

Sesión del día 11 de octubre de 1970

LA ODONTOLOGÍA EN PRÁCTICA GENERAL

E. CUENCA

En una estadística realizada en el año 1969 por la Dirección Provincial de Sanidad en Madrid, sobre siete mil escolares en edades comprendidas entre los 6 y los 14 años, los porcentajes de niños con caries no tratadas alcanzaron elevadísimas cifras.

Estos datos, que se encuentran recogidos en la D. G. de Sanidad, reflejan muy exactamente la situación, y constituyen por sí solos un auténtico desafío para la clase odontológica de este país.

No quiero decir con esto que seamos nosotros los responsables de esta situación, y si he empezado con estos datos, es porque quisiera llamar la atención de todos acerca de este problema, y acerca de la gravedad de este problema. Problema cuya resolución a nivel general acomete al estado pero que nosotros desde nuestro particular y cotidiano nivel podemos modificar, mejorándolo.

Para ello es imprescindible revisar toda nuestra metodología en lo que se refiere a nuestra relación con el paciente infantil.

Esta revisión, a diferencia de la que se haría en otras especialidades de Odontología no se referirá solamente a los aspectos propiamente técnicos, sino también a los estrictamente psicológicos, al trato y manejo del paciente infantil, es decir, a lo que se denomina "elaboración de su situación odontológica". Es decir, al niño, el problema no es cómo hacerle una restauración, sino cómo poder hacérsela.

Es un error frecuente considerar al paciente-niño como un hombre pequeño o si se quiere disminuido, y en consecuencia adoptar una actitud decididamente paternalista.

El niño es un ente psicológico perfectamente delimitado, con características propias que no son más pequeñas o más rudimentarias que las del adulto, sino simplemente distintas. El niño, no es que no sea capaz de comprender, puede comprenderlo todo, pero nosotros debemos saber explicárselo. Y a un niño hay que explicárselo todo, absolutamente todo.

Esta peculiaridad se extiende a otros niveles. El niño es un paciente que nunca aparecerá sólo en nuestra consulta, es decir, existe una duplicidad de relación entre nosotros, el paciente, y sus padres o responsables. Esto complica más nuestra labor.

Muchas veces el niño aparece en la consulta acompañando a un familiar al cual el Odontólogo está realizando algún trabajo, y finalizada su visita

se nos propone dar una ojeada al pequeño paciente. Iniciar un tratamiento en esta situación no es casi nunca satisfactorio para la salud dental del paciente, ni para nuestras futuras relaciones con él. Es decir, con frecuencia, nuestra relación con el niño es aislada y sin un plan prefijado de tratamiento, limitado a resolver problemas más o menos agudos a medida que se van planteando. Cuando la práctica de la Odontopediatría debe ser precisamente preventiva, lo que la hace más agradable.

Por lo tanto PRIMERO: educar a los padres.

Para ello dispondremos de una primera visita, en la que el familiar estará presente. En condiciones ideales esta primera visita deberá consagrarse a la elaboración del problema odontológico en el niño, y a ganarnos su confianza (debemos evitar sorprender al niño, enseñándole previamente el instrumental).

La exploración propiamente dicha del paciente no se diferenciará mucho de la que realizaremos en el paciente adulto. Lo que sí será distinto será el modo de efectuarla.

Valuaremos también la edad. La dentición de un niño es mucho más dinámica que la del adulto, y a la hora de tomar una decisión, tendremos en cuenta esta dinámica. De modo que a una exploración clásica visual, seguirá un examen radiológico, que nunca será parcial, sino que abarcará todos los dientes.

La necesidad de una exploración radiológica viene dada por varios factores.

En primer lugar, nos permite valorar el grado de reabsorción radicular de los dientes temporales, el estadio de formación de la dentición definitiva, y en consecuencia la oportunidad de un tratamiento conservador o no. Por otra parte, la especial configuración de los dientes temporales con su mayor extensión pulpar en relación con la superficie dura, hace que aquélla sea más rápidamente vulnerable tanto a la caries, como a nuestras maniobras instrumentales. Y por último, la gran incidencia de caries interproximales, que unido a la menor altura encía-diente, dificulta su localización.

Conviene, pues, recordar algunas características en la incidencia de caries infantiles.

Así, entre los 2 y 6 años, tenemos una mayor incidencia de las caries oclusales, siendo su frecuencia mayor en los segundos molares que en los primeros, y en éstos mayor que en los caninos, siendo los incisivos inferiores los más inmunes. La mayor incidencia en los segundos molares se explica por la mayor profundidad de sus surcos y fosas.

Sin embargo, a partir de los 6 años, se aprecia un notable incremento de la incidencia de caries interproximales, sobre todo en distal del 4 y en mesial del 5, hasta alcanzar igual proporción que las oclusales. Elevándose asimismo la frecuencia de caries interproximales entre el 6 y el segundo molar temporal a partir de los seis años.

Además el progresivo ensanchamiento de los espacios interproximales, hace posible el empaquetamiento.

A partir de esta edad, nuestro interés sería sobre todo la preservación del primer molar definitivo, pero la mejor profilaxis para ello será un buen control de las caries de los dientes primarios, mediante correctas obturaciones.

Por lo demás, un completo examen radiológico de la dentición del niño puede realizarse con la utilización de las placas de aleta de mordida, o placas "Bite-Wing". Con un par de ellas, dispondremos de suficiente material para realizar control de las posibles caries del niño.

Es necesario darnos cuenta que el examen radiológico forma parte de nuestros métodos rutinarios de exploración, tan normal como puede ser el empleo de unos lentes de aumento para ver mejor.

Suele darse el caso frecuente en niños, que la primera consulta responda a un caso agudo que exija una inmediata respuesta terapéutica, en este caso procuraremos aliviar el problema de la forma más abreviada y menos traumática para el niño. Insistiendo en la realización de esta primera exploración en la siguiente consulta. Una vez realizada ésta, podremos establecer el plan de tratamiento, lo cual nos evitará mucho tiempo, puesto que un tratamiento conservador en un niño, realizado mediante cuadrantes, puede muy bien ultimarse en cuatro o cinco sesiones.

Una vez realizada esta primera visita, en la cual además tomaremos contacto, un contacto por así decirlo incruento con el niño, estaremos ya mucho más organizados para iniciar un tratamiento. Debemos prevenir de antemano nuestra actuación, incluyendo soluciones de recambio para cada caso. Es muy desalentador y frecuente examinar la boca de un niño y descubrir innumerables caries, muchas de ellas penetrantes, restos radiculares, etc. La tentación viene con frecuencia de limpiar todo aquello con el forceps, o de resolver momentáneamente el problema agudo, y perder de vista al paciente. Hay que resistir la tentación, examinar el caso y atenerse estrictamente al método. El método por lo demás es sencillo.

Pero antes de entrar de lleno en estos problemas, propiamente de técnica, insistiremos un poco sobre los aspectos del manejo del niño.

Y así una vez realizado este primer examen, el cual practicaremos en presencia del familiar, aprovecharemos esta visita para explicar a la madre que es necesario para el mejor tratamiento del niño que durante el mismo sea el niño sólo el que esté con el dentista. Esto es a veces difícil de aceptar para algunas madres, sin embargo debemos tener habilidad para convencerla, y mantenernos muy firmes en esta premisa, aun a riesgo de no realizar el tratamiento.

Es muy importante en el tratamiento del niño establecer una comunicación todo lo simple que se quiera entre el paciente y el dentista. Este hecho que en la práctica normal para adultos tiene menos importancia, es fundamental para los niños. En la práctica con adultos, por el hecho

mismo de que el paciente tenga bloqueados sus dispositivos de comunicación, hace que la interrelación con él por parte del dentista sea bastante silenciosa. Además la Odontología moderna, cada vez más tecnificada, aumenta este hecho.

En Odontopediatría todo debe de ser distinto, y eso debe de tenerlo presente el odontopediatra. El niño precisa nuestro apoyo psicológico constantemente, durante todo el tratamiento, y esa relación (transferencia positiva) no es posible establecerla mediante intermediarios, es decir, en tanto la madre esté presente aunque sea silenciosamente; la relación con nosotros se establecerá a través de ella, con lo cual nunca conseguiremos su completa entrega y confianza.

Es decir, el tratamiento del niño requiere por nuestra parte un sobre-esfuerzo, en el sentido de que debemos desdoblarse nuestra atención, por una parte sobre el problema técnico en sí, y por otra controlar su atención mediante nuestras palabras. Esto no quiere decir que debamos divertir al pequeño paciente, ni mucho menos engañarle. El paciente infantil no perdona jamás un engaño, por ello la consabida fórmula del "no te voy a hacer nada" es absolutamente contraproducente y sólo válida para una vez, la primera. Hay que advertirle lo que se le va a hacer, advertírsele debidamente, claro, explicarle siempre y de antemano lo que se le va a hacer, sobre todo la primera vez. Y una vez explicado, hacerlo rápidamente y con seguridad, el niño es muy sensible a las vacilaciones, así que es muy importante demostrar que en la consulta el dentista es el que lleva la iniciativa.

Por esta razón, no permitiremos nunca que un niño se vaya del consultorio sin que se le haya hecho nada; aunque realmente así sea, por lo menos él debe irse con la sensación de que se le ha hecho algo.

Por otra parte, hay que dejarle un margen de control de la situación o por lo menos darle esa sensación, evitándole la impresión de impotencia que puede forzarle a la angustia, al pánico y al descontrol total.

Una vez establecido el plan de tratamiento, iniciaremos éste.

Caso de que exista alguna pieza con gangrena pulpar, comenzaremos siempre con ésta, ya que ello nos permitirá iniciar el tratamiento de una forma indolora, sin necesidad de anestesia, familiarizando al niño con el medio odontológico.

Es preciso esforzarse en todo tratamiento conservador, más en niños, en realizarlo bajo eficaz anestesia. En ocasiones ello nos parece una pérdida de tiempo, o bien el temor nuestro a manejar la jeringa de anestesia delante del niño, es aun mayor que la del propio niño ante la misma. Esto siempre, o casi siempre, conduce a una serie de problemas que redundan en una pérdida de tiempo y en un tratamiento no del todo correcto.

A menudó esto se ve complicado o dificultado por anteriores experiencias dolorosas del niño, lo que le hace caer en el pánico ante la sola visión de la jeringa. Por todo ello debemos mejorar nuestra técnica, a fin de

hacerla lo más rápido y menos dolorosa posible. Una vez logrado esto, no tendremos más problemas para manejar el niño en el futuro. Procuraremos pues realizar una anestesia por cuadrantes, con lo que nuestro trabajo será mucho más rápido y cómodo, y sobre todo más relajado, evitando trabajar bajo tensión. La técnica de anestesia no difiere de la realizada en el paciente adulto, fondo de vestibulo superior, espina de Spinx en el inferior. Esta anestesia nos permitirá realizar un cuadrante en cada sesión. Cuidaremos de hacer estas operaciones con rapidez, evitando la exhibición de agujas a la vista del niño; no se trata de sorprenderlo, puesto que previamente en ésta como en todas las operaciones que realicemos será advertido previamente. Al niño le es más fácil controlar el dolor que el pánico, y éste es provocado con frecuencia por las sorpresas.

TRATAMIENTO DE LAS CARIES EN LOS NIÑOS EN DIENTES PRIMARIOS. —

Lo dividiremos en — caries que no requieren tratamiento pulpar

— caries que requieren tratamiento pulpar.

Poco voy a decir acerca del tratamiento de la caries de primer y segundo grado, puesto que las trataremos de forma usual. La amalgama de plata será el material electivo por excelencia en Odontopediatria, podemos emplearla sin zinc dado que en ocasiones es difícil conseguir mantener seco el campo de trabajo.

Simplemente tendremos muy en cuenta, dada la enorme incidencia de caries mesiales y distales D y E, de desconfiar siempre en caso de caries en estas piezas, y en un elevado tanto por ciento de los casos, si abrimos por mesial o distal, encontraremos una caries. Recordemos asimismo las características de la pulpa en estos dientes de primera dentición y la extensión de los cuerpos pulpares.

Caries que requieren tratamiento pulpar. — La gran incidencia de caries en los niños, junto a la mayor proximidad de la pulpa en la superficie del esmalte, hace que el porcentaje de dientes primarios cuyo tratamiento exija una terapia pulpar sea mucho más elevado que en el adulto.

Describiremos a continuación algunas de las técnicas de terapéutica pulpar más frecuentes en dientes primarios, y sus indicaciones.

Recubrimiento pulpar directo. — Es la forma más simple de terapéutica pulpar: consiste en colocar una capa de material protector encima de la exposición pulpar, exposición frecuentemente instrumental. Está indicada sobre todo en pequeñas exposiciones pulpares instrumentales. Respecto al tipo de material a emplear, parece ser que el Hidroxidocálcico es el más idóneo por la facilidad de inducir la formación de neodentina. Además su alcalinidad lo hace especialmente neutro con respecto a la pulpa.

Recubrimiento pulpar indirecto. — Existen otros casos muy frecuentes en los que no existe una exposición pulpar propiamente dicha, pero en los que la dentina cariada reblandecida alcanza hasta el tejido pulpar. En estos casos podemos hablar de recubrimiento pulpar indirecto.

Algunos autores (LAWN y LEWIS) se han ocupado especialmente de esta técnica, y citan estadísticas de un 76% de éxitos en dientes temporales.

Ello consiste simplemente en remover las capas más blandas de dentina cariada y realizar un recubrimiento con Hidroxidocálcico sobre la dentina remanente, colocando seguidamente y en la misma sesión una obturación de Ag. Después de 6 meses se levanta la obturación y ya sobre dentina endurecida se realiza la obturación definitiva.

Pulpotomía. — Es la extirpación de la pulpa coronal o extirpación parcial de la pulpa.

Es el tratamiento de elección en aquellas exposiciones pulpares amplias.

Pulpotomía con Formocresol. — Últimamente se ha generalizado la utilización del Formocresol en las pulpotomías en sustitución del H. de C.

El Formocresol es una sustancia que ya se venía usando de antiguo como antiséptico de los canales radiculares en tratamientos endodónticos.

Diversos autores americanos, en los últimos años, han realizado abundantes estudios acerca del comportamiento histológico del Formocresol sobre pulpas vivas, en ratas, monos, así como en dientes humanos. La comparación de los resultados obtenidos en relación con el HC ha sido ampliamente favorable al Formocresol. El Formocresol es una combinación de Formaldehído y Tricresol en Glicerina (19% de Formaldehído, 35% de Tricresol y 15% de Glicerina Agua).

El Formocresol, al contrario del HC, no induce la formación de neodentina, sino que crea una zona de fijación o momificación de profundidad variable, allí donde está en contacto con tejido vital. Esta zona está libre de bacterias e inerte, siendo resistente a la autólisis. El tejido pulpar situado por debajo de la zona de fijación, queda vital, y sus reacciones van desde una ligera inflamación hasta una proliferación fibroblástica. Habiéndose observado que es menos frecuente que ocurra una reabsorción radicular que utilizando el HC.

Indicaciones. — En dientes o molares de primera dentición vivos.

Contraindicaciones. — Clínicamente no lo utilizaremos: Primero, en historias de dolor espontáneo.

Segundo, cuando hay dolor a la percusión.

Tercero, cuando hay supuración, o cuando radiológicamente notemos signos de reabsorción interna.

Técnica. — 1.º Anestesia. 2.º Con una fresa de fisura, se abre cámara, removemos con una cucharilla la pulpa cameral y limpiamos con Suero Salino. Si sangra, controlaremos la hemorragia con algodón impregnado en Adrenalina. Una vez controlada la hemorragia, se coloca un algodón impregnado en Formocresol cuidando de quitar el exceso y se coloca en la cámara pulpar durante 5 minutos. Al cabo de los cuales se sella con Óxido de Zinc Eugenol, añadiendo una gota de Formocresol. Si la hemorragia persiste, se deja el algodón impregnado con Formocresol, y se sella. Al cabo de 3 o 4 días, se levanta y cierra definitivamente.

TRATAMIENTO DE DIENTES TEMPORALES CON GANGRENA PULPAR. — La presencia de abscesos periodontales en los niños es muy frecuente, y a menudo es bajo estas condiciones que vemos al paciente por primera vez. El tratamiento conservador es en estos casos difícil y comprometido en cuanto al futuro.

Sin embargo, y en aquellos casos favorables, debemos intentar el tratamiento conservador. Para ello, valoraremos el estado general del niño, sus condiciones de salud, la edad, el grado de reabsorción de la pieza afectada y su movilidad, así como las consecuencias de la extracción referidas al resto de su dentadura.

Una vez considerado esto, y si el caso ofrece posibilidades, ampliaremos la cavidad, dejando cámara y canales bien accesibles, tras lo cual limpiaremos cámara y acceso de canales con Clorina, realizando un lavado concienzudo, tras lo cual llenaremos la cámara con un algodón impregnado con Formocresol, procurando que el líquido penetre en los canales. Sellando luego provisionalmente. Si el absceso es particularmente grande, o las condiciones del niño no son muy buenas, podemos prescribir antibióticos. Daremos un margen de 7 a 10 días, pudiendo renovar esta cura otra vez. Si pasado este tiempo la sintomatología no remite, decidiremos la extracción, si por el contrario ha remitido, levantaremos la cura, limpiaremos de nuevo, insistiremos con el Formocresol, y sobre el mismo realizaremos una obturación en la forma habitual.

Esta metodología proporciona un sorprendente número de éxitos y aparte de las ventajas que supone la conversión de la pieza dentaria es para el dentista una oportunidad de establecer un contacto fácil e indoloro con el niño, con lo que nos aseguramos su futura colaboración.

TRATAMIENTO PULPAR EN DIENTES PERMANENTES EN LOS CUALES EL ÁPICE NO HA SIDO AÚN CERRADO. — Es preciso antes de iniciar cualquier instrumentación conseguir la reducción de la sintomatología aguda. Por ejemplo, en un absceso antibióticos, abrir el diente para lograr el drenaje.

Una vez asintomático en una primera sesión, se establece un buen acceso al canal radicular y se irriga y limpia éste. Sellamos con CMC y cemento provisional.

En una nueva sesión, siete días después, se remueve la obturación y se limpia nuevamente.

Se limpia el canal teniendo cuidado al instrumentar de quedarnos cortos unos 3 milímetros con respecto al ápice.

Una vez conseguida una buena limpieza del canal se introduce HC, o HC + CMC mediante una punta de gutapercha.

Se intenta un buen relleno, procura sacar el exceso de la cámara pulpar, y sellamos con cemento de silicato.

Al cabo de 6 meses realizamos control radiográfico, y si el ápice se ha

cerrado, se limpia nuevamente el canal, y se realiza una obturación del mismo, con los métodos convencionales, procurando no alcanzar el ápice.

EL PROBLEMA DE LOS MOLARES DE LOS 6 AÑOS. — Hasta aquí, hemos hablado de dientes temporales, pero en la boca del niño, van apareciendo también, en diversos estadios de su desarrollo, las piezas permanentes, las cuales ofrecen también con frecuencia problemas. Y una de las piezas que más atenciones nos requiere, por la frecuencia con la que se presentan y la transcendencia de los mismos, es el primer M permanente o el molar de los 6 años.

Todas las estadísticas coinciden en que ésta es la primera pieza que se pierde en la dentición permanente.

Su prematura ausencia ocasiona frecuentes problemas ortodónticos y en la oclusión. Por todo ello nuestra postura será conservadora en lo posible; conservadora, pero no expectante. Es decir, cuando llegamos a la conclusión de que un primer molar se encuentra definitivamente perdido, debemos tener presente que su extracción prematura ocasiona menos problemas que si ésta se va retrasando.

Así dividiremos los casos según haya erupcionado el segundo molar permanente o no haya erupcionado todavía. En el primer caso, es decir, cuando existe ya la presencia del segundo molar permanente, extremaremos nuestro criterio conservador, el cual a menudo deberá consistir en un tratamiento endodóncico. A menudo, por diversos casos, este tratamiento idóneo no puede realizarse, y entonces la extracción irá seguida de la colocación de un mantenedor de espacio.

En el segundo caso, cuando no existe todavía erupcionado el segundo molar existen mayores probabilidades de que éste sufra una migración mesial, tendiendo a ocupar el espacio dejado por el 6, con la consiguiente normalización de la oclusión. Y siguiendo ese razonamiento, si son 3 los primeros molares que deben ser extraídos, debido a su destrucción, o inflamación, estará indicada la extracción del cuarto, aunque esté indemne, con el fin de regularizar la futura oclusión del niño.

Hablaremos ahora, dentro de los frecuentes problemas que plantea la Odontología de niños, de las fracturas de los dientes permanentes.

Las dividiremos en: 1.º Fracturas que incluyen únicamente el esmalte. En estos casos una exploración rutinaria debe establecerse, consistiendo en exploración de la vitalidad, exploración de la movilidad, radiografía apical de control. Si no hay afectación pulpar, y el diente es vital, realizaremos simplemente otro control a los 4 o 6 meses con nueva radiografía y especial atención a posibles cambios de coloración. Indicaciones de índole estético no suelen ser frecuentes, limitándose a veces a una regularización del borde con la fresa.

2.º Fracturas que interesan esmalte y dentina, sin exposición pulpar. Realizaremos exploración de la vitalidad, movilidad, así como de los dientes

próximos, y radiografía de control apical. Si hay desplazamiento dentario, reducción e inmovilización. Si la pulpa está indemne, debemos recubrir los túbulos dentinales con Hidróxido Cálcico, colocando encima Óxido de Zinc Eugenol, mediante una funda de celulosa o una corona metálica prefabricada.

3.º Fracturas con exposición pulpar. Frente a una fractura con exposición pulpar, tres posibilidades terapéuticas se nos presentan. Primero, recubrimiento pulpar directo; segundo, pulpotomía; tercero, pulpectomía; cuarto, extracción.

Primero: Recubrimiento pulpar directo.—Es el más simple de los tratamientos. Se utilizará en aquellas exposiciones pulpares pequeñas, en traumatismos recientes de 24 horas en los cuales no aparezca sintomatología de sufrimiento pulpar. Sobre el recubrimiento, se colocará una funda de celulosa o una corona de metal.

Segundo: Pulpotomía.—Estará indicada cuando la exposición pulpar es amplia y la pulpa es vital y no hay gran hemorragia (una hemorragia amplia es casi siempre síntoma de degeneración pulpar) y no hay infección pulpar. Para ello consideraremos que toda pulpa que ha sido expuesta más de 72 horas, está cuando menos contaminada y por lo tanto resulta arriesgado realizar pulpotomía.

La pulpotomía se realizará previa anestesia con un buen aislante del diente, a apertura de cámara y amputación de pulpa cameral hasta la unión esmalte cementaria, control de hemorragia y colocación de HC 1 o 2 milímetros, y una restauración temporal encima.

Realizaremos control a los 6 meses y consideraremos que el tratamiento ha tenido éxito: 1.º Si se ha formado un puente de dentina secundaria en el lugar de la amputación.

2.º Si hay un normal desarrollo del ápice.

3.º Si hay ausencia de reabsorción, e infección periapical.

Tercero: Pulpectomía.—Está indicada la completa extirpación de la pulpa si ésta se encuentra infectada, degenerada o ha perdido su vitalidad. Si la exposición pulpar se ha prolongado por más de 72 horas, la pulpa está generalmente infectada, y su extirpación está indicada.

Aplicaremos la técnica antes indicada al mencionar los tratamientos pulpares en dientes permanentes, cuyo ápice no ha sido aún cerrado.

Por último la extracción del diente, que es la última alternativa, cuando las condiciones de supervivencia no son favorables.

BIBLIOGRAFÍA

- BRAUER: Dentistry for Children. McGraw-Hill Book Company.
 FINN, SIDNEY: Clinical Pedodontics. W. B. Saunders Company.
 INGLE: Endodontics. Lea & Febiger.
 LAW, DAVID: An Atlas of Pedodontics. W. B. Saunders Company.