

347
2.9.84



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES**

IZTACALA U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**TRAUMATISMOS QUE SE PRESENTAN EN LOS
DIENTES TEMPORARIOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

GRACIELA M. ROBLES JIMENEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción.....	4
CAP. I.- Anatomía e Histología de los dientes temporales.	5
CAP. II.- Introducción del niño al consultorio.....	15
a).- Historia Clínica.....	21
b).- Método de Exploración.....	28
CAP. III.- Comportamiento del Cirujano Dentista para con- el niño y con los padres.....	30
CAP. IV.- Causas que originan las lesiones traumáticas en la primera dentición.....	54
CAP. V.- Clasificación de las lesiones traumáticas que - se presentan en la primera dentición.....	61
1.- Fracturas.....	64
a).- Fracturas Coronarias.....	64
b).- Fracturas del Esmalte y Dentina.....	66
c).- Fracturas de la Corona Integra.....	66
d).- Fracturas Radiculares.....	67
2.- Desplazamientos Dentarios.....	68
a).- Intrusión.....	70
b).- Extrusión.....	71
c).- Desplazamientos Vestibular, Lingual o- Lateral.....	72
d).- Desplazamiento Total.....	72
3.- Contusiones o Conmociones.....	73
a).- Sin Muerte de la Pulpa.....	74
b).- Con Muerte de la Pulpa.....	74
CAP. VI.- Diferentes técnicas terapéuticas para manejo de las lesiones traumáticas.....	75
Conclusiones.....	93
Bibliografía.	

PROTOCOLO

Considero de sumo interes este tema, ya que el tratamiento dental en niños es uno de los Servicios mas importantes brindados por el Odontólogo frecuentemente se les da poca importancia a los dientes temporales pues los padres tienen comunmente la idea de que dichos dientes van a ser desechados por el niño es decir que no son los definitivos, por lo tanto se piensa que no es necesaria su rehabilitación prestandoles poca atención si estos se encuentran lesionados traumáticamente, ocasionando con esto graves problemas para el niño.

En Odontopediatría se necesita más que un conocimiento de rutina pues se esta tratando con organismos que se encuentran en su periodo formativo, solo en los niños se encuentra este rápido crecimiento y desarrollo en donde los individuos se hayan en modificación continua.

Se presentarán en este tema los diferentes tipos de traumatismos que afectan a la primera dentición asi como también se indicaran las diferentes técnicas terapeuticas correspondientes.

Se expondrá desde la introducción del niño al consultorio, el trato adecuado que debe tener el dentista para con el niño y con los padres la elaboración de la Historia Clínica y los diferentes métodos de exploración.

Dedicare un capitulo para hablar sobre la Anatomía e Histología de los dientes temporales.

Hablaré también de las causas que originan las lesiones traumáticas se hará una clasificación de estas lesiones que afectan a la primera dentición así como también se hará la mención de las diferentes técnicas terapeuticas :

a emplear, posteriormente se hace la presentación de algunos casos clínicos de consideración importante, considero de suma importancia el valor que tiene el conocimiento de las diferentes técnicas terapéuticas en odontopediatría, - pues un tratamiento dental inadecuado o no satisfactorio - durante la infancia puede determinar un daño permanente de todo el aparato masticatorio dejando a la persona con mucho de los problemas dentales que son comunes en la población adulta actual.

Un dentista que asume la responsabilidad de tratar -- con niños debe de esperar que su tarea sea algo difícil -- se requiere de paciencia, debe tener un basto conocimiento sobre el comportamiento a seguir con el niño para obtener una perfecta relación de médico-paciente, así como también un amplio conocimiento sobre la odontología.

El profesional debe hacer un esfuerzo adicional para poder realizar el servicio dental en los pacientes infantiles para comprobar que es una de las experiencias mas -- satisfactorias de la profesión.

INTRODUCCION

El propósito de esta tesis, es presentar una revisión del desarrollo de los dientes que ayudará a una mejor comprensión de los factores etiológicos relacionados con los diversos --- traumatismos, que se presentan en el desarrollo de la primera dentición y también es importante hacer una consideración de los procedimientos de restauración en los niños.

Por mucho tiempo se ha reconocido que el problema físico más común en los escolares es la caries dental, este hecho ha sido sustentado por medio de encuestas, se ha demostrado un gran retraso en lo que atención odontológica se refiere.

La importancia de un exámen bucal completo y la elaboración de un plan de tratamiento previo a embarcarse en un programa de atención dental de un niño merecerá, el mayor énfasis a lo largo de esta tesis.

El exámen minucioso, es el requisito previo para un plan de tratamiento, a cada paciente niño se le debe de dar la oportunidad de recibir una atención dental completa, el odontólogo no ha de intentar decidir lo que el niño y los padres -- aceptarán, o podrán afrontar si los padres rechazan, una parte o todo un plan de tratamiento, el odontólogo por lo menos -- habrá cumplido con su obligación, si se toma tiempo para educar al niño y a los padres acerca de la importancia de los -- procedimientos que fueron previstos, padres aún de medios moderados hayan habitualmente la manera de que se complete la -- atención dental; si se les explica el hecho de que la salud -- dental futura del niño y hasta su salud general esta relacionada con la corrección de los defectos dentales presentes.

CAP. 1.- HISTOLOGIA Y ANATOMIA DE LA PRIMERA DENTICION.

En la vida se desarrollan dos tipos de denticiones, la dentición primaria y la dentición secundaria.

A los dientes de la primera dentición se les conoce con diferentes nombres, como son dientes primarios, deciduos, temporarios, temporales, mamelones, infantiles o de leche conocidos generalmente.

Los dientes primarios caen progresivamente y van hacer substituidos por los dientes permanentes que deben durar el resto de la vida, en la primera dentición se desarrollan 20 dientes, 10 que ocupan el maxilar superior y 10 que ocupan el maxilar inferior o mandibula cada uno de estos dientes esta modificado para diversas funciones relacionadas con la masticación.

Los primeros dientes a cada lado de la línea media en ambos maxilares reciben el nombre de incisivos (incidere--cortar) tienen una configuración de cuchillos, su función es la de cortar los alimentos, contamos con cuatro incisivos centrales se les conoce también con el nombre de incisivos pero los denominamos incisivos laterales.

Reciben el nombre de caninos o monocúspides, su superficie libre tiene una sola cúspide (proyección conica), estos dientes sobre todo en animales sirven para agregar, desmoronar y triturar los alimentos, despues de estos dientes dirigiendonos hacia atras está el primero y el segundo molar a cada lado de la arcada, la primera dentición cuenta con 8 molares, 4 superiores, 2 izquierdos y dos derechos y 4 molares inferiores, 2 izquierdos y 2 derechos. Cada molar esta modificado para su función de triturar por lo tanto su superficie masticatoria son más anchas y aplanadas--

que la de los demás dientes y tienen tres o más cúspides que se proyectan, hacen erupción a los dos años aproximadamente.

Desarrollo de un diente.

En la formación de un diente participan dos capas germinativas, el esmalte de un diente proviene del ectodermo, la dentina, el cemento y la pulpa provienen del mesénquima, el revestimiento de las encías es un epitelio plano estractificado unido al esmalte alrededor de cada diente hasta etapa muy adelantada de la vida cuando se une el cemento que cubre la raíz.

El mesénquima crece hacia arriba de la parte más cóncava de la capa epitelial aquí se producen fenómenos de la inducción, la células del epitelio que revisten la capa se transforman en ameloblastos y producen el esmalte, las células mesenquimatosas de la concavidad de las capas vecinas en el desarrollo de los ameloblastos se diferencian produciendo odontoblastos y forman capas sucesivas de dentina para sostener el esmalte que la cubre, por lo tanto la corona de un diente se desarrolla a partir de las capas del endotelio diferente durante la vida parental, cuando un embrión tiene seis semanas y media, un corte através del maxilar superior en desarrollo cruza una línea de ectodermo bucal engrosado, los dientes se desarrollaran por debajo y a lo largo de esta línea, desde esta línea de engrosamiento hay un anaquel epitelial llamado lámina dental que crece en el mesénquima y desde la lámina se desarrollan pequeñas yemas epiteliales denominadas yemas, de cada una se formará un diente deciduo, más tarde la lámina dental dará origen a unas yemas epiteliales similares que se desarrollaran produciendo dientes permanentes.

La lámina dental crece y la llema dental que está produciendo el diente decidido aumenta de volumen y penetra cada vez más profundamente en el mesénquima donde empieza a adoptar la forma de escudilla invertida que necesita una o dos semanas para esta estructura se forme entonces, se denomina el órgano del esmalte mientras debajo del mismo mesénquima que llena la concavidad se denomina papila dental.

CAP. 1.- ASPECTOS HISTOLOGICOS Y ANATOMICOS DE LA PRIMERA DENTICION.

El objetivo de este capitulo sera presentar una breve revisión del desarrollo de la primera dentición, también es apropiada una breve consideración de la histología de los dientes primarios.

Al nacer la dentición temporal está ya adelantada en su desarrollo, la erupción de los dientes temporales debiera comenzar a los seis meses, los dientes inferiores suelen erupcionar uno o dos meses antes que los superiores correspondientes y el incisivo central inferior suele ser el primero en erupcionar, se puede esperar que el incisivo lateral erupcione aproximadamente a los 8 meses, seguido por el primer molar a los 12 a 14 meses, el canino a los 16 a 18 meses y el segundo molar a los 2 años.

Han sido propuestas muchas teorías acerca del proceso normal de erupción pero aún no han sido comprendidas en su totalidad los factores responsables de la erupción de los dientes; incluyen alargamiento de la raíz fuerzas ejercidas por los tejidos vasculares entorno y debajo de la raíz, el crecimiento del hueso alveolar, el crecimiento de la dentina la constricción pulpar el crecimiento y tracción del ligamento periodontal, la presión por la acción muscular y la reabsorción de la cresta alveolar.

Sicher propuso que el movimiento axial de un diente en continuo crecimiento es la expresión de su crecimiento longitudinal, el factor más importante que acusa el movimiento hacia oclusal del diente es el alargamiento de la pulpa resultante del crecimiento pulpar en un anillo de proliferación en su extremo basal. La zona de proliferación esta separada del tejido periapical por un pliegue de la vaina epi-

telial de Hertwing, conocido como "Diafragma epitelial". Se considera que el crecimiento pulpar es simultanea e igual a la profundización de la vaina de Hertwing.

MORFOLOGIA DE LOS DIENTES TEMPORALES.

Incisivo central superior.

El diámetro mesiodistal de la corona es superior a la longitud cervico-incisal. No suelen ser evidentes en la corona las líneas de desarrollo; de modo que la superficie vestibular es lisa. El borde incisal es casi recto, aún antes que haya evidencias de abrasión.

Hay rebordes marginales bien desarrollados en la cara lingual y un cingulo bien desarrollado, la raíz del incisivo es cónica.

Incisivo lateral superior.

La forma del incisivo lateral es similar a la del central, pero la corona es más pequeña en todas sus dimensiones.

El largo de la corona de cervical a incisal es mayor que el ancho mesiodistal. La forma de la raíz es similar a la del central, pero es más larga en proporción con la corona.

Canino superior.

La corona del canino es más estrecha en cervical que la de los incisivos, las caras distal y mesial son más convexas. Tiene una cúspide aguzada bien desarrollada en vez del borde recto incisal. El canino tiene una larga raíz cónica que supera el borde del largo de la corona. La raíz suele estar inclinada hacia distal, por apical del tercio medio.

Incisivo central inferior.

Es más pequeño que el superior, pero su espesor lingüo-vestibular es solo un mm. inferior. La cara vestibular es lisa, sin los surcos de desarrollo. La cara lingual presenta rebordes marginales y cingulo, el tercio medio y el

el tercio incisal en lingual pueden tener una superficie - aplanada a nivel de los rebordes marginales, o puede existir una ligera concavidad. El borde incisal es recto y divide la corona linguovestibularmente por la mitad. La raíz -- tiene más o menos el doble del largo de la corona.

Incisivo lateral inferior.

La forma del lateral es similar a la del incisivo central, pero es algo mayor en todas las dimensiones, excepto la vestibulolingual. Puede tener una concavidad mayor en la cara lingual, entre los rebordes marginales. El borde incisal se inclina hacia distal.

Canino inferior.

La forma del canino inferior es muy similar a la del canino superior, con muy pocas excepciones la corona es apenas más corta y la raíz puede ser hasta 2 mm más corta. No es tan ancho en sentido linguovestibular como su antagonista.

Primer molar superior.

La mayor dimensión de la corona esta en las zonas de contacto mesiodistal, y desde estas zonas la corona converge hacia la región cervical.

La cúspide mesiolingual es la mayor y más aguzada. -- Cuenta con una cúspide distolingual mal definida, pequeña y redondeada. La cara vestibular es lisa, con poca evidencia de los surcos de desarrollo. Las tres raíces son largas, finas y bien separadas.

Segundo molar superior.

Hay un parecido apreciable entre el segundo molar temporal superior y el primer permanente. Existen dos cúspides vestibulares bien definidas con un surco de desarro

llo entre ellas. La corona es bastante mayor que la del primer molar.

La bifurcación entre las raíces vestibulares está próxima a la región cervical. Las raíces son más largas y gruesas que las del primer molar. Temporal, con la lingual como la más grande y gruesa de todas.

Hay tres cúspides en la cara lingual: una cúspide mesiolingual que es grande y bien desarrollada, una cúspide distolingual y una cúspide suplementaria menor (Tubérculo de Carabelli). Hay un surco bien definido que separa la cúspide mesiolingual de la distolingual. En la cara oclusal se ve un reborde oblicuo prominente que une la cúspide mesiolingual con la distovestibular.

Primer molar inferior.

A diferencia de los demás dientes temporales, el primer molar inferior no se parece a ningún diente permanente. La forma mesial del diente, visto desde vestibular es casi recta desde la zona de contacto hasta la región cervical. La zona distal es más corta que la mesial.

Presenta dos claras cúspides vestibulares sin evidencias de un claro surco de desarrollo entre ellas; la cúspide mesial es la mayor de las dos. Hay una acentuada convergencia lingual de la corona en mesial con un contorno romboideo en el aspecto distal la cúspide mesiolingual es larga y bien aguzada en la punta; un surco de desarrollo separa esta cúspide de la distolingual, que es redondeada y bien desarrollada. El reborde marginal mesial esta bastante bien desarrollado, aún al punto en que aparece otra pequeña cúspide lingual. Cuando se ve el diente desde mesial, se nota una gran convexidad vestibular en el tercio cervical. El largo de la coronas en la zona mesiovestibular superior a la mesiolingual;

de tal modo, la línea cervical se inclina hacia arriba desde vestibular hacia lingual.

Segundo molar inferior.

Hay un parecido con el primer molar permanente inferior, excepto en que el diente temporal es menor en todas sus dimensiones. La superficie vestibular está dividida en tres cúspides separadas por un surco de desarrollo mesiovestibular y otro distovestibular. Las cúspides tienen un tamaño casi igual. Dos cúspides de casi el mismo tamaño aparecen en lingual y están divididas por un corto surco lingual.

El segundo molar primario, visto desde oclusal, parece rectangular con una ligera convergencia de la corona hacia distal. El reborde marginal mesial está más desarrollado que el distal.

Hay una diferencia entre las coronas del segundo molar temporal y el primero permanente: La cúspide distovestibular, que en el permanente es inferior a las otras dos cúspides vestibulares.

Las raíces del segundo molar temporal son largas y finas, con una separación característica mesiodistal en los tercios medio y apical.

TAMAÑO Y MORFOLOGÍA DE LA CÁMARA PULPAR DEL DIENTE TEMPORAL.

Hay una variación individual considerable en el tamaño de la cámara pulpar y los conductos radiculares de los dientes primarios inmediatamente después de la erupción de los dientes, las cámaras pulpares son bastantes grandes y en general siguen el contorno de la corona. La cámara pulpar disminuirá de tamaño con el paso del tiempo y bajo la influencia de la función y la abracción de las superficies--

oclusales e incisales de los dientes.

Antes que intentar la descripción de cada cámara pulpar se sugiere que el odontólogo examine críticamente las radiografías de aleta mordible del niño antes de emprender los procedimientos operatorios. Así como hay diferencias individuales en la época de clasificación de los dientes y en el momento de la erupción también las hay en la morfología de las coronas y el tamaño de la cámara pulpar pero habrá que recordar que la radiografía no mostrará toda la extensión del cuerno pulpar en la zona.

Si los principios de la preparación cavitaria, son respetados no será problema la exposición mecánica de la pulpa.

CAP. II.- INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL.

El adoctrinamiento sobre odontología consiste especialmente en que el niño aprenda a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones de personal odontológico. El proceso suele cumplirse con mucha facilidad si el odontólogo permite que el niño inspeccione el consultorio odontológico y el medio como por casualidad, pero al mismo tiempo tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de la situación.

El Odontólogo y sus colaboradores deben recordar que el niño en particular el paciente de primera vez desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o una infección periapical plantea una amenaza al bienestar en cambio, el niño puede ver en el odontólogo y sus colaboradores la verdadera amenaza. Si el personal odontológico toma bien en cuenta este hecho le sirbiera para comprender la reacción de el niño normal en el consultorio.

El primer objetivo en el manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados por ayudarlo. Pueden hacerlo logrando que el niño tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos.

Hay una cantidad de situaciones que pueden influir sobre el proceso de aprendizaje no obstante hay una de la cual el odontólogo debe tener plena conciencia, es un estado de enfermedad física prolongado. El encierro por mucho tiempo en el hogar o en el hospital pueden incluir muchos en el proceso de aprendizaje, el período de actividad y socialización interrumpido crea un esquema anormal. Un niño confinado por mucho tiempo en la sala de un hospital pediátrico

presenta un esquema mejor y es quizá más receptivo debido al miedo social activo que encontró ahí, que el niño que es tuvo en su hogar por mucho tiempo en el hogar y en el hospital.

Sobre el aspecto adecuado de los gabinetes dentales se ha dicho mucho sobre esto, pero se considera por lo general que el consultorio debe de estar decorado de tal manera que el niño se sienta confortable, que el ambiente sea agradable, que la decoración no sólo sea la adecuada para niños pequeños y que haga sentir a las demás personas fuera de lugar la sala de espera o recepción debe estar cuidadosamente amueblada con libros y muebles adecuados, en los lugares -- donde se trabaja, que sólo esté a la vista, el instrumental necesario sin necesidad de exponer a la vista instrumental innecesario y en exceso. Procurar, que haya un olor agradable en el ambiente y utilizar un enjuague bucal agradable -- para el paciente y el odontólogo.

En resumen debe señalarse que la recepción y el consultorio deben de ser cuidadosamente estructurados para crear un atmósfera favorable y ninguna cantidad de decoración tomara el lugar de una operación simpática y amistosa que asegurará y dará fé y confianza al pequeño paciente.

Es sumamente importante que el odontólogo aprenda a enmascarar su reacción emocional ante una determinada situación, hasta el niño más pequeño puede captar rapidamente la indecisión o la angustia al aumentar la aprensión del odontólogo se reflejará en el niño.

El odontólogo jamás debe mostrar ira cualquiera que -- sea la provocación, de hecho será útil que pueda enmascarar cualquier tipo de involucración emocional y que cree una -- atmósfera de comprensión al parecer controlado. Todas las -- personas que trabajan con niños deben comprender que la --- edad cronológica esta en verdad no tiene importancia para -- el dentista sin embargo en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento -- debe de ser señalada, se deben considerar ambas edades.

EL MANEJO DEL PACIENTE NIÑO.

El niño de edad preescolar.

El manejo adecuado de el niño de edad preescolar, no consiste solamente en la buena atención dental sino también es de suma importancia el simentar las bases para operatoria dental como un servicio de salud, el niño que durante sus primeros años se sintio comodo en el ambiente dental será por lo general un paciente cooperativø en edad escolar y adolescencia, cualquier odontólogo que verdaderamente quiera tratar a los niños tendrá éxito, siguiendo guías conocidas con principios y conductas adecuadas para su manejo.

Para que obtengamos un informe de el niño en edad preescolar y llevar acabo la practica dental, es necesario tener idea sobre su idioma y desarrollo motor y social ya que se utilizará este conocimiento paso por paso como guía en el proceder con él mismo y acompañandolo por el refuerzo de un buén comportamiento resultará de ello un condicionamiento positivo.

Son el miedo y la ansiedad los factores emocionales -- más importantes con los que tiene que luchar el odontólogo, los niños preescolares pueden adquirir el miedo al dentista por varias causas ya sea por escuchar conversaciones de los mayores, sobre este tema o por discuciones en los parques de juego en algunos casos también pueden ser expuestos a -- situaciones traumáticas en el hospital o en el consultorio médico por esto es muy importante que las primeras visitas del infante al consultorio esten bién estructuradas de tal forma que el niño llegue a tener una experiencia agradable e interesante, no debemos intentar el tratamiento definitivo en la primera cita, debemos utilizar el tiempo necesario en llegar a convencer a el niño y efectuar el procedimiento de rutina exámen, profilaxis, investigación radiográfica,--

los niños pequeños deben conocer y tener confianza con el odontólogo por esta razón la primera cita no debe ser delegada a el personal auxiliar.

Hacer que el preescolar se sienta confortable y confiante en el consultorio dental requiere que todo el personal que este en contacto con el niño refleje amistad e interés en él, el odontólogo debe de estar contento de ver al niño, ofrecerle una frase amable, la inflexión de la voz es también un factor importante para ganar la confianza de el niño, también conseguimos bastante con observación de cortesía, tales como, gracias por abrir tan ampliamente la boca y el uso de la palabra por favor, siempre será efectivo liasonjear con el niño en edad preescolar en este nivel de edad es aconsejable usar alguna distracción verbal sobre temas apropiados al interes del niño, ya sea sobre su ropa, juguetes la referencia de su cumpleaños o acontecimientos similares, comida favorita etc.

Evitar la discusión de el colegio ejercicios u otros temas de menor experiencia o conocimiento.

El dentista que trata a niños pequeños necesita establecer contacto amistoso con su paciente dado que el tratamiento naturalmente envuelve contacto físico, esto se debe lograr por medios tales como tomar la mano del niño al entrar al consultorio y ayudarlo a sentarse en el sillón así como ofrecerle una caricia gentil al terminar la consulta pero es importante que en el tiempo del contacto inicial con el niño el odontólogo debe mantenerse a la distancia y evitar avances físicos precipitados.

Ha sido controversia entre los odontopediatras si los padres deben o no permanecer dentro de el gabinete dental, durante la consulta con un niño pequeño de dos o tres años de edad es aconsejable que uno de los padres esté presente

en las primeras visitas ahora bien la decisión de permitir la presencia de los padres con niños mayores de cuatro años en el gabinete dental dependerá de el criterio de el odontólogo, los odontopediatras que logran éxito en sus tratamientos prefieren sin embargo, que los padres estén fuera del gabinete esto es cuando se trata de niños poco cooperativos, el manejo del niño rebelde requiere siempre firmeza por parte del odontólogo y una comunicación positiva en los límites positivos de conducta mientras se efectúa el tratamiento, en este aspecto el uso de drogas para modificar el comportamiento del niño es también materia de preferencia individual.

El odontólogo experimentado que prepara cuidadosamente sus citas y que consigue la confianza y la fe de sus pacientes encontrará unos pocos problemas los suficientemente serios como para interferir en la resolución de los tratamientos dentales.

Los niños muy pequeños que tienen un problema dental -- complejo o el de edad preescolar y que es distorsionado y no responde al trato usual constituyen grupos que pueden ser -- considerados para tratamientos bajo anestesia general en un hospital o sanatorio.

El dar al niño un obsequio o una moneda después de la consulta es aceptable desde el punto de vista psicológico -- siempre y cuando se de como un obsequio y no como un premio por el buen comportamiento del niño, el niño pequeño no puede apreciar el término beneficioso de la salud dental y por lo tanto las citas dentales no son especialmente una dádiva.

El anticipo de recibir un pequeño obsequio cambia esta actitud y en muchos casos resulta para el niño una esperanza la de ver a su dentista.

a).- Historia Clínica.

Historial de paciente.

El historial de un paciente de Odontopediatría puede dividirse en estadísticas vitales, historia de los padres, historia prenatal y natal, e historia posnatal y de lactancia.

Las estadísticas vitales son esenciales para el registro del consultorio. De esta información el Odontólogo obtiene una visión del nivel social de la familia. El médico del niño debe ser anotado, para poder consultársele en algún caso de urgencia futura, o para obtener información médica adicional cuando se necesite. Se registra la queja principal -- con las palabras de la madre o del niño. Esto puede ser un problema agudo o solo un deseo de atención rutinaria.

La historia de los padres proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. Esta diseñada también para informar al dentista sobre el valor que los padres conceden a sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la Odontología puede reflejarse en el miedo 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 -- anormalde dientes caducas y permanentes. El Odontopediatra -- observa los efectos de las drogas y trastornos metabólicos -- que ocurren durante las etapas formativas de las piezas.

El historial posnatal y de lactancia revisa los sistemas vitales del paciente. También registra información, tal como tratamientos preventivos, previos de caries dentales, -- trastornos del desarrollo con importancia dental, alergias, -- costumbres nerviosas, y el comportamiento del niño y su actitud en relación con el medio.

La duración y enfoque de la historia dependen de las -- circunstancias que rodean a cada caso. En situaciones de ur-

gencia, la historia se limita generalmente a puntos esenciales en relación con la lesión que se trata en el momento o del mal que aqueje al niño actualmente y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que tengan importancia en el tratamiento inmediato. En la mayoría de los otros casos puede ser de gran valor un cuestionario para historial que se administra personalmente a cada paciente. En una situación ideal, los padres pueden completar este cuestionario en la sala de espera durante la primera visita. Un cuestionario para los padres tal como lo vamos a indicar enseguida:

DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES
INFANTES.

HISTORIAL DEL NIÑO

Estadísticas vitales

Fecha _____

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento del niño _____

Raza _____ Sexo _____

Nombre de la persona que proporciona la información de este historial.

Relación _____ Madre _____ Padre _____ Otro _____

Ocupación del padre _____

Ocupación de la madre _____

Dirección del niño _____

¿Con quién vive el niño? _____

Médico actual del niño _____

¿Quién recomendó al niño? _____

Queja principal _____

¿Que le hizo traer a su hijo al dentista? _____

Historia de los padres

Si

No

¿Lleva usted dentaduras postizas? _____

¿Lleva su cónyugue dentaduras postizas? _____

Si contestó afirmativamente a las anteriores.

¿A que edad le extrajeron sus dientes? _____

¿Y los de su cónyugue? _____

¿Por que le extrajeron los dientes? _____

EXAMEN DEL NIÑO

	Si	No
¿Por que le extrajeron los dientes a su cónyugue? _____		
¿Tiene usted lo que se llama dientes -- blandos?	_____	_____
¿Los tiene su cónyugue?	_____	_____
¿Son han sido sus dientes o los de su cónyugue grisáceos, o parduscos?	_____	_____
En caso afirmativo, explique _____		
<hr/>		
¿Se desgastaron sus dientes excesivamente?	_____	_____
¿Se desgastaron los de su cónyugue?	_____	_____
¿Tiene usted o su cónyugue miedo a una visita al dentista?	_____	_____
 Historia prenatal		
¿Ha tenido usted alguna enfermedad durante este embarazo?	_____	_____
En caso afirmativo, de que tipo y cuando _____		
<hr/>		
¿Estuvo bajo terapéutica medicamentosa durante el embarazo?	_____	_____
¿Tomó antibióticos durante el embarazo?	_____	_____
En caso afirmativo, enumere que medicamentos. _____		
¿Cuanto tiempo y con que frecuencia tomo esto? _____		
¿Tuvo alguna dieta de alto valor vitamínico o calcio durante el embarazo?	_____	_____
¿Existe incompatibilidad sanguínea entre usted y su cónyugue?	_____	_____
¿Tomo usted tabletas de fluoruro o existía fluoruro en el agua que bebía durante su embarazo?	_____	_____

Diagnóstico y planeación del tratamiento para pacientes infantiles.

Historia natal.

Si No

¿Fue prematura su hijo? _____

¿Tenía escorbuto al nacer? _____

¿Le hicieron transfusiones de sangre? _____

¿Fue un bebé "azul"? _____

Historia posnatal y de lactancia

¿Tuvo convulsiones durante la lactancia? _____

¿Fue amamantado? _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Se le alimentó con biberón? _____

¿Durante cuanto tiempo? _____

¿Le administraron suplementos de fluoruro en el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro u otros minerales? _____

¿En caso afirmativo, explique? _____

¿Se le administraron vitaminas en forma de jara be o gotas? _____

¿Durante cuánto tiempo se le administraron? _____

¿Con que frecuencia? _____

¿Chupó chupetes de azucar? _____

¿Tuvo su hijo enfermedades durante la lactancia _____

En caso afirmativo enumérelas _____

¿Sufrió fiebres reumáticas (su hijo)? _____

¿Sufrió dolores en las articulaciones? (dolores del crecimiento) _____

¿ Ha tenido diabetes? _____

¿Ha tenido afecciones renales? _____

Examen del niño

	Si	No
¿Ha tenido afecciones del corazón?	_____	_____
¿Le dijo algún médico que su hijo estaba anémico?	_____	_____
¿Recibió su hijo antibióticos?	_____	_____
¿En caso afirmativo a que edad? _____		
En caso afirmativo, ¿Durante cuanto tiempo? _____		
¿Que antibiótico se le administró _____		
¿Tuvo su hijo dificultades para aprender a caminar?	_____	_____
¿Sufrió alguna operación en la lactancia?	_____	_____
En caso afirmativo ¿Por que razón? _____		
¿Se ha roto su hijo algún hueso?	_____	_____
En caso afirmativo ¿Como ocurrió? _____		
En caso afirmativo, ¿Con que frecuencia? _____		
<hr/>		
¿Sufre frecuentemente accidentes menores y heridas?	_____	_____
¿Existe en su hijo algo que se salga de lo corriente?	_____	_____
En caso afirmativo explique _____		
<hr/>		
¿Consideraría usted a su hijo enfermizo?	_____	_____
¿Por qué? _____		
¿No suda su hijo cuando hace calor?	_____	_____
¿Tiene alguna incapacidad o enfermedad física ó mental?	_____	_____
En caso afirmativo, explique _____		
<hr/>		
¿Toma su hijo golosinas entre las comidas?	_____	_____

Diagnóstico y planeación del tratamiento para pa-
cientes infantiles.

	Si	No
En caso afirmativo, ¿Que tipo de golosinas? _____		
<hr/>		
¿Sufre frecuentemente dolores de dientes?	_____	_____
¿Sangran sus encías con facilidad?	_____	_____
¿Ha dañado alguna vez sus dientes delanteros?	_____	_____
¿Le salen erupciones fácilmente?	_____	_____
¿Es alérgico a algún tipo de comida, anestésicos locales, penicilina u otras drogas?.	_____	_____
¿Sufre asma?	_____	_____
¿Tiene dificultad para detener el sangrado cuando se corta?	_____	_____
¿Le salen fácilmente moretones?	_____	_____
¿Le ha dicho algún médico que su hijo es hemofílico?	_____	_____
En caso afirmativo, ¿cuándo hace esto? _____		
<hr/>		
¿Tiene problemas para hacer amigos?	_____	_____
¿No se lleva bien con otros niños?	_____	_____
¿Prefiere jugar dentro de casa que al aire libre?	_____	_____
¿Tiene hermanos o hermanas?	_____	_____
En caso afirmativo, ¿Cuáles son sus edades _____		
<hr/>		
¿Tiene problemas para estar a la par de su clase?	_____	_____
¿Teme al dentista?	_____	_____
En caso afirmativo ¿Sobre usted por que? _____		
<hr/>		
¿Ha ido anteriormente al dentista!.	_____	_____

EXAMEN CLINICO

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

En los casos que requieran 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 exámenes de este 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 alivió la afección de urgencia.

Los procedimientos clínicos para examen de mantenimiento de la salud incluyen mordidas con aleta y las radiografías adicionales necesarias. Se compara todos los datos con el examen precedente o inicial, y si es necesario, se formula un plan de tratamiento.

El examen completo deberá ser una evaluación a conciencia; el siguiente diseño nos demuestra el alcance de este tipo de examen:

Diseño de un examen odontopediátrico.

- 1.- Perspectiva general del paciente (incluyendo estatura, porte, lenguaje, manos temperatura).
- 2.- Examen de la cabeza y del cuello:
Tamaño y forma de la cabeza, piel y pelo, inflamación facial y asimetría articulación temporomandibular, oídos, ojos, nariz, cuellos.

3.- Examen de la cavidad bucal:

Aliento, labios, mucosa labial y bucal, saliva, tejido gingival y espacio sublingual, paladar, faringe y amígdalas, dientes.

4.- Fonación, deglución y musculatura peribucal:

posiciones de la lengua durante la fonación.

Balbucesos y ceceos anteriores o laterales.

Forma de la lengua en posición de descanso.

Acción mentalis en el momento de tragar.

Posición de los labios en descanso.

PERSPECTIVA GENERAL

B).- Método de exploración.

Estatura.

Se hace una perspectiva general rápidamente. Cuando el niño entra en la sala de recepción o en la sala de operaciones probablemente se observará primero si el paciente es alto o bajo para su edad.

La estatura de un niño puede compararse a la de otro consultando esquemas de crecimiento por centímetros. Para propósitos prácticos, se puede clasificar al niño en una de tres categorías: Estatura normal para su edad, demasiado bajo o demasiado alto para su edad.

Pueden medirse algunas desviaciones detectadas por medio de un registro a largo plazo del crecimiento del niño y de esta manera se puede determinar si la estatura actual del niño es el resultado de un patrón de crecimiento constante o si esta estatura es un cambio de crecimiento que ocurre en algún punto definido del desarrollo del niño la comprensión de la estatura requiere conocimiento práctico lineales. Esto incluye las características de crecimientos en los varios periodos de edades, y efectos de herencia, medio, nutrición, enfermedad, anomalías del desarrollo y secreciones endocrinas.

Andar.

Cuando el niño entra en el consultorio dental, el odontólogo o la persona que lo examine puede apreciar rápidamente su andar, y ver si este es normal o afectado. Probablemente, el andar anormal más común es el de un niño enfermo que camina con inseguridad debido a su debilidad. Otros tipos de andar son los de tipo inseguro hemipléjico, tambaleante, do balanceo y atáxico.

Cuando se observa este tipo de andar en el niño, habrá que hacer una valoración cuidadosa. Puede interrogarse a la madre sobre cualquier cambio reciente que haya observado en el andar del niño.

Lenguaje

El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad que tiene uno de reproducir sonidos que ha escuchado; por ejemplo, los niños muy pequeños con problemas de audición graves pueden tener desarrollo del lenguaje anormalmente lento. Entre las edades de 21 y 24 meses, los niños empiezan a usar frases. Entre los 2 y tres años generalmente empiezan a hablar con oraciones completas. Debe recordarse que hay gran variación, considerada normal en cuanto a la edad en que pueden ocurrir estas etapas. La conversación del niño con la ayudante o con el odontólogo permite hacer una estimación informal de su lenguaje.

Hay que considerar cuatro tipos de trastornos de lenguaje. 1) afasia 2) lenguaje retardado 3) tartamudeo 4) trastornos articulatorios del lenguaje.

La afasia motriz es rara y generalmente denota pérdida de lenguaje como resultado de algún daño al sistema nervioso central.

Retrazos en el lenguaje pueden tomarse en consideración si el niño no habla cuando llega a los tres años. Algunas causas de retraso de lenguaje son las siguientes; pérdida de la audición, retraso intelectual, retraso de desarrollo general, enfermedades graves prolongadas, defectos sensoriales, falta de motivación, y estimulación inadecuada del medio. Los niños que son demasiado dependientes de sus padres y los que padecen una lesión neurológica también pueden ser muy lentos en el lenguaje.

Un patólogo especialista en lenguaje puede ayudar a determinar la etiología y el tratamiento necesario en los casos en que se sospeche que existe trastornos de lenguaje. El consultar al especialista rápidamente puede en muchos de los casos significar para el niño la diferencia entre tipos de lenguaje normales y anormales futuros.

El lenguaje repetitivos o tartamudeo ocurre en la mayoría de los niños en algún periodo, antes de ir al colegio. Preocuparse demasiado o aprensión excesiva por el lenguaje del niño puede impedir su fluidez normal. El tartamudeo es más común en los niños que en las niñas. La tensión psicológica juega un papel importante en el desarrollo y la persistencia de este problema. El "amontonamiento" es un tipo de lenguaje poco corriente que se caracteriza por repetición de palabras o frases, comienzos erróneos, cambios en la dirección de la frase a la mitad de la misma, y en general, gran confusión verbal.

Los trastornos articulatorios del lenguaje que pueden considerarse importantes son: omisión; inserción y distorsión. Substituir el sonido C por el sonido S produce seseo. Algunos defectos de articulación ocurren dentro de los límites de desarrollo normal; sin embargo, los niños con parálisis cerebral, lesión neurológica, central, paladar héndido o maloclusión a menudo tienen dificultades articulatorias. La parálisis de los musculos laríngeos y faríngeos, por ejemplo. Parálisis cerebral, puede alterar la calidad del lenguaje, y producir voz de sonido nasal. Una voz ronca puede deberse a haber cantado o gritado en exceso, a sinusitis aguda o crónica, a cuerpos extraños en la laringe, laringitis, papilomas de la laringe, parálisis, sarampión, o en los niños desarrollo sexual precoz.

Manos

En la mayoría de los casos las manos se sentirán normales, pero de cuando en cuando podrá observarse sensación de temperatura elevada, de humedad. Las manos son una de las pocas áreas del cuerpo del niño que el dentista puede observar normalmente. Aquí pueden observarse todas las lesiones primarias y secundarias de piel, tales como máculas, páculas, vesículas, úlceras, costras y escamas. Muchos factores causales pueden producir estos trastornos tales como enfermedades exantematosas, deficiencias vitamínicas hormonales y del desarrollo.

Deberá tomarse en consideración el número, la forma y el tamaño de los dedos de los niños. Las uñas pueden estar mordidas, cortas, como resultado de su ansiedad y tensión, pueden tener forma de espátula puntiagudas, quebradizas, escamosas, espesadas, cubiertas de piel, de color diferente, o incluso pueden estar ausentes como se ve a veces en casos de displasia ectodérmica.

Cuando el dentista examina a un niño y sospecha es demasiado grande o demasiado pequeño para su edad, puede tomar una radiografía de 5 x 7 pulgadas de la mano izquierda con la ayuda del aparato de radiografías normales puede compararse entonces la radiografía con los índices carpales medios para determinar la edad ósea del paciente. Puesto que el dentista puede ser único miembro del equipo sanitario que vea al niño en un período de varios años, su apreciación del crecimiento y desarrollo del niño puede indicar la necesidad de valoración médicas posteriores. Por crecimiento se entiende la maduración física del niño mientras el desarrollo significa maduración funcional.

Temperatura

La fiebre o elevación de temperatura en momento de des--

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

La mayoría de las madres consideran la temperatura de 98.6°F (37°C) como umbral sacrosanto, y cualquier temperatura que los sobrepase debe considerarse como muestra de enfermedad. Sin embargo, el practicante motivado puede ayudarles a comprender que existe, en vez de este umbral fijo una gama de temperaturas considerada normales. En los casos raros en los que existe una ausencia total o parcial de las glándulas sudoríparas como ocurre en el tipo anhidrótico. De la displasia ectodérmica el niño puede sentirse muy caliente durante las épocas de temperaturas elevadas. Los abscesos dentales o las enfermedades gingivales agudas, y también algunas infecciones respiratorias y bucales, dan como resultado estados febriles en los niños.

No se pueden diagnosticar enfermedades específicas tan sólo por la presencia de fiebre. Sin embargo, el grado de fiebre, su patron, y la reacción del niño son a menudo factores que indican cierta patología.

Examen de la cabeza y el cuello

Después del examen general de la estatura del niño, su andar lenguaje, manos y temperatura del cuerpo, se enfoca automáticamente la atención en la cabeza del niño y particularmente en la cavidad bucal. Para no olvidar ningún síntoma, deberá hacerse un examen sistemáticos del área.

Tamaño y forma de la cabeza.

El tamaño de la cabeza del niño puede ser normal, demasiado grande o demasiado pequeña, la macrocefalia, o cabeza dema--

ciado grande, se deben frecuentemente a trastornos del desarrollo o traumatizantes. La microcefalia, o cabeza pequeña, puede deberse a trastornos de crecimiento, enfermedad o traumas que afectan al sistema nervioso. Las formas anormales de la cabeza pueden ser causadas por un cierre prematuro de las suturas, interferencia del crecimiento de los huesos craneales o presiones anormales dentro del cráneo. Debe tenerse gran cuidado de evitar un juicio apresurado sobre el tamaño de la cabeza. Deberá considerarse antes de pronunciarse la cabeza de sus padres y de sus hermanos. Esto puede evitar situaciones engorrosas al odontólogo.

Pelo y piel.

La alopecia, o pérdida del cabello puede observarse en pacientes de muy corta edad.

Una de las calvicies más comunes es un área pequeña discreta y redondeada, rodeada de una línea endurecida e inflamada, y que generalmente lleva a diagnosticar empeine. En el caso raro del niño que tiene displasia ectodermal congénita, el pelo puede estar ausente o ser muy escaso, delgado y de color claro.

Esto se ve aún más a menudo en niños que en niñas. Hay otros desequilibrios hormonales que pueden causar pérdida del cabello, mientras que la adición de medicación hormonal puede causar hirsutismo o crecimiento excesivo del cabello.

La piel de la cara, al igual que la de las manos puede observarse para detectar señales de enfermedad. Puede encontrarse cierta cantidad de lesiones primarias y secundarias en la cara.

Un odontólogo cuidadoso puede posponer una visita dental si observa que el niño presenta lesiones de herpes o algún otro tipo de lesiones en los labios o en la cara.

Inflamación facial y asimetría

La asimetría de la cara puede ser patológica o fisiológica.- Los dos lados de una cara nunca son exactamente iguales los hábitos del lactante en el momento de dormir, especialmente en los niños que nacieron antes de su término normal afectan la forma de la cara de manera permanente. Se puede producir asimetría facial patológica por presiones intrauterina anormales, parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiar. Las infecciones, ya sea de origen bacteriano o viral, y el traumatismo, son en general las causas principales de inflamación facial en los niños.

El historial y el examen bucal son importantes a la hora de hacer el diagnóstico de la etiología de cualquier inflamación de la cara.

Todo agrandamiento unilateral de la cara que no producen dolor y que crecen lentamente sin algún agente evidente que lo cause merece especial atención por parte del dentista, y requiere atención del pediatra puesto que la neoplasia presenta un patron como este.

Articulación temporomandibular

Los siguientes dos métodos son valiosos en el diagnóstico para discernir, limitación de movimientos subluxación, dislocación o desviaciones mandibulares: 1) Mientras se permanece de pie frente al niño, en la mejor posición que permita la silla dental, el odontólogo colocará sus manos ligeramente sobre las mejillas del niño en el area de articulación temporomandibular. hará que el niño haga ejercicio de abrir y cerrar la boca lentamente y entonces, desde posición céntrica cerrada se indicará que se hagan movimientos en excursiones late-

laterales, ordenandoles que mastique lentamente sobre sus dientes posteriores 2) El segundo método se trata de que con una -- pieza de hilo dental de 15 a 18 pulgadas (35.5 a 45 cm.) hará -- presión contra su cara en la línea media que une la frente, la -- punta de la nariz y la punta de la barbilla. Hará que el niño ha -- bra y cierre la boca lentamente y muestre los dientes al rea -- lizar este movimiento.

Estas dos ayudas tan sencillas mostrará las discrepancias -- de la unión temporomandibular y también los desequilibrios mus -- culares y desviaciones anatómica desde la línea media. Debe pal -- parse suavemente inflamación o enrojecimiento sobre la región -- de la articulación para que se determine el grado de firmeza y -- extensión.

Se puede observar espasmo o trismas de los músculos masti -- catorios cuando hay infección que sigue a una extracción de mo -- lar mandibular permanente. Se ve comúnmente durante la erupción -- de un molar inferior permanente, pero puede desarrollarse des -- pués de pericoronitis. El tétanos puede producir trismus al i -- gual que los neoplasmas y otros trastornos raros o pocos comu -- nes.

Oídos.

El odontólogo estará conciente de cualquier deficiencia de -- audición en el paciente infantil la observación del meato audi -- tivo externo puede revelar cierta secreción.

Por lo regular la principal queja va hacer un dolor en la -- cavidad bucal que irradia hacia el oído; esto requiere un estu -- dio a conciencia de los dientes. El odontólogo tiene que estar -- capacitado para determinar si el dolor referido originado en la -- dentadura es la posible causa del dolor de oídos.

La palpación del oído externo y de la apófisis mastoides -- puede revelar algo de sensibilidad que indicaría al dentista -- que la inflamación existen dentro del oído mismo.

Ojos

El odontólogo tiene que observar si el niño presenta o no dificultad para ver si usa lentes o no. Esta observación del niño deberá incluir la acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchazón o irritación alrededor del ojo, lesiones o costras en los párpados, presencia o ausencia de conjuntivitis defectos del iris y lagrimeo anormal, la inflamación que está asociada con las piezas maxilares puede extenderse a la región orbital, causando inflamación de los párpados y conjuntivitis. Los defectos de desarrollo de la cavidad bucal pueden tener su contrapartida en el ojo. Frecuentemente, los niños con infección respiratoria alta sinusitis crónica y alergia tienen cierta hinchazón en los párpados y en los tejidos periorbitales.

El odontólogo deberá descartar cualquier afección bucal como factor etiológico y enviar al paciente a un oculista.

Nariz

Debido a su localización prominente, cualquier anomalía de tamaño color o forma de esta, atrae automáticamente la atención hacia dicho órgano. En los niños, el dentista frecuentemente se encuentra con drenaje nasal que indica infección respiratoria superior. Pueden ser evidentes cicatrices en la nariz lo que indica alguna respiración quirúrgica de una anomalía del desarrollo o traumatismo. Algunas enfermedades infecciosas dejan su huella en la nariz por ejemplo. La nariz en silla de montar rasgo característico de sífilis congénita a causa de la gran proximidad de la nariz a la cavidad, la extensión de inflamación a través del maxilar superior puede alterar su forma color y tamaño de la nariz la extensión de tumores o quistes dentro de la cavidad bucal y especialmente el maxilar superior, puede hacer intrusión en

los conductos nasales.

Cuello

El exámen del cuello se hace por observación y por palpación a medida que el odontólogo observa asimetría facial del niño, también observa cualquier configuración anormal del cuello. La piel del cuello está sujeta a todas las lesiones epidérmicas primarias y secundarias, y también a las cicatrices de reparación quirúrgica. El dentista pasará la parte plana de sus dedos sobre la región parótida, bajo el cuerpo de la mandíbula hacia las regiones submaxilares y sublinguales y palpar los triángulos del cuello, es frecuente en el paciente infantil el agrandamiento de los ganglios linfáticos submaxilares, esto se puede asociar con amígdalas inflamadas o infectadas, y con infección respiratorias crónicas.

Los ganglios palpables también pueden deberse a drenaje de infección bucal o neoplasmas. Puesto que las enfermedades exantemosas existen en los niños y es probable que las glándulas salivales se vean afectadas.

Exámen de la cavidad bucal

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

El odontólogo deberá evitar el enfocar su atención a las cavidades dentales ya que primero se examinan los tejidos blandos de la boca y de faringe bucal para realizar un buen diagnóstico una buena regla es que las cavidades se cuenten en último lugar.

Aliento

El aliento de un niño sano es agradable generalmente el "mal aliento" o alitosis, se puede atribuir a causas loca-

les o generales. Los factores locales incluye: higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca o alientos volátiles de olor fuerte. Los factores generales pueden incluir-deshidratación, sinusitis hipertrofia e infección del tejido adenoideo crecimientos malignos tracto digestivo superior, - fiebre tifoideo, y otras infecciones entéricas y trastornos-gastrointestinales. La acidosis generalmente produce olor de acetona en el aliento. Frecuentemente, los niños que sufren-elevaciones de temperaturas tienen un mal aliento fétido - - característico.

Labios mucosa labial y bucal

Los labios son la entrada a la cavidad bucal y el dentista no debe descuidarlos.

Después de observar forma, color tamaño y textura de la superficie, deberán ser palpados usando el pulgar y el índice.

Frecuentemente se observan en los labios úlceras, vecículas, fisuras y costras, los labios protegen los dientes de trauma, por lo tanto son lugar frecuentemente de contusión - en los niños. Reacciones nutricionales alérgicas pueden causar cambios dramáticos en los labios. Pueden ser evidentes - cicatrices, debidas a intervenciones quirúrgicas que se hicieron para corregir anomalías del desarrollo o traumas pasados. Cualquier inflamación o masa que se presente en los - labios deberá ser palpada entre el pulgar y el índice para - ver tamaño y consistencia.

A medida que se retraen los labios el dentista observará la mucosa labial. Cualquier lesión o cambio de color o de - consistencia de la membrana mucosa deberá ser evaluado cuida - dosamente.

Se observará la papila en el orificio del conducto de - Stensen, desde la glándula parótida, esta papila puede estar agrandada o inflamada cuando comienza el sarampión, puede ver

se rodea de pequeños puntos azulados y blanquecinos rodeados de rojo. También deben palpase con pulgar e índice las inflamaciones en la mejilla, las lesiones más comunes en la mucosa labial de los niños son las que se asocian con virus de herpes simple. Estas pueden ser benignas con pequeñas úlceras poco profundas. Con una afección de este tipo generalmente hay una historia de algún trastorno congénito.

La mucosa labial y la bucal son de color rosado normalmente sin embargo la melanina puede causar una pigmentación fisiológica normal de color pardo frecuentemente observado en la raza negra. La enfermedad de Addison y la poliposis intestinal pueden causar una pigmentación patológica pardusca o negra azulada en este tejido.

Saliva.

La calidad de la saliva puede ser muy delgada normal o extremadamente viscosa. Parotiditis epidérmica, o paperas se caracteriza por una inflamación muy sensible y algo dolorosa unilateral o bilateral de las glándulas salivales.

Una secreción excesiva o purulenta del conducto de Stensen puede indicar otros trastornos de la glándula parotida.

Tejido gingival

El odontólogo debe observar el tejido gingival y las uniones gingivales el frenillo labial situado en la línea media de el maxilar superior e inferior puede ser responsable de un espaciamiento anormal entre los incisivos centrales. El color, el tamaño, la forma de la encía deben tomarse en consideración color rojo e hinchazón pueden deberse a inflamación debido a una higiene bucal inadecuada.

Fístulas de drenaje en tejido gingival unidos, acompañadas de sensibilidad, dolor y movilidad del diente, son generalmente diagnosticadas dedientes en absceso.

Lengua y espacio sublingual

Deberá pedirse al niño que extienda la lengua de manera que el odontólogo observe su forma, tamaño, color y movimiento el agrandamiento patológico de la lengua puede deberse a cretinismo o mongolismo, o puede asociarse con un quiste o neoplasma. Una descamación de las papilas superficiales asociada, con cambio de color y sensibilidad puede deberse a ciertas avitaminosis, anemia o trastornos por tensión.

Sequedad de la lengua, puede deberse a deshidratación o puede ocurrir en los niños que respiran por la boca. La lengua puede tener un color blanco grisáceo en estado febril, o etapas tempranas de enfermedades exantemáticas. El Odontólogo muy a menudo olvida totalmente el lado inferior de la lengua.

Esta área protegida deberá ser examinada para buscar cualquier tipo de inflamación que podrían ser quistes o ulceración.

Paladar

Se debe observar forma color y la presencia de cualquier tipo de lesiones en el paladar blando y en el duro.

La consistencia de las deformidades o inflamaciones deberá ser investigado con cuidado por medio de palpación. Las cicatrices en el paladar pueden ser evidencia de traumas o de intervenciones quirúrgicas. Cambios de color pueden ser causados por neoplasmas enfermedades infecciosas y sistémicas, traumas o agentes químicos.

Faringe y amígdalas.

Para examinar el área de la faringe y de las amígdalas, el examinador deberá deprimir la lengua con un espejo de mano o de una espátula, para observar cualquier cambio de color, úlceras o inflamación. La proliferación del tejido de

la amígdala, laríngea puede ser tan extensa que exista muy poco espacio en la garganta para que pasen el aire y los alimentos. Es aconsejable que el dentista sugiera a los padres que el niño sea examinado por su médico si se considera que sus amígdalas están afectadas y puede ser causa que contribuya a su mala salud.

Dientes.

Las observaciones que se hacen generalmente respecto a los dientes son las siguientes.

Número de dientes Es muy raro que el odontopediatra observe en un niño, ausencia completa de dientes (anodoncia). En algunos trastornos del desarrollo, la anodoncia parcial o la oligodoncia es un factor diagnóstico. La ausencia de dientes únicos es mucho más importante en dentaduras permanentes que en primarias. A excepción de los terceros molares, el segundo premolar mandibular y los incisivos laterales superiores son los dientes que faltan con más frecuencia. Esta afección y a menudo se llama congénita, es más frecuentemente hereditaria, y el odontólogo puede probar esto, sin necesidad y ayuda externa interrogando cuidadosamente a los padres. Los dientes supernumerarios (dientes de más), se observan en la mayoría de los casos en la línea media del maxilar superior, pero pueden aparecer en cualquier parte y en cualquier arco. Un odontólogo puede ser informado sobre la posible presencia de un mesiodens por un diastema extremadamente ancho entre los incisivos centrales superiores permanentes.

Tamaño de los dientes.

Es raro encontrar macrodoncia (dientes demasiado grandes) o microdoncia (dientes demasiado pequeños) pero pueden encontrarse dientes separadas o muy pequeñas por ejemplo, laterales en forma de clavos. asimismo, los dientes separados tienden aparecer grandes como ocurre en la geminación y la fusión.

Anomalías hormonales y del desarrollo serán otros factores que habrá que tomar en consideración.

Color de los dientes

La tinción anormal de los dientes de los niños pueden dividirse en dos tipos: extrínseca e intrínseca. La tinción extrínseca puede causarse por bacterias cromogénicas, que pueden invadir depósitos de materia alba y cálculo, causando una gama de colores en las piezas de los niños el cambio de color generalizado del esmalte y la dentina se debe probablemente a factores intrínsecos tales como discrasia sanguínea, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, resorción interna y drogas tales como la serie de tetraciclina.

Oclusión de los dientes.

En esta etapa del examen puede comprobarse la oclusión del niño pidiéndole de favor que muerda sobre sus dientes posteriores, cuando el niño cierra, el dentista guía la mandíbula suave, pero firmemente, a la posición más retraída pero cómoda, de los cóndilos. La interdigitación de molar y canino deberá ser comprobada cuidadosamente de manera bilateral al detectar maloclusión en su etapa muy temprana se puede informar a los padres de que más adelante será necesario consultar a un ortodoncista. El Odontólogo deberá familiarizarse con las clasificaciones de maloclusión.

Malformaciones de los dientes.

Lesiones físicas e hipoplasia del esmalte, son las causas más comunes de dientes mal formados.

Adicionalmente las piezas pueden estar dilaceradas, enpequeñecidas germinadas, fusionadas, con entalladuras y en forma de clavos, causa de trastornos hereditarios, sistémicos o del desarrollo se han dado términos especiales a mu

chas de estas anomalías, tales como dens-in-dente incisivos de Hutchinson, coronarias bífida, hipoplacia de Turner y molar en forma de frambuesa.

La caries son causa de más destrucción de tejidos dentales que cualquier otro tipo de afección.

Método para diagnosticar

Recopilación de hechos.- Existen ciertos signos patológicos que pueden llevar a decisiones tempranas de diagnóstico, por ejemplo. inflamación muy obvia y drenaje pueden asociarse con un primer molar altamente cariogénico; -- sin embargo, deberán recogerse y relacionarse sistemáticamente todos los hechos que se refieren a la historia del niño. A menudo, es necesario que el odontólogo diagnostique antes de que todos los hechos hayan sido recogidos, para -- que el proceso de la enfermedad siga su curso, por ejemplo. -- una Gingivitis necrosante aguda necesita tratamiento con -- drogas y clínico inmediato; un incisivo central recientemente fracturado necesita cuidados inmediatos. En algunos casos puede ser necesario un periodo de observación antes del diagnóstico final y la institución de tratamiento adecuado. La -- pulpitis en dientes restaurados : a menudo es difícil de -- diagnosticar. Si todas las pruebas fracasan en la diferenciación del diente afectado, el dentista puede decidir , esperar varios días antes de hacer el diagnóstico e instituir el tratamiento.

Evaluación de hechos

Debe hacer evaluación crítica de los hechos recogidos con relación al cuadro general y a la queja principal. Frecuentemente, los padres dan deficientemente el historial. En ese caso, los signos y síntomas clínicos que el dentista observa por sí mismo tienen más fuerza que los hechos declarados. Interrogar a los padres sobre el dolor dental no siem -

pre da resultados satisfactorios. El odontólogo muy a menudo tiene que hacer excavaciones en lesiones cariogénicas extensas para llegar a un diagnóstico y determinar el curso del tratamiento.

Formulación del diagnóstico.

El historial del examen clínico y las pruebas del laboratorio proporcionarán los hechos esenciales necesarios para llegar a un diagnóstico. De los hechos recogidos, se pueden sugerir varios procesos patógenos. Siempre existe la posibilidad de que haya más de una enfermedad al mismo tiempo. Sin embargo, generalmente el examinador puede desmenuzar los hechos para identificar una entidad patógena que podrá tratarse adecuadamente. En casos pocos corrientes es necesario a veces consultar a otros especialistas o médicos generales -- antes de poder llegar a un diagnóstico final y prescribir un plan de tratamiento.

Un niño febril con inflamación facial unilateral y varias piezas cariogénicas pueden sufrir un absceso alveolar agudo, paperas o ambas cosas. El historial investigaciones radiográficas, y exámenes clínicos a conciencia ayudarán al odontólogo a formular su diagnóstico. Si las dientes cariogénicos pueden tacharse de la lista de los factores ofensivos, el niño deberá ser enviado a su médico familiar para recibir tratamiento general.

Planeación del tratamiento

El tratamiento odontológico acertado se basa en el diagnóstico exacto y cuidadoso planeación del tratamiento - debe evaluarse tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento: urgencia, secuencia y resultados probables. Una secuencia bien organizada de tratamiento evita muchos falsos comienzos, repetición de tratamientos, y pérdida de tiempo energías y dinero. sugerimos este diseño gene-

ral de planeación de tratamiento para odontopediatría.
 ESBOZO DE PLANEACION DEL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO.

- 1.- Tratamiento médico.
 - a) Envío un médico general
- 2.- Tratamiento general.
 - a) Premedicación
 - b) Terapéutica para infección bucal
- 3.- Tratamiento preparatorio
 - 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 por recordatorio periódicos y tratamiento de mantenimiento.

Tratamiento sistemático.

Frecuentemente, es necesario premedicar a niños apren- sivos, espásmicos o con problemas cardiacos. Esta premedi- ción deberá hacerse solo despues de consultar con el médico del niño. Las dosis exactas de todas las drogas que se han- de usar deberán incluirse en el plan de tratamiento. Cuando las ayudantes conciertan el horario de citas del niño para- premedicación, debera hacerse que el personal auxiliar to- men conciencia del régimen de premedicación que habra de se- seguirse en cada cita. Se puede perder tiempo en la silla - dental si el odontólogo tiene que esperar hasta que las dro- gas surtan efecto.

La quimioterapia general puede causar cambios en los tejidos bucales, que hace más difíciles los trabajos de restauración y aveses imposibles. El médico muchas veces no se da cuenta de que un niño que toma difenilhidantoína sódica ha desarrollado un tejido gingival altamente hipertrófico. Este problema deberá discutirse con el médico con la esperanza de que se haga alguna substitución de drogas que pueda aliviar el problema y que prosiga el tratamiento odontológico.

Tratamiento preparatorio

Después de que se establece el estado médico y al régimen de premeditación del niño, deberán limpiarse sus dientes a fondo. Esto da al odontólogo espléndida oportunidad de enseñarle a cepillarse los dientes y otros elementos de cuidados elementales en casa. También se puede aprender mucho sobre el temperamento del paciente, su aprensión y su salud bucal durante la instrucción de cuidados caseros y profilaxia bucal. El tratamiento de afecciones inflamatorias agudas tales como abscesos alveolar úlceras traumáticas, gingivoesomatitis herpética y algún caso de gingivitis necrosante -- puede generalmente posponerse, esperando resultados favorables de drogas o tratamientos quirúrgico.

Deberá hacerse una evaluación de la susceptibilidad del niño a la caries. Si se evidencia caries activas, la madre del niño deberá ser cuidadosamente interrogada sobre su dieta. Si usa el enfoque adecuado, el odontólogo podrá ofrecer a los padres una oportunidad interesante y retardadora de reducir las caries en el niño (y en sus hermanos).

Existen varios medios entre los cuales se cuentan los fluoruros sistemáticos y tópicos; substituciones en la dieta y comidas más regulares sin comer entre horas. Estas medidas pueden instituirse conjuntamente con la eliminación de caries y colocación de restauraciones permanentes o temporales.

En algunas ocasiones, es necesario consultar a algún especialista dental; por ejemplo. Cuando es evidente un amontonamiento de dientes o alineación defectuosa. En este caso deberá consultarse inmediatamente a un ortodoncista, frecuentemente se pueden adoptar medidas ortodónticas preventivas conjuntamente con procedimientos de restauración. Puede buscarse el consejo de un ortodoncista antes de llevar a cabo los cuidados operatorios en dientes dudosos en casos de oclusión inadecuada.

CAP. III.- COMPORTAMIENTO DEL DENTISTA PARA CON EL NIÑO Y LOS PADRES.

Después que el odontólogo saludo al niño y a los padres preguntará, a la madre o al padre, si hay algo que les preocupe en particular respecto a la boca o a los dientes de su hijo, como la mayoría de los padres habrán hecho alguna observación previa o traeran alguna pregunta importante para ellos, se les debe de dar tiempo para expresarse y para que cuenten una breve historia de toda atención dental previa si el odontólogo, o la asistente dental, se dan cuenta de que el niño no va ha responder normalmente, se puede excluir al padre o a la madre de el gabinete dental y se pueda manejar al niño de acuerdo con el, quizá el niño se encuentre asustado o si no desea o no puede cooperar a menudo se puede establecer, si se trata de un niño falto de disciplina en su hogar y que antes no tuvo que cooperar si no lo deseaba.

Rand y sus colaboradores sugirieron algunas reglas para obtener obediencia, estas reglas son bastante útiles para manejar a los niños en el consultorio.

La primera regla, es ganarse la atención del niño es preciso ganar la atención de el niño que llora para asegurarse de que oye las indicaciones, la segunda regla es expresar las órdenes en el lenguaje que pueda comprender, por ejemplo un niño de cuatro años de edad, no va ha entender el significado de las palabras " eyector de saliva " u otros nombres de instrumentos, po lo tanto el odontólogo debe emplear un lenguaje, que el niño pueda comprender, palabras fáciles de entender, es importante pronunciar las palabras con lentitud y claridad, el niño entonces será capaz de seguir las instrucciones que además deberán ser pocas y de a una por vez, el dentista y su personal deben ser justas y razonables en sus

pedidos, no se puede esperar cooperación de un niño incomodo o dolorido.

El uso de amenazas o sobornos, se ha comprobado, es un mal método para obtener obediencia frases como " si eres bueno te daré un libro o te obsequiaré un juguete ", pueden ser substituidas mejor por: " cuando salgas te obsequiaré un libro o un juguete". Entonces el regalo no será interpretado como un soborno.

Si un niño no desea cooperar para el examen bucal o un procedimiento simple como la profilaxis dental, entonces creo que un cierto grado de restricción estará justificado para controlar la situación y para que el niño comprenda con hechos que no habrá dolor ni malestares.

Quizá en este momento sea conveniente hablar con los padres para hacerles saber que el niño no quiere cooperar y grabarles la necesidad del examen y tratamiento y así obtener su permiso para proceder en forma cariñosa pero firme.

Si el padre acompaña al niño al consultorio en la primera visita, para proporcionar información al odontólogo, es necesario que se describa brevemente, lo encontrado en la boca de su hijo se pondrá énfasis en que la presentación de los hallazgos dentales y del plan de tratamiento será efectuado en una visita posterior, después de que se hayan completado todos los datos el dentista puede preferir entonces excluir al padre o a la madre del gabinete mientras el procedimiento de ha efectuar la parte inicial del examen y tratamiento de rutina.

No es recomendable caer en el error de varios odontólogos que tratan de hacer demasiado en la primera visita de el niño, si no siente un dolor, bastará entonces con la inspección y profilaxis dental, aún en el caso de que haya muchos dientes afectados, si hubiera dolor claro está habría que --

remediarlo.

Si el dentista sigue un procedimiento simple el niño tendrá la oportunidad de adquirir confianza en si mismo y en su dentista.

Si el exámen y profilaxis marchan sin tropiezos como ocurrira en la mayoría de los casos, el odontólogo querra tomarlas radiografías en la primera visita. El tipo de exámen que elija dependera de el niño y el estado de la dentadura.

Una vez que se efectuo la profilaxis dental y el procedimiento radiográfico, el odontólogo podra invitar al padre o a la madre de el niño al consultorio, para relatar lo observado en la boca del paciente, la suceptibilidad de este a la caries, los dientes cariados sin esperanzas de restauración, -- los dientes que serán restaurados etc. y alguna afirmación general relativa a la gravedad del caso y el tiempo que será -- necesario para la rehabilitación bucal del pequeño paciente -- se debe informar a los padres que antes de la visita siguiente, tendrá oportunidad de examinar las radiografías minuciosamente y trazar un plan de tratamiento adecuado para el paciente. Si el odontólogo sigue un procedimiento similar al que -- ha sido trazado, logrará bastante, ante todo el niño habrá sido introducido a la odontología, ha habido una oportunidad de observar la reacción de el niño lo cual es muy importante para determinar el tiempo que será necesario para realizar el -- tratamiento de el niño.

Los siguientes párrafos resúmen los aspectos considerados en la orientación de la conducta de el niño.

- 1.- El manejo existoso del niño depende del cariño, firmeza, sentido del humor y la capacidad de el odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.

- 2.- El odontólogo debe encarar la situación de manera-- positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea-- de que trabajo es extremadamente importante y esencial para el bienestar de el niño.
- 3.- Algunos psicólogos declararon que los miembros del-- equipo de salud deben evitar todo conflicto o lucha con el niño, si el niño se resiste al tratamiento - odontológico, sin embargo, la (lucha) está instituida y debe ser el odontólogo quien gane. En otras -- palabras hay que hacer algo en la primera visita.
- 4.- Si el niño presenta un mal hábito debe ser rechazado o vencido desde un principio.
- 5.- Si el odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos con elogios y debe felicitar a el niño.
- 6.- Se ha de intentar una transferencia de la confianza segurida y entusiasmo del odontólogo y su asistente.
- 7.- Si el niño no desea conceder que hay trabajo importanate por realizar, el odontólogo debe mantener su-- enfoque positivo en primer lugar mediante el con -- trol de la voz, si esto no tuviera éxito se deberá-- utilizar alguna forma de restricción para crear la-- ímagen de que va ha ser constante el esfuerzo por - proporcionar el debido servicio de salud.

El niño que carezca de diciplina en su hogar, muchas veces otorgará su respeto al odontólogo que se la brinde.

CAP. IV.- CAUSAS QUE ORIGINAN LAS LESIONES TRAUMATICAS EN LA PRIMERA DENTICION.

La pérdida o fractura de los incisivos anteriores primarios, es quizás el traumatismo que tiene mayor impacto psicológico en los padres y en los niños.

Particularmente si la lesión afecta a la dentadura permanente e incluye pérdida extensa de estructura dental, la mayoría de las fracturas y desplazamientos ocurre por lo general debido a accidentes y afectan a poco más que los tejidos bucales locales, en los niños, la mayoría de los desplazamientos y fracturas ocurren en caídas, practicando algún deporte, o juegos infantiles, de estos accidentes aparentemente benignos, el aspecto facial de un niño puede modificarse, al grado de cambiar notablemente el aspecto de un niño agradable, aparte del dolor y las molestias de la lesión.

Frecuentemente, el odontólogo no examina al paciente en el momento en que ocurre estos accidentes, ya que el daño no es visible sin embargo de estos accidentes de apariencia inofensiva puede ser que resulten cambios pulpares o periodontales, cuyos síntomas requieran atención del odontólogo.

Un golpe directo en el diente generalmente, resulta en la compresión de la raíz dental contra la pared de el alveolo, la lesión resultante del periodontio puede volver dolorosa la pieza varios días, el paciente puede sentir la pieza más alargada en caso de traumatismo no son raras las lesiones a ligamentos periodontales. Magnussun y Hulm. Revisaron los registros dentales de 257 niños escolares suecos examinados en clínicas dentales para recibir tratamiento a causa de lesiones dentales traumatizantes y de 460 niños afectados a 249 niños se les diagnosticó haber sufrido lesiones periodontales.

La contusión, también puede afectar al suministro de sangre a el diente La fuerza del golpe puede cercenar completa-mente los vasos sanguíneos apicales, o puede producir edemas apicales, hematomas o ambas cosas, que pueden ocluir los va-
sos sanguíneo apicales en la sección de entrada a el diente.

También puede ocurrir rotura de los vasos sanguíneos en la cámara pulpar, en cuyo caso el diente cambia de color debido a la extravasación de células de sangre roja en los tejidos dentales duros, que fractura parte de la porción coronal de el diente la penetración demasiado profunda de instrumentos de rotación o de mano, y la invasión de caries dental son las causas comunes de exposición de la pulpa dental, actualmente teniendo en cuenta el hecho de que los procesos citoplásmicos se extiendan desde la unión de esmalte y dentina a la pulpa - insultos químicos y térmicos pueden penetrar y dañar la pulpa dental. Sin embargo con propósitos de facilitar el problema - la exposición pulpar generalmente se explica como la destrucción directa de la integridad de la dentina que rodea a la -- pulpa misma.

Una de las emergencias que se observan con mayor frecuencia en el consultorio dental es la de un diente incisivo deciduo, traumatizado o fracturado.

Las causas de fractura de estos dientes pueden deberse a diferentes tipos de accidentes en columpios, andar en bicicleta, jugar con carros pequeños, caídas en las banquetas etc. - Con esto se comprende que no existe un solo factor responsable, la investigación del mecanismo del golpe o accidente proporciona a menudo orientación diagnóstica valiosa. Una lesión por choque directo del diente contra un objeto duro o que afilado produce mas frecuentemente fractura de la corona. Es importante recordar que la vitalidad de la pulpa es mas probable en los dientes que tienen diversos grados de fractura que

en los que no existe, hecho atribuido a la descompresión tisular y al desarrollo de la circulación colateral, en realidad, hay destrucción apical mucho menor de la arteria pulpar nutricia cuando la fuerza produce fractura coronal, que evita la transmisión de dicha fuerza.

De acuerdo con el tejido o la región afectada del diente, se observan las siguientes variedades de lesión: exposición de la pulpa, exposición de la dentina sin afectar la pulpa, fractura del esmalte unicamente, y fractura de la raíz.

Siempre que un incisivo recibe un golpe ligero o intenso, se desencadena una reacción pulpar. Ahora bien, el grado de intensidad del golpe y la capacidad de la pulpa para recuperarse de los cambios inflamatorios que la afectan indican el futuro del diente. Por ejemplo, si hay una buena circulación colateral en la pulpa de un incisivo que ha recibido una lesión traumática, y revela agujero apical abierto en la radiografía, siempre y cuando no se haya expuesto la pulpa ni el diente se haya desplazado y el enfermo reciba atención inmediata, el pronóstico será satisfactorio en cambio, un incisivo deciduo o permanente, con agujero apical cerrado, puede de cualquiera de estos accidentes pueden resultar en pulpitis y necrosis pulpar futura.

Sin embargo existen menos riesgos de complicaciones pulpares si la lesión ocurre en una pieza con raíz en crecimiento y con ancho agujero apical.

- Los dientes primarios que son más susceptibles a los traumatismos, son los incisivos centrales superiores, al igual que los dientes permanentes.

Los incisivos centrales superiores hacen erupción entre los 6 y 9 meses de edad y normalmente permanece hasta la exfoliación a los 7 años aproximadamente, todos los tipos de

lesiones que existen en los dientes permanentes pueden ocurrir en dientes primarios sin embargo existen diferencias - en la frecuencia de los diferentes tipos de lesión y hay modificaciones en los tratamientos, las lesiones más frecuentes son los desplazamientos y no las fracturas esto puede - deberse a la plasticidad del hueso alveolar en los niños pequeños que ceden con mayor facilidad a dientes propulsados-apicalmente el hueso alveolar más tenso del niño mayor estabiliza el diente permanente y la vuelve más susceptible a la fractura.

Entre los desplazamientos parciales la intrusión es más predominante en el arco superior. Estos desplazamientos son producidos generalmente por el impacto de objetos en su caída, lo que es accidente común en lactantes y niños pequeños. Por la misma razón predominan en el arco inferior los desplazamientos linguales.

Los desplazamientos por extrusión no son comunes, y en dentaduras primarias. Según Ellis y Davey, cuando se presenta extrusión generalmente se debe a fractura radicular y a la extrusión resultante del segmento coronario.

La pérdida dental prematura en cualquier niño puede -- comprender uno o varios dientes primarios o permanentes, anteriores o posteriores de la dentadura. Estas pérdidas se pueden deber a traumatismos o caries y en algunos casos a ausencia congénita, la pérdida prematura de dientes anteriores y posteriores pueden favorecer exploraciones linguales en el espacio creado, la persistencia de este comportamiento despues de la erupción de dientes sucedaneas puede llevar a mal-posiciones dentales debido a presión lingual excesiva.

Existe exposición pulpar cuando se quebranta la continuidad de la dentina que rodea la pulpa por medios físicos o bacterianos. Un golpe de transformarse en no vital aunque

reciba un golpe ligero, y este hecho puede pasar inadvertido al dentista en el momento del accidente. Pero después, el tejido pulpar degenera el diente duele a la percusión.

Durante la niñez y la juventud, la barrera dentinal cerca de la pulpa es muy delgada y conviene sospechar de cualquier lesión de la dentina por su efecto sobre la pulpa. El proceso odontoblástico puede afectarse por el nuevo estímulo, pues la reparación fisiológica se provoca, tanto por la exposición de la dentina, como por la de la pulpa.

Los traumatismos que no fracturan los dientes anteriores comunmente producen desgarramiento de las fibras de la membrana parodontal. La hemorragia y el edema que aparecen en el espacio parodontal estrecho produce dolor intenso y pericementitis.

Si el proceso inflamatorio no progresa hasta dañar gravemente los vasos nutricios apicales, se puede esperar la recuperación completa. La resolución del proceso subsecuente depende con frecuencia de la eliminación del traumatismo oclusal, y es favorecido por la inmovilización.

La fractura de la corona es el problema más común. Generalmente el paciente refiere poco dolor fuera del provocado por la estimulación de la dentina o la pulpa expuesta. Si persiste el dolor o se presenta sin ningún estímulo, se puede sospechar que hay presión intrapulpar causado por el edema que acompaña a la inflamación. La formación de la dentina secundaria ante la inflamación, aparece aproximadamente a las dos semanas de que se efectúa el procedimiento operativo. No obstante, la formación de la dentina reparadora no garantiza la reparación total de la pulpa después de la lesión. La actividad odontoblástica y la proliferación de odontoblastos derivados de las células mesenquimatosas indiferenciadas de la pulpa puede ser entorpecida por los productos -

de la necrosis y por otras células. Por lo tanto, siempre - - existe la amenaza de necrosis pulpar y enfermedad periapical.

Los odontólogos reconocen la existencia de perfiles propensos a accidentes, se trata de los niños que presentan piezas anteriores en protrusión con maloclusiones de primera clase. Los niños que presentan este perfil presentan frecuentemente lesiones en los dientes anteriores permanentes dos veces mayor que los niños otros tipos de oclusiones Mc. Ewen y Mc. Hugh observaron que a medida que aumentaba la sobremordida horizontal, aumentaba la frecuencia de incisivos superiores permanentes fracturados.

Los desplazamientos por extrusión no son comunes, en dentaduras primarias. Según Ellis y Davey, cuando se presenta extrusión generalmente se debe a fractura radicular y a la extrusión resultante del segmento coronario.

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

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

Rara vez un diente desplazado hara erupción más allá del área de la mucosa anexa. Cuando ocurre esto, se retraza la erupción y los tejidos sobre las cúspides sumergidas se mueven libremente y pueden traumatizarse e inflamarse. Raramente se producirá infección al hacer erupción un

Al cuidar la salud dental de los niños, la preservación de los dientes primarios con pulpas lesionadas por caries o traumatismos es un problema importante. La odontología ha estado buscando durante muchos años un método eficaz de tratamiento pulpar directo, recubrimiento pulpar indirecto, pulpo-

tomía parcial, pulpotomía y pulpectomía. Es obvio que el diente primario que ha sido preservada de esta manera no solo cumplirá su papel masticatorio, sino que también actuará de excelente mantenedor de espacio para la dentadura permanente. Adicionalmente se puede controlar mejor los factores de comida, ausencia de infección, fonación y prevención de hábitos aberrantes, tales como empujes de la lengua al retener el diente primario en el arco dental.

La exposición pulpar existe cuando se quebranta la continuidad de la dentina que rodea a la pulpa por medios físicos o bacterianos. Un golpe que fractura parte de la porción coronal de el diente la penetración demasiado profunda de instrumentos de rotación o de mano, y la invasión de caries dental son causas de exposición de pulpa dental.

También se admite que a pesar de los conocimientos actuales sobre pulpas dentales, logrados a través de investigaciones, aún existen varios factores que no pueden ser controlados o fijados fácilmente. por ejemplo, la hemorragia excesiva se ha considerado como señal de procesos degenerativos en la pulpa. Sin embargo, no se ha resuelto con exactitud cuanta pulpa ha de hacer hemorragia para que se considere excesiva. También la penetración de caries y sus bacterias en la cámara pulpar puede ser superficial, y suficientemente lenta para permitir que los mecanismos de defensa protejan la pulpa, pero la profundidad real y la rapidéz de penetración son química y radiográficamente impredecible. Por lo tanto, deberán seleccionarse cuidadosamente los hechos en que habremos de basar el diagnóstico antes de empezar a realizar cualquier tratamiento.

CAP. V.- CLASIFICACION DE LAS LESIONES TRAUMATICAS QUE SE PRESENTAN EN LA PRIMERA DENTICION.

1.- Fracturas.

Clasificación de lesiones en dientes temporales.

En la clasificación de las lesiones en dientes anteriores deberán seguirse patrones fijos, de manera que cuando se defina algún tipo específico de lesión, y se clasifique todos puedan reconocerlo. Ellis y Davey han logrado una clasificación simple y clara de todas las lesiones. Esta clasificación es la siguiente:

Primera clase.

Fractura sencilla de la corona; dentina no afectada o muy poco afectada.

Segunda clase.

Fractura extensa de la corona, afectando a considerable cantidad de dentina, sin exposición de pulpa dental.

Tercera clase.

Fractura extensa de la corona, afectando a considerable cantidad de dentina, con exposición de pulpa dental.

Cuarta clase.

Diente traumatizado transformado en no vital, con o sin pérdida de la estructura coronaria.

Quinta clase.

Pérdida de el diente como resultado de traumatismo.

Sexta clase.

Fractura de la raíz, con o sin pérdida de estructura coronaria.

Séptima clase.

Desplazamiento de el diente, sin fractura de corona o raíz.

Octava clase.

Fractura de la corona en masa y su reemplazo.

Las lesiones traumatizantes en los dientes primarias se consideran aparte de las permanentes por los diferentes criterios de tratamientos y técnicas especiales.

Existe otra clasificación de los traumatismos que se presentan en la dentición temporal según Law, que hizo una clasificación de lesiones, las lesiones que encontramos en la primera dentición, y otra, de lesiones que ocurren en la dentición permanentes.

Clasificación de traumatismos de la dentición temporal.

Clase 1.- Fractura del Esmalte.

Clase 2.- Fractura Dentinaria.

Clase 3.- Fractura que envuelve a la Pulpa.

Clase 4.- Intrusión severa.

Clase 5.- Fractura horizontal y vertical de la corona.

Clase 6.- Reabsorción interna.

Clase 7.- Desplazamiento de incisivos.

Existe otra clasificación más de lesiones dentarias. Es un sistema adoptado por la Organización Mundial de la salud en su clasificación.

"Aplicaciones a la Odontología 1969". La cual se perfeccionó, incluyéndole lesiones en el diente, en la estructura de sostén en las encías y en la mucosa oral y puede ser usada por la dentición permanente y temporal.

1.- Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa.

Clase I.- Fractura incompleta (infracción)

Fractura incompleta (rotura) del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.

Clase II.- Fracturas no complicadas de la corona.

Fracturas que afectan al esmalte tanto como a la dentina; pero sin exponer la pulpa.

- Clase III.- Fractura complicada de la corona.
Fractura que afecta al esmalte; a la dentina y expone la pulpa.
- Clase IV.- Fractura no complicada de la corona y de la raíz.
Fractura que afecta al esmalte, a la dentina al cemento pero expone la pulpa.
- Clase V.- Fractura complicada de la corona y de la raíz.
Fractura que afecta al esmalte, a la dentina y al cemento y expone la pulpa.
- Clase VI.- Fractura de la raíz.
Fractura que afecta a la dentina, al cemento y a la pulpa.

2.- Lesiones de los tejidos periodontales.

- Clase I.- Contusión.
Lesiones de estructura de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del diente pero con evidente reacción a la percusión.
- Clase II.- Subluxación (aflojamiento).
Lesión de las estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente.
- Clase III.- Luxación intrusiva (dislocación central).
Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- Clase IV.- Luxación extrusiva (dislocación periférica, avulsión parcial).
Desplazamiento parcial del diente de su alveolo.

Clase V.- Luxación lateral.

Desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial. Esto se presenta conminución o fractura de la cavidad alveolar.

Clase VI.-Exarticulación (avulsión completa).

Desplazamiento completo del diente fuera del alveolo.

1.- FRACTURAS.

Podemos definir una fractura de la corona y de la raíz, como una fractura que afecta al esmalte, la dentina y el cemento.

Se pueden dividir las fracturas, según el estado de afección en el que se encuentre la pulpa, en fracturas no complicadas y en fracturas complicadas de la corona y de la raíz.

En el material del autor las fracturas de corona, raíz, en la dentición temporal tienen una frecuencia registrada del 2 por ciento.

En muchas estadísticas este tipo de lesión no se reconoce como una entidad especial y por eso se clasifica o bien como fractura de la corona o como fractura de la raíz.

a).- Fracturas coronarias.

Las fracturas coronarias generalmente se limita a un sólo diente y pueden estar asociados con lesiones concurrentes, tales como subluxaciones y luxaciones extrusivas, por lo general las fracturas de la corona, se presentan en incisivos centrales superiores, y con preferencia, los ángulos mesiales; las fracturas pueden ser horizontales, verticales o divergentes, la dentición de estas líneas se facilita dirigiendo una fuente de luz paralelamente al eje vertical del diente, mientras que si se usa una iluminación directa, las roturas con frecuencia no se notan.

La siguiente clasificación de las fracturas de la corona, está basada, en consideraciones terapéuticas, anatómicas.

1.- Fractura incompleta de la corona.

Fractura incompleta (infracción) del esmalte sin pérdida de la substancia dental.

2.- Fractura no complicada de la corona.

Fractura que se limita al esmalte o afecta también al esmalte y a la dentina pero no a la pulpa.

3.- Fractura complicada de la corona.

Fractura que afecta, el esmalte, la dentina y la pulpa. Las fracturas de la corona incluye del 4 al 38% de los traumatismos dentales, durante la dentición temporal.

Los factores etiológicos más corrientes en la fracturas de la corona y de la corona-raíz durante la dentición permanente son las lesiones causadas por caída, así como los traumatismos debido a accidentes de bicicletas o de golpes sufridos en los dientes por cuerpos extraños, estas fracturas de la corona son muy frecuentes, pero comunmente son descuidadas. Estas fracturas aparecen como líneas de roturas en el esmalte y no cruzan el límite esmalte-dentina las roturas -- las causan los golpes directos en el esmalte, lo cual explica la frecuencia de infracciones en la superficie labial de los incisivos superiores.

Las roturas pueden ser la única demostración del traumatismo o puede haber otro tipo de lesiones. Por lo tanto, la presencia de roturas puede hacer sospechar que existan traumatismos concomitantes y especialmente luxaciones.

Las fracturas no complicadas de la corona, pueden limitarse al esmalte y en estos casos casi siempre se presentan en el ángulo mesial o distal de la corona.

En ocasiones el lobulo central del borde incisal es el único afectado.

b).- Fracturas del esmalte y dentina.

Las fracturas del esmalte y dentina sin exposición pulpar se presentan con más frecuencia que las facturas coronarias - no complicadas y complicadas.

Estas fracturas pueden ser horizontales, afectando a la superficie incisiva completa, o pueden ser diagonales, en cuyo caso se puede perder una gran porción del ángulo inciso -- proximal muchas fracturas dentinales, especialmente las de tipo horizontal, pueden estar tan proximas a la pulpa que será visible un color rosado por la delgada dentina de la pared -- pulpar.

En algunos casos la fractura puede afectar todo el esmalte vestibular o lingual.

La dentina descubierta generalmente ocasiona síntomas de sensibilidad a los cambios térmicos y en la masticación, estos síntomas son hasta cierto punto proporcionales al grado de -- descubrimiento de la dentina.

El exámen de los dientes fracturas debe incluir una búsqueda cuidadosa de exposiciones pulpares y la especificación sobre la cantidad de dentina expuesta. La capa de dentina que cubre la pulpa puede ser tan delgada que el contorno que se aprecia a través de la dentina que la cubre es una coloración rosácia. En estos casos es importante no perforar la dentina con la sonda dental durante la exploración de exposiciones -- pulpares. Las pruebas de vitalidad se deben incluir en el exámen clínico como referencia para evaluaciones posteriores del estado de la pulpa.

c).- Fracturas de la corona íntegra.

Se presentan algunos casos en que el diente presenta fractura horizontal cerca de la unión entre cemento y esmalte. Será recomendable llevar acabo la extracción del diente y la línea de hendidura es tal que la restauración del diente resulte -- imposible.

Ya que la corona clínica en los niños es corta la fractura cercana a la unión entre esmalte y cemento puede estar varios milímetros debajo del margen gingival. Si es posible será necesario tratar el diente, ya que con algunos años la encía podrá alcanzar el nivel de la unión entre cemento-esmalte, se explicará en el siguiente capítulo; la técnica terapéutica ha seguir en este caso.

d).- Fracturas Radiculares.

Las fracturas de raíz son las que afectan a la dentina, al cemento y a la pulpa, las fracturas radiculares son poco comunes en los traumatismos dentales y comprenden del 1 al 7% de las lesiones que afectan a los dientes permanentes, mientras que en la dentición temporal se ha anotado una frecuencia del 2 al 4%. Una causa frecuente de las fracturas de la raíz son las lesiones por peleas y los traumatismos producidos por cuerpos extraños que golpean los dientes.

En la dentición temporal las fracturas de la raíz son poco frecuentes antes del completo desarrollo de la raíz.

Las fracturas radiculares se asocian a menudo con otros tipos de lesiones, entre estas es en caso común la fractura del proceso alveolar, especialmente en la región de los incisivos inferiores.

El examen clínico de los dientes con fractura de la raíz revela generalmente un diente ligeramente extruido, muchas veces desplazado en dirección lingual. El lugar de la fractura determina el grado de movilidad del diente. Cuando se coloca un dedo sobre la mucosa vestibular del alveolo y se mueve ligeramente la corona, se puede notar que sólo una parte de la corona muestra una movilidad patológica. En muchos casos, este tipo de movilidad anormal indica una fractura de la raíz y no una lesión de luxación.

La dentición temporal presenta problemas radiográficos especiales, debido a la superposición de los dientes permanen

tes, lo cual puede impedir el descubrimiento de fracturas radiculares cerca del ápice.

La mayoría de las fracturas radiculares ocurren en dientes con raíces plenamente formadas y engastadas en huesos alveolar ya maduro. Las fracturas pueden ocurrir en el tercio apical de la raíz. Las fracturas menos frecuentes y más difíciles de tratar son las que ocurren en el tercio cervical - el lugar de la fractura aparecerá radiotransparente en exámenes radiográficos y se puede formular diagnóstico al hallar una línea radio-transparente en exámenes radiográficos - y se puede formular diagnóstico al hallar una línea radiotransparente que rompa la continuidad normal de la raíz.

Hargeaves y Craig han insistido en que la calidad del diagnóstico en la radiografía en casos de fractura radicular dependerá de la angulación de rayos X en relación con la fractura y del plano mismo de fractura.

Cortaron raíces de varios dientes extruídos en diferentes planos y con esto simularon diferentes fracturas radiculares. Después de esto unieron los segmentos, orientaron al diente en diferentes planos con relación al rayo central no pasa directamente a través del plano de fractura, puede obtenerse la imagen radiotransparente del lugar de fractura. Si por ejemplo, la raíz se fractura oblicuamente en dirección labio-platina, el lugar de fractura puede no detectarse radiográficamente.

2.- Desplazamientos Dentarios.

Al decir desplazamiento nos referimos a desplazamiento labial, lingual o lateral, intrusión o extrusión parcial.

Los impactos frontales a la parte vestibular de los dientes anteriores generan fuerza que tienden a desplazar la corona en una dirección lingual en ciertas circunstancias tales como golpes obstusos y el astocidad de las estructuras -

de sostén del diente, el diente tiende más a ser desplazado en una dirección lingual sin fractura, en cuanto que la fuerza del golpe es absorbida por las estructuras durante el desplazamiento.

Puede presentarse una situación diferente si el hueso y el ligamento periodontal resisten el desplazamiento. En las zonas marginal y apical, el hueso y el ligamento periodontal ejercen una fuerza compresiva sobre la superficie de la raíz. Como consecuencia se desarrollan tensiones entre las dos zonas de fuerzas opuestas, y la raíz, se fractura puesto que la resistencia a la tensión de los frágiles tejidos dentarios es mucho menor que la fuerza de compresión. Por lo tanto, se produce una fractura a lo largo de la línea oblicua que conecta las zonas de compresión.

Entre los desplazamientos parciales la intrusión es más predominante en el arco superior. Estos desplazamientos son producidos generalmente por el impacto de objetos en su caída, lo que es accidente común en lactantes y niños pequeños. Por la misma razón, predominan en el arco inferior los desplazamientos linguales. Se aconseja un período de espera y observación. Aunque aparezca sólo una pequeña parte de la corona, estos dientes muestran tendencia a volver a brotar en seis a ocho semanas sin embargo si el diente de intrusión ejerce presión sobre el germen de diente permanente o puede dañar la corona permanente en desarrollo deberá anesthesiarse el área y manipularse suavemente al diente primario, para que con presión digital, se coloque en alineamiento adecuado.

El desplazamiento de los dientes es evidente generalmente a la inspección visual. sin embargo, en caso de inclinación muy notoria o protrusión de los dientes superiores puede ser difícil dilucidar si el traumatismo ha inferido anomalías menores en la posición del diente. En estos casos, se debe comprobar la oclusión, pues puede revelar dislocaciones menores.

La prueba de movilidad debe incluir ambas direcciones - la horizontal y la vertical.

En la dentición temporal el exámen radiográfico, puede revelar la posición de los dientes desplazados en relación con sus sucesores permanentes y la dirección de la dislocación. En la intrusión con dislocación en dirección apico-vestibular, el diente lesionado aparece más corto que su contralateral, mientras que se observa lo contrario cuando el apice se disloca hacia el gérmen del diente permanente. Sin embargo, estas interpretaciones sólo se pueden aplicar cuando el rayo central se dirige exactamente a lo largo de la línea entre los dos incisivos para compararlos. Además de esto, las proyecciones laterales pueden ser una ayuda para determinar la dirección de la dislocación.

a).- Intrusión.

Los dientes intruidos muestran un desplazamiento evidente especialmente en la dentición temporal. El diente puede estar completamente enterrado en el proceso alveolar y considerarse erróneamente exarticulado hasta que una radiografía exponga la posición intruida. La palpación del proceso alveolar revela muchas veces la posición del diente desplazado. Generalmente los apices de los dientes temporales intruidos serán empujados através del fino hueso vestibular, dislocación determinada posiblemente por la dirección del impacto y la angulación vestibular del ápice. a. fin de poder comparar posteriormente, se debe registrar el grado de dislocación en milímetros y también se debe indicar la dirección. Especialmente en la dentición temporal, es muy importante clarificar si el ápice está dislocado en dirección vestibular o lingual, puesto que en este último caso los dientes permanentes pueden resultar afectados.

Luxación intrusiva (dislocación central): Desplazamien

to del diente hacia la profundidad del hueso alveolar. Esta lesión va acompañada conminución o fractura de la cavidad -- alveolar. La dirección de la dislocación puede ir hacia el -- ápice de la raíz. /

El exámen radiográfico muestra dislocación del diente - sin espacio periodontal alrededor de la raíz.

Las lesiones con luxación comprenden en la dentición -- temporal una frecuencia del 60%, generalmente esto se debe a accidentes por caídas.

En la dentición temporal la mayoría de la totalidad de las lesiones incluyen extrusiones o intrusiones fenómeno relacionado posiblemente con la elasticidad del hueso alveolar en esta edad. Por lo contrario en la dentición permanente el número de lesiones con luxación intrusiva se reduce considerablemente, y los pacientes que las sufren son generalmente más jóvenes.

Los dientes con luxación extrusiva muestran en la radiografía un aumento en el espesor apical del espacio periodontal, mientras que en la luxación intrusiva muestran una desaparición parcial o total de esta estructura.

b).- Extrusión.

Luxación extrusiva (desplazamiento periférico avulsión -- parcial); desplazamiento parcial del diente fuera de su alveolo. La diferencia clínica más importante entre la luxación intrusiva y la luxación extrusiva, es que en esta última el apice se desplaza fuera de su nicho y no atravéz de la cavidad alveolar como en la luxación intrusiva. El exámen radiográfico siempre revela aumento del espesor del espacio -- periodontal.

En la dentición temporal, la mayoría de la totalidad de las lesiones incluye extrusiones o intrusiones, fenómeno que está relacionado posiblemente con la elasticidad del hueso -

alveolar, en esta edad.

Según Ellis y Davey, cuando se presenta extrusión resultante del segmento coronario.

c).- Desplazamiento Vestibular, Lingual o Lateral.

El desplazamiento de los dientes es evidente generalmente a la inspección visual.

Sin embargo, en caso de inclinación muy notoria a proyección de los dientes superiores puede ser difícil dilucidar si el traumatismo ha inferido anormalidades menores en la posición del diente. En estos casos debe comprobarse la oclusión pues puede revelar dislocaciones menores.

La prueba de movilidad debe incluir ambas direcciones, la horizontal y la vertical, los dientes con luxación lateral corrientemente se desplaza en dirección lingual con la corona y en estos casos asociados con fractura de la parte vestibular de la pared alveolar.

Luxación lateral: Es el desplazamiento del diente en dirección distinta a la axial, va acompañado de conminución o fractura de la cavidad alveolar.

d).- Desplazamiento total.

El diagnóstico de exarticulación comprende todos los casos en que el diente ha sido desplazado totalmente fuera de su alveolo (avulsión total). En varias estadísticas se han comprobado que la exarticulación de los dientes después de las lesiones traumáticas es relativamente poco corriente.

En los estudios de frecuencia varía del 1 al 16 % de lesiones traumáticas en la dentición permanente mientras que en la dentición temporal se debe por lo general a caídas contra algún objeto, la exarticulación de los dientes afecta sobre todo a los incisivos superiores y pocas veces al maxilar inferior en la dentición temporal.

La exarticulación de los dientes se encuentra predominantemente en los grupos de edad de los 7 a 10 años, cuando los incisivos permanentes están en período de erupción aparentemente -- los ligamentos periodontales flojamente estructurados que rodean los dientes favorecen la avulsión completa.

La mayoría de las veces la exarticulación afecta a un sólo diente pero algunas veces se encuentran múltiples de exarticulaciones.

Con frecuencia se encuentran otros tipos de lesiones asociadas con exarticulaciones: entre ellas las fracturas de la pared del alveolo y lesiones de los labios son las más prominentes. El exámen radiográfico es indispensable a fin de revelar posibles fracturas de hueso y lesiones de los dientes vecinos.

En la dentición temporal, las radiografías ocasionalmente revelarán que una supuesta exarticulación es realmente una intrusión.

3.- Concusiones o Conmociones.

Concusión con este nombre nos referimos a la lesión en las estructuras de sostén del diente sin aflojamiento anormal o desplazamiento, pero con reacción evidente a la percusión.

En la concusión los dientes solo ocasionan lesiones menores a las estructuras periodontales, de manera que no hay aflojamiento. Muchas veces el paciente se queja de sensibilidad en el diente y el exámen clínico revela una reacción evidente a la percusión en dirección horizontal y/o vertical; la concusión -- también puede afectar el suministro de sangre al diente. La fuerza del golpe puede cercenar totalmente los vasos sanguíneos apicales, o bien puede producir edemas apicales hematomas o -- ambas cosas, se pueden ocluir los vasos sanguíneos apicales en la sección de entradas al diente.

También puede ocurrir roturas de los vasos sanguíneos en la cámara pulpar en cuyo caso el diente cambia de color debido a

la extravasación de células de sangre roja en los tejidos dentales duros. Cualesquiera de estos accidentes puede dar como resultado pulpitis y posible necrosis pulpar.

a).- Contusión (sin muerte de la pulpa).

Existen menos riesgos de complicaciones pulpares si la lesión ocurre en una pieza con raíz en crecimiento y con ancho agujero apical, puede ocurrir una contusión sin producir pérdidas de estructura dental. Frecuentemente el odontólogo no examina al paciente en el momento en que ocurren estos accidentes, ya que el daño no es notorio, no obstante de estos accidentes aparentemente inofensivos pueden resultar cambios pulpares.

b).- Contusión (con muerte de la pulpa.)

La contusión puede dar por resultado necrosis pulpar sin que el paciente perciba síntomas. Este desarrollo sólo puede revelarlo una combinación de técnicas de diagnóstico.

Los exámenes clínicos pueden mostrar cambios de color del diente o que este no responda o que esta no responda o pruebas de vitalidad. Sin embargo, deberán observarse dos precauciones. Los Cambios de color por si mismos no son pruebas suficientes para efectuar terapéutica de canal pulpar, y no se puede confiar en la falta de reacción pulpar en el mes que sigue a la lesión; como Mc. Donald demostró que las pulpar de los dientes transformados en no vitales como consecuencia de traumatismos generalmente está infectado, deberán aplicarse las mismas reglas de esterilidad al tratamiento endodóntico de estos dientes que los seguidos en los casos en que existía inicialmente tejido pulpar expuesto o infectado.

CAP. VI.- TECNICAS TERAPEUTICAS PARA EL MANEJO DE LAS LESIONES TRAUMATICAS.

En este capítulo explicaremos el tratamiento adecuado ha seguir en cada uno de los tipos de traumatismos que frecuentemente se presentan en la primera dentición.

Fracturas Coronarias.

En este caso será necesario realizar la terapéutica pulpar ya sea, pulpotomía o pulpectomía. Como se indicó en el capítulo anterior.

Suponiendo haber logrado suficiente retención, se puede aplicar uno de los siguientes tipos de restauración.

- 1) Coronas de Acero inoxidable, con o sin ventana labial;
- 2).- Corona de Funda Acrílica fabricada, utilizando molde de celuloide ó 3).- Corona Preformada de policarbonato.

Corona de Acero Inoxidable.

Se utilizará la misma técnica para preparar el diente y -- adaptar la corona que la que se utiliza para hacer restauraciones en piezas permanentes anteriores. Como las coronas primarias son más pequeñas, la manipulación de sus formas es más difícil que el de las permanentes.

Funda de Corona acrílica fabricada.

Al fabricar una corona la primera consideración que debemos tomar en cuenta es el aspecto estético; sin embargo, no podrá utilizarse en dientes tan pequeños o extensamente fracturados de manera que no haya suficiente estructura dental -- para asegurar retención apropiada tampoco podrá utilizarse en pacientes que presenten sobremordida vertical profunda y sobremordida horizontal pequeña o en pacientes que presenten -- bruxismo, La técnica es la siguiente.

1.- Se recortara una forma de corona de celuloide de la misma dimensión mesiodistal que el diente a tratar, 1 ó 2 mm. más larga que la longitud clínica normal de la corona. Si por fractura, no podemos medir adecuadamente el diente afectada, se podrá medir el diente morfológicamente similar en el cuadrante adyacente.

2.- Se hará una reducción de 2mm. en el borde incisal de el diente; se preparan todas las superficies axiales, excepto la lingual. Se extiende un hombro desde muy por debajo del -- margen gingival libre sobre las superficie labial, mesial y distal, pero solo 0.5 mm. en lingual. Las superficies mesial- y distal deberan ser casi paralelas. Para preparar el diente; se utiliza una frasa de frisura delgada de bordes aplanados.

3.- Se utiliza una fresa redonda número. 1/4, para socavar las superficies mesial, distal y labial en el hombro.

4.- Se hace la prueba de la corona sobre el diente preparado. Debera ajustarse bajo el hombro en las superficies mesial, distal y labial.

5.- Se controla la hemorragia tapando la fosa gingival con cordón hemostático.

6.- Se obtura la forma de corona con el tono apropiado de acrílico. Se hacen pequeñas adiciones de polvo y líquido para evitar la formación de burbujas. Se sostiene la forma de corona durante un minuto aproximadamente hasta que se - - - - " escarcha ", y entonces se asienta firmemente en el diente previamente lubricada. El margen labial de la forma de la corona deberá aproximarse al hombro labial de el diente al estar acentado adecuadamente.

8.- Se mantiene estacionaria la corona dos o tres minutos con presión digital firme y después se retira cuidadosamente de el diente. El acrílico sigue estando elástico y se -

puede retitar de los socavados.

9.- Se deja la corona en un recipiente con agua caliente aproximadamente 15 minutos al retirarla, el acrílico estará duro. En lingual, se presentará un borde excesivo de acrílico que se debe recortar y también los demás márgenes para nivelarlos con el hombro gingival después de establecer márgenes gingivales adecuados, se liman cuidadosamente con piedra dura pómez pulverizada esparcida en un disco de tejido sobre la pieza de mano recta.

10.- Se coloca la corona en el diente. Si el socavado impide acentar apropiadamente se recorta el borde de acrílico en área socavada, hasta lograr el acentamiento adecuado. Se retita la corona y se le prepara para la cementación. Si se va a utilizar cemento de fosfato de zinc se debe entonces recubrir el diente con barniz para cavidades.

11.- Se cementa la corona de acrílico en su lugar, se retira los excedentes de cemento.

Coronas de policarbonato preformadas.

Existen en el mercado coronas preformadas o prefabricadas de policarbonato para dientes anteriores. Puede prepararse, de la manera que acabamos de descubrir la pieza primaria - - fracturada, se recorta la corona y se le cementa en su lugar con cemento de fosfato de zinc.

Si una fractura coronaria incluye exposición pulpar, se debe tratar para lograr conservar la vitalidad de la pulpa - queda expuesta, se contaminara es muy importante lograr un tratamiento de urgencia para disminuir las contaminaciones bacterianas y de esa manera favorecer la prognosis para el caso. El dentista puede tomar cuatro caminos: 1).- Recubrimiento pulpar 2).- Pulpotomía 3).- Pulpectomía con o sin apicectomía, y cuatro extracción del diente. La elección dependerá del grado de exposición, del estado de la pulpa y del -

grado del desarrollo del agujero apical, y del grado de la lesión de la raíz y tejidos de soporte. También habrá que tomar en cuenta factores secundarios tales como aspecto general de la cavidad bucal, y cooperación por parte del paciente.

Recubrimiento pulpar si la exposición es mínima y no tiene más de 24 horas puede emplearse el recubrimiento pulpar, se puede observar un color rosado a través de la delgada pared de dentina, o tal vez solo la punta misma de cuerno pulpar mesial o distal puede verse expuesta a los líquidos bucales; Cuando solo esta expuesta una pequeña punta del cuerno pulpar clínicamente el tejido debiera aparecer saludable y vital. Un factor adicional que favorece este tratamiento, es la presencia de un apice ancho de formación incompetente.

Se administra anestesia local y se aísla el diente con un dique de hule. Se realiza el recubrimiento pulpar aplicando una preparación comercial de hidróxido de calcio, con fuerza de compresión relativamente alta, sobre el tejido pulpar expuesto y las paredes circundantes de dentina.

Se coloca una banda ortodóntica, forma de corona de celuloide conteniendo resina compuesta o de preferencia una corona de acero inoxidable como indicamos con anterioridad, para proteger la curación de hidróxido de calcio y el lugar de exposición.

Este tratamiento se realizara unicamente en dientes que presenten exposiciones muy pequeñas y muy recientes, en donde la pulpa aparezca saludable a pesar del traumatismo sufrido. Se aconseja pulpotomía cuando existe hemorragia moderada con exposición pulpar relativamente amplio, y se examina al paciente dentro de las 72 horas. Los incisivos con apices anchos y formación radicular incompleta son considerados buenos candidatos para esta técnica, por la mejor capacidad de la pulpa joven y por la dificultad que existe para intentar-

los procedimientos endodónticos ordinarios.

Deberá administrarse anestesia local y aislarse el diente con dique de hule. Se expone la cámara pulpar completa, utilizando una fresa de alta velocidad. Se lleva a cabo la amputación del tejido pulpar coronario con fresa redonda esterilizada (rotando en dirección contraria a las manecillas del reloj), en piezas de mano de baja velocidad, o con excavador de cucharilla afilado y esterilizado. Después de que se controla la hemorragia, se aplica una capa de hidróxido de calcio sobre el muñon pulpar y se aplica sobre esto una preparación comercial de óxido de cinc y eugenol. Se coloca entonces una restauración temporal protectora.

Deberá examinarse clínica y radiográficamente el diente traumatizada que sufrió recubrimiento pulpar o pulpotomía.

En visitas futuras, el diente tratado deberá seguirse -- observando clínica y radiográficamente. Algunos informes han indicado que aunque inicialmente puede haber alto porcentaje de éxito con técnicas de pulpotomía tiende a producirse la clasificación de canales pulpares a los dos o tres años. Contrariamente a esta observación. Bodenham informó que seis dientes que sufrieron pulpotomía en cinco pacientes observados -- ocho a 16 años no desarrollaron clasificación o necrosis pulpar.

Pulpectomía o eliminación completa de la pulpa, se aconseja si la pulpa esta degenerada, putrefacto muestra vitalidad dudosa.

Si la exposición tiene más de 72 horas, generalmente la pulpa estara infectada. Sin salvación posible. En cuyo caso se aconseja la pulpectomía.

Dientes fracturados con apices radiculares totalmente -- desarrollados, soportan bien los procedimientos endodónticos de instrumentación biomecánica y obturación radicular.

Las técnicas para la buena obturación de dientes con desarrollo apical incompleto comprenden: 1).- ensanchamiento - invertido con conos de gutapercha, y 2).0 obturación radicular junto con intervención quirúrgica (apicectomía) y amaigama retrograda.

Para el tratamiento de piezas inmaduras con apices radiculares anchos, se ha descrito un tercer tratamiento alternativo, que permite el desarrollo apical en dientes permanentes no vitales hasta que la punta radicular sea suficientemente estrecha para permitir procedimientos endodónticos.

a).- Fractura Coronarias.

En estados de urgencia, raramente se ven fracturas coronarias que afectan solo al esmalte o a una pequeña cantidad de esmalte y dentina. Los padres raras veces se preocupan -- por estos accidentes de aspecto inofensivo, particularmente si no hay tejidos blandos afectados, Cuando se presenta este tipo de fracturas deberán recibir el mismo tratamiento que -- utilizamos para dientes permanentes. Sin embargo, las fracturas que exponen tejido vital pulpar debiera recibir tratamiento inmediato de urgencia.

Las pulpas vitales expuestas en dientes primarios deberán tratarse por pulpotomías en los casos en que se cuenta -- con la cooperación de pacientes. Cuando el apice de el diente no esta desarrollada totalmente, se emplea el procedimiento previamente descrito de pulpotomía con hidróxido de calcio en un diente permanente inmadura si la formación radicular es completa en el momento de la lesión. Se puede realizar pulpotomía con formocresol, o el odontólogo puede decidirse por una pulpectomía. Si se elige este último procedimiento, -- deberá abrirse y limarse el canal, irrigarlo con soluciones alternadas de hipoclorito de sodio de sodio y peróxido de -- hidrógeno, y obturarlo con pasta resorbible tal como oxido -- de cinc y eugenol.

De preferencia, esto deberá realizarse en una visita.-- Cuando las pulpas se presentan no vitales, el tratamiento de elección será la pulpectomía.

b).- Fracturas que afectan al Esmalte y la Dentina,

Estas fracturas pueden ser horizontales, afectando a la superficie incisiva completa, o pueden ser diagonales, en cuyo caso se puede perder una gran porción del ángulo incisivo proximal.

Como en todos los casos de lesión, después de estudiar cuidadosamente la historia completa y evaluar los resultados de exámen clínico se comienza el tratamiento de urgencia - aunque en esta categoría de fractura el tejido pulpar no está visiblemente expuesto, es necesario el tratamiento de urgencia para proteger la pulpa ya traumatizada contra más insulto de estímulos , térmicos, bacterianos y químicos para acelerar la formación de una capa de dentina secundaria en el area fracturada.

Muchas fracturas dentinales, especialmente las de tipo horizontal, pueden estar tan próximas a la pulpa que será visible un color rosado por la delgada dentina de la pared pulpar. En el tipo de fractura diagonal que afecta a un ángulo incisivo proximal, frecuentemente ocurren diminutas aberturas en la cámara pulpar, pero pueden ser tan pequeñas que escapen a la inspección, en cualquier caso deberá aplicarse sobre la dentina una capa de hidróxido de calcio de fijación dura que no desplace hacia la pulpa al acentar la restauración temporal en caso de existir exposiciones diminutas.

c).- Fracturas de la Corona Intgra

Se presentan algunos casos en que el diente presenta fractura horizontal, cerca de la unión entre cemento y esmalte.-- Será recomendable llevar a cabo la extracción de el diente y la línea de hendidura es tal que la restauración de la diente resulte imposible.

Ya que la corona clínica en los niños es corta la fractura cercana a la unión entre esmalte y cemento puede estar varios milímetros debajo del margen gingival libre. Si es posible, será necesario tratar el diente ya que en algunos años la encía podrá alcanzar el nivel de la unión entre cemento y esmalte.

d).- Fracturas radiculares

La mayoría de las fracturas radiculares ocurren en dientes con raíces plenamente formadas y engastadas en hueso alveolar ya maduro. Las fracturas pueden ocurrir en el tercio cervical, en el tercio medio, o en tercio apical de la raíz. Las fracturas menos frecuentes y más difíciles de tratar, son las que ocurren en el tercio cervical.

El lugar de la fractura aparecerá radiotransparente en exámenes radiográficos y se puede formular diagnóstico al hallar una línea radiotransparente que rompa la continuidad normal de la raíz. Hargreaves y Craig, han insistido en que la calidad del diagnóstico en la radiografía en casos de fractura radicular dependerá de la angulación del haz de rayos X en relación con la fractura y del plano mismo de fractura. Cortaron raíces de varios dientes extraídas en diferentes planos, y con esto simularon diferentes fracturas radiculares. Después de esto, unieron los segmentos, orientaron la pieza en diferentes planos con relación al rayo central del tubo de rayos X y demostraron que cuando el rayo central no pasa directamente a través del plano de fractura, puede obscurecerse la imagen radiotransparente del lugar de fractura. Si por ejemplo, la raíz se fractura oblicuamente en dirección labio-palatina, el lugar de fractura puede no detectarse radiográficamente.

PULPECTOMIAS EN PIEZAS PRIMARIAS.

Pulpectomía quiere decir eliminación de todo tejido pulpar de el diente incluyendo las porciones coronarias y radiculares. Aunque la anatomía de las raíces del diente pueden en algunos casos complicar estos procedimientos. Es importante retener los dientes primarios en vez de crear los problemas de mantenedores de espacio a largo plazo, Andrew y Rabinowitch han defendido largo tiempo las pulpectomías en molares y también las de incisivos, en casos de dientes primarios no vitales, la mejor comprensión de los tejidos periradiculares y su potencial de curación han dado más vigor a las técnicas endodónticas y el operador clínico deberá evaluar sus ventajas antes de extraer un diente primario y colocar un mantenedor de espacio. Deberá considerarse cuidadosamente la pulpectomía de dientes primarios no vitales, especialmente en el caso de segundos molares, cuando el primer molar no ha hecho erupción.

Los dientes anteriores caducas son las mejores candidatas para tratamientos endodónticos. Como en su mayoría sólo tienen una raíz recta frecuentemente tienen radiculares de tamaños suficientes para poder sufrir una operación.

Sin embargo debe recordarse que los dientes primarios son conocidas por sus múltiples canales auxiliares y en ese caso la cámara pulpar no podrá ser completamente extirpada ni los canales obturados después en dientes primarios.

Primero deberá tenerse cuidado de no penetrar más allá de las puntas apicales de el diente al alargar los canales. Hacer esto puede dañar el brote del diente permanente en desarrollo.

Segundo deberá utilizarse un compuesto reabsorbible como pasta de óxido de cinc y eugenol como material de obturación. Deberán evitarse las puntas de plata o gutapercha, ya que no

pueden ser resorbidas y actúan como irritantes.

En tercer lugar deberá introducirse el material de obturación en el canal presionando ligeramente, de manera que nada o casi nada atraviese el ápice de la raíz.

En cuarto lugar la eliminación quirúrgica del final de la raíz del diente, es decir la apicectomía no deberá llevarse a cabo excepto en casos en que no exista dientes permanentes en proceso de desarrollo.

Deberán considerarse cuidadosamente las pulpectomías demolares primarios no vitales o putrefactos y deberá evaluarse el plan teniendo en cuenta posibilidades de éxito, número necesario de visitas y costo de la operación.

Como se ha mencionado, se ha logrado cierto grado de éxito, pero la forma estrecha, torturosa y acordonada de los canales hacen este tratamiento muy delicado en el mejor de los casos.

INDICACIONES PARA PULPOTOMIAS CON FORMOCRESOL.

Este tratamiento es recomendable únicamente para dientes primarios, ya que no existen estudios científicos de naturaleza clínica e histológica sobre la acción del formocresol en dientes permanentes.

Se recomiendan pulpotomías con formocresol en todas las exposiciones por caries o accidentes en incisivos y molares primarios. Es preferible este tratamiento a los recubrimientos pulpaes, pulpotomías parciales o pulpotomías con hidróxido de calcio. En cada caso, la pulpa ha de tener vitalidad (por comprobación) y libre de supuración y de otros tipos de evidencia necrótica. Historias de dolor espontáneo, se consideran generalmente indicaciones de generación avanzada y representan un riesgo para las pulpotomías. De igual manera, señales radiográficas de glóbulos calcareos observadas en la cámara pulpar, son indicativas de cambios de generativos avanza

dos y mal pronóstico de curación. Es difícil evaluar clínicamente la cantidad y calidad de hemorragia, y no se le debe conceder importancia excesiva. En general, las pulpas saludables tienden a sangrar muy poco y coagulan rápidamente; en cambio, las pulpas degeneradas a menudo sangran profusamente y son difíciles de controlar sin coagulantes. Sin embargo, hasta que las investigaciones posteriores definan con mayor claridad el papel exacto de las hemorragias en el pronóstico de terapéuticas pulpares, deberán tomarse en consideración otros criterios diagnósticos.

La decisión de realizar pulpectomías en casos determinados puede ser influida por otros factores, Los niños con historia de fiebre reumática probablemente representa riesgo considerable para cualquier terapéutica pulpar, ya que siempre existe la posibilidad de necrosis pulpares e infecciones en algunas ocasiones, en los casos en que se presentan caries profundas que afectan a varias exposiciones pulpares la determinación de extraer o tratar dientes específicos deberá basarse en apreciaciones generales del caso que incluyan el tipo de instrumento de mantención de espacio que habrá de construirse.

Procedimientos para pulpotomías con formocresol.

Debe asegurarse anestesia adecuada y profunda del paciente antes de empezar a operar en cualquier diente donde exista posibilidad de exposición pulpar. En el arco inferior, el mejor procedimiento son las inyecciones mandibulares en bloque. En el arco maxilar, se realiza infiltración sobre las raíces y sobre el apice de la raíz lingual. Se aplican entonces bajo el periostio, en la región de los apices de las raíces bucales, unas cuantas gotas de solución anestésica. Esto garantiza la anestesia profunda de los dientes maxilares. Deberán evitarse los excesos de solución anestésica en inyecciones bajo el periostio.

En todos los casos de terapéutica pulpar deberá utilizarse el dique de caucho. Después de aplicarlo, se ajusta con cuidado y entonces se limpia de desechos superficiales, el diente en que va a operarse y el área circundante pasando una esponja impregnada con solución de cloruro, Zephiran o algún germicida similar. Después, se utiliza una fresa de fisura pequeña en la pieza de mano con aire; se utiliza con rocío de agua para abrir la corona del diente y exponer la dentina coronal. Antes de exponer el techo de la cámara pulpar, deberán eliminarse toda caries y fragmentos de esmalte, para evitar contaminaciones innecesarias en el campo de la operación.

Se elimina después el techo de la cámara pulpar. Es importante evitar invadir la cavidad pulpar con la fresa en rotación. En algunas dientes primarios especialmente primeros molares mandibulares, el piso de la cámara pulpar es relativamente poco profundo, y se puede perforar con facilidad. Se logra la eliminación del tejido pulpar coronal con excavadores esterilizados de cucharilla. Se necesita amputaciones limpias hasta los orificios de los canales. Se sumerge ahora una pequeña torunda de algodón en la solución de formocresol, se le aplica una gasa absorbente para eliminar el exceso de líquido y se coloca en la cámara pulpar. Después de cinco minutos, se extrae el algodón y se utiliza un cemento de óxido de cinc-eugenol para sellar la cavidad pulpar. El líquido de este cemento deberá consistir en partes iguales de formocresol y eugenol. Si persiste la hemorragia deberá colocarse un algodón esterilizado a presión contra los orificios de las raíces. En caso de hemorragia persistente puede ser aconsejable hacer dos visitas para terminar la pulpotomía. En ese caso el algodón con formocresol se deja en contacto con la pulpa y se sella temporalmente con cemento de óxido de cinc-eugenol. En un periodo de tres a cinco días se vuelve a abrir el diente, se extrae el algodón y se

aplica una base de cemento de óxido de cinc-formocresol-eugenol contra los orificios de los canales.

Posteriormente de que se realiza una pulpotomía se recomienda la restauración del diente con coronas de acero. Se hace esto para minimizar la fractura de las cúspides en fechas posteriores, ya que esto ocurre frecuentemente en los dientes que han sido sometidos a tratamientos pulpaes.

Cuando se llevan a cabo terapéuticas pulpaes en dientes infantiles, deberá hacerse ver a los padres la posibilidad que existe de fracaso. Deberá explicársele que serán necesarias visitas periodicas para evaluar el diente tratado, y que serán necesarias radiografías sistemáticas. Al examinar radiografías de dientes que han sufrido terapéuticas pulpaes, es necesario buscar láminas duras intactas, ausencias de rarificaciones óseas en en el área periapical, y cámara pulpar normal libre de resorción interna. También pueden ayudar otros síntomas como movilidad, sensibilidad a la percusión e historia de dolor o presión en muchos casos en que los dientes fueron sometidos a terapéuticas pulpaes que luego fracasaron; la prognosis para mantención de espacios es de todas maneras mucho mejor que si no se hubiera intentado la operación.

FRACTURA DEL ESMALTE Y DENTINA.

Aunque en esta categoría de fractura el tejido pulpar no se presenta visiblemente expuesto, es necesario tratamiento de urgencia para proteger la pulpa traumatizada.

Se aplicará sobre la dentina una capa de hidróxido de calcio, estimulante para la dentina sobre línea de fractura. Deberá utilizarse un preparado comercial de hidróxido de calcio de fijación dura, que no se desplace hacia la pulpa a presentar la restauración temporal en caso de existir exposiciones diminutas para asegurar la retención de la curación.

de hidróxido de calcio hasta que la pulpa se retire de la proximidad de la fractura y se haya formado una capa adecuada de dentina secundaria, deberá emplearse un retenedor temporal adecuado. Pueden emplearse a este efecto un adhesivo comercial, una banda ortodóntica, una forma de corona de celuloide obturada con material restaurativo de resina compuesto, o una corona de acero inoxidable.

TRATAMIENTO DE FRACTURA DE LA CORONA INTEGRAL.

En este caso se aconseja extracción si la línea de hendidura es tal que la restauración del diente resulte imposible. Si es posible deberá tratarse el diente puesto que en unos años la encía alcanzará el nivel de la unión entre cemento y esmalte.

Primero se realizará una gingivectomía para exponer estructura dental suficiente para permitir procedimientos endodónticos adecuados. Puede ser necesario extraer una pequeña cantidad de hueso. Se lleva a cabo entonces una pulpectomía y se obtura el tercio apical de la raíz se cementa en la raíz un centro de oro formado y sobre esto se cementa una corona con funda de porcelana o una corona completa de oro con barniz de esmalte.

No se aconseja las coronas de funda de porcelana para restauraciones temporales, por que para este tipo de preparación se necesita extensa eliminación de estructura dental el traumatismo adicional debido a los procedimientos de rebajado en pulpas grandes y ya afectadas por choque puede causar daño irreversible aunque se recomiendan las coronas de acero inoxidable y se utilizan como restauraciones temporales permanentes, los autores consideran que existen substitutos adecuados más estéticos y más compatibles con los tejidos gingivales. El uso de corona de acero inoxidable deberá limitarse a restauraciones temporales.

FRACTURAS RADICULARES.

Los dientes temporales con fracturas radiculares sin -- dislocación pueden ser conservados y se pueden preever un -- cambio normal de los dientes lesionados. Generalmente, no es posible aplicar férulas en estos casos.

Los dientes temporales con dislocación serfa del frag-- mento coronal debe ser removido puesto que es probable que -- se desarrolla una necrosis, no se debe tratar de remover el -- fragmento apical para evitar traumatizar el germen de los -- dientes permanentes. Se puede esperar que haya una reabsor-- ción fisiológica radicular normal del fragmento apical que-- queda.

Varios estudios clínicos han demostrado que el trata- -- miento de las fracturas de la raíz tienen éxito. Sin embargo el período siguiente puede revelar complicaciones como necro-- sis pulpar o reabsorción de la raíz.

Si una fractura complicada de corona-raíz se extiende-- menos de 3 a 4 mm. por debajo del surco gingival en la denti-- ción temporal, la extracción es el tratamiento corriente en-- estos casos de fractura corona-raíz, tratamiento para los ca-- sos de desplazamientos dentarios como intrusión y extrusión, el tratamiento optimo de dientes temporales intruidos y luxa-- dos lateralmente, todavía es discutible. El problema primor-- dial es la prevención de lesiones a los dientes permanentes-- un estudio preliminar que trata sobre este problema no ha de-- mostrado una diferencia significativa en el grado de compli-- cación en la dentición permanente cuando los dientes tempora-- les se han extraído o se ha permitido que vuelvan a hacer -- erupción espontaneamente.

En consecuencia, hasta que aparezcan estudios ulterio-- res puede ser apropiado favorecer una técnica conservadora -- de tratamiento en estos casos los dientes temporales intrui-- dos volveran a hacer erupción espontaneamente dentro de un --

periodo de 1 a 6 meses de tomar la decisión de esperar la erupción espontanea de un diente temporal intruido se debe tener en cuenta la dirección de la dislocación.

El tratamiento para los dientes que hacen extrucción será el siguiente, deberán colocarse cuidadosamente con la mano en sus respectivos alveolos y deberán ferulizarse.

Deberá permitirse volver a brotar los dientes anteriores permanentes en intrusión. Generalmente no es necesario ferulizar, pero el diente debiera examinarse cuidadosamente en busca de señales de necrosis pulpar. Generalmente se lleva firmemente una pieza en intrusión hacia su alveolo. El Odontólogo deberá guardarse de tratar de llevar un diente en extrusión excesiva al plano oclusal. Al hacer esto, puede producir la muerte de la pulpa al sergar el suministro de sangre a la pieza.

La prognosis y la supervivencia definitiva de la pulpa dependerá de ciertas variables entre las que destaca la etapa de formación radicular. En casos de dientes desarticulados con formación radicular incompleta, Skieller ha encontrado que existe más en que las pulpas dan reacción vital inmediatamente después del traumatismo y más casos continúan reteniendo vitalidad lo que indica mejor capacidad recuperativa de la pulpa. Se aconseja realizar pruebas pulpares repetidas en piezas desplazadas durante un periodo de meses. Cuando ocurre intrusión o extrusión, la pulpa tiende a sufrir lesiones más graves, por lo tanto, existe mayor porcentaje de pulpas no viables, lo que resulta en mayor probabilidad de cese de formación radicular.

La resorción radicular puede ser una consecuencia adicional. La prueba radiográfica de resorción radicular interna o externa es una indicación para realizar pulpectomía en el diente afectado, la ausencia de reacción positiva al vitalometro -

varios meses después de la lesión, también es indicación para realizar procedimientos de pulpectomía; sin embargo las reacciones negativas a pruebas pulpares electrónicas inmediatamente después del desplazamiento son por sí solas razón insuficiente para decidirse a realizar un procedimiento de canal radicular.

DESPLAZAMIENTOS VESTIBULAR LINGUAL O LATERAL.

En el arco inferior predominan los desplazamientos linguales en donde será recomendable un período de espera y observación sera muy difícil lograr con alambres de ligamento la fijación de dientes primarios traumatizados, particularmente si los caninos primarios no han hecho erupción, sin embargo puede inmovilizar el diente cementando una férula acrílica inmediata. Se toma una impresión de el diente afectada y de las adyacentes con acrílico autocurable.

Esto se utiliza como férula. Se recorta en todas las superficies y se contornea al margen gingival de la pieza sin entrar en el margen gingival libre. Se cementa la férula con una preparación comercial de óxido de cinc y eugenol y se retiene en posición de 6 a 8 semanas.

Ferulizar en dientes primarios no es generalmente un procedimiento muy satisfactorio, ya que la morfología de las piezas primarias no facilita la retención.

Si existe inflamación complementaria de los tejidos blancos circundantes al diente en intrusión el grado de impacción siempre parece mayor de lo que es en realidad.

Si el diente desplazado se vuelve no vital se puede realizar pulpectomía. Puede recurrirse a las ayudas necesarias para asegurar la cooperación del paciente. Es preferible retener el diente primario y no crear una situación en que el niño debe llevar un substituto artificial cierto número de años.

TRATAMIENTO PARA LAS CONCUSIONES.

Las lesiones de concusiones y subluxación en la dentición temporal no requiere tratamiento aparte de un control clínico y radiográfico. Los tratamientos de urgencia para la contusión son en realidad tratamientos de periodontitis y algunas pulpitis. Al tratar casos de periodontitis, deberá internarse por todos los medios aliviar la mordida, ya sea rebajando ligeramente en dientes opuestos o construyendo una férula que abra ligeramente la mordida en la región anterior de la boca deberán darse instrucciones al paciente para no utilizar la pieza al morder o masticar y evitar otras formas de traumatismo.

La pulpitis puede tratarse pidiendo al niño que evite cualquier tipo de irritación pulpar, como pueden ser mordidas traumatizantes y temperaturas extremadas. Si el dolor causado por el diente es fuerte deberán recetarse analgésicos.

CONCLUSION

Como conclusión de esta tesis, que en todos sus capítulos trata de hacer notar la importancia que tiene la odontopediatría que es muy importante, elaborar programas educacionales de salud pública dental para que la gente aprecie en su justo valor la odontología, puesto que nadie puede -- apreciar algo que no comprende, tan solo se le dará valor al servicio dental, si se le considera como una necesidad. -- El dentista debe asumir el papel de educador dental, aún -- fuera del área de su consultorio, hacer notar el valor de -- las técnicas preventivas y de tratamientos de las enfermedades dentales y el mejor método de educar a los miembros de una comunidad es a través de programas públicos de salud dental. Estos pueden ser de índole muy variada y dependen en gran parte de las necesidades de la comunidad y del presupuesto disponible, el programa más acertado es el que tiene continuidad ya sea preventivo o correctivo, la gente a menudo tiende a olvidarse de las cosas a menos que se les recuerde constantemente. Muchas personas por ejemplo no van al dentista a menos que un dolor les recuerde que ese servicio está disponible; la gente por lo general es áptica en lo que a este aspecto se refiera.

El día (o la semana) de la salud dental infantil se celebra una vez al año y tiene cierto grado de utilidad. -- Sin embargo para que tenga un impacto duradero y definido en la comunidad, la educación de la salud dental debe ser presentada al público cada día hasta que se forme parte integral de la vida de la comunidad. Debe dárseles un énfasis vigoroso hasta que cada miembro de la comunidad conozca las

necesidades dentales de su familia y quiera participar llevando a sus hijos al consultorio dental, si cada padre asume su responsabilidad la comunidad habra avanzado enormemente en la resolución de los problemas de las necesidades dentales infantiles.

Es muy importante la enseñanza de métodos preventivos sobre métodos y técnicas de prevención de enfermedades bucales y maloclusión.

Higiene bucal. Debe de recibir atención considerable - la importancia de la higiene bucal y los cuidados, la técnica de cepillarse los dientes puede enseñarse por demostración con modelos enormes de dientes de cartón y cepillos, ó exhibiendo una película. Estos dos métodos se pueden utilizar con grupos relativamente numerosos de personas.

Factores Dietéticos. Ha de darse importancia al papel que desempeñan los carbohidratos en la producción de caries dentales y deben discutirse los medios de limitar su consumo, especialmente entre comidas de aclararse tambien el hecho de que una dieta equilibrada que contenga todos los alimentos necesarios es indispensable para la salud dental como para la salud general y esto debera de repetirse en -- todos los programas de educación de salud dental.

Profilaxis con fluoruro. La necesidad de programas preventivos tales como aplicaciones de fluoruro se presenta no como una función educativa tan solo, si no con la idea de - establecer en la comunidad un programa clínico de fluoruro.

Prevención de Maloclusión.

En cualquier programa de prevención debe tomarse en cuenta la maloclusión. Estudios han demostrado que 35 a 50 por 100 de los niños sufren alguna forma de maloclusión, el público tiene que se educado sobre el efecto perjudicial que tiene en la oclusión la pérdida temprana de dientes prima---

rios o que se tomen medidas para remediarlos.

Programas Correctivos.

Los programas correctivos generalmente implican tratamiento de caries dentales. Aunque las medidas preventivas que existen ahora reducirán la importancia de las caries dentales, no podrán eliminar totalmente la necesidad de programas de cuidados dentales.

Cada vez, se le esta dando mayor importancia a programas de asistencia para las personas poco privilegiadas de escasos recursos económicos.

Si estos programas se logran totalmente se podrá dar tratamiento a toda la población infantil.

Otro servicio dental que muy a menudo se descuida es el de los niños retrazados o con malformaciones sin embargo, estos niños necesitan cuidados dentales mucho más que los otros a causa de su problema, el niño con paladar hendido o el epileptico puede ser manejado en el consultorio como el espástico. El niño con parálisis cerebral puede tratarse con anestesia general.

Cualquiera que sea el tipo de programas que consideran a la comunidad ya sea preventivo o correctivo el odontopediatra deberá dejar que su experiencia y capacidad sea utilizada en la medida que dicte su altruismo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- W. Ham, Arthur.
Tratado de histología
Interamericana, 1975.
- 2.- R.F. Sommer, Ostrander y Crowley.
Endodoncia clínica.
Editorial labor. 1a. Edición Española 1975.
- 3.- Samuel Seltzer.
Endodoncia, consideraciones biológicas en los procedimientos endodónticos.
1a. Edición Editorial Mundi.
Argentina Año 1979.
- 4.- Graber T. M.
Ortodoncia teoría y práctica.
3a. Edición Editorial Interamericana.
México, 1974.
- 5.- Prevention of injuries to anterior teeth wei S.H.
dep pedont, Univ. Iowa Coll dent, Iowa Cyti.
1a. 52240.
Int. dent J (Den Haag) (etherlands). 1974.
- 6.- Traumatic injuries to the primary and immature permanent dentition 5^o. Braham R. L. and M.E. Morris (ED)
textbook of Pediatric.
Dentistry Williams And Wilkins Co.
Baltimore, M.D. U.S.A.
London, England, Illus. Isbn, P-262-285. yr. 80

- 7.- Mc. Donald Ralph E.
Odontología para el niño y el adolescente.
1a. Edición Editorial Mundi.
Argentina 1971.
- 8.- Langman, Jan.
Embriología Médica- Desarrollo normal y anormal.
2a. Edición Ed. Interamericana.
México, 1969.
- 9.- Dr. Angel Lasala.
Endodoncia.
3a. Edición Editorial Salvat. 1979.
- 10.-Andreasen J. O.
Lesiones traumáticas de los dientes
Editorial Labor S.A. 1977.
- 11.-Ellis, Roy-Gilmore
The clasiffication and treatment of injuries to the
teeth of children 5a. Edición.
Editorial year Book Medical Publishers. 1970.
- 12.-Sidney, B. Finn.
Odontología Pediatrica
4a. Edición.
Editorial Interamericana S.A. 1977
- 13.-Lloyd Baum
Editorial Interamericana
1a. Edición en español 1977

- 14.- Katz, S., K. Stookey, G., L. Mc donald, J.
Odontología preventiva en acción
1972, by indianana University fundati6n-Indiana.
Médica panamericana

- 15.- Quir6z, G. F.
Anatomía humana I
Porrúa, S.A., México, 1972.