

PRECONC

Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional

CURSO



Odontología integral para niños II

MODULO



**Problemas periodontales
y criterios quirúrgicos**

PALTEX

PROGRAMA AMPLIADO DE LIBROS DE TEXTO Y MATERIALES DE INSTRUCCION

PRECONC

Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional

.....

CURSO

3

Odontología integral para niños II

MODULO

2

**Problemas periodontales
y criterios quirúrgicos**

Dirección general del PRECONC:

Dra. Noemí Bordoni

Equipo técnico responsable:

Dra. Raquel Doño
Dra. Virginia Preliasco
Dra. Mariana Bonazzi
Lic. Verónica Fallik
Dra. Shirley Valente

© Organización Panamericana de la Salud 1992

ISBN Obra Completa: 950-710-029-6

ISBN Volumen 8: 950-710-039-3

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo o escrito de la Organización Panamericana de la Salud. Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

Publicación de la
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street N.W.
Washington, D.C. 20037 E.U.A.

1992

Contenido

- Submódulo $\triangle 1$ Problemas gingivales y periodontales en niños y adolescentes, por Virginia F. de Preliasco y Hugo Romanelli 7
- Submódulo $\triangle 2$ Criterios quirúrgicos en odontopediatría, por José Luis Ferrería 43

Autores

Virginia F. de Preliasco: Profesora adjunta de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Hugo Romanelli: Profesor adjunto de la Cátedra de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

José Luis Ferrería: Profesor de la Cátedra de Cirugía Maxilo Facial, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.



SUBMODULO

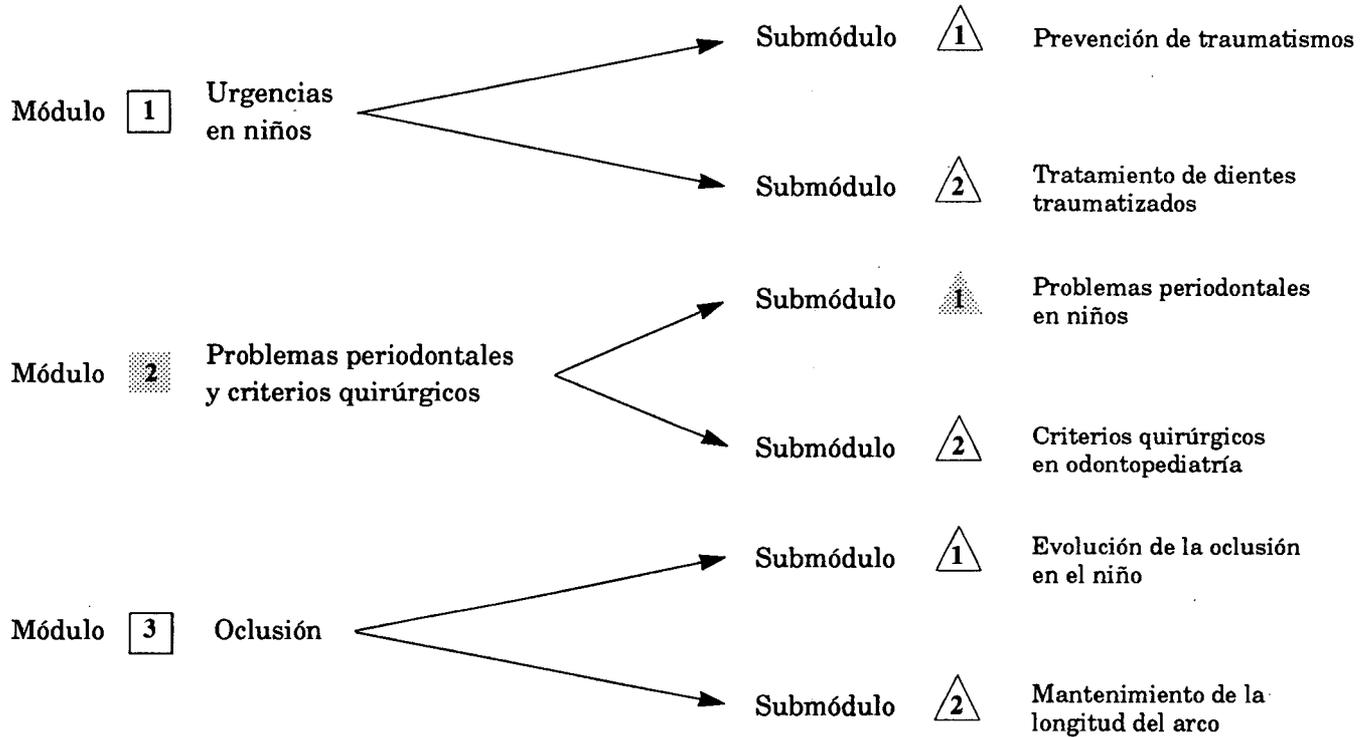
Problemas gingivales y periodontales en niños y adolescentes

**Virginia F. de Preliasco
Hugo Romanelli**



Curso 3 Odontología integral para niños II

Contenido



Objetivo del curso ③

Programar, ejecutar y evaluar la atención integral de salud bucal del niño, aplicando un fuerte componente preventivo.

Objetivo del módulo ②

Prevenir y resolver eficazmente los problemas periodontales del niño y del adolescente y dar orientación frente a problemas de resolución quirúrgica.

Objetivos del submódulo △¹*Objetivo general:*

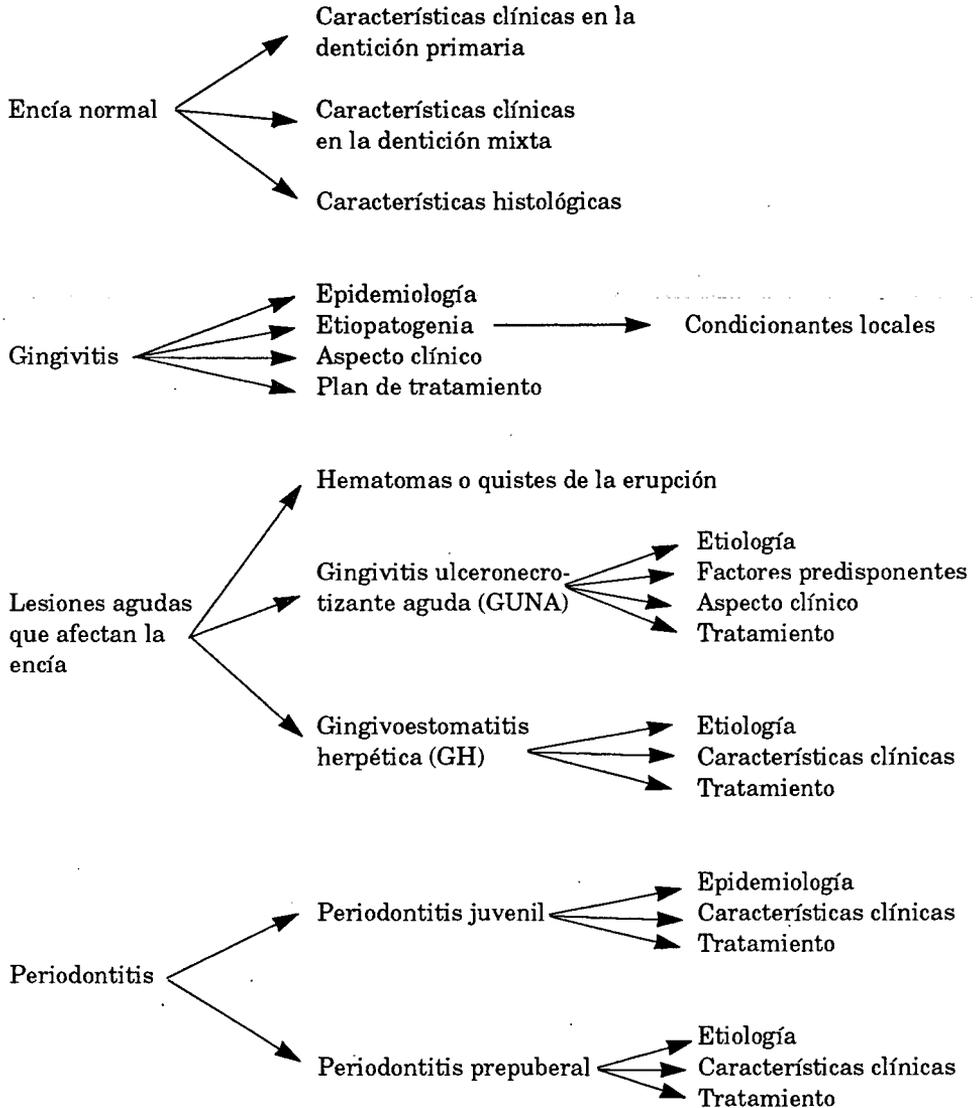
Fundamentar, ejecutar y evaluar un plan de atención para enfermedades gingivales y periodontales en niños y adolescentes.

Objetivos específicos:

1. Describir las condiciones de normalidad de la encía de los niños con dentición primaria y mixta.
2. Describir los aspectos epidemiológico, clínico y etiopatogénico de la gingivitis en niños y adolescentes.
3. Elaborar un plan de tratamiento y reconocer los objetivos de cada paso a realizar.
4. Diagnosticar y resolver las lesiones agudas que afectan la encía de niños y adolescentes.
5. Diagnosticar y resolver las lesiones periodontales de niños y adolescentes.
6. Identificar lesiones gingivales de enfermedades sistémicas.

Diagrama del contenido

Introducción



Lesiones gingivales y periodontales de enfermedades sistémicas

Introducción

La enfermedad periodontal es la principal causa de pérdida dentaria después de los 40 años. Las alteraciones de los tejidos gingivoperiodontales pueden comenzar en la infancia o en la adolescencia (Mc Coll, 1938; Baer, 1971). Una actitud preventiva requiere el diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad; para ello, es necesario reconocer la normalidad de los tejidos gingivales y periodontales y sus alteraciones tempranas debidas a la acción de la placa bacteriana.

OBJETIVO 1

1. Encía normal

Los tejidos periodontales comprenden: la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar. La función de estos tejidos es unir el diente al tejido óseo de los maxilares y mantener la integridad de la superficie masticatoria de la cavidad bucal (Figura 1).

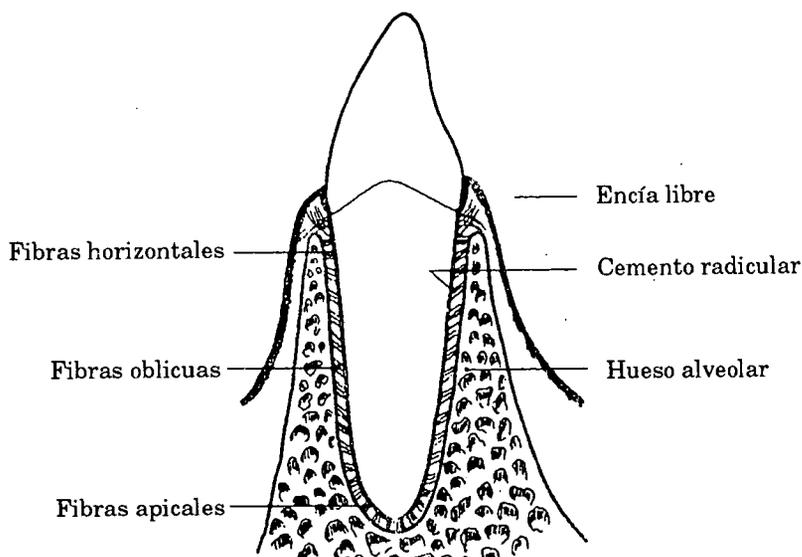


Figura 1. Esquema de la ubicación del ligamento periodontal

Durante la infancia y pubertad los tejidos periodontales están en constante estado de cambio debido a la exfoliación y erupción dentaria. Esto dificulta la descripción del periodonto normal, porque varía de acuerdo con la edad del paciente (Baer y Benjamin, 1975).

1.1 Características clínicas de la encía en la dentición primaria

- color rosa pálido
- no existe un límite definido entre la encía libre y la insertada como ocurre con el adulto
- la encía insertada es punteada, firme y más ancha en la zona anterior, disminuyendo hacia la zona posterior
- la papila tiene forma triangular en sentido mesiodistal con un surco vestibular que se pierde hacia apical. En sentido bucolingual, es de forma cóncava (Figura 2).

Cuando existen diastemas la papila es aplanada en sentido mesiodistal y redondeada en sentido bucolingual (Figura 3).

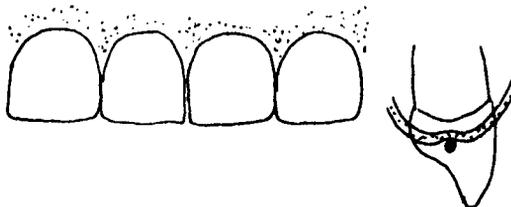


Figura 2. Dentición sin diastemas

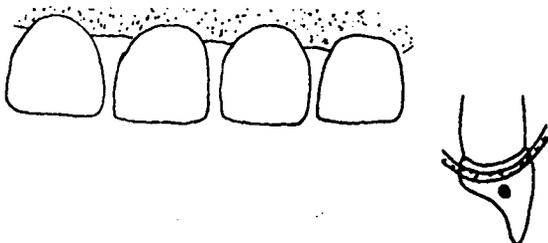


Figura 3. Dentición con diastemas

El surco gingival normal tiene una profundidad promedio de 1 mm a 3 mm y en él se encuentran pequeñas cantidades de fluido gingival, aun en estado de salud.

1.2 Características clínicas de la encía en la dentición mixta observada en los dientes en erupción

- color más rojizo, debido a la mayor vascularización y al epitelio gingival más delgado y menos cornificado
- consistencia más depresible y margen redondeado y agrandado por la hiperemia y el edema que acompañan a la erupción
- ausencia de punteado, debido a que las papilas conectivas son más cortas y planas.

1.3 Características histológicas

En la dentición primaria: la encía insertada es ancha, firme, con el epitelio queratinizado. Aun en el lactante desdentado, la encía insertada es firme y punteada y está bien adherida al hueso.

La adhesión epitelial es más larga que en el adulto. La encía marginal es retráctil y poco rígida, en relación con una mayor proporción de sustancia fundamental respecto de fibras colágenas.

El sistema de fibras colágenas está compuesto por fibras numerosas y delgadas, carece de la disposición en haces que se observa en el adulto, tiene menos fuerza tensional. Esto explicaría la mayor flaccidez de la encía marginal en el preescolar.

La vascularización es más extensa en la zona marginal y explica la trasudación hacia el tejido conectivo, fomentando su hidratación; la encía marginal tiene así una constitución laxa y de mayor turgencia (Baer y Benjamin, 1975).

OBJETIVO 2

2. Gingivitis

2.1 Epidemiología

La enfermedad periodontal es una de las más predominantes en el mundo y la causa más común de pérdida de dientes en los países desarrollados después de los 40 años (Ainamo, 1980).

Los datos epidemiológicos muestran escasa prevalencia de gingivitis en la dentición primaria. Los resultados de algunos estudios (Mackler y Crawford, 1973; Matsson, 1978) indican que los preescolares tendrían una posición privilegiada en relación con la tolerancia de placa sin desarrollar gingivitis. El período de inhibición en cultivos de placa en esos dos estudios clínicos fueron de 27 y 21 días respectivamente, sin producir lesión gingival.

En el período de dentición mixta, la determinación de la prevalencia de gingivitis resulta difícil por asociarse con una leve inflamación producida por la exfoliación de los dientes primarios y la erupción de los permanentes.

En adolescentes de 15 años se demostró una prevalencia del 100% de gingivitis cuando se usaron índices muy sensibles (Anerud *et al.*, 1979).

2.2 Etiopatogenia

En el adulto se observó histológicamente que las primeras alteraciones ocurren a las 48 horas de depositada la placa. Se registra una inflamación aguda (vasculitis, exudado, etc.) y pérdida de colágeno en la zona cercana al epitelio interno a través del cual penetran las toxinas de la placa bacteriana. Después del cuarto día ya se observan linfocitos y monocitos y alteración de los fibroblastos. A los 14 días hay ulceración del epitelio de unión y gran cantidad de células plasmáticas y, por lo tanto, hemorragia al sondaje.

El pasaje de la gingivitis a la periodontitis todavía no está claro. En la actualidad se está estudiando la respuesta del huésped para clarificar esta evolución. Se sabe que la mayoría de las periodontitis se establecen en donde hubo una gingivitis previa pero *no* todas las gingivitis evolucionan hacia una periodontitis. El diagnóstico diferencial entre ambas se basa en la pérdida de la cortical de la cresta y en la formación de bolsa periodontal verdadera.

En niños los principales hallazgos son: mayor cantidad de linfocitos y menor cantidad de células plasmáticas. Además, el epitelio interno es

más ortoqueratinizado que en el adulto. Este hecho explicaría la diferencia de evolución entre la gingivitis del niño y la del adulto.

2.2.1 *Condicionantes locales*

Tanto en el niño como en el adulto la *única* causa de inflamación gingival es la placa bacteriana. Existen sin embargo factores locales que si bien no producen *per se* inflamación gingival, favorecen la acumulación de la placa bacteriana y, por lo tanto, el establecimiento de la gingivitis (Björby y Løe, 1967).

Algunos de estos factores son:

- a) *Presencia de cálculo supragingival*: el cálculo es placa mineralizada; su superficie está cubierta por placa bacteriana viva no mineralizada. Es permeable a los productos tóxicos de la placa. La superficie áspera y porosa del cálculo provee una zona de asiento para los microorganismos que se fijan con facilidad a su superficie irregular, lo que favorece el crecimiento de la placa.

Se observó en niños con una prevalencia de 9% entre los 4 y los 6 años; 18% entre los 7 y los 9 años, y 33 a 43% entre los 10 y los 15 años (Everett, Tuchler y Lu, 1963). En adolescentes entre 16 y 21 años varía entre el 44 y el 88%. En niños, la mayor frecuencia ocurre en la zona lingual de los incisivos inferiores y en vestibular de los molares superiores. Puede cubrir las caras oclusales en molares sin antagonista o en los que no se utilizan para la masticación. Puede depositarse en el tercio gingival de las caras libres en dientes con defectos estructurales del esmalte.

- b) *Malas posiciones dentarias*: determinan un acúmulo mayor de placa por la dificultad de higienizar los dientes que no están correctamente alineados.
- c) *Caries cavitadas*: las caries cuya localización permite un contacto íntimo con la encía, favorecen la acumulación de placa.
- d) *Ortodoncia*: los movimientos ortodónticos no producen lesión gingival. La inflamación gingival que presentan muchos niños tratados ortodónticamente se debe a la dificultad de controlar la placa bacteriana en la zona de los *brackets* y principalmente en la zona interproximal por la imposibilidad de utilizar el hilo dental.
- e) *Erupción de los dientes permanentes*: durante la erupción el margen se desplaza a lo largo de la corona y crea condiciones anatómicas que favorecen el acúmulo de placa.

- f) *Restauraciones*: la presencia de coronas, los mantenedores de espacio y las obturaciones mal pulidas o sin adaptación marginal en las zonas vecinas a la encía facilitan el acúmulo de placa bacteriana.
- g) *Defectos estructurales de esmalte severos*: producen un mayor depósito de placa y cálculo en las superficies rugosas (ejemplo: amelogénesis imperfecta, fluorosis grave).

2.3 Aspecto clínico

Løe, Theilade y Jensen (1965) demostraron que cuando se suspenden los hábitos de higiene bucal en pacientes con salud gingival, a los 15 días se produce gingivitis en todos los casos, y cuando la higiene bucal recomienza, la gingivitis remite por completo. Por lo tanto, puede inferirse que la placa bacteriana es necesaria y suficiente para producir gingivitis, y que, una vez eliminada aquella, esta desaparece.

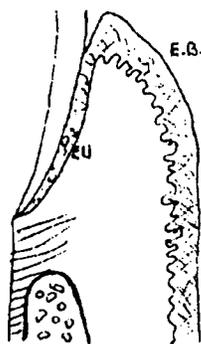
Las manifestaciones clínicas precoces son:

- cambios de color en la encía debido a la hiperemia
- engrosamiento del margen gingival a causa del edema
- formación de bolsa gingival o falsa
- hemorragia al sondaje, debido a una alteración del epitelio interno
- *no existe pérdida ósea*: los cambios solo ocurren al nivel del periodonto de protección.

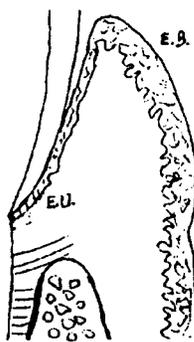
Toda encía que sangra espontáneamente o ante algún estímulo externo (cepillado, sondaje, etc.) presenta gingivitis y debe ser tratada de inmediato.

Diagnóstico diferencial entre encía sana, gingivitis y periodontitis

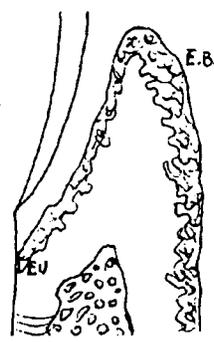
	Encía sana	Gingivitis	Periodontitis
Clínica	No sangra al sondaje color rosa pálido firme *	– Hemorragia al sondaje – Cambio de color y textura – Bolsa falsa	– Hemorragia al sondaje – Cambio de color y textura – Bolsa verdadera
Radiográfica	Cresta normal Cortical íntegra	No hay cambios	Pérdida de la cortical de la cresta
Histología	Sin signos de inflamación	El proceso inflamatorio involucra el periodonto de protección	El proceso inflamatorio involucra el periodonto de protección y de inserción Hay descenso apical del epitelio de unión



Encía normal



Gingivitis



Periodontitis

Figura 4. Esquema de cortes histológicos de encía sana, gingivitis y periodontitis

EU: epitelio de unión

EB: epitelio bucal

Autoevaluación con clave de corrección**Ejercicio 1**

¿Cuáles son los cambios observables en la encía normal del escolar, respecto del preescolar?

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 2

Enumere al menos tres diferencias entre gingivitis y periodontitis

Gingivitis	Periodontitis
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Ejercicio 3

En un niño de 7 años al que le están erupcionando los incisivos superiores usted observa que en esa zona la encía está roja, blanda y con el margen agrandado y redondeado. No hay punteado. ¿Qué diagnóstico hace?

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 4

Elena, de 10 años, consulta porque le sangran las encías cuando se cepilla los dientes. Tiene la encía roja con las papilas agrandadas y sin punteado. Sangra al sondaje. Se observa abundante placa. ¿A qué atribuye la condición de su encía? ¿Cuál es su diagnóstico?

.....

.....

.....

.....

.....

Clave de corrección

Ejercicio 1

El color es más intenso en la dentición permanente.

La consistencia es más firme en la dentición primaria y depresible y con el margen agrandado durante la erupción de los dientes permanentes.

El aspecto es punteado en la dentición primaria, mientras que en la dentición mixta hay ausencia de punteado.

Ejercicio 2

Verifique sus respuestas comparándolas con el Cuadro 1.

Ejercicio 3

La encía es normal para esa edad, en que erupcionan los incisivos superiores. Debe reforzarse el cepillado dental ayudando al niño a tomar conciencia del nuevo esquema corporal de su boca.

Ejercicio 4

La abundante placa produce la *gingivitis* que se observa en la paciente.

OBJETIVO 3

2.4 Plan de tratamiento

Una vez diagnosticada la gingivitis se debe elaborar un plan de tratamiento, que incluye los siguientes pasos:

- a) higiene bucal,
- b) eliminación de factores que favorecen la retención de placa,
- c) raspaje de la pared dura de la bolsa,
- d) controles periódicos.

Este conjunto de pasos se denomina *terapia básica*. Se desarrollará cada uno de ellos.

- a) *Higiene bucal*: deberá planificarse un programa adecuado a las necesidades de cada paciente.

En ① ② △ se desarrolla ampliamente el tema.

En función del diagnóstico de la enfermedad se recomienda el uso de elementos interdentarios específicos.

Cuadro 2. Sistematización del uso de elementos de higiene bucal

Situación clínica diagnóstico	Característica	Técnica de cepillado	Recurso interdentario
Encía sana	La encía cubre los espacios interdentarios	– Horizontal hasta los 8 años – de Bass desde 9 años en adelante	Hilo dental
Gingivitis	a) La encía cubre los espacios interdentarios	Técnica de Bass	Hilo dental
	b) La encía no cubre los espacios interdentarios	Técnica de Bass	Palillo interdental
	c) Uso de aparatología ortodóncica	Técnica de Bass Uso de cepillo con dos hileras de cerdas entre los <i>brackets</i>	Palillo interdental fino
Periodontitis	Dientes migrados o con diastemas Espacios interdentarios amplios por descenso de la papila	Técnica de Bass	Palillo o cepillo brochita interdental

- b) *Eliminación de factores retentivos*: es fundamental para que el paciente pueda controlar la placa bacteriana. Factores como obturaciones desbordantes y obturaciones defectuosamente pulidas o mal adaptadas representan un nicho muy importante para el acúmulo de placa.
- c) *Raspaje de la pared dura de la bolsa*: el objetivo del raspaje es eliminar la placa, el cálculo depositado sobre la pared dura de la bolsa y el cemento que está infectado. El raspaje subgingival es relativamente más complejo que el supragingival porque la pared gingival de la bolsa oculta el cálculo y la hemorragia dificulta la observación. Además, la adhesión del cálculo subgingival es más firme; no obstante, la técnica de eliminación es la misma.

Los cálculos supragingivales, sobre todo en los niños, están poco adheridos. La instrumentación se realiza con visión directa y con una libertad de movimientos que no es posible en el raspaje subgingival.

I. Selección del instrumental: se utilizan principalmente:

- a) puntas Morse nº 0 y 1,
- b) curetas tipo Gracey nº 5/6, 11/12 y 13/14,
- c) curetas universales (Columbia) nº 13/14,
- d) raspadores superficiales de jaquette nº 1.

II. Toma del instrumental: debe ser firme. La toma es en lapicera modificada. El dedo medio debe apoyar la yema en el cuello de la cureta.

III. Punto de apoyo: debe ser tomado lo más cerca posible de la zona a raspar (Figura 5).

IV. Angulación correcta: el cuello de la cureta debe estar casi paralelo a la superficie a raspar.

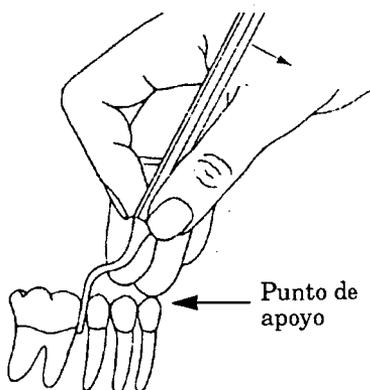


Figura 5. Toma de la cureta y apoyo digital (tomado de Pattison y Pattison, 1985)

Una vez terminado el raspaje, se puede hacer un lavaje con una solución antiséptica (por ejemplo clorhexidina).

El raspaje supragingival se completa con un pulido minucioso de las superficies dentarias con una tacita de goma con el objeto de disminuir la retención de placa. Como pasta limpiadora puede utilizarse harina de piedra pómez con agua. Se lava con agua para eliminar los restos de la pasta pulidora. Inmediatamente después se realiza una topicación con fluoruros para remineralizar las zonas tratadas y disminuir la hipersensibilidad posterior.

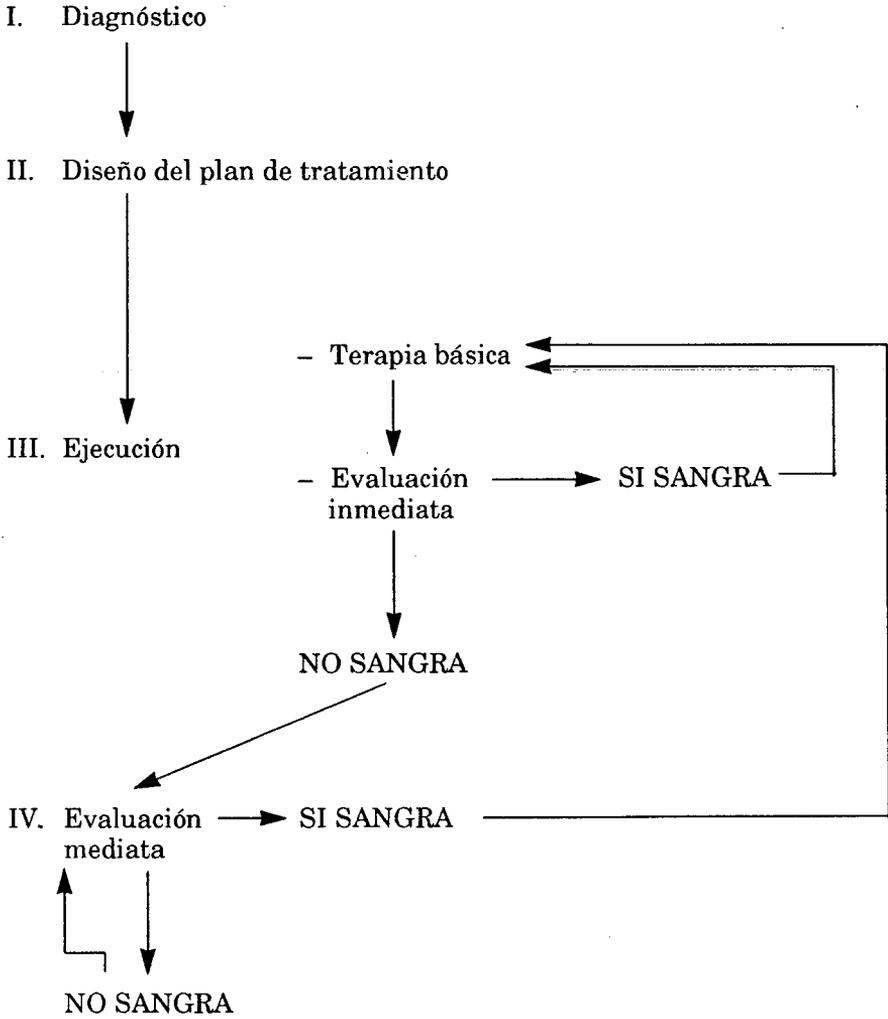
Monitoreo del paciente: después de un mes como mínimo se debe hacer la reevaluación sondeando nuevamente.

Si el tratamiento fue correcto no debe haber hemorragia.

d) *Controles periódicos*: si el monitoreo revela que no existe hemorragia al sondaje, se pasa a realizar controles periódicos. La frecuencia de estos depende del riesgo biológico del paciente. Si hubiera hemorragia en cualquiera de los controles se realiza un nuevo raspaje y se refuerza la higiene bucal.

Hay que recordar que el éxito del tratamiento gingivoperiodontal se basa en tres pilares fundamentales: control de placa, tratamiento de la pared dura de la bolsa y controles periódicos. Cualquiera de los tres que no se realice adecuadamente llevará al fracaso de la terapia gingivoperiodontal.

Esquema de la sistematización del tratamiento periodontal en niños y adolescentes



Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

¿Qué plan de tratamiento aconseja para un niño de 12 años, portador de aparatología ortodóntica fija que presenta abundante cantidad de placa bacteriana, cambio de coloración, forma y consistencia de la encía y hemorragia al sondaje?

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 2

Una niña de 8 años presenta cálculo en la zona de los incisivos inferiores por vestibular y lingual. ¿Qué instrumental utiliza para el raspaje? ¿Dónde toma el punto de apoyo?

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 3

Silvia, de 9 años, consulta por sangrado de las encías al cepillado. Se observan las papilas agrandadas y rojas. El índice de O'Leary es de 45%. No hay cálculo. ¿Cuál es su diagnóstico y qué tratamiento realiza?

.....

.....

.....

.....

Clave de corrección

Ejercicio 1

Higiene oral (técnica de Bass) y uso de palillos interdentaes finos. Raspaje. Control periódico.

Ejercicio 2

Se utilizan puntas Morse nº 0-1 o curetas Gracey nº 5/6. El punto de apoyo se toma sobre el borde incisal del mismo diente en el que se trabaja.

Ejercicio 3

Diagnóstico: gingivitis producida por placa bacteriana. El tratamiento es:

- enseñanza de técnicas de higiene bucal,
- cepillado y pasaje de hilo dental,
- monitoreo inmediato quincenal, luego mensual,
- si el cuadro remitió, controles trimestrales; si persiste, reforzar la técnica de higiene oral.

OBJETIVO 4**3. Lesiones agudas que afectan la encía y la mucosa bucal****3.1 Hematomas o quistes relacionados con la erupción**

Se produce por acumulación de líquido tisular y sangre en el espacio foliular dilatado alrededor de la corona del diente en erupción. Su etiología es desconocida, ocurre en la dentición primaria y se observa una zona edematosa, de color azulado, sobre el diente en erupción. El color puede variar de acuerdo con la cantidad de sangre presente y el espesor de la mucosa. El tratamiento en general es innecesario porque el diente erupciona sin trastornos.

Prevalencia: en un estudio sobre 2910 recién nacidos se registraron seis quistes de la erupción (Clark, 1962).

3.2 Gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA)

En la mayoría de los países desarrollados la GUNA se presenta en adolescentes y adultos. Sin embargo, en naciones menos desarrolladas puede observarse en niños. En niños desnutridos el proceso puede extenderse hacia la cara; recibe en este caso la denominación de noma. El noma puede aparecer en pacientes pertenecientes a grupos de riesgo socioeconómico con antecedentes de enfermedades infecciosas previas como sarampión o varicela.

3.2.1 Etiología

El origen específico de la GUNA no es del todo claro. Si bien la simbiosis entre espiroquetas y bacilos fusiformes se encuentra siempre presente, debe existir un campo propicio en los tejidos para que desarrollen su patogenicidad.

3.2.2 Factores predisponentes

- a) presencia de gingivitis previa,
- b) estrés emocional,
- c) en adolescentes y adultos está en relación con el consumo de tabaco y drogas.

3.2.3 Aspecto clínico

La enfermedad se caracteriza por la destrucción rápida de la papila interdentaria, con dolor y hemorragia. La papila necrótica se observa invertida y está cubierta por una membrana blanquecina formada por leucocitos, fibrina y restos de tejido necrótico. Al retirarse esa membrana, se observa el tejido conectivo ulcerado y sangrante. Puede afectar una sola papila o extenderse lateralmente por la encía marginal y unirse a otras ulceraciones formando un área de necrosis continua.

Las manifestaciones clínicas son: halitosis, dolor, aumento de salivación y hemorragia espontánea. En ocasiones puede producir fiebre e infarto ganglionar.

3.2.4 Tratamiento

Primera consulta: limpieza de la zona con agua oxigenada al 3%.

Indicaciones: el paciente realizará enjuagatorios oxidantes cada 2 o 3 horas con agua oxigenada al 3% y agua tibia por mitades. El objetivo del uso de agua oxigenada es alterar la placa anaeróbica por el oxígeno liberado al ponerse en contacto el peróxido con las catalasas de los tejidos. Cuando la afección está muy extendida y es dolorosa, pueden usarse enjuagatorios cáusticos que disminuyen rápidamente el dolor al destruir las terminaciones nerviosas, pero este procedimiento retarda la regeneración de las papilas. El más utilizado es el bicromato de potasio (5 g), ácido bórico (4 g) y agua destilada (100 cc). Se prepara la solución 1 en 4 y se realizan dos enjuagatorios diarios de un minuto cada uno durante 24 o 48 horas. Si existe compromiso sistémico, se emplearán antibióticos (penicilina o eventualmente Metronidazol en dosis de acuerdo con la edad del paciente). Se recomienda reposo.

Segunda consulta: cuando el cuadro agudo remite, se realizará raspaje y curetaje de la zona y se instruirá al paciente en un programa de higiene bucal adecuada.

Monitoreo: luego de 30 días se realizará la evaluación del estado de las papilas que pueden quedar invertidas, con el consecuente problema estético y de retención de placa, lo que predispone a la recidiva.

Recidiva: puede ocurrir cuando el paciente abandona el tratamiento una vez que desaparecen los síntomas agudos. En la medida en que se logra una buena higiene bucal y se restablece la salud de la papila la recidiva puede evitarse. La acumulación de placa bacteriana puede condicionar la recidiva y se aconseja restablecer quirúrgicamente la morfología gingival. La persistencia de los factores de riesgo determina la probabilidad de recidiva. Cada nuevo episodio predispone un avance en la destrucción papilar.

3.3 Gingivoestomatitis herpética aguda (GEH)

La gingivoestomatitis herpética es una afección aguda de la cavidad bucal. Rara vez se presenta en niños menores de 1 año; alcanza su pico de mayor prevalencia a los 3 años, pero puede aparecer a cualquier edad.

3.3.1 *Etiología*

El agente etiológico es el virus herpes simplex. La exposición al virus genera la formación de anticuerpos. La infección primaria suele producirse en niños menores de 5 años que no han tenido contacto con el tipo I del virus herpético y, por lo tanto, no poseen anticuerpos. Aproximadamente el 99% de estas infecciones son subclínicas. La incidencia en adultos es mucho menor. En algunos niños la infección primaria puede manifestarse con síntomas agudos.

3.3.2 *Características clínicas*

Después de un período de incubación de una semana aparecen los primeros signos: fiebre elevada, anorexia, malestar general, tumefacción de ganglios linfáticos submaxilares, irritabilidad, cefalea y dolor al ingerir alimentos. La cavidad bucal presenta una inflamación difusa de color rojo intenso y se desdibuja la unión entre la mucosa alveolar y la encía insertada. A este cuadro se une la formación de múltiples vesículas pequeñas durante un período que oscila entre 2 y 4 días. Las vesículas se rompen dejando úlceras planas con exudado amarillento. Cuando las vesículas aparecen en la encía insertada la gingivoestomatitis herpética aguda puede ser confundida con la gingivitis ulceronecrotizante aguda. Los criterios diagnósticos diferenciales se encuentran en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Criterios diagnósticos diferenciales

	GUNA	GEH
Etiología	Microbiana	Virósica
Epidemiología	Rara en niños	Frecuente en niños
Lesión	Ulceras necróticas inter-papilares cubiertas por pseudomembrana	Vesículas pequeñas redondas que se ulceran Eritema difuso
Ubicación de la lesión	Papila interdental	Encías, carrillos, labio, lengua
Evolución	Duración no definida	De 7 a 10 días
Inmunidad	No deja inmunidad No es contagiosa	Deja inmunidad Es contagiosa

3.3.3 Tratamiento

Es fundamentalmente sintomático. Debe administrarse líquidos para evitar la deshidratación, y dieta blanda no ácida. Puede indicarse analgésicos para aliviar el dolor. Localmente puede topicarse con leche de magnesio (Baer y Benjamin, 1975).

El pronóstico de esta enfermedad es bueno. La duración promedio de la enfermedad es de 11 días. Las lesiones bucales cicatrizan en 5 o 6 días sin dejar marca. Raras veces produce complicaciones secundarias.

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

Una madre consulta con su niño de 1 año: no ha erupcionado un incisivo lateral y, en ese sitio, la encía se observa edematosa, de color azulado. ¿Qué tratamiento aconseja?

.....
.....

Ejercicio 2

Matías, de 14 años, tiene problemas en la escuela y también en la relación con sus padres. Ha comenzado a fumar. Por las noches se reúne con un grupo de amigos a beber. Viene al consultorio con dolor en las encías. Ud. diagnostica GUNA, localizada en la zona de los incisivos inferiores. ¿Cuál es el tratamiento que realiza? ¿Qué aconseja a Matías y a sus padres?

.....
.....
.....

Ejercicio 3

¿Cuáles son los criterios de diagnóstico diferencial entre gingivitis herpética y GUNA?

.....
.....
.....

Ejercicio 4

Usted diagnostica en una niña de 5 años gingivoestomatitis herpética. ¿Qué tratamiento aconseja?

.....
.....

Clave de corrección

Ejercicio 1

Espera. No realiza ningún tratamiento. Calma la ansiedad de la madre explicando lo que sucede. Controla al niño periódicamente hasta que la situación se resuelve sola.

Ejercicio 2

- A) Limpieza de la zona con agua oxigenada al 3%.
- B) Recomienda enjuagatorios oxidantes 3 o 4 veces al día.
- C) Enseñanza de cepillado y pasaje de hilo dental. Raspaje y curetaje de la zona.
- D) Controles periódicos. Refuerzo de cepillado.
- E) Los padres de Matías tienen que tratar de ordenar la vida de su hijo: horarios, cigarrillos y bebida. Matías debe comprender cuál es su responsabilidad en el cuidado de la salud general y bucal.

Ejercicio 3

Consulte el Cuadro 2.

Ejercicio 4

Dieta líquida.
Comidas blandas (gelatinas, helados).
Analgésicos y antipiréticos.
Topicación local con leche de magnesia.

OBJETIVO 5**4. Periodontitis****4.1 Periodontitis juvenil (PJ)**

La periodontitis juvenil es una enfermedad que se presenta en jóvenes sin ningún tipo de alteración sistémica. Se caracteriza por un período muy rápido de destrucción de la inserción del tejido conectivo y el hueso alveolar en más de un diente permanente. Los factores inmunes de los pacientes con periodontitis juvenil han sido investigados en numerosos estudios. En un significativo porcentaje de estos pacientes se halló depresión de la quimiotaxis de los neutrófilos (Carlos, 1988). La destrucción del periodonto de inserción es tan rápida que se llega a perder el 50% de la inserción en un período de 4 o 5 años.

Existen dos formas básicas de periodontitis juvenil: localizada: involucra los primeros molares e incisivos, y generalizada: afecta la mayoría de las piezas dentarias.

4.1.1 Epidemiología

Diferentes estudios epidemiológicos registran una prevalencia del 0,1 al 3,4% en el grupo de 12 a 15 años de edad.

Baer (1971) estableció que la periodontitis juvenil:

1. comienza aproximadamente a los 12 años;
2. afecta más a las mujeres que a los varones (relación 3:1);
3. existe tendencia familiar.

4.1.2 Características clínicas

Se observa poca placa bacteriana y los cambios en la encía son poco marcados. En cambio, se ven zonas de retracción gingival y migración dentaria, hemorragia al sondaje y bolsas muy profundas. Puede haber diastemas. En estadios avanzados, las bolsas son infraóseas profundas.

En el examen radiográfico se observan marcadas pérdidas óseas tipo vertical en muchas piezas dentarias, principalmente en las caras proximales. En lesiones incipientes se mantienen casi intactas las tablas corticales vestibular y lingual. En estadios avanzados, la pérdida ósea llega a la furcación de las raíces de molares y no se observan las paredes vestibular y proximal del hueso alveolar.

La característica fundamental de la periodontitis juvenil son los microorganismos que componen la placa bacteriana. En la observación de la placa bacteriana por campo oscuro se puede ver el predominio de cocos y bacilos rectos no móviles y pocas espiroquetas. En cambio, en la periodontitis del adulto predominan gran cantidad de espiroquetas y bacilos móviles. Estructuralmente, la población microbiana es escasa comparada con la periodontitis del adulto. El cultivo de los microorganismos que la componen muestra gran cantidad de bacterias gramnegativas, especialmente *Actinobacillus actinomyceteconmitans* y bacilos anaerobios móviles (Slots, 1976; Newman y Socransky, 1977).

Estudios recientes revelaron que estos microorganismos pueden invadir los tejidos periodontales y alcanzar el colágeno del ligamento periodontal y el hueso alveolar (Gillet y Johnson, 1982).

La base genética de la periodontitis juvenil ha sido comunicada por numerosos investigadores (Baer, 1975). Puede observarse en varios hermanos y otros miembros de la familia. Esta observación es de valor clínico. Cuando se diagnostica un adolescente con periodontitis juvenil habría que realizar exámenes minuciosos a los demás familiares.

4.1.3 *Tratamiento*

El tratamiento consiste en instrucción minuciosa en técnicas de higiene bucal, raspaje, curetaje, medicación antibiótica y, si fuera necesario, cirugía.

El cuadro microbiológico de la periodontitis juvenil muestra una alta concentración de *Actinobacillus actinomyceteconmitans*. Este microorganismo es resistente a la penicilina y eritromicina, pero resulta sensible a las tetraciclinas (Gjermo, 1986). Se utiliza esta última droga 1 g diario, 2 a 4 veces por día durante 2 a 4 semanas en pacientes sanos. En pacientes de alto riesgo médico (endocarditis bacteriana) se aconseja administrar 1 g diario de tetraciclinas 21 días antes del tratamiento mecánico (raspaje y curetaje) con el objeto de erradicar el microorganismo del torrente circulatorio (Lavandeira, 1991). Este beneficio se mantiene durante 6 meses.

Deben realizarse controles trimestrales, observando la presencia de hemorragia al sondaje, que indica activación de la enfermedad. El pronóstico depende del tipo de destrucción ósea y del momento en que el paciente concurre a la consulta.

4.2 *Periodontitis prepuberal (PP)*

La periodontitis prepuberal afecta a niños menores de 12 años con dentición primaria o mixta y es considerada una entidad patológica distinta (Page *et al.*, 1983). Se presenta por igual en los dos sexos. Las lesiones pue-

den ser localizadas o generalizadas. En los mismos pacientes, el índice de caries suele ser bajo, como también es baja la cantidad de placa y cálculos. Radiográficamente se observa destrucción ósea, que favorece la movilidad, y pérdida de las piezas primarias antes del período normal de exfoliación.

4.2.1 *Etiología*

Existe dificultad para el diagnóstico del compromiso sistémico por la imposibilidad de disponer de cantidades suficientes de sangre venosa para llevar a cabo los análisis respectivos. En pacientes con periodontitis generalizada son frecuentes la otitis media y las infecciones cutáneas y respiratorias.

En el 64% de los niños con esta afección fueron hallados defectos en la quimiotaxis de los neutrófilos (Suzuki *et al.*, 1985).

En la dentición permanente, en pacientes con periodontitis prepuberal se encontró *Actinobacillus actinomyceteconmitans* en las bolsas gingivales, deficiencia en la quimiotaxis de los neutrófilos, o ambos. Estos dos factores etiológicos podrían también ser responsables de la periodontitis en la dentición primaria (Crossner *et al.*, 1990).

Por microscopía electrónica de barrido se observaron microorganismos en células y fibras de sitios con periodontitis prepuberal, lo que sugeriría una invasión microbiana (Carraro *et al.*, 1984). Si los organismos patógenos colonizan la dentición primaria y se mantienen próximos al área de erupción de los dientes permanentes, la periodontitis de la dentición primaria puede causar la infección de los recién erupcionados dientes permanentes (Watanabe, 1990). Esto puede explicar por qué los primeros molares e incisivos son los primeros dientes involucrados en la periodontitis juvenil, pues ellos erupcionan antes que los demás dientes.

4.2.2 *Características clínicas*

Cuando la periodontitis prepuberal se encuentra localizada, afecta a algunos dientes primarios. En forma generalizada, produce alteraciones en todos los dientes deciduos, la encía marginal y adherida se encuentran inflamadas, se forman grietas y hay pérdida ósea.

4.2.3 *Tratamiento*

Se realiza la terapia básica y con antibióticos. Deben realizarse monitoreos mensuales o bimestrales. El diagnóstico precoz realizado por el odontopediatra permitiría detectar sitios con riesgo o actividad de esta enfermedad y anticiparse a mayores daños (Piovano y Redondo, 1989).

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

Una adolescente de 14 años consulta por sangrado en las encías. Se observa abundante placa y cálculo en la zona incisal inferior. La profundidad máxima de sondaje es de 3 mm. ¿Cuál es su diagnóstico? ¿Qué tratamiento realiza?

.....

.....

.....

Ejercicio 2

Valeria, de 15 años, consulta por movilidad en los incisivos inferiores. La encía se ve rojiza, despegada, al sondaje se evidencian bolsas de 6 y 8 mm. El diagnóstico periodontal del resto de la boca muestra bolsas de 6 mm en los primeros molares superiores. ¿Cuál es su diagnóstico? ¿Qué tratamiento realiza?

.....

.....

.....

Ejercicio 3

En una adolescente de 16 años con historia de endocarditis bacteriana usted diagnostica periodontitis juvenil. ¿Qué tratamiento realizaría?

.....

.....

.....

Clave de corrección**Ejercicio 1**

El diagnóstico es gingivitis.

El tratamiento: terapia básica (higiene bucal, raspaje, monitoreo inmediato, controles periódicos trimestrales).

Ejercicio 2

El diagnóstico: periodontitis juvenil.

El tratamiento: terapia básica más antibioticoterapia con 1 g diario de tetraciclina durante 2 o 3 semanas.

Ejercicio 3

El tratamiento: antibioticoterapia con tetraciclina (1 g diario) 21 días antes del tratamiento mecánico. Terapia básica, control inmediato, controles trimestrales.

OBJETIVO 6**5. Lesiones gingivales y periodontales por desórdenes sistémicos**

En varias enfermedades sistémicas de los niños se observan alteraciones en la encía y hueso de sostén (Cuadro 4). Sin embargo, aun cuando se hallan disminuidas las defensas, la presencia de placa bacteriana es el desencadenante del cuadro gingival en la mayoría de ellas. Los factores sistémicos actuarían como causas predisponentes, agravantes, o ambas.

El tratamiento de las gingivitis y periodontitis se basa en el control minucioso de la placa bacteriana realizado por el mismo paciente o por un familiar o persona a cargo del niño, cuando por cuestiones de edad o de estado general hubiera imposibilidad de cepillado.

En el diabético juvenil controlado, el control de placa garantiza la salud gingival. En el enfermo leucémico, si el dolor o el estado general imposibilitara el cepillado, pueden utilizarse drogas antiplaca (Clorhexidina al 0,2%) en topicación o enjuagatorio dos veces por día. En los niños afectados de neutropenia o del síndrome de Papillon Lefevre, el estado gingival y la pérdida prematura de los dientes primarios y permanentes es independiente de la presencia de placa bacteriana.

Cuadro 4. Alteración o lesiones gingivales en relación con enfermedades sistémicas

Enfermedad sistémica	Etiología	Signos clínicos generales	Signos clínicos bucales
SIDA	Infección de HIV	Defecto en el sistema inmune. Infecciones a repetición	Gingivitis generalizada - GUNA Candiliasis Lengua vellosa
Leucemia	Proliferación incontrolada de células blancas en sangre	Linfoadenopatías Petequias Hemorragias	Hemorragia gingival Petequias Hiperplasia gingival Dolor gingival
Diabetes juvenil	Disminución de la secreción de insulina por defecto genético o destrucción de células beta del páncreas	Menor resistencia a las infecciones Polidipsia - Polifagia- Poliuria	Agravamiento de la enfermedad gingival y periodontal producida por placa
Hipofosfatasa	Genético Deficiencia de fosfatasa alcalina	Fallas en el crecimiento Deformidades óseas Lesiones renales	Pérdida prematura de los dientes primarios, en ocasiones también permanentes
Síndrome de Papillón-Lefevre	Genético	Hiperqueratosis Palmo-plantar	Destrucción de tejidos de sostén de los dientes primarios y permanentes, inflamación gingival
Neutropenia	Disminución del número de polimorfonucleares	Otitis media Infecciones respiratorias	Gingivitis severa. Lesiones necróticas en boca y faringe - Exfoliación temprana - Periodontitis.
Escorbuto	Deficiencia grave de vitamina C	Diátesis hemorrágica, retardo en la cicatrización de heridas. Formación defectuosa del colágeno	Edema. Hemorragia periodontal. Osteoporosis del hueso alveolar. Movilidad dentaria No hay bolsas si no hay placa

Referencias bibliográficas

- Ainamo, J. 1980. The significance of periodontal disease in society. En: Efficacy of treatment procedures in Periodontics. Ed. Shanley. Quintaessence Publishing Co. 5:288-315.
- Anerud, A. *et al.* 1979. The natural history of periodontal disease in man. Changes in gingival health and oral hygiene before 40 years of age. *J. Periodont. Res.* 6:526-540.
- Baer, P. N. y Benjamin, S. D. 1975. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. Buenos Aires, Ed. Mundi.
- Björby, A. y Løe, H. 1967. The relative significance of different local factors in the initiation and development of periodontal inflammation. *J. Periodontol. Res.* 2, Abstr. 76-77.
- Carlos, J. P. *et al.* 1988. Periodontal disease in adolescents: some clinical and microbiological correlates of attachment loss. *J. Dent. Res.* 67 (12):1510-1514.
- Carranza, F. A. 1982. Periodontología clínica de Glickman. Buenos Aires, Editorial Panamericana.
- Carraro, J. J. *et al.* 1984. Prepuberal periodontitis in the primary dentition. *Actas Odontol. Latinoamer.* 1(3-4):99-106.
- Clark, C. D. 1962. A survey of eruptive cyst in the newborn. *Oral Surg.* 15:917.
- Crossner, C. G. *et al.* 1990. Periodontitis in the primary dentition associated with *Actinobacillus actinomyceteconmitans* infection in leukocyte dysfunction. A 3 1/2 years follow-up. *J. Clin. Periodontol.* 34:54.
- Everett, F. G., Tuchler, H. y Lu, J. H. Occurrence of calculus in grade school children in Portland, Oregon, *Periodontol.* 34:54.
- Gillet, T. y Johnson, N. W. 1982. Bacterial invasion of the periodontium in a case of juvenile periodontitis. *Clin. Periodontol.* 9:93-100.
- Gjerme, P. 1986. Chemotherapy in juvenile periodontitis. *J. Clin. Periodontol.* 13:982-986.
- Lavandeira, H. 1991. Cobertura microbiana en el paciente periodontal. *Rev. Asoc. Odontol. Arg.* 79(4):240-242.
- Løe, H., Theilade, E. y Jensen, S. B. 1965. Experimental gingivitis in man. *J. Periodontol.* 36:177-187.
- Mackler, S. B. y Crawford, J. J. 1973. Plaque development and gingivitis in the primary dentition. *J. Periodontol.* 44:18-24.
- Matsson, L. 1978. Development of gingivitis in preschool children and in young adults. *J. Clin. Periodontol.* 5:24-34.
- Newman, M. G. y Socransky, S. S. 1977. Predominant cultivable microbiota in periodontitis. *J. Periodontol. Res.* 12:120-128.
- Page, R. C. *et al.* 1983. Prepuberal periodontitis I. Definition of clinical disease entity. *J. Periodontol.* 54:257-271.
- Pattison, G. L. y Pattison, A. M. 1985. Instrumentación en periodoncia. Orientación clínica. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana.
- Piovano, S. y Redondo, E. 1989. Enfermedades periodontales en niños y adolescentes. Periodontitis prepuberal y juvenil. *Sol. Asoc. Argentina de Odontología para Niños* 17(2):13-15.
- Slots, J. 1976. The predominant cultivable organisms in juvenile periodontitis. *J. Dent. Res.* 84:1-10.
- Suzuki, J. *et al.* 1985. Neutrophil chemotaxis defects in prepuberal periodontitis patients. *J. Dent. Res.* 65:902.
- Watanabe, K. 1990. Prepuberal periodontitis: a review of diagnostic criteria, pathogenesis, and differential diagnosis. *J. Periodontol. Res.* 25:31-48.



SUBMODULO

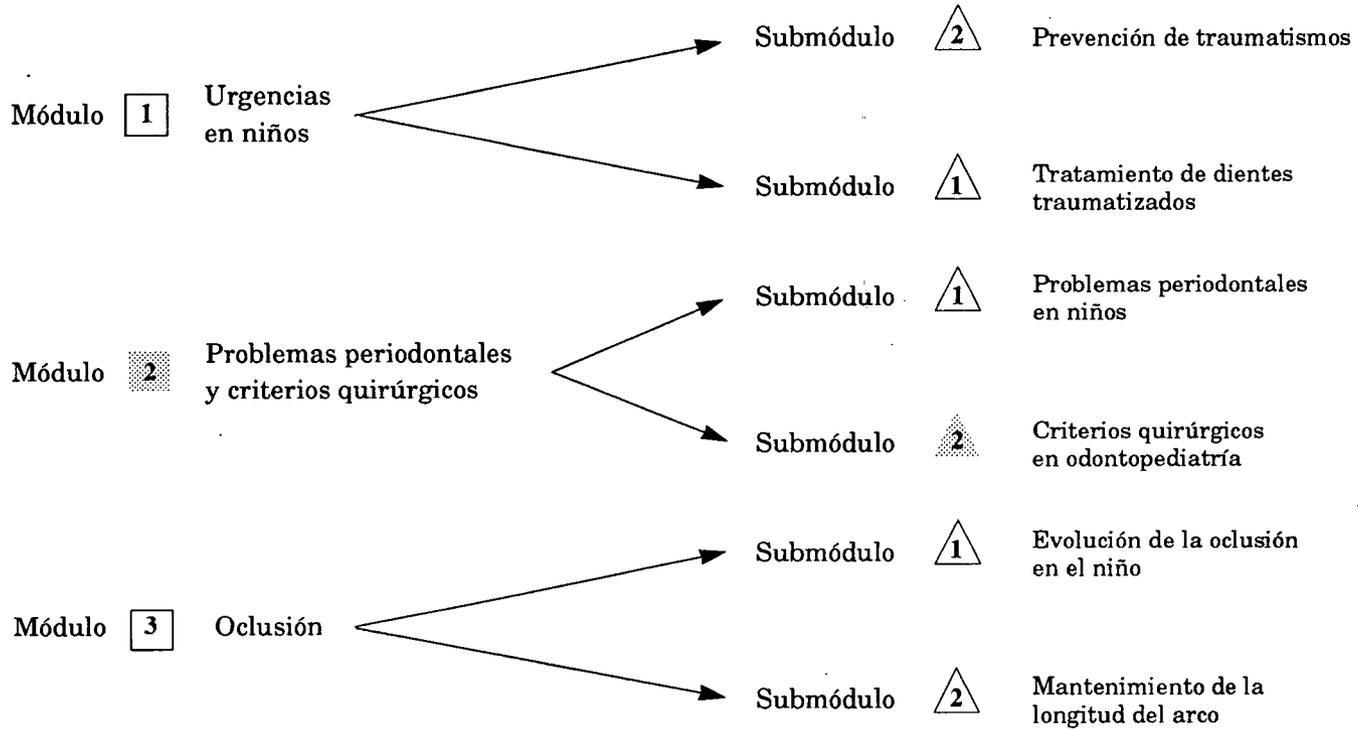
Criterios quirúrgicos en odontopediatría. Orientación general

José Luis Ferrería



Curso 3 Odontología integral para niños II

Contenido



Objetivo del curso ③

Programar, ejecutar y evaluar la atención integral de la salud bucal del niño, aplicando un fuerte componente preventivo.

Objetivo del módulo ②

Prevenir y resolver eficazmente los problemas periodontales del niño y del adolescente y dar orientación frente a problemas de resolución quirúrgica.

Objetivos del submódulo △*Objetivo general:*

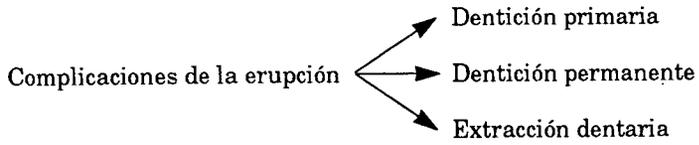
Orientar para el tratamiento y/o la derivación de los problemas de resolución quirúrgica

Objetivos específicos:

1. Reconocer y tratar o derivar, según criterios de capacitación, las complicaciones más frecuentes de la erupción dentaria.
2. Tomar decisiones respecto de la necesidad y oportunidad de la cirugía de los frenillos labiales y linguales, realizando la intervención o derivándola, según criterios de capacitación.
3. Reconocer la importancia de sospechar la posibilidad de la fractura condílea en los casos de traumatismos sobre la mandíbula.
4. Evitar la pérdida de piezas dentarias que puedan ser de utilidad en el tratamiento de un traumatizado, y recomendar la inmunización antitetánica de los pacientes que presentan fracturas expuestas de los maxilares.
5. Reconocer las principales malformaciones maxilofaciales que afectan al recién nacido, diagnosticarlas y orientar para la derivación a un centro de complejidad adecuado.
6. Reconocer las principales patologías en tejidos blandos y duros, tumorales y no tumorales, y orientar su terapéutica.

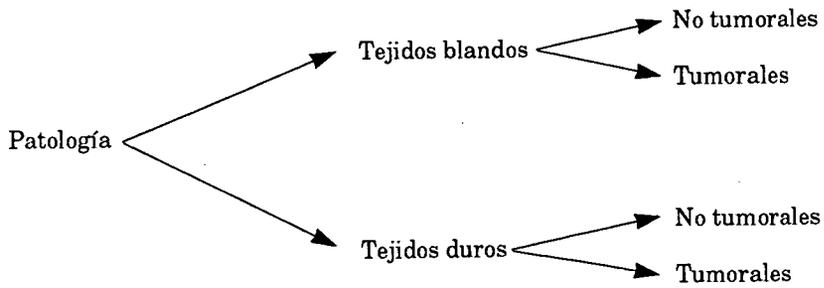
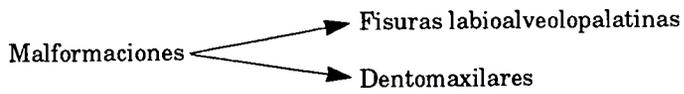
Diagrama del contenido

Introducción



Tejidos blandos → Frenillos

Traumatología



Anexo. Instrumental

Introducción

El cuidado de un niño enfermo, dolorido o con algún tipo de deformidad, es un gran desafío. Para afrontarlo se requiere una adecuada preparación, tanto en lo que hace a la parte técnica como al manejo de ese difícil triángulo compuesto por el niño que sufre, los padres y el profesional consultado.

Tengamos en cuenta que un niño no es un adulto pequeño: en él habrá grandes diferencias en lo anatómico y en lo metabólico respecto del adulto, y el curso de sus enfermedades será distinto.

Todo esto debe tenerse en cuenta al realizar el diagnóstico y encarar un plan de tratamiento. Sobre todo, habrá que prestar atención especial a los cambios en la estructura, forma y resistencia de los maxilares que se presentan en los distintos períodos del crecimiento y desarrollo. Cabe subrayar la importancia de la conformación de un equipo capaz de llevar adelante el tratamiento de los casos cuya complejidad lo requiera.

En las próximas páginas se pasará revista a muchos de los problemas que presentan nuestros pacientes jóvenes, cuya solución requiere destrezas quirúrgicas. Algunos los podrá resolver el práctico general; otros requerirán la derivación correspondiente.

OBJETIVO 1

1. Complicaciones de la erupción

1.1 Dentición primaria

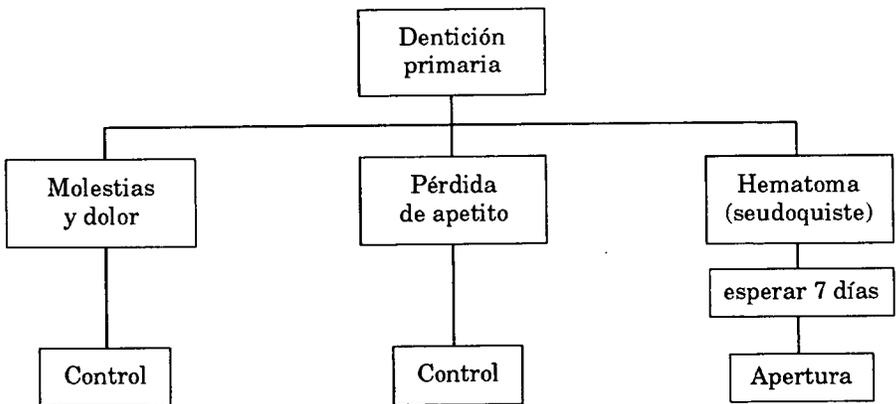
Su aparición en la boca ocurre por lo general entre los seis meses y los dos años de edad, y puede traer molestias o dolor localizado. En algunos casos se asocia con crisis de llanto, rechazo a la comida, dificultades para conciliar el sueño, babeo y llevarse objetos o los dedos a la boca. También puede producir fiebre, tos, vómitos o diarrea.

Las explicaciones que los autores dan a este proceso por lo general no son uniformes, y hay quienes aseveran que el hecho de que los síntomas mencionados se presenten simultáneamente es una simple coincidencia.

En algunas oportunidades, pueden observarse hematomas o quistes relacionados con la aparición en la boca de las piezas primarias que, por lo general, se resuelven en forma espontánea; solo cuando no desaparecen en forma espontánea después de un período razonable de tiempo (5-7 días), habrá que intervenir quirúrgicamente, previa anestesia local, realizando una incisión que descomprima y permita la erupción.

En prácticamente todos los casos, los trastornos de la erupción de la dentición primaria pueden y deben ser tratados por el odontólogo generalista o el odontopediatra.

Trastornos de la erupción



Para reforzar su aprendizaje, pase a la página siguiente y resuelva los ejercicios 1 y 2.

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

En la siguiente lista marque las situaciones que pueden presentarse simultáneamente con la erupción de los dientes primarios.

- a. Dolor
- b. Convulsiones
- c. Eczemas
- d. Diarreas
- e. Vómitos
- f. Tos
- g. Pérdida del apetito
- h. Fiebre

Ejercicio 2

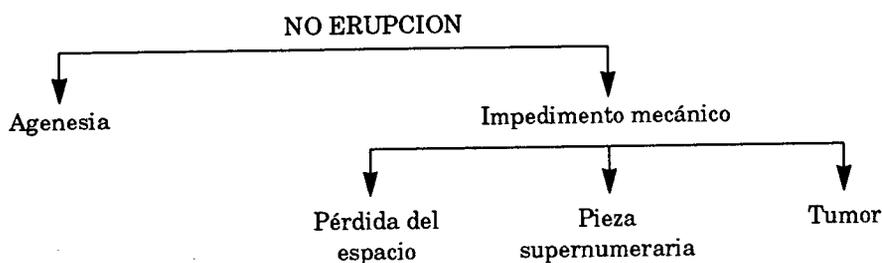
Marque cuál de las siguientes formas de tratamiento *no* se aplica frente a un hematoma o pseudoquistes de erupción.

- a. Incisión
- b. Extracción
- c. Observación

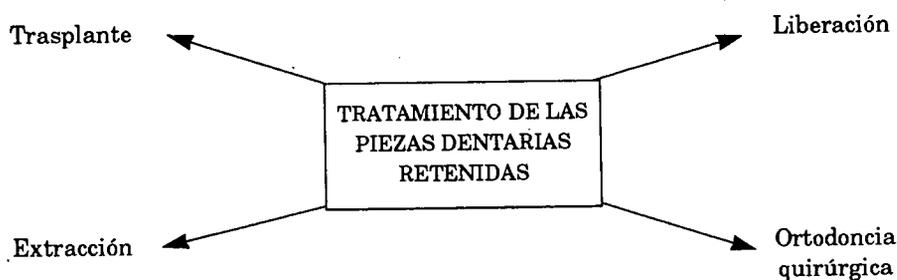
1.2 Dentición permanente

En general, el proceso de erupción de los dientes permanentes es menos complicado que el de los primarios. Prácticamente la única molestia asociada es la pericoronaritis de los terceros molares. Es aconsejable no intervenir quirúrgicamente en estos casos, que evolucionan favorablemente con la colocación de polvo de sulfato de cobre bajo el capuchón.

Es *muy importante* tener en cuenta la cronología de la erupción y cuando esta se altera por la no aparición de una pieza dentaria en el momento adecuado, habrá que recurrir al estudio radiográfico para identificar el motivo y actuar en consecuencia.



Cómo actuar en el caso de piezas dentarias retenidas:



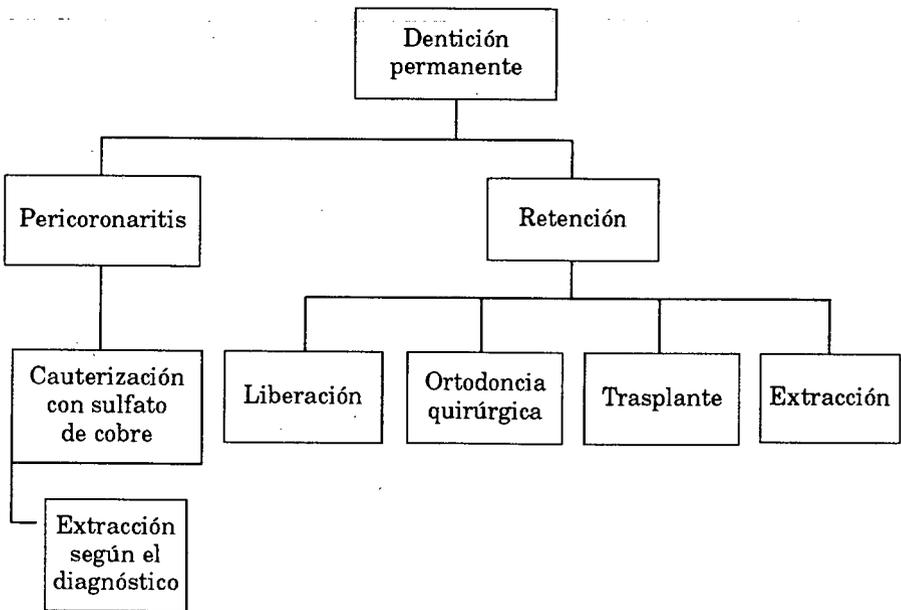
Tenga en cuenta que:

- Liberación: es el descubrimiento quirúrgico de una pieza retenida para que erupcione por sus propios medios o ayuda ortodóncicamente.
- Ortodoncia quirúrgica: es la movilización y/o rotación de una pieza dentaria retenida, mediante maniobras quirúrgicas, sin retirarla del alveolo.

- **Trasplante:** es la trasposición de una pieza dentaria de un alveolo a otro. Puede ser preparado quirúrgicamente o no.
- **Extracción:** es la eliminación de una pieza dentaria retenida, ya sea de la serie normal o supernumeraria.

Las pericoronaritis y las extracciones más simples serán resorte del odontólogo generalista. El resto de las patologías asociadas con la erupción y las diferentes maniobras descriptas para el tratamiento de los trastornos asociados con la erupción de los dientes permanentes (liberación, ortodoncia quirúrgica, trasplante), quedan en el territorio reservado al especialista.

Trastornos de la erupción



Autoevaluación con clave de corrección**Ejercicio 1****A. Complete**

Los problemas de erupción relacionados con los dientes permanentes son frecuentes que con los dientes primarios. El más frecuentemente observado es la de los terceros molares y se la trata mediante la colocación de polvo bajo el

B. Mencione los dos principales motivos por los cuales una pieza dentaria no aparece en la boca.

.....

.....

.....

.....

C. Señale cuáles son los cuatro caminos terapéuticos para tratar un diente retenido.

1.
2.
3.
4.

Clave de corrección

A.

Los problemas de erupción relacionados con los dientes permanentes son *más* frecuentes que con los dientes primarios. El más frecuentemente observado es la *pericoronaritis* de los terceros molares y se la trata mediante la colocación de polvo de *sulfato de cobre* bajo el *capuchón*.

B.

Impedimento mecánico
Agenesia

C.

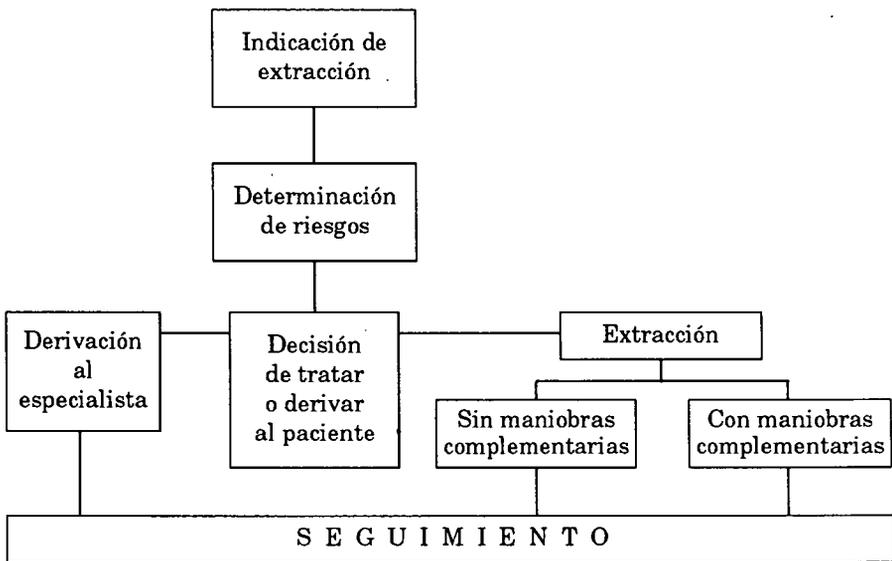
1. Liberación
2. Ortodoncia quirúrgica
3. Trasplante
4. Extracción

1.3 Extracción dentaria

Todo odontólogo enfrenta situaciones en las que hay que extraer un diente, ya sea por caries, enfermedad periodontal, tratamiento ortodóncico, traumatismo y otras causas. En tales casos, las mayores preocupaciones del odontólogo son:

- el grado de dificultad quirúrgica
- los problemas relacionados con la salud general del paciente.

El siguiente gráfico menciona las decisiones que deben tomarse en ese momento:



Dificultades quirúrgicas

La principal dificultad que puede presentarse con un diente primario está dada en los segundos molares inferiores, que suelen presentar raíces separadas y convergentes, entre las que se ubica el premolar correspondiente. En el movimiento eruptivo de este premolar las raíces no se reabsorben en forma adecuada (Figura 1).

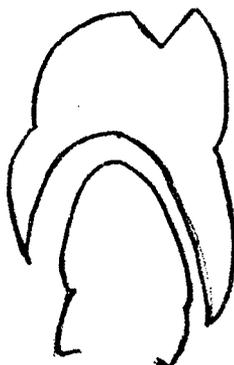


Figura 1. Ubicación del germen del segundo premolar inferior

En esos casos debe realizarse odontosección y conviene utilizar piedra de diamante troncocónica y alta velocidad. Esta maniobra debe llevarse a cabo antes de realizar la sección del ligamento periodontal, para evitar la entrada del aire expulsado por la cabeza de la pieza de mano en el seno de los tejidos blandos, o que se provoque un enfisema por entrada del aire en el espacio intersticial (Figura 2, Fase 1).

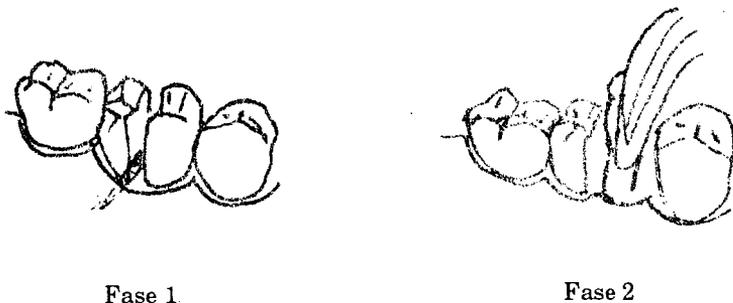


Figura 2. Odontosección de un diente primario

Una vez separadas ambas raíces, se procede a la extracción de cada una de ellas por separado, como si se tratara de dos dientes unirradiculares (Fase 2).

Se debe utilizar el bisturí de hojas descartables para realizar la sindesmotomía, con el fin de seccionar los tejidos en la forma menos traumática posible.

Complicaciones

En la extracción pueden presentarse complicaciones inmediatas y mediatas.

Inmediatas:

- Fracturas dentarias
- Fracturas alveolares
- Luxación o avulsión de una pieza permanente vecina
- Hemorragia

Mediatas:

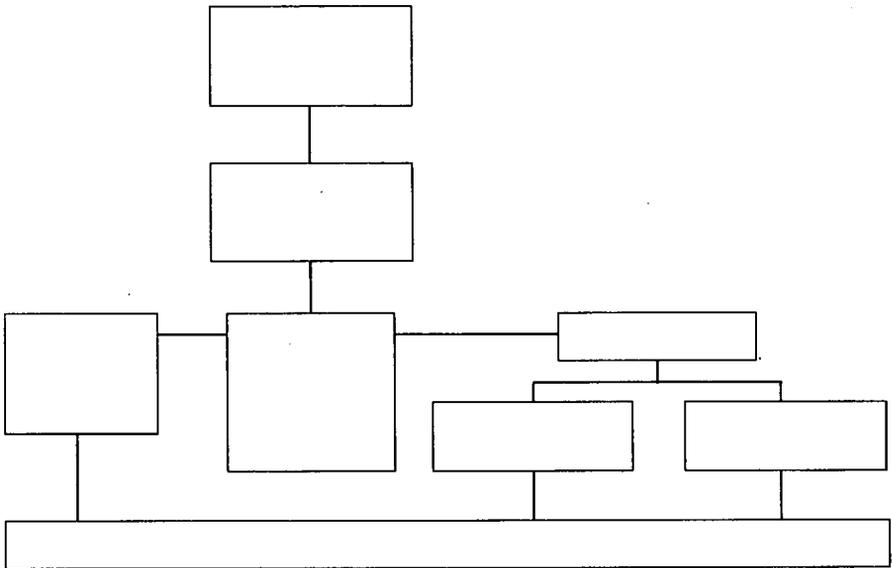
- Infección de los tejidos blandos
- Osteomielitis

La mejor forma de evitarlas es atenerse a los criterios de derivación y tomar conciencia de la propia preparación en el campo quirúrgico, antes de decidirse a encarar un problema de resolución quirúrgica que pueda rebasar el propio entrenamiento frente a cada caso.

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

Complete el esquema indicando las decisiones que deben tomarse al planear una extracción dentaria



Ejercicio 2

Marque la opción correcta:

a. La extracción de los dientes primarios no presenta dificultades.

V

F

b. La odontosección de los dientes primarios se lleva a cabo con:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. escoplo | <input type="checkbox"/> |
| 2. fresa de carburo troncocónica | <input type="checkbox"/> |
| 3. cizalla | <input type="checkbox"/> |
| 4. piedra de diamante troncocónica | <input type="checkbox"/> |

Ejercicio 3

Correlacione el tipo de complicación con el cuadro clínico colocando la letra mayúscula adecuada en cada ítem.

I. Inmediatas

M. Mediatas

- | | |
|----------------------------|-----|
| 1. Infección | [] |
| 2. Fracturas alveolares | [] |
| 3. Hemorragia | [] |
| 4. Osteomielitis | [] |
| 5. Luxación del permanente | [] |
| 6. Fracturas dentarias | [] |

Clave de corrección**Ejercicio 1**

Compare con el gráfico de la página 55.

Ejercicio 2

a. Falso

b. 4

Ejercicio 3

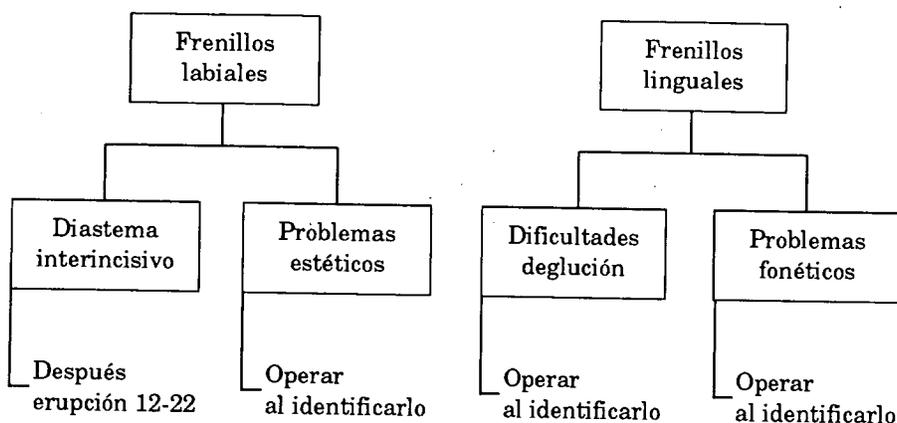
- c. Infección M
- Hemorragia I
- Luxación del permanente I
- Fracturas alveolares I
- Osteomielitis M
- Fracturas dentarias I

OBJETIVO 2

2. Tejidos blandos

2.1 Frenillos

La indicación de intervenir frente a frenillos se resume en el esquema siguiente:



La técnica varía en algunos puntos según se trate de frenillos ubicados en el labio o en la lengua.

A continuación, se mencionan los pasos correspondientes a estos procedimientos aclarando las diferencias que existen entre ellos:

1. Anestesia local.
2. Incisión romboidal siguiendo los contornos del frenillo.
3. Disección de la capa mucosa bilateral y eliminación del contenido fibroso cuando existe.
4. Sutura para afrontar los bordes de la herida.
5. Para el frenillo labial, debe realizarse un punto tractor que se ubica antes que los demás, a fin de crear la profundidad de surco adecuada. Se pasa la aguja de afuera hacia adentro en uno de los colgajos mucosos, luego se toma el periostio que recubre la espina nasal anterior y se vuelve a salir a través del colgajo del lado opuesto. Al ajustar el nudo, el hilo pasado por el periostio de la espina nasal actúa como tractor y lleva hacia arriba el fondo del vestíbulo.

En general, estos problemas pueden ser tratados por todo aquel que haya recibido cierto entrenamiento básico en cirugía. Es difícil establecer criterios *a priori* sobre cuáles serían los casos que deben ser derivados; eso debería quedar reservado al criterio y responsabilidad de cada profesional.

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

Analice estas situaciones:

Se presenta a la consulta un niño de 4 años. Su madre ha notado que los dientes anteriores superiores del niño están muy separados. De la historia clínica se desprende que no presenta problemas de salud general que contraindiquen la posibilidad de un procedimiento quirúrgico.

A la inspección se observa un diastema entre sus incisivos centrales de aproximadamente 2 mm; presenta un frenillo labial superior de gran desarrollo e implantación baja, cercana a la papila interincisiva. No se observa deformidad labial como consecuencia del traccionamiento producido por el frenillo.

Señale si el siguiente tratamiento es el indicado: "Eliminación del frenillo para permitir el cierre del diastema al producirse la erupción de los incisivos permanentes".

Justifique su respuesta.

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 2

El servicio de neonatología de su hospital solicita una interconsulta por el caso de un niño recién nacido que presenta dificultades para alimentarse, pues no puede succionar adecuadamente el pezón del pecho materno.

A la observación presenta una anquiloglosia que le impide proyectar la lengua hacia arriba y adelante, por lo que, a pesar de realizar el movimiento de succión con los labios, no puede aprehender el pezón entre la lengua y el rodete maxilar superior, lo que se ve restringido por un frenillo lingual sumamente corto.

El niño ha nacido de parto normal y sus condiciones físicas son satisfactorias.

Señale la respuesta correcta

1. La indicación de tratamiento es la plástica del frenillo lingual en ese momento.

V ()

F ()

2. Para operar el frenillo hay que esperar hasta que recupere el peso con el que nació.

V ()

F ()

3. Al realizar la sutura hay que hacer un punto tractor al periostio de la zona más profunda de la cara lingual del maxilar inferior para descender el fondo del vestíbulo.

V ()

F ()

Clave de corrección**Ejercicio 1**

No es el tratamiento indicado porque a esa edad el diastema interincisivo es normal. Hay que esperar la erupción de los incisivos laterales permanentes, que con su fuerza eruptiva tienden a cerrarlo.

Ejercicio 2

1. Verdadero
2. Falso
3. Falso

OBJETIVOS 3 y 4

3. Traumatología

Afortunadamente, las fracturas del esqueleto facial en los niños no son frecuentes. Hasta los 5 años de edad, representan menos del 1% del total de las fracturas faciales, mientras que hasta los 12 años ese porcentaje se eleva al 5%. En una serie de 1088 casos de fracturas faciales en niños publicada por R. K. Hall, de Melbourne, Australia, en 1983, el 24,2% corresponde a fracturas de mandíbula, y entre estas, el 9,1% a fracturas de la cabeza condílea (Figura 3).

Si bien es posible que el odontólogo general no trate directamente al traumatizado facial, es su obligación realizar un diagnóstico adecuado y, por sobre todas las cosas, sospechar la posibilidad de fracturas de articulación temporomandibular, aun en los casos en que, existiendo un golpe recibido en la zona maxilar, la magnitud del traumatismo no haga tener en cuenta la gravedad de las lesiones.

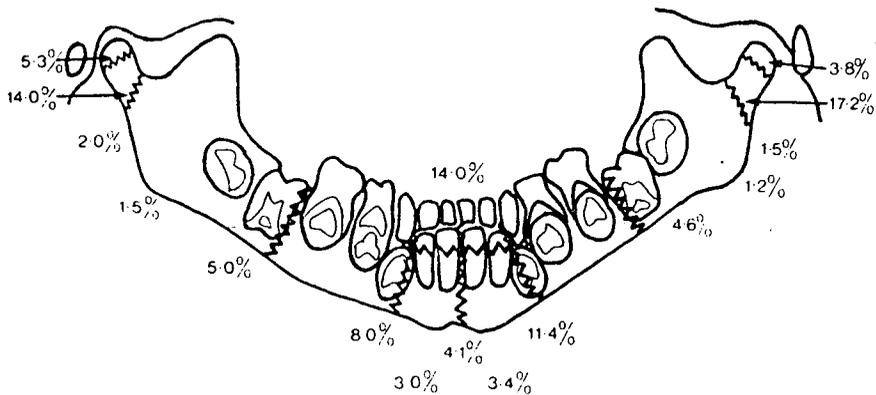


Figura 3. Análisis de la frecuencia de localización de 263 fracturas de mandíbula (niños atendidos en el Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia durante el período 1970-1979)

La importancia de lo anterior radica en la posibilidad del establecimiento de una anquilosis temporomandibular, lesión sumamente grave y que será tanto más deformante e invalidante cuanto más temprano se establezca.

Si bien no se describirán las técnicas para el tratamiento de las fracturas de los maxilares, es sumamente importante su identificación precoz para poder orientar adecuadamente el tratamiento.

Otro aspecto importante en el primer contacto con el niño traumatizado es tratar de preservar al máximo las estructuras dentarias y esqueléticas, ya que serán de suma utilidad para la reducción y contención de los cabos fracturados.

No hay que pasar por alto el hecho de que toda fractura de los maxilares que involucra las zonas dentadas es una fractura expuesta, por lo que deberá realizarse la correspondiente cobertura antitetánica y antibiótica.

Las fracturas dentoalveolares sin complicaciones podrá tratarlas el odontólogo generalista, mientras que las que involucren otras estructuras de los maxilares y la cara deberán derivarse al cirujano bucomaxilofacial.

Autoevaluación con clave de corrección**Ejercicio 1**

Complete los espacios vacíos:

Cuando un niño recibe un golpe en la región maxilar, es muy importante no dejar de controlar la integridad de la ya que si no diagnosticáramos una fractura en esa zona existe un alto riesgo de que se produzca una.....

Ejercicio 2

Señale las opciones correctas:

- a) Las fracturas de los maxilares donde no hay efracción de la mucosa en un maxilar dentado son consideradas fracturas no expuestas.

V ()

F ()

- b) A su consultorio llega un niño de 12 años con una fractura de maxilar inferior ubicada en la zona correspondiente al incisivo lateral derecho, que presenta gran movilidad. La conducta adecuada para resolver la emergencia es la extracción de la pieza móvil.

V ()

F ()

Ejercicio 3

Lea atentamente y responda:

A. G., de 8 años, vive al lado del consultorio de un odontólogo. Hace unos días se cayó con su bicicleta y se fracturó los bordes incisales de los centrales superiores. En seguida su madre lo llevó al consultorio de su vecino y este le solucionó el problema de los bordes dentarios fracturados, previa radiografía periapical, y lo volvió a citar para un control en tres días.

a) ¿Qué patología debería sospecharse de inmediato ante un traumatismo de este tipo?

.....

b) ¿Qué otra cosa debería haber ordenado teniendo en cuenta la localización del traumatismo y la edad del paciente?

.....

.....

Cuando A. G. concurre a la cita de control, se queja de dificultades para abrir la boca y su madre comenta que no puede comer bien. El odontólogo dice que no hay motivos para que ello ocurra; controla que la curación por él realizada esté bien y le dice a la madre que evite que A. G. abra demasiado la boca.

c) ¿Está de acuerdo con el odontólogo?

.....

d) ¿Por qué?

.....

.....

.....

e) ¿Qué haría usted en un caso como este?

.....

Ante el aumento de la dificultad para abrir la boca, la madre de A. decide hacer una consulta y lo lleva a un centro especializado en cirugía y traumatología bucomaxilofacial, donde le ordenan una radiografía panorámica y le indican ejercicios estrictos para abrir y cerrar la boca, citándolo para dos días después.

f) ¿Qué supone usted que encontraron en las radiografías?

.....

.....

.....

Clave de corrección

Ejercicio 1

Cuando un niño recibe un golpe en la región maxilar, es muy importante no dejar de controlar la integridad de la *articulación temporomandibular* ya que si no diagnosticáramos una fractura en esa zona existe un alto riesgo de que se produzca una *anquilosis*.

Ejercicio 2

- a) Falso
- b) Falso

Ejercicio 3

- a) Una fractura de articulación temporomaxilar.
- b) Una radiografía panorámica.
- c) No.
- d) Porque la inmovilización del maxilar inferior en el caso de fractura de articulación temporomaxilar conduce a la anquilosis.
- e) Le enseñaría ejercicios de apertura forzada de la boca.
- f) Fractura de articulación temporomaxilar.

OBJETIVO 5

4. Malformaciones

4.1 Fisuras labioalveolopalatinas (FLAP)

Aproximadamente uno de cada 700 nacimientos corresponde a un fisurado labioalveolopalatino. Este tipo de fisuras pueden presentarse en forma separada o conjunta, y ambas malformaciones pueden ser totales o parciales.

La Figura 4 (tomada de Tresserra, 1977), muestra las diferentes formas en que puede presentarse la fisura palatina.

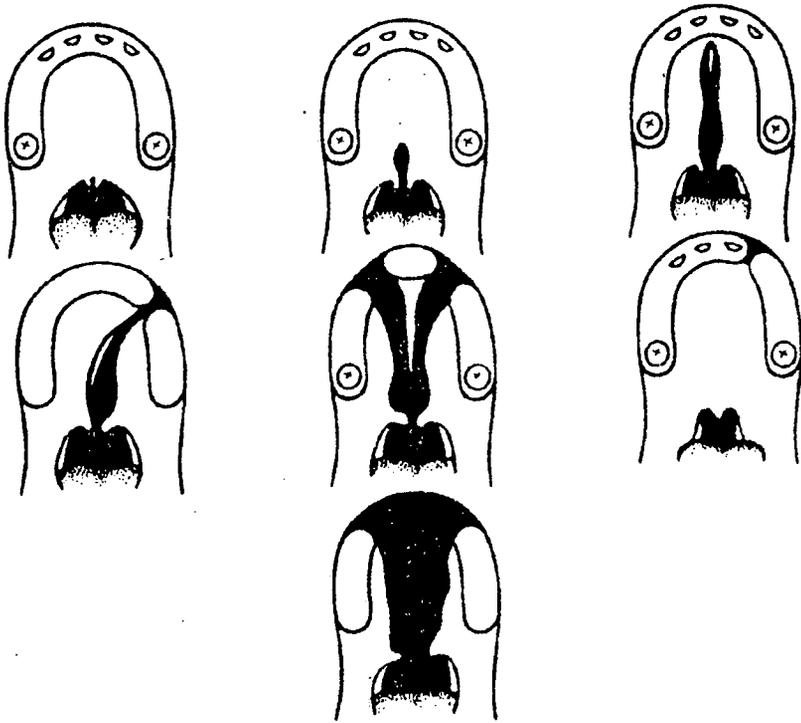


Figura 4. Esquemmatización de los diferentes tipos de fisura palatina. De izquierda a derecha. Arriba: DP, DPSe, DPSu+e. Centro: DPUT, DPBT, DPA. Abajo: DPC.

Las técnicas para el cierre del labio y el paladar fisurado pueden ser más o menos complejas y serán resorte del profesional capacitado para este tipo de cirugía. No obstante, lo fundamental es que el odontólogo general se incorpore al equipo de salud que trata al niño fisurado, ya que desde el mismo momento del nacimiento se debe empezar a actuar mediante la instalación de pequeñas placas ortopédicas que se irán cambiando a medida que el niño crece y que permitirán una mejor alimentación y guiarán el crecimiento armónico de los rodetes maxilares a ambos lados de la fisura.

Las Figuras 5 y 6 (tomadas de Tresserra, 1977) corresponden a una de las tantas técnicas para el cierre de un labio leporino (queiloplastia) que el cirujano debe dominar para obtener buenos resultados.

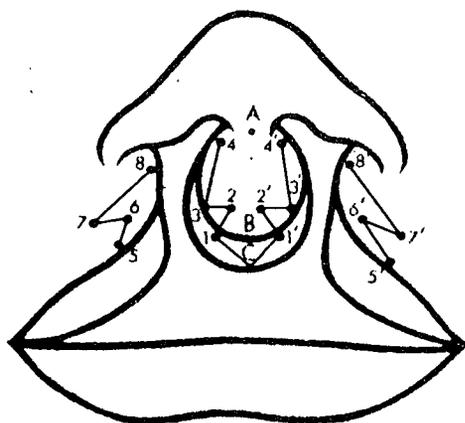


Figura 5. Técnica de Verdeja. Trazado de puntos e incisiones

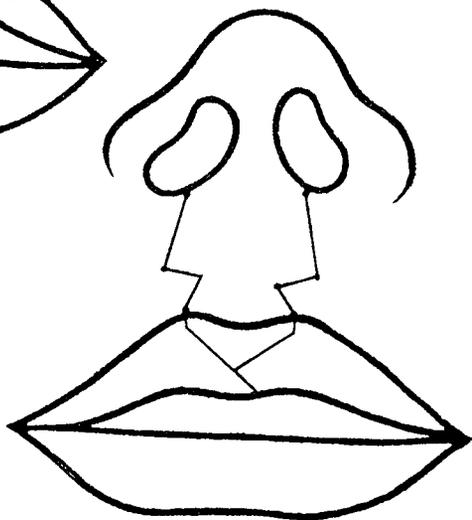


Figura 6: Técnica de Verdeja. Afrontamiento de los colgajos al finalizar la intervención

Una de las cosas más importantes para el éxito del tratamiento de estos pacientes es la cronología de los pasos a dar. Hasta hace algunos años se tendía a operar el labio tan pronto como el neonato recuperara el peso con el que nació, con lo que se interfería en gran forma con el crecimen-

to, ya que durante el primer año el niño triplica su peso, lo que no volverá a repetirse en ningún otro período de la vida, ni siquiera en la adolescencia. Las cicatrices que se producían después de la operación actuaban como bridas que frenaban el crecimiento del maxilar superior y la lógica secuela era el pseudoprogнатismo que se presentaba (Figura 7).

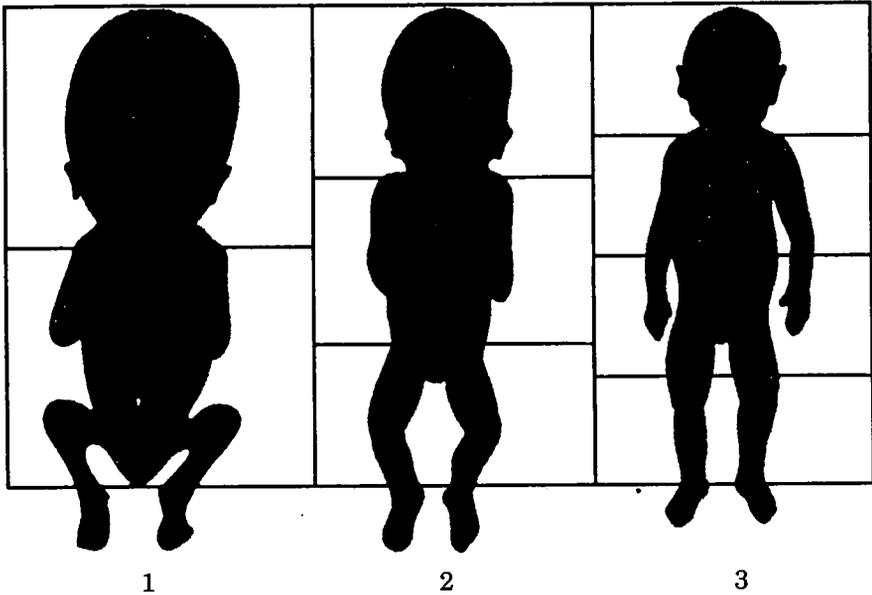


Figura 7. Esquema de la relación del volumen de la cabeza con el resto del cuerpo en distintas etapas del desarrollo

1. 3er. mes intrauterino
2. 5º mes intrauterino
3. recién nacido

En la actualidad, se tiende a operar el labio lo más tarde posible dentro del primer año de vida, y el paladar blando antes del comienzo de las primeras vocalizaciones (ajó y gorjeos), alrededor de los cuatro meses, de manera que el velo del paladar, tan importante en la fonación, esté funcionando en ese momento; la madre será la mejor foniatra que el niño pueda tener.

Es importante que el odontólogo generalista, y fundamentalmente el odontopediatra, integren el equipo que tratará a los fisurados desde el mismo momento del nacimiento hasta completar el tratamiento al terminar el crecimiento y desarrollo. Sus funciones en el equipo tienen que ver con la confección e instalación de placas ortopédicas, y más adelante el seguimiento orodónico; el resto del tratamiento quedará en manos del cirujano bucomaxilofacial.

4.2 Malformaciones dentomaxilares

Existen una serie de anomalías que se presentan como desarmonías dento-esqueléticas, para cuya corrección se requiere, por lo general, la conjugación del tratamiento ortodóncico con el quirúrgico.

El cuadro siguiente resume los defectos básicos de los huesos maxilares.

Maxilar	Por exceso	Por defecto
superior	pronasia	retronasia
inferior	prognatismo	retrognatismo

Las malformaciones pueden presentarse también en el plano frontal (atresia y aumentos en el diámetro transversal) y también en el plano sagital (cara corta y cara larga).

En general, el momento adecuado para el tratamiento de estos problemas desde el punto de vista quirúrgico, es al finalizar el desarrollo. Hay casos en que, por las graves consecuencias que se observan desde el punto de vista psíquico, se hace necesario intervenir.

Síndromes malformativos y malformaciones dentomaxilares

En estos casos, la responsabilidad del odontólogo generalista pasa por el diagnóstico precoz y las medidas de tipo interceptivo que puedan tomarse para limitar el daño, y la derivación al especialista en el momento adecuado.

Autoevaluación con clave de corrección

Marque la respuesta correcta:

Ejercicio 1

¿Cuántos niños nacen con labio o paladar fisurado en relación con los nacidos normales?

a. 1/500 ()

b. 1/7000 ()

c. 1/700 ()

d. 1/1700 ()

Ejercicio 2

El odontólogo general debe ser consultado cuando le aparecen los primeros dientes al niño fisurado.

V ()

F ()

Ejercicio 3

Los pacientes que presentan un prognatismo esquelético deben ser tratados quirúrgicamente para la solución adecuada de su problema.

V ()

F ()

OBJETIVO 6

5. Patología

5.1 Lesiones de tejidos blandos

5.1.1 *No tumorales*

Aftas recurrentes

Las aftas recurrentes se caracterizan por la rápida aparición de ulceraciones redondeadas en la mucosa de la boca. Por lo general, son más grandes que las de los herpes y están rodeadas de una zona eritematosa, y se instalan sobre un área necrótica; la necrosis es la lesión primaria.

La úlcera de las aftas son dolorosas y en algunos casos las lesiones más grandes pueden dejar cicatriz. La etiología es desconocida, si bien existen múltiples teorías al respecto. No hay una terapéutica efectiva, pero el uso tópico de corticoesteroides puede aliviar la sintomatología.

Herpes simple

Las infecciones provocadas por el virus del herpes simple se manifiestan principalmente de dos formas distintas.

La infección inicial ocurre ante la primera exposición al virus, comúnmente antes de los 5 años. Los síntomas pueden ser variados; por lo general son tan leves que pasan inadvertidos, pero en algunas ocasiones se manifiestan en forma de gingivostomatitis herpética. Esta gingivostomatitis o primoinfección herpética se manifiesta en el niño con alta temperatura, decaimiento, pérdida del apetito y úlceras dolorosas en la superficie de las mucosas. Las lesiones comienzan como pequeños ramilletes de vesículas que, al romperse, dejan una superficie exulcerada de 1 a 3 mm de diámetro. La mucosa del vestíbulo, labios, lengua, paladar, encía y región amigdalina pueden estar involucradas en forma simultánea. La única terapéutica es la sintomática, pero debe controlarse especialmente la ingestión de líquidos para evitar la deshidratación.

Se supone que después de este primer ataque el virus permanece de modo inactivo en el ganglio de Gasser, y puede reaparecer bajo la forma de pequeñas vesículas, por lo general en la piel de los labios. Estas manifestaciones secundarias en general son desencadenadas por fenómenos traumáticos, como exposiciones prolongadas a los rayos solares, maniobras terapéuticas odontológicas o situaciones de estrés.

Los tratamientos preconizados han sido de diversa naturaleza, pero por lo general poca efectividad. Lo que hay que contraindicar es el uso de corticoesteroides, ya que al tratarse de un proceso virósico, su utilización implica riesgos de diseminación de la infección.

Glándulas salivales

Las glándulas salivales de los niños pueden presentar una serie de lesiones, por lo común no neoplásicas. Las más frecuentes son los pseudoquistes por retención de saliva, en las glándulas menores de los labios (mucocele) y en la zona del piso de la boca, a partir de las glándulas sublingual y submaxilar (ránula).

Entre los procesos infecciosos deben destacarse la parotiditis urleana o paperas, infección viral por lo general no recidivante; se cuenta con una vacuna para su prevención.

Pueden observarse asimismo las parotiditis reflejas a repetición, también llamadas parotiditis recidivantes. En su etiopatogenia se cree que intervienen alteraciones de la inervación automática, no coordinándose en forma adecuada la producción de saliva con su evacuación por el conducto excretor, por lo que esta se acumularía en los conductos, favoreciéndose la infección a retro desde la boca.

Las parotiditis se manifiestan como aumentos de volumen en la región parotídea, de algunos días de evolución, que reaparecen en lapsos variables (desde pocos días hasta varios meses), causan dolor en la región, observándose la salida de una saliva purulenta por la desembocadura del conducto de Stensen.

Las lesiones de piel y mucosas, como los herpes simples y las aftas, requieren de un correcto diagnóstico y seguimiento por parte del odontólogo generalista. Los problemas asociados con las glándulas salivales debe diagnosticarlos el odontólogo generalista y luego deben ser derivados al cirujano bucomaxilofacial para su tratamiento.

5.1.2 Tumorales

Tumores benignos

Entre los tumores benignos de tejidos blandos que pueden encontrarse en la niñez, figuran los hemangiomas, los linfangiomas (sobre todo en lengua), los granulomas eosinófilos y el tumor neuroectodérmico pigmentado de la infancia. Por lo general el tratamiento de estos tumores es la enucleación precedida por la correspondiente biopsia. Mientras esta última puede y debe realizarla el odontólogo generalista, el tratamiento definitivo es resorte del especialista.

Tumores malignos

Los tumores malignos de cara y cuello no son frecuentes en los niños, pero hay que tener en cuenta que uno de cada cuatro tumores malignos en los niños se presenta en esta región. Más aún, los tumores malignos siguen de cerca a los accidentes como las causas más frecuentes de muerte en la niñez. Mientras que los tumores más habituales en los adultos son de origen epitelial, en los niños son de origen mesenquimático. De acuerdo con las cifras dadas por algunos autores, el 71% de los cánceres en los niños son sarcomas y el 29% carcinomas.

5.3 Lesiones no tumorales y tumorales de los tejidos duros

Se incluyen en esta categoría los quistes y pseudoquistes de los maxilares y lesiones óseas displásicas, entre otras. Los pequeños quistes asociados con los ápices dentarios y que pueden ser tratados mediante apicectomías, serán resorte del odontólogo generalista que posea el entrenamiento adecuado. Todos los demás casos, si fuera posible previa biopsia, deben ser derivados.

Se pueden reconocer las siguientes lesiones:

No tumorales	Displasia fibrosa Querubismo Quiste óseo aneurismático Quiste óseo traumático (hemorrágico) Granuloma eosinofílico
Tumorales no odontogénicos	Fibroma osificante Fibroma cementificante Fibroma desmoplástico Tumor central a células gigantes Hemangioma Osteoma Osteoma osteoide Osteoblastoma Fibrosarcoma Condrosarcoma Sarcoma osteogénico Sarcoma de Ewing
Tumorales odontogénicos	Ameloblastoma Tumor odontogénico adenomatoideo Tumor odontogénico epitelial calcificante Quiste odontogénico calcificante Mixoma Fibroma central odontogénico Cementoblastoma Dentinoma Fibroma ameloblástico Odontoma

Es de utilidad identificar estas lesiones y^a que si una de ellas se presenta en alguno de sus pacientes, aun cuando usted no logre diagnosticarla con precisión, sabrá derivar el paciente a un centro especializado. Recuerde que es preferible equivocarse refiriendo un paciente que no tiene nada, que dejar de enviar a uno que presenta alguna de estas entidades en el momento oportuno.

La mayoría de estas lesiones se manifiestan clínica y radiográficamente por lo general con imágenes de tipo radiolúcido; otras lo hacen en forma de masas radioopacas acompañadas por aumentos de volumen, y, en algunos casos, con modificaciones en el aspecto superficial de la mucosa de recubrimiento.

Cuando se sospecha la existencia de un tumor, y dependiendo de la relación de cada profesional con los centros de derivación, se debe proceder a la toma de material para ser enviado al anatomopatólogo, y luego derivar el paciente a un centro especializado.

El cuadro siguiente señala la frecuencia y localización de lesiones quísticas en niños.

Quistes en niños

Tipo	Frecuencia	Localización
Periapical	baja	ápice dentario
Dentígero	el más frecuente	alrededor de una pieza no erupcionada
Primordial	baja	en lugar de una pieza ausente
Queratoquiste	baja	igual al anterior
Fisurario	baja	conducto nasopalatino, nasolabial, globulomaxilar y mediomandibular

De todos los tipos de quiste mencionados, los más importantes son los dentígeros y los queratoquistes. Los primeros, por la posibilidad de la existencia de un ameloblastoma en su pared, como fue descrito por Cahn en la década de 1930.

Los queratoquistes tienen las siguientes características:

- Es el más agresivo de los quistes epiteliales de los maxilares, y tiene capacidad para destruir rápidamente grandes áreas óseas.
- Tiene una alta capacidad de recidivar (alrededor del 25%).
- A veces está asociado con el síndrome de los nevos basocelulares múltiples (Síndrome de Gorlin).

En consecuencia, el tratamiento de estos quistes reviste características especiales y debe realizarse bajo condiciones estrictas en lo que hace a la investigación de un probable Síndrome de Gorlin en el caso en que los queratoquistes sean múltiples, y en el seguimiento posoperatorio dado el alto porcentaje de recidivas.

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

Mencione:

1. Los quistes más frecuentes en la niñez y la adolescencia.

.....
.....
.....

2. Los quistes que deben ser tratados con ciertas precauciones por su alta capacidad de recidiva.

.....
.....
.....

3. Dos lesiones no tumorales de los maxilares.

.....
.....
.....

4. Cinco tumores no odontogénicos.

.....
.....
.....

5. Cinco tumores odontogénicos.

.....
.....
.....

Ejercicio 2

Señale la opción correcta.

1. La lesión constituyente del herpes simple es la úlcera.

V ()

F ()

2. La lesión constituyente del afta es la necrosis.

V ()

F ()

3. Los tumores malignos de origen epitelial en los niños son más frecuentes que los de origen mesodérmico.

V ()

F ()

Ejercicio 3

1. Relacione las glándulas de la columna de la izquierda con las entidades patológicas de la de la derecha mediante flechas.

Glándulas salivales menores

Paperas

Sublingual

Mucocele

Submaxilar

Parotiditis refleja

Parótida

Ránula

Clave de corrección

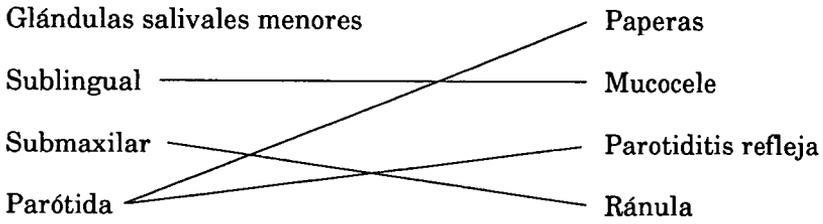
Ejercicio 1

- 1. Dentígero.
- 2. Queratoquistes.
- 3. Revise el texto.
- 4. Revise el texto.
- 5. Revise el texto

Ejercicio 2

- 1. Falso.
- 2. Verdadero.
- 3. Falso.

Ejercicio 3



Referencias bibliográficas

- Peterson, L. *et al.* 1988. Contemporary oral and maxillofacial surgery. St. Louis, The C. V. Mosby Company.
- Rowe, N. y Williams, J. 1985. Maxillofacial injuries. Edimburgo, Churchill Livingstone.
- Fonseca R. y Walker, R. Oral and maxillofacial trauma. 1991. Filadelfia, W. B. Saunders Company.
- Tresserra, L. 1977. Tratamiento del labio leporino y fisura palatina. Barcelona, Editorial Jims.

Anexo

Listado de instrumental básico para cirugía en el consultorio

La siguiente lista de instrumental constituye el equipo mínimo indispensable para la resolución de los casos de cirugía pediátrica que el práctico general puede encarar en su consultorio y que han sido desarrollados en este submódulo.

1. Bisturí Bard-Parker para hojas intercambiables.
2. Hojas nº 15.
3. Periostótomo.
4. Martillo.
5. Escoplos.
6. Juego de pinzas para extracción.
7. Elevador apical recto.
8. Elevadores de Winter nº 11-L; 11-R
14-L; 14-R
9. Pinza para disección delicada.
10. Tijera.
11. Pinza Gubia.
12. Lima para hueso.
13. Cureta angulada delicada.
14. Pinza portaagujas.
15. Agujas de sutura curvas.
16. Hilo de lino, seda o nailon.

Se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 1992
en Impresiones Avellaneda, Manuel Ocantos 253, Avellaneda,
provincia de Buenos Aires, Argentina

Diseño de tapa: Laura Rey

Composición y armado: Silvana Ferraro, Av. Rivadavia 2516, 2º "D",
Buenos Aires, Argentina.

Producción gráfica y edición: Ada Solari y Haydée Valero.

La edición consta de 2000 ejemplares



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

ISBN 950-710-039-3