



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Reg. Top. M 110 1987

Compra Canje Donación

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

1314

N
110
1987

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

00231

IATROGENIA EN ODONTOPEDIATRIA

MONOGRAFIA

PRESENTADA POR

Stella Maria Forero M.

Código 812229

Bogotá, D.E., 26 de mayo de 1987



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NOROCCIDENTAL

DIRECTORA DEL TRABAJO:

Cilia Isabel Moreno B.

Doctora. Cilia Moreno.

Mis mas sinceros agradecimientos
a la Doctora Cilia Moreno, docente
de Odontopediatria en el Colegio
ODONTOLOGICO COLOMBIANO, por su
valiosa colaboraci3n durante la
realizaci3n de este trabajo.

INTRODUCCION

La Odontología, es una ciencia humana y como tal se basa en ciertos principios y consideraciones. Sus bases humanas parten de la ética, ciencia que se encarga de la descripción y reflexión de los actos humanos. Según desde la perspectiva ética, se contempla al profesional en odontología, ante todo como un ser humano y de esto surge, la necesidad de contemplar que las acciones del profesional como persona que es, están sujetas a sanción y aprobación por parte de un grupo social.

El profesionalismo representa una conducta de calidad que no sólo requiere conocimiento superior, sino que también ser usada para el beneficio de nuestra sociedad. Sin primar consideraciones de interés personal. Como profesionales que somos nuestro interés es ofrecer un beneficio a la comunidad.

Hoy en día se sugiere que en gran parte la virtud ética se ha perdido, nuestra profesión moralista es deficiente y ha

caído en la autocomplacencia. Hay una necesidad de rescatar la profesión y esto implica hacer más humana la profesión. Una profesión con espíritu de sinceridad, tratando de contemplar los valores humanos en muchos aspectos de nuestra actividad profesional.

El profesional debe ser conciente de las demandas de ética en su vida, para una participación en su empresa humana como odontólogo.⁶

El objetivo de ésta monografía es una revisión de la literatura para mirar y analizar, los métodos y medios empleados en la práctica profesional y enfocarlos en busca de métodos para evitar la iatrogenia en odontopediatría señalando como iatrogenia, toda alteración del estado del paciente producida por el profesional, en este caso el odontólogo.⁴

Como dadores de salud que somos, necesitamos brindar una atención de alta calidad, evitando caer en errores con los cuales se vaya a ver afectado el paciente que requiera de nuestros servicios y conocimientos.

Para el lector de éste trabajo será de especial interés el recordar bajo cada uno de los temas que trataremos en el trabajo, como debería ser su práctica diaria y evitar aquello que comunmente lo hace caer en la iatrogenia que se presenta en nuestra profesión.

IATROGENIA EN ODONTOPEDIATRIA

- PARTE I PSICOLOGIA Y ODONTOLOGIA PEDIATRICA
1. MANEJO DE LA CONDUCTA
 - 1.1 OBJETIVOS DEL MANEJO DE LA CONDUCTA
 - 1.2 COMUNICACION EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA
 2. ENFOQUE FISICO DEL MANEJO ODONTOPEDIATRICO
 - 2.1 TECNICA DE LA MANO - SOBRE - LA - BOCA
 - 2.2 SABANAS CINTURONES Y OTROS MEDIOS DE CORRECCION.
 3. CONSIDERACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO PROFESIONAL.
- PARTE II ENFOQUE FARMACOLOGICO
- PARTE III ADMINISTRACION DE ANESTESIA LOCAL
1. SUGERENCIAS PARA ATENUAR LA ANSIEDAD.
 2. ANESTESIA TOPICA
- PARTE IV EXAMEN RADIOGRAFICO
1. PROTECCION ANTE LOS RAYOS X
 2. IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA EN LOS NINOS.

- PARTE V ODONTOLOGIA PREVENTIVA
1. ENFOQUES PREVENTIVOS
 2. FLUORUROS
 - 2.1 EFECTO DEL AGUA FLUORIZADA EN PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN DENTICION MIXTA.
 - 2.2 EFECTOS DE LA FLUORIZACION
 3. CRITERIOS DE SELECCION PARA EL SELLANTE
 4. NUTRICION

- PARTE VI BIOMATERIALES EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA
1. AMALGAMA DENTAL
 - 1.1 SELECCION DE LA ALEACION
 - 1.1.1 PROPORCION
 - 1.1.2 TRITURACION
 - 1.1.3 CONDENSACION
 - 1.1.4 TALLADO
 - 1.1.5 PULIDO
 - 1.1.6 TOXICIDAD MERCURIAL
 2. RESTAURACIONES DEL COLOR DE LA PIEZA
 - 2.1. RESINAS ACRILICAS
 - 2.1.2 RESINAS COMPUESTAS
 3. MATERIALES DE BASE Y RECUBRIMIENTO
 - 3.1. CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC
 - 3.2. CEMENTO DE SILICOFOSFATO
 - 3.3. HIDROXIDO DE CALCIO
 - 3.4. CEMENTOS DE POLICARBOXILADO
 4. SELLANTES DE FISURAS

5. SELLANTE - AMALGAMA FILTRACION MARGINAL

PARTE VII CONSIDERACIONES MORFOLOGICAS DE LA
DENTICION PRIMARIA

1. DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE PRIMARIOS Y PERMANENTES.
2. TAMANO Y MORFOLOGIA DE LA CAMARA PULPAR DEL DIENTE TEMPORAL.
3. CONSIDERACIONES PROFESIONALES

PARTE VIII OPERATORIA DENTAL

1. TECNICAS DE AISLAMIENTO
 - 1.1. INSTRUMENTAL PARA LA COLOCACION DEL DIQUE DE GOMA.
2. PRINCIPIOS BASICOS EN LA PREPARACION CAVITARIA EN DIENTES TEMPORALES.
 - 2.1. EFECTOS DE LA INSTRUMENTACION CON ALTA VELOCIDAD SOBRE LA PULPA DENTAL.
3. RESTAURACIONES DE DIENTES PRIMARIOS CON CARIES PROXIMO - INCISAL.
4. CONSIDERACIONES PROFESIONALES

PARTE IX CONSIDERACIONES BIOLOGICAS DE LA PULPA DENTAL.

1. PROTECCION DE LA PULPA
 - 1.1. EFECTOS DE LA INSTRUMENTACION SOBRE LA PULPA DENTAL

- 1.2. RESPUESTA PULPAR A LOS MATERIALES DENTALES
2. PRINCIPIOS DE TEREAUTICA PULPAR
 - 2.1. TECNICAS TERAPEUTICAS QUE SE CONSIDERAN DISPONIBLES
 - 2.2. TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO A LA INACTIVACION DE CARIES.
 - 2.3. PROTECCION PULPAR DIRECTA
 - 2.4. PULPOTOMIA
 - 2.5. PULPECTOMIA
 - 2.6. APEXIFICACION
 - 2.7. EXPOSICION ACCIDENTAL EN DIENTES PERMANENTES JOVENES
3. CRITERIOS PREVENTIVOS
4. CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO DE ENDODONTICO EN DIENTES PRIMARIOS.
 - 4.1. PULPECTOMIA CON FORMOCRESOL
5. CONSIDERACIONES PROFESIONALES

PARTE I PSICOLOGIA Y ODONTOLOGIA PEDIATRICA

En la literatura dental existen varios métodos para el manejo de la conducta, del niño, parte fundamental del paciente que tratamos es su personalidad y el reflejo de esta en su conducta frente a la odontología. Siendo conscientes que esta situación genera ansiedad, nuestra responsabilidad como dadores de salud sería tratar al paciente niño como persona, enfrentando su miedo, abordarlo como ser humano, ya que de este manejo dependerá su actitud futura y comportamiento adulto en la situación odontológica.

A continuación trataremos el manejo de la conducta el cual, presenta enfoques diferentes.

Lo fundamental en la atención al niño es cómo solucionar la mayor o menor ansiedad que el niño trae al consultorio. Entre las causas que generan ese universal "miedo al dentista", podríamos mencionar :

- Miedo al dolor

- Miedo a lo desconocido
- Malas experiencias odontológicas previas
- Malas experiencias médicas previas
- Comentarios negativos en el ambiente familiar o escolar
- Ser testigo presencial durante alguna visita odontológica no muy tranquila.
- Las amenazas
- La influencia de la televisión presentando al odontólogo como un personaje siniestro.
- Ambiente del consultorio
- Personalidad profesional

No escapará que todas estas causas suelen ser conscientes, se recuerdan, se pueden comentar y, por lo tanto, no resulta demasiado difícil al odontólogo genuinamente interesado en el niño, resolver el problema.

Se señala desde hace unos años la importancia de la boca y los dientes en el desarrollo psicoemocional del individuo y la vigencia permanente de las emociones y fantasías vinculadas a estos órganos, como causa de fondo en el rechazo y resistencia al odontólogo y sus procedimientos. ⁸

Erikson, ⁸ ha desarrollado muy bien los aspectos de la etapa oral, considera cinco estadios dentro de ese período :

- Incorporativo 1 : en el que domina la succión
- Incorporativo 2 : caracterizado por la salida de los

dientes.

- Retentivo
- Eliminativo o expulsivo
- E intrusivo

Todo esto no significa en modo alguno que para atender niños, el odontólogo deba dejar de serlo y convertirse en psicólogo. Todo este conocimiento sirve para que aprendamos a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos, a comprender que su conducta puede estar motivada por factores no tan superficiales.

Con todo eso y una técnica correcta, respaldada por un conocimiento actualizado, podremos ejercer odontología pediátrica con enfoque integral.²

El punto clave está en aparecer frente al niño como adultos significativos. Es decir, como personas capaces de hacernos cargos de esa ansiedad y de tolerar las manifestaciones, a veces explosivas, que genera en él. Como lograrlo? modificando muy poco a BETTELHEIM, diríamos que el profesional bien integrado, simplemente siendo él mismo, y aceptando sus responsabilidades, no teniendo conflicto respecto a su profesión, puede ser útil al niño donde el profesional donde el profesional conflictivo puede crear dificultades emocionales, por querer ayudar al niño.

ABERASTURY, realizó valiosos aportes en el estudio de las fantasías destructivas estructuradas durante la fase oral sádica. Del desarrollo emocional y la influencia que pueden tener los llamados transtornos de la dentición, como una forma de liberar las tensiones que dificultan la elaboración de la pérdida del pecho materno.

8

FRITZ REAL, ubica la conducta del niño en tres zonas :

- . Zona Verde : se otorga libre y graciosamente el sí.
- . Zona Amarilla : se tolera una determinada conducta no autorizada.
- . Zona Roja : conductas que no deben tolerarse y deben detenerse.

También es necesario llegar a un " ajuste " ideal de interacción entre profesional, madre y paciente.

2

Las ansiedades maternas se expresan en los niños y juegan fuerte, varios autores concluyen " Que la ansiedad materna parese ser el factor principal que afecta la conducta de los niños pequeños en la situación dental. "

Lo que el odontólogo que atiende el niño debe hacer es psicoprofilaxis y recordar que no basta que un hecho se explique tiene que ser asimilado. Esto vale para el niño y sus padres.

En síntesis, las actitudes que cada uno adopte como profesional en la situación odontológica con el niño y sus padres dependerá, para bien o para mal, de la resolución de los conflictos subyacentes individuales, que nos pondrán frente a ellos como adultos significativos, respetados y estimados.

1. MANEJO DE LA CONDUCTA.

Para lograr con éxito el tratamiento dental, de un niño en la consulta debe comprenderse su conducta, la de los padres y la del equipo dental.²

Puntos claves de las pautas de conducta general en las primeras edades. Sugerencia

1 Año de edad : despache al niño lo más rápidamente posible ya que la comunicación es difícil sino imposible.

1 1/2 Años : órdenes y técnicas han de ser lo más cortas y simples.

2 Años : igual que al 1 1/2 años.

2 y 1/2 Años : facilite cualquier rutina y evite situaciones que el niño pueda aprovechar para hacerse dueño de ellas. Comuníquese con el niño a través de sus sentidos.

3 Años : continúe dando órdenes sencillas, aplique técnicas fluidas y alabe toda conducta positiva.

3 y 1/2 Años : necesita gran comprensión, paciencia y afecto.

4 Años : se necesita mucha firmeza en el trato con el niño de esta edad.

4 y 1/2 Años: sigue necesitando firmeza, pero se pueden utilizar más los razonamientos.

5 Años : utilizar la firmeza, la alabanza y los elogios.

6 Años : necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas.

7 Años : comprensión sin excesiva indulgencia.

8 Años : tenga más en cuenta su nivel intelectual pero mantenga la firmeza.

9 Años : no critique demasiado y no muestre demasiada autoridad, permita al niño ser responsable de su conducta.

10 Años : comprensión, pero permitir al niño responsabilizarse de su conducta.

11 Años : hacer que el niño se sienta tratado con justicia, trate de interesarse lo más posible.

12 - 18 Años : trátelo como aun adulto; felicítelo por su aspecto personal.

1.1. OBJETIVOS DEL MANEJO DE LA CONDUCTA.

1. Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
2. Ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación del tratamiento dental.
3. Hacer conocer al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
4. Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el profesional del consultorio durante su trabajo con el niño.

1.2. COMUNICACION EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA

Es la llave fundamental para guiar la conducta y se ha de fomentar para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro.

Los siguientes hitos ayudan a establecer la comunicación :

1. Ignorar las demostraciones iniciales de no cooperación.
2. Empezar con técnicas simples, luego progresar hacia otras más difíciles.
3. Evitar factores que susciten temor, tales como:
 - a. Dejar que el niño vea instrumentos agudos
 - b. Usar vocabulario que despierte temor
 - c. Preparar excesivamente al niño y permitirle demasiadas preguntas.
4. Seguir la fórmula de decir, mostrar y hacer :
 - a. Decir en un lenguaje que el niño comprenda
 - b. Mostrar exactamente al niño la técnica
 - c. hacer la técnica tal como se demostró
5. Usar un vocabulario que el niño comprenda.

2. ENFOQUE FISICO DEL MANEJO ODONTOPEDIATRICO

Este enfoque debe manejarse en estrecha relación con el enfoque psicológico. La manipulación física del paciente nunca debe hacerse en forma punitiva, al contrario sus objetivos son :

1. Ganarse la atención del niño
2. Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él

3. Darle más seguridad a través del contacto corporal y controlar sus movimientos.
4. Protegerlo de lesiones
5. Hacer más fácil la técnica dental

2.1. TECNICAS DE LA MANO - SOBRE - LA - BOCA

Este método solo se debe utilizar cuando se han agotado las otras formas de comunicación y se haya fallado. No se recomienda para niños menores de dos años o en niños especiales con condiciones de minusvalidez que impiden la comunicación.

2.2. SABANAS CINTURONES Y OTROS MEDIOS DE CONTENCIÓN ⁹

Al igual que la técnica anterior, el control de la conducta por medio de elementos coercitivos se usa sólo después de haber agotado todos los demás medios. No se debe emplear nunca como castigo, sino en forma positiva y de protección. El niño deficiente física o mentalmente puede sentirse también más seguro con este método de control.

Algunos puntos para recordar son :

1. Establecer una buena comunicación
2. Ser consecuente en todas sus exigencias o ruegos
3. Tener siempre en cuenta la edad de desarrollo del niño

4. Prodigar alabanzas como refuerzo positivo
5. Implicar a los niños y a los padres en los programas de cuidado dental.

La coersión es muy rara vez utilizada en niños normales. En el niño disminuido en condiciones de comunicación puede ser necesario usarla más frecuentemente.

3. CONSIDERACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO PROFESIONAL.

Del conocimiento de muchos factores dependerá el éxito para el manejo de los niños. A tal fin la personalidad y manera de ser del odontólogo deberá reflejarse en la administración del consultorio. Ha de ser una preocupación primordial el realizar odontología para niños con la misma calidad y atención al detalle de la brindada a los adultos.

Esto se aplica a todos los procedimientos odontológicos realizados en los niños. Además cualquier programa de salud dental preventiva habrá de constituir un reflejo de las normas más elevadas.

Una correcta atención es primordial en los niños, ya que las primeras etapas de la vida ofrecen la oportunidad de influir sobre actitudes para toda la vida con respecto de la atención odontológica. Si se establecen actitudes de salud bucal positiva en los niños y sus padres servirán

para preservar la salud dental en años posteriores. Una experiencia negativa podrá actuar como un desaliento para la atención odontológica regular.

PARTE II ENFOQUE FARMACOLOGICO

La percepción del dolor y las emociones están interrelacionadas⁹, por consiguiente, cuando un niño está ansioso o asustado ante una situación determinada su umbral del dolor queda disminuido. Se han de hacer todos los esfuerzos posibles para subir este umbral del dolor del niño cuando está en tensión.

El uso de la premedicación es un método farmacológico para cuidar la ansiedad del niño⁹. Siempre que haya premedicación es imperativo estar completamente familiarizado con todos los aspectos de la droga. Hay que leer y releer la literatura relativa a las drogas que piensa usar. Los niños tienen un metabolismo basal más alto que los adultos y debido a su actividad y sistemas inestables con frecuencia necesitan dosis más altas basadas en la superficie del cuerpo.

La mayoría de los niños que se pueden beneficiar de la premedicación están entre los 2 y los 10 años de edad.

El correcto manejo de los fármacos en los diferentes grupos de edades, depende del profesional y de las indicaciones que le suministre a los padres.

Nunca se debe premedicar a un niño si el profesional observa que los padres son incapaces de manejar un niño inconsciente o en estado de postsedación.

Cualquier fármaco que pueda producir una sensación profunda no es totalmente pronosticable; puede hacer daño, por lo tanto el profesional para no cometer errores debe cerciorarse y conocer perfectamente el fármaco que está utilizando.

PARTE III ADMINISTRACION DE ANESTESIA LOCAL

La anestesia local y el cuidado de los niños van de la mano. Un niño que se siente cómodo es más colaborador.

Una buena técnica de inyección y un buen manejo de la conducta pueden prevenir una situación potencialmente perturbadora.

1. SUGERENCIAS PARA ATENUAR LA ANSIEDAD POR LA ANESTESIA

1. Explicar al niño las técnicas en términos que pueda comprender.
2. Usar una aguja corta, produce menos temos que a la larga.
3. Usar una anestesia tópica.
4. Usar abre bocas para comodidad y control.

2. ANESTESIA TOPICA

Producen anestesia superficial de las membranas de las mucosas antes de la inyección .

Es importante no utilizar anestesia en Spray en niños muy pequeños ya que:

1. Es difícil controlar su cantidad aplicada.
2. Es difícil circunscribirla a una zona determinada.
3. Se puede inalar en cantidad que produzca una reacción tóxica.

El papel del profesional es el de mantenerse seguro, sonreír, no usar amonalg, brevemente exponer lo que hay que hacer y realizarlo.

PARTE IV EXAMEN RADIOGRAFICO

No hay duda en cuanto a que todo examen boco-
bentario sin radiografías es incompleto y todo plan de
tratamiento basado solamente en la inspección clínica nos
expone a sorpresas poco agradables. De ahí la importancia
capital de la radiografía y en su enorme valor diagnóstico
y preventivo.

Es muy importante hacerle conocer al niño el aparato de
rayos X, su utilización y mostrarle y comentarle al niño
que es lo que se va a hacer. Explicar y hacerle repetir
nuestra explicación para asegurarnos que ha entendido.

Uno de los exámenes radiográficos más ampliamente
utilizados combina los procedimientos panorámicos y aleta
mordible. Este examen ofrece puntos de diagnóstico para
apoyar, aclarar o alterar las observaciones clínicas.^{B.}

1. PROTECCION ANTE LOS RAYOS X

Aunque los estudios radiográficos son necesarios para un
diagnóstico y tratamiento adecuados del joven paciente
odontológico se debe evitar la excesiva radiación. El
niño requiere toda la protección que le pueda ser
provista. Además de tener por delante todos los años

reproductivos, se debe recordar que la distancia de la cabeza a las gonadas es menor que en el adulto; por eso ^{7.9} debe ser protegido con un delantal de plomo.

La reglamentación de California para el control de la radiación establece: " Ninguna persona expuesta ocupacionalmente a las radiaciones ha de sostener pacientes o películas durante la exposición, ni se usara ² regularmente una persona para tales servicios.

Existe una buena documentación sobre los efectos nocivos de la radiación de los rayos x. Estos efectos pueden aparecer solamente hasta años después y son el resultado de la naturaleza acumulativa de la radiación de los rayos X. Es muy importante que el Odontólogo y su equipo lo tengan en cuenta para minimizar la exposición a los rayos ^{2.8} X, tanto del paciente como del equipo.

Las siguientes sugerencias pueden ayudar a reducir la ² exposición a los rayos X:

- Utilización de películas ultrarrápidas
- Filtración óptima del foco.
- Conos de extremo abierto adecuadamente ajustadas.
- Capacidad técnica adecuada.
- Delantal de plomo.
- Inspección periódica del equipo.

Hacia 1950, la profesión inició un esfuerzo masivo por reducir los peligros de la radiación ionizante. Esta campaña ha producido una disminución de los peligros de las radiaciones al mínimo. Entonces los esfuerzos estuvieron dirigidos principalmente a la educación del odontólogo. Se le explicó por qué y cómo debían culminar un haz de rayos, por qué y cómo filtrar un haz de rayos y por qué usar películas rápidas. Conociendo satisfactoriamente estos mecanismos es deber del profesional, como responsable de la salud de su paciente, tomar las medidas necesarias, para que este no reciba radiación innecesaria que en un futuro lo podría perjudicar.

PARTE V ODONTOLOGIA PREVENTIVA

La falta de conocimientos, de lo que es realmente la odontología preventiva, hace que el profesional incurra en una serie de errores. Que podían haberse evitado. Como el objetivo de este trabajo es señalar por qué y como se puede cometer la iatrogenia, se insiste en llamar la atención al profesional en este punto y recalcar la importancia de un manejo eficiente de los conocimientos y técnicas para poder brindar una odontología de alta calidad y el consecuente beneficio en el paciente.

Es un término que incluye todos los aspectos de la odontología, desde la remoción de placa hasta la construcción de aparatos protésicos. La conservación de las estructuras intraorales en estado de salud es el objetivo de la odontología preventiva. 2.9.

La prevención primaria se refiere a la prevención de la enfermedad antes de que haya podido desarrollarse.

La prevención secundaria: detener el desarrollo de la enfermedad. La terciaria trata de preservar la salud de los restantes tejidos intraorales.

1. ENFOQUES PREVENTIVOS

1. Cepillo multifilamentado
2. Filamentos de nilón suave con puntas redondeadas
3. Mango comodo para alcanzar fácilmente la parte posterior de la boca

3.5.7.

2. FLUORUROS

Los fluoruros han ofrecido a la odontología su mayor arma contra la caries dental, cuando se añade a una dieta saludable durante la formación de los dientes se logra una formación optima.

El fluor se obtiene del agua fluorurada, de aplicaciones tópicas, de tabletas, enjuagues de fluor.

2.1 EL EFECTO DEL AGUA FLUORIZADA SOBRE LAS ENTALLADURAS DMF DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN DENITCCION MIXTA ⁵

El efecto protector del fluor parece ser debil en las superficies oclusales, aunque algun efecto protector puede descubrirse en estas superficies.

Los morales permanentes, particularmente es sus fisuras empiezan a decaer muy rápidamente después de erupción.

En este estudio se demostró el efecto protector de las superficies oclusales ya que el porcentaje de extracciones se incremento en el area dondeno se utilizaba agua flurizada, mientras que el area fluorizada solo un molar permanente se extrajo debido a caries.

El control de la higiene oral, el uso topico de fluor, aumenta el efecto del agua fluorurada no solamente en niños susceptibles ala caries, sino también en niños con bajo indice.

El contenido de fluor al esmalte en areas que utilizan agua fluorurada puede incrementarse con aplicaciones tópicas de fluor.

También se demostró que el fluor obtenido de el agua de beber no es suficiente para una efectiva protección contra las caries.

2.2 EFECTOS DE LA FLUORIZACION

La fluorización proporciona muchos beneficios a la salud pública. La fluorización reduce la caries entre 50 y 70%. Además de estos beneficios la evidencia sugiere que la fluorización puede reducir la severidad y la prevalencia de la enfermedad periodontal en los adultos jóvenes y las tasas de maloclusión en los niños.

Además de los efectos de la fluorización los antibióticos y otras fuentes de flúor, la demanda dental se halla influida por 3 factores principales de la utilización de los servicios de salud.

- La predisposición
- La capacidad
- La necesidad

3. CRITERIOS DE SELECCION PARA EL SELLANTE DE CAVIDADES Y FISURAS

El principal problema asociado con los sellantes de fisuras, desde cuando la técnica fue introducida en 1971,

no hasido su eficacia clinica, si no la carencia. De aceptación de la técnica por parte de los odontólogos en la práctica privada.

En el momento la solución mas realista para decidir cuales criterios deberan ser utilizados en cuanto a la selección de pacientes para la aplicación de los sellantes, implica el juicio clínico para seleccionar aquellos dientes que tienen mayores probalidades de desarrollar caries, basados en la edad y la higiene oral del paciente, la historia familiar e individual de las caries dentales, el 1/2 ambiente de flúor y su historia. Los hábitos dieteticos y las clases y morfología del diente. Esto reducirá los errores de juicio y la ocurrencia de lesiones cariosas, mientras que se proporciona un procedimiento efectivo en cuanto a costo.

La situación es paradójica: se ha desarrollado un material del cual se ha comparado que es seguro y efectivo en la prevención de la caries dental y sin embargo su utilización es mínima. Es de esperar que la profesión odontológica se diera cuenta pronto de las responsabilidades con respecto a los niños y comenzará a utilizar todos los medios posibles, incluyendo los sellantes de cavidades y fisuras, para prevención de la caries dental.

4. NUTRICION

En algunos niños se puede encontrar caries aunque estén bien seguidos por técnicas preventivas. Para estos individuos, la alimentación tiene una consideración importante.

VIGILANCIA DE DIETAS

A veces se hace indispensable vigilar una pieza. Se ha usado generalmente para resaltar los aspectos negativos de la pauta dietética del niño y por lo tanto reflejan la capacidad de los padres en planear una buena dieta.

En cuanto al papel que juega el profesional en la prevención primaria en el paciente niño se ha dicho mucho y falta todavía mucho por decir y hacer.

La importancia sobre la actitud que tome el profesional frente a estos criterios, dependerá en gran parte de sus conocimientos y de su habilidad profesional.

No hay que cometer errores en esta etapa preventiva y hay que responsabilizarse del deseo del paciente de conservar su salud oral.

Cuando se logra un cambio de responsabilidad del profesional al individuo, el paciente está en camino de aprender que la salud oral es un fin alcanzable.

PARTE VI BIOMATERIALES EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA

El uso de materiales manufacturados por el hombre cuenta con una larga y distinguida historia en odontología restauradora, porque los tejidos duros vivos de la cavidad bucal que pudieran haberse perdido por caries, traumatismos o trastornos del desarrollo no suelen ser repuestos por procesos naturales.

Aproximadamente una tercera parte de la investigación odontológica actual está directamente vinculada con la obtención de materiales mejores y técnicas superiores para su manipuleo. Esta investigación ha producido un cuerpo de conocimientos siempre creciente relacionado con la conducta de los materiales dentales y ha ido acompañada por una avalancha de nuevos productos. Esos progresos imponen una responsabilidad creciente al odontólogo. Para que se pueda tomar una decisión intiligente y correcta, es esencial una apreciación de la importancia clínica de las propiedades químicas, físicas y biológicas.

Por muchas razones los materiales de restauración están sujetos a la fractura, disolución, alteración dimensional y

cambio de color. Para que estas alteraciones se reduzcan al mínimo, el material dental debe poseer ciertas propiedades mínimas, más aún esas propiedades deben conservarse durante el manipuleo y colocación de la restauración.^{2.}

Este capítulo discutirá los siguientes materiales útiles para el odontopediatra:

1. Amalgama dental
2. Cementos dentales, recubrimientos y barnices
3. Resinas compuestas y productos relacionados
4. Productos metálicos para mantenimientos de espacios, movimientos dentarios y fabricación de coronas enteras

1. AMALGAMA DENTAL

La amalgama sigue siendo el material más comúnmente empleado para restaurar caries, incluye un 80% de todas las restauraciones. La causa principal del fracaso clínico de la amalgama es el descuido en la observación de los principios fundamentales del diseño cavitario o en la preparación e inserción del material.

1.1 SELECCION DE LA ALEACION

La composición y las propiedades físicas de todas las aleaciones certificadas es similar, y la selección puede estar basada sobre características objetivas, como facilidad de condensación, tallado o tiempo de fraguado.

Las amalgamas son tipos especiales de la aleación formados en parte por mercurio, con una aleación de otros metales se realiza por el proceso de amalgamación.

En las dentaduras primarias se usa en piezas anteriores y posteriores, aunque su frecuencia en los anteriores esta disminuyendo. La amalgama de plata es una mezcla de plata y estaño, con pequeñas cantidades de cobre y de cinc, cada constituyente tiene una función específica.

Los pasos a seguir al manejar el material pueden dividirse en:

1. Proporción
2. Trituración
3. Condensación
4. Tallado (Anatomía)
5. Pulido

1.1.1 PROPORCION

La aleación de plata está amalgamada con mercurio para producir un material plástico que se endurece al asentarse. La proporción de aleación a mercurio usada es un factor importante al determinar el éxito clínico de la restauración. Sino se utiliza suficiente mercurio, la fuerza de comprensión de la amalgama será alterada, y será difícil lograr amalgamación adecuada. Si se usa exceso de mercurio, se reducirá la fuerza final de la amalgama. Cada fabricante la proporción optima de aleación.

1.1.2 TRITURACION

Cuando mas tiempo de trituración menos cantidad de mercurio queda en la restauración condesada y más fácil y mejor será la manipulación.

El propósito de la trituración es proporcionar una inmersión completa de las partículas de aleación en mercurio. La trituración ejerce profundos efectos en las propiedades de la mezcla de amalgama.

1.1.3 CONDENSACION

Su propósito es adaptar la amalgama a las paredes de la cavidad lo mejor posible; reducir al minimo la formación de espacios internos y exprimir el exceso de Hg

de la amalgama. A mayor presión de condensación, menos será el mercurio residual en la restauración y mayor su resistencia.

1.1.4 TALLADO

Cuando se tallan molares primarios, los huecos imercuspideos, deberán ser poco profundos, conformándose a la anatomía original de la pieza. Tallar en profundidad debilita los márgenes de la restauración.

1.1.5 PULIDO

Las restauraciones deben ser cuidadosamente pulidas por razones estéticas, para limitar la corrosión y de ese modo prolongar su vida y reducir concentraciones de tensión oclusal que pueden resultar nocivas. Se debe realizar después de las 48 horas siguientes para que ésta logre su máximo de fuerza y dureza. Con piedras especiales, fresas, discos de calburo, tira de papel de lija.

Es de importancia en los anteriores pasos evitar el mercurio residual y contaminación húmeda para lograr una obturación de la mejor calidad.

2.7.10.

1.1.6 TOXICIDAD MERCURIAL

Desde su introducción se ha debatido la toxicidad del mercurio. El peligro para el paciente es muy remoto. Es cierto que la concentración de vapor de mercurio en el consultorio es superior a la de medios no odontológicos, por lo tanto hay que respetar las condiciones normales de higiene. Todo excedente debe ser colocado en recipientes cerrado. Hay que ventilar muy bien el consultorio.

2. RESTAURACIONES DEL COLOR DE LA PIEZA

Por razones estéticas se recomiendan materiales del color de la pieza para restauraciones de piezas anteriores, para la mayoría de las restauraciones anteriores se utilizan tres tipos de materiales dentales del color de la pieza:

a) CEMENTOS DE SILICATOS: Posee ciertas características deseables, pero solo se limitan su utilidad. En las condiciones bucales tienen a teñirse y desintegrarse. En lo mejor de los casos, la vida media de una restauración es aproximadamente 4 años.

2.1 RESINAS ACRILICAS

Han proporcionado a la profesion material esteticamente aceptable facil de utilizar y servicial. Sus ventajas son: excelente efecto estetico, insolubilidad en liquidos bucales, resistencia a la pigmentación de las superficie y baja conductividad termica. Tiene otras propiedades que limitan su utilidad como poca dureza y fuerzas de compresión, alto coeficiente de expansión termica y contracción durante la polimerización. El monomero liquido acrilico, a si como el preparador de cavidad son irritantes potenciales de la pulpa. Debe utilizarse una base protectora que actue como barrera al ingreso de irritantes químicos.

2.1.2 Resinas Compuestas

El término "compuesta" indica que la resina contiene un elemento relleno inorgánico. Sin embargo, este elemento en las resinas compuestas difiere del material de relleno inerte se emplea en algunos de los materiales de restauración acrílicos. Sus propiedades físicas mejoradas comparadas con las resinas acrílicas son:

1. Mayor fuerza de compresión y de tensión.
2. Dureza y resistencia superiores a la abrasión.
3. Menor contracción de polimerización.

4. Menor coeficiente de expansión térmica.

Para su utilización también se recomienda una base de hidróxido de calcio.

3. MATERIALES DE BASE Y RECUBRIMIENTO

Los cementos, tal como se usan en odontología, son materiales blancos, plásticos, que pegan cosas entre sí o que ocupan un espacio al endurecer.

Los principales usos de los cementos en odontología pediátrica incluyen los siguientes, con los ejemplos dados:

2.7.9.10
1. Pegado de bandas; coronas de acero inoxidable o dispositivos fijos preformados o hechos de medida en dientes preparados: Fosfato de zinc, zoe-eba, silicofosfato de zinc, policarboxilato, cementos ionómeros vitreos.

2. Bloqueo de retenciones en dientes preparados: Fosfato de zinc, policarboxilato, cementos ionómeros vitreos.

3. Aislamiento de la pulpa dental de los estímulos térmicos todos los precedentes.

4. Como curación paliativa y obtundente sobre la pulpa

dental (brinda alivio, calma de dolor): zoe y zoe-eba.

5. Estimulación de la formación de capas de dentina secundaria por la pulpa dental: Ca(OH)

6. Reducción de la solubilidad del esmalte y la dentina: Silicofosfato de zinc y cemento de silicato, cemento ionómero vítreo.

7. Como agente bactericida: Sales de cobre, plata o mercurio en cementos de fosfato de zinc.

8. Como restauradores temporales, todos los precedentes.

CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC

Se ha utilizado como agente de recubrimiento y como base para aislamiento térmico en cavidades profundas. El uso que se le va a dar, determina la consistencia.

4. SELLADORES DE FISURA

Las fosetas y fisuras oclusales de las piezas primarias y permanentes son las áreas dentales más susceptibles a caries a pesar de los claros beneficios de terapéuticas de fluoruro generales y tópicos, el menor beneficio lo reciben las superficies oclusales. Resientemente se ha desarrollado una técnica para sellar fisuras y fosetas oclusales, para volverlas menos susceptibles a las

caries. Se aplica una capa de sellador sobre la superficie oclusal, aislandola de la microflora bucal y sus nutrientes, y de ésta manera se evita el inicio de la destrucción dental. En estudios realizados se informó que la reducción de caries fué de 96%.

El éxito de la técnica depende de la capacidad que tenga el sellador para formar una unión firme con el esmalte, y de evitar la penetración de bacterias a la cara interna, entre este y la superficie oclusal. Antes de aplicar el material se usa uan solución de ácido fosfórico modificado para grabar la superficie oclusal. Esto produce pequeños espacios en el esmalte que permite que extremos del sellador penetran en la estructura de la pieza a una proximidad de 20 micrones; conservando la integridad de la cara interna entre el sellador y la pieza, por consiguiente, evitando desarrollo de caries.

5.FIJACION DE FILTRACION MARGINAL DE RESTAURACIONES CLASE II DE SELLANTE - AMALGAMA.

La efectividad de lo sellames para el tratamiento de prevención de caries incipiente se desmostró en numerosos estudios ⁵ al objeto de este estudio fue demostrar el éxito del uso de amalgama y en preparaciones conservadoras y el sellame.

El resultado de este estudio demostro que el grado de filtración en estas muestras fué minimo y la penetración se limito a la superficie de separación amalgama-sellante, o la interfase esmalte-amalgama pero no alcanzo a la dentina. La adaptación de la sellante a la amalgama estuvo bien en la mayoria de los dientes. Vacios en la interfase no fueron observados aún en las muestras que mostraban filtración. Tampoco se observaron huellas en la interfase sellante amalgama esto indica, que el gasto del sellante en las superficies de separación no fué tan grande que el de las amalgamas después de año y medio.

Se observo una adaptación marginal buena, con ausencia de minima penetración. Cuando hubo penetración marginal fué minima.

Las investigaciones han demostrado la fuerza de unión Esmalte-Sellante tanto para dientes primarios como permanentes es bastante alta.

También se indica que la amalgama conservadora proximal deberá ser utilizada en morales permanetes con sellante oclusal intacto.

El uso correcto siguiendo las indicaciones que dan los fabricantes el adecuado manipuleo una apreciación de la importancia clinica, le dara pautas al profesional para el

manejo propio que se debe hacer de los biomateriales.

Su uso indiscriminado y falta de conocimiento es lo acarrea la mayor cantidad de fracasos en su organización, y el consecuente fracaso en el tratamiento del paciente, acarreándole sin número de problemas en su salud oral.

PARTE VII. CONSIDERACIONES MORFOLOGICAS DE LA DENTICION PRIMARIA

Es muy común en la práctica de odontopediatria, trasladar los conocimientos clinicos que se tienen sobre el adulto, a la atención del paciente niño, siendo este el más grave error que se pueda cometer.

El niño no es un adulto en miniatura, y por lo tanto se debe considerar con un criterio bastante definido que existen grandes diferencias entre la atención que se le pueda brindar a un adulto y aún niño.

Como es el objetivo de este trabajo, a continuación se daran ciertas pautas que hay que conocer y manejar muy nién para evitar cometer algún tipo de iatrogenia.

La dentición primaria esta compuesta por veinte diente, todos los cuales erupcionan antes que la dentición

2.1

permanente. Entre las dos arcadas superior e inferior, tienen ocho incisivos, cuatro caninos y 8 molares.

1. DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE LOS DIENTES TEMPORALES Y LOS PERMANENTES

Wheerler enúmero las siguientes diferencias de forma entre los dientes temporales y los permanentes:
2.7.9

1. Las coronas de los dientes temporales son más anchas en sentido mesiodistal, en comparación con su longitud coronaria que las permanentes.

2. Las raíces de los dientes temporales anteriores son estrechas y largas en comparación con el ancho y largo coronarios.

3. El reborde cervical de esmalte de las coronas anteriores es mucho más prominente en vestibular y lingual de los temporales.

4. Las coronas y raíces de los molares temporales son más finas en sentido mesiodistal en el tercio cervical que las permanentes.

5. El reborde cervical vestibular de los molares primarios es mucho más definido en particular en los primeros molares superior e inferior.

6. Las raices de los molares temporales son relativas mas largas y mas finas que las permanentes. Asi mismo es mayor la extesion mesodistal entre las raices temporales. Esta sepración deja más lugar entre las raices para el desrrollo de las coronas premolares.

7. Las caras vestibulares y linguales de los molares temporales son más planas por sobre las curvaturas cervicales que en los molares permanentes, con lo cual la cara oclusal es mas estrecha comparada con los dientes permanentes.

8. Los dientes temporales suelen tener color más claro que los permanentes.

2. TAMANO Y MORFOLOGIA DE LA CAMARA PULPAR DEL DIENTE TEMPORAL

Inmediatamente después de la erupción de los dientes, las camaras pulpares son bastante grandes y en general, siguen el contorno de la corona. La cámara pulpar disminuira de tamaño con el paso del tiempo y bajo a influencia de la función y la abrasión de las superficies oclusales e incisales de los dientes.

3. CONSIDERACIONES PROFESIONALES

Se le sugiere al profesional examine críticamente el examen clínico y radiográfico del niño antes de emprender cualquier procedimiento operatorio ya que aquí se han mencionado generalidades, pero no hay que desconocer las diferencias individuales entre niño y niño.

Nuevamente se vuelve a recalcar el hecho de que un conocimiento claro, exacto y profundo por parte del profesional determinará el éxito del tratamiento y evitará por ende cualquier error que se pueda cometer.

PARTE VIII OPERATORIA DENTAL

En este capítulo se podrá observar que la iatrogenia se podría cometer en cuanto al desconocimiento del profesional de ciertos principios básicos, en cuanto puede referirse a desgaste innecesario de tejido sano, al avance en las técnicas, al desconocimiento de los materiales y sus usos y contradicciones.

Del buen manejo que se haga de la técnica operativa se podrá concebir el éxito del tratamiento restaurador que se realice.

1. TECNICAS DE DISLAMIENTO

Han pasado más de 100 años desde que Sanford Christie Barnum inventó el dique de goma.²

El mantenimiento del campo operatorio seco durante la preparación cavitaria y la colocación del material de restauración ayudará a asegurar una operación eficiente y la creación de una restauración que servirá y que mantendrá el diente y la integridad de la oclusión en desarrollo.^{2.7.9}

El uso rutinario del Dique de goma brinda varias ventajas, para el paciente y el profesional:^{2.7.10}

1. Ausencia de Humedad
2. Mejoramiento del Acceso
3. Retracción y protección de los tejidos blandos.
4. Mantenimiento de un campo libre de contaminación
5. Previene la aspiración de cuerpos extraños
6. Manejo del paciente, brinda seguridad

1.1 INSTRUMENTAL PARA LA COLOCACION DEL DIQUE DE GOMA²

1. Tela de caucho de 12 x 12 cm oscura, de grosor mediano o grande.
2. Perforador del Dique.

3. Pinzas portagrapas.
4. Arco para el Dique de Goma.
5. Vaselina.
6. Hilo Dental encerado.
7. Cintas de madera triangulares.
8. GraPas Surtidas: Ivory No. 14 -> Segundos Molares primarios y primeros y segundos Molares permanentes.
Ivory No. 14 A-> segundos Molares primarios y Molares permanentes o totalmente erupcionados.
Ivory BA -> en segundos Morales primarios, y Molares permanentes incompletamente erupcionados.
Ivory 00 -> para primeros Molares primarios.
S.S White No. 3 -> Molares permanentes parcialmente erupcionados.
9. Tijeras.
10. Instrumento plástico plano para retirar el dique de goma de las aletas de la grapa.

2. PRINCIPIOS BASICOS DE PREPARACION CAVITARIA EN DIENTES 2.7 TEMPORALES

Es muy importante tener en cuenta las diferencias morfológicas entre los dientes primarios y permanentes, que exigen ciertas modificaciones de los pasos básicos de la preparación cavitaria propuestas por black.

1. La preparación cavitaria debe incluir todas las zonas afectadas por caries, así como las áreas de fosas y fisuras que se consideren precarias o potencialmente cariosas.
2. La zona del istmo debe ser adecuadamente ancha en sentido vestibulo-lingual para asegurarse que no se produzcan fracturas. Sin embargo ese ancho no debe ser tal que debilite las cúspides o ponga en peligro la pulpa.
3. El piso pulpar debe ser plano, pero no se ha de aguzar el ángulo diedro axiopulpar.
4. Biselar el ángulo axiopulpar.
5. En la cavidad Clase II, las extensiones hacia lingual y vestibular deben ser llevadas hacia zonas de autoclisis.
6. Reducción de cúspides antagonistas aguzadas.

3. RESTAURACIONES DE DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES CON CARIES PROXIMOINCISAL

La restauración de un diente anterior debe cumplir ciertos requisitos:

1. Permitir la aplicación de una curación pulpar directa o indirecta.
2. Ser funcional desde el punto de vista masticatorio y fonético.
3. Ser aplicada rápida e indoloramente.

4. Exhibir una estética placentera.
5. Tener una longenidad adecuada. La técnica del grabado ácido mas resina parece cumplir estos requisitos.

4. CONSIDERACIONES PROFESIONALES

El éxito en un tratamiento restaurador dependerá en buena parte de la habilidad, y conocimientos precisos que tenga el profesional sobre el procedimiento restaurador.

Nuevamente se vuelve a insistir en el hecho de que mientras el profesional no sea seguro y exacto en sus procedimientos, acarreará una alta proporción de fracasos.

PARTE IX. PULPA DENTAL: CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO

El mantenimiento de la integridad pulpar empleando la mejor técnica que se pueda utilizar, se constituye para el profesional en uno de sus mayores retos.

La protección pulpar o ya en sí su tratamiento indispensable, debe reflejar el buen manejo que el profesional pueda brindar con sus técnicas y conocimientos para así poder realizar un tratamiento integral.

1. PROTECCION DE LA PULPA

Estimulos agudos, de lesiones traumaticas, preparaci3n cavitaria y uso imprudente de los materiales de restauraci3n en tales circunstancias no se da tiempo a la pulpa para movilizar sus defensas a causa del caracter intenso de la circunstancia.²

La preparaci3n cavitaria puede dañar la pulpa de 3 maneras:²

1. Cambios t3rmicos
2. Deshidrataci3n
3. Vibraci3n

1.1 EFECTOS DE LA INSTRUMENTACION CON ALTA VELOCIDAD SOBRE LA PULPA DENTAL

Un estudio demostro que el aire como 3nico refrigerante durante la preparaci3n cavitaria con alta velocidad es bueno siempre que se utilice una presi3n leve intermitente, lamentablemente. la presi3n puede hacerse facilmente excesiva y ocasional el consiguiente daño pulpar.

La refrigeraci3n con roc3o de agua reduce esto al minimo y

la mayoría de los clínicos prefieren trabajar con este margen adicional de seguridad.

El daño puede ser ocasionado por el compuesto en sí o por su incapacidad para sellar los márgenes cavitarios y protegerlos contra el ingreso bacteriano. Muchos investigadores han concluido que la microfiltración es más perjudicial que la naturaleza misma del material, a causa de la influencia breve del material y el ataque prolongado de la microfiltración.

2.7.9

1.2 RESPUESTA PULPAR A LOS MATERIALES DENTALES

El daño puede ser ocasionado por el compuesto en sí o por su incapacidad para sellar los márgenes cavitarios y protegerlos contra el ingreso bacteriano. Muchos investigadores han concluido que la microfiltración es más perjudicial que la naturaleza misma del material, a causa de la influencia breve del material y el ataque prolongado de la microfiltración.

2. PRINCIPIOS DE TERAPEUTICA PULPAR

El objetivo fundamental de la terapéutica pulpar pediátrica es el mantenimiento de los dientes tratados como unidad en la arcada dentaria hasta su explotación.

El diente actúa como mantenedor de espacio natural, con cumplimiento de un papel estético y funcional.

Siempre que sea posible se debe mantener la utilidad, una vez tomada la decisión de conservar el diente, la terapéutica pulpar ejecutada está relacionada directamente con el grado estimado de patología pulpar.

2.1 TÉCNICAS TERAPÉUTICAS QUE SE CONSIDERAN DISPONIBLES

2.2 TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO O INACTIVACIÓN DE CARIES

Este tratamiento debe eliminar toda la caries periférica ^{2.7} excepto la que puede provocar la exposición de la pulpa se colocará una base protectora de hidróxido de la de I.R.M.

La eliminación de la mayoría de las bacterias de la lesión y del sustrato disminuye la velocidad del progreso de la lesión. Como la pulpa ya no está irritada, se espera que responderá fisiológicamente a la capa de hidróxido de calcio, mediante un depósito de dentina secundaria para asegurar el éxito la pulpa debe viva y libre de inflamación.

2.3 PROTECCIÓN PULPAR DIRECTA

En dientes primarios no se realiza este procedimiento por el alto índice de fracasos, se recomienda sólo para ^{2.7.9} dientes permanentes.

2.4 PULPOTOMIA

Extirpación de la pulpa viva de la cámara coronaria seguida de la aplicación de medicamentos sobre los muñones pulpares radiculares, para estimular la reparación, fijación o monificación.^{7.9} Este procedimiento se realizará bajo anestesia local y en una sola sesión. se colocara IRM.

2.5 PULPECTOMIA

Es la extirpación del contenido de tejido blando de la cámara y conductos radiculares.^{2.7}

Hay varios criterios a tener en cuenta:

- Depende de la conducta del paciente.
- Grado de reabsorción raíz. Despues de un tercio no se hara.
- Desarrollo del Germen del permanente.
- Pronóstico de acuerdo a la biología.

Estos criterios se tendran en cuenta para seguir un tratamiento conductos o hacer exodoncia.

2.6 APEXIFICACION

Este procedimiento se realizara en dientes permanentes juvenes⁹ durante los estadios III y IV de formación de la

raíz es decir 3/4 de raíz formada y apice abiento con raíz parela o toda la raíz formada y apice abierto (IV).

La apexificación se realiza haciendo una biopectomia con instrumentos anchos, se coloca Hidroxido de calcio con H₂O destilada 2 m.m en el apice. Su acción es primero formar osteocemento y luego induce el cierre del ápice porque se forma la vaina radiocular de Herwit.

2.7 EXPOSICION ACCIDENTAL EN DIENTES PERMANENTES JOVENES

Se hace recubrimiento pulpar directo con Hidroxido de calcio más o menos dos meses.

Fisiológicamente sucede:

- Nérosis
- Inflamación ligera
- Formación de dentina reparadora

En general para la prevención de patologías pulpares hay que tener en cuenta.

3. CRITERIOS PREVENTIVOS 7

- Prevención de caries: Fluor y Sellantes
- Diagnóstico precoz de caries
- Inactivación de caries

Patologías Ideopaticas -> control clinico y radiográfico.

Patología Iatrogenicas -> - Aislamiento absoluto

- Torundas de algodón
esteriles

- Instrumentos esteriles

Patologías Traumáticas -> Protectores bucales para
prevenir la fractura de dientes.

4. CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO DE ENDODONCIA EN DIENTES PRIMARIOS

PARTE I : Estudio o radiográfico de la influencia del
formocresol en la pulpotomía sobre el tiempo
de vida de los molares primarios.

A un no hay acuerdo general sobre el tratamiento adecuado
para la pulpa de los dientes primarios. Las posibilidades
varian desde el recubrimiento indirecto hasta la
extirpación total. El tratamiento ampliamente usado es la
pulpotomía. El hidroxido de calcio al recubrir los
muñones se utiliza para tratar de mantener la vitalidad de
los muñones en los conductos radiculares, mientras que con
el formaldehido se quiere lograr una desvitalización
parcial y una fijación. Estudios han demostrados que la
pulpotomía con formocresol es exitosa.

El objetivo de este estudio era establecer la influencia

particular de esta terapia en el desarrollo y reconocimiento de los dientes permanentes despues de la exfoliación de los primarios.

DISCUSION

El tratamiento endodontico se puede describir como realmente exitoso solamente si este conduce a una condición duradera de la salud dental. La salud dental para dientes primarios no es facilmente definible.⁵

CONCLUSIONES

En el contexto de un estudio promedio de vida de dientes primarios sujetos a pulpotmía con formocresol, en este estudio 1.52 casos fueron comparados con los correspondientes en los lados contralaterales, el tiempo de vida de cada diente que determinado por el registro de el tiempo de exfoliación o extracción. Además los datos fueron colectados relacionandolos con factores que pueden influir en el tiempo de vida de los dientes.

⁵
Se concluyo con este estudio que:

1. No hubo diferencia significativas en el tiempo de vida entre los dientes primarios con o sin pulpotomía.
2. La perdida prematura debido a la extracción no ejercio gran influencia en el tiempo de vida de dientes primarios,

sin tener en cuenta el hecho de que se hubiera realizado la pulpotomía.

3. No hubo diferencias significativas en el número de extracciones de dientes primarios con o sin pulpotomía con formocresol.

4. No hubo diferencia significativa en el promedio de vida entre dientes primarios con vitalidad y sin vitalidad de la pulpa en el tiempo de la pulpotomía con formocresol.

5. Las pulpotomías realizadas imperfectamente fueron seguidas de extracción en el 70% de los casos.

Para un éxito con el tratamiento de pulpotomía se aconseja: aislamiento absoluto del campo operatorio, esterilización repetida del instrumental durante la pulpotomía, torundas esteriles de algodón. Este procedimiento realizado con la mayor esterilidad posible, ayudará en incrementar el porcentaje de éxito en esta técnica.

5. CONSIDERACIONES PROFESIONALES

El mantenimiento de la vitalidad pulpar, ya por una técnica operatoria atraumática, ya por una intervención terapéutica, destinada a mantener la integridad del tejido pulpar, constituye un desafío para el profesional.

Como es el propósito de este trabajo, se recalca el hecho

de que no puede contemplar la terapéutica sin antes asegurarse una evaluación integral del paciente con incorporación de una historia médica. Consideraciones de manejo del espacio y determinación de la patología pulpar.

El objetivo del tratamiento debe ser eliminar las patologías preexistentes sin causar iatrogenias.

BIBLIOGRAFIA

1. ABERASTURY ARMINDA. El psicoanálisis del niño y sus aplicaciones. Editorial Mundi 1984. Cap 1, pag 13-31.
2. BRAHAM RAYMOND-MORRIS MERLEE, Odontología Pediátrica, Editorial Panamericana 1984, cap 4,12,13,14,30.
3. Compendio de Educación continua en Odontología. Vol 1, No. 4 abril de 1985, y Vol 1, No. 8 1985.
4. Enciclopedia Salvat, Editorial Salvat 1980 tomo 7 pag. 1749.
5. JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN SEPTIEMBER-OCTOBER 1986 pag. 343,354,364.
6. JOURNAL OF DENTAL EDUCATION Vol 49 No. 4 1985.
7. MACDONALD RALPH E. Odontología para el niño y el adolescente. Editorial Mundi 1980. Cap 2,3,6,9,10,11.
8. LEYT SAMUEL. Odontología Pediátrica, Editorial Mundi, 1980, cap. 1 y 2.
9. SNAWDER KENNETH D, DMD, Manual de Odontopediatria Clínica, Editorial Labor S.A, 1982, cap. 1,2,3,4,5,6.
10. SIDNEY B. FINN, Odontología Pediatrica, Editorial Interamericana 1982, cap. 2,4,6,7,8,9,10,22.