales. El frenillo labial situado en la línea media de los maxilares puede ser responsable de un espaciamiento anormal entre los incisivos centrales. El color, el tamaño, forma, consistencia y fragilidad capilar de la encía deberá tomarse en consideración. Color rojo e inflamación pueden deberse a higiene bucal inadecuada. Sin embargo, el Odontólogo debe estar siempre consciente de que el tejido gingival reacciona con mucha sensibilidad a cambios metabólicos y nutricio nales, a ciertas drogas y a trastornos del desarrollo.

Cuando hace erupción una pieza el tejido gingival -- que lo rodea puede inflamarse y volverse doloroso e hinchado. Estas áreas frecuentemente se ven traumatizadas por las piezas opuestas. Fistulas en tejido gingival unido acompañados -- de sensibilidad, dolor y movilidad del diente, son generalmen te diagnósticos de piezas con absceso. Aunque en los niños no se observan estomatitis auténticas de Vicent, con papilas gin givales erosionadas, puede existir una afección similar pero más benigna. La combinación de higiene inadecuada, desnutri ción pueden contribuir a la gravedad de esta enfermedad. (2)

Deberá pedirse al niño que extienda la lengua de manera que el examinador observe su forma, tamaño, color y movi miento.

El agrandamiento patológico de la lengua puede deberse a cretinismo o mongolismo, o puede asociarse con un quiste o neoplasma. Una descamación de las células superficiales aso ciadas con cambio de color y sensibilidad, puede deberse a -- ciertas avitaminosis, anemia o trastornos de tensión. Si el -- frenillo lingual es anormalmente corto puede evitar que la -- lengua se incline hacia adelante; este frenillo puede ser la

causa de ciertos defectos de la fonación. (2)

Para poder examinar el dorso de la lengua en detalle, se deberá tomar la punta de la lengua con una gasa colocada entre el pulgar y el índice y se extrae delicadamente, se puede observar en este momento cualquier tipo de masa o úlceras. La superficie de la lengua es relativamente suave y deslissante.

Aunque las papilas filiformes están presentes desde el momento del nacimiento no se vuelven alargadas hasta el período de la edad preescolar. (2)

La sequedad de la boca puede deberse a deshidratación o puede observarse en los niños que respiran por la boca. La lengua puede tener un color blanco, grisáceo o pardusco en estado febril o etapas tempranas de enfermedades exantematosas. (2)

Deben observarse las costumbres con la lengua para -- descubrir posibles asociaciones con maloclusión. (2)

El Odontólogo muy a menudo olvida totalmente el lado inferior de la lengua. Esta área se debe examinar para buscar cualquier tipo de inflamación que podrían ser quistes o ulceración. La hinchazón en el suelo de la boca puede hacer que la lengua se eleve y afecte a la fonación y el movimiento lingual del niño. Las aberturas de las glándulas salivales menores se pueden obturar, causando un quiste de retención de mucosa o ranula. (2)

La cabeza del niño deberá ser inclinada ligeramente hacia atrás para poder observar directamente la forma, el color y la presencia de cualquier tipo de lesión en el paladar blando y duro. La consistencia de cualquier inflamación deberá ser investigada por medio de la palpación. Las cicatrices en el paladar pueden ser evidencia de traumatismos o intervencio-

nes quirúrgicas que se hicieron para reparar anomalías del desarrollo. También observaremos si existen cambios de color que pudieran ser causado por neoplasias, enfermedades infecciosas o sistémicas, traumas o agentes químicos. (2)

Para examinar el área de la faringe y de las amígdalas, el examinador deberá deprimir la lengua con un espejo de mano o con una espátula para observar cualquier cambio de color, úlceras o inflamación. Muy a menudo es aconsejable que el Odontopediatra sugiera que el niño sea examinado por su médico si considera que sus amígdalas están gravemente infectadas y puede ser causa contribuyente de mala salud. (2)

Pueden hacerse ciertas observaciones básicas de la dentadura en general antes de formular diagnósticos sobre las piezas individuales. Esto incluye el número de piezas, tamaño, color, oclusión, y malformaciones. (2)

Número de piezas: Raramente ve el Odontopediatra un niño que sufre ausencia completa de piezas (Anodoncia). En algunos trastornos del desarrollo, la anodoncia parcial o la Oligodoncia es un factor diagnóstico. La ausencia de piezas únicas es mucho más importante en dentaduras permanentes que en primarias.

Un trastorno de la erupción puede hacer que existan demasiadas piezas o pocas, según exista un patrón de erupción retrasado o precoz. Ciertos trastornos del desarrollo pueden causar una desorganización de los patrones normales de erupción, dañaduras precoces pueden resultar de ello, y el número de piezas presente varía en gran medida. (2)

También observaremos el tamaño de las piezas. Es raro encontrar macrodoncia o microdoncia auténtica. Sin embargo, pueden encontrarse piezas separadas o pequeñas. Asimismo los dien-

tes separados tienden a parecer más grandes como ocurre en la geminación y en la fusión. La herencia desempeña generalmente el papel principal en la predeterminación del tamaño de las piezas. Anomalías hormonales y del desarrollo serán otros factores que habrá que tomar en consideración. (2)

Observamos el color de las piezas. La tinción anormal de las piezas pueden dividirse en dos tipos: Extrínseca o Intrínseca. La tinción extrínseca puede deberse a bacterias cromogénicas, que pueden invadir depósitos de materia alba y cálculo, causando una gama de colores en las piezas de los niños.

El cambio de color del esmalte y la dentina se debe probablemente a factores intrínsecos tales como discrasia sanguínea, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, resorción interna y drogas tales como la serie de tetraciclinas. (2)

Se debe observar la oclusión de las piezas y esto puede hacerse pidiéndole al niño que muerda sobre sus dientes posteriores. Cuando el niño cierra, el dentista guía la mandíbula suavemente a la posición más retrógrada, pero cómoda de los condilos. La interdigestión de molar y canino deberá ser comprobada cuidadosamente de manera bilateral. Al detectar maloclusión en su etapa temprana se debe informar a los padres que más adelante será necesario consultar a un Ortodoncista. (2)

Lesiones físicas e hipoplasia del esmalte son las causas más comunes de dientes malformados. Adicionalmente las piezas pueden estar dilaceradas, empequeñecidas, geminadas, fusionadas con talladuras y en forma de clavo, que pueden ser causados por trastornos del desarrollo, hereditarios o sistémicos.

Las caries son causa de más desnutrición de tejidos dentales que cualquier otro tipo de afección. Es deber del Odontopediatra detectar este proceso patógeno en sus etapas más tempranas.

nas por medios clínicos y radiografías. (2)

Existen ciertas diferencias anatómicas en piezas primarias tales como cámaras pulpares extremadamente grandes, cuernos pulpares prominentes y su proximidad a las superficies externas de las piezas que hacen imperativo descubrir inicialmente lesiones incipientes y que se traten con prontitud.

La detección de lesiones incipientes en las piezas pueden detectarse por varios métodos; Con un espejo y un explorador afilado se puede caries en fosas y fisuras y también caries cervicales. Si se quieren descubrir lesiones interproximales son esenciales las radiografías especialmente los amplios contactos de molares primarios. Sin embargo, la mayoría de las regiones podrán detectarse mejor si antes del examen se ha limpiado las piezas y estas permanecen secas durante el examen. (2)

No hay ninguna excusa válida para hacer exámenes precipitados en niños muy pequeños. El éxito de cualquier tratamiento dental dependerá de la prontitud con que descubran y se traten las lesiones. Cualquier surco o fosa profunda que parezca dudosa deberá ser restaurado. (2).

FONACION, DEGLUSION Y MUSCULATURA PERIBUCAL:

Debemos observar al niño mientras habla, mientras deglute y poner especial atención en la musculatura peribucal.

Debemos observar las posiciones de la lengua durante la fonación. Balbuceos y ceceos anteriores o laterales. Debemos observar la forma de la lengua en posición de descanso, acción mentalis en el momento de tragar y posición de los labios en -- descanso. (2)

CAPITULO III

EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

Las pruebas de laboratorio son importantes a menudo para confirmar o establecer un diagnóstico. Es de primordial importancia saber reconocer cuando es necesario emplearlas; no como un sustituto de una historia y de un examen clínico del paciente. El depender de esas pruebas y subestimar estas últimas es ignorar su verdadero valor. Tal procedimiento lleva a errores de diagnóstico y causa gastos innecesarios a los pacientes. (4)

Los estudios de laboratorio constituyen una ampliación de la exploración física. Se obtienen del paciente tejidos, sangre, orina y otras muestras que se someten a estudio microscópico, bioquímico, microbiológico o inmunológico. Al avanzar nuestros conocimientos de la amplia gama de enfermedades susceptibles de afectar la cavidad bucal, se aprovecha cada vez más la información derivada de estas pruebas. (1)

Es raro que una prueba de laboratorio aislada permita diagnosticar la naturaleza de una lesión bucal, pero si se interpreta a la luz de la información obtenida del interrogatorio y de la exploración física será de gran utilidad. (1) Los exámenes complementarios que generalmente se utilizan son los siguientes:

RADIOGRAFIA:

Las radiografías dentales cuando se correlacionan con la historia del caso y el examen clínico son los complementos más importantes en el diagnóstico bucal. (2)

Las radiografías bien tomadas, examinadas bajo condiciones de luz apropiadas pueden revelar signos de enfermedad que ningún otro método es capaz de descubrir. Hay numerosos -

procesos patológicos que no pueden descubrirse clínicamente - hasta que no han alcanzado cierto desarrollo, una radiografía puede revelarlos siendo todavía incipiente. Esto puede aplicarse a los quistes Odontológicos y tumores, neoplasias óseas, etc. (4)

Aunque se desdeña muy a menudo la radiografía es la -- ayuda más importante para la acertada práctica de la Odontopediatría. La primera visita al consultorio dental proporciona un medio agradable e indoloro de introducir al niño al tratamiento. (2)

Cualquier tipo de miedo subjetivo a la radiografía que sienta el paciente puede disiparse fácilmente demostrando cómo se toman las radiografías. La confianza que adquiere el niño en este momento será muy valiosa en visitas futuras. (2)

Hay tan pocos niños que escapan de las enfermedades -- dentales que la mayoría de las personas llegan a su primer -- contacto con la Odontología en la infancia. Dado que las primeras impresiones son las más duraderas, es extraordinariamente importante que cualquier servicio prestado al niño sea de gran utilidad. El estado de la dentadura del paciente al llegar a la madurez dependerá en gran medida de la cantidad y la calidad del servicio dental recibido durante la infancia. (2)

Los servicios dentales adecuados para niños pequeños - necesitan uso extensivo de este medio de diagnóstico para que la Odontología pueda satisfacer el ideal de una ciencia auténticamente preventiva. (2)

La radiografía tiene aplicaciones extremadamente am-- plias en la práctica Odontopediátrica. Los niños tal vez necesitan más de la radiografía que los adultos, ya que en ellos la preocupación principal en todo momento son los problemas -

de crecimiento y desarrollo y los factores que los alteran. El papel de la radiografía muy a menudo se considera como só lo un auxiliar del diagnóstico. No debe olvidarse el papel que desempeña en tratamientos como la endodoncia por ejem., en donde desempeña un papel inapreciable y cuando se comprueba el estado del paciente como ocurre en las fracturas y en el mantenimiento de registros. (2)

Basicamente la radiografía de cualquier área proporciona información sobre la forma, el tamaño, posición, densidad relativa y número de objetos presentes en el área. Al reunir esta información la persona que realiza el diagnóstico deberá comprender las limitaciones de la radiografía. (2)

Las principales limitaciones de la radiografías estriban en que muestran una imagen bidimensional de un objeto -- tridimensional y que los cambios en los tejidos blandos no son visibles.

La primera limitación dificulta la evaluación de un área u objeto, cuando en la radiografía está superpuesto a otra área u objeto. La segunda limitación destaca el hecho de que la información proporcionada por la radiografía, se refiere principalmente a estructuras calcificadas. Aparte de estas limitaciones la información que se obtiene sobre las estructuras básicas es extremadamente valiosa, por que esta información en su mayor parte no puede ser obtenida por ningún otro medio a la disposición del dentista. (2)

La radiografía puede emplearse para obtener la siguiente información: Caries, anomalías, alteraciones de la calcificación de las piezas, alteraciones del crecimiento y desarrollo, alteraciones del periodonto, cambios en la integridad de las piezas y evaluación pulpar.

Para realizar los estudios radiográficos en niños se utilizan diferentes tipos de películas. Las más usuales son:

- Radiografía panorámica: Debido a que abarca en una sola imagen el sistema estomatognático podemos obtener datos importantes sistemáticamente con solo una fracción de la radiación necesaria para hacer un exámen intrabucal total, todo el proceso tarda menos de 90 seg. y el revelado se limita a una sola película. (3)

Para guiar una oclusión en desarrollo, las radiografías panorámicas anuales son de gran valor así como para determinar fácilmente el estado de desarrollo dentario. (3)

- Radiografía lateral de cráneo: Este tipo de Radiografía sirve para hacer la cefalometría usando combinaciones de datos dimensionales y angulares, basándose en los diferentes puntos de referencia. La cefalometría proporciona datos valiosos como: crecimiento y desarrollo, anomalías cráneo-faciales, tipo facial, análisis del caso y progreso del mismo-análisis funcional etc. (3)

- Radiografías periapicales: Estas radiografías pueden utilizarse de la siguiente manera:

A) Estudio periapical completo: Está indicado cuando se piensa realizar procedimientos restaurativos extensos, se preve la necesidad de tratamiento periodontal completo, se sospeche un trastorno general o proceso patológico de cualquier tipo, cuando sea necesario confirmar la existencia de deformaciones óseas o dentales.

B) Estudio de un cuadrante: Se utiliza para estudios de control.

C) *Vista periapical simple*: Esta indicada en: Endodoncia, cirugía, tratamientos de urgencia, auxiliar de diagnóstico. (4)

- *Radiografía de aleta mordible*: Estas están indicadas junto con el estudio completo de la boca, para determinar si existe caries interproximal, en las visitas de control y para las restauraciones antes y después de cementarlas. (4)

- *Radiografías Oclusales*: Esta indicada cuando se sospeche la presencia de dientes retenidos o supernumerarios y para localizar tumores, quistes o cuerpos extraños. (4)

ANÁLISIS DE SANGRE:

Hay ocasiones en que el práctico general puede tener necesidad de evaluar ciertos signos y síntomas clínicos de una enfermedad por medio de exámenes de sangre. Son de importancia particular para el Odontólogo los principios del diagnóstico hematológico asociado con anemias, policitemias, hemorragias, infecciones, adenopatias y leucemias. Serán el examen clínico y la historia del caso los que originando un diagnóstico presuntivo de ese tipo, determinen la necesidad de estudio hematológico. (4)

Los análisis de sangre que generalmente pide el Odontólogo son los siguientes:

- *Química Sangünea*: las Radiografías dentales muestran lesiones de los maxilares, y se sospecha de enfermedades óseas generalizadas como la enfermedad de paget, displasia fibrosa, hiperparatiroidismo primario o secundario, osteoporosis, mieloma múltiple, sarcoma osteogénico o metástasis tumorales, se acostumbra pedir mediciones de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina en suero como estudios preliminares; además urea, colesterol y glucosa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La determinación de glucosa en sangre es muy importante para antes de empezar a atender a nuestro paciente si sospechamos que es diabético o para saber si está controlado, - ya que no es conveniente atender a un paciente diabético no controlado ya que ponemos en peligro su vida. (4)

- **Biometría Hemática:** Es el recuento total de glóbulos rojos y blancos, fórmula leucocitaria, medición de hemoglobina y se realiza cuando se sospeche que nuestro paciente pudiera tener anemia, leucemia, infecciones, etc.

- **Tiempo de Coagulación:** Es una prueba para determinar alteraciones en el tiempo de coagulación y actividad antiaglutinante el tiempo normal depende de la prueba utilizada; - por el método de Lee White es de 4 a 12 min. Un tiempo prolongado no indica una alteración específica y sólo orienta - hacia anomalías de los factores plasmáticos de coagulación. No indica en si mismo una ausencia de fibrinogeno, una deficiencia de protombina o la presencia de hemofilia, puesto - que es necesario evaluar numerosos factores para interpretar un tiempo de coagulación prolongado. (4)

- **Tiempo de sangrado:** Puede ser necesario llevar a cabo otras pruebas de laboratorio según las necesidades del paciente. Así un paciente que ha presentado hemorragia prolongada después de extracciones o al hacerse heridas pequeñas - puede pedir otras pruebas como: Tiempo de protombina y coagulación.

El tiempo de sangrado es de tres minutos. (Prueba de Duke. (4)

BIOPSIA:

Consiste la biopsia en la obtención, casi siempre por medios quirúrgicos, de tejidos vivos para examen microscópico.

co.

Dada la facilidad relativa con que se extirpan pequeñas muestras de tejido de la cavidad bucal, constituye uno de los métodos más fidedignos y frecuentemente usado por el dentista.

Los métodos son sencillos y pueden realizarlos el dentista con esfuerzo mínimo y sin pérdida de tiempo y sin grandes molestias para el paciente. (7)

Se pueden realizar diferentes tipos de biopsias:

- *Biopsia Incisional*: Se refiere a la extirpación de un fragmento pequeño, casi siempre una muestra cuneiforme o elíptica.

Se emplea este tipo de biopsia en lesiones grandes o difusas en las cuales el diagnóstico constituye la preocupación primaria del dentista. (7)

- *Biopsia Excisional*: Todas las lesiones pequeñas y algunas grandes que pueden extraerse sin cirugía extensiva, deben extirparse en su totalidad. Por otra parte está indicada la extirpación de los nevos pigmentarios y las malformaciones vasculares.

Cuando se sospeche de cáncer, pero no concuerden signos clínicos al respecto, debe obtenerse tejido normal en profundidad y extensión suficiente. (7)

- *Biopsia de socabado*: Se practica con un instrumento especial parecido a una pinza, que extrae un pequeño segmento de tejido. (7)

- *Biopsia de aguja*: Consiste en la extracción de peque-

ños fragmentos de tejido de estructuras profundas por medio de una aguja de gran calibre (Aguja de Van-Silverman) y estilete.

Aparte de su empleo en lesiones profundas y relativamente inaccesibles de los tejidos blandos, no se recomienda este tipo de biopsia, ya que la muestra es demasiado pequeña y resulta difícil la orientación para el corte. (7)

- Biopsia Exploradora: Se refiere al tejido obtenido durante la exploración quirúrgica de una lesión como la que - podría encontrarse en el interior de un hueso con localización central.

No puede anticiparse esta biopsia a la exploración -- quirúrgica, ya que se obtiene cuando se encuentra tejido -- que por su aspecto indica la necesidad de un exámen histológico. (7)

Indicaciones de la Biopsia:

- Cuando se sospecha la presencia de neoplasia benigna o maligna, cuando el cáncer es evidente.

- En algunas lesiones cuando no se presentan signos y síntomas que sugieran el diagnóstico.

- Para confirmar un diagnóstico clínico al parecer -- evidente. (7)

Contraindicaciones de la Biopsia:

- La debilidad extrema, cardiopatías, infecciones agudas, tendencias hemorrágicas y otros padecimientos en los -- cuales esta contraindicada la cirugía menor.

- En la mayor parte de los casos no debe practicarse

la biopsia en sujetos con cáncer evidente. (7)

CITOLOGIA EXFOLITIVA:

Se refiere a la obtención de células superficiales para examen citológico. Durante los últimos años estudios intensivos al respecto han demostrado la utilidad de frotis citológicos para examen bucal. Cuando se recurre a este método se debe tener muy en cuenta las indicaciones de este estudio y sus limitaciones. (7)

La técnica de citología exfoliativa se ha recomendado como un método simple y económico de laboratorio y razonablemente preciso para la detección de enfermedades de la boca. (7)

Las ventajas de este método son:

- Se necesita limitada cantidad de equipo.
- El procedimiento es simple y puede realizarse sin anestesia ni equipo quirúrgico.
- El tiempo empleado es mucho más corto que cualquier otro método.
- No origina el mismo grado de ansiedad o provoca el mismo grado de temor al cáncer en el paciente.
- Es un procedimiento simple y económico de laboratorio.

Las desventajas son las siguientes:

- Sólo permite el reconocimiento de lesiones superficiales.

- Si la superficie de la lesión está fuertemente queratinizada, el reducido material que se obtiene no será suficiente para demostrar el carácter típico de la lesión.

- Existen muchos procesos patológicos fuera del cáncer, producen lesiones blancas que no son precancerosas, ni pueden ser diagnósticas por células exfoliadas.

- En otras partes del organismo, las células exfoliadas se mantienen en los líquidos orgánicos, pero en la boca son eliminados continuamente.

- Aunque la técnica es simple a veces no se realiza en la forma adecuada por lo que el material no resulta representativo.

- Un informe negativo sobre el material suministra -- una falsa seguridad sobre el estudio adecuado de la zona de lesión.

- Un extendido positivo nos indica la necesidad de -- biopsia. (7)

Las indicaciones de la Citología exfoliativa son:

- Estudio rápido de laboratorio de una lesión bucal -- que por su aspecto clínico puede resultar maligna.

- Estudio de laboratorio de una lesión bucal que por su aspecto clínico puede ser maligna, cuando el dentista no obtiene autorización de tomar una biopsia.

- En pacientes con lesiones premalignas múltiples.

- Para el estudio seriado de laboratorio de una mucosa previamente sometido a excisión o irradiación para combatir un tumor maligno.

- Para el estudio de lesiones vesiculares (Herpes, --

penjigo, etc.) cuando no es posible el estudio de Tzank. (7)

La clasificación empleada en los reportes de citología exfoliativa es la siguiente:

Clase I	Células normales.
Clase II	Algunas células atípicas sindatos de malignidad.
Clase III	Cambios poco precisos de la imagen nuclear no hay pruebas definitivas de malignidad.
Clase IV	Posible malignidad.
Clase V	Cambios malignos evidentes. (7)

MODELO DE ESTUDIO:

Los modelos de estudio pueden ser ayudas importantes para el diagnóstico y para la preparación del plan de tratamiento. (4)

Los modelos proporcionan una copia razonable de la oclusión del paciente. Aparte del exámen clínico minucioso, es bueno contar con un juego de modelos de yeso para correlacionar datos adicionales tomados de las radiografías intrabucales y cefalométricas. El dentista no deberá depender de la memoria y de sus apuntes al tratar de definir el estado preciso de la oclusión del paciente. (1)

Los modelos de estudio tomados en un momento determinado durante el desarrollo del niño constituyen un registro permanente de esta situación ligada al tiempo. (1)

Los modelos de estudio junto con los datos obtenidos sucesivamente constituyen un registro continuo o falta del mismo, si tales registros han sido realizados anteriormente por otro dentista, sería conveniente pedirselos.

Aunque la clasificación y las malposiciones individuales de dientes y arcadas, sobre mordida vertical u horizontal y demás hayan sido registrados en el exámen clínico, es tos pueden ser corroborados con el análisis cuidadoso de los modelos de estudio (1).

La medición de las arcadas, discrepancia en el tamaño de los dientes, espacio existente, longitud total de las ar ca da s son más precisos cuando se realizan en modelos de estudio en la boca del paciente. (1)

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

A la conclusión que llegamos al elaborar esta tesis es la siguiente:

- Es muy importante tratar a nuestro paciente como un ser total y no sólo como una boca más que hay que restaurar.

- Al hacer un diagnóstico integral de nuestro paciente infantil habrá más probabilidades de éxito en nuestro tratamiento y podrán detectarse y prevenirse ciertas anomalías y maloclusiones.

- Los estudios diagnósticos ordinarios o especiales reducen al mínimo las reacciones generales indeseables, desagradables y a veces graves, frente a ciertos tipos de tratamiento Odontológico.

- Al hacer un diagnóstico integral tenemos un medio donado para educar a nuestro paciente y mientras mejor conozca el paciente los objetivos generales y los detalles del tratamiento mayor será su cooperación.

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

- 1.- Burket W. Lester
Medicina Bucal
Sexta Edición
Edit. Interamericana
1977
Pags. 9, 10, 14, 18

- 2.- Finn Sidney
Odontología Pediátrica
Cuarta edición
Edit. Interamericana
1980
Pags. 63a78, 326a329, 461a463

- 3.- Graber T.M.
Ortodoncia teoría y práctica
Tercera edición
Edit. Interamericana
1981.
Pags. 404, 410

- 4.- Kerr A. Donald
Diagnóstico Bucal
Cuarta Edición
Edit. Mundi
1980
Pags. 48a51, 56a58, 61, 62, 283, 325,
326, 331a334

- 5.- *Leyt Samuel*
Odontologla Pediatrica
Primera edición
Edit. Mundi
1980
35, 36, 43, 44

- 6.- *Mc. Donald Ralph E.*
Odontologla para el niño y el adolescente
Segunda edición
Edit. Mundi
1975
Pags. 1, 3

- 7.- *Shafer William G.*
Tratado de Patologla Bucal
tercera edición
Edit. Interamericana
1977
548, 539, 550