

879522

12
2ej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

“SALUD DENTAL EN LA INFANCIA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

ADA ELISA PRIEGO MODESTO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CHIHUAHUA, CHIH.

1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN	+++++	6
CAPÍTULO I	DEFINICIÓN DEL PACIENTE INFANTIL	9
CAPÍTULO II	ASPECTOS PSICOLÓGICOS, - COMPORTAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL	22
CAPÍTULO III	LOS DIENTES Y LA PATOLOGÍA PEDIÁTRICA	59
CAPÍTULO IV	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	79
CAPÍTULO V	PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN SANI- TARIA, CEPILLADO Y CONTROLES DENTALES REGULARES	136
CONCLUSIONES	+++++	155
BIBLIOGRAFÍA	+++++	157

I N T R O D U C C I Ó N .

LA ODONTOLOGÍA INFANTIL PUEDE CONSIDERARSE COMO EL SERVICIO MÁS NECESITADO Y SIN EMBARGO, ES EL MÁS OLVIDADO ENTRE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL DENTISTA. 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.

CUANDO UN DENTISTA ASUME LA RESPONSABILIDAD DE TRABAJAR CON NIÑOS, DEBE PREVER QUE LA TAREA LE RESULTARA 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 SE UTILIZAN PARA ADULTOS, PERO OTRA PARTE ES ÚNICA Y PERTINENTE SOLO PARA NIÑOS.

SI EL ODONTÓLOGO CONSCIENTE EN HACER EL ESFUERZO ADICIONAL QUE SE REQUIERE PARA DOMINAR EL TEMA, SE DARÁ CUENTA DE QUE TRABAJAR CON NIÑOS ES UNA DE LAS EXPERIENCIAS MÁS SATISFACTORIAS QUE PUEDE EXPERIMENTARSE EN TODAS LAS PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS.

LA ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS REQUIERE ALGO MÁS QUE CONOCIMIENTOS DENTALES COMUNES, PUESTO QUE SE ESTÁ TRATANDO CON ORGANISMOS EN PERÍODO DE FORMACIÓN. TAN SOLO EN LOS NIÑOS SE ENCUENTRA ESTE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RÁPIDOS DONDE -- LOS INDIVIDUOS ESTÁN EN CONSTANTE CAMBIO. LA ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS TRATA GENERALMENTE DE LA PREVENCIÓN. EL DENTISTA QUE TRABAJA CON NIÑOS TIENE TRES RESPONSABILIDADES:

- 1) PARA CON SU PACIENTE,
- 2) PARA CON SU COMUNIDAD
- 3) PARA CONSIGO MISMO.

1.- PARA CON SU PACIENTE.

LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA SU PACIENTE REQUIERE QUE USE BUEN JUICIO AL PLANEAR Y LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO.

PARA CUMPLIR CON SU RESPONSABILIDAD HACIA EL PACIENTE, EL DENTISTA DEBE SER CAPAZ DE MANEJAR BIEN A LOS NIÑOS. LA FALTA DE CAPACIDAD PARA MANEJARLOS PUEDE FRUSTRAR TODO INTENTO DE REALIZAR ODONTOLOGÍA DE GRAN CALIDAD. LA BUENA ODONTOLOGÍA NO EMPIEZA EN LA SILLA DENTAL, EMPIEZA EN CASA CON HIGIENE BUCAL ADECUADA, UNA DIETA SENSATA CON RESTRICCIONES DE CARBOHIDRATOS, LA PARTICIPACIÓN EN LOS ESFUERZOS

DE LA COMUNIDAD PARA FLUORIZAR EL AGUA Y CON EL ESTABLECI--
MIENTO DE PROGRAMAS DENTALES PARA LOS INDIFERENTES. LA --
ODONTOLOGÍA INFANTIL AFECTA A EDUCACIÓN Y SERVICIO.

2.- PARA CON SU COMUNIDAD.

DEBE ASUMIR EL LUGAR QUE LE CORRESPONDE DE SU PROFE---
SIÓN JUNTO CON EL PEDIATRA, EL TRABAJADOR PARA LA SALUD PÚ-
BLICA EN LA MEJORA DE LA SALUD GENERAL DE LA COMUNIDAD.

EL MEJOR MÉTODO DE EDUCAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNI-
DAD ES A TRAVÉS DE PROGRAMAS PÚBLICOS DE SALUD DENTAL.

3.- PARA CONSIGO MISMO.

EL DENTISTA NUNCA DEBERÁ TOMAR SUS RESPONSABILIDADES A
LA LIGERA, NO PUEDE DAR POR TERMINADO SU APRENDIZAJE Y DEBE
IR CRECIENDO EN SUS CONOCIMIENTOS.

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN DEL PACIENTE INFANTIL.

ES EL ESTUDIO DEL SER HUMANO DURANTE SUS ETAPAS DE -- CRECIMIENTO SOMÁTICO Y DE DESARROLLO FUNCIONAL, PSICOLÓGICO Y SOCIAL SIEMPRE CORRELACIONADOS CON EL AMBIENTE EN QUE SE DESENVUELVE. CONCEPTÚA AL NIÑO COMO UN SER EN EVOLUCIÓN CONSTANTE, COMO AL FUTURO ADULTO Y NO COMO "UN HOMBRE PEQUEÑO".

n) CLASIFICACIÓN EN RELACIÓN A LA EDAD.

— ETAPAS: SE CONSIDERAN TRES PERÍODOS DENTRO DE LA EDAD INFANTIL: PRIMERA INFANCIA QUE COMPRENDE DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 30 MESES, ÉPOCA EN LA CUAL TERMINA LA PRIMERA DENTICIÓN; SEGUNDA INFANCIA QUE ABARCA DE LOS 2 Y MEDIO -- AÑOS A LOS 7 AÑOS EN QUE NORMALMENTE APARECEN LAS PRIMERAS PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES Y TERCERA INFANCIA O INFANCIA MAYOR QUE COMPRENDE DESDE LOS 7 AÑOS HASTA LA ETAPA DE LA-PUBERTAD, 12 A 13 AÑOS EN LA MUJER, 13 A 14 AÑOS EN EL HOMBRE.

DENTRO DE LA PRIMERA INFANCIA DEBE CONSIDERARSE AL RECIÉN NACIDO, QUE ES TODO NIÑO MENOR DE 30 DÍAS Y AL LACTANTE, TÉRMINO CON EL QUE SE DESIGNA AL NIÑO DURANTE EL PRIMER AÑO DE EDAD, DE ACUERDO CON EL TIPO DE ALIMENTACIÓN -- LÁCTEA PREFERENTE QUE TIENE, AÚN CUANDO EN LA ACTUALIDAD -- LA DIETÉTICA INFANTIL COMPRENDE, DURANTE ÉSTE LAPSO, OTROS ALIMENTOS TAN IMPORTANTES COMO LA LECHE MISMA.

SE CONSIDERAN TRES ÉPOCAS EN LA INFANCIA CON MENOS RIGORISMO DE FECHA: LACTANTES O SEAN NIÑOS HASTA DE 18 A 24 MESES. PRE-ESCOLARES QUE SON LOS PEQUEÑOS DE 2 A 6 AÑOS, Y ESCOLARES NIÑOS MAYORES DE 7 AÑOS.

EN LA ACTUALIDAD, POR RAZONES PRÁCTICAS, SE DESIGNA-- COMO RECIÉN NACIDO A TODO NIÑO MENOR DE 28 DÍAS.

EL PERÍODO NEONATAL INMEDIATO ABARCA LA PRIMERA SEMANA DE EDAD.

SE DESIGNA AL NIÑO LACTANTE DURANTE LOS 12 PRIMEROS -- MESES DE VIDA; ES VULGARMENTE EL NIÑO DE BRAZOS, YA QUE LA DEAMBULACIÓN SE INICIA JUSTAMENTE AL AÑO DE EDAD.

A ÉSTE LAPSO DE LA INFANCIA SE LE CONCEDE GRAN IMPORTANCIA PORQUE DENTRO DE ÉL ACONTECEN LOS COMPLEJOS FENÓMENOS DEL CRECIMIENTO MÁS ACTIVO Y DESARROLLO FUNCIONAL Y --

PSÍQUICO. ES LA EDAD EN QUE, ADEMÁS, LA ALIMENTACIÓN PRESENTA PECULIARIDADES SOBRESALIENTES, POR SER PREDOMINANTEMENTE LÍQUIDA Y A BASE DE LECHE DURANTE LA CUAL INICIA EL DESTETE Y LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS NO LÁCTEOS.

DURANTE ÉSTA ÉPOCA SE OBSERVAN CON MAYOR FRECUENCIA -- TRASTORNOS DIGESTIVOS, RESPIRATORIOS, INFECCIOSOS Y DE LA NUTRICIÓN Y ES LA EDAD TAMBIÉN, EN LA CUAL LOS CUIDADOS -- PERSONALES, HIGIÉNICOS Y DE PROFILAXIA NECESITAN PRODIGARSE CON EXTREMA SOLICITUD. ES LA ETAPA EN LA QUE SE REGISTRA UNA MORBILIDAD EXTRAORDINARIAMENTE ELEVADA.

LA SEGUNDA INFANCIA, O EDAD PRE-ESCOLAR, SE CARACTERIZA POR CRECIMIENTO SOMÁTICO UNIFORME, AÚN CUANDO MENOS --- ACENTUADO QUE DURANTE LA PRIMERA INFANCIA, Y POR EL DESARROLLO PSÍQUICO Y FUNCIONAL, ESPECIALMENTE DEL SISTEMA NERVIOSO QUE COMPRENDE LA COORDINACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS PERIFÉRICOS, EL DESARROLLO DEL LENGUAJE, EL AUMENTO ASCENDENTE DE LA ESFERA COGNOSCITIVA, LA INESTABILIDAD EMOCIONAL; EN ÉSTA ETAPA TAMBIÉN SE VA ESTABLECIENDO LA MADURACIÓN DE LOS PROCESOS INMUNOLÓGICOS. LA MORBILIDAD DURANTE ESTA -- FASE DE LA VIDA INFANTIL ESTÁ DOMINADA POR PROCESOS INFECCIOSOS: FIEBRES ERUPTIVAS, DIFTERIA, MENINGOENCEFALITIS, - ETC; POR LOS PARÁSITOS INTESTINALES Y CON FRECUENCIA SOBRE

SALIENTE POR LAS CARENCIAS NUTRICIONALES.

LA TERCERA INFANCIA O INFANCIA MAYOR, O EDAD ESCOLAR, ESTÁ CARACTERIZADA POR DESARROLLO Y CRECIMIENTO UNIFORMES, POR LA SISTEMATIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS QUE CONSTITUYEN EL FONDO PEDAGÓGICO DE LA ESCUELA.

EN LAS MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS HAY UNA FRANCA SEMEJANZA CON LAS DEL ADULTO.

LA ADOLESCENCIA, ETAPA FINAL DEL CRECIMIENTO (ADOLESCERECER) SE CARACTERIZA PORQUE DURANTE ELLA OCURREN IMPORTANTES MODIFICACIONES MORFOLÓGICAS, ENDOCRINAS Y PSICOLÓGICAS, DE LAS QUE DERIVAN CAMBIOS VITALES EN LA PERSONALIDAD ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO, TANTO EN EL VARÓN COMO EN LA MUJER.

b.- TIPOS DE RELACIONES DENTALES CONFORME A LA EDAD.

LA EDAD INFANTIL SE CARACTERIZA POR UNA EVOLUCIÓN CONSTANTE QUE SE MANIFIESTA POR DESARROLLO FUNCIONAL Y PSÍQUICO Y POR CRECIMIENTO SOMÁTICO.

EL MACIZO ÓSEO FACIAL EN EL NIÑO MENOR DE 18 MESES ES PROPORCIONALMENTE PEQUEÑO EN RELACIÓN CON EL CRÁNEO; LOS MAXILARES EMPIEZAN A DESARROLLARSE CON LA APARICIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS. EN LA CAVIDAD BUCAL DEL RECIÉN NACIDO-

EXISTE MARCADO DESARROLLO DE LAS FORMACIONES MUSCULARES; EN LOS LABIOS LO QUE PFAUNDLER CONSIGNÓ CON EL NOMBRE DE COJINETE DE SUCCIÓN, ASÍ COMO LOS DEL PISO DE LA BOCA Y TAMBIÉN EN LA LENGUA, DE ACUERDO CON LAS FUNCIONES EXCLUSIVAMENTE DE ALIMENTACIÓN POR SUCCIÓN QUE EXISTEN A ESA EDAD. LAS GLÁNDULAS SALIVALES DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIDA SON PEQUEÑAS, PERO SEGREGAN CONVENIENTES CANTIDADES DE AMILAPTÁLINA.

ERRÓNEAMENTE Y DESDE HACE MUCHOS AÑOS ATRIBUYEN LAS MADRES A LA ERUPCIÓN DENTARIA EN SUS PRIMERAS FASES, CONDICIONES PATOLÓGICAS Y PARTICULARMENTE TRASTORNOS DIGESTIVOS DE TIPO INFECCIOSO. Y EN EFECTO EXISTEN ALGUNAS CONDICIONES PATOLÓGICAS LIGERAS DESE LUEGO, QUE SON DESENCADENADAS POR LAS PRIMERAS ERUPCIONES DENTARIAS: ANOREXIA TEMPORAL, TENDENCIA A LAS DISPEPSIAS (QUE SON CÓLICOS ABDOMINALES INTERMITENTES, HIPO, VÓMITOS) Y NATURALMENTE EL INTENSO PRURITO GINGIVAL QUE SUFRE EL NIÑO EN LAS ÉPOCAS DE BROTES DENTARIOS LE OBLIGA A LLEVARSE LAS MANOS O LOS OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN A SU ALCANCE, CONSTANTEMENTE A SU BOCA PARA FROTARLOS EN LA ENCÍA.

Y ÉSTA SITUACIÓN FAVORECE FRECUENTES CONTAMINACIONES POR LOS GÉRMEENES CAUSANTES DE LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS QUE A MENUDO SE OBSERVAN EN ESAS ÉPOCAS. ES OBVIO QUE

DIARRREAS INFECCIOSAS, INTOXICACIONES O TRASTORNOS DIGESTIVOS QUE SE PRESENTAN CONTEMPORÁNEAMENTE A LA ERUPCIÓN DENTARIA RECONOCEN UNA CAUSA ETIOLÓGICA EFICIENTE.

ES MUY IMPORTANTE RECORDAR QUE EN NUESTRO MEDIO ES -- FRECUENTE LA AUSENCIA DE CUIDADOS HIGIÉNICOS DENTALES; AUNADA A ELLA LA HIPOCALCEMIA E HIPOVITAMINOSIS D, CONTRIBUYEN A LA GRAN INCIDENCIA DE CARIES DENTARIAS EN LOS NIÑOS- PRE-ESCOLARES Y ESCOLARES.

DENTICIÓN.

DENTICIÓN ES EL CÚMULO DE CIRCUNSTANCIAS QUE SE LLEVAN A CABO DURANTE LA FORMACIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS DIENTES, HASTA COMPLETAR LAS ARCADAS DENTARIAS: EXISTEN DOS DENTICIONES:

LA PRIMERA A PARTIR DE LOS SIETE PRIMEROS MESES DE -- VIDA APROXIMADAMENTE. CUANDO COMIENZAN A APARECER LOS INCISIVOS INFERIORES, HASTA COMPLETAR VEINTE DIENTES APROXIMADAMENTE EN DOS AÑOS, PERMANECIENDO EN LA BOCA HASTA QUE -- LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS REQUIEREN DE OTRA DENTADURA -- MÁS NUMEROSA Y MÁS FUERTE, PUDIENDO ASÍ CUBRIR LAS NECESIDADES MAYORES.

ÉSTA DENTADURA ES DE UN COLOR BLANCO AZULADO, LOS DÍAS

METROS DE SUS DIENTES SON MENORES QUE LOS DE LA SEGUNDA --
DENTICIÓN, PRESENTAN FORMA ESTRANGULADA EN LA REGIÓN DEL -
CUELLO Y TENIENDO CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS PROPIAS. A-
ÉSTA DENTICIÓN SE LE HAN DADO VARIOS NOMBRES, TODOS INCO--
RRECTOS: DIENTES DE LECHE, DIENTES MAMONES, CADUCOS, FUNDA
MENTALES, TEMPORALES. ÉSTOS NOMBRES, INADECUADOS HAN PRO
VOCADO FALTA DE INTERÉS DE LOS PADRES EN LOS DIENTES. DE --
LOS NIÑOS, CAUSANDO MUCHOS PROBLEMAS, DESDE CARIES EXTENSA
A INFECCIONES GRAVES POR DESCUIDO, OLVIDANDO QUE ÉSTE APA-
RATO FUNCIONARÁ HASTA 10 AÑOS EN EL NIÑO, POR LO TANTO NO-
PUEDE LLAMARSE DENTADURA PROVISIONAL Y DEBEN DARSE LOS CUI
DADOS NECESARIOS PARA CONSERVARLA SANA. LLAMAREMOS A ÉS-
TA DENTICIÓN: DENTADURA INFANTIL, ELIMINANDO ASÍ LA NOMEN-
CLATURA VICIOSA QUE HASTA AHORA SE USA.

LA SEGUNDA DENTICIÓN ESTÁ FORMADA POR 32 DIENTES, MÁS
GRANDES QUE LOS DE LA DENTICIÓN INFANTIL, TAMBIÉN SE LES--
DESIGNA CON NOMBRES POCO PRECISOS COMO: DIENTES SUCEDÁNEOS
PERMANENTES, SECUNDARIOS Y DEFINITIVOS. SON DE COLOR ---
BLANCO AMARILLENTO Y MENOS LISOS Y BRILLANTES QUE LOS PRI-
MEROS, SIENDO MÁS PODEROSOS QUE LOS DE LA DENTICIÓN INFAN-
TIL.

LA PRIMERA DENTICIÓN COMIENZA A LOS SIETE MESES DE VI
DA CON LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS CENTRALES INFERIORES,-

LUEGO LOS CENTRALES SUPERIORES A LOS 8 MESES, LOS LATERALES INFERIORES A LOS 9 MESES, LOS LATERALES SUPERIORES A LOS 11 MESES. LOS PRIMEROS MOLARES INFERIORES A LOS 20 MESES, LOS SUPERIORES A LOS 22 MESES, FINALMENTE LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES Y SUPERIORES A LOS 24 MESES. ÉSTOS DATOS SON APROXIMADOS Y ESTÁN SUJETOS A VARIACIONES PERSONALES.

LOS DIENTES DE LA DENTADURA INFANTIL PERMANECEN EN LA BOCA POR LO MENOS HASTA LOS 6 Y 7 AÑOS DE VIDA.

LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN ERUPCIONAN LOS PRIMEROS A LOS 6 AÑOS DE EDAD, SIENDO ÉSTOS LOS PRIMEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES. LOS INCISIVOS CENTRALES DE LOS 6 A LOS 8 AÑOS DE EDAD, LOS LATERALES DE LOS 7 A 9 AÑOS DE EDAD, LOS CANINOS DE 9 A 12 AÑOS, LOS PRIMEROS PREMOLARES DE LOS 10 A 12 AÑOS, LOS SEGUNDOS MOLARES DE LOS 11 A 13 Y LOS TERCEROS MOLARES DE LOS 17 A LOS 21 AÑOS.

TAMBIÉN ÉSTOS DATOS SON APROXIMADOS, HABIENDO ASÍ MISMO DIFERENCIAS ENTRE LOS SUPERIORES E INFERIORES, CON LIGERAS VARIACIONES SEGÚN EL SEXO; EN LAS NIÑAS, LAS ERUPCIONES DENTARIAS SON CRONOLÓGICAMENTE ANTERIORES QUE EN LOS NIÑOS.

DIFERENCIAS MORFOLÓGICAS ENTRE DENTICIÓN PRIMARIA Y PERMANENTE.

- 1.- LAS PIEZAS PRIMARIAS SON MÁS PEQUEÑAS QUE LAS PERMANENTES.
- 2.- LAS CORONAS DE PRIMARIOS SON MÁS ANCHOS EN SU DIÁMETRO MESIODISTAL EN RELACIÓN CON SU ALTURA CERVICAL OCLUSAL, DANDO A ÉSTA DIENTES CON ASPECTO DE COPA EN LA REGIÓN ANTERIOR Y A LOS MOLARES ASPECTO MÁS APLASTADO.
- 3.- LAS SUPERFICIES BUCALES Y LINGUALES DE MOLARES -- PRIMARIOS SON MÁS PLANAS EN LA DEPRESIÓN CERVICAL QUE EN LOS PERMANENTES.
- 4.- EN LOS PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL CONVERGE A OCLUSAL DE MODO QUE EL GROSOR VESTÍBULO LINGUAL DE LA SUPERFICIE OCLUSAL ES MENOR QUE LA CERVICAL.
- 5.- EL CUELLO DE LAS PIEZAS PRIMARIAS ES MUY ESTRECHO.
- 6.- LA CAPA DE ESMALTE ES DELGADA Y TIENE APROXIMADAMENTE UN MILÍMETRO DE ESPESOR.
- 7.- EN DIENTES PRIMARIOS HAY MENOR ESTRUCTURA DENTAL-

PARA PROTEGER LA PULPA.

- 8.- LOS CUERNOS PULPARES SON MÁS ALTOS QUE EN LOS PRIMARIOS ESPECIALMENTE EN MESIAL.
- 9.- EXISTE UN MAYOR ESPESOR DE DENTINA SOBRE EL TECHO PULPAR EN LA FOSA OCLUSAL DE MOLARES PRIMARIOS.
- 10.- LAS RAÍCES DE PIEZAS PRIMARIAS SON MÁS LARGAS Y DELGADAS EN RELACIÓN AL TAMAÑO DE LA CORONA.
- 11.- LAS RAÍCES DE MOLARES PRIMARIOS SE ABREN O EXPAN- DEN HACIA AFUERA.
- 12.- EL COLOR DE LOS DIENTES PRIMARIOS ES BLANCO AZULADO A DIFERENCIA DE LOS PERMANENTES QUE ES BLANCO-AMARILLENTO.

ERUPCIÓN DIFÍCIL.

LA ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES ES -- PRECEDIDA POR UNA SALIVACIÓN INCREMENTADA Y EL NIÑO TENDRÁ A LLEVARSE LOS DEDOS A LA BOCA Y ESTARÁ INQUIETO Y MO-- LESTO. LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES ANTES DE LA ERUPCIÓN DE LA CORONA CAUSA UN ESTADO DOLOROSO QUE CESA EN POCOS DÍAS. PARA DARLE ALIVIO AL NIÑO SE APLICA UN -- ANESTÉSICO TÓPICO NO IRRITANTE QUE PROPORCIONA ALIVIO PASA

JERO Y SE APLICARÁ 3 ó 4 VECES AL DÍA (NENE DENT). EL PRO
CESO DE ERUPCIÓN PUEDE SER ACELERADO PERMITIENDO QUE EL NI
ÑO MUERDA OBJETOS DUROS COMO UNA ROSQUETA DE HULE.

HEMATOMA DE ERUPCIÓN.

SEMANAS ANTES DE LA ERUPCIÓN DE UN DIENTE TEMPORAL O -
PERMANENTE PUEDE DESARROLLARSE UNA ZONA ELEVADA DE TEJIDO -
PÚRPURA AZULADO LLAMADO HEMATOMA DE ERUPCIÓN. ES UNA ELE-
VACIÓN LLENA DE SANGRE QUE APARECE CON MAYOR FRECUENCIA DEL
SEGUNDO MOLAR INFANTIL O PRIMER MOLAR PERMANENTE; ES PRODU-
CIDO POR UN TRAUMATISMO, NO TIENE TRATAMIENTO YA QUE EN PO-
COS DÍAS EL DIENTE SE ABRE CAMINO A TRAVÉS DE LOS TEJIDOS Y
EL HEMATOMA CEDE.

SECUESTROS ERUPTIVOS.

ALGUNAS VECES EN LOS NIÑOS SE VEN SECUESTROS ERUPTIVOS
CUANDO EMERGE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE. ÉSTOS SECUES---
TROS SON PEQUEÑAS ESPÍCULAS ÓSEAS, QUE VAN A ESTAR SOBRE EL
MOLAR PERMANENTE EN ERUPCIÓN; ANTES O INMEDIATAMENTE DES---
PUÉS DE LA APARICIÓN DE LOS VÉRTICES DE LAS CÚSPIDES ESTA--
RAN COLOCADOS A TRAVÉS DE LA MUCOSA. ÉSTA ESPÍCULA NO ES-
VITAL, SE ALOJA EN LA FOSETA CENTRAL Y ESTÁ RODEADA POR TE-
JIDO BLANDO. A MEDIDA QUE EL DIENTE ERUPCIONA Y LAS CÚSPI

DES EMERGEN EL FRAGMENTO DE HUESO SALE A TRAVÉS DE LA MU-
SA.

LESIONES BLANCAS.

HAY PEQUEÑAS LESIONES BLANCAS QUERATINIZADAS EN LA MU-
COSA ALVEOLAR SUELEN SER MÚLTIPLES, NO AUMENTAN DE TAMAÑO,
Y NO EXISTE TRATAMIENTO PARA ELLAS YA QUE ÉSTAS LESIONES SE
DESPRENDEN ESPONTÁNEAMENTE SEMANAS DESPUES DEL NACIMIENTO.

LAS PERLAS DE EPSTEIN SON FORMACIONES QUE SE ENCUENTRAN
A LO LARGO DEL RAPE PALATINO Y SON RESTOS DE TEJIDO EPITE--
LIAL ATRAPADOS EN EL RAPE AL DESARROLLARSE EL FETO. LOS -
NÓDULOS DE BOHN SE FORMAN A LO LARGO DE LA REGIÓN VESTIDU--
LAR Y LINGUAL DE LOS REBORDES Y EN EL PALADAR FUERA DEL RA-
FE, SE CREE QUE SON RESTOS DE TEJIDO MUCOSO GLANDULAR.
LOS QUISTES DE INCLUSIÓN SE HALLAN EN LA CRESTA DE LOS RE--
BORDES ALVEOLARES Y SE ORIGINAN POR RESTOS DE LÁMINA DENTAL
ATRAPADOS POR ENCÍA, SE PRESENTA DE RECIÉN NACIDOS A LOS 6-
MESES.

DIENTES ANQUILOSADOS.

EL DIENTE ANQUILOSADO SE ENCUENTRA EN UN ESTADO DE RE-
TENCIÓN ESTÁTICA, MIENTRAS QUE LAS ZONAS ADYACENTES DE ERUP

CIÓN Y EL CRECIMIENTO ALVEOLAR CONTINÚAN. ES EL SEGUNDO -
MOLAR INFANTIL EL QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE ENCUENTRA AN-
QUILOSADO. EN ALGUNAS OCASIONES AMBOS MOLARES PUEDEN QUE-
DAR FIRMEAMENTE ADHERIDOS AL HUESO ALVEOLAR ANTES DE SU EXFO-
LIACIÓN. EN TEMPORALES ANTERIORES SOLO OCURRE ANQUILOSIS-
O SOLO EXISTE ANQUILOSIS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE ---
TRAUMÁTICO.

EL PROCESO DE REABSORCIÓN DEL DIENTE POR EL HUESO NO -
ES CONTINUO SINO QUE ESTÁ INTERRUPTIDO POR PERÍODOS DE INAC-
TIVIDAD Y REPOSO.

UNA ANQUILOSIS ÓSEA EXTENSA DE TEMPORALES IMPIDE SU EX-
FOLIACIÓN NORMAL Y RETARDA LA ERUPCIÓN DEL PERMANENTE. NO
ES DIFÍCIL DIAGNOSTICARLO DEBIDO A QUE NO SE PRODUJO ERUP--
CIÓN DE UNA PIEZA Y POR CONSIGUIENTE EL REBORDE ALVEOLAR NO
LLEGÓ A LA OCLUSIÓN NORMAL Y LOS MOLARES ANTAGONISTAS APARE-
CEN FUERA DE LA OCLUSIÓN. EL DIENTE ANQUILOSADO NO SE MUE-
VE Y PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO SE HACE LA PERCUSIÓN DEL
DIENTE SOSPECHOSO Y DE OTRO ADYACENTE NORMAL PARA COMPARAR-
EL SONIDO, EN UNO ANQUILOSADO EL SONIDO SERÁ SÓLIDO Y EL---
DEL NORMAL SERÁ ACOLCHONADO O MATE PORQUE ESTÁ INTACTO EL -
LIGAMENTO PARODONTAL. LA RADIOGRAFÍA NOS MOSTRARÁ UNA RUP-
TURA DEL LIGAMENTO PARODONTAL. SIENDO UN SIGNO DE LA ANQUI-
LOSIS. EL TRATAMIENTO ES LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA.

CAPÍTULO II

ASPECTOS PSICOLÓGICOS, COMPORTAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL.

EN LA NIÑEZ EL SUJETO EXPERIMENTA UNA INTERESANTE E -
ININTERRUMPIDA EVOLUCIÓN DE SU PSIQUISMO, AL MISMO TIEMPO--
QUE CRECE SOMÁTICAMENTE. LAS CONDICIONES DE LOS SISTEMAS
INTERACTUANTES, BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL, TIENEN --
GRAN IMPORTANCIA EN ÉSTA ETAPA DEL CRECIMIENTO, YA QUE DU--
RANTE ELLA SE CIMIENTA LA INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

TODO INDIVIDUO AL NACER CUENTA CON UN EQUIPO BIOLÓGI--
CO HEREDADO CON DETERMINADAS Y PARTICULARES CARACTERÍSTI--
CAS QUE IDENTIFICARÁN SU CONSTITUCIÓN CORPORAL, DE LA QUE--
SE DERIVA EN EL PLANO PSICOLÓGICO, EL TEMPERAMENTO, QUE DU--
RANTE TODA SU VIDA VA A IMPRIMIR UN MATIZ EMOCIONAL PECU--
LIAR A SUS ACCIONES Y A SU CONDUCTA. LA PARTICULAR FORMA
DE CONDUCTA Y DE PROCEDER DE CADA INDIVIDUO, SU HABITUAL--
MODO DE SER Y COMPORTARSE, DE ENFRENTARSE A LOS PROBLEMAS--

DE LA EXISTENCIA, ES LA QUE SE DENOMINA CARÁCTER.

EL NIÑO Y LA FAMILIA.

DONDE HAY HOMBRE, HAY FAMILIA; ÉSTA CONSTITUYE LA UNIDAD BÁSICA QUE LE PERMITE SER Y SUBSISTIR. ES DENTRO DE ELLA DONDE EL SER HUMANO TIENE SU ORIGEN Y PUEDE SATISFACER SUS NECESIDADES BÁSICAS, PARA SUBSISTIR, DESARROLLARSE, Y RELACIONARSE CON EL MUNDO CIRCUNDANTE. CONSTITUYE EL ÁMBITO ESENCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD; ASEGURA LA SUPERVIVENCIA HUMANA, TANTO INDIVIDUAL COMO DE LA ESPECIE Y PERMITE DESARROLLAR LO ESPECÍFICAMENTE HUMANO DEL NIÑO QUE NACE Y SE DESENVUELVE EN ELLA.

EL NIÑO, CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES.

ES PRECISO CONSIDERAR ALGUNOS ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA SITUACIÓN DEL NIÑO ANTE EL MUNDO. UNA CARACTERÍSTICA FUNDAMENTAL ES SU DEPENDENCIA, PUES SU DESVALIDEZ O DEBILIDAD BIOLÓGICA HACE QUE SUS NECESIDADES ELEMENTALES SOLO SEAN SATISFECHAS POR OTRAS PERSONAS; ESTO A SU VEZ LO HACE PARTICULARMENTE VULNERABLE. SU PLASTICIDAD ES OTRA CARACTERÍSTICA FUNDAMENTAL QUE LE PERMITE ADAPTARSE Y ASIMILAR EXPERIENCIA.

TIENE TRES TIPOS DE NECESIDADES:

- a) FÍSICAS, PARA SU SUPERVIVENCIA, QUE SON BÁSICAMENTE LAS DE NUTRICIÓN Y ABRIGO O PREVENCIÓN DE ESTÍMULOS DAÑINOS DEL EXTERIOR.
- b) LAS EMOCIONALES, DE AFFECTO, CUIDADO Y PROTECCIÓN, AL MISMO TIEMPO QUE REQUIERE EL INTERÉS Y ESTIMULACIÓN POSITIVA DE SUS MAYORES A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO Y LA ACEPTACIÓN.
- c) FINALMENTE, LAS EDUCATIVAS, PUES REQUIERE DE ORIENTACIÓN, VALORES, NORMAS Y LÍMITES ESTABLECIDOS CON AUTORIDAD RACIONAL.

CUANDO ÉSTAS NECESIDADES NO SON SATISFECHAS, SE GENERA INSEGURIDAD Y ANGUSTIA, LO QUE TAMBIÉN OCURRE CUANDO -- EXISTEN ACTITUDES EN LA MADRE O EL PADRE QUE ENTRAN EN CONFLICTO CON LAS NECESIDADES DEL NIÑO, COMO EN EL CASO DE RECHAZO O PRIVACIÓN AFECTIVA CUANDO SE LE MANEJA A TRAVÉS DE LA VERGUEZA Y LA CULPA, O BIEN CUANDO EXISTEN OTRAS ACTITUDES QUE PROVOCAN INSEGURIDAD Y CONFUSIÓN, CUANDO HAY INCONSISTENCIA EN SU EDUCACIÓN, ASÍ COMO EN LOS CASOS DE ACTITUDES POSESIVAS EXTREMAS DE LOS PADRES, SEA POR DOMINIO Y AUTORITARISMO, O POR SOBRE-PROTECCIÓN E INDULGENCIA SEDUCTORA.

LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES SEÑALADAS QUE ESTIMULAN UN DESARROLLO SANO, O LA INFLUENCIA PSICOPATOGÉNICA-DE LAS ACTITUDES CONFLICTIVAS QUE SE MENCIONAN, OCURREN --PRINCIPALMENTE EN EL SENO DE LA FAMILIA.

COMO UNIDAD DE SUPERVIVENCIA, LA FAMILIA TIENE LAS SIGUIENTES METAS Y FUNCIONES ESPECÍFICAS PARA EL DESARROLLO-DE SUS INTEGRANTES:

- a) CUIDAR A LOS NIÑOS Y ASEGURARLES LA SATISFACCIÓN -DE NECESIDADES MATERIALES (ALIMENTACIÓN, ABRIGO)--LO QUE REQUIERE CONDICIONES DE COOPERACIÓN, RESPON-SABILIDAD Y UNIDAD.
- b) PROMOVER LAZOS DE AFFECTO Y UNIÓN SOCIAL, BASE DE -LA RELACIÓN CON OTROS SERES HUMANOS.
- c) FACILITAR EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD PERSONAL,-QUE LIGADA A LA DE LA FAMILIA Y DEL GRUPO SOCIAL,-DA INTEGRIDAD Y FORTALEZA.
- d) PROVEER SATISFACCIÓN A NECESIDADES RECÍPROCAS Y---COMPLEMENTARIAS, ESTIMULANDO LA LIBRE RELACIÓN DE-SUS MIEMBROS Y SU INDIVIDUACIÓN A TRAVÉS DEL MUTUO RESPETO Y RECONOCIMIENTO. CUANDO LA FAMILIA CUM-PLA BIEN SUS FUNCIONES, FACILITA EL DESARROLLO SA-NO DE SUS MIEMBROS; DE NO OCURRIR ASÍ LO INTERFIE-

RE Y LOS DAÑA.

LA ACTITUD DE LOS PADRES DEPENDE DE SU ESTRUCTURA CARAC
TEROLÓGICA, RESULTADO DE SU PROPIO CONDICIONAMIENTO FAMI---
LIAR; ASÍ REPITEN PATRONES DE CONDUCTA Y TRANSFIEREN SUS EX
PERIENCIAS TEMPRANAS A LA SITUACIÓN ACTUAL. LA FORMA EN -
QUE EXPRESAN SUS EMOCIONES ENTRE ELLOS Y HACIA LOS HIJOS, -
DETERMINA EL CLIMA EMOCIONAL DE LA FAMILIA. SI SE AMAN Y-
MUESTRAN SU AFECTO, EL NIÑO NO TIENE CONFLICTO, QUIERE A --
LOS DOS, PERO CUANDO EXISTE HOSTILIDAD ENTRE AMBOS, EL NIÑO
SE VE COMPELIDO A ESTABLECER ALIANZAS, CON EL TEMOR DE PER-
DER EL AFECTO O ACEPTACIÓN DEL OTRO, LO QUE CAUSA INHIBI---
CIÓN, TENSIÓN O ANGUSTIA. ESTA OSCILACIÓN DIALÉCTICA DE -
SENTIMIENTOS DETERMINA LA EVOLUCIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR.

CONSEJOS A LOS PADRES Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

EN CUALQUIER SITUACIÓN, EL MODELO DE COMPORTAMIENTO DE
UN NIÑO ESTÁ REGIDO POR SU HERENCIA FÍSICA Y MENTAL Y A ME-
DIDA QUE SE DESARROLLA, POR EL ACONDICIONAMIENTO QUE RECIBE
AL ENTRAR EN CONTACTO CON EL MEDIO. LA HERENCIA NO SE PUE
DE ALTERAR, EXCEPTO DENTRO DE LÍMITES ESTRECHOS; NO PUEDE--
EVITARSE.

EL COMPORTAMIENTO CONSECUENCIA DEL MEDIO SÍ PUEDE ALTE

RARSE; SE PUEDE CONTROLAR Y DESARROLLAR DE MANERA QUE EL NIÑO CREZCA Y LLEGUE A TENER UNA PERSONALIDAD BIEN ENCAJADA, ADECUADA PARA LA SOCIEDAD EN QUE SE ENCUENTRA. UNO DE LOS AJUSTES QUE TIENEN QUE HACER TODOS LOS NIÑOS, ES DESARROLLAR UN MODELO DE COMPORTAMIENTO QUE SEA ACEPTABLE SOCIALMENTE Y QUE SATISFAGA SUS NECESIDADES EMOCIONALES Y FÍSICAS.

CUIDADOS DENTALES PUEDE SER UNA DE SUS NECESIDADES FÍSICAS. EL QUE LOS NIÑOS ACEPTEN EL TRATAMIENTO DENTAL DE BUEN GRADO O LO RECHACEN TOTALMENTE, DEPENDERÁ DE LA MANERA EN QUE HAN SIDO CONDICIONADOS. EL CONDICIONAMIENTO -- EMOCIONAL DE LOS NIÑOS HACIA LA ODONTOLOGÍA, AL IGUAL QUE HACIA LAS OTRAS EXPERIENCIAS QUE FORMAN LA NIÑEZ, SE FORMA PRIMORDIALMENTE EN CASA Y BAJO GUÍA PATERNA. SI EL DENTISTA VA A REALIZAR TRABAJOS DENTALES SATISFACTORIOS EN -- SUS PACIENTES INFANTILES, DEBE CONTAR CON SU TOTAL COOPERACIÓN. TAN SOLO PODRÁ OBTENER ÉSTA COOPERACIÓN SI COMPRENDE EL TIPO EMOCIONAL DE LOS NIÑOS Y DE SUS PADRES. SI NO COMPRENDE ESTO, LE RESULTARÁ DIFÍCIL MANEJAR NIÑOS. EL DENTISTA TIENE QUE RECONOCER QUE ESTÁ VINCULADO EMOCIONALMENTE A SUS PACIENTES Y PARA MANEJARLOS CON ÉXITO DEBE ESTAR CONSCIENTE DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIOLÓGICOS QUE HAN FORMADO SUS ACTITUDES Y MODELOS DE COMPORTAMIENTO--

HACIA LA ODONTOLOGÍA.

EL ESTUDIO DE LA CIENCIA QUE AYUDA A COMPRENDER EL -
DESARROLLO DE MIEDOS, ANSIEDADES Y FURIA, CUANDO SE APLI-
CA AL NIÑO EN UNA SITUACIÓN DENTAL, PUEDE DENOMINARSE ---
ODONTOPEDIATRÍA DE LA CONDUCTA. EL MANEJO ADECUADO DE--
LOS NIÑOS EN EL CONSULTORIO DENTAL ES RESPONSABILIDAD DEL
DENTISTA Y LA DEBE ASUMIR SIN DUDAR, SI QUIERE CUMPLIR --
CON LA OBLIGACIÓN QUE TIENE HACIA SUS PACIENTES Y SU PRO-
FESIÓN. TAMBIÉN ESTÁ CLARO QUE CONDICIONAR A LOS NIÑOS-
HACIA EL DENTISTA Y SERVICIOS DENTALES ES RESPONSABILIDAD
DE LOS PADRES. SI LOS NIÑOS LLEGAN AL CONSULTORIO POR -
PRIMERA VEZ CON EXCESO DE MIEDO Y ESPÍRITU NO COOPERATIVO,
SE PUEDE SUPONER QUE LA FALLA ESTÁ EN EL CONDICIONAMIENTO
PATERNAL. AUNQUE ES RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES INCU-
CAR EN SUS HIJOS ACTITUDES CONVENIENTES HACIA LA ODONTOLO-
GÍA, EL DENTISTA PUEDE AYUDAR ASEGURÁNDOSE DE QUE LOS PA-
DRES ESTÉN TOTALMENTE INFORMADOS Y EDUCADOS SOBRE LOS FUN-
DAMENTOS MÁS NECESARIOS DE PSICOLOGÍA INFANTIL. EL DEN-
TISTA DEBERÁ ACEPTAR ÉSTA OBLIGACIÓN COMO PARTE SISTEMÁTI-
CA DE SU PRÁCTICA. SI QUEREMOS TENER BUENOS PACIENTES -
INFANTILES, PRIMERO TENDREMOS QUE EDUCAR A LOS PADRES.

ANTES DE QUE EL DENTISTA ESTÉ EN POSICIÓN DE ACONSE-
JAR A LOS PADRES SOBRE LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA ADECUA-

DA DE SUS HIJOS, DEBE COMPRENDER LOS PROBLEMAS QUE INTERVIENEN, LA NATURALEZA DEL MIEDO Y ESTAR CONSCIENTE DE COMO LAS ACTITUDES DE LOS PADRES PUEDEN MODIFICAR TIPOS DE COMPORTAMIENTO. DEBE TAMBIÉN TENER DIPLOMACIA Y TACTO PARA TRANSMITIR ÉSTA INFORMACIÓN A LOS PADRES DE MANERA PROFESIONAL Y ADECUADA.

LA PREPARACIÓN EMOCIONAL DEL NIÑO HECHA DE MANERA INTELIGENTE, PROPORCIONARÁ VENTAJAS ESENCIALES, PORQUE PUEDE DECIDIR QUE TENGA ÉXITO O NO. SE VE CLARAMENTE QUE LOS PROBLEMAS DE MANEJO SON MUCHO MÁS IMPORTANTES PARA EL DENTISTA, QUE PUEDE VER NIÑOS BAJO TENSIONES EMOCIONALES MUY FUERTES, SIN ENBARGO, LOS DENTISTAS POCAS VECES DAN CONSEJOS A LOS PADRES SOBRE COMPORTAMIENTO INFANTIL. LOS PADRES, A SU VEZ, APLICARÁN ÉSTOS CONOCIMIENTOS A SUS HIJOS, QUIENES MIRARÁN AL DENTISTA FAVORABLEMENTE EN VEZ DE CON MIEDO IRRACIONAL.

SI COMPRENDEMOS LOS PROBLEMAS EMOCIONALES DE LOS NIÑOS, COMPRENDEREMOS TAMBIÉN LOS DE LOS ADULTOS. LAS ANSIEDADES QUE EXPERIMENTAMOS EN LA MADUREZ SE ORIGINARON EN LA INFANCIA.

NATURALEZA DEL MIEDO.

EL MIEDO REPRESENTA PARA EL DENTISTA EL PRINCIPAL --

PROBLEMA DE MANEJO, Y ES UNA DE LAS RAZONES POR LAS QUE LA GENTE DESCUIDA EL TRATAMIENTO DENTAL. EL MIEDO ES UNA DE LAS PRIMERAS EMOCIONES QUE SE EXPERIMENTAN DESPUÉS DEL NACIMIENTO, AUNQUE LA RESPUESTA AL SOBRESALTO ESTÁ PRESENTE AL NACER Y SE PUEDEN DEMOSTRAR ANTES DEL NACIMIENTO REACCIONES REFLEJAS A ESTÍMULOS.

EL LACTANTE NO ESTÁ CONSCIENTE DE LA NATURALEZA DEL ESTÍMULO QUE PRODUCE MIEDO. A MEDIDA QUE EL NIÑO CRECE Y AUMENTA SU CAPACIDAD MENTAL, TOMA CONSCIENCIA DE LOS ESTÍMULOS QUE LE PRODUCEN MIEDO Y PUEDE IDENTIFICARLOS INDIVIDUALMENTE. EL MIEDO Y LA IRA SON RESPUESTAS PRIMITIVAS QUE SE DESARROLLAN PARA PROTEGER AL INDIVIDUO CONTRA DAÑOS Y LA DESTRUCCIÓN PROPIA. LA ESTIMULACIÓN EMOCIONAL SE DESCARGA POR MEDIO DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO A TRAVÉS DEL HIPOTALAMO Y NECESITA MUY Poca INTEGRACIÓN CORTICAL.

EN EL HOMBRE LAS DESCARGAS DEL HIPOTÁLAMO PUEDEN SER MODIFICADAS POR INTERFERENCIAS CORTICALES, DE MANERA QUE CON SU CORTE ALTAMENTE DESARROLLADO PUEDE HASTA CIERTO GRADO CONTROLAR SUS EMOCIONES, A TRAVÉS DE RACIONALIZACIÓN Y DETERMINACIÓN. EN LOS NIÑOS DE CORTA EDAD, DEMASIADO JÓVENES PARA RACIONALIZAR MUCHO, SE PRODUCE UN COMPORTAMIENTO QUE ES DIFÍCIL DE CONTROLAR. EN NIÑOS DE MÁS EDAD, PUEDE OCURRIR UNA SITUACIÓN EN LA QUE EL MIEDO SEA TAN PRO

NUNCIADO QUE EL NIÑO NO PUEDA RAZONAR CLARAMENTE.

GENERALMENTE, A MEDIDA QUE AUMENTA LA EDAD MENTAL DEL NIÑO, ÉSTAS RESPUESTAS PUEDEN SER CADA VEZ MÁS CONTROLADAS POR LA CORTEZA A TRAVÉS DE FUNCIONES PSÍQUICAS MÁS ELEVADAS.

VALOR DEL MIEDO.

CONTRARIAMENTE A LO QUE EN GENERAL SE CREE, DIRIGIDO Y CONTROLADO ADECUADAMENTE EL MIEDO PUEDE SER MUY VALIOSO. PUESTO QUE LOS ESTÍMULOS QUE LO PRODUCEN PUEDEN REALMENTE DAÑAR AL NIÑO, EL MIEDO ES UN MECANISMO PROTECTOR DE PRESERVACIÓN. LA NATURALEZA MISMA DE ÉSTA EMOCIÓN PUEDE UTILIZARSE PARA MANTENER AL NIÑO ALEJADO DE SITUACIONES PELIGROSAS, YA SEA DE TIPO SOCIAL O FÍSICO. EL ENFOQUE DEL ENTRENAMIENTO DADO POR LOS PADRES NO DEBERÁ TENDER A ELIMINAR EL MIEDO, SINO A CANALIZARLO HACIA LOS PELIGROS QUE REALMENTE EXISTEN Y EVITARLO EN SITUACIONES DONDE NO EXISTE PELIGRO. DEBE ENSEÑARSELE AL NIÑO QUE EL CONSULTORIO DENTAL NO TIENE PORQUE INSPIRAR MIEDO. LOS PADRES JAMÁS DEBERÁN TOMAR LA ODONTOLOGÍA COMO AMENAZA. LLEVAR AL NIÑO AL DENTISTA NO DEBERÁ NUNCA IMPLICAR CASTIGO, YA QUE EMPLEARLO ASÍ CREA INDUDABLEMENTE MIEDO AL ODONTÓLOGO. POR OTRO LADO, SI EL NIÑO APRECIA AL DENTISTA, EL MIEDO A PER-

DER SU APROBACIÓN PUEDE MOTIVARLO PARA ACEPTAR LA DISCIPLINA DEL CONSULTORIO.

TIPOS DE MIEDO.

LA MAYORÍA DE LOS TEMORES EVIDENTES EN NIÑOS HAN SIDO ADQUIRIDOS OBJETIVA O SUBJETIVAMENTE.

TEMORES OBJETIVOS:

SON LOS PRODUCIDOS POR ESTIMULACIÓN FÍSICA DIRECTA DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES Y GENERALMENTE NO SON DE ORIGEN PATERNO. SON REACCIONES A ESTÍMULOS QUE SE SIENTEN, VEN, OYEN, HUELEN O SABOREAN, Y SON DE NATURALEZA DESAGRADABLE.

UN NIÑO QUE ANTERIORMENTE HA TENIDO CONTACTO CON UN DENTISTA, Y HA SIDO MANEJADO TAN DEFICIENTEMENTE QUE SE LE HA HA INFLIGIDO DOLOR INNECESARIO, POR FUERZA DESARROLLARÁ MIEDO A TRATAMIENTOS DENTALES FUTUROS.

LOS MIEDOS OBJETIVOS PUEDEN SER DE NATURALEZA ASOCIATIVA, TEMORES DENTALES PUEDEN ASOCIARSE CON EXPERIENCIAS NO RELACIONADAS. UN NIÑO QUE HA SIDO MANEJADO DEFICIENTEMENTE EN UN HOSPITAL O QUE HA SUFRIDO EN ÉL INTENSOS DOLORS INFLIGIDOS POR PERSONAS CON UNIFORMES BLANCOS, PUEDE DESARROLLAR UN MIEDO INTENSO A LOS UNIFORMES SIMILARES DE-

LOS DENTISTAS O LOS HIGIENISTAS DENTALES.

TEMORES SUBJETIVOS:

ESTÁN BASADOS EN SENTIMIENTOS Y ACTITUDES QUE HAN SIDO SUGERIDOS AL NIÑO POR PERSONAS QUE LE RODEAN, SIN QUE - EL NIÑO LOS HAYA EXPERIMENTADO PERSONALMENTE. UN NIÑO DE CORTA EDAD ES MUY SENSIBLE A LA SUGESTIÓN. UN NIÑO DE -- CORTA EDAD Y SIN EXPERIENCIA, AL OIR DE ALGUNA SITUACIÓN - DESAGRADABLE, O QUE PRODUJO DOLOR, SUFRIDA POR SUS PADRES- U OTRAS PERSONAS, PRONTO DESARROLLARÁ MIEDO A ESA EXPERIEN- CIA. LA IMAGEN MENTAL QUE PRODUCE MIEDO PERMANECE EN LA- MENTE DEL NIÑO, Y CON LA VÍVIDA IMAGINACIÓN DE LA INFANCIA SE AGRANDA Y VUELVE IMPONENTE.

EN NIÑOS, COMO EN ADULTOS, LO QUE MÁS TEMOR INFUNDE - OIR HABLAR A PADRES O AMIGOS DE EXPERIENCIAS DESAGRADABLES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

LOS NIÑOS TIENEN UN MIEDO INTENSO A LO DESCONOCIDO.- CUALQUIER EXPERIENCIA QUE SEA NUEVA Y DESCONOCIDA LES PRO- DUCIRÁ MIEDO HASTA QUE OBTENGAN PRUEBAS DE QUE SU BIENES-- TAR NO SE VE AMENAZADO POR ELLA. HASTA QUE EL NIÑO ESTÉ- CONVENCIDO DE QUE NO EXISTE RAZÓN PARA ASUSTARSE, PERSISTI- RÁ EL MIEDO. SU MIEDO ES UN INTENTO DE AJUSTARSE A UNA - SITUACIÓN QUE TEMEN SEA DOLOROSA.

ES IMPERATIVO QUE LOS PADRES INFORMEN A SUS HIJOS SOBRE LO QUE PUEDEN ESPERAR DEL CONSULTORIO DENTAL. EL NIÑO DEBERÍA CONOCER DE MANERA GENERAL, LOS PROCEDIMIENTOS - QUE PODRÍAN SERLE APLICADOS Y EL ASPECTO Y DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ANTES DE LA PRIMERA VISITA DENTAL.

NINGÚN PADRE, POR LO TANTO, DEBERÁ DECIR A SU HIJO -- QUE VA A EXPERIMENTAR DOLORES INTENSOS. PERO TAMPOCO DEBE MINIMIZAR O MENTIR SOBRE LAS MOLESTIAS DE LA ODONTOLOGÍA. DEBE EMPLEARSE HONESTIDAD SIN EXAGERACIONES EMOCIONALES.

LOS TEMORES SUGESTIVOS TAMBIÉN PUEDEN EXPERIMENTARSE POR IMITACIÓN. UN NIÑO QUE OBSERVA MIEDO EN OTROS, PUEDE ADQUIRIR TEMORES, HACIA EL MISMO OBJETO O HECHO TAN GENUINOS COMO EL QUE ESTÁ OBSERVANDO EN OTROS. ESTO SE VERIFICA PRINCIPALMENTE SI EL MIEDO ES OBSERVADO EN LOS PADRES. LA ANSIEDAD DEL NIÑO Y SU COMPORTAMIENTO CLARAMENTE NEGATIVO ESTÁN ÍNTIMAMENTE RELACIONADOS CON ANSIEDADES DE LOS PADRES. LOS TEMORES POR IMITACIÓN PUEDEN TRANSMITIRSE SUTILMENTE Y EL PADRE PUEDE HACER MUESTRA DE ELLO Y EL NIÑO ADQUIRIRLO, SIN QUE NINGUNO DE LOS DOS SE DÉ CUENTA; SON TEMORES QUE OCURREN REGULARMENTE Y POR LO TANTO DIFÍCILES DE ELIMINAR.

LOS TEMORES MÁS DIFÍCILES DE SUPERAR Y ELIMINAR SON-
LOS QUE VIENEN DE TIEMPO ATRÁS, GENERALMENTE SUBJETIVOS.
EL MIEDO A LOS ESTÍMULOS OBJETIVOS, COMO EL DOLOR QUE PRO-
DUCE UNA INYECCIÓN, PUEDEN SER SUPERADOS SIN DEMASIADA DI-
FICULTAD POR EL NIÑO SI SE USA LÓGICA Y COMPRENSIÓN SIEM-
PRE QUE EL DOLOR HAYA SIDO EXPERIMENTADO ANTERIORMENTE.
EN LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS, EL MIEDO ES SUBJETIVO, NO CON-
SECUENCIA DE TRATAMIENTOS DENTALES ANTERIORES.

AUNQUE LAS INFLUENCIAS DE LOS PADRES SON LAS MÁS PRO-
FUNDAS EN MATERIA DE SUGESTIÓN, LOS NIÑOS PUEDEN ADQUIRIR
MIEDOS SUGERIDOS DE AMIGOS O COMPAÑEROS DE JUEGOS, O DE -
MATERIALES COMO LIBROS, PERIÓDICOS, DIBUJOS ANIMADOS, RA-
DIO, TELEVISIÓN Y TEATRO. POR LO GENERAL, UN NIÑO MIEDO
SO TEMERÁ A TODAS LAS PERSONAS Y COSAS. A MEDIDA QUE SE
DESARROLLAN CAPACIDADES IMAGINATIVAS DEL NIÑO, LOS MIEDOS
IMAGINARIOS SE VUELVEN MÁS INTENSOS.

LOS TEMORES IMAGINARIOS POR LO TANTO, AUMENTAN CON -
LA EDAD Y EL DESARROLLO MENTAL, HASTA CIERTA EDAD EN QUE-
LA RAZÓN PRUEBA QUE NO TIENE FUNDAMENTO. CADA NIÑO ES -
UN INDIVIDUO Y REACCIONA DE MANERA INDIVIDUAL. GRAN PAR-
TE DE LA REACCIÓN DEPENDERÁ DE LAS CAPACIDADES INNATAS FÍ-
SICAS Y MENTALES DEL INDIVIDUO. UN NIÑO QUE ESTÁ FÍSICA-
MENTE SANO, CON FUNCIONES ENDOCRINAS NORMALES, RESPONDERÁ

DE MANERA MÁS ACTIVA QUE EL NIÑO CON HIPOFUNCIONES GLANDULARES. EL NIÑO MENTALMENTE ALERTA, RESPONDERÁ MÁS INTELIGENTE Y RÁPIDAMENTE QUE INDIVIDUOS RETRASADOS MENTALMENTE.

MIEDO Y CRECIMIENTO.

LOS TEMORES DE UN NIÑO Y LA MANERA EN QUE LOS MANEJAN CAMBIAN CON LA EDAD. EL COMPORTAMIENTO EMOCIONAL, SUFRE UN PROCESO DE MADURACIÓN QUE DEPENDE DEL CRECIMIENTO TOTAL DEL INDIVIDUO. UN ESTUDIO REALIZADO POR HESS, MUESTRA LA EDAD TEMPRANA EN LA QUE ACONTECIMIENTOS Y EXPERIENCIAS EMOCIONALES PUEDEN INFLUIR EN EL INDIVIDUO. LA IMPRESIÓN ES UNA FORMA RÍGIDA DE APRENDIZAJE, OCURRE ANTES DE QUE SE PRESENTE EL MIEDO Y TIENE EFECTOS DURADEROS. ES BIEN CONOCIDO EL PAPEL DE LA MADRE EN LA SUPERACIÓN DE TEMORES TEMPRANOS. LO QUE ASUSTA, POR EJEMPLO A UN NIÑO A LOS DOS AÑOS DE EDAD PUEDE NO HACERLO CUANDO TENGA SEIS. POR LO TANTO, LA EDAD ES UN DETERMINANTE IMPORTANTE DE LO QUE PRODUCE O NO MIEDO AL NIÑO. EL DENTISTA Y EL PADRE DEBEN INTERPRETAR TODAS LAS REACCIONES A ESTÍMULOS Y DE ESTAR CONSCIENTES DE ÉSTAS VARIACIONES CON LA EDAD, CONSIDERANDO LA EDAD EMOCIONAL, MENTAL Y CRONOLÓGICA DEL NIÑO. LOS PRIMEROS TEMORES QUE EL NIÑO ASOCIA CON LA ODONTOLOGÍA SON LOS PRODUCIDOS POR LO INESPERADO Y LO DESCONOCIDO. POR -

EJEMPLO EL RUIDO Y VIBRACIÓN DE LA FRESA Y LA PRESIÓN QUE SE EJERCE AL USAR INSTRUMENTOS DE MANO AL PREPARAR CAVIDADES, PRODUCEN MIEDO EN UN NIÑO DE CORTA EDAD. A MENOS - QUE EL DOLOR SEA INTENSO, TEME MÁS AL RUIDO DE LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES QUE AL DOLOR QUE LO ACOMPAÑA. HAY NIÑOS QUE TEMEN SEPARARSE DE SUS PADRES, SI EL NIÑO ES MUY-JOVEN PUEDE SER PREFERIBLE QUE EL PADRE LO ACOMPAÑE A LA-SALA DE OPERACIONES.

DURANTE LA PRIMERA VISITA LA MADRE SIEMPRE DEBERÁ ESTAR EN LA SALA DE OPERACIONES, PERO SIN TRANSMITIRLE SUS-SENTIMIENTOS.

A LOS 4 AÑOS DE EDAD SE LLEGA A LA CUMBRE DE LOS TEMORES, Y DE 4 A 6 AÑOS DISMINUYEN GRADUALMENTE LOS TEMORES ANTIGUOS COMO A CAERSE, AL RUIDO Y A LOS EXTRAÑOS. SE HA OBSERVADO QUE LOS NIÑOS INTELIGENTES MUESTRAN MÁS - MIEDO QUE LOS DEMÁS, TAL VEZ POR SER MÁS CONSCIENTES DEL-PELIGRO Y MOSTRARSE MÁS REACIOS A ACEPTAR SEGURIDAD EXPRE-SADA VERBALMENTE, SIN PRESENCIA DE PRUEBAS. A ESTA EDAD, LOS NIÑOS SUELEN TENER ESPÍRITU AGRESIVO Y AVENTURERO Y - ACTITUDES AMISTOSAS. LAS NIÑAS, POR EL CONTRARIO TIEN--DEN A SER MUCHO MÁS RESERVADAS.

EL MIEDO AL DAÑO SE ASOCIA A MENUDO CON ODONTOLOGÍA-

PORQUE EL NIÑO HA APRENDIDO QUE EL DENTISTA PUEDE DAÑARLE. CUANDO EL NIÑO LLEGA A LA EDAD ESCOLAR, LA MAYORÍA DE LOS MIEDOS A LA ODONTOLOGÍA, QUE FUERON PROVOCADOS POR SUGESTIÓN O EXPERIENCIAS DESAGRADABLES SE HAN VUELTO FÁCILES DE MANEJAR.

RELACIONES INTERPERSONALES.

EXISTE GRAN CANTIDAD DE INTERFERENCIAS INTERPERSONALES QUE ALTERAN EL PATRÓN DE COMPORTAMIENTO DE TODO NIÑO QUE VISITA AL DENTISTA. LAS RELACIONES ENTRE PADRES E HIJOS SE CUENTAN ENTRE LAS PRINCIPALES RELACIONES INTERPERSONALES. SI LAS ACTITUDES DE LOS PADRES SON DEFECTUOSAS, EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO PUEDE ALTERARSE HASTA EL PUNTO DE CONVERTIRLO EN PACIENTE DENTAL INSATISFACTORIO. POR OTRO LADO, SI LOS PADRES MUESTRAN ACTITUDES SALUDABLES HACIA SUS HIJOS, LOS NIÑOS SERÁN BIEN EDUCADOS, SE COMPORTARÁN BIEN Y, POR LO GENERAL, SERÁN BUENOS PACIENTES.

SI LOS PADRES SON EMOCIONALMENTE MADUROS Y VIVEN UNA VIDA COORDINADA Y FELIZ, EL NIÑO GENERALMENTE LLEGARÁ A SER EMOCIONALMENTE MADURO.

CUANDO LOS PADRES SATISFACEN EXAGERADAMENTE LAS NECESIDADES EMOCIONALES, EL NIÑO TIENDE A CRECER CON CONFLIC-

TOS EMOCIONALES Y CREARÁ PROBLEMAS A SUS PADRES Y A LAS PERSONAS CON QUIENES ENTRA EN CONTACTO.

TODO NIÑO TIENE DERECHO A TENER EN CASA UNA ATMÓSFERA QUE LE LLEVE A DESARROLLO EMOCIONAL NORMAL, YA QUE EL COMPORTAMIENTO HUMANO SE DETERMINA MÁS POR FACTORES EMOCIONALES QUE POR INTELECTUALES. PARA QUE UN NIÑO CREZCA Y SE COMPORTE DE MANERA NORMAL, EL MEDIO EMOCIONAL QUE LE RODEA DEBERÁ ESTAR DENTRO DE LOS LIMITES DE LA NORMALIDAD. LOS PADRES PUEDEN TENER ACTITUDES ERRÓNEAS Y PUEDEN ALTERAR EL COMPORTAMIENTO DE SUS HIJOS HACIENDO QUE SU MANEJO EN EL CONSULTORIO DENTAL RESULTE DIFÍCIL.

EXTREMOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS PADRES.

PROTECCIÓN EXCESIVA.

GENERALMENTE, EL NIÑO QUE ESTÁ EXCESIVAMENTE PROTEGIDO, NO PUEDE UTILIZAR INICIATIVA PROPIA O TOMAR DECISIONES POR SÍ MISMO. LOS PADRES DOMINANTES PRESENTAN NIÑOS TÍMIDOS, DELICADOS, SUMISOS Y TEMEROSOS. ÉSTOS NIÑOS NO SON AGRESIVOS Y CARECEN DE PRESUNCIÓN Y EMPUJE SOCIAL. SON HUMILDES, CON SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD, ATEMORIZADOS Y CON ANSIEDADES PROFUNDAS, ÉSTOS NIÑOS CONSTITUYEN PACIENTES IDEALES, SI NO SON EXCESIVOS EN SU ACTITUD, PORQUE SON OBEDIENTES, EDUCADOS Y REACCIONAN BIEN A LA DISCI

PLINA. SIN EMBARGO, FRECUENTEMENTE, A CAUSA DE LA TIMIDEZ DEL NIÑO, EL DENTISTA, TIENE QUE ROMPER LA "BARRERA - DE TIMIDEZ" HACIENDO QUE EL NIÑO CONFÍE EN SU CAPACIDAD - PARA SER UN BUEN PACIENTE DENTAL.

LOS PADRES QUE SON DEMASIADO INDULGENTES, O QUE DAN DEMASIADOS LUJOS A SUS HIJOS, PRESENTAN NIÑOS QUE TIENEN DIFICULTADES PARA ADAPTARSE AL MEDIO SOCIAL QUE LES RODEA. SI NO SE LES DA LO QUE PIDEN SE IMPACIENTAN TIENEN ATA---QUES DE MAL GENIO E INCLUSO TRATAN DE GOLPEAR A LAS PERSONAS QUE NO ACCEDEN A SUS DESEOS. SON NIÑOS MUY MIMADOS, Y AUNQUE NO INCORREGIBLES, SON MUY DIFÍCILES DE MANEJAR - EN EL CONSULTORIO DENTAL. EN UN GRAN PORCENTAJE DE LOS CASOS DEBE USARSE ALGO DE DISCIPLINA COMO MEDIO PARA OBTENER SU COOPERACIÓN.

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

LOS PADRES DEBERAN TENER CONFIANZA TOTAL EN EL ODONTÓLOGO Y CONFÍAR SU HIJO A SU CUIDADO, LOS PADRES NO DEBERAN DE HACER NINGÚN GESTO COMO PARA SEGUIRLO O PARA LLEVARLO, AL MENOS QUE EL ODONTÓLOGO LES INVITE A HACERLO. HAY CASOS EN QUE LA SOLA PRESENCIA DE LOS PADRES INFUNDE CONFIANZA EN EL NIÑO, ESPECIALMENTE SI TIENE MENOS DE 4 -

AÑOS DE EDAD. ALGUNOS ESPECIALISTAS TIENEN CARTELES MUY AGRADABLES QUE PUEDEN ENMARCARSE Y COLOCARSE EN LA SALA DE RECEPCIÓN; EN ELLOS SE AVISA A LA MADRE QUE NO DEBERÁ ACOMPAÑAR A SU HIJO A LA SALA DE RECEPCIÓN SI EL DENTISTA ASÍ LO PREFIERE.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

LA GRAN MAYORÍA DE LOS NIÑOS LLEGAN AL CONSULTORIO CON ALGO DE APRENSIÓN Y MIEDO, COMO MUESTRA LA EXPERIENCIA CLÍNICA, PUEDEN CONTROLAR ÉSTOS TEMORES SI LOS RACIONALIZAN.

PARA TENER ÉXITO EN EL MANEJO DE LOS NIÑOS PROBLEMA-EL ODONTÓLOGO DEBE TRATAR DE RECONOCER ÉSTOS PROBLEMAS Y AJUSTAR SU ENFOQUE PSICOLÓGICO DE ACUERDO CON ÉSTOS CONOCIMIENTOS.

ES INTERESANTE OBSERVAR QUE EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO PUEDE FLUCTUAR EN PERÍODOS DE TIEMPO MUY PEQUEÑOS. PUEDE QUE A LOS DOS AÑOS EL NIÑO COOPERE Y SEA BIEN EDUCADO, MIENTRAS QUE A LOS DOS AÑOS Y MEDIO SE VUELVA DIFÍCIL Y CONTRADICTORIO. A LOS TRES AÑOS ES AMIGABLE Y TIENE BUEN DOMINIO DE SÍ MISMO, MIENTRAS QUE A LOS 4 6 4 Y MEDIO PUEDE VOLVER ATRÁS EN SU COMPORTAMIENTO Y SER DOGMÁTICO

CO Y DIFÍCIL DE CONTROLAR.

EL COMPORTAMIENTO POCO COOPERATIVO DE UN NIÑO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ESTÁ GENERALMENTE MOTIVADO POR DESEOS DE EVITAR LO DESAGRADABLE Y DOLOROSO, Y LO QUE ÉL PUEDE INTERPRETAR COMO UNA AMENAZA PARA SU BIENESTAR. PUESTO QUE LOS NIÑOS ACTÚAN POR IMPULSOS, EL MIEDO AL DOLOR PUEDE MANIFESTARSE EN CONDUCTA DESAGRADABLE, SIN QUE ESTO TENGA RELACIÓN CON LA RAZÓN O CON SABER QUE EXISTEN POCAS RAZONES PARA ASUSTARSE. EL ODONTÓLOGO TIENE A VECES DIFICULTADES PARA COMPRENDER ESA ACTITUD, A VECES ES INCLUSO DIFÍCIL PARA EL NIÑO DAR CUENTA DE SU COMPORTAMIENTO.

CUANDO EL NIÑO APRENDA QUE EN EL CONSULTORIO NO VA A LOGRAR NADA CON MALA CONDUCTA PERDERA MOTIVACIÓN PARA SEGUIR COMPORTÁNDOSE ASÍ.

DE AHÍ LA IMPORTANCIA DE TRAER AL NIÑO AL DENTISTA - DESDE UN PRINCIPIO PARA QUE SE FAMILIARICE CON EL DOCTOR Y CON EL MEDIO DENTAL. SI SE MANEJA AL NIÑO ADECUADAMENTE, ES MUY RARO QUE NO SE PUEDA OBTENER COOPERACIÓN. MUCHO DEPENDE DE COMO IMPRESIONA EL ODONTÓLOGO AL NIÑO Y COMO VA A GANAR SU CONFIANZA.

CUANDO SE HA ESTABLECIDO LA RELACIÓN, DEBERÁN REALI-

ZARSE LOS TRABAJOS CORRECTIVOS SIN RETRASO. SI SE ESTÁ --
TRATANDO CON UN NIÑO ASUSTADO Y TEMEROSO DEBERÁ PRIMERO --
ELIMINARSE EL MIEDO Y SUBSTITUIRLO POR SENSACIONES AGRADA--
BLES Y AFECTO AL DENTISTA.

SI ES POSIBLE, EL ODONTOLOGO DEBERÍA ESTABLECER BUE--
NAS RELACIONES CON EL PACIENTE ANTES DE SEPARAR AL NIÑO DE
SU MADRE, PORQUE DE OTRA MANERA EL NIÑO PUEDE SENTIR QUE --
LO ESTÁN FORZANDO A ABANDONARLA. EN UN NIÑO DE CORTA --
EDAD EL MIEDO AL ABANDONO ES CRÍTICO. EXISTEN ENFOQUES --
ADECUADOS AL MANEJO PSICOLÓGICO DE LOS NIÑOS EN EL CONSUL--
TORIO DENTAL. NO SE DEBE DEJAR EL TRATAMIENTO PARA DES--
PUÉS, YA QUE ESTO NO AYUDA EN ABSOLUTO A ELIMINAR EL MIEDO.
EL MIEDO DEL PACIENTE AUMENTA CON EL MIEDO QUE TIENE EL --
ODONTÓLOGO A MANEJARLO, PORQUE EL NIÑO PIENSA PRECAVIDAMEN
TE QUE, SI EL ODONTÓLOGO TEME REALIZAR EL TRABAJO, ES POR--
QUE DEBE HABER ALGUNA RAZÓN PARA RETRASARLO. CUALQUIER --
RAZÓN NO EXPLICADA INSPIRA MIEDO A LOS NIÑOS.

SI EL PROCEDIMIENTO TIENE QUE PRODUCIR DOLORES, AUN--
QUE SEAN MÍNIMOS, ES MEJOR PREVENIR AL NIÑO Y CONSERVAR SU
CONFIANZA QUE DEJARLE CREER QUE HA SIDO ENGAÑADO. TRATAR
DE CONVENCER VERBALMENTE AL NIÑO PARA QUE PIERDA SU MIEDO--
SIN DARLE EVIDENCIAS CONCRETAS DE PORQUÉ, NO ES MUY EFICAZ.
DECIRLE AL NIÑO QUE NO DEBE SENTIRSE COMO SE SIENTE, INDI-

CA CARENIA DE CONOCIMIENTOS SOBRE PROBLEMAS EMOCIONALES, PORQUE EL NIÑO NO PUEDE EVITAR EL SENTIRSE ASÍ.

TÉCNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.

A TRAVÉS DEL REACONDICIONAMIENTO REALIZADO CON LA -- GUÍA DEL DENTISTA, EL NIÑO APRENDE A ACEPTAR LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS Y A GOZAR DE ELLOS.

EL PRIMER PASO EN EL REACONDICIONAMIENTO ES SABER SI EL NIÑO TEME EXCESIVAMENTE A LA ODONTOLOGÍA, Y PORQUE, ES TO SE HACE PREGUNTANDO A LOS PADRES A CERCA DE SUS SENTIMIENTOS PERSONALES HACIA LA ODONTOLOGÍA. CUANDO LA CAUSA DEL MIEDO, CONTROLARLO ES UN PROCEDIMIENTO MÁS SENCILLO.

EL SIGUIENTE PASO ES FAMILIARIZAR AL NIÑO CON LA SALA DE TRATAMIENTO DENTAL, PUEDE DISMINUIRSE EL MIEDO PERMITIENDO Y ALENTANDO AL NIÑO SUTILMENTE PARA QUE PRUEBE -- CADA PIEZA DEL EQUIPO, EL DENTISTA DEBERÁ EXPLICAR COMO-- FUNCIONA CADA PIEZA, DE MANERA QUE EL NIÑO SE FAMILIARICE CON LOS SONIDOS Y ACCIONES DE CADA ACCESORIO. EL SI---- GUIENTE PASO ES GANAR COMPLETAMENTE LA CONFIANZA DEL NIÑO, AL ESTABLECER ESA CONFIANZA, EL DENTISTA DEBE TRASMITIR -- AL NIÑO QUE SIMPATIZA CON SUS PROBLEMAS Y LOS CONOCE.

HA LLEGADO EL MOMENTO DE ESBOZAR EL TEMA DEL TRATAMIENTO DENTAL. EN LA PRIMERA VISITA DEBERÁN REALIZARSE SOLO PROCEDIMIENTOS MENORES E INDOLOROS. SE OBTIENE LA HISTORIA, SE INSTRUYE SOBRE EL CEPILLADO DE DIENTES, SE PUEDEN TOMAR RADIOGRAFÍAS. ES BUENA TÁCTICA PASAR DE OPERACIONES MÁS SENCILLAS A LAS MÁS COMPLEJAS. GENERALMENTE, SE INVITA A LOS PADRES EN LA PRIMERA VISITA A QUE PASEN A LA SALA DE OPERACIONES PARA COMPRENDER EL PAPEL TAN IMPORTANTE QUE TIENEN EN LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS DE HIGIENE DE SU HIJO Y CONOCIMIENTO DEL CONTROL DIETÉTICO PARA PREVENIR ENFERMEDADES DENTALES. DESAFORTUNADAMENTE LOS NIÑOS LLEGAN AL CONSULTORIO DENTAL PARA SU PRIMERA VISITA SUFRIENDO DOLOROS Y CON NECESIDAD DE TRATAMIENTO MÁS EXTENSO. EN ÉSTA OCASIÓN LA VERACIDAD DEL DENTISTA ES ESENCIAL, FRANQUEZA Y HONESTIDAD SERÁN ACEPTABLES CON LOS NIÑOS. CUANDO EL NIÑO GRITA Y LLORA, LA AMENAZA DE SACAR A LOS PADRES FUERA DE LA SALA PUEDE SER SUFICIENTE PARA QUE SE CALLE, CUANDO ESTO NO FUNCIONA Y EL NIÑO LLEGA A LA HISTERIA, LA MANERA MÁS SENCILLA PARA QUE EL PACIENTE PUEDA ESCUCHAR LO QUE USTÉD QUIERE DECIRLE ES COLOCAR SUAVEMENTE LA MANO SOBRE LA BOCA DEL NIÑO, MIENTRAS QUE EL NIÑO LLORA, SE LE HABLA AL OÍDO CON VOZ NORMAL Y SUAVE, DICIENDOLE QUE QUITARÁ LA MANO CUANDO PARE DE LLORAR.

CUANDO DEJE DE LLORAR SE QUITA LA MANO Y SE LE HABLA AL NIÑO SOBRE ALGUNA EXPERIENCIA SIN RELACIÓN ALGUNA CON LA ODONTOLOGÍA. ES EFICAZ HACER ESTO Y COMO LOS NIÑOS - SE VUELVEN PACIENTES IDEALES, NO GUARDAN RESENTIMIENTO Y SE DAN CUENTA DE QUE LO QUE SE HIZO FUE PARA SU PROPIO -- BIEN. COLOCAR LA MANO SOBRE LA BOCA DEL PACIENTE ES MEDIDA EXTREMA Y SOLO DEBERÁ USARSE COMO ÚLTIMO RECURSO EN UN PACIENTE YA HISTÉRICO, CUANDO HAYAN FALLADO TODOS LOS- DEMÁS MEDIOS. EN LA UTILIZACIÓN DE ÉSTE MÉTODO DE REA-- CONDICIONAMIENTO NO SE PRODUCIRAN TRAUMAS PSICOLÓGICOS Y- QUE EL NIÑO AL PASAR EL TIEMPO, ESTARÁ ESPERANDO SU VISI- TA DENTAL CON ALEGRE ANTICIPACIÓN.

MOMENTO Y DURACIÓN DE LA VISITA.

CUANDO SE TRATA A NIÑOS, SON IMPORTANTES LA HORA Y - DURACIÓN DE LA VISITA. AMBOS PUEDEN AFECTAR EL COMPORTA MIENTO DEL NIÑO. CUANDO SEA POSIBLE, LOS NIÑOS NO DEBEN PERMANECER EN LA SILLA MÁS DE MEDIA HORA. SI LA VISITA- TARDA MÁS, LOS NIÑOS PUEDEN VOLVERSE MENOS COOPERATIVOS - HACIA EL FINAL. LOS PACIENTES MUY COOPERATIVOS, SI SE - CANSAN CON VISITAS DEMASIADO LARGAS, PUEDEN LLEGAR A UN - PUNTO DE SATURACIÓN EN EL QUE EMPIECEN A LLORAR. TAM--- BIÉN LA HORA DE LA VISITA DEL NIÑO TIENE RELACIÓN CON SU- COMPORTAMIENTO. NO DEBE DARSE HORAS DE VISITA A LOS NIÑOS

QUE TODAVÍA NO VAN A LA ESCUELA DURANTE EL PERÍODO NORMALMENTE DEDICADO A LA SIESTA. LOS NIÑOS QUE VIENEN A LA HORA DE LA SIESTA ESTÁN GENERALMENTE ADORMILADOS, IRRITABLES Y SON DIFÍCILES DE MANEJAR.

LOS NIÑOS NO DEBERÍAN SER TRAÍDOS AL DENTISTA POCO DESPUÉS DE UNA EXPERIENCIA EMOCIONAL SERIA, COMO PUEDE SER EL NACIMIENTO DE UN HERMANO O HERMANA, O LA MUERTE DE ALGUIEN CERCAÑO A ELLOS. EL NIÑO ESTÁ EXPERIMENTANDO EN ESTE MOMENTO TRAUMAS EMOCIONALES, Y LA VISITA AL DENTISTA SOLO AÑADIRÍA MÁS ANSIEDADES Y DESCONCIERTO.

LA CONVERSACIÓN DEL DENTISTA.

CUANDO HABLE A LOS NIÑOS EL ODONTÓLOGO DEBERÁ PONERSE A SU MISMO NIVEL EN POSICIÓN Y CONVERSACIÓN, EN PALABRAS E IDEAS.

NO SE DEBEN DE UTILIZAR PALABRAS DEMASIADO DIFÍCILES QUE EL NIÑO NO PUEDE COMPRENDER. HABLAR DEMASIADO, CONFUNDIRÁ AL NIÑO Y LE PRODUCIRÁ DESCONFIANZA Y APRENSIÓN, COMO CUALQUIER OTRA COSA QUE NO COMPRENDE.

UTILICE PALABRAS SENCILLAS Y COTIDIANAS QUE USAN LOS NIÑOS DE LA EDAD DE SU PACIENTE. AL SELECCIONAR TEMAS DE CONVERSACIÓN, ELIJA TEMAS Y SITUACIONES QUE LE SEAN FA

MILIARES. DEJE QUE EL NIÑO LLEVE LA CONVERSACIÓN. DEBE EVITARSE HABLAR A LOS NIÑOS COMO SI FUERAN MÁS PEQUE--ROS DE LO QUE EN REALIDAD SON. ESTO ES UNA OFENSA MAYOR QUE SI LES HABLA COMO SI FUERAN MAYORES. CASI TODOS LOS NIÑOS LES GUSTA QUE EL ODONTÓLOGO HABLE DE ALGO QUE LES - RESULTA INTERESANTE. ALEJE SUS MENTES DE LOS PROCEDI---MIENTOS DENTALES, YA QUE ESTÁN INTERESADOS EN LO QUE SE - ESTÁ HACIENDO.

SIEMPRE QUE SE ESTÉ TRABAJANDO CON UN NIÑO, NO LE HA GA PREGUNTAS QUE REQUIERAN RESPUESTAS SI TIENE AMBAS MA--NOS Y ALGUNOS INSTRUMENTOS EN SU BOCA. A LA MAYORÍA DE--LOS NIÑOS LES GUSTA OIR HABLAR AL DENTISTA. SE SIENTEN--MENOS IGNORADOS Y OLVIDADOS.

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE.

ES BUENA POLÍTICA CONOCER AL PACIENTE INFANTIL ANTES DE QUE LLEGUE A LA SILLA DENTAL. SE PUEDE APRENDER MU--CHO SOBRE EL COMPORTAMIENTO EMOCIONAL DEL NIÑO OBSERVÁNDO--LO EN LA SALA DE RECEPCIÓN. SI ESTÁ SENTADO EN EL REGA--ZO DE SU MADRE O ABRAZADO A ELLA, SE PUEDEN ANTICIPAR DI--FICULTADES EN EL PRIMER ENCUENTRO.

SIN EMBARGO, SI EL NIÑO SE SIENTA SOLO Y LEE UN LIBRO --O JUEGA ALEJADO DE SU MADRE SE PUEDE SUPONER QUE ES EMOCIO--

NALMENTE MADURO Y ESTÁ BIEN CENTRADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

ATENCIONES AL PACIENTE.

CADA NIÑO DEBERÁ RECIBIR LA ATENCIÓN COMPLETA DEL DENTISTA. SIEMPRE TRATE AL NIÑO COMO SI FUERA EL ÚNICO-PACIENTE QUE SE VE ESE DÍA. NUNCA HAY QUE DEJAR A UN PACIENTE MUY PEQUEÑO SENTADO SOLO EN LA SILLA, YA QUE SUS TEMORES, AÚN NO DISIPADOS POR COMPLETO, PUEDEN AGRANDARSE.

SI SE TIENE QUE ABANDONAR LA SALA DE OPERACIONES, AUNQUE SEA POR UN MINUTO, ASEGÚRESE DE QUE ESTÁ PRESENTE-SU AYUDANTE.

SI EL NIÑO ESTÁ CLARAMENTE ATEMORIZADO, ES MEJOR QUE EL ODONTÓLOGO NO ABANDONE EN ABSOLUTO LA SALA.

HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ REALIZAR SUS DEBERES CON DESTREZA, RAPIDEZ Y MÍNIMO DE DOLOR. LA AYUDANTE ES MUY CONVENCIENTE CUANDO SE TRABAJA CON NIÑOS. TRABAJE SUAVE Y CUIDADOSAMENTE Y NO PIERDA TIEMPO O MOVIMIENTOS. EL NIÑO--PUEDEN SOPORTAR MOLESTIAS SI SABE QUE PRONTO ACABARÁN.

USO DE PALABRAS QUE INSPIRAN MIEDO.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ EVITAR UTILIZAR PALABRAS QUE INSPIREN MIEDO AL NIÑO. ALGUNOS NIÑOS SE ESTREMECERÁN DE MIEDO AL OIR PALABRAS COMO "AGUJA" O "FRESA" Y SIN EMBARGO, NO SE OPOENEN DEMASIADO A LA EXPERIENCIA SI SE LLAMA DE OTRA MANERA AL PROCEDIMIENTO.

CUANDO SE TRATE CON NIÑOS DEBERÁN EVITARSE ENGAÑOS, PERO CUANDO SEA POSIBLE, DEBERÁN USARSE PALABRAS QUE NO DESPIERTEN MIEDO. EN VEZ DE PALABRAS COMO "INYECCIÓN", "AGUJA", "PINCHO" PODRÍAMOS DECIR: "VAMOS A PONER ALGO EN TUS ENCÍAS QUE SE SENTIRÁ COMO EL PIQUETE DE UN MOSQUITO". EN VEZ DE LA PALABRA "FRESA", QUE PARA UN NIÑO SIGNIFICA HACER HOYOS EN UN DIENTE, DÍGALE QUE VA A CEPILLAR LOS INSECTOS MALOS Y SACARLOS DE SUS DIENTES. AL MISMO TIEMPO, HAGA CORRER SOBRE LA UÑA DEL NIÑO UNA BROCA GRANDE DE CONO INVERTIDO, EXPLICANDO QUE LA BROCA ES LLANA Y NO PUEDE PENETRAR EN EL DIENTE. CUANDO SE TRATA A NIÑOS, ES SIEMPRE BUENA POLÍTICA INFORMARLES DE LO QUE SE VA A HACER, PERO EVITE ASUSTARLOS UTILIZANDO PALABRAS MAL SELECCIONADAS QUE LE SUGIERAN DOLOR.

USO DE ADMIRACIÓN, HALAGOS SUTILES, ALABANZAS Y RECOMPENSA.

EXISTEN MUCHOS TIPOS DE RECOMPENSAS PARA LOS PACIENTES QUE SE PORTAN BIEN.

UNA DE LAS RECOMPENSAS QUE MÁS BUSCA EL NIÑO ES LA -- APROBACIÓN DEL DENTISTA. CUANDO EL NIÑO SEA BUEN PACIENTE, DÍGASELO, ESTO IMPONDRÁ UNA META A SU COMPORTAMIENTO -- FUTURO. CUANDO ALABE AL NIÑO, ALABE MEJOR EL COMPORTA--- MIENTO QUE AL INDIVIDUO. POR EJEMPLO: EN VEZ DE DECIRLE-- QUE HA SIDO UN NIÑO MUY BUENO, DIGALE QUE HOY SE PORTÓ MUY BIEN EN LA SILLA. LOS REGALOS SON MUY BUENAS RECOMPENSAS. DARLE AL NIÑO ALGÚN REGALO CUANDO SE HA PORTADO BIEN FORMA PARTE DE UN MANEJO ADECUADO. ALGUNOS ODONTÓLOGOS DAN PEQUEÑOS OBJETOS O JUGUETES. DAR A LOS NIÑOS ESTRELLAS DORADAS PARA QUE LAS PEGUEN EN UNA CARTULINA QUE ESTÁ EN LA-- SALA DE RECEPCIÓN ES MUY EFICAZ.

SOBORNOS Y EL PACIENTE.

NUNCA SOBORNE A UN NIÑO. RARAS VECES DA RESULTADOS-- POSITIVOS EL SOBORNO. EL RESULTADO SERÁ SENCILLAMENTE -- QUE EL NIÑO SEGUIRÁ PORTÁNDOSE MAL PARA OBTENER MÁS SOBORNOS Y CONCESIONES.

SOBORNAR ES ADMITIR QUE EL DENTISTA NO PUEDE MANEJAR LA SITUACIÓN. UN NIÑO PERCEPTIVO PRONTO SE APROVECHARÁ DE LA MALA SITUACIÓN DEL DENTISTA. ES CONVENIENTE DISTINGUIR-- ENTRE SOBORNO Y RECOMPENSA. RECOMPENSAR ES RECONOCER QUE HUBO BUEN COMPORTAMIENTO, DESPUÉS QUE SE TERMINÓ LA OPERACIÓN SIN QUE ANTERIORMENTE SE HUBIERA PROMETIDO.

ÓRDENES CONTRA SUGERENCIAS.

CUANDO ORDENE A UN NIÑO QUE CUMPLA SUS DESEOS, DECLÁRELOS DE MANERA AGRADABLE; PERO DECIDIDA. NO DUDE EN SONREIR Y GOZAR CON SU PACIENTE; SIN EMBARGO HAY QUE SER FIRME SI LA SITUACIÓN LO REQUIERE.

EL ODONTÓLOGO Y LO RAZONABLE.

CUANDO SE TRATA CON NIÑOS SE DEBE SER REALISTA Y RAZONABLE. RESPETE SUS EMOCIONES, PERO SI NO ESTÁN DE ACUERDO CON EL PATRÓN DESEADO PARA TRABAJOS DENTALES, TRATE DE ALTERARLAS. DELE AL NIÑO LA OPORTUNIDAD DE PARTICIPAR EN LOS PROCEDIMIENTOS. SI PUEDE SOSTENER EL ALGODÓN O AYUDAR EN OTRA COSA POCO IMPORTANTE, EL NIÑO SENTIRÁ QUE ES PARTE DEL SERVICIO QUE SE ESTÁ REALIZANDO.

ADEMÁS SE INTERESARÁ Y COOPERARÁ MÁS. TRÁTELO COMO INDIVIDUO CON SENTIMIENTOS Y EMOCIONES Y NO COMO OBJETO --

INANIMADO EN LA SILLA.

TIPOS DE PACIENTES.

LOS NIÑOS CON UNA CONDUCTA QUE INTERRUMPE SIGNIFICATIVAMENTE EL TRATAMIENTO DENTAL, SON CLASIFICADOS COMO "PROBLEMAS DE CONDUCTA". ALGUNOS DE ELLOS, COMO LOS MENTAL O FÍSICAMENTE IMPEDIDOS O EL NIÑO MUY PEQUEÑO, EMOCIONALMENTE INMADURO, PUEDEN SER INCAPACES DE CONTROLAR SU CONDUCTA; OTROS PUEDEN SIMPLEMENTE NO QUERER COOPERAR.

LAMPSHIRE CLASIFICA A LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS NIÑOS EN LAS SIETE SIGUIENTES CATEGORÍAS:

1.- COOPERADORES.

NIÑOS QUE PERMANECEN FÍSICA Y EMOCIONALMENTE RELAJADOS Y COOPERAN DURANTE TODA LA VISITA, AL MARGEN DEL TRATAMIENTO REALIZADO.

2.- TENSO-COOPERADORES.

NIÑOS QUE ESTÁN TENOS PERO QUE, SIN EMBARGO COOPERAN. LA CONDUCTA TENSA COOPERATIVA A MENUDO PASA DESAPERCIBIDA, PUESTO QUE EL NIÑO PERMITE QUE SEA REALIZADO EL TRATAMIENTO.

3.- ABIERTAMENTE APRENSIVOS.

LOS QUE SE ESCONDEN DETRÁS DE SUS MADRES EN LA SALA DE RECEPCION, USAN TÉCNICAS OBSTUCALIZANTES Y EVITAN MIRAR O HABLAR AL ODONTÓLOGO. LAMPSHIRE, INDICA QUE ÉSTOS NIÑOS EVENTUALMENTE ACEPTARÁN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

4.- TEMEROSOS.

NIÑOS QUE REQUIEREN CONSIDERABLEMENTE APOYO A FIN DE VENCER SU TEMOR A LA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA. EL MODELAMIENTO, LA DESENSIBILIZACIÓN Y OTRAS TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ESTÁN ESPECIALMENTE INDICADAS.

5.- TERCOS O DESAFIANTES.

NIÑOS QUE SE RESISTEN PASIVAMENTE O TRATAN DE EVITAR EL TRATAMIENTO POR EL USO DE TÉCNICAS QUE LES HAN RESULTADO EXITOSAS EN OTRAS SITUACIONES.

6.- HIPERMOTRICES.

NIÑOS QUE ESTÁN AGUDAMENTE AGITADOS Y ADOPTAN UNA ESTRATAGEMA DEFENSIVA DE "LUCHA", TAL COMO GRITAR O PATEAR.

7.- IMPEBIDOS.

NIÑOS QUE SON FÍSICA, MENTAL O EMOCIONALMENTE IMPE-
DIDOS.

UNA OCTAVA CATEGORÍA QUE LAMPSHIRE NO INCLUYÓ, PERO
TAMBIÉN DEBERÁ SER CONSIDERADA, DESCRIBE AL PACIENTE EMO-
CIONALMENTE INMADURO. ESTA CATEGORÍA INCLUYE AL NIÑO--
MUY PEQUEÑO QUE NO HA LOGRADO AÚN UNA MADUREZ EMOCIONAL-
SUFICIENTE COMO PARA RACIONALIZAR LA NECESIDAD DEL TRATA-
MIENTO ODONTOLÓGICO O ENFRENTARLO SATISFACTORIAMENTE.

PREMEDICACIÓN.

UN NIÑO INTERRUPTOR QUE NO RESPONDE A LOS PROCEDI-
MIENTOS DE MANEJO, YA SEAN PSICOLÓGICOS O FÍSICOS, PUEDE
REQUERIR TERAPIA CON DROGAS A FIN DE RECIBIR EL TRATA-
MIENTO ODONTOLÓGICO DEFINITIVO. LA PREMEDICACIÓN PUEDE
ESTAR INDICADA PARA LOS SIGUIENTES TIPOS DE PACIENTES:

- 1.- NIÑOS MUY PEQUEÑOS (DE 3 AÑOS DE EDAD Y MENOS)-
QUE CARECEN DE LA CAPACIDAD EMOCIONAL E INTELEC-
TUAL PARA COOPERAR.
- 2.- NIÑOS MUY APRENSIVOS, EN QUIENES LA TERAPIA CON
DROGAS PUEDE SER USADA JUNTO CON OTRAS TÉCNICAS

DE MANEJO DE LA CONDUCTA, COMO DECIR-MOSTRAR---
HACER O EL MODELAMIENTO.

- 3.- NIÑOS FÍSICAMENTE IMPEDIDOS, COMO LOS PACIENTES
CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE NO PUEDEN CONTROLAR
ADECUADAMENTE SUS ACTIVIDADES MUSCULARES VOLUN-
TARIAS.
- 4.- NIÑOS MENTALMENTE IMPEDIDOS, COMO LOS PACIENTES
CON EL SÍNDROME DE DOWN, QUE, COMO LOS NIÑOS --
MUY PEQUEÑOS, PUEDEN CARECER DE LA CAPACIDAD --
EMOCIONAL E INTELLECTUAL PARA COOPERAR.

LOS PREMEDICAMENTOS EMPLEADOS COMÚNMENTE EN LOS NI-
ÑOS EN ODONTOLOGÍA INCLUYEN SEDANTES E HIPNÓTICOS, COMO-
EL HIDRATO DE CLORAL Y LOS BARBITÚRICOS; LAS DROGAS AN--
SIOLÍTICAS COMO EL MEPROBAMATO, LA HIDROXYZINA, EL DIA--
ZEPAM Y LA PROMETAZINA; Y LOS NARCÓTICOS, COMO LA MEPERI
DINA.

TAMBIÉN SE USAN COMBINACIONES DE ESTAS DROGAS.

SOLO CUANDO TODOS LOS DEMÁS MÉTODOS APROPIADOS PARA
EL MANEJO DEL PACIENTE HAN FRACASADO EN EL CONTROL DE LA
CONDUCTA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA DEL NIÑO, SE DEBERÁ RECU-
RRIR A LA ANESTESIA GENERAL. MUSSELMAN Y ROY, RECOMIEND

DAN QUE SE HAGAN POR LO MENOS CON OTRAS TÉCNICAS DE MANEJO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, ANTES DE ELEGIR LA ANESTESIA GENERAL.

EL CONTROL PROPIO DEL DENTISTA.

EL ODONTÓLOGO NUNCA DEBERÁ PERDER SU DOMINIO Y ENFADARSE. LA IRA COMO EL MIEDO, ES UNA REACCIÓN EMOCIONAL PRIMITIVA E INMADURA. ES SEÑAL DE DERROTA E INDICA AL NIÑO QUE HA TENIDO ÉXITO Y HA DISMINUIDO SU DIGNIDAD. EL PACIENTE LO PONE EN SITUACIÓN DE GRAN DESVENTAJA, PORQUE LA IRA DISMINUYE SU CAPACIDAD DE RAZONAR CLARAMENTE Y DETENER LAS REACCIONES ADECUADAS. SI EL DENTISTA PIERDE SU CONTROL Y ELEVA LA VOZ, SOLO ASUSTARÁ MÁS AL NIÑO Y SE LE DIFICULTARÁ MÁS AÚN SU COOPERACIÓN. SI NO PUEDE EVITAR ENFADARSE, ES MEJOR DESPEDIR AL NIÑO Y DEJAR QUE OTRO ODONTÓLOGO PRUEBE SUERTE. SI EL DENTISTA HA TRATADO LO MEJOR POSIBLE Y NO PUEDE ENTABLAR RELACIÓN CON EL NIÑO, ES MEJOR ADMITIR LA DERROTA QUE ARRUIANAR AL NIÑO PARA TRATAMIENTOS DENTALES FUTUROS.

EL ODONTÓLOGO Y LA GRACIA.

TODOS LOS MOVIMIENTOS, YA SEA AL MANEJAR A LOS PACIENTES O EN PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS, DEBERÁN MOSTRAR SUAVI

DAD Y GRACIA. MOVIMIENTOS RÁPIDOS Y BRUSCOS TIENDEN A-
ATEMORIZAR A LOS NIÑOS MUY PEQUEÑOS. CUANDO SE BAJE AL
NIÑO EN LA SILLA, O ESTÉ INCLINADO EL RESPALDO, HÁGALO -
DESPACIO. NO DEJE CAER AL NIÑO DE GOLPE NI LO INCLINE--
TAN RÁPIDAMENTE EN LA SILLA. AL INYECTARLE, NO LLEVE -
LA JERINGA A LA BOCA TAN RÁPIDAMENTE QUE EL ACTO EN SÍ--
ASUSTE AL NIÑO. DEBERÁ ELEVARSE LA JERINGA DE MANERA -
NATURAL Y DELIBERADA. SI SUS ACCIONES SON NATURALES Y-
GRACIOSAS, PODRÁ EVITAR GRAN PARTE DE MIEDOS INNECESA---
RIOS. LA ODONTOLOGÍA ES UNA PROFESIÓN LLENA DE GRACIA+
SI HUBIERA QUE DEFINIR LOS REQUISITOS DE UN BUEN ODONTO-
PEDIATRA SERÍAN: GRACIA, HABILIDAD, CONOCIMIENTOS E INTE
LIGENCIA.

CAPÍTULO III

LOS DIENTES Y LA PATOLOGÍA PEDIÁTRICA.

ESENCIALMENTE, EL DENTISTA Y EL ORTODONCISTA VEN Y TRATAN EN EL NIÑO LAS AFECCIONES DEBIDAS A CARIES, CORRIEN LAS MALPOSICIONES DENTARIAS Y LAS MALFORMACIONES MAXILARES Y CONTROLAN EL DESARROLLO DE LOS DIENTES Y DE -- LOS MAXILARES.

EN PRESENCIA DE CIERTAS PATOLOGÍAS DENTARIAS O MAXILARES, LOS NIÑOS SON ENVIADOS AL PEDIATRA. A VECES, EN ESTAS OCASIONES ES CUANDO SE DESCUBREN AFECCIONES DE LA CAVIDAD BUCAL O DE LA REGIÓN PERIORAL, INCLUSO AUNQUE YA SE HUBIERA EMPEZADO A EFECTUAR UN TRATAMIENTO.

EL PEDIATRA DEBE INSPECCIONAR LA CAVIDAD BUCAL CUANDO EFECTÚA UN EXAMEN CLÍNICO EN UN NIÑO. NO SE DEBE -- CONTENTAR SOLAMENTE CON EXPLORAR LAS AMÍGDALAS, EL PALADAR, LA LENGUA Y LA PORCIÓN POSTERIOR EN BUSCA DE INFECCIONES. DEBE EXAMINAR IGUALMENTE LOS DIENTES, TANTO EN SUS BORDES EXTERNOS COMO INTERNOS, ASÍ COMO SU SUPERFI-- CIE DE MASTICACIÓN.

LOS DEFECTOS DE OCLUSIÓN, LA CARIES Y LAS MALPOSICIONES SON AFECCIONES QUE DEPENDEN DE LA PRÁCTICA DENTAL, COMO PUEDE SER LA ORTODONCIA Y NECESITAN SER DIRIGIDAS A ÉSTOS ESPECIALISTAS.

EL DESARROLLO DE LA DENTICIÓN Y EL ORDEN DE APARICIÓN DE LOS DIENTES EN FUNCIÓN DE LA EDAD PRESENTAN GRANDES VARIACIONES. PESE A QUE LA ERUPCIÓN DEL PRIMER DIENTE SE PRODUZCA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO, O ANTES, ESTE FENÓMENO NO DEBE ASIMILARSE A UNA ENFERMEDAD -- AUNQUE SEA FRECUENTE. ASÍ TAMBIÉN, LA APARICIÓN TARDÍA DE LA DENTICIÓN PUEDE CONSIDERARSE TODAVÍA COMO ALGO FISIOLÓGICO.

LAS MODIFICACIONES DEL COLOR DE LOS DIENTES, SU FORMA, SU POSICIÓN, SU CAÍDA PRECOZ, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DEFECTOS DE OCLUSIÓN, PUEDEN SER EL SIGNO DE NUMEROSOS ESTADOS PATOLÓGICOS E IR LIGADOS A UN SÍNDROME O UNA ENFERMEDAD DE LA CUAL SON SIGNOS PATOGNOMÓNICOS.

ALGUNAS AFECCIONES HEREDITARIAS VAN ACOMPAÑADAS DE MODIFICACIONES CARACTERÍSTICAS DE LOS DIENTES O DE LA MANDÍBULA Y POR ELLO LA INSPECCIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL PERMITE OBTENER INFORMACIONES ESENCIALES O PRUEBAS DE SU PRESENCIA. NATURALMENTE SE DEBEN OBSERVAR LAS MODIFICACIONES

NES INFLAMATORIAS, LOS ABSCESOS, LAS ÚLCERAS Y LAS LESIONES DE LA MUCOSA Y FRECUENTEMENTE NECESITARÁN QUE SE EFECTÚE UN TRATAMIENTO.

DESDE EL SEGUNDO MES SE DESARROLLA EN EL EMBRIÓN LA-CRESTA DENTARIA A PARTIR DE LA CUAL SE VAN A DESARROLLAR-LOS ÓRGANOS FORMADORES DEL ESMALTE. LA MINERALIZACIÓN -EMPIEZA A PARTIR DEL QUINTO MES FETAL. LA APARICIÓN DE-LOS DIENTES DE LECHE COMIENZA ENTRE EL 6º. Y 30º. MES POSTNATAL. LA APARICIÓN DE LA CRESTA DENTARIA SECUNDARIA, -RESPONSABLE DE LA FORMACIÓN DE LOS DIENTES DEFINITIVOS, --YA EMPIEZA ALREDEDOR DE LA 14º. SEMANA FETAL.

LA MINERALIZACIÓN DE LOS MAMELONES DE LOS DIENTES DE DEFINITIVOS EMPIEZA POR LOS MOLARES, YA EN EL MOMENTO DEL -NACIMIENTO.

LA REABSORCIÓN DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES DE LECHE EMPIEZA ENTRE EL 2º Y 4º. AÑO ANTES DE SU CAÍDA. DESDE-LA EDAD DE 6 AÑOS SE APRECIA LA APARICIÓN DE LOS DIENTES DEFINITIVOS CON LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR (6º. DIENTE). LA APARICIÓN DE LOS DIENTES DEFINITIVOS VA A SEGUIR UN ESQUEMA PARECIDO AL DE LA APARICIÓN DE LOS DIENTES DE LECHE. EL INTERVALO LIBRE ENTRE LA PÉRDIDA DE UN DIENTE DE LECHE Y LA ERUPCIÓN DE UN DIENTE DEFINITIVO PUEDE DURAR HASTA 2

MESES E INCLUSO PUEDE ALCANZAR 4 MESES PARA LOS INCISIVOS EXISTEN 20 DIENTES DE LECHE QUE SERÁN REEMPLAZADOS POR 32 DIENTES DEFINITIVOS. LOS 28 PRIMEROS DIENTES ESTÁN CORRIENTEMENTE PRESENTES A LOS 12 AÑOS O POCO DESPUÉS. LA APARICIÓN DE LOS CUATRO ÚLTIMOS DIENTES, LOS TERCEROS MOLARES, LLAMADOS MUELAS DEL JUICIO, ES EXTREMADAMENTE VARIABLE.

LA APARICIÓN DE LOS DIENTES DE LECHE ES UN FENÓMENO-FISIOLÓGICO. EL EPITELIO DEL ALVÉOLO DENTARIO SE AGRANDA AL MISMO TIEMPO QUE EL EPITELIO DE LA CAVIDAD BUCAL. POR ESTE HECHO NO SE VA A PRODUCIR NINGUNA HERIDA.

ALGUNAS AFECCIONES, COMO LAS CONVULSIONES O LA FIEBRE, NO SON UNA CONSECUENCIA DE ESTE ACONTECIMIENTO FISIOLÓGICO, A PESAR DE LA CREENCIA POPULAR. SIN EMBARGO, A VECES PUEDE NOTARSE ALGÚN DOLOR CUANDO VARIOS DIENTES HACEN ERUPCIÓN AL MISMO TIEMPO. OCASIONALMENTE SE PUEDE OBSERVAR AGITACIÓN Y UN AUMENTO DE LA SALIVACIÓN, PERO NO ES PRECISO EFECTUAR TRATAMIENTO ALGUNO. POR EL HECHO DE QUE 20 DIENTES DE LECHE VAN HACER ERUPCIÓN ENTRE EL 6o. Y 30o. MES DE VIDA, SIEMPRE ES POSIBLE OBSERVAR SI SE INSPECCIONA LA CAVIDAD BUCAL, LA APARICIÓN DE UN DIENTE CONCOMITANTE A UNA AFECCIÓN AGUDA DEL NIÑO. TODA ERUPCIÓNES CAPAZ DE PROVOCAR ESTADOS DE IRRITACIÓN DOLOROSA MÁS O

MENOS IMPORTANTE. ENTONCES EL ALIMENTO NO SE MASTICA -
CONVENIENTEMENTE. A VECES, COMO MANIFESTACIÓN SECUNDA-
RIA, APARECEN DOLORES DIGESTIVOS, ASÍ COMO TAMBIÉN CIER-
TA IRRITABILIDAD DEL NIÑO, UN AUMENTO DE LA SALIVACIÓN,-
ETC. LA FECHA DE APARICIÓN DE LOS DIENTES ES MUY VARIA
BLE. UNA DESVIACIÓN DE ALGUNOS MESES E INCLUSO DE UN--
AÑO O MÁS EN EL CASO DE LOS DIENTES DEFINITIVOS, ORDINA-
RIAMENTE NO TIENE UNA SIGNIFICACIÓN PATOLÓGICA. UN RE-
TRASO GENERAL DE APARICIÓN DE LA DENTICIÓN VA FRECUENTE-
MENTE ASOCIADO A UN RETRASO DEL CRECIMIENTO, A UNA PUBER-
TAD TARDÍA E INCLUSO A UN RETRASO GENERAL DEL DESARROLLO.
ASÍ MISMO, DE UN MODO GENERAL, LOS CAMBIOS DE DENTICIÓN-
SE PRODUCEN MEDIO AÑO ANTES EN LA NIÑA QUE EN EL NIÑO.

LA PRESENCIA DE DIENTES LLAMADOS PRELÁCTEOS, CONGÉ-
NITOS O FETALES REPRESENTA UNA FORMACIÓN EMBRIONARIA SU-
PLEMENTARIA. FRECUENTEMENTE ESTÁN MAL IMPLANTADOS EN--
LA MUCOSA. DEBEN EXTIRPARSE, LO CUAL NO SIEMPRE ES FÁ-
CIL, A FIN DE QUE NO ENTORPEZCAN EL DESARROLLO DE LOS --
DIENTES DE LECHE. A VECES SE ESTÁ OBLIGADO A LIMAR LOS
BORDES CORTANTES DE LOS INCISIVOS QUE HAN APARECIDO DEMA-
SIADO PRECOZMENTE Y SON UN IMPEDIMENTO PARA LA ALIMENTA-
CIÓN AL PECHO. LA DENTICIÓN DEFINITIVA SE DISTINGUE FÁ-
CILMENTE DE LOS DIENTES DE LECHE DESDE UN PUNTO DE VISTA

CLÍNICO POR SUS CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS Y POR SU AU
SENCIA DE MOVILIDAD EN EL ALVÉOLO DENTARIO. LA APARI--
CIÓN TARDÍA DE LOS DIENTES (DENTITIO TARDADA) PUEDE OB--
SERVARSE EN LOS PREMATUROS, EN LOS INMADUROS, EN LOS NI--
ÑOS CON UN RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO CUYAS MA--
DRES SON GRANDES FUMADORAS Y EN LOS GEMELOS O EN LOS TRI--
LLIZOS.

ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA IGUALMENTE EN LAS ENFER--
MEDADES CRÓNICAS, METABÓLICAS O CONGÉNITAS. LA PERSIS--
TENCIA DE LOS DIENTES DE LECHE PUEDE TENER DISTINTAS----
ETIOLOGIAS QUE VAN DESDE LA AUSENCIA DEL DESARROLLO DE--
LOS DIENTES DEFINITIVOS HASTA LA IMPACTACIÓN (BLOQUEO --
POR EL DIENTE VECINO) Y ENTONCES ES NECESARIO QUE LOS NI--
ÑOS SEAN TRATADOS POR EL DENTISTA.

MALFORMACIONES DENTARIAS.

LAS ANOMALÍAS DE TAMAÑO Y DE FORMA LLAMAN ESPECIAL--
MENTE LA ATENCIÓN CUANDO SE OBSERVAN LOS INCISIVOS.
PUEDEN SER MÁS PEQUEÑOS O MÁS GRANDES QUE SUS VECINOS.
CON FRECUENCIA SE DEBEN A UNA SIMPLE VARIACIÓN DEL CRECI--
MIENTO SIN ENFERMEDAD SUBYACENTE.

A NIVEL DE LAS CORONAS, ESPECIALMENTE DEL MAXILAR -

SUPERIOR, EN OCASIONES SE OBSERVAN DIENTES CON FORMA DE CÚPULA O PUNTIAGUDOS, SEPARADOS DEL VECINO Y QUE PARECEN MÁS PEQUEÑOS. EN LOS CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA, LOS DIENTES PRESENTAN UNA MODIFICACIÓN DE SU FORMA CARACTERÍSTICA: LOS INCISIVOS TIENEN ASPECTO DE TONEL CON LA PARTE SUPERIOR EN FORMA DE GÓNDOLA. LOS DIENTES DOBLES O TRIPLES, POR LA FUSIÓN DE LOS DIENTES VECINOS, O UN NÚMERO MÁS ELEVADO DE DIENTES, NO TIENEN DE ORDINARIO SIGNIFICADO ALGUNO Y EN RARAS OCASIONES NECESITAN TRATAMIENTO ORTODÓNTICO. SIN EMBARGO, LOS DIENTES SUPLEMENTARIOS O FUSIONADOS NECESITAN UN TRATAMIENTO POR PARTE DEL DENTISTA. EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS ES SUFICIENTE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE CON EL FIN DE PERMITIR EL DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE VECINO.

LA AUSENCIA DE VARIOS DIENTES (OLIGODONTIA) O LA AUSENCIA DE TODOS LOS DIENTES (ANODONCIA) SON AFECCIONES RARAS. ÉSTAS AFECCIONES VAN A CONDICIONAR NATURALMENTE IMPORTANTES TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN DE LA MASTICACIÓN Y PLANTEAN IMPORTANTES PROBLEMAS ORTODÓNTICOS O PROTÉSICOS.

ALGUNAS ANOMALÍAS DE LA ESTRUCTURA DENTARIA QUE AFECTAN AL ESMALTE PUEDEN SER HEREDITARIAS. LAS AMELO-

GÉNESIS IMPERFECTA PUEDE APARECER COMO CONSECUENCIA DE - INFECCIONES INTRAUTERINAS (POR EJEMPLO; RUBÉOLA) O DE ENFERMEDADES POR CARENCIAS METABÓLICAS (MALA ABSORCIÓN INTESTINAL, TRASTORNOS DEL METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO).

LA COLORACIÓN AMARILLENTO, QUE PUEDE LLEGAR A SER - GRIS PARDA Y QUE ES PRODUCIDA POR LAS TETRACICLINAS, ES BIEN CONOCIDA. SE PRODUCE UN DEPÓSITO DE QUELATOS POCO SÓLIDOS ORIGINADOS POR TRATAMIENTOS DE LARGA DURACIÓN DE ALGUNOS PREPARADOS DE TETRACICLINAS HOY EN DÍA POCO EMPLEADOS. ÉSTAS SUSTANCIAS PROVOCAN DIENTES AMARILLENTO Y FRIABLES.

CARIES DENTAL.

LA CARIES DENTAL ES UNA ENFERMEDAD DE LOS TEJIDOS - CALCIFICADOS DE LOS DIENTES, QUE SE CARACTERIZA POR DESMINERALIZACIÓN DE LA PARTE INORGÁNICA Y DESTRUCCIÓN DE - LA SUBSTANCIA ORGÁNICA DE LA PIEZA. ES LA MÁS FRECUENTE DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA RAZA HUMANA. UNA VEZ PRODUCIDA, SUS MANIFESTACIONES PERSISTEN DURANTE TODA LA VIDA, AUNQUE LA LESIÓN SEA TRATADA. COMIENZA POCO DESPUÉS QUE LOS DIENTES BROTAN EN LA CAVIDAD BUCAL. A PESAR DE SER UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN DE MA

NERA IMPORTANTE AL ORGANISMO NO SE HA PODIDO REDUCIR EL NÚMERO DE CASOS AFECTADOS POR ESTE PADECIMIENTO Y POR EL CONTRARIO SE HAN VISTO AUMENTADOS EN LA ACTUALIDAD DEBIDO A UNA FALTA DE CONTROL EN LOS FACTORES AMBIENTALES -- QUE INFLUYEN EN LA EVOLUCIÓN DE ÉSTA ENFERMEDAD. DENTRO DE LOS MÁS IMPORTANTES ENCONTRAMOS LOS NUTRICIONALES Y CONCRETAMENTE UNA INGESTIÓN EXAGERADA DE CARBOHIDRATOS LOS CUALES SON UN ELEMENTO INDISPENSABLE PARA QUE SE PRESENTE ESTA ENFERMEDAD. LA CARIES SE DEFINE COMO UN PROCESO INFECCIOSO, CONTINUO, LENTO E IRREVERSIBLE EL CUAL MEDIANTE UN MECANISMO QUÍMICO-BIOLÓGICO TIENE LA CAPACIDAD DE DESTRUIR LOS TEJIDOS DEL DIENTE.

LA CARIES ES INFECCIOSA PORQUE EL AGENTE CAUSAL DIRECTO SE CONSTITUYE POR UNO O VARIOS MICROORGANISMOS PATÓGENOS, LOS CUALES ENCONTRAREMOS SIEMPRE EN EL PROCESO EVOLUTIVO DE UNA LESIÓN CARIOSA.

CONTINUO.

ES CONTINUO PUESTO QUE UNA VEZ QUE UNA PIEZA DENTAL SE VE AFECTADA EL PROCESO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD CONTINÚA EVOLUCIONANDO Y LA ÚNICA FORMA DE DETENERLO ES --- ERRADICANDO EL PROCESO.

LENTO.

PORQUE DEBIDO A SU AVANCE EL ATAQUE VA A DEPENDER - DEL GRADO DE RESISTENCIA QUE PRESENTA LA PIEZA DENTARIA, SIN EMBARGO, SE PUEDE ESTABLECER QUE LA EVOLUCIÓN DE UN PROCESO CARIOSO COMPRENDE DEPENDIENDO DE LA PREDISPOSICIÓN DEL INDIVIDUO 2 ó 5 MESES PARA LOGRAR SU IMPLANTACIÓN.

ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL.

UNA SERIE DE REACCIONES QUÍMICAS COMPLEJAS QUE NOS DAN COMO RESULTADO EN PRIMER LUGAR LA DESTRUCCIÓN DEL ESMALTE DENTARIO Y POSTERIORMENTE COMO CONSECUENCIA DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PARA LLEGAR A INVOLUCRAR A TODO EL DIENTE. LA DESTRUCCIÓN MENCIONADA ES LA CONSECUENCIA DE LA ACCIÓN DE AGENTES QUÍMICOS QUE SE ORIGINAN EN EL AMBIENTE INMEDIATO QUE RODEAN A LAS PIEZAS DENTALES. LOS AGENTES DESTRUCTIVOS INICIADORES DE LA ENFERMEDAD CARIOGÉNICA SON LOS ÁCIDOS, LOS CUALES VAN A DISOLVER INICIALMENTE LOS COMPONENTES INORGÁNICOS DEL ESMALTE. LA DISOLUCIÓN DE LA MATRIZ ORGÁNICA TIENE LUGAR DESPUÉS DEL CONIENZO DE LA CALSIFICACIÓN Y ÉSTA OBEDECE A LA IMPLANTACIÓN DE UN FACTOR MECÁNICO O ENZIMÁTICO, LOS ÁCIDOS QUE ORIGINAN LA ENFERMEDAD CARIOSAS SON PRODUCIDOS --

POR DIVERSOS MICROORGANISMOS BUCALES, LOS CUALES TIENEN LA CAPACIDAD DE METABOLIZAR HIDRATOS DE CARBONO FERMENTABLES, PARA SATISFACER SUS NECESIDADES DE ENERGÍA.

LOS AUTORES HAN LLEGADO A CONSIDERAR QUE LA MAYORÍA DE LOS MICROORGANISMOS CARIOGÉNICOS NECESITAN IMPORTANTES CANTIDADES DE CALCIO Y DE FOSFORO, PARA LO CUAL UNA DE LAS MEJORES FUENTES DE ENERGÍA QUE ENCONTRAMOS DE ÉSTOS ELEMENTOS SON LOS TEJIDOS DENTARIOS Y ES POR ELLO QUE LA AFECCIÓN PUEDE CONVERTIRSE EN GENERALIZADA RÁPIDAMENTE.

COLONIZACIÓN BACTERIANA.

DE UNA MANERA GENERAL SE HA LLEGADO A ACEPTAR QUE PARA QUE LAS BACTERIAS PUEDAN LLEGAR A ALCANZAR UN ESTADO METABÓLICO TAL, QUE LES PERMITE FORMAR ÁCIDOS, ES NECESARIO QUE PREVIAMENTE SE CONSTITUYAN COLONIAS.

MAS AÚN PARA QUE LOS ÁCIDOS QUE SE HAN FORMADO NOS LLEGUEN A PRODUCIR CAVIDADES CARIOSAS, ES INDISPENSABLE QUE SEAN MANTENIDAS EN CONTACTO CON LA SUPERFICIE DEL ESMALTE DURANTE UN LAPSO SUFICIENTE PARA PODER PROVOCAR LA DISOLUCIÓN DE ÉSTE TEJIDO. TODO ESTO IMPLICA QUE PARA EL PROCESO CARIOSO SE ORIGINE, DEBERÁ EXISTIR UN MECANISMO QUE MANTENGA A LAS COLONIAS BACTERIANAS, SU SUSTRATO--

ALIMENTICIO Y LAS CANTIDADES DE ÁCIDOS, ADHERIDAS A LAS -
SUPERFICIES DE LOS DIENTES.

PLACA DENTAL.

LA PLACA DENTAL ES UNA PELÍCULA DE TIPO GELATINOSA, -
LA CUAL SE ADHIERE FIRMEAMENTE A LOS TEJIDOS DENTARIOS Y A
LA PORCIÓN DE MUCOSA GINGIVAL, LA CUAL ESTÁ FORMADA PRIN-
CIPALMENTE POR COLONIAS BACTERIANAS DE LAS CUALES CONSTI-
TUYEN EL 70% DE LA PLACA, EL RESTO ESTÁ CONSTITUÍDO POR -
AGUA, CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS, GLÓBULOS BLANCOS Y-
RESIDUOS ALIMENTICIOS. ESTA PLACA SE FORMA DEBIDO A LA-
ACCIÓN MECÁNICA DE LOS ALIMENTOS Y DEL MAYOR FLUJO SALI--
VAL DURANTE LA MASTICACIÓN. LA PLACA CARIOGÉNICA ESTÁ--
FORMADA POR BACILOS ACIDÓFILOS Y ACIDOGÉNICOS QUE MUES---
TRAN PREFERENCIA POR LAS FOSETAS Y FISURAS Y PROVOCAN CA-
RIES EN ESAS ZONAS. ÉSTOS MICROORGANISMOS VIVEN EN UN -
PH ÁCIDO Y FORMAN PRINCIPALMENTE ÁCIDO LÁCTICO, ÁCIDOS --
QUE VAN A DESTRUIR TEJIDOS DENTALES. EN LAS LESIONES CA
RIOSAS DE SUPERFICIES LISAS, LOS MICROORGANISMOS CARIOGÉ-
NICOS SON LOS SIGUIENTES EN ORDEN DE IMPORTANCIA: ESTREP-
TOCOCO SALIVARIUS, E. SANGUIS, NEISSERIA, ESTREPTOCOCO MU
TANS.

DIENTES SUSCEPTIBLES.

UNA VEZ QUE ENCONTRAMOS FORMADOS LOS ÁCIDOS EN LA -- PLACA DENTOBACTERIANA O PARA SER MÁS PRECISOS UNA VEZ QUE LOS ÁCIDOS SE ENCUENTRAN PRESENTES EN LA INTERFASE ESMALTE-PLACA, LA CONSECUENCIA DE ESTO ES LA DESMINERALIZACIÓN DE LOS DIENTES SUSCEPTIBLES.

LA DEFINICIÓN EXACTA DE LO QUE ES UN DIENTE SUSCEPTIBLE NO SE HA PODIDO CONCRETIZAR DE UNA FORMA UNIFORME, MÁS SIN EMBARGO, SE RECONOCE QUE EN UNA CAVIDAD BUCAL, DETERMINADOS DIENTES PADECEN CARIES Y OTROS NO, LLEGANDOSE A - OBSERVAR DIFERENCIAS COMO LO ES EN QUE EN UN MISMO DIENTE CIERTAS SUPERFICIES DENTARIAS SON MÁS SUSCEPTIBLES QUE -- OTRAS.

LO QUE IMPLICA QUE UNA PIEZA DENTARIA MANTENGA DETERMINADAS ZONAS DE RESISTENCIA FRENTE AL PROCESO CARIOSO, Y NOS DEMUESTRA QUE ALGUNAS SUPERFICIES ACUMULAN MÁS FÁCILMENTE MAYORES CANTIDADES DE PLACA DENTOBACTERIANA PARA FAVORRECER LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD. LA FACILIDAD CON QUE LA PLACA DENTOBACTERIANA SE ACUMULA DEPENDE DE DIVERSOS FACTORES COMO SON:

- 1) ALINEAMIENTO DE LOS DIENTES EN LAS ARCADAS DENTARIAS.

- 2) LA PROXIMIDAD A LA QUE SE ENCUENTRAN LOS CONDUCTOS SALIVALES.
- 3) LA TEXTURA DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS EXPUESTAS.
- 4) LA ANATOMÍA DE DICHAS SUPERFICIES.

CARIES RAMPANTE.

LA EXPRESIÓN DE CARIES RAMPANTE SE UTILIZA PARA DEFINIR AQUELLOS CASOS DE CARIES EXTREMADAMENTE AGUDO O DE ACCIÓN EXAGERADAMENTE RÁPIDA. ÉSTE TIPO DE CARIES PUEDE LLEGAR A AFECTAR DIENTES Y SUPERFICIES DENTARIAS QUE POR LO GENERAL NO SON SUSCEPTIBLES A PARECER UN ATAQUE CARIOSO. ESTE TIPO DE LESIONES CARIOSAS PROGRESA CON TAL VELOCIDAD QUE CASI POR REGLA GENERAL NO DA TIEMPO PARA QUE EL TEJIDO PULPAR DENTARIO TENGA LA CAPACIDAD DE DEFENDERSE MEDIANTE SU ACTIVACIÓN Y ESTIMULACIÓN PARA PRODUCIR REACCIÓN A NIVEL DE TEJIDO DENTARIO Y DE ESTA FORMA PRODUCIR DENTINA SECUNDARIA PARA DAR PROTECCIÓN AL DIENTE. COMO CONSECUENCIA DE ELLO, LA PULPA SE VE AFECTADA MUY A MENUDO, LA CARIES RAMPANTE SE LLEGA A OBSERVAR CON MAYOR FRECUENCIA EN PACIENTES INFANTILES, AUNQUE SE HAN PODIDO OBSERVAR CASOS DE CARIES RAMPANTE EN TODAS LAS EDADES. ALGUNOS AUTORES HAN LLEGADO A CONSIDERAR QUE INFLUYEN DE-

TERMINADOS FACTORES HEREDITARIOS EN LA GÉNESIS DE LA CARIES RAMPANTE Y PARA ESTO SE APOYAN CITANDO QUE AQUELLOS NIÑOS CUYOS PADRES O HERMANOS HAN DEMOSTRADO UN GRAN PREDOMINIO EN LA APARICIÓN DE ESTE PADECIMIENTO SUFREN ESTA AFECCIÓN CON MUCHA MAYOR FRECUENCIA QUE AQUELLOS EN LOS CUALES NO EXISTE UN RASGO IMPORTANTE EN LA APARICIÓN DE LA LESIÓN CARIOSA, INDEPENDIENTEMENTE DE ESTO, SE HA DEMOSTRADO QUE EL FACTOR ETIOLÓGICO MÁS IMPORTANTE PARA LA APARICIÓN DE ESTA ENFERMEDAD SEA EL MEDIO AMBIENTE, CONCRETAMENTE EL AMBIENTE FAMILIAR EN EL CUAL INCLUIRÍAMOS DATOS COMO ES LA DIETA Y HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL. ÉSTOS DOS SON CONSIDERADOS COMO LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES PARA LA APARICIÓN DE CARIES RAMPANTE.

CARIES DE BIBERÓN.

ESTE ES OTRO TIPO DE CARIES DENTAL SUMAMENTE SEVERO, QUE SE PRESENTA EN NIÑOS PEQUEÑOS QUE UTILIZAN PARA TOMAR LECHE O AGUA AZUCARADA UN BIBERÓN. LA CONDICIÓN QUE NOS PRODUCE ESTE TIPO DE CARIES ES SEMEJANTE A LA CARIES RAMPANTE, ATACANDO A LOS INCISIVOS PRIMARIOS SUPERIORES, A LOS PRIMEROS MOLARES TANTO SUPERIORES COMO INFERIORES Y LOS CANINOS INFANTILES INFERIORES PRIMARIOS.

LAS LESIONES SE PRESENTAN MÁS A NIVEL DE LOS INCISI-

VOS Y TIENDE A AUMENTAR CON LA EDAD DEL NIÑO, PRESENTANDO LESIONES DE TIPO PROFUNDAS EN SUS CARAS VESTIBULARES Y PALATINAS Y CUANDO AFECTA CARAS INTERPROXIMALES EL PROCESO SE VUELVE CIRCULAR, RODEANDO A TODO EL DIENTE. EN ÉSTOS CASOS, EN ELMOMENTO DE HACER LA REMOSIÓN DEL TEJIDO AFECTADO ES FRECUENTE LLEGAR A DESCUBRIR CANTIDADES MUY PEQUEÑAS DE TEJIDO SANO A NIVEL DE LA CORONA. LOS DIENTES--- QUE SIGUEN EN GRADO DE AFECCION SON LOS MOLARES EN LOS -- CUALES LA LESIÓN SE PRESENTA EN CARAS OCLUSALES Y CON MENOR GRAVEDAD EN CARAS VESTIBULARES Y PALATINAS. LOS CANINOS RESULTAN SER LOS DIENTES MENOS AFECTADOS Y EN CASO DE QUE ASÍ SUCEDA LAS ÁREAS QUE PUEDEN LLEGAR A PRESENTAR -- UNA LESIÓN CARIOSA SON LAS VESTIBULARES, LINGUALES Y PALATINAS. LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS CUANDO YA SE ENCUENTRAN PRESENTES PERMANECEN POR LO GENERAL LIBRES DE ÉSTE TIPO DE LESIONES, AUNQUE SE HA LLEGADO A OBSERVAR QUE EN ALGUNAS OCASIONES SE PRESENTA CARIES OCLUSALES PROFUNDAS.

SE HAN REALIZADO ESTADÍSTICAS EN UN PORCENTAJE DE POBLACION INFANTIL ENCONTRANDOSE QUE UNA DE LAS CAUSAS CON UN ALTO PORCENTAJE PARA QUE APAREZCA ENFERMEDAD CARIES,-- ES EN AQUELLOS NIÑOS QUE POR DIVERSAS CAUSAS SE LES DEJA UN BIBERÓN, PARA QUE NO LLOREN, SE DUERMAN O IRSE AL CINE

ETC., LOS PADRES QUE INICIAN ÉSTE USO INMODERADO ES GENERALMENTE CON FINES ALIMENTICIOS, DESCUBRE QUE EL NIÑO -- DUERME RÁPIDAMENTE UNA VEZ QUE TIENE EL ESTÓMAGO CON ALIMENTO. Y ASÍ CUANDO LA MADRE ESTÁ CANSADA Y QUIERA QUE EL NIÑO SE DUERMA VA A UTILIZAR UN BIBERÓN, AUNQUE ÉSTE NO TENGA HAMBRE.

DESGRACIADAMENTE LA MADRE NO SABE QUE INDEPENDIENTEMENTE FORZAR EL SUEÑO, ESTÁ INICIANDO LA EVOLUCIÓN DE UN PROCESO CARIOSO.

ALIMENTACIÓN Y CARIES DENTAL.

FACTORES NUTRICIONALES.

VARIOS AUTORES HAN LLEGADO A DEMOSTRAR QUE LA ENFERMEDAD CARIOSA SE PUEDE LLEGAR A CONTROLAR Y A PREVENIR A TRAVÉS DE MEDIOS NUTRICIONALES, CONCRETAMENTE MEDIANTE -- LA ALIMENTACIÓN, YA QUE RESULTA LÓGICO QUE SI PARA LA -- APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD EL TIPO DE MICROORGANISMOS -- QUE ACTÚAN EN ELLAS REQUIERE DE UN SUSTRATO GLÚCIDO PARA LLEVAR A CABO LA EVOLUCIÓN DE LA MISMA MEDIANTE GRANDES-CANTIDADES ACIDOGÉNICAS, ÉSTA ACIDEZ PODRÍA LLEGAR A EVITARSE EN EL MOMENTO EN QUE SE MANTUVIERA LA CAVIDAD BU--CAL LIBRE DE HIDRATOS DE CARBONO, LOS CUALES FUERAN FÁ--

CILMENTE FERMENTABLES Y DE ÉSTA FORMA ESTAMOS ACTUANDO --
PREVENTIVAMENTE.

NUTRICIÓN EN ÉPOCAS PRE-ERUPTIVAS Y CARIES DENTAL.

LA NUTRICIÓN ES MÁS IMPORTANTE DURANTE EL PERÍODO EN
QUE LAS PIEZAS ESTÁN EXPERIMENTANDO FORMACIÓN DE MATRIZ Y
CALCIFICACIÓN. TAMBIÉN SE DEMOSTRÓ QUE ÉSTOS PROCESOS -
PODÍAN SER INFLUIDOS POR LA DIETA MATERNA Y LA DEL NIÑO -
DURANTE LA LACTANCIA Y DESPUÉS.

EN ÉSTAS CIRCUNSTANCIAS, LAS PROPIEDADES FÍSICAS Y--
QUÍMICAS DEL ESMALTE PODRÍAN ALTERARSE FAVORECIENDO LA --
SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES DENTAL.

DURANTE EL EMBARAZO SE REQUIERE LA INGESTIÓN DE MAYO
RES CANTIDADES DE ALIMENTOS, ÉSTE PERÍODO O ETAPA SE HACE
ACOMPAÑAR DE DIVERSOS ESTADÍOS DE STRESS FISIOLÓGICOS, --
AYUDARAN A QUE SE PRESENTE UNA SITUACIÓN DESEQUILBRADA -
EN LO REFERENTE A INGESTIÓN DE ALIMENTOS, SIN EMBARGO, SI
SE CONTROLA Y SE LLEVA A CABO UNA NUTRICIÓN CORRECTA AN--
TES DEL EMBARAZO Y LA VIGILANCIA DEL AUMENTO DE LAS NECE--
SIDADES ALIMENTICIAS DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL MISMO NOS--
DARÁN COMO RESULTADOS POSITIVOS QUE LA MUJER TENGA GRAN -
CANTIDAD DE PRODUCTOS NUTRITIVOS TANTO PARA ELLA COMO PA--
RA EL FETO.

COMO LA FORMACIÓN DE LAS PIEZAS PRIMARIAS PERMANENTES EMPIEZA EN LA VIDA UTERINA 3er. ó 4o. MES Y CONTINÚA HASTA EL DOCEAVO AÑO DE VIDA DEL NIÑO, A EXCEPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES, ES RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA DAR CON SEJOS DIETÉTICOS ADECUADOS SOBRE SALUD DENTAL, A NIÑOS DE CORTA EDAD Y MADRES EMBARAZADAS.

ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE ACONSEJAR ALIMENTOS RICOS EN CALCIO, FÓSFORO Y VITAMINAS A, C Y D. EN CIRCUNSTANCIAS NORMALES LA INGESTIÓN DE CANTIDADES ADECUADAS DE LECHE, HUEVO Y FRUTAS CÍTRICAS ALCANZARÁ ÉSTE OBJETIVO, - ESPECIALMENTE CUANDO LA LECHE ESTÁ ENRIQUECIDA CON VITAMINA D. LA VITAMINA D TIENE EL PAPEL FUNDAMENTAL QUE DESARROLLA PARA LA UTILIZACIÓN DEL CALCIO Y FÓSFORO, LA VITAMINA D ES UN ACTIVADOR A NIVEL DE HUESOS, EN LA EPÍFISIS DE LOS HUESOS, LOS ACELERA PARA UN CRECIMIENTO ADECUADO.

AUNQUE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS CARBOHIDRATOS EN LA DENTADURA YA BROTADA SON BIEN CONOCIDOS, SOLO RECIENTEMENTE CUANDO HEMOS TENIDO EVIDENCIA DE QUE CANTIDADES EXCESIVAS DE ÉSTOS MATERIALES EN LA DIETA, EN PERÍODOS DE FORMACIÓN DENTAL, PUEDEN AUMENTAR SU SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES EN PERÍODOS POS-ERUPTIVOS.

SE HA DEMOSTRADO QUE CUANDO EXISTEN EN LA LECHE MA--

TERNA GRANDES CANTIDADES DE AZÚCAR EN ANIMALES EXPERIMENTALES, LOS DIENTES DE LOS HIJOS AUMENTAN SU SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES DENTAL.

EXISTEN MUCHAS PRUEBAS DE QUE PERSONAS CON FORMACIÓN DENTAL DEFECTUOSA PUEDEN ESCAPAR A LA DESTRUCCIÓN DENTAL, SIEMPRE QUE DESPUÉS DE HACER ERUPCIÓN SUS PIEZAS, PERSISTAN EN DIETAS CON BAJO CONTENIDO DE CARBOHIDRATOS FERMENTABLES. ES TAMBIÉN IMPORTANTE LA INGESTIÓN DE PRODUCTOS QUE CONTENGAN FLÚOR (AGUA, LECHE, SAL, ETC.) FAVORECERÁN A QUE SE LLEVE A CABO EL ENDURECIMIENTO O CALSIFICACIÓN-- DEL ESMALTE DENTARIO Y NOS DARÁ COMO RESULTADO UN MAYOR GRADO DE RESISTENCIA CONTRA LA DESCALCIFICACIÓN CAUSADA - POR LOS ÁCIDOS.

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

DIAGNÓSTICO Y PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES INFANTILES.

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 DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL DARÁ EL TONO DE LA - RELACIÓN COMPLETA QUE VA A TENER EL DENTISTA CON EL NIÑO, LO MISMO QUE CON LOS PADRES.

LA TOTALIDAD DEL EXAMEN RUTINARIO, DEBERÁ LLEVARSE A- CABO CON MOVIMIENTOS LENTOS Y FLUIDOS UTILIZANDO UN MÍNIMO DE INSTRUMENTOS, PARA EVITAR ALARMAR AL NIÑO.

EXAMEN DEL NIÑO:

HAY TRES TIPOS DE CITAS PARA EXAMEN QUE PUEDEN CONSIDERARSE NORMALES: LLAMADOS DE URGENCIA, LLAMADAS DE RECORDATORIO Y LLAMADAS PARA EXAMEN COMPLETO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EL EXAMEN DE URGENCIA ESTÁ GENERALMENTE LIMITADO AL-
EMPLAZAMIENTO DE LA HERIDA Y SE DISEÑA BÁSICAMENTE PARA--
LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO INMEDIATO QUE LLEVE A TRATAMIENTO
RÁPIDO Y A LA ELIMINACIÓN DE LA QUEJA PRINCIPAL. EL EXA
MEN PERIÓDICO O DE RECORDATORIO ES UNA SENSACIÓN DE CONTI
NUACIÓN, DESPUÉS DE UNA SESIÓN INICIAL DE EXAMEN COMPLETO.
SU META ES PONDERAR LOS CAMBIOS QUE HAN OCURRIDO DESDE --
QUE SE TERMINÓ EL TRATAMIENTO ANTERIOR. EL EXAMEN PERIÓ
DICO SE REALIZA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS CADA CUATRO O-
SEIS MESES.

EL EXAMEN COMPLETO DEBE INCLUIR:

1.- HISTORIA DEL CASO.

- a) QUEJA PRINCIPAL DEL PACIENTE.
- b) HISTORIA PRENATAL, NATAL, POSNATAL Y DE INFAN
CIA.

2.- EXAMEN CLÍNICO.

- a) APRECIACIÓN GENERAL DEL PACIENTE.
- b) EXAMEN BUCAL DETALLADO.
- c) EXAMEN SUPLEMENTARIO Y PRUEBAS ESPECIALES.

3.- DIAGNÓSTICO.

- a) RESUMEN DE TODAS LAS ANORMALIDADES, SU NATURA

LEZA, ETIOLOGÍA E IMPORTANCIA.

A) HISTORIA DEL PACIENTE.

LA HISTORIA DE UN PACIENTE DE ODONTOPEDIATRÍA PUEDE-DIVIDIRSE EN: ESTADÍSTICAS VITALES, HISTORIA DE LOS PA---DRES, HISTORIA PRENATAL Y NATAL, E HISTORIA POSNATAL Y --LACTANCIA.

LAS ESTADÍSTICAS VITALES DAN UNA VISIÓN DEL NIVEL SOCIAL DE LA FAMILIA, EL MÉDICO DEL NIÑO DEBE SER ANOTADO,- PARA PODER CONSULTARLE EN CASO NECESARIO O PARA OBTENER - INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL, SE ANOTA LA QUEJA PRINCIPAL REFERIDA POR LA MADRE O EL NIÑO.

LA HISTORIA DE LOS PADRES PROPORCIONA ALGUNA INDICA-CIÓN DEL DESARROLLO HEREDITARIO DEL PACIENTE. ESTÁ DISEÑADA PARA INFORMAR AL DENTISTA SOBRE EL VALOR QUE LOS PADRES CONCEDEN A SUS PROPIOS DIENTES, PUESTO QUE LA ACTI--TUD DE LOS PADRES HACIA LA ODONTOLOGÍA PUEDE REFLEJARSE - EN EL MEDIO DEL NIÑO Y EN LOS DESEOS DE LOS PADRES CON RELACIÓN A LOS SERVICIOS DENTALES.

LAS HISTORIAS PRENATAL Y NATAL A MENUDO PROPORCIONAN-INDICACIONES SOBRE EL ORIGEN DEL COLOR, FORMA Y ESTRUCTURA

ANORMAL DE LAS PIEZAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS (PERMANENTES).

EL ODONTOPEDIATRA OBSERVA LOS EFECTOS DE LAS DROGAS Y TRASTORNOS METABÓLICOS QUE OCURRIERON DURANTE LAS ETAPAS FORMATIVAS DE LAS PIEZAS.

LA HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA REvisa LOS SISTEMAS VITALES DEL PACIENTE. TAMBIÉN REGISTRA LA INFORMACIÓN, TAL COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO PREVIO DE CARIES DENTAL, TRASTORNOS DEL DESARROLLO CON IMPORTANCIA DENTAL, ALERGIAS, COSTUMBRES NERVIOSAS Y EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO Y SU ACTITUD EN RELACIÓN CON EL MEDIO.

B) EXAMEN CLÍNICO.

SE HACE EL EXAMEN CLÍNICO DEL NIÑO CON UNA SECUENCIA LÓGICA Y ORDENADA DE MANERA SONRIENTE Y AMABLE. EN CASOS DE URGENCIA, EL EXAMEN DARÁ ÉNFASIS AL LUGAR DE LA QUEJA Y ENUMERARÁ LAS AYUDAS PARA EL DIAGNÓSTICO (POR EJEMPLO RADIOGRAFÍAS) QUE SEAN NECESARIAS PARA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO INMEDIATO. EN EXAMENES DE ÉSTE TIPO NO HAY PROCEDIMIENTOS RUTINARIOS O MODELOS FIJOS; LAS CIRCUNSTANCIAS DEL MOMENTO Y LA COOPERACIÓN DEL NIÑO DETERMINA EL CURSO DE ACCIÓN A SEGUIR. SIN EMBARGO, DEBERÁ

EFECTUARSE UN EXAMEN COMPLETO DESPUÉS DE QUE SE ALIVIO LA AFECCIÓN DE URGENCIA.

LOS PROCEDIMIENTOS CLINICOS PARA EXAMEN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD INCLUYEN MORDIDAS CON ALETA Y LAS RADIOGRAFIAS ADICIONALES; JUNTO CON MODELOS DE ESTUDIO. SE COMPARAN TODOS LOS DATOS CON EL EXAMEN INICIAL O PRECEDENTE Y SI ES NECESARIO, SE FORMULA UN PLAN DE TRATAMIENTO.

EL EXAMEN COMPLETO DEBERÁ SER UNA EVALUACIÓN A CONCIENCIA; EL DISEÑO SIGUIENTE DEMUESTRA EL ALCANCE DE ÉSTE EXAMEN:

- 1.- PERSPECTIVA GENERAL DEL PACIENTE (INCLUYENDO ESTATURA, PORTE, LENGUAJE, MANOS, TEMPERATURA).
- 2.- EXAMEN DE LA CABEZA Y EL CUELLO: TAMAÑO Y FORMA DE LA CABEZA, PIEL, PELO, INFLAMACIÓN FACIAL Y ASIMETRÍA, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, OÍDOS OJOS, NARÍZ, CUELLO.
- 3.- EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL: ALIENTO, LABIOS, MUCOSA LABIAL Y BUCAL, SALIVA, TEJIDO GINGIVAL, ESPACIO SUBLINGUAL, PALADAR, FARINGE, AMÍGDALAS, --- DIENTES.

- 4.- FONACIÓN, DEGLUCIÓN Y MUSCULATURA PERIBUCAL: POSICIÓN DE LA LENGUA DURANTE LA FONACIÓN, BALBUCEOS Y CECEOS ANTERIORES O LATERALES, FORMA DE LA LENGUA, ACCIÓN MENTALIS EN EL MOMENTO DE TRAGAR, POSICIÓN DE LOS LABIOS EN DESCANSO.

C) MÉTODOS PARA DIAGNOSTICAR.

1.- RECOPIACIÓN DE DATOS:

EXISTEN CIERTOS SIGNOS PATOGNOMÓNICOS QUE PUEDEN LLEVAR A DECISIONES TEMPRANAS DE DIAGNÓSTICO. POR -- EJEMPLO, LA INFLAMACIÓN MUY OBVIA Y DRENAJE PUEDEN ASOCIARSE CON UN PRIMER MOLAR ALTAMENTE CARIOGÉNICO; SIN EMBARGO, DEBERÁ RECOGERSE Y RELACIONARSE SISTEMÁTICAMENTE LOS DATOS QUE SE REFIEREN A LA HISTORIA DEL NIÑO.

A MENUDO ES NECESARIO TODOS LOS DATOS HAYAN SIDO RECOGIDOS PARA EVITAR QUE EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD SIGA SU CURSO.

DEBE HABER EVALUACIÓN CRÍTICA DE LOS DATOS RECOGIDOS CON RELACIÓN AL CUADRO GENERAL Y A LA QUEJA PRINCIPAL.

2.-FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

EL HISTORIAL, EL EXAMEN CLÍNICO Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO PROPORCIONARÁN LOS DATOS ESENCIALES PARA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO. DE LOS DATOS RECOGIDOS, SE PUEDEN SUGERIR VARIOS PROCESOS PATOGENICOS. SIEMPRE EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE EXISTA MÁS DE UNA ENFERMEDAD AL MISMO TIEMPO. EN CASOS POCO COMUNES ES NECESARIO A VECES CONSULTAR OTROS ESPECIALISTAS O MÉDICOS GENERALES ANTES DE PODER LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO FINAL Y PRESCRIBIR UN PLAN DE TRATAMIENTO.

EL HISTORIAL, INVESTIGACIONES RADIOGRÁFICAS Y EXÁMENES CLÍNICOS A CONCIENCIA AYUDARÁN AL ODONTÓLOGO A FORMULAR UN DIAGNÓSTICO ADECUADO.

PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO ACERTADO SE BASA EN DIAGNÓSTICO EXACTO Y CUIDADOSA PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO. DEBEN EVALUARSE TRES CONSIDERACIONES ANTES DE LLEVAR A CABO CUALQUIER TRATAMIENTO, URGENCIA, SECUENCIA Y RESULTADOS PROBABLES.

UNA SECUENCIA BIEN ORGANIZADA DEL TRATAMIENTO EVITA-

MUCHOS FALSOS COMIENZOS, REPETICIÓN DE TRATAMIENTO Y PÉRDIDA DE TIEMPO, ENERGÍA Y DINERO. ÉSTA ES UNA SUGERENCIA DE UN DISEÑO GENERAL DE PLANEACIÓN DE TRATAMIENTO PARA ODONTOPEDIATRÍA:

1.- TRATAMIENTO MÉDICO.

- a) ENVÍO A UN MÉDICO GENERAL.

2.- TRATAMIENTO GENERAL.

- a) PREMEDICACIÓN.
- b) TERAPÉUTICA PARA INFECCIÓN BUCAL.

3.- TRATAMIENTO PREOPERATORIO.

- a) PROFILAXIA BUCAL.
- b) CONTROL DE CARIES.
- c) CONSULTA CON ORTODONCISTA.
- d) CIRUGÍA BUCAL.
- e) TERAPÉUTICA DE ENDODONCIA.

4.- TRATAMIENTO CORRECTIVO.

- a) OPERATORIA DENTAL.
- b) PRÓTESIS DENTAL.
- c) TERAPÉUTICA DE ORTODONCIA.

5.- EXÁMENES DE RECORDATORIO PERIÓDICOS Y TRATAMIENTO DE-
- MANTENIMIENTO.

OPERATORIA DENTAL PARA NIÑOS.

LA META PRINCIPAL DE LA ODONTOPEDIATRÍA ES EL PRESERVAR LA INTEGRIDAD DE LAS PIEZAS CADUCAS, PARA QUE SE MANTENGAN FUNCIONES NORMALES Y OCURRA LA EXFOLIACIÓN NATURAL. EL ODONTÓLOGO AL HACER ESTO, CONTRIBUYE A LA SALUD GENERAL DEL NIÑO. SI SE PERDIERA PREMATURAMENTE CUALQUIERA DE ÉSTAS PIEZAS PRIMARIAS, SE PODRÍA DAÑAR DE MANERA TRASCENDENTE 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 APROXIMADAMENTE HASTA LOS 11 AÑOS, CUANDO LOS CANINOS SUPERIORES CAEN, EN EL CURSO NORMAL DE LOS ACONTECIMIENTOS. DURANTE ÉSTE PERÍODO DE UNOS 11 AÑOS, LOS DIENTES ESTÁN SUJETOS A VISCISITUDES DE ABRASIÓN, ATRICCIÓN, TRAUMATISMO Y CRIES, AL IGUAL QUE LO ESTÁN LOS DIENTES-ADULTOS.

RESTAURACIONES DE URGENCIA EN PIEZAS CARIADAS.

LAS RESTAURACIONES DE AMALGAMA LLEVADAS A CABO EN --
PIEZAS PRIMARIAS, NO SON CONSIDERADAS COMO "TEMPORALES".

EL CUIDADO CON QUE SE REALIZAN DEBERÁ SER EL MISMO QUE EL DE LAS PIEZAS PERMANENTES. SIN EMBARGO, HABRÁ NIÑOS QUE SUFRAN DESTRUCCIÓN RAMPANTE QUE LLEGARÁN AL CONSULTORIO DENTAL CON GRAN NECESIDAD DE TRATAMIENTO. EN ÉSTOS CASOS, PUEDE INICIARSE INMEDIATAMENTE TRATAMIENTO DE NATURALEZA TEMPORAL PARA PREVENIR EL CURSO DE LAS FUERZAS CARIÓGENICAS Y LA POSIBILIDAD DE DOLOR DE DIENTES O ABSCESOS QUE PODRÍAN OCURRIR DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA ANTES DE QUE PUEDEAN CONCERTARSE VISITAS ORDINARIAS. OBTENIDAS LAS RADIOGRAFÍAS, SE SIENTA AL NIÑO EN LA UNIDAD Y GENERALMENTE, EN MENOS DE UNA HORA SE PUEDE HACER EXCAVACIÓN MASIVA DE LAS ÁREAS CARIADAS. POR LO GENERAL, SE REALIZA ESTO CON EL NIÑO EN ESTADO DE PREMEDICACIÓN Y ANESTESIADO CON UN ANESTÉSICO LOCAL DE CORTO EFECTO. SE PUEDE TRABAJAR UN CUADRANTE COMPLETO Y COLOCAR UNA SUB-BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO, SOBRE ESTA CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC O IRM--- COMO TRATAMIENTO TEMPORAL.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES.

LA CLASIFICACIÓN DE LAS PREPARACIONES DE CAVIDAD EN PIEZAS PERMANENTES ORIGINADAS POR BLACK PUEDE MODIFICARSE LIGERAMENTE Y APLICARSE A PIEZAS PRIMARIAS.

ÉSTAS MODIFICACIONES PUEDEN DESCRIBIRSE COMO SIGUE:

PREPARACIONES DE CAVIDADES DE PRIMERA CLASE:

— LAS FOSAS Y FISURAS DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LAS PIEZAS MOLARES Y LAS FOSAS BUCALES Y LINGUALES DE TODAS LAS PIEZAS.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE SEGUNDA CLASE:

TODAS LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE PIEZAS MOLARES-- CON ACCESO ESTABLECIDO DESDE LA SUPERFICIE OCLUSAL.

CAVIDADES DE TERCERA CLASE:

TODAS LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE PIEZAS ANTERIORES QUE PUEDEN AFECTAR O NO A EXTENSIONES LABIALES O LINGUALES.

CAVIDADES DE CUARTA CLASE:

PREPARACIONES DEL PROXIMAL DE UNA PIEZA ANTERIOR QUE AFECTA A LA RESTAURACIÓN DE UN ÁNGULO INCISAL.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE QUINTA CLASE:

EN EL TERCIO CERVICAL DE TODAS LAS PIEZAS, INCLUYENDO LA SUPERFICIE PROXIMAL, EN DONDE EL BORDE MARGINAL NO ESTÁ

INCLUIDO EN LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD (OBTURACIÓN DE PUNTO).

DEBEN SEGUIRSE LAS MISMAS ETAPAS PREDETERMINADAS EN LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES EN LAS PIEZAS PRIMARIAS QUE EN LAS DE ADULTOS. ÉSTAS ETAPAS SON:

- 1) OBTENER FORMA DE DELINEADO.
- 2) OBTENER FORMAS DE RESISTENCIA Y RETENCIÓN.
- 3) OBTENER FORMA DE CONVENIENCIA.
- 4) ELIMINAR LA CARIES RESTANTE.
- 5) TERMINAR LA PARED DE ESMALTE
- 6) LIMPIAR LA CAVIDAD.

AL REALIZAR ÉSTAS ETAPAS, LOS PRINCIPIOS DE INGENIERIA Y DISEÑO DEBERÁN PERMITIR ACCESO FACIAL AL ÁREA. PROPORCIONARÁN MÁXIMO DE RETENCIÓN Y MAYOR RESISTENCIA A LAS TENSIONES A QUE SE SOMETE LA RESTAURACIÓN COMPLETADA DURANTE LA MASTICACIÓN Y EVITARÁN TAMBIÉN LA POSIBILIDAD DE CARIES SECUNDARIA.

TRATAMIENTO PULPAR DE PIEZAS PRIMARIAS.

AL CUIDAR LA SALUD DENTAL DE LOS NIÑOS, LA PRESERVACIÓN DE LAS PIEZAS PRIMARIAS CON PULPAS LESIONADAS POR CARIES O TRAUMATISMO ES UN PROBLEMA DE IMPORTANCIA. LA

CIENCIA ODONTOLÓGICA HA ESTADO BUSCANDO DURANTE DÉCADAS-- UN MÉTODO EFICAZ DE TRATAMIENTO. HAN SIDO PROPUESTAS-- MUCHAS TÉCNICAS. EL ODONTÓLOGO RECONOCERÁ NOMBRES CONO-- CIDOS TALES COMO RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO, RECUBRI-- MIENTO PULPAR INDIRECTO, PULPOTOMÍA PARCIAL, PULPOTOMÍA-- Y PULPECTOMÍA. SE HAN ACONSEJADO DIFERENTES DROGAS Y-- MEDICAMENTOS PARA SEGUIR ÉSTAS TÉCNICAS Y SE HAN RECIBI-- DO INFORMES DE VARIOS GRADOS DE ÉXITO. DESGRACIADAMEN-- TE, MUCHAS DE ÉSTAS TÉCNICAS HAN ESTADO SOMETIDAS A CON-- TROVERSIA Y SUS RESULTADOS SON IMPREDECIBLES. SI HACE-- MOS UNA REVISIÓN DE LA ANATOMÍA DE LAS PIEZAS PRIMARIAS, FÁCILMENTE COMPRENDEREMOS LA NECESIDAD QUE TIENEN ÉSTAS-- PIEZAS DE TERAPÉUTICA PULPAR. ESPECIFICAMENTE, EL ES-- MALTE Y LA DENTINA DE LAS PIEZAS PRIMARIAS SON SOLO LA - MITAD DE ESPESOR QUE LOS DIENTES PERMANENTES. LA PULPA POR LO TANTO, ESTÁ PROPORCIONALMENTE MÁS CERCANA A LA SU-- PERFICIE EXTERIOR, Y LA CARIES PUEDE PENETRAR MAS FÁCIL-- MENTE.

RECUBRIMIENTO PULPAR.

LA FORMA MÁS SENCILLA DE TERAPÉUTICA PULPAR ES EL-- RECUBRIMIENTO DE LA PULPA. COMO SE INDICA SU NOMBRE,-- CONSISTE SIMPLEMENTE EN COLOCAR UNA CAPA DE MATERIAL --

PROTECTOR SOBRE EL LUGAR DE EXPOSICIÓN PULPAR ANTES DE --
RESTAURAR LA PIEZA.

EL HIDRÓXIDO DE CALCIO ES EL QUE HA MOSTRADO MÁS AP--
TITUDES PARA RECUBRIMIENTOS PULPARES. LA META A ALCAN--
ZAR ES LA CREACIÓN DE DENTINA NUEVA EN EL ÁREA DE EXPOSI--
CIÓN Y LA CONSIGUIENTE CURACIÓN DEL RESTO DE LA PULPA O --
SU RETORNO A CONDICIONES NORMALES.

EN DENTADURAS PRIMARIAS SE LOGRAN MEJOR LOS RECUBRI--
MIENTOS PULPARES SOLO EN AQUELLAS PIEZAS CUYA PULPA DEN--
TAL HA SIDO EXPUESTA MECÁNICAMENTE CON INSTRUMENTOS COR--
TANTES AL PREPARAR LA CAVIDAD.

EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA DEBERÁ PERMITIRSE LA PENE--
TRACIÓN DE SALIVA EN LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD O QUE--
ENTRE EN CONTACTO CON EL ÁREA EXPUESTA. GENERALMENTE, --
SE PRESENTA MUY Poca O NINGUNA HEMORRAGIA. AL LIMPIAR--
EL ÁREA, SE APLICA UNA PEQUEÑA CANTIDAD (1 mm DE ESPESOR)
DE HIDRÓXIDO DE CALCIO SOBRE LA EXPOSICIÓN. ESTO SE LO--
GRA EN FORMA DE POLVO SECO, LLEVADO AL LUGAR CON UNA CU--
CHARILLA O TRANSPORTADOR DE AMALGAMA, O TAMBIÉN SE PUEDE--
MEZCLAR EL POLVO CON AGUA ESTERELIZADA HASTA FORMAR UNA--
PASTA ESPESA APLICABLE, CON UN BRUÑIDOR DE BOLA ESFÉRICA--
O CON UN TRANSPORTADOR DE AMALGAMA. TOMANDO EN CUENTA--

QUE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO NO SE FIJA EN CONSISTENCIA DURA, SE HACE FLUIR ENTONCES SOBRE EL MATERIAL RECUBRIDOR-- UNA CAPA DE CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC. SE EXTIENDE LA BASE DE CEMENTO MÁS ALLÁ DE LOS LÍMITES DEL MATERIAL RECUBRIDOR PARA LOGRAR BASE FIRME CONTRA LA QUE SE PUEDA EMPACAR AMALGAMA U OTRO MATERIAL RESTAURATIVO. AUNQUE EL FOSFATO DE ZINC PUEDE SER EXTREMADAMENTE IRRITANTE PARA LA PULPA, LA CAPA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO EN CONTACTO CON LA PULPA DEBERÁ ESTIMULAR LA ACTIVIDAD ODONTOBLÁSTICA--- QUE LLEVA A DESARROLLO DE DENTINA SECUNDARIA.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

DENOMINADO TAMBIÉN PROTECCIÓN PULPAR INDIRECTA O PROTECCIÓN NATURAL, ES LA TERAPÉUTICA QUE TIENE POR OBJETO-- EVITAR LA LESIÓN PULPAR IRREVERSIBLE Y CURAR LA LESIÓN PULPAR REVERSIBLE CUANDO YA EXISTE.

EN LA CARIES DENTAL AVANZADA LA QUE ABARCA, LA CASI-TOTALIDAD DE LOS CASOS CLÍNICOS EN LOS QUE SE PRACTICA EL RECUBRIMIENTO PULPAR, PERO EN MUCHAS OCASIONES, CAUSAS TRAUMÁTICAS Y IATROGÉNICAS PUEDEN MOTIVAR EL EMPLEO DE ÉSTA TERAPÉUTICA.

EL RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO TENDRA LOS SIGUIENTES PASOS:

- 1.- AISLAMIENTO.
- 2.- ELIMINACIÓN DE TODA LA DENTINA CAREADA REBLANDECIDA.
- 3.- LAVAR LA CAVIDAD CON AGUA Y SECAR LA SUPERFICIE-CUIDADOSAMENTE PERO SIN PROVOCAR DESECACIÓN.
- 4.- SI EL ESPESOR RESIDUAL DE DENTINA SE HA CALCULADO EN MENOS DE 1mm. O LA ÚLTIMA CAPA DENTINARIA, ESTÁ TODAVÍA REBLANDECIDA, COLOCAR UNA BASE DE--HIDRÓXIDO DE CALCIO, OTRA DE EUGENATO DE ZINC --(ZOE) Y DESPUÉS CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC, SI SE HA CALCULADO QUE LA DENTINA RESIDUAL ES DE UN ESPESOR MAYOR A 1mm., APLICAR LA MEZCLA DE EUGENOL Y ÓXIDO DE ZINC SOLAMENTE.
- 5.- TERMINAR LA RESTAURACIÓN FINAL.

PULPOTOMÍA PARCIAL.

ES LA AMPUTACIÓN DE LA PULPA CAMERAL Y LA COLOCACIÓN DE UN MEDICAMENTO ADECUADO SOBRE EL TEJIDO REMANENTE EXPUESTO. SU OBJETIVO ES MANTENER CON VITALIDAD LA PULPA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES. EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN ES EL FORMOCRESOL. EL FORMOCRESOL SOLO VA A FIJAR TEJIDO CERCANO A LA AMPUTACIÓN, MIENTRAS QUE LA PARTE APICAL DE LA PIEZA PERMANECE VITAL.

ESTÁ INDICADA EN EXPOSICIÓN SIMPLE O MÚLTIPLE DE --
PULPA VITAL EN UN DIENTE TEMPORAL, YA SEA POR CARIES, --
INSTRUMENTACIÓN O TRAUMATISMO.

CONTRAINDICACIONES:

CUANDO EXISTEN ANTECEDENTES DE DOLOR ESPONTÁNEO.
RADIOGRÁFICAMENTE ESTÁ CONTRAINDICADA CUANDO SE OBSERVAN
ZONAS RADIOLÚCIDAS APICALES O EN LA BIFURCACIÓN, RESOR-
CIÓN DE MÁS DE UN TERCIO DE LA RAÍZ Y ABSORCIÓN INTER--
NA.

PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA.

PUEDE REALIZARSE EN UNA CITA (5MINUTOS O EN 2 CI--
TAS 7 DÍAS). UNA VEZ ANESTESIADO EL NIÑO, SE ELIMINA-
LA DENTINA CARIADA CON UNA FRESA DE BOLA GRANDE, DES---
PUÉS SE REMUEVE EL TECHO PULPAR CON UNA FRESA DE FISURA
CON EL FIN DE DEJAR EXPUESTA LA CÁMARA PULPAR. SE PRO
CEDE A AMPUTAR LA PARTE CAMERAL DE LA PULPA CON UNA CU-
CHARILLA DE DENTINA O UNA FRESA DE BOLA GRANDE. EN ES
TE PUNTO SE PRESENTARÁ UNA HEMORRAGIA DE REGULAR INTEN-
SIDAD LA CUAL NO SE DEBE COHIBIR, SINO QUE SE PENETRARÁ
LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS UNOS mm CON UNA FRESA DE BO
LA GRANDE QUE NO TRASPASE EL CONDUCTO. LA FRESA LLEVA

RÁ UNA ANGULACIÓN DE 45° PARA NO LESIONAR LA BIFURCACIÓN.

SE LAVA LA CAVIDAD PULPAR CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA Y SE PROCEDE A COHIBIR LA HEMORRAGIA CON PEQUEÑAS TORUNDAS DE ALGODÓN DEJÁNDOLAS POR 3 MINUTOS. UNA VEZ QUE SE RETIRAN INTRODUCIMOS UNA TORUNDA IMPREGNADA CON FORMOCRESOL COLOCÁNDOLA EN CONTACTO CON LOS MUÑONES PULPARES DURANTE 5 MINUTOS. EN ÉSTE TIEMPO LA HEMORRAGIA SE VA A COHIBIR Y PREPARAMOS LA PASTA F.F. QUE CONSISTE EN UNA MEZCLA DE UNA GOTTA DE FORMOCRESOL, UNA GOTTA DE EUGENOL Y POLVO DE ÓXIDO DE ZINC, DÁNDOLE UNA CONSISTENCIA CREMOSA. SE RETIRA LA TORUNDA CON FORMOCRESOL, SE SECA LA CAVIDAD CON ALGODÓN (NUNCA USAR AIRE) Y SE COLOCA LA PASTA SOBRE LOS MUÑONES Y EN LAS PAREDES ADYACENTES AL MUÑÓN. SE DEJA UNA CAPA CON UN GROSOR DE 2mm., DESPUÉS SE COLOCA OTRA CAPA DE ZOE O CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC Y SE PROCEDE A LA RECONSTRUCCIÓN.

LOS DIENTES CON AMPUTACIÓN VITAL DE LA PULPA QUEDAN MUY DEBILITADOS Y SE FRACTURAN FÁCILMENTE, POR LO TANTO, LA RESTAURACIÓN TOTAL SERÁ UNA CORONA DE ACERO CRONO. SI DESPUÉS DE APLICAR EL FORMOCRESOL PERSISTE LA HEMORRAGIA, SE PROCEDE A LA TÉCNICA DE 2 CITAS O 7 DÍAS, DEJANDO TORUNDAS HUMEDAS CON FORMOCRESOL EN CONTACTO CON LOS MUÑO

NES PULPARES DURANTE 7 DÍAS, DESPUÉS DE ÉSTE TIEMPO SE--
REMUEVEN LAS TORUNDAS Y SE OBTURA LA CÁMARA Y LA PORCIÓN
ACCESIBLE A LOS CONDUCTOS RADICULARES.

UNA CONTRAINDICACIÓN PARA ÉSTA TÉCNICA ES USARLA --
CUANDO SE SOSPECHA QUE LA INFECCIÓN HA SOBREPASADO EL SI
TIO DE AMPUTACIÓN. EL ÉXITO QUE SE LE ATRIBUYE AL FOR-
MOCRESOL ES POR SU POTENTE CAPACIDAD BACTERICIDA.

LA PULPOTOMÍA A BASE DE FORMOCRESOL PUEDE FALLAR DE
BIDO A LO SIGUIENTE:

- 1.- RECURRENCIA O FORMACIÓN DE UN TRACTO FISTULOSO.
- 2.- FORMACIÓN DE PATOLOGÍA APICAL, PERIAPICAL O IN-
TRARRADICULAR.
- 3.- ABSORCIÓN ATÍPICA RADICULAR.
- 4.- MOVILIDAD CONTINUA.

PULPOTOMÍA CON HIDRÓXIDO DE CALCIO.

— LOS PROCEDIMIENTOS SON IGUALES A LA ANTERIOR, LA DI
FERENCIA ES QUE CUANDO SE HIZO EL ACCESO A LA CÁMARA PUL
PAR, SI PERSISTE LA HEMORRAGIA, SE PRESIONA CON UNA TO--
RUNDA DE ALGODÓN IMPREGNADA CON HIDRÓXIDO DE CALCIO PARA
INDUCIR LA COAGULACIÓN.

DESPUÉS DEL CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE LOS TEJIDOS PULPARES RADICULARES, SE APLICA UNA PASTA DE HIDRÓXIDO-- DE CALCIO SOBRE LOS MUÑONES AMPUTADOS. ENSEGUIDA SE -- APLICA UNA BASE DE CEMENTO SOBRE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO-- PARA SELLAR LA CORONA (ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL). POSTE RIORMENTE SE PROCEDE A LA RESTAURACIÓN DE LA PIEZA. DE BEN REALIZARSE EXÁMENES PERIÓDICOS PARA EVALUAR EL ESTA-- DO DE LA PIEZA, TANTO CLÍNICA COMO RADIOGRÁFICAMENTE.

PULPECTOMÍAS EN PIEZAS PRIMARIAS:

PULPECTOMÍA SIGNIFICA ELIMINACIÓN DE TODO TEJIDO -- PULPAR DE LA PIEZA INCLUYENDO LAS PORCIONES CORONARIAS Y RADICULARES.

AUNQUE LA ANATOMÍA DE LAS RAÍCES DE LA PIEZA PUEDE-- EN ALGUNOS CASOS COMPLICAR ÉSTOS PROCEDIMIENTOS, EXISTE-- INTERÉS RENOVADO POR LAS POSIBILIDADES DE RETENER LAS -- PIEZAS PRIMARIAS EN VEZ DE CREAR LOS PROBLEMAS DE MANTE-- NEDORES DE ESPACIO A LARGO PLAZO.

DEBERÁ CONSIDERARSE CUIDADOSAMENTE LA PULPECTOMÍA-- DE PIEZAS PRIMARIAS NO VITALES, ESPECIALMENTE EN EL CASO DE SEGUNDOS MOLARES, CUANDO EL PRIMER MOLAR PERMANENTE-- NO HA HECHO ERUPCIÓN.

LAS PIEZAS ANTERIORES CADUCAS SON LAS MEJORES CANDI DATAS PARA TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS. COMO EN SU MAYORÍA SOLO TIENEN UNA RAÍZ RECTA, FRECUENTEMENTE TIENEN CA NALES RADICULARES DE TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SUFRIR UNA OPERACIÓN.

SIN EMBARGO, DEBE RECORDARSE QUE LAS PIEZAS PRIMARIAS SON CONOCIDAS POR SUS MÚLTIPLES CONDUCTOS AUXILIARES Y EN ÉSTE CASO, LA CÁMARA PULPAR NO PODRÁ SER COMPLETAMENTE EXTIRPADA NI LOS CONDUCTOS OBTURADOS DESPUÉS.

PARA TÉCNICAS ENDODÓNTICAS EN PIEZAS PRIMARIAS, SE ACONSEJA TENER PRECAUCIONES, YA QUE EL PROCEDIMIENTO ES MUY SIMILAR AL QUE SE LLEVA A CABO EN PIEZAS PERMANENTES. SE DEBE TENER EN CUENTA: PRIMERO, DEBERÁ TENERSE CUIDADO DE NO PENETRAR MÁS ALLÁ DE LAS PUNTAS APICALES. HACER ESTO PUEDE DAÑAR EL BROTE DE LA PIEZA PERMANENTE - EN DESARROLLO. SEGUNDO, DEBERÁ EMPLEARSE UN COMPUESTO RESORBIBLE (ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL). DEBERÁN EVITARSE LAS PUNTAS DE PLATA O DE GUTAPERCHA, YA QUE NO SON RESORBIBLES Y ACTÚAN COMO IRRITANTES. TERCERO, DEBERÁ INTRODUCIRSE EL MATERIAL DE OBTURACIÓN EN EL CONDUCTO PRESIONANDO LIGERAMENTE, DE MANERA QUE NO ATRAVIESE EL ÁPICE--RADICULAR. CUARTO, LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DEL ÁPICE (APICECTOMÍA), NO DEBERÁ LLEVARSE A CABO EXCEPTO EN CA--

SOS EN QUE NO EXISTA PIEZA PERMANENTE EN DESARROLLO.

PIEZAS JÓVENES PERMANENTES:

EN LAS PIEZAS PERMANENTES JÓVENES, PROCEDIMIENTOS SI MILARES A LOS UTILIZADOS EN PIEZAS PRIMARIAS SON RECUBRI- MIENTOS PULPAR DIRECTO E INDIRECTO Y PULPOTOMÍAS CON HI-- DRÓXIDO DE CALCIO.

EN LAS PIEZAS PERMANENTES JÓVENES, CON FORMACIÓN RA- DICULAR INCOMPLETA Y CUANDO EL ESTADO DE LA PULPA ES FAVO RABLE, SE PREFIERE LA PULPOTOMÍA A LAS OBTURACIONES DE CA NALES RADICULARES PARA QUE CONTINÚE LA FORMACIÓN RADICU-- LAR.

PUESTO QUE LOS CONDUCTOS RADICULARES DE LAS PIEZAS-- PERMANENTES JÓVENES POSTERIORES NO EXHIBEN LAS TORTUOSIDA DES Y CONEXIONES TÍPICAS DE MOLARES PRIMARIOS, SE ACEPTAN PROCEDIMIENTOS CORRIENTES DE PULPECTOMÍA. POR LO TANTO, EL TRATAMIENTO DE FORMOCRESOL NO SE ACONSEJA PARA DENTADU RAS PERMANENTES, YA QUE EXISTE UNA POSIBLE FIJACIÓN DE TE JIDOS EN LA TERMINACIÓN APICAL E INTERRUPCIÓN DE FORMA--- CIÓN RADICULAR.

EN CASOS EN QUE UNA PIEZA PERMANENTE JOVEN HA SUFRI- DO DESVITALIZACION PULPAR Y NECROSIS ANTES DEL DESARROLLO

NORMAL DEL ÁREA DE LA PUNTA APICAL, ES POSIBLE ESTIMULAR-SUFICIENTE CRECIMIENTO POR MEDIO DE PROCEDIMIENTOS DE INDUCCIÓN RADICULAR PARA LOGRAR LA CONSUMACIÓN DEL ÁPICE -- (PASTA APICOFORMADORA).

EXTRACCIONES EN PIEZAS INFANTILES.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS PRIMARIAS.

AL CONSIDERAR SI SE DEBEN EXTRAER PIEZAS PRIMARIAS,- DEBERÁ SIEMPRE TENERSE PRESENTE QUE LA EDAD, POR SÍ SOLA, NO ES CRITERIO ACEPTABLE PARA DETERMINAR SI ES NECESARIO-EXTRAER UNA PIEZA PRIMARIA. UN SEGUNDO MOLAR PRIMARIO,- POR EJEMPLO, NO DEBERÁ EXTRAERSE SOLO PORQUE EL NIÑO TENGA 11 ó 12 AÑOS, A MENOS QUE PRESENTE ALGUNA INDICACIÓN-- ESPECIAL. EN ALGUNOS PACIENTES, LOS SEGUNDOS PREMOLARES ESTÁN LISTOS PARA BROTPAR A LOS 8 ó 9 AÑOS DE EDAD, MIEN--TRAS QUE EN OTROS CASOS LAS MISMAS PIEZAS NO MUESTRAN SUFICIENTE DESARROLLO RADICULAR A LA EDAD DE 12 AÑOS. UNA PIEZA PRIMARIA QUE ESTÉ FIRME E INTACTA EN EL ARCO, NUNCA DEBERÁ SER EXTRAÍDA, A MENOS QUE SE HAYA REALIZADO UNA -- EVALUACIÓN COMPLETA, CLÍNICA Y RADIOGRÁFICA DE LA BOCA -- COMPLETA, ESPECIALMENTE DEL ÁREA PARTICULAR.

LAS INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS PRIMA-

RIAS SON LAS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

- 1.- EN CASOS EN QUE LAS PIEZAS ESTÉN DESTRUIDAS A--
TAL GRADO QUE SEA IMPOSIBLE RESTAURARLAS; SI LA
DESTRUCCIÓN ALCANZA LA BIFURCACIÓN O SI NO SE--
PUEDE ESTABLECER UN MARGEN GINGIVAL DURO Y SEGU
RO.
- 2.- SI SE HA PRODUCIDO INFECCIÓN DEL ÁREA PERIAPI--
CAL O INTERRADICULAR Y NO SE PUEDE ELIMINAR POR
OTROS MEDIOS.
- 3.- EN CASOS DE ABSCESOS DENTOALVEOLAR AGUDO CON --
PRESENCIA DE CELULITIS.
- 4.- SI LAS PIEZAS ESTÁN INTERFIRIENDO EN LA ERUP---
CIÓN NORMAL DE LAS PIEZAS PERMANENTES SUCEDÁ---
NEAS.
- 5.- EN CASOS DE PIEZAS SUMERGIDAS.

LAS EXTRACCIONES SE PUEDEN VOLVER RELATIVAMENTE LI-
BRES DE PELIGRO POR MEDIO DEL USO JUICIOSO DE ANTIBIÓTI-
COS ANTES Y DESPUÉS DE LA OPERACIÓN.

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS PRIMARIAS.

SON BÁSICAMENTE IGUALES A LAS DE LOS ADULTOS. MU-

CHAS DE ÉSTAS CONTRAINDICACIONES SON RELATIVAS Y PUEDEN-
SER SUPERADAS CON PRECAUCIONES ESPECIALES Y PREMEDICA-
CIÓN.

- 1.- LA ESTOMATITIS INFECCIOSA AGUDA, LA INFECCIÓN -
DE VINCENT AGUDA O LA ESTOMATITIS HERPÉTICA Y--
LESIONES SIMILARES DEBERÁN SER ALIMINADAS ANTES
DE CONSIDERAR CUALQUIER EXTRACCIÓN. LAS EXCEP-
CIONES A ESTO SON AFECCIONES COMO LOS ABSCESOS-
DENTOALVEOLARES AGUDOS CON CELULITIS, QUE EXI--
GEN EXTRACCIÓN INMEDIATA.
- 2.- LAS DISCRASIAS SANGUÍNEAS VUELVEN AL PACIENTE -
PROPENSO A INFECCIONES POSOPERATORIAS Y A HEMO-
RRAGIA. DEBERÁN REALIZARSE EXTRACCIONES SOLO-
DESPUÉS DE CONSULTAR MINUCIOSAMENTE CON UN HEMA-
TÓLOGO Y DE PREPARAR ADECUADAMENTE AL PACIENTE.
- 3.- LAS CARDIOPATÍAS REUMATICAS AGUDAS O CRÓNICAS Y
LAS ENFERMEDADES RENALES REQUIEREN PROTECCIÓN -
ANTIBIÓTICA ADECUADA.
- 4.- LAS PERICEMENTITIS AGUDAS, LOS ABSCESOS DENTOAL-
VEOLARES Y LA CELULITIS DEBERÁN TRATARSE Y EN--
LOS CASOS INDICADOS SE ADMINISTRARÁ MEDICACIÓN-

ANTIBIÓTICA PRE Y POSOPERATORIA.

5.- LAS INFECCIONES SISTEMÁTICAS AGUDAS CONTRAINDICAN LAS EXTRACCIONES ELECTIVAS PARA LOS NIÑOS, A CAUSA DE LA MENOR RESISTENCIA DEL CUERPO Y LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN SECUNDARIA.

6.- LOS TUMORES MALIGNOS, CUANDO SE SOSPECHA SU --- EXISTENCIA, SON UNA CONTRAINDICACIÓN DE LAS EXTRACCIONES DENTALES. EL TRAUMATISMO DE LA EXTRACCIÓN TIENDE A FAVORECER LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y EXTENSIÓN DE TUMORES.

POR OTRO LADO, SE INDICAN CLARAMENTE LAS EX-- TRACCIONES SI LAS MANDÍBULAS O TEJIDOS CIRCUN-- DANTES VAN A RECIBIR TERAPÉUTICA DE RADIACIÓN-- POR EL TUMOR MALIGNO; ESTO SE HACE PARA EVITAR-- HASTA DONDE SEA POSIBLE EL RIESGO DE UNA INFECC-- IÓN EN EL HUESO EXPUESTO A LA RADIACIÓN.

7.- LA DIABETES SACARINA PLANTEA UNA CONTRAINDICA-- CIÓN RELATIVA.

ES ACONSEJABLE CONSULTAR AL MÉDICO PARA ASEGURARSE-- DE QUE EL NIÑO ESTÁ BAJO SU CONTROL. EN LOS CASOS CON-- TROLADOS DE DIABETES NO SE OBSERVAN MÁS INFECCIONES QUE--

EN CASOS DE NIÑOS NORMALES, POR LO QUE LOS ANTIBIÓTICOS - NO SON PRE REQUISITO PARA REALIZAR UNA EXTRACCIÓN. ES-- IMPORTANTE QUE EL NIÑO DIABÉTICO PROSIGA CON SU DIETA --- IGUAL EN COMPOSICIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DESPUÉS - DE LA OPERACIÓN. CAMBIOS EN ÉSTE ASPECTO PUEDEN ALTERAR EL METABOLISMO DE GRASA Y AZÚCAR DEL NIÑO.

MANTENEDORES DE ESPACIO.

LOS DIENTES PRIMARIOS SIRVEN COMO MANTENEDORES DE ES PACIO NATURALES Y COMO GUÍAS DE ERUPCIÓN DE LOS PERMANENTES PARA QUE PUEDAN TENER UNA POSICIÓN CORRECTA. DEBIDO A ESTO LAS PIEZAS PRIMARIAS SON UN FACTOR IMPORTANTE EN - EL DESARROLLO DE LA DENTICIÓN PERMANENTE ESPECIALMENTE-- EN EL ÁREA DE MOLARES.

LA PÉRDIDA PREMATURA PUEDE PRODUCIR MALPOSICIÓN DE-- LOS DIENTES ADYACENTES Y ANTAGONISTAS SI NO SE COLOCA UN MANTENEDOR DE ESPACIO. EL EFECTO DEPENDE DE LAS FUERZAS QUE ACTÚAN SOBRE EL DIENTE Y ÉSTAS FUERZAS VAN A DEPENDER DE:

- A) POSICIÓN DE LOS DIENTES EN EL ARCO.
- B) ESTADO DE ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

LOS PERMANENTES ESTÁN COLOCADOS EN EL ARCO DE TAL MANERA QUE SE ORIGINA UN MOVIMIENTO MESIAL LLAMADO COMPONENTE ANTERIOR DE FUERZA, EL CUAL CAUSA MIGRACIÓN MESIAL FISIOLÓGICA DE LOS DIENTES DANDO COMO RESULTADO UN ARCO CONTINUO.

LOS DIENTES PRIMARIOS NO ESTÁN INCLINADOS MESIALMENTE, SINO QUE ESTÁN EN POSICIÓN ERECTA, EL MOVIMIENTO HACIA MESIAL SE INICIA CUANDO EL PRIMER MOLAR PERMANENTE EJERCE DICHA FUERZA SOBRE ELLOS.

LA MUSCULATURA DE LABIOS, CARRILLOS Y LENGUA MANTIENEN EN BALANCE LOS DIENTES PRIMARIOS. CUALQUIER DISTURBIO EN ESTA BALANCE MUSCULAR COMO ES LA PÉRDIDA PREMATURA DE UN DIENTE PRIMARIO DA COMO RESULTADO UNA ANOMALÍA DE LOS ARCOS DENTALES.

EN LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EXISTE LA TENDENCIA A UN DESPLAZAMIENTO MESIAL, ESTA FUERZA ES EL RESULTADO DEL MOVIMIENTO DE ERUPCIÓN QUE EJERCE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

SI EN EL TIEMPO DE ESTE MOVIMIENTO SE PRODUCE LA PÉRDIDA DE UNA PIEZA EL ESPACIO EXISTENTE SE CERRARÁ, OCASIONANDO EL SECUESTRO DE UNA PIEZA PERMANENTE. LOS MOLARES

SUPERIORES DIFIEREN EN CUANTO A LA FUERZA QUE EJERCEN AL ERUPCIONAR, YA QUE LO HACEN HACIA DISTAL, NO ASÍ LOS INFERIORES QUE LO HACEN HACIA MESIAL POR LO QUE SE EJERCE MAYOR FUERZA SOBRE EL ARCO DENTAL AL INICIAR SU ERUPCIÓN.

ALGUNOS DIENTES SE PIERDEN PREMATURAMENTE, COMO ES EL CASO DE CANINOS TEMPORALES, LA CAUSA DE ESTE PROCESO ES LA FALTA DE ESPACIO PARA ACOMODAR A LOS INCISIVOS.

AL HABER LA NECESIDAD DE HACER LA EXTRACCIÓN DE UNA PIEZA TEMPORAL MUCHO ANTES DE LA ERUPCIÓN DEL PERMANENTE-SUCESOR, HABRÁ QUE DETERMINAR LA CANTIDAD DE ESPACIO EXISTENTE EN RELACIÓN A LAS PIEZAS PERMANENTES SIN ERUPCIONAR. TAMBIÉN SE DEBE DETERMINAR LA CANTIDAD DE ESPACIO QUE SE NECESITA PARA EL ALINEAMIENTO CORRECTO DE LOS PERMANENTES ANTERIORES, TOMANDO EN CUENTA EL MOVIMIENTO MESIAL DE LOS MOLARES PERMANENTES QUE SE PRODUCE TRAS LA PÉRDIDA DE LOS SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES, Y LA ERUPCIÓN DEL SEGUNDO PREMOLAR.

ÉSTAS MEDIDAS SE OBTIENEN DETERMINANDO LA LONGITUD DE ARCO QUE COMPRENDE LA DISTANCIA QUE EXISTE DE LA CARAME-SIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE DE UN LADO A LA CARAME-SIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE DEL LADO OPUESTO. ESTA LONGITUD DISMINUYE CONTINUAMENTE AL ESTAR ERUPCIONAN

DO LOS PERMANENTES. LOS MODELOS DE ESTUDIO Y RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES SON NECESARIAS PARA UN BUEN DIAGNÓSTICO. PARA DETERMINAR QUE EXISTE ESPACIO SUFICIENTE SE DEBERÁN MEDIR LOS ANCHOS MESIODISTALES DE LOS DIENTES SIN ERUPCIONAR Y MEDIR LA CANTIDAD DE ESPACIO EXISTENTE, SI LA SUMA DE LOS ANCHOS MESIODISTALES ES MAYOR QUE LA LONGITUD DE ARCO SE DEBERÁ OBSERVAR SI EL PACIENTE ESTÁ EN LA TRANSICIÓN DE DENTADURA MIXTA (ESTA DENTICIÓN ES DE LOS 6 A LOS 10 AÑOS).

DE SER ASÍ ESTA SITUACIÓN ES NORMAL, YA QUE ÉSTA DISTANCIA SE ACORTA EN EL PERIODO DE LA DENTICIÓN MIXTA AL DE LA PERMANENTE DEBIDO A LA FALTA DE DESARROLLO DE LAS MAXILARES. PARA EMPEZAR A MEDIR LOS ANCHOS MESIODISTALES SE INICIA CON EL GRUPO DE INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES ERUPCIONADOS, SE REGISTRAN LAS MEDIDAS INDIVIDUALES Y SE TOMA EL ANCHO DE CANINOS Y PREMOLARES SOBRE LAS RADIOGRAFÍAS. DESPUÉS VALIÉNDOSE DE UN ALAMBRE DE ORTODONCIA SE MIDE SOBRE LAS CARAS OCLUSALES Y BORDES INCISALES DESDE LA CARA MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE HASTA LA DEL LADO OPUESTO PASANDO POR LAS CÚSPIDES VESTIBULARES DE LOS DIENTES POSTERIORES; A ÉSTA MEDIDA SE LE RESTAN 3.4mm. QUE ES LA PROPORCIÓN PROMEDIO EN QUE SE ACORTAN LOS ARCOS POR EL DESPLAZAMIENTO MESIAL DE LOS MOLARES PERMANENTES DURANTE LA ERUPCIÓN DE PREMOLARES. POR LA COMPARACIÓN DE ÉSTAS MEDIDAS SE PUEDE SA-

BER O NO SI ES SUFICIENTE LA DISTANCIA DEL ARCO PARA ALO--
JAR A LOS PERMANENTES.

CLASIFICACIÓN DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

LA REGLA GENERAL PARA COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPA--
CIO ES: LOS MANTENEDORES DE ESPACIO DEBEN SER USADOS SIEM--
PRE QUE EXISTA PÉRDIDA PREMATURA DE UN DIENTE PRIMARIO, YA
SEA POR CARIES U OTROS FACTORES Y HALLA TENDENCIA DE LOS--
DIENTES ADYACENTES A MIGRAR. LOS REQUISITOS QUE DEBE CUM--
PLIR UN MANTENEDOR DE ESPACIO SON:

- 1.- MANTENER LA DIMENSIÓN MESIODISTAL DEL DIENTE PER--
DIDO.
- 2.- SER FUNCIONAL Y EVITAR LA SOBRE-ERUPCIÓN O EXTRU--
SIÓN DEL ANTAGONISTA.
- 3.- SENCILLO Y RESISTENTE.
- 4.- NO PONER EN PELIGRO LOS DIENTES RESTANTES POR LA--
APLICACIÓN DE TENSIÓN EXCESIVA.
- 5.- PODRÁN SER LIMPIADOS FÁCILMENTE, NO ATRAPAR RES--
TOS ALIMENTICIOS QUE PUEDAN PROVOCAR CARIES.
- 6.- DEBEN ESTAR HECHOS DE TAL MODO QUE NO IMPIDAN EL-

CRECIMIENTO NORMAL TANTO DEL HUESO COMO DE DIENTES PERMANENTES.

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO SE VAN A DIVIDIR EN FIJOS Y REMOVIBLES, ENTRE LOS FIJOS TENEMOS LOS QUE VAN UNIDOS A UNA CORONA O BANDA. ESTE TIPO DE MANTENEDOR TIENE UN CONECTOR QUE PUEDE SER DE ALAMBRE DE ORTODONCIA O DE WIPLA Y VA SOLDADO AL ANCLAJE ENTRE ÉSTOS SE INCLUYEN:

1.- MANTENEDOR DE CORONA Y ANSA.

PARA ELABORARLO LO PRIMERO ES ADAPTAR LA CORONA AL DIENTE QUE SERVIRÁ DE PILAR, YA CON LA CORONA ADAPTADA SE TOMA UNA IMPRESIÓN EN LA CUAL LA CORONA SE VA A ADHERIR POR LO QUE HAY QUE RETIRARLA CON CUIDADO CON UN EXPLORADOR PARA NO DISTORCIONAR LA IMPRESIÓN NI DESAJUSTAR LA CORONA. SE CORRE EL MODELO EN YESO PARIS O YESO BLANCO Y YA SOBRE EL MODELO SE VA A COLOCAR UNA CINTA ADHESIVA EN LA ZONA DEL DIENTE PERDIDO Y SOBRE ESTA CINTA SE DELINEA LA POSICIÓN DEL ANSA. EL ANSA SE FABRICA CON ALAMBRE DE ORTODONCIA DEL NÚMERO 36 Y SE LE DA LA FORMA DEL ESPACIO EXISTENTE, UNA VEZ FORMADA SE ADAPTA AL MODELO; ES MUY IMPORTANTE QUE ESTA NO EJERZA DEMASIADA PRESIÓN SOBRE LOS DIENTES CONTIGUOS. LAS PARTES TERMINALES DEL ANSA HACEN CONTACTO POR VESTIBULAR Y LINGUAL CON LA CORONA DE ACERO. EL ANSA

DEBE MEDIR 7 MM EN SU ANCHO BUCOLINGUAL, YA QUE EN OCASIONES EL PREMOLAR ERUPCIONA PREMATURAMENTE Y ESTA DISTANCIA PERMITE EL PASO LIBRE DEL DIENTE POR ERUPCIONAR. UNA -- VEZ LLEGADO A ESTE PUNTO SE RECORTA EL EXCEDENTE DE LAS-- TERMINALES DEL ANSA Y ÉSTA SE FIJA CON INVESTIMENTO SOBRE EL MODELO CON EL FIN DE QUE QUEDE INMOVIL PARA SOLDAR LAS PARTES DEL ANSA QUE SE UNE CON LA CORONA. PARA SOLDAR-- SE UTILIZA SOLDADURA DE PLATA Y UNA VEZ TERMINADO EL PROCESO SE PULE Y SE CEMENTA EN EL PACIENTE.

2.- MANTENEDOR DE ZAPATILLA DISTAL.

SOLO ESTÁ INDICADO EN LA EXTRACCIÓN PREMATURA DEL SE GUNDO MOLAR TEMPORAL YA SEA SUPERIOR O INFERIOR. CONSIS TE EN UNA CORONA DE ACERO A LA QUE VA SOLDADA UN TRAMO DE ALAMBRE GRUESO CON UNA PROLONGACIÓN VERTICAL, QUE SERÁ LA PARTE QUE IRÁ INCLUIDA POR DEBAJO DE LA PAPILA GINGIVAL Y QUE NOS VA A SERVIR COMO FRENO A LA MESIALIZACIÓN DEL MO LAR PERMANENTE.

ESTE TIPO DE MANTENEDOR SE DEBE PONER EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN, CON ANTERIORIDAD SE DEBIÓ HABER PREPARA DO LA PIEZA QUE ACTUARÁ COMO PILAR ADAPTANDOLE LA CORONA DE ACERO, SE TOMARÁ UN MODELO PARA CONFECCIONAR Y ADAPTAR LA ZAPATILLA, SE TOMARÁ TAMBIÉN UNA RADIOGRAFÍA PARA VER-

A QUE GRADO DE PROFUNDIDAD LLEGARÁ LA PORCIÓN VERTICAL. TAMBIÉN LA RADIOGRAFÍA NOS VA A SERVIR PARA ASEGURARNOS-QUE LA ZAPATILLA NO INTERFIERA EN LA ERUPCIÓN DEL DIENTE AL CUAL LE ESTAMOS CONSERVANDO EL ESPACIO Y QUE TAMPOCO-QUEDE SOBRE LA CORONA DEL DIENTE ADYACENTE AÚN SIN ERUPCIONAR. SI NO SE DESEA DESCASTAR UN DIENTE PARA COLOCAR UNA CORONA DE ACERO ES VÁLIDO UTILIZAR UNA BANDA ORTODÓNTICA UNIDA A UNA ANSA.

VENTAJAS DEL MANTENEDOR FIJO.

- 1.- CONSTRUCCIÓN SIMPLE Y ECONÓMICA.
- 2.- NO INTERFIERE EN LA ERUPCIÓN VERTICAL DE LOS -- DIENTES ANCLADOS.
- 3.- NO INTERFIEREN EN EL DESARROLLO ACTIVO DE LA -- OCLUSIÓN.
- 4.- SE PREVIENE EL MOVIMIENTO MESIAL.
- 5.- NO HAY INTERFERENCIA CON EL DIENTE POR ERUPCIONAR.
- 6.- EL PACIENTE NO SE LO PUEDE QUITAR, POR LO TANTO EL MANTENEDOR SIEMPRE ESTARÁ ACTUANDO.

DESVENTAJAS.

- 1.- LA FUNCIÓN DE OCLUSIÓN NO SE RESTAURA.

- 2.- SE NECESITA INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO.
- 3.- LOS NIÑOS PUEDEN DESAJUSTARLO CON SUS DEDOS Y - LENGUA.
- 4.- NO SON ESTÉTICOS.

MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES.

SON APARATOS CONSTRUIDOS DE ACRÍLICO CON O SIN GANCHOS DE ANCLAJE. EN ESTE TIPO DE MANTENEDOR ES POSIBLE INCORPORAR LOS DIENTES AUSENTES.

VENTAJAS.

- 1.- FÁCIL DE LIMPIAR.
- 2.- PERMITEN LA HIGIENE ADECUADA DE TODA LA BOCA.
- 3.- MANTIENE Y RESTAURA LA DIMENSIÓN VERTICAL.
- 4.- PUEDE CONSTRUIRSE DE FORMA ESTÉTICA.
- 5.- ESTIMULAN LA ERUPCIÓN DE PIEZAS PERMANENTES.

DESVENTAJAS.

- 1.- PUEDE PERDERLO EL PACIENTE.
- 2.- PUEDE ROMPERSE O IRRITAR TEJIDOS BLANDOS.
- 3.- PUEDE RESTRINGIR EL CRECIMIENTO LATERAL DE LOS-MAXILARES.

- 4.- EL PACIENTE PUEDE DECIDIR NO USARLO TRAYENDO CO
MO CONSECUENCIA LA PÉRDIDA DE ESPACIO.

CORONAS DE ACERO CROMO.

INDICACIONES:

- 1.- RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES JÓVE-
NES QUE PRESENTEN CARIES EXTENSA O RAMPANTE.
- 2.- RESTAURAR MOLARES PRIMARIOS CON CARIES QUE INCLU
YAN 2 ó MÁS CÚSPIDES.
- 3.- RESTAURAR MOLARES PRIMARIOS QUE HAN SIDO SOMETI
DOS A TERAPIA PULPAR.
- 4.- RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES JÓVE-
NES CON HIPERPLASIA, ANOMALÍAS HEREDITARIAS CO-
MO DENTINOGÉNESIS O AMELOGÉNESIS IMPERFECTA.
- 5.- RESTAURAR PIEZAS PRIMARIAS Y PERMANENTES EN NI-
ÑOS CON DEFICIENCIAS FÍSICAS Y MENTALES CUANDO-
EL FACTOR HIGIENE ES PRIMORDIAL.
- 6.- COMO TRATAMIENTO DE EMERGENCIA EN ANTERIORES --
FRACTURADOS.
- 7.- COMO SOPORTE PARA APARATOS FIJOS (MANTENEDORES)

PREPARACIÓN DEL DIENTE.

RECORTE PROXIMAL.

LA REDUCCIÓN MESIAL Y DISTAL TOMAN LA FORMA DE UN--
CORTE VERTICAL QUE ABRE LA SUPERFICIE DE CONTACTO HACIA--
BUCAL, LINGUAL Y GINGIVAL. SE UTILIZARÁ UNA FRESA CI--
LÍNDRICA DE DIAMANTE Y UNA CUÑA INTERPROXIMAL PARA FACI--
LITAR LA REDUCCIÓN Y EVITAR DAÑO A LA PIEZA ADYACENTE.
SE ACCIONA LA FRESA EN DIRECCIÓN BUCOLINGUAL COMENZANDO--
EN LA LÍNEA OCLUSAL CON UNA DISTANCIA DE 1 a 2 mm. DEL --
DIENTE ADYACENTE.

A MEDIDA QUE SE HACE EL CORTE HACIA GINGIVAL SE FOR--
MA UN BORDE QUE VA A DESAPARECER CUANDO LA REDUCCIÓN DE--
JE ABIERTA EL AREA DE CONTACTO. SE REQUIERE LA REDUC--
CIÓN DISTAL AÚN CUANDO NO HAYA DIENTE ERUPCIONANDO EN --
POSTERIOR, SI NO SE OBSERVA ESTA INDICACIÓN SE TENDRÁ --
UNA CORONA DE TAMAÑO EXCESIVO QUE DIFICULTARÁ LA ERUP---
CIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE. SE EVITARÁ USAR ----
DISCO.

REDUCCIÓN OCLUSAL.

SE DEBE SEGUIR LA ANATOMÍA DEL DIENTE A UNA PROFUN--
DIDAD DE 1.5 a 2 mm. LO QUE PERMITE SUFICIENTE ESPACIO--
PARA LA CORONA Y EL CEMENTO. SE RECOMIENDA HACER SUR--

COS DE 1 mm DE PROFUNDIDAD EN LA CARA OCLUSAL. LA ALTURA DE LA CÚSPIDE DEL DIENTE ADYACENTE OFRECE UNA BUENA BASE PARA DETERMINAR EL GRADO DE REDUCCIÓN OCLUSAL.

TERMINACIÓN.

SE ELIMINA CUALQUIER RESTO DE CARIES CON FRESA DE BOLA A BAJA VELOCIDAD. SE REDONDEAN TODOS LOS ÁNGULOS-AGUDOS YA QUE IMPEDIRÍAN EL APOYO ADECUADO DE LA CORONA.

TODOS LOS PUNTOS DE CONTACTO CON EL DIENTE ADYACENTE SE DEBEN ELIMINAR.

SELECCIÓN DE LA CORONA.

UNA CORONA CORRECTAMENTE SELECCIONADA ANTES DE SU ADAPTACIÓN Y SU RECORTADO DEBERÁ CUBRIR TODO EL DIENTE Y OFRECER RESISTENCIA CUANDO SE TRATA DE RETIRAR.

SE PUEDEN ADQUIRIR CORONAS YA RECORTADAS O SIN RECORTAR, LAS ÚLTIMAS SON MUY ÚTILES CUANDO LA PREPARACIÓN SE EXTIENDE HASTA LA REGIÓN SUBGINGIVAL. LAS CORONAS--RECORTADAS DE ACERO SON LLAMADAS UNITEK Y CASI NO REQUIERE AJUSTARLA REDUCIENDO EL TIEMPO DE LA CITA.

EN MOLARES TEMPORALES CON CARIES INTERPROXIMAL PRO-

FUNDA EXTENDIDA HASTA SUBGINGIVAL JUSTIFICAN EL USO DE --
UNA CORONA NO RECORTADA O ROCKY MOUNTAIN PARA QUE ABAR--
QUE LOS BORDES DE LA PREPARACIÓN. SE DEBE MEDIR EL AN--
CHO MESIODISTAL TOMANDO IMPRESIONES EN UNA CITA PREVIA -
PARA PODER SELECCIONAR UNA CORONA DEL TAMAÑO ADECUADO --
DEL DIENTE QUE SE QUIERE CUBRIR. CUANDO LA CORONA OFRE
CE MUCHA RESISTENCIA AL QUITARLA O SE REQUIERE DE EXCESI
VA PRESIÓN PARA COLOCARLA, SIGNIFICA QUE ES PEQUEÑA Y --
POR LO TANTO NO PODRÁ ADAPTARSE.

ENFERMEDADES PERIODONTALES EN LOS NIÑOS.

LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES OCURREN A CUALQUIER--
EDAD, SON GENERALMENTE PROCESOS MUY LENTOS Y SUS FASES--
INICIALES SON COMUNES ANTES DE LA PUBERTAD. A MENOS --
QUE SE ELIMINEN ÉSTAS ETAPAS TEMPRANAS, SERÁ INEVITABLE,
EN AÑOS POSTERIORES EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES PERIO--
DONTALES DEGENERATIVAS.

EN LA INFANCIA, LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES HAN--
EMPEZADO YA; POR LO TANTO ES MUY IMPORTANTE RECONOCERLAS
Y TRATARLAS.

ENCÍAS NORMALES EN LA INFANCIA.

LAS ENCÍAS DEBERÁN SER DE COLOR ROSA PALIDO, MÁS SE

MEJANTE AL COLOR DE LA PIEL DE LA CARA QUE A LA DE LOS - LABIOS Y DEBERÁN ESTAR FIRMEMENTE UNIDAS AL HUESO ALVEOLAR. LAS PIEZAS PRIMARIAS PRESENTAN CORONAS CORTAS Y-- BULBOSAS Y EL PUNTO DE CONTACTO ESTÁ MÁS CERCANO A LA SE PERFICIE OCLUSAL QUE EN LAS PIEZAS PERMANENTES. LAS EN CÍAS, EN DENTADURAS PRIMARIAS, ESTÁN MÁS CERCA DE LAS SE PERFICIES OCLUSALES DE LAS PIEZAS, SON APLASTADAS VOLUMI NOSAS Y LLENAN COMPLETAMENTE EL ESPACIO INTERPROXIMAL.

NATURALEZA DE LAS GINGIVITIS.

CUANDO SE INFLAMA EL TEJIDO GINGIVAL, LO PRIMERO EN OBSERVARSE ES HIPEREMIA. EL COLOR ROSADO PÁLIDO PASA A ROJO VIVO, DEBIDO A LA DILATACIÓN DE LOS CAPILARES, POR- LO QUE EL CONTENIDO SANGUÍNEO DE ÉSTOS TEJIDOS AUMENTA - ENORMEMENTE. EN ÁREAS DE ULCERACIÓN, DONDE SE PIERDE - EL EPITELIO, EL COLOR ES AÚN MÁS VIVO. ÉSTA HIPEREMIA- SE ASOCIA CON EDEMA; LA ENCÍA INTERSTICIAL SE AGRANDA, Y LA SUPERFICIE APARECE BRILLANTE, HÚMEDA Y TENSA.

GRADOS DE GRAVEDAD DE GINGIVITIS.

NULA, CUANDO SE PRESENTA PRUEBA CLÍNICA DE INFLAMA- CIÓN; MUY LEVE, CUANDO SE PRESENTA HIPEREMIA DETECTABLE- -EN LA PAPILA, MARGEN O MUCOSA ANEXA.

LEVE, CUANDO TAMBIÉN EXISTE PÉRDIDA DE PUNTEADO, EN ROJECIMIENTO, INFLAMACIÓN O SANGRADO AL PRESIONAR; MODERADA, CUANDO LA GRAVEDAD ES TAL QUE APARECE SANGRE EN EL CEPILLO DENTAL Y CON PRESENCIA DE SENSIBILIDAD Y DEBILIDAD (A ÉSTE NIVEL, LOS PADRES DEL NIÑO GENERALMENTE YA SABEN QUE LA AFECCIÓN EXISTE); GRAVE, CUANDO SE PRESENTA HIPEREMIA GRAVE Y MARCADA INFLAMACIÓN, CUANDO OCURRE HEMORRAGIA ESPONTÁNEAMENTE O CON EL MÁS LIGERO TOQUE DE CO MIDA O CEPILLO.

LA GRAVEDAD DE LAS GINGIVITIS TAMBIÉN AUMENTA CON-- LA EDAD, PERO DE MANERA ALGO DIFERENTE EN LOS DOS SEXOS. EN LAS MUJERES, LA GRAVEDAD LLEGA A SU MÁXIMO A LOS 10 Y MEDIO AÑOS, DECRECE EN LOS SIGUIENTES TRES O CUATRO AÑOS Y SE NIVELA A LOS 16 AÑOS. EN LOS HOMBRES LA GRAVEDAD-- MÁXIMA OCURRE ENTRE LAS EDADES DE 13 Y 13 AÑOS Y MEDIO,-- POR ENCIMA DE LA EDAD DE 12 AÑOS, EL NÚMERO DE NIÑOS QUE SUFREN GINGIVITIS PERMANECE APROXIMADAMENTE IGUAL, PERO-- DISMINUYE CONSIDERABLEMENTE LA GRAVEDAD DE LA GINGIVITIS HASTA LOS 17 AÑOS, EN QUE VUELVE A AUMENTAR.

CAUSAS DE GINGIVITIS.

IRRITANTES LOCALES.

LA GINGIVITIS, EN CUALQUIER GRUPO DE EDADES, ES CAU

SADA PRINCIPALMENTE POR FACTORES LOCALES. LA ENCÍA Y LA MEMBRANA MUCOSA DE LA BOCA ESTÁN CONSTANTEMENTE RECIBIENDO TRAUMATISMOS FÍSICOS. DURANTE LA MASTICACIÓN DE ALIMENTOS SE RECIBE IRRITACIÓN MECÁNICA CON EL MOVIMIENTO DE LENGUA, LABIOS Y MEJILLAS; Y TAMBIÉN POR HUMEDECIMIENTO Y SECADO DE SALIVA ALTERNATIVAMENTE AL AIRE. LOS CONDIMENTOS, LA ALCALINIDAD Y ACIDEZ DE LOS ALIMENTOS PRODUCEN IRRITACIÓN QUÍMICA, Y SE PRODUCE IRRITACIÓN BACTERIANA CON LOS PRODUCTOS MANUFACTURADOS, POR LA ALTA CONCENTRACIÓN DE BACTERIAS EN LAS MASAS INFECTADAS QUE SE ACUMULAN ALREDEDOR DE LAS PIEZAS.

CÁLCULO.

LA FORMACIÓN DE CÁLCULO EN LOS NIÑOS ES MÁS COMÚN DE LO QUE GENERALMENTE SE CREE.

SE PUEDE OBSERVAR CUBRIENDO CORONAS ENTERAS DE PIEZAS DONDE LA CARIES DENTAL HA VUELTO, LA MASTICACIÓN DE ALIMENTOS DEMASIADO DOLOROSA PARA SER EFECTUADA EN UN LADO DE LA BOCA. SOBRE LAS CORONAS DE PIEZAS NO UTILIZADAS SE ACUMULAN LOS DESECHOS Y SE CALCIFICAN. EN APROXIMADAMENTE EL 5% DE NIÑOS ENTRE 10 Y 12 AÑOS SE FORMAN CÁLCULOS EN LA SUPERFICIE LINGUAL DE LOS INCISIVOS INFERIORES Y EN LA SUPERFICIE BUCAL DE LOS MOLARES SUPERIO--

RES.

PLACA BACTERIANA Y ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL.

SE PUEDE DECIR QUE LOS COMPONENTES DE LA PLACA BACTERIANA; PUEDEN ORIGINAR MODIFICACIONES INFLAMATORIAS DE TEJIDOS BLANDOS POR LA LIBERACIÓN DE ENZIMAS QUE SON CAPACES DE ROMPER LA APOSICIÓN DE LAS CÉLULAS EPITELIALES. PARECE SER QUE NINGÚN MECANISMO DE DEFENSA, PROPIO DE LA ENCÍA ES EFECTIVO. LA PROTECCIÓN DE LA CUBIERTA EPITELIAL Y LA PORCIÓN QUERATINIZADA OFRECE ALGUNA PROTECCIÓN, ASÍ COMO EL PAPEL ANTIBACTERIANO DE LA SALIVA PERO SON INSUFICIENTES. SOLO POR DEJAR DE CEPILLARSE MENOS DE 2 SEMANAS APARECE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL. LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD ESTÁ EN RELACIÓN A LA VELOCIDAD DE LA FORMACIÓN DE LA PLACA.

AL REINSTITUAR LOS PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE BUCAL, LA PLACA DESAPARECE DE CASI TODAS LAS SUPERFICIES DENTARIAS DENTRO DE LAS 48 HORAS Y LA GINGIVITIS DESAPARECE ENTRE 1 Y 8 DÍAS DESPUÉS.

HÁBITOS BUCALES INFANTILES.

DURANTE MUCHOS AÑOS, LOS ODONTÓLOGOS HAN ATENDIDO--

LOS HÁBITOS BUCALES DE LOS NIÑOS. LOS DENTISTAS CONSIDERAN ÉSTOS HÁBITOS COMO 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 OCLUSIONES QUE PUEDEN VOLVERSE FRANCAMENTE ANORMALES SI CONTINÚAN ÉSTOS HÁBITOS LARGO TIEMPO.

REFLEJO DE SUCCIÓN.

ENGEL AFIRMA QUE LA OBSERVACIÓN DIRECTA DE LOS NIÑOS EN SU PRIMER AÑO DE VIDA REVELABA QUE SU ORGANIZACIÓN ERA ESENCIALMENTE BUCAL Y DE TACTO. AL NACER, EL NIÑO HA DESARROLLADO UN PATRÓN REFLEJO DE FUNCIONES NEUROMUSCULARES, LLAMADO REFLEJO DE SUCCIÓN. INCLUSO ANTES DE NACER, SE HAN OBSERVADO FLUOROSCÓPICAMENTE EN EL NIÑO, CONTRACCIONES BUCALES Y OTRAS RESPUESTAS REFLEJAS. ÉSTA TEMPRANA ORGANIZACIÓN NERVIOSA DEL NIÑO LE PERMITE ALIMENTARSE DE SU MADRE Y AGARRARSE A ELLA, COMO LO DEMUESTRAN LOS REFLEJOS DE SUCCIÓN Y DE ASIMIENTO, Y EL REFLEJO DE MORO, TODOS PRESENTES AL NACIMIENTO. EVIDENTEMENTE, EL PATRÓN DE SUCCIÓN DEL NIÑO RESPONDE A UNA NECESIDAD. LA NECESIDAD DE AGARRARSE NO RESULTA TAN OBVIA. SIN EMBARGO, AUNQUE ÉSTOS DOS REFLEJOS INFLUYEN EN EL --

NIÑO Y EN SUS SITUACIONES INICIALES DE APRENDIZAJE, Y --
CONTRIBUYEN A SU DESARROLLO PSÍQUICO, EL CALOR DE LA LE-
CHE QUE LLEGA A SU CUERPO Y LA SENSACIÓN DE ALIVIO DEL--
HAMBRE QUE SIGUE A LA SUCCIÓN, HACEN QUE ÉSTE REFLEJO --
SEA MARCADAMENTE PREDOMINANTE. A MEDIDA QUE SE DESARRO-
LLA SU VISTA Y OÍDO, EL LACTANTE TRATA DE ALCANZAR Y LLE-
VAR A LA BOCA AQUELLO QUE HA VISTO Y OÍDO A DISTANCIA.
A PESAR DE LA MALA COORDINACIÓN DE SUS DEDOS Y EXTREMIDA-
DES, EL LACTANTE TIENDE A CONTINUAR HASTA QUE TODOS LOS-
OBJETOS POSIBLES HAYAN SIDO LLEVADOS A SU BOCA PARA SER-
LAMIDOS, GUSTADOS Y EFECTIVAMENTE EXAMINADOS POR MEDIO--
DE SENSACIONES BUCALES.

SI EL OBJETO PROVOCA UNA SENSACIÓN AGRADABLE, PUEDE
TRATAR DE COMERLO. SI LA SENSACIÓN PRODUCIDA ES DESA--
GRADABLE, LO ESCUPE, Y MUESTRA SU DESAGRADO CONTORSIONAN-
DO LA CARA Y VOLVIENDO LA CABEZA EN DIRECCIÓN OPUESTA AL
OBJETO. EL INTENTO DE LLEVAR A LA BOCA UN OBJETO "BUE-
NO" SE DENOMINA INTROYECCIÓN. EL RECHAZO DE UN OBJETO-
"MALO" SE DENOMINA PROYECCIÓN.

LOS OBJETOS INTRODUCIDOS EN LA BOCA, ESPECIALMENTE-
SI SON CALIENTES Y BLANDOS, TRAEN ASOCIACIONES DE ALINEN-
TOS Y BIENESTAR PASADOS. UTILIZANDO ÉSTAS EXPERIENCIAS

SATISFACTORIAS, SE DA ASÍ MISMO CIERTA SATISFACCIÓN SECUN-
DARIA PARA ALIVIAR LAS FRUSTRACIONES DEL HAMBRE U OTRO MA-
LESTAR, AL INTRODUCIRSE SU DEDO PULGAR EN LA BOCA. EL -
PULGAR MANTENIDO EN LA BOCA SE VUELVE EL SUBSTITUTO DE LA
MADRE, AHORA NO DISPONIBLE CON SU ALIMENTO TIBIO, SATISFA-
CE LA NECESIDAD DE TENER ALGO EN LA BOCA, Y TAMBIÉN LA NE-
CESIDAD DE AGARRARSE A ALGO, Y ALGUNOS CONSIDERAN ESTO CO-
MO UNO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE DESARROLLO DE INDEPEN-
DENCIA O SEPARACIÓN DE LA MADRE.

EXISTEN HÁBITOS BUCALES NO COMPULSIVOS Y HÁBITOS BUCALES-
COMPULSIVOS.

LOS HÁBITOS QUE SE ADOPTAN O ABANDONAN FÁCILMENTE EN
EL PATRÓN DE CONDUCTA DEL NIÑO, AL MADURAR ESTE, SE DENO-
MINAN NO COMPULSIVOS. UN HÁBITO BUCAL ES COMPULSIVO ---
CUANDO HA ADQUIRIDO UNA FIJACIÓN EN EL NIÑO, AL GRADO DE-
QUE ÉSTE ACUDE A LA PRÁCTICA DE ESE HÁBITO CUANDO SIENTE--
QUE SU SEGURIDAD SE VE AMENAZADA POR LOS EVENTOS OCURRI--
DOS EN SU MUNDO. TIENDE A SUFRIR MAYOR ANSIEDAD CUANDO--
SE TRATA DE CORREGIR ESE HÁBITO. DEBE ACLARARSE QUE ÉS-
TOS HÁBITOS COMPULSIVOS EXPRESAN UNA NECESIDAD EMOCIONAL-
PROFUNDAMENTE ARRAIGADA. REALIZAR EL HÁBITO LE SIRVE DE
ESCUDO, CONTRA LA SOCIEDAD QUE LE RODEA. ES SU VÁLVULA-

DE SEGURIDAD CUANDO LAS PRESIONES EMOCIONALES SE VUELVEN DEMASIADO DIFÍCILES DE SOPORTAR. LITERALMENTE, SE RETRAE HACIA SÍ MISMO Y POR MEDIO DE LA EXTREMIDAD CORPORAL APLICADA A SU BOCA PUEDE LOGRAR LA SATISFACCIÓN QUE ANSÍA.

USOS DE APARATOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HÁBITOS NOCIVOS.

LA MAYORÍA DE LOS APARATOS INTRABUCALES FABRICADOS POR EL ODONTÓLOGO Y COLOCADOS EN LA BOCA DEL NIÑO CON O SIN PERMISO DE ÉSTE, SON CONSIDERADOS POR EL NIÑO COMO INSTRUMENTOS DE CASTIGO, PUEDEN PRODUCIR TRASTORNOS EMOCIONALES MÁS DIFÍCILES Y COSTOSOS DE CURAR QUE CUALQUIER DESPLAZAMIENTO DENTAL PRODUCIDO POR EL HÁBITO.

ÉSTAS SON CINCO PREGUNTAS QUE DEBERÁ HACERSE EL ODONTÓLOGO ANTES DE TRATAR DE COLOCAR ALGÚN INSTRUMENTO EN LA BOCA DEL NIÑO PARA ROMPER HÁBITOS NOCIVOS.

- 1.- COMPRENSIÓN DEL NIÑO PARA EL USO DEL APARATO.
- 2.- COOPERACIÓN PATERNA.
- 3.- RELACIÓN AMISTOSA CON EL NIÑO, DE MANERA QUE EN LA MENTE DE ÉSTE EXISTA UNA SITUACIÓN DE "RECOMPENSA", EN VEZ DE UNA SENSACIÓN DE CASTIGO.

- 4.- DEFINICIÓN DE UNA META, DEFINIDA EN TÉRMINOS - DE TIEMPO Y EN FORMA DE UN PREMIO MATERIAL QUE EL NIÑO TRATE DE ALCANZAR.
- 5.- MADUREZ DEL NIÑO, PARA QUE NO PRODUZCA ANSIEDAD A CORTO PLAZO.

EFFECTOS DENTALES DE SUCCIÓN DE PULGAR Y OTROS DEDOS.

GENERALMENTE, SE CONCUERDA EN QUE SI EL HÁBITO SE ABANDONA ANTES DE LA ERUPCIÓN DENTAL DE PIEZAS ANTERIORES PERMANENTES, NO EXISTE GRAN PROBABILIDAD DE LESIONAR EL ALINEAMIENTO Y LA OCLUSIÓN DE LAS PIEZAS. PERO SI EL HÁBITO PERSISTE DURANTE EL PERÍODO DE LA DENTICIÓN MIXTA (DE LOS 6 A LOS 12 AÑOS), PUEDEN PRODUCIRSE CONSECUENCIAS DESFIGURANTES.

EL DESPLAZAMIENTO DE PIEZAS O LA INHIBICIÓN DE SUERUPCIÓN NORMAL PUEDE PROVEER DE DOS FUENTES:

- a) DE LA POSICIÓN DEL DEDO EN LA BOCA;
- b) DE LA ACCIÓN DE PALANCA QUE EJERZA EL NIÑO CONTRA LAS OTRAS PIEZAS Y EL ALVÉOLO POR LA FUERZA QUE GENERA SI ADEMÁS DE SUCCIONAR, PRESIONA CONTRA LAS PIEZAS.

HAY PRESENCIA DE MORDIDA ABIERTA, EL MAL ALINEA---

MIENTO DE LAS PIEZAS GENERALMENTE PRODUCE UNA ABERTURA -
LABIAL PRONUNCIADA DE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES.

ESTO AUMENTA LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL Y ABRE LA--
MORDIDA Y SEGUN LA ACCIÓN DE PALANCA PRODUCIDA, PUEDE RE
SULTAR UNA INCLINACIÓN LINGUAL Y UN APLANADO DE LA CURVA
DE SPEE DE LAS PIEZAS MANDIBULARES ANTERIORES. SEGÚN--
EL HÁBITO, PUEDE PRESENTARSE TENDENCIA A PRODUCIR SOBRE-
ERUPCIÓN EN LAS PIEZAS POSTERIORES, AUMENTANDO POR LO --
TANTO LA MORDIDA ABIERTA. LA MORDIDA ABIERTA PUEDE ---
CREAR PROBLEMAS DE EMPUJE LINGUAL Y DIFICULTADES DEL LEN
GUAJE.

EXISTEN VARIOS TIPOS DE APARATOS PARA ROMPER CON HÁ
BITOS BUCALES QUE PUEDEN SER ELABORADOS POR EL DENTISTA.
LA MEJOR MANERA DE CLASIFICARLOS ES, TAL VEZ, EN FIJOS Y
REMOVIBLES.

HAY QUE TENER CONSIDERACIÓN DE LA EDAD DEL NIÑO, SU
DENTADURA Y SU HÁBITO BUCAL. LOS NIÑOS MENORES DE SEIS
AÑOS, EN QUIENES SOLO ESTÁN PRESENTES LAS PIEZAS PRIMA--
RIAS, LOS APARATOS REMOVIBLES PUEDEN SER NO BIEN ACEPTA-
DOS A CAUSA DE LA INMADUREZ DEL NIÑO. EN LA EDAD DE LA
DENTICIÓN MIXTA, ENGRAPAR PIEZAS PERMANENTES EN PROCESO-
DE ERUPCIÓN PUEDE SER RAZÓN CONTRARIA A LOS INSTRUMENTOS

REMOVIBLES. EN ESTE GRUPO ENTRE LOS 8 Y 9 AÑOS TAMBIÉN SE PRODUCE LA MADURACIÓN DEL LENGUAJE.

SIN EMBARGO, UN APARATO FIJO PUEDE CAUSAR LA SENSACIÓN EN EL NIÑO DE ESTAR SIENDO "CASTIGADO", MIENTRAS -- QUE UN APARATO REMOVIBLE PUEDE PERMITIRLE LA LIBERTAD DE LLEVAR EL INSTRUMENTO SOLO EN PERÍODOS CRÍTICOS, COMO LA NOCHE. LA MAYOR DESVENTAJA DEL APARATO REMOVIBLE ES -- QUE EL NIÑO LO LLEVA SOLO CUANDO ÉL DESEA.

TRAMPA DE PUNZÓN.

ES UN INSTRUMENTO REFORMADOR DE HÁBITOS QUE UTILIZA UN "RECORDATORIO" AFILADO DE ALAMBRE PARA EVITAR QUE EL NIÑO SE PERMITA CONTINUAR CON SU HÁBITO. PUEDE SER FIJO O REMOVIBLE. LA TRAMPA PUEDE CONSISTIR EN UN ALAMBRE ENGASTADO EN UN INSTRUMENTO ACRÍLICO REMOVIBLE TAL-- COMO EL RETENEDOR HAWLEY, O PUEDE SER UNA DEFENSA AÑADIDA A UN ARCO LINGUAL SUPERIOR Y UTILIZADA COMO INSTRUMENTO FIJO.

LAS TRAMPAS PUEDEN SERVIR PARA: 1) ROMPER LA SUC--- CIÓN Y LA FUERZA EJERCIDA SOBRE EL SEGMENTO ANTERIOR; -- 2) DISTRIBUIR LA PRESIÓN TAMBIÉN A LAS PIEZAS POSTERIO-- RES; 3) RECORDAR AL PACIENTE QUE ESTÁ ENTREGÁNDOSE A-

SU HÁBITO, Y 4) HACER QUE EL HÁBITO SE VUELVA DESAGRADABLE PARA EL PACIENTE.

TRAMPA DE RASTRILLO.

AL IGUAL QUE LA DE PUNZÓN, PUEDE SER UN APARATO FIJO O REMOVIBLE. ÉSTE APARATO MÁS QUE RECORDAR AL NIÑO LO CASTIGA. TIENE PÚAS ROMAS QUE SE PROYECTAN DE LAS BARRAS TRANSVERSALES O DEL RETENEDOR DE ACRÍLICO HACIA LA BOVEDA PALATINA. ÉSTE TIPO DE APARATOS POR EL USO DE SUS PÚAS DIFICULTA LA SUCCIÓN DEL DEDO Y SIRVE TAMBIÉN PARA EL HÁBITO DE EMPUJE LINGUAL Y DEGLUCIÓN DEFECTUOSA.

OTROS HÁBITOS BUCALES.

SUCCIÓN LABIAL.

LA SUCCIÓN O MORDIDA DEL LABIO PUEDE LLEVAR A LOS MISMOS DESPLAZAMIENTOS ANTERIORES QUE LA SUCCIÓN DIGITAL, AUNQUE EL HÁBITO GENERALMENTE SE PRESENTA EN LA EDAD ESCOLAR, CUANDO APELAR AL BUEN JUICIO Y LA COOPERACIÓN DEL NIÑO PUEDE LOGRAR EL ABANDONO DE ÉSTE.

EL DENTISTA PUEDE AYUDAR SUGIRIENDO EJERCICIOS LA-

BIALES TALES COMO LA EXTENSIÓN DEL LABIO SUPERIOR LOS IN-
CISIVOS SUPERIORES Y APLICAR CON FUERZA EL LABIO INFE---
RIOR SOBRE EL SUPERIOR.

EMPUJE LINGUAL.

EN NIÑOS QUE PRESENTAN MORDIDAS ABIERTAS E INCISI--
VOS SUPERIORES EN PROTUSIÓN SE OBSERVAN A MENUDO HÁBITOS
DE EMPUJE LINGUAL. SIN EMBARGO, NO SE HA DEMOSTRADO SI
LA PRESIÓN LINGUAL PRODUCE LA MORDIDA ABIERTA, O SI ÉSTA
PERMITE AL NIÑO EMPUJAR LA LENGUA HACIA ADELANTE EN EL -
ESPACIO EXISTENTE ENTRE LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFE-
RIORES.

AL IGUAL QUE EN LA SUCCIÓN DEL DEDO, EL EMPUJE LIN-
GUAL PRODUCE PROTUSIÓN E INCLINACIÓN LABIAL DE LOS INCI-
SIVOS SUPERIORES.

EL TRATAMIENTO DEL EMPUJE LINGUAL CONSISTE EN ENTRE-
NAR AL NIÑO PARA QUE MANTENGA LA LENGUA EN SU POSICIÓN -
ADECUADA DURANTE EL ACTO DE DEGLUTIR. HASTA QUE EL NI-
ÑO LLEGUE A LA EDAD SUFICIENTE PARA COOPERAR, ESTO SERÁ-
DIFÍCIL DE LOGRAR. SE PUEDE UTILIZAR EJERCICIOS MIOFUN-
CIONALES, COMO LOS EMPLEADOS PARA LIMITAR LOS EFECTOS DE
SUCCIÓN DEL PULGAR, PARA LLEVAR A LOS INCISIVOS A UNA --

ALINEACIÓN ADECUADA, O PUEDE CONSTRUIRSE UNA TRAMPA DE--
PÚAS VERTICALES.

EMPUJE DEL FRENILLO.

ES UN HÁBITO OBSERVADO RARAS VECES, SI LOS INCISI-
VOS PERMANENTES SUPERIORES ESTÁN ESPACIADOS A CIERTA DIS-
TANCIA, EL NIÑO PUEDE TRABAR SU FRENILLO LABIAL ENTRE ÉS-
TAS PIEZAS Y DEJARLO EN ESA POSICIÓN VARIAS HORAS.

ESTE PUEDE DESARROLLARSE EN HÁBITO QUE DESPLACE LAS
PIEZAS, YA QUE MANTIENE SEPARADOS LOS INCISIVOS CENTRA--
LES; ESTE EFECTO ES SIMILAR AL PRODUCIDO EN CIERTOS CA--
SOS POR UN FRENILLO ANORMAL.

MORDEDURA DE UÑAS.

ES UN HÁBITO DESARROLLADO DESPUÉS DE LA EDAD DE LA-
SUCCIÓN. FRECUENTEMENTE, EL NIÑO PASARÁ DIRECTAMENTE -
DE LA ETAPA DE SUCCIÓN DEL PULGAR A MORDERSE LAS UÑAS.
SE HA OBSERVADO ÉSTE HÁBITO DE MORDERSE LAS UÑAS EN EL--
80% DE LOS INDIVIDUOS.

ÉSTE NO ES UN HÁBITO PERNICIOSO Y NO AYUDA A PRODU-
CIR MALOCCLUSIONES, PUESTO QUE LAS FUERZAS O TENSIONES --
APLICADAS AL MORDER LAS UÑAS SON SIMILARES A LAS DEL PRO

CESO DE MASTICACIÓN. SIN EMBARGO, EN CIERTOS CASOS SE OBSERVO ATRICIÓN DE LAS PIEZAS ANTERIORES INFERIORES.

RESPIRACIÓN POR LA BOCA.

EN LOS NIÑOS, ES POCO FRECUENTE RESPIRAR CONTINUAMENTE POR LA BOCA.

LOS NIÑOS QUE RESPIRAN POR LA BOCA PUEDEN CLASIFICARSE EN TRES CATEGORÍAS: 1) POR OBSTRUCCIÓN; 2) POR HÁBITO Y 3) POR ANATOMÍA.

LOS QUE RESPIRAN POR LA BOCA POR OBSTRUCCIÓN SON -- AQUELLOS QUE PRESENTAN RESISTENCIA INCREMENTADA U OBSTRUCCIÓN COMPLETA DEL FLUJO NORMAL DE AIRE A TRAVÉS DEL CONDUCTO NASAL. COMO EXISTE DIFICULTAD PARA INHALAR Y EXHALAR AIRE A TRAVÉS DE LOS CONDUCTOS NASALES, EL NIÑO, POR NECESIDAD, SE VE FORZADO A RESPIRAR POR LA BOCA. EL NIÑO QUE RESPIRA CONTINUAMENTE POR LA BOCA, LO HACE POR COSTUMBRE AUNQUE SE HAYA ELIMINADO LA OBSTRUCCIÓN QUE LO OBLIGABA A HACERLO. EL NIÑO QUE RESPIRA POR LA BOCA -- POR RAZONES ANATÓMICAS, ES AQUEL CUYO LABIO SUPERIOR CORTO NO LE PERMITE CERRAR POR COMPLETO SIN TENER QUE REALIZAR ENORMES ESFUERZOS.

FRECUENTEMENTE, SE OBSERVA RESPIRACIÓN OBSTRUCTIVA-

POR LA BOCA EN NIÑOS ECTOMÓRFICOS QUE PRESENTAN CARAS-- ESTRECHAS Y LARGAS, Y ESPACIOS NASOFARÍNGEOS ESTRECHOS. A CAUSA DE SU TIPO GENÉTICO DE CARA Y NASOFARINGE ESTRECHAS, ÉSTOS NIÑOS PRESENTAN MAYOR PROPENSIDAD A SUFRIR- OBSTRUCCIONES NAALES QUE LOS QUE TIENEN ESPACIOS NASOFARÍNGEOS AMPLIOS COMO SE ENCUENTRAN EN LOS INDIVIDUOS- BRAQUICEFÁLICOS.

LA RESISTENCIA A RESPIRAR POR LA NARIZ PUEDE SER - CAUSADA POR:

- 1) HIPERTROFIA DE LOS TURBINATOS CAUSADA POR ALER- GIA, INFECCIONES CRÓNICAS DE LA MEMBRANA MUCOSA QUE ABRE LOS CONDUCTOS NAALES, RINITIS ATRÓFI- CA, CONDICIONES CLIMÁTICAS FRÍAS Y CÁLIDAS O -- AIRE CONTAMINADO;
- 2) TABIQUE NASAL DESVIADO CON BLOQUEO DEL CONDUCTO NASAL, Y
- 3) ADENOIDES AGRANDADOS, COMO EL TEJIDO ADENOIDAL- O FARÍNGEO ES FISIOLÓGICAMENTE HIPERPLÁSICO DU- RANTE LA INFANCIA, NO ES RARO QUE LOS NIÑOS DE- CORTA EDAD RESPIREN POR LA BOCA.

SIN EMBARGO, RESPIRAR POR LA BOCA PUEDE CORREGIRSE

POR SÍ SOLO AL CRECER EL NIÑO, CUANDO EL PROCESO FISIOLÓGICO NATURAL CAUSA LA CONTRACCIÓN DEL TEJIDO ADENOIDEO. AUNQUE LA CORRECCIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN NASOFARÍNGEA PUEDE PRODUCIRSE POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O CONTRACCIÓN-FISIOLÓGICA, EL NIÑO PUEDE CONTINUAR RESPIRANDO POR LA BOCA POR COSTUMBRE.

EL ODONTÓLOGO PUEDE DECIDIR INTERVENIR CON UN APARATO EFICAZ QUE OBLIGARÁ AL NIÑO A RESPIRAR POR LA NARIZ. ESTO PUEDE LOGRARSE POR LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROTECTOR-BUCAL (ESCUDO BUCAL) QUE BLOQUEE EL PASO DEL AIRE POR LA BOCA Y FUERZE LA INHALACIÓN Y EXHALACIÓN DEL AIRE A TRAVÉS DE LOS ORIFICIOS NASALES.

ANTES DE UTILIZAR EL PROTECTOR BUCAL HAY QUE ESTAR-SEGUROS DE QUE LAS VÍAS AÉREAS ESTÁN PERMEABLES. LAS-PERSONAS QUE PRESENTAN ÉSTE HÁBITO PRESENTAN UN ASPECTO-TÍPICO, QUE A VECES SE DESCRIBE COMO "FACIES ADENOIDEA"-AUNQUE NO SE HA DEMOSTRADO CONCLUYENTEMENTE QUE AL RESPIRAR POR LA BOCA CAUSE ÉSTE ASPECTO. LA CARA ES ESTRECHA LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES HACEN PROTUSIÓN LABIAL-MENTE Y LOS LABIOS PERMANECEN ABIERTOS, CON EL LABIO INFERIOR EXTENDIÉNDOSE TRAS LOS INCISIVOS SUPERIORES.

BRUXISMO.

ES POR LO GENERAL UN HÁBITO NOCTURNO, PRODUCIDO DURANTE EL SUEÑO, AUNQUE PUEDE OBSERVARSE TAMBIÉN CUANDO EL NIÑO ESTÁ DESPIERTO. EL FROTAMIENTO PUEDE SER TAN FUERTE COMO PARA OIR LOS SONIDOS DE LAS ROZADURAS A DISTANCIA. EL NIÑO PUEDE PRODUCIR ATRICIÓN CONSIDERABLE DE LAS PIEZAS Y PUEDE INCLUSO QUEJARSE DE MOLESTIAS EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, EN LAS MAÑANAS. LAS CAUSAS EXACTAS DEL BRUXISMO PERMANECEN AÚN EN LA OSCURIDAD. TAL VEZ TENGA UNA BASE EMOCIONAL, YA QUE OCURRE GENERALMENTE EN NIÑOS MUY NERVIOSOS E IRRITABLES Y QUE PUEDEN PRESENTAR OTROS HÁBITOS COMO SUCCIÓN DEL DEDO O EL MORDERSE LAS UÑAS. ÉSTOS NIÑOS GENERALMENTE DUERMEN INTRANQUILOS Y SUFREN ANSIEDADES.

SE HA OBSERVADO BRUXISMO EN ENFERMEDADES ORGÁNICAS COMO COREA, EPILEPSIA Y MENINGITIS, ASÍ COMO EN TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.

EL TRATAMIENTO ENTRA EN EL CAMPO DEL MÉDICO FAMILIAR, EL PSIQUIATRA Y EL ODONTÓLOGO. EL ODONTÓLOGO PUEDE AYUDAR A ROMPER EL HÁBITO CONSTRUYENDO UNA GUARDA OCULAR, PROVOCANDO QUE EL HÁBITO PIERDA SU EFICACIA SATISFACTORIA.

CAPÍTULO V

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA, CEPILLADO Y CONTROLES DENTALES REGULARES.

FLÚOR.

ES UNA SUSTANCIA HALÓGENA, EL CUAL SE ENCUENTRA EN LA NATURALEZA ACOMPAÑADA DE OTROS ELEMENTOS Y FORMANDO SALES.

SU ACCIÓN ODONTOLÓGICA MÁS IMPORTANTE ES DE QUE PUEDE AFECTAR LA INICIACIÓN O EL PROGRESO DE UNA ENFERMEDAD CARIOGÉNICA DE DIFERENTES MANERAS.

- 1.- DISMINUYE DE FORMA DIRECTA LA SOLUBILIDAD ÁCIDA DEL-ESMALTE.
- 2.- BAJO LA INFLUENCIA DE LA COMPOSICIÓN IÓNICA FISIOLÓGICA DE LA SALIVA, LA REMINERALIZACIÓN SE DESARROLLA LENTAMENTE.
- 3.- FAVORECE LA REPRECIPITACIÓN DEL ESMALTE EN UNA DE LAS FORMAS MENOS SOLUBLES DEL COMPLEJO CALCIO-FOSFATO. ES CIERTO QUE LA SALIVA CONTIENE IONES CALCIO-

Y FOSFATOS EN CANTIDAD SUFICIENTE, PERO EN UN MEDIO LIGERAMENTE ÁCIDO LA CONCENTRACIÓN EN IONES OH⁻ ES DEMASIADO DEBIL PARA PERMITIR UNA FORMACIÓN APRECIABLE DE APATITA. SI SE OBSERVA LA FORMULA DE LA APATITA $Ca_{10}(PO_4)_6(OH_oF)_2$ EL FLÚOR PUEDE SER SUSTITUIDO POR GRUPOS HIDROXILO Y LA CONCENTRACIÓN DE FLUORUROS ES, A PH=5, DIEZ MIL VECES MÁS ELEVADA QUE LA DE LOS IONES OH⁻. POR ESTA RAZÓN, LA VELOCIDAD DE REMINERALIZACIÓN DEL ESMALTE ESTÁ ACELERADA POR EL FLÚOR.

- 4.- LA ADMINISTRACIÓN DE ÉSTE ELEMENTO INFLUYE FAVORABLEMENTE EN LA MORFOLOGÍA DEL DIENTE EN FORMACIÓN-- DISMINUYENDO LA PROFUNDIDAD DE LAS FISURAS Y CONTRARRESTANDO LA MORFOLOGÍA DE LAS CÚSPIDES EN LO REFERENTE A QUE SEAN PROPENSAS PARA QUE SE IMPLANTE UN PROCESO CARIOSO.
- 5.- INFLUYE DIRECTAMENTE EN EL METABOLISMO QUE LLEVAN A CABO ELEMENTOS PATÓGENOS COMO ES EL CASO DE GÉRME--NES BACTERIANOS REDUCIENDO DE ÉSTA FORMA SU GRADODE PATOGENISIDAD EL CUAL EN BASE A SUS CAMBIOS METABÓLICOS NOS LLEGA A PRODUCIR CAMBIOS FISIOLÓGICOS, EL CUAL DE UNA FORMA CONCRETA SE REFIERE AL PH SALI VAL, EL CUAL DEBERÁ PASAR DE NEUTRO A ÁCIDO MENOR -

DE 7 PARA PODER FAVORECER LA IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO CARIOGÉNICO.

TIENE LA PROPIEDAD DE COMBINARSE CON LOS ELEMENTOS-DUROS DE UN DIENTE CONCRETAMENTE CRISTALES DE FLUOAPATITA Y OFRECE UN MAYOR GRADO DE RESISTENCIA A NIVEL DE ESMALTE.

PARA QUE PUEDA DESARROLLAR SU ACCIÓN, ES PRECISO -- QUE EL FLÚOR ESTÉ DISPONIBLE MEDIANTE EL CONTACTO COTIDIANO CON EL AGUA DE CONSUMO QUE CONTENGA UN VALOR ÓPTIMO EN FLÚOR (1mg/l), POR LA UTILIZACIÓN DE SAL DE COCINA-FLUORADA, EJEMPLO 350mg/Kg. EN SUIZA), CON PASTAS DENTÍFRICAS QUE CONTENGAN FLÚOR (COMO MÁXIMO, 0,15%) O CON---COMPRESOS DE FLUORURO SÓDICO.

FLÚOR EN AGUA POTABLE.

LA AGREGACIÓN DE FLÚOR AL AGUA POTABLE HA SIDO UNA-DE LAS MEDIDAS QUE HA DADO MAYORES RESULTADOS EN LO REFERENTE A LA DISMINUCIÓN DE LOS PROCESOS CARIOGÉNICOS, EL TIPO DE FLÚOR QUE SE UTILIZA ES EL CÍCLICO FLORURO DE SODIO. ÉSTE TIPO DE FLUORACIÓN ES LA QUE SE REALIZA EN LAS AGUAS DE CONSUMO, SIENDO SU CONCENTRACIÓN DE UNA PARTE POR MILLÓN. DOSIS EXCESIVA QUE PUEDE LLEGAR A TRAS-

TORNOS DEL DESARROLLO DENTARIO QUE VAN DESDE DECOLORACIONES BLANCUZCAS PRÁCTICAMENTE INAPARENTES Y UNA POROSIDAD POCO ESTÉTICA QUE HACE QUE LOS DIENTES TENGAN UN TONO DESDE AMARILLENTO A AMARRONADO. (FLUOROSIS).

LOS ÍNDICES DE CARIES BAJAN UN 50-60% CUANDO LA CANTIDAD DE FLÚOR EN EL AGUA POTABLE ES SUPERIOR A 0.8 mg/l, COMPARADOS CON LOS VALORES OBSERVADOS EN POBLACIONES QUE CONSUMEN AGUA CON UN CONTENIDO POBRE EN FLÚOR-- (ALREDEDOR DE 0,1 mg/l). CUANDO LA CONCENTRACIÓN DE FLÚOR EN EL AGUA ES SUPERIOR A 1,0mg/l, EL EFECTO INHIBIDOR DE LA CARIES DEJA DE AUMENTAR.

LA PROBABILIDAD DE MANCHAS EN EL ESMALTE AUMENTA A PARTIR DE UNA CONCENTRACIÓN DE 2mg/l.

LAS MANCHAS EN EL ESMALTE QUE PUEDEN APARECER --- IGUALMENTE TRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN TRASTORNOS DEL METABOLISMO O CON LA ADMINISTRACIÓN DE ALGUNOS MEDICAMENTOS, SOLAMENTE SON PRODUCIDAS POR LOS APORTES IMPORTANTES DE FLÚOR DURANTE LA AMELOGÉNESIS.

LA COINCIDENCIA DE LA OBSERVACIÓN DE LAS MANCHAS DEL ESMALTE CON LA INHIBICIÓN DE LA CARIES HA CONDUCIDO A LOS EXPERTOS DURANTE DECENIOS A ACEPTAR EL HECHO DE--

QUE EL FLÚOR DEBÍA INCORPORARSE A LA APATITA DURANTE EL PERÍODO PRE-ERUPTIVO DE LA FORMACIÓN DEL ESMALTE PARA AUMENTAR LA RESISTENCIA A LA ACCIÓN DE LOS ÁCIDOS Y FRENAR EL DESARROLLO DE LA CARIES DENTAL. PERO SE HAN PODIDO DEMOSTRAR, DE UN MODO CIENTÍFICO, LOS SIGUIENTES HECHOS: EL AUMENTO DE LA RESISTENCIA DEL ESMALTE A LA DESMINERALIZACIÓN NO ES LO MÁS IMPORTANTE. POR EL CONTRARIO, ES ESENCIAL EL EFECTO REMINERALIZANTE.

EL APORTE DE FLÚOR TRAS LA ERUPCIÓN DENTARIA, ES DECIR, DURANTE TODA LA VIDA, ES MÁS IMPORTANTE TODAVÍA QUE LA INCORPORACIÓN PRECOZ DEL FLÚOR AL ESMALTE EN EL CURSO DE SU FORMACIÓN.

LAS APLICACIONES FRECUENTES Y LOCALES DE FLÚOR A TRAVÉS DE LA SALIVA SON MÁS EFICACES QUE APLICACIONES ESPORÁDICAS A ALTA CONCENTRACIÓN.

FLÚOR EN LA SAL, LECHE Y OTROS ALIMENTOS.

ESTA MEDIDA PREVENTIVA HA SIDO UTILIZADA DESDE HACE VARIOS AÑOS, ENCONTRÁNDOSE LA DESVENTAJA DE QUE NO PUEDE TENERSE UN CONTROL ADECUADO EN LA INGESTIÓN DE ÉSTE ALIMENTO (SAL) ES POR ELLO QUE EL NIVEL DE FLORURO EN SAL SE MANTIENE MUCHO MÁS BAJO, OBTENIÉNDOSE BUENOS-

RESULTADOS, CUYA ACCIÓN ES DE TIPO PREVENTIVO. LA AGREGACIÓN DE FLÚOR EN LA LECHE REDUCE EL INCREMENTO DE LAS LESIONES CARIOSAS, PERO NO DE UNA FORMA TAN EFECTIVA COMO EL FLÚOR AGREGADO AL AGUA, YA QUE LAS CANTIDADES DE FLÚOR QUE SE AGREGAN A ESTE ALIMENTO SON MÍNIMAS. OTROS ALIMENTOS COMO TÉ, QUESO, CREMA, MARGARINA, PESCADOS, ETC., LOS CUALES CONTIENEN UN ALTO NIVEL DE FLÚOR--DE FORMA NATURAL.

UTILIZACIÓN DE FLÚOR EN LA PROFILAXIS ANTICARIES.

EN LAS REGIONES DONDE NI EL AGUA DE LA BEBIDA NI LA SAL PARA EL CONSUMO EN LA COCINA CONTIENEN FLÚOR, LA UTILIZACIÓN DE COMPRIMIDOS DE FLUORURO SÓDICO REPRESENTA EL METODO DE ELECCIÓN.

POR OTRA PARTE, LAS PASTAS DENTÍFRICAS QUE CONTIENEN FLÚOR, QUE REPRESENTAN EL 90% DEL MERCADO DE PASTAS, TIENEN LA VENTAJA DE USO LOCAL Y DE SER EFICACES A LARGO PLAZO, PARA QUE ACTÚEN NO ÚNICAMENTE COMO ABRASIVOS O --PROFILÁCTICOS, SINO TAMBIÉN OFREZCAN UN ÍNDICE PREVENTIVO. HASTA EL MOMENTO ACTUAL EL ÚNICO PROBLEMA CONCIERNE A LOS LACTANTES Y A LOS PREESCOLARES, DADO QUE HASTA LA EDAD DE 4 AÑOS NO SON CAPACES DE LAVARSE LA BOCA CORRECTAMENTE Y TRAGAN INVOLUNTARIAMENTE 1-2mg. DE FLÚOR--

POR DÍA. ÉSTA CANTIDAD NO ES SUFICIENTE PARA PROVOCAR UNA INTOXICACIÓN CRÓNICA, PERO SI PARA FAVORECER LA APARICIÓN DE LAS MANCHAS DEL ESMALTE. POR ESTE HECHO, LA ACEPTACIÓN DE TODAS LAS APLICACIONES DEL FLÚOR, QUE TIENEN UN GRAN VALOR PROFILÁCTICO, ES DISCUTIDA AMPLIAMENTE Y EN NUMEROSOS PAÍSES SE COMERCIALIZAN PASTAS DENTÍFRICAS PARA NIÑOS QUE SOLO CONTIENEN UN 0,025% DE FLÚOR ADEMAS DE LAS PASTAS DENTÍFRICAS NORMALES, QUE CONTIENEN UN 0,15%. DE ÉSTE MODO, LA INGESTIÓN DE 1g DE PASTA SOLO PRODUCE EL APORTE DE 0,25mg DE FLUORURO, POR LO QUE SU UTILIZACIÓN ESTÁ DESPROVISTA DE PELIGRO. POR EL CONTRARIO, 1g DE PASTA ADICIONADA NORMALMENTE CONTIENEN 1,5mg. DE FLÚOR Y ÉSTAS CANTIDADES PUEDEN, EN EL CURSO DEL LARGO PERÍODO DE LA MADURACIÓN DE LA MINERALIZACIÓN, PROVOCAR LA APARICIÓN DE POROSIDADES HIPOPLÁSICAS Y TAMBIÉN DE MANCHAS ANTIESTÉTICAS EN EL ESMALTE. CONSTITUYE TAMBIEN UN PROBLEMA PARALELO LA UTILIZACIÓN DE TETRACICLINAS EN NIÑOS MENORES DE 8 AÑOS.

ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES.

EL RIESGO DE APARICIÓN DE MANCHAS FLUORÓTICAS DEL ESMALTE NO ES TAN IMPORTANTE COMO EL RIESGO DE COLORACIÓN POR EL EMPLEO DE TETRACICLINAS.

SIN EMBARGO, DEBE EVITARSE EL RIESGO DE LA ACUMULACIÓN DE TOMAS DE FLÚOR A PARTIR DE DIVERSAS FUENTES. DE CUALQUIER MODO, LA PRESCRIPCIÓN DE COMPRIMIDOS DE FLÚOR-SOLO DEBE HACERSE INDIVIDUALMENTE SOBRE LA BASE DE UNA ANAMNESIS DETALLADA (CONOCIENDO LAS OTRAS FUENTES DE --- APORTE DE FLUORUROS) Y UN ANÁLISIS DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS, ASÍ COMO DEL RIESGO DE CARIES.

EN PRESENCIA DE UN RIESGO DÉBIL (INGESTIÓN POCO FRECUENTE DE AZÚCAR, DIENTES BIEN CUIDADOS), UNA PASTA DENTÍFRICA CON FLÚOR SERÁ UNA FUENTE DE FLUORUROS SUFICIENTE PARA LOS NIÑOS, DADO QUE, TAN SOLO ES EFICAZ EL FLÚOR APLICADO LOCALMENTE EN PERÍODOS POST-ERUPTIVO.

SI LAS PASTAS DENTÍFRICAS QUE CONTIENEN FLÚOR NO SON ACEPTADAS O SI EXISTE UN RIESGO ACENTUADO DE CARIES, PUEDEN ESTAR INDICADOS LOS COMPRIMIDOS DE FLÚOR. SI SE PRESCRIBEN ES PRECISO ESCOGER LA DOSIFICACION MÁS DÉBIL-POSIBLE.

EN LOS COMPRIMIDOS EL PRINCIPIO ACTIVO DEBERÍA ENCONTRARSE BAJO FORMA DE FLUORURO SÓDICO FÁCILMENTE SOLUBLE. ENTONCES EL ION FLUORURO ACTUARÁ LOCALMENTE SOBRE LOS DIENTES ANTES DE ALCANZAR POR LA VÍA ENTERO-HUMORAL A LOS DIENTES EN FORMACIÓN. POR ESTA RAZÓN ES ACONSEJADA

BLE QUE NO SE TRACUEN LOS COMPRIMIDOS ENTEROS, SINO DE--
JARLOS DISOLVER LENTAMENTE O TRITURARLOS CON LA MASTICA--
CIÓN.

EN LA ACTUALIDAD SE ADMINISTRAN PREPARADOS COMPUES--
TOS CON VITAMINA D A LOS LACTANTES, PERO DESDE EL SEGUN--
DO AÑO DE VIDA ES PRECISO PRESCRIBIR COMPRIMIDOS QUE SO--
LO CONTENGAN FLUORURO SÓDICO.

AUNQUE NO ESTÉ CONTRAINDICADA, LA ADMINISTRACIÓN DE
FLUORURO DURANTE EL EMBARAZO NO INFLUYE SOBRE LA SALUD -
DENTARIA ULTERIOR DEL NIÑO. SIN EMBARGO, POR RAZONES--
PSICOLÓGICAS PARA LA MADRE, SE PUEDE DESTACAR LA IMPOR--
TANCIA DEL EFECTO LOCAL, DADO QUE TAN SOLO SE PRESCRIBEN
COMPRIMIDOS DE FLÚOR DESDE EL MOMENTO DE LA ERUPCIÓN DE--
LOS PRIMEROS INCISIVOS (A PARTIR DEL 6o. MES). DURANTE
EL PERÍODO PRE-ESCOLAR SERÁ PREFERIBLE ESCOGER COMPRIMI--
DOS DE 0,25mg. EN VEZ DE 1,0mg. DE FLÚOR.

ADICIONALMENTE, AUN NO SE HAN PRESENTADO PRUEBAS --
INEQUÍVOCAS PARA DEMOSTRAR QUE LA TRANSFERENCIA POR LA--
PLACENTA DE FLUORUROS SEA EN CONCENTRACIÓN SUFICIENTE PA--
RA PERMITIR UNA ABSORCIÓN SIGNIFICATIVA, POR LAS PIEZAS,
PROPORCIONANDO ASÍ RESISTENCIA A LA CARIES. ESTUDIOS--
MÁS RECIENTES EN EL ÁREA DEL DESARROLLO DENTAL HAN DEMOS

TRADO QUE, AUNQUE OCURRE CIERTA CALCIFICACIÓN DE LAS PIEZAS PRIMARIAS Y PERMANENTES PRENATALMENTE, LA MAYOR PARTE DE LA CALCIFICACIÓN EN PIEZAS PRIMARIAS O PERMANENTES OCURRE POSNATALMENTE.

DURANTE LOS 2 PRIMEROS AÑOS DE VIDA SE PRESCRIBEN HABITUALMENTE 0,25 mg. DE FLÚOR (UN COMPRIMIDO); EN EL 3o Y 4o AÑO, 0.5mg. Y DE LOS 5 A LOS 16 AÑOS, DE 0,75 A 1.0mg.

NO SOLAMENTE EL FLÚOR ES UN INHIBIDOR EFICAZ DE LA CARIES, SINO QUE TAMBIÉN POSEE LA FACULTAD DE FAVORECER LA MINERALIZACIÓN EN GENERAL Y DE Oponerse A LA OSTEOPOROSIS EN EL TRANSCURSO DE LA VIDA. ES UN AGENTE DE PROFILAXIS Y ADEMÁS UN ELEMENTO ESENCIAL DE LA ALIMENTACIÓN.

LA CARIES NO ES LA CONSECUENCIA DE UNA CARENCIA DE FLÚOR, SINO ES MÁS BIEN EL RESULTADO DE UN CONSUMO FRECUENTE DE ALIMENTOS Y BEBIDAS AZUCARADAS, ASÍ COMO DE GOSINOS, QUE CONDUCEN A LA FORMACIÓN REPETIDA DE ÁCIDOS A NIVEL DE LA PLACA DENTARIA. CONTRA ESTO SE PUEDE AFIRMAR LO SIGUIENTE:

- 1.- EL FLÚOR NO ES SOLAMENTE ÚTIL EN LA PROFILAXIS-ANTICARIES.

2.- LOS ALIMENTOS AZUCARADOS NO DEBERÍAN CONSUMIRSE MÁS DE 5 VECES AL DÍA. ES ILUSORIO E IN--CLUSO PROBABLEMENTE IRRACIONAL EL INTENTO DE -PROHIBIR LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS AZUCARADOS. DE TODOS MODOS, LO MÁS IMPORTANTE ES ACONSEJAR UNA ALIMENTACIÓN SANA.

3.- LA ELIMINACIÓN COMPLETA DE TODA LA PLACA BACTE--RIANA ES DIFÍCIL DE REALIZAR, SOBRE TODO EN LA--DENTICIÓN DE TRANSICIÓN, A PESAR DE LA IMPORTAN--CIA QUE UNA BUENA HIGIENE BUCAL TIENE EN LA PRE--VENCION DE LA GINGIVITIS.

POR ÉSTAS RAZONES NO SE DEBE, EN LA MEDIDA POSIBLE, RENUNCIAR A LA UTILIZACIÓN DEL FLÚOR EN EL MARCO DE LA--PROFILAXIS DE LA CARIES DENTAL.

APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR.

LAS APLICACIONES TÓPICAS DE FLÚOR QUE DEBEN REALI--ZARSE A LA POBLACIÓN DEBERÁN SER EN UN TÉRMINO DE CADA--SEIS MESES, LA POBLACIÓN A LA QUE SE LE PUEDE APLICAR--FLÚOR DEBERÁ TENER LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1.- DENTICIÓN TEMPORAL.

- 2.- DENTICIÓN MIXTA.- AL HABLAR DE ÉSTA NOS REFERIMOS A LA PRESENCIA DE DIENTES TEMPORALES Y DIENTES PERMANENTES, SIENDO LA DE LOS SEGUNDOS EN ESTADO EVOLUTIVO.
- 3.- AUSENCIA DE CARIES O LESIONES CARIOSAS AMPLIAS, EN EL CASO DE QUE ESTÉN PRESENTES SE REQUIERE LA ELIMINACIÓN DE LAS MISMAS PUDIENDO APLICAR FLÚOR EN PIEZAS QUE ÚNICAMENTE TENGAN CURACIÓN.
- 4.- AUSENCIA DE RESTOS RADICULARES O DE ALGÚN OTRO TIPO DE FOCO INFECCIOSO.

TÉCNICA.

EN LA PRIMERA VISITA SE HACE UNA PROFILAXIS DE TODAS LAS PIEZAS CON PIEDRA POMEZ Y COPA DE CAUCHO. DESPUÉS SE ENJUAGA LA BOCA Y SE AÍSLAN LAS PIEZAS CON CILINDROS DE ALGODÓN. UN EYECTOR DE SALIVA AYUDARÁ A MANTENER SECA EL ÁREA.

SE SECAN LAS PIEZAS AL AIRE Y SE APLICA A CADA SUPERFICIE DENTAL LA SOLUCIÓN DE FLUORURO DE SODIO AL 2% CON UN APLICADOR DE ALGODÓN. SE DEJA SECAR LA SOLUCIÓN SOBRE LAS PIEZAS TRES O CINCO MINUTOS, DESPUÉS SE TRATAN LAS PIEZAS DEL LADO OPUESTO.

DESPUÉS DE HABER TRATADO TODAS LAS PIEZAS, DEBERÁ--
INSTRUIRSE AL PACIENTE PARA QUE NO COMA, BEBA NI SE EN--
JUAGUE LA BOCA DURANTE TREINTA MINUTOS.

CON EL FLUORURO ESTANOSO ES IGUAL LA TÉCNICA, SOLO
QUE ÉSTE SE APLICA UNA SOLA VEZ A LA DEL FLUORURO DE SO--
DIO. DESGRACIADAMENTE, EL FLUORURO ESTANOSO EN SOLU--
CIÓN TIENE UN SABOR ASTRINGENTE DESAGRADABLE Y DEBERÁ --
TENERSE CUIDADO DE NO IMPREGNAR LA ENCÍA Y LA LENGUA.

OTRO PROBLEMA ES QUE EL ESMALTE DESCALCIFICADO SE--
PIGMENTARÁ DE COLOR OSCURO. DEBERÁ ACONSEJARSE AL --
NIÑO Y A SUS PADRES DE ANTEMANO SOBRE LA POSIBLE PIGMEN--
TACIÓN, SUGIRIENDO QUE MUESTRA LA EFICACIA DEL TRATA---
MIENTO PARA PREVENIR EL PROGRESO DE LA LESIÓN.

INTOXICACIÓN POR FLÚOR.

LA DOSIS TÓXICA ESTÁ FIJADA EN 5-10 mg. K_r DE PESO.
A PARTIR DE LA DOSIS DE 3 a 5 mg. K_r SE DEBERÍAN MANI--
FESTAR SÍNTOMAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. ÉSTOS --
SÍNTOMAS SON NAÚSEAS, VÓMITOS, HIPERSALIVACIÓN, ESPAS--
MOS INTESTINALES Y DIARREA. LA DISMINUCIÓN DE CALCIO--
IÓNICO EN LA SANGRE PUEDE CONDICIONAR LA APARICIÓN DE--
ESPASMOS TETÁNICOS; LA TENSIÓN ARTERIAL PUEDE DESCENDER.

EL TRATAMIENTO RECOMENDADO CONSISTE EN PRINCIPIO, - EN REDUCIR LA ABSORCIÓN PROVOCANDO VÓMITOS, HACIENDO UN LAVADO DE ESTÓMAGO Y ADMINISTRANDO CARBÓN; DESPUÉS SE-- DEBE DAR, POR VÍA ORAL SULFATO MAGNÉSICO, A DOSIS DE -- 250 mg Kg PARA LOS NIÑOS Y METOCLOPRAMIDE. EN LOS CA-- SOS GRAVES SE RECOMIENDA LA PRÁCTICA DE CONTROLES ELEC-- TROLÍTICOS, UNA VIGILANCIA BAJO CONTROL ELECTROCARDIO-- GRÁFICO Y EVENTUALMENTE HEMODIÁLISIS.

TÉCNICAS PROFILÁCTICAS Y OPERATORIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL.

HIGIENE BUCAL.

LA HIGIENE BUCAL PUEDE REALIZARLA EL ODONTÓLOGO -- COMO PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO, O PUEDE REALIZARLA - EL PACIENTE COMO TRATAMIENTO SISTEMÁTICO EN SU HOGAR.

EN EL PRIMER CASO LA TÉCNICA EMPLEA INSTRUMENTOS - MANUALES Y CEPILLOS MECÁNICOS O COPAS CON ABRASIVOS A-- INTERVALOS DE TIEMPO DE TRES A SEIS MESES.

EL SEGUNDO PROCEDIMIENTO INCLUYE EL USO DE UN CEPI-- LLO DE DIENTES Y PASTA DENTRÍFICA JUNTO CON SEDA DENTAL Y ENJUAGUES BUCALES. ÉSTOS PROCEDIMIENTOS PUEDEN EM--

PLEARSE EN PARTE O COMPLETAMENTE HASTA CUATRO O CINCO -
VECES AL DÍA.

LA PROFILAXIA EN EL CONSULTORIO TIENE GRAN IMPOR--
TANCIA EN EL CONTROL DE LA DESTRUCCIÓN DENTAL Y SU CON-
TRIBUCIÓN PRINCIPAL A LA SALUD DENTAL RADICA EN LA PRE-
VENCIÓN DE ENFERMEDADES PERIODONTALES.

EXISTE EVIDENCIA CONSIDERABLE DE QUE EL CEPILLO --
DENTAL CON DENTRÍFICO NEUTRO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE-
LAS COMIDAS ES UN MEDIO EFICAZ PARA LIMITAR LAS CARIES-
DENTAL. UNO DE LOS IMPEDIMENTOS MAYORES PARA EMPLEAR-
EFICAZMENTE EL CEPILLO DENTAL PARA CONTROLAR LA CARIES-
DENTAL ES EL ALTO GRADO DE COOPERACIÓN REQUERIDO DEL PA
CIENTE.

PODEMOS FÁCILMENTE COMPRENDER QUE LA EFICACIA DEL-
CEPILLADO DENTAL PARA LIMPIAR DENTADURAS SE VERÁ AMPLIA
MENTE INFLUIDA POR EL DISEÑO DEL CEPILLO Y LA TÉCNICA -
DEL CEPILLADO. SE SUGIERE GENERALMENTE EMPLEAR CEPTI-
LLOS MEDIANOS, PORQUE LIMPIAN MEJOR LAS PIEZAS QUE LAS-
CERDAS DURAS O BLANDAS Y GENERALMENTE NO PRODUCEN LESIO
NES A LOS TEJIDOS GINGIVALES.

EXISTEN VARIOS TIPOS DE CEPILLOS ELÉCTRICOS QUE --
SUELEN SER VALIOSOS PARA NIÑOS IMPEDIDOS Y ADULTOS QUE-

ENCUENTRAN DIFICULTAD PARA LIMPIARSE LOS DIENTES.

ACTUALMENTE HAY UNA GRAN VARIEDAD DE TÉCNICAS DE -
CEPILLADO DE LOS DIENTES. UNA REVISIÓN RECIENTE ENUME
RA SEIS TÉCNICAS PRINCIPALES. LA MAYORÍA DE ELLAS SON
TAN COMPLICADAS QUE NO PODRÁN SER DOMINADAS POR LOS NI
ÑOS DE CORTA EDAD. POR ESO ES CONVENIENTE ENSEÑARLES-
A LOS NIÑOS TÉCNICAS SENCILLAS (TÉCNICA DE FONES).

EN ÉSTA TÉCNICA, CON LAS PIEZAS EN OCLUSIÓN, LAS -
SUPERFICIES VESTIBULARES SE CEPILLAN CON UN MOVIMIENTO-
CIRCULAR AMPLIO.

LAS SUPERFICIES LINGUAL Y OCLUSAL SE CEPILLAN CON-
ACCIÓN DE CEPILLADO HORIZONTAL HACIA ADENTRO Y HACIA --
AFUERA.

KIMNELMAN HA INFORMADO QUE, PARA DESALOJAR DESE---
CHOS DE TODAS LAS SUPERFICIES LA MEJOR ACCIÓN ES LA DE-
RESTREGADO Y QUE LA FORMA DE LOS ARCOS Y LAS FORMAS DEN
TALES DE LA DENTADURA PRIMARIA SE ADAPTAN A LOS GOLPES-
HORIZONTALES DE RESTREGADO. TAMBIÉN SE CONSIDERA POCO
PROBABLE DAÑAR LA ENCÍA CON ESTA TÉCNICA.

NO PUEDE ESPERARSE QUE NIÑOS MUY PEQUEÑOS DOMINEN-
TÉCNICAS DE CEPILLADO EFICAZMENTE; POR ESTO, ES MEJOR -

QUE LOS PADRES LE HAGAN EL CEPILLADO AL NIÑO.

SE SUGIERE QUE EL CEPILLADO DENTAL SE COMPLETE CON SEDA DENTAL. DEBE EMPLEARSE PASANDOLA POR EL ESPACIO-INTERPROXIMAL DE MESIAL A DISTAL Y VICEVERSA.

EL EMPLEO DE TÉCNICAS DE CEPILLADO Y DE SEDA DENTAL AFLOJARÁ MUCHAS PARTÍCULAS DE ALIMENTOS Y BACTERIAS DE LA PLACA DENTAL. ÉSTAS PUEDEN ELIMINARSE ENJUAGANDO - VIGOROSAMENTE CON AGUA.

MUCHOS ODONTÓLOGOS E HIGIENISTAS EMPLEAN OBLEAS RE VELADORAS COMO AYUDA PARA INSTRUCCIÓN EN CASA. LAS -- OBLEAS CONTIENEN UN TINTE VEGETAL ROJO. DESPUÉS DE -- QUE EL PACIENTE MASTICA LA TABLETA Y PASA SALIVA ENTRE- Y ALREDEDOR DE LAS PIEZAS DURANTE 30 SEGUNDOS, LA PLACA BACTERIANA, SE VERÁ PIGMENTADA DE ROJO VIVO. SE MUES- TRAN AL PACIENTE LAS ÁREAS ROJAS Y SE LE INFORMA QUE ES TA CEPILLANDO, PERO NO LIMPIANDO, SUS DIENTES. SE LE INSTRUYE ENTONCES SOBRE COMO COLOCAR EL CEPILLO DURANTE EL CEPILLADO PARA PODER LIMPIAR TODAS LAS SUPERFICIES-- DISPONIBLES ESTO SE SIGUE CON EMPLEO DE SEDA DENTAL.

NO SOLO ES EVIDENTE QUE ÉSTAS TÉCNICAS DE CEPILLA- DO REQUIEREN MUCHO TIEMPO, SINO TAMBIÉN QUE, INCLUSO EN CONDICIONES IDEALES NO ALCANZAN COMPLETAMENTE SU META.

ESTO HA ESTIMULADO EL INTERÉS CONTINUO POR DESARROLLAR DENTÍFRICOS TERAPÉUTICOS, ENJUAGUES BUCALES Y GOMAS DEMASCAR. TEÓRICAMENTE, ÉSTOS VEHICULOS PROPORCIONARÍAN LOS BENEFICIOS DE HIGIENE BUCAL NORMALES AL ELIMINAR -- CARBOHIDRATOS Y BACTERIAS.

ADICIONALMENTE PODRÍAN INTRODUCIR EN LA BOCA AGENTES QUE INHIBIERAN EL CRECIMIENTO DE MICROORGANISMOS BUCALES O AUMENTARÁN LA RESISTENCIA DE TEJIDOS DENTALES-- DUROS O LOS PRODUCTOS DE LA FERMENTACIÓN BACTERIANA.

SELLADO DE FISURAS.

ES UNA TÉCNICA PROMETEDORA PARA EL PROBLEMA DE CARIES EN FISURA. LOS ESTUDIOS DEMUESTRAN QUE PUEDE ELIMINARSE LAS CARIES SI ANTES DE INICIARSE LA LESIÓN, SE EVITA LA ACUMULACIÓN DE BACTERIAS Y ALIMENTOS EN FISURAS PROFUNDAS CON EL USO DE OBTURACIONES DE RESINAS. AUNQUE EL PROCEDIMIENTO NO REQUIERE LA PREPARACIÓN ORDINARIA DEL ESMALTE, LA BUENA RETENCIÓN A LO LARGO DEL -- PLAZO DEL ELEMENTO ADHESIVO DEPENDE DE LA TÉCNICA REALIZADA EFICAZMENTE:

1.- APLICACIÓN DE LA SOLUCIÓN GRABADORA.

- 2.- APLICACIÓN DE LA SOLUCIÓN ACONDICIONADORA.
- 3.- LAVADO CON AGUA MANTENIENDO LA CONTAMINACIÓN SALIVAL EN UN MÍNIMO.
- 4.- SECADO CON AIRE DURANTE 10 a 20 SEGUNDOS.
- 5.- APLICACIÓN DEL ADHESIVO PARA EVITAR BURBUJAS.

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

LA PREOCUPACIÓN POR LA HIGIENE DENTAL Y BUCAL ES -
UNA DE LAS TAREAS MAS IMPORTANTES DE LA MEDICINA DENTAL
Y PEDIÁTRICA.

LA PROFILAXIS, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO FRE-
CUENTEMENTE NECESITAN AMPLIOS CONOCIMIENTOS Y LA COLABO-
RACION DE ÉSTAS DOS ESPECIALIDADES CON EL FIN DE PODER--
DIAGNOSTICAR LAS AFECCIONES Y GUIAR AL PACIENTE. EL--
DIAGNÓSTICO Y LA SOSPECHA O APARICIÓN DE UN PROCESO PA-
TOLÓGICO SUELE ESTABLECERLO EN PRIMER LUGAR EL ODONTOPE-
DIATRA Y EN COLABORACIÓN CON EL CIRUJANO DENTISTA; UN--
INTERCAMBIO DE IDEAS ENTRE AMBOS ESPECIALISTAS ES SIEM-
PRE NECESARIO PARA EL BIEN DEL PACIENTE.

SIN EMBARGO, LA EFICACIA DE LA HIGIENE DENTAL Y BU-
CAL REPOSA SOBRE MEDIDAS DE PEDIATRÍA SOCIAL Y DE POLÍ-
TICA DE LA SALUD.

LA EDUCACIÓN Y LA PREVENCIÓN, TALES COMO EL CONSEJO
DE LAVARSE REGULARMENTE LOS DIENTES, EVITAR EL CONSUMO-
CONTINUO DE GOLOSINAS O BEBIDAS AZUCARADAS, UNA PROHIBI

CIÓN TOTAL SERÍA UNA MEDIDA POCO REALISTA, LA PROFILAXIS POR EL FLÚOR Y LOS CONTROLES REGULARES POR EL DENTISTA, SON LOS MEDIOS QUE VAN A PERMITIR MUCHOS SUFRIMIENTOS Y GASTOS INÚTILES.

CADA VEZ DEBE SER MÁS EFICAZ LA EDUCACIÓN DE LOS PADRES, DE LOS MÉDICOS Y DE LOS EDUCADORES, PERO TAMBIÉN DE LOS NIÑOS.

B I B L I O G R A F Í A

1.- ANALES NESTLÉ

SALUD DENTAL EN LA INFANCIA.

EDITORIAL COMITE DE REDACCIÓN DE "ANALES NESTLÉ"

VOLUMEN 44

NÚMERO 3

MÉXICO, D.F., 1987

46 PÁGINAS.

2.- ESPONDA VILA RAFAEL

ANATOMÍA DENTAL.

EDITORIAL MELO, S.A.

5a. EDICIÓN.

MÉXICO, D.F., 1978

386 PÁGINAS.

3.- FINN SIDNEY B.

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F., 1985

4a. EDICIÓN

613 PÁGINAS.

4.- G. SHAFER, WILLIAM

K. HINE, MAYNARD

M. LEVY, BARNET.

TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL.

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F., 1984

3a. EDICIÓN.

846 PÁGINAS.

5.- PRECIADO Z. VICENTE.

ENDODONCIA.

EDITORIAL CUELLAR DE EDICIONES

GUADALAJARA, JALISCO MÉXICO 1984

4a. EDICIÓN.

265 PÁGINAS.

6.- R. WOODAL IRENE

R. DAFOE BONNIE

STUTSMAN YOUNG NANCY

WEED-FONNER LESLIE

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F., 1983

1a. EDICIÓN.

560 PÁGINAS.

7.- R.H. VALENZUELA

J. LUENGAS, L. MARQUETS

MANUAL DE PEDIATRÍA.

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F. 1987

10a. EDICIÓN.

846 PÁGINAS.

8.- W. RIPA LOUIS

MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLÓGICA DEL NIÑO.

EDITORIAL MUNDI Y SAIC Y F.

ARGENTINA, 1984

1a. EDICIÓN.

268 PÁGINAS.