

L. J. J. J.
595

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología



"Tratamiento a Niños Impedidos"

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

Eduardo Sergio Maciel Vázquez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMARIO.

Prólogo.

Introducción

	Página
Tema I.	1
1.- Primera Visita	1
2.- Examen Radiográfico	4
3.- Premedicación y Anestesia General	4
4.- Planificación del Tratamiento	5
5.- Manejo del Niño Durante el Tratamiento Odontológico	6
6.- Despedida de los Padres y Ansiedad Paterna	7
7.- Cuidados Preventivos en Casa	9
8.- Dieta	10

Tema II.

Odontología Preventiva para Niños Impedidos	11
1) Generalidades	11
2) Técnicas de Cepillado	12

Tema III.

Subnormalidad Mental, Mongolismo y Epilepsia	16
1.- Subnormalidad Mental	16
A) Descripción General	16
B) Estado Bucal	20
C) Tratamiento	20
2.- Mongolismo	22
A) Descripción General	22
B) Estado Bucal	25
C) Estado Periodontal	26
D) Maloclusiones	27
E) Tratamiento	28
3.- Epilepsia	29
A) Descripción General	29
B) Estado Bucal	31
C) Tratamiento	32
4.- Retraso Mental	34
A) Generalidades	34

Tema IV.		
	Parálisis Cerebral	37
A)	Descripción Cerebral	37
B)	Enfermedades más comunes (Caries Dental, Hipoplasia del Esmalte, Parodontitis, Maloclusión, Bruxismo, Trauma)	41
C)	Tratamiento	44
Tema V.		
	Diabetes Mellitus	57
A)	Generalidades	57
B)	Estado Bucal	67
C)	Tratamientos	70
D)	Cirugía Bucal	74
Conclusiones		76
Bibliografía		78

PROLOGO .

He escogido este tema porque creo que es de interés fundamental y sabiendo que lo podemos considerar base para nuestro ejercicio profesional. He tratado de recopilar algo de lo más importante, puesto que su amplitud me llevaría a no dejar de escribir, por eso decidí elaborar este trabajo esperando sea de utilidad a mis compañeros, que como yo, han estudiado esta carrera.

Este trabajo está encaminado a motivar a mis colegas para que por ética profesional y amor propio a la Odontología Infantil, se superen estudiando, conociendo y practicando más a fondo este tema tan interesante como es el del Tratamiento a Niños Impedidos.

INTRODUCCION.

En otros tiempos los padres de un niño impedido frecuentemente se veían envueltos en los problemas médicos, sociales o familiares, de criar al niño, pues no lograban apreciar la importancia de la atención odontológica, algunos padres informaron que les fué imposible encontrar un odontólogo dispuesto a tratar a su hijo o que se les dijo que era poco lo que se podía hacer por los dientes del niño, hoy la profesión odontológica cuenta con el aporte sumado de grupos de la comunidad, padres y asociaciones de salud nacionales para la educación médica y odontológica de la población; esto es válido en especial para el niño impedido.

Al considerar las necesidades odontológicas, se puede dividir a estos niños en dos grupos:

PRIMER GRUPO. - Incluye niños con problemas odontológicos disminuyentes como anomalías congénitas de las estructuras, maloclusión esquelética de tipo grave, labio y paladar fisurados y los muchos síndromes que incluyen defectos de la cavidad bucal. El tratamiento

odontológico de estos niños requiere de equipos de -
rehabilitación médica y odontológica, organizado y
bien adiestrado.

SEGUNDO GRUPO. - Incluye a los niños con proble-
mas específicos, como trastornos hemáticos, parálisis
cerebral, subnormalidad mental, mongolismo, epilep-
sia, parálisis cerebral y diabetes mellitus, pueden no
tener problemas dentales específicos, pero su disminu-
ción médica o física podría complicar el tratamiento
odontológico.

El niño impedido puede inicialmente presentar un pro-
blema al odontólogo, sin embargo con comprensión, -
paciencia y un auténtico deseo de ayudarnos, el ma-
nejo de estos niños puede llegar a ser una experien-
cia gratificante, casi todos estos niños pueden ser -
tratados en el consultorio odontológico privado, aún
cuando requieran algunas consideraciones médicas es-
pecíficas. Algunos objetivos, técnicas y precaucio-
nes para el manejo clínico de estos niños han sido or-
ganizados para alentar al odontólogo a que propor-
cione tratamiento en su práctica a los niños impedi-
dos.

T E M A IGENERALIDADES DEL TRATAMIENTO1. - PRIMERA VISITA.

La primera visita del niño impedido al consultorio es la más importante, porque es el momento en que el odontólogo y su personal pueden comunicar su capacidad e interés por aceptar al niño para su tratamiento.

En realidad no siempre es posible mantener circunstancias ideales para la visita inicial del niño impedido, no obstante, si la recepcionista es minuciosa en la obtención de la información pertinente respecto del estado de disminución o situación médica del niño, cuando llama el padre para solicitar una cita, el personal del consultorio podrá prepararse para recibir al pequeño.

El personal odontológico puede a menudo prever la conducta del niño al observar la relación mutua de padres e hijos en la sala de espera, antes del examen. Si el niño tiene que ser trasladado por el padre, si usa silla de ruedas o si presenta una conducta atípica, el odontólogo podría querer alterar el procedi-

miento de entrevista inicial.

Idealmente, los padres deben acompañar al niño al consultorio para que el odontólogo pueda seguir observando la relación mutua, será sumamente importante tomarse tiempo amplio para la evaluación del paciente y los padres, pues los odontólogos deben interpretar cuidadosamente las observaciones y actos de los padres para planificar el mejor método de tratamiento.

El resumen de la historia médica y odontológica - puede ser muy ilustrativo y debe ser analizado con todo cuidado, aún cuando la mayor parte de los padres sean muy realistas respecto del problema pediátrico de sus hijos, muchos no aceptan la realidad de la situación que aqueja a su hijo. A veces, los padres mostrarán actitudes de protección exagerada y hostilidad y serán muy exigentes, el odontólogo deberá compartir espiritualmente los problemas disminuyentes del niño y el efecto que tenga sobre la familia. Escuchará las frustraciones y ansiedades enunciadas por los padres, aún cuando a menudo no exista una relación satisfactoria. Son muchos los padres que rara vez cuentan con la oportunidad de alguien que escuche con genuino interés

sus problemas.

El odontólogo no debe ser manifiestamente crítico de las emociones previas en la atención odontológica del niño, pero debe dar a los padres con todo cuidado la confianza de que un programa realista de restauración y prevención asegurará buena salud dental a su hijo.

La discusión preliminar permitirá al odontólogo determinar si el niño debe ser invitado solo al consultorio o si los padres deberán acompañarlo. Si la conducta del niño es normal, puede ser acompañado al consultorio por la asistente mientras el odontólogo termina su conversación con los padres. El consultorio debe transmitir al niño un medio grato en su visita inicial.

La asistente bien adiestrada es la clave para un examen inicial y tratamiento subsiguiente sin tropiezos.

Debe observar al niño estrechamente y ha de interpretar los comentarios del odontólogo para saber exactamente cuando se le necesita; a menudo se crea una estrecha relación dependiente entre el paciente y el asistente dental, lo cual puede dar seguridad al

niño en su experiencia odontológica.

2.- EXAMEN RADIOGRAFICO.

Este examen pudiera ser difícil, si la cooperación de los padres fuera limitada, a los padres se les puede pedir que ayuden sosteniendo las películas para las técnicas extraorales, no obstante haber asistente.

Aun cuando el examen radiográfico será difícil, proporcionará un eslabón esencial en la planificación del tratamiento total y deberán realizarse nuevas tentativas acordes con la seriedad del problema existente.

Cualquiera que fuere la situación, los objetivos de la visita inicial son determinar la salud dental de los niños y su conducta en el medio odontológico y evaluar los problemas médicos o disminuyentes asociados.

3.- PREMEDICACION Y ANESTESIA GENERAL.

Si no se puede lograr la cooperación del niño de una manera rutinaria y si el tratamiento odontológico no fuera exitoso con empleo de la premedicación, entonces se recomienda que el niño sea remitido a un hospital y se le administre un anestésico general.

Antes de la internación, el odontólogo debe explicar a los padres los procedimientos de la hospitalización y el tratamiento con anestesia general.

4.- PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO.

Hay que trazar un plan de tratamiento realista que considere la situación médica o disminuyente actual y el pronóstico para los años venideros. Si la enfermedad del niño tiene un mal pronóstico, entonces el tratamiento odontológico debe ser paliativo y debe limitarse a una atención de mantenimiento y a la prevención de las enfermedades bucales. Si el pronóstico médico fuera favorable, no hay necesidad de transigir en nada en cuanto al tratamiento odontológico, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para emplear los conceptos actuales de tratamiento preventivo y restaurador para ayudar en el mantenimiento de una oclusión funcional y periodonto sano, se debe pensar en el recubrimiento total de los dientes con coronas cuando no se pueda lograr con éxito una buena higiene bucal, los procedimientos de restauración o los quirúrgicos deberán ser -- completados en el menor número de sesiones posibles.

Se puede recurrir a la sedación durante periodos de tratamiento extensos y cabe recurrir a la anestesia

general ante problemas graves.

5.- MANEJO DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

El manejo del paciente es un factor importante en el tratamiento del niño impedido. Todos los métodos convencionales de obtener la cooperación del paciente habrán de ser agotados antes de restringir al niño o antes de emplear medicación o anestesia general; jamás las restricciones o dominio físico deben ser un sustituto del manejo psicológico del niño.

Hughes ha definido con claridad la importancia de restringir los procedimientos pediátricos a los que no son manejables y alienta que los padres sean informados de la razón de los tipos de restricciones que deberán ser utilizadas. Comprendiendo la profunda preocupación y las angustias de un padre por su hijo, siente que unas palabras profilácticas de consuelo y tranquilización antes del tratamiento, superan en mucho una explicación terapéutica de los procedimientos después que fueron ejecutados. Por lo tanto, además del niño, debe ser claramente comprendido por el padre antes que sea llevado procedimiento alguno.

6.- DESPEDIDA DE LOS PADRES Y ANSIEDAD PATERNA.

Antes que ésto suceda, los padres deben recibir un resumen y explicación de los resultados del examen inicial. Con frecuencia el odontólogo no logra comunicar a los padres todo el problema y la solución inicial, y éstos dejan el consultorio llevándose conceptos falsos y una comprensión solo parcial del problema dental del niño.

La mayoría de los padres se muestran bastante ansiosos en la primera visita. La ansiedad frecuentemente es más obvia en los padres de los niños impedidos. El odontólogo debe considerar el examen bucal efectuado por los padres, mientras que el niño entra en contacto y conocimiento con el consultorio, y si sospecha problemas dentales o de manejo específicos, - debe describirlos brevemente. Se tranquilizará a los padres en cuanto a que el examen inicial no es una situación que cree tensiones en el pequeño y que si su conducta lo exigiera, se pedirá a los padres - que pasen a colaborar al consultorio.

El odontólogo entonces se retirará y dejará a los padres considerando sus observaciones iniciales.

Además se les puede ofrecer material escrito o visual que insista en las observaciones del odontólogo, para el caso de que en la entrevista no haya sido captada toda la información.

El odontólogo debe tener una impresión de la conducta del niño, si éste siguió la sugerencia y se relacionó bien con la nueva experiencia, no hay razones para sospechar que aparecerán problemas durante el tratamiento. Cuando la conducta del niño sea inmadura,; abierta u obviamente retardada, podrá ser necesario trasladarlo a la sala de examen ayudándolo físicamente.

La conducta inmadura debe ser controlada a nivel de entendimiento, si el niño fuera notoriamente retrasado en sus actos o expansivo, podría ser necesario ejercer cierta firmeza o restringirlo físicamente.

El paciente pudo tener antes una experiencia médica u odontológica desagradable, lo cual precipitará un problema de conducta.

Si las técnicas usuales de manejo de la conducta resultaran ineficaces y se hiciera necesario recurrir a restricciones, se deberán realizar todos los esfuerzos por llevar a cabo lo más rápidamente posible

y con la mayor incomodidad para el niño.

Los niños aceptarán el examen bucal si la actuación del odontólogo es cariñosa y firme. Suele ser solamente el niño retardado o el muy pequeño el que no puede ser controlado con las técnicas de manejo de conducta normales.

7.- CUIDADOS PREVENTIVOS EN CASA.

Los padres deben ser los factores motivantes del cuidado hogareño. Se les debe enseñar a cepillar los dientes hasta que puedan llevar a cabo un trabajo eficaz por sí mismos.

El cepillo, los dispositivos de limpieza personalizados, los abrebocas y otras ayudas mecánicas, deben ser aplicadas cuando sean aplicables. No se ha de olvidar un dentífrico que contenga fluoruro estannoso. Si la familia no tiene el beneficio de la fluoruración comunal, se recomiendan suplementos diarios de fluor para mantener niveles óptimos en sangre durante la formación de la dentadura permanente. También hay que considerar por su efecto tóxico, los buches o las pastillas de flúor.

8.- DIETA.-

**La dieta apropiada debe ser parte importante del -
planeamiento preventivo familiar.**

**Muchos niños impedidos reciben una dieta rica en
carbohidratos y algunos de ellos están sujetos a
dietas especiales.**

**Se ha de consultar al pediatra o al médico familiar
si fueran necesarias algunas modificaciones de la
dieta.**

T E M A I I**ODONTOLOGIA PREVENTIVA
PARA EL NIÑO IMPEDIDO.**1.- GENERALIDADES.-

El programa preventivo que se establezca para el niño impedido es la consideración más importante en el afianzamiento de una buena salud dental.

La responsabilidad del odontólogo consiste en comunicar la importancia de la prevención y emplear un programa eficaz para cada niño.

Los padres de estos niños deben ser asesorados cuando éste tiene entre nueve y doce meses. Hay que explicarles el desarrollo dental y los cuidados preventivos antes de la erupción de los dientes temporales, de modo que comprendan su papel en el cuidado bucal temprano de los pequeños.

El papel del niño en la prevención, dependiendo de su habilidad para cooperar debe ser pacientemente demostrado y enfatizado en cada visita al consultorio. Una medida eficaz para reducir las

placas microbianas en el niño debe ser iniciada a temprana edad.

La coordinación profesional es de suma importancia en el programa preventivo consistente de exámenes periódicos, profilaxis y tratamiento preventivo y restaurador realizado regularmente. Los intervalos en la atención profesional deben contar con un programa eficaz de control de placa por el paciente (en el caso de los niños este punto deberá estar asesorado por los padres) y en el buen estado de salud de los tejidos blandos.

Los exámenes pueden variar entre dos veces por año a frecuencias de cada dos o tres meses, si no se puede mantener un adecuado programa de prevención de la salud dental.

2.- TECNICAS DE CEPILLADO.

Técnica de Stillman. - Las cerdas del cepillo se colocan lo más adentro posible del vestíbulo, cuidando que unas cerdas toquen los tejidos gingivales, se hace vibrar el mango suavemente pero con movimientos rápidos y ligeramente mesiodistales, al hacer estos movimientos y con estos se limpiarán los dientes en esta zona, con esta técnica se les dará masa-

je a los tejidos gingivales.

Método de Fones. - Con las piezas dentales en oclusión se coloca el cepillo contra los dientes y tejidos gingivales, se hace una presión firme y se hacen movimientos circulatorios con el mayor diámetro posible.

Método de Barrido o Giro. - Se colocan las cerdas del cepillo lo mas alto posible en el vestibulo, con las cerdas tocando los tejidos gingivales, se ejerce tanta presión lateral como puedan soportar los tejidos y se mueve el cepillo hacia oclusal, con la presión que se ha hecho se produce una zona de izquemia ya que se interfiere la circulación de la sangre en los capilares.

Conforme se acerca el cepillo al plano de oclusión; se hace girar lentamente, logrando de esta manera que las puntas de las cerdas toquen el esmalte de los dientes, después se repite la operación y en cada operación se harán seis movimientos similares.

Técnica Fisiológica. - Con un cepillo blando se cepillan los tejidos gingivales y dentales, con una dirección de corona hacia raíz en un movimiento suave

de barrido, esta técnica suele ser fácil y eficaz aunque han de advertir que se debe poner mucho cuidado en ella.

Técnica de Cepillado en la Dentición Primaria.- Anteriormente el odontólogo le daba la misma técnica de cepillado a adultos y niños, ahora tomando en cuenta las diferencias anatómicas existentes entre las dos denticiones, se descubrió que la acción de fregado desaloja mejor los restos alimenticios de la superficie de los dientes temporales, en especial las prominencias cervicales de las caras vestibulares facilitarán una limpieza si se hacen movimientos horizontales.

En encuesta práctica que se realizó con niños menores de 5 años, se encontró con que se cepillan los dientes solo durante 20 o 30 segundos, el 35% de este grupo no saben tomar adecuadamente el cepillo, si tomamos en consideración que se deben cepillar los dientes durante 3 minutos como mínimo, fácilmente nos damos cuenta que el niño necesita de una mejor y más completa orientación con respecto al cepillado de sus dientes y así tratar de que aprendan correctamente a cepillarlos, pues sabemos que con los niños impedidos debemos tener mucho cuidado y vigilar el cepillado, ya que es muy difícil que ellos lleven a cabo una téc-

nica adecuada y correcta.

Es por eso que me permito recomendar estas técnicas de cepillado pues considero que es fundamental que todos los padres de familia tengan una información de este tipo, ya que el cepillado de los dientes es de primordial importancia para el mantenimiento de una buena higiene y salud dental.

Al hacer uso de cualquiera de las técnicas de cepillado mencionadas anteriormente, se aflojarán muchas partículas y bacterias de los dientes, por lo que para la eliminación de éstas es necesario hacer vigorosos enjuagues con agua y si está dentro de las posibilidades económicas de cada familia es recomendable usar con el agua un antiséptico bucal, de la misma manera se eliminarán los restos de carbohidratos semilíquidos, también se debe recomendar al paciente que cuando no sea posible cepillarse los dientes inmediatamente después de comer, se hagan enjuagues bucales con agua simple.

T E M A I I ISUBNORMALIDAD MENTAL,
MONGOLISMO Y EPILEPSIA.1. - SUBNORMALIDAD MENTAL. -A). - Descripción General. -

La deficiencia mental no puede definirse por medio de reglas precisas, ni puede comprobarse exactamente. Un niño puede carecer de inteligencia pero, aunque ésto puede probarse, los resultados no son siempre constantes. Puede carecer de capacidad por ser educado, pero en realidad puede ser tardío en desarrollarse. Muchos de los pacientes considerados como ligeramente deficientes, pueden con la misma facilidad, ser incluidos en el extremo inferior de la escala normal, de manera que no hay un nivel real al que se pueda decir que comienza la verdadera deficiencia.

Una de las clasificaciones más comunmente usadas es la del acta de deficiencia mental de 1927, la que divide los grados de severidad en idiota, imbecil y débil mental.

Un idiota es un individuo "incapaz de cuidarse así mismo contra un peligro físico común".

Es severamente defectuoso y su C.I. es menor de 25.

Un imbécil es una persona "incapaz de manejarse asimismo o sus asuntos, como en el caso de los niños de ser enseñado a hacerlo". Es menos defectuoso que el idiota y puede ser enseñado a defenderse contra los peligros comunes y hasta realizar ciertas tareas bajo supervisión. Su C.I. varía entre 25 y 49.

Una persona débil mental o deficiente, requiere cuidado, supervisión y control para su propia atención y protección y protección de los otros, o en el caso de los niños, es incapaz de recibir educación en la escuela, la clasificación lo coloca en la categoría de C.I. de 50 a 74.

En Gran Bretaña, el acta de salud mental abolió esta clasificación y sustituyó los términos por subnormalidad y subnormalidad severa.

En el último grupo están aquellas personas incapaces de llevar una vida independiente, mientras que los primeros requieren de cuidado especial, pero no son dependientes en la extensión de los afectados severamente. Hay una gran confusión en la terminología y la Organización Mundial de la Salud

recomienda el término general de subnormalidad mental con el agregado de leve, moderada o grave, para el uso general pero sin desplazar ninguna nomenclatura clínica, los términos recomendados son:

- 1.- Subnormalidad leve con C.I. de 50 a 69 y edad mental en el adulto de 8 a 12 años.
- 2.- Subnormalidad moderada con C.I. de 20 a 49 y edad mental en el adulto de 3 a 7 años.
- 3.- Subnormalidad grave, con C.I. de 0 a 19 y edad mental en el adulto de 0 a 2 años.

La prevalencia de la subnormalidad es difícil de establecer pues las normas varían mucho de un país a otro y los casos más leves pueden o no estar incluidos.

La etiología de la deficiencia mental cubre una gran cantidad de factores que pueden dividirse ampliamente en: hereditarios y ambientales, el aspecto hereditario de la causa es importante y hay una elevada incidencia de padres defectuosos que producen niños con problemas congénitos. Este grupo incluye también estados reconocidos en los que ocurre deficiencia mental, como la fenilquetonuria, cretinismo,

sordomudez, microcefalia, neofibromatosis y corea de Huntington. El mongolismo puede deberse en algunos casos a algún defecto heredado pero en la mayoría de los casos es por un error cromosómico.

Los factores ambientales que afectan el desarrollo mental incluyen infecciones en los períodos; prenatal, perinatal y postnatal: rebeola materna en el tercer mes y otras infecciones virales, irradiación al feto, incompatibilidad Rhesus, meningitis bacteriana y encefalitis viral en el período perinatal y en la niñez; anoxia en el momento del parto o poco después. En muchos casos, la investigación se puede descubrir una cantidad de factores etiológicos.

La subnormalidad mental puede o no ser reconocible al nacer, pero más tarde se nota la lentitud de desarrollo y excepto en casos graves no es posible por varios años, una comprobación razonablemente exacta del nivel mental.

Se reconoce que es mejor para un niño mentalmente subnormal permanecer dentro de la familia, aún en casos graves si es posible, y por el mayor tiempo posible, que se haya comprobado plenamente la -- competencia de los padres y las consecuencias fami-

lires. Esos pacientes quienes permanecen en el hogar son supervisados por una enfermera de salud pública, y pueden ocurrir diariamente a un centro ocupacional o de entrenamiento.

B). - Estado bucal. -

Debido a la pobre higiene bucal y a la dieta blanda en este tipo de pacientes, la proporción de caries atiende a ser un poco más alta que lo normal y el estado periodontal es pobre, aparte de esto, solamente el niño mongoloide muestra rasgos especiales .

C). - Tratamiento Odontológico. -

El niño con un grado leve de subnormalidad mental puede ser tratado en cualquier consultorio como parte de su propia familia, sin gran dificultad, su nivel mental debe ser conocido de manera que el acercamiento del odontólogo pueda adaptarse a la situación y el plan de tratamiento se modifique de acuerdo al grado de tolerancia. La paciencia es fundamental en el tratamiento de estos niños, pero en los casos que la cooperación sea pobre, debe considerarse la rehabilitación bajo anestesia general. Los niños con daño cerebral por anoxia, o quienes están propensos a convulsiones pueden no ser considerados por el anestesista

como sujetos adecuados.

Habrá que pensar entonces en la terapia de drogas anticonvulsionantes o tranquilizadoras y si existe alguna duda, consultar con el médico.

El estado periodontal de estos niños requiere atención especial y el cepillado de los dientes es difícil pero sumamente importante. El uso de un cepillo accionado por baterías es de gran ayuda para el paciente o para la madre si ella lo maneja.

El niño disminuido probablemente nunca tolerar  dentaduras para reemplazar los dientes perdidos y cuanto más dientes pierda, mayor será la dificultad para comer alimentos correctamente. Por lo tanto, el tipo de dieta será más pobre.

La posibilidad de rehabilitación bucal bajo anestesia general debe considerarse en estos casos.

2.- MONGOLISMO, SINDROME DE DOWN O TRISOMIA 21.

A).- Descripción General.

El mongolismo es un estado asociado con una anomalía cromosómica, ésta se presenta habitualmente de 3 en lugar de un par de cromosomas 21, de ahí el nombre de "Trisomía 21", en unos casos están presentes los 46 cromosomas normales, pero hay una translocación de un cromosoma 21 extra a otro sitio.

El estado mas frecuente en niños nacidos de madres mayores, sobre todo en aquéllas que han pasado de los 35 años, pero cuando la madre es joven puede haber una translocación heredada de uno de los pares de cromosomas del par 21.

Este puede entonces convertirse en un tercero en la descendencia, resultando en mongolismo. Se ha hecho importante identificar a aquellas familias con translocación heredada en el campo del consejo sobre planeación familiar y un examen cromosómico es ahora posible de llevarse a cabo.

Los niños mongoloides son todos mentalmente retardados en alguna medida. Están demorados en sus

mojones, para sentarse, caminar, pararse y hablar, y se desarrollan a un ritmo mas lento que lo normal, de manera que continúan perdiendo terreno. Son niños contentos, afectuosos y quizás traviesos, aunque ocasionalmente pueden ser agresivos.

El grado de retardo mental es muy variable, algunos están afectados tan severamente como para ser totalmente dependientes y estar internados en instituciones. La mayoría son imbeciles y se les puede adiestrar, pero hay un grupo mas elevado al que se puede educar en medida variable. Probablemente concurren a una escuela especial, aunque raramente a la normal.

El niño mongoloide típico tiene muchas características físicas que lo distinguen del normal. Es generalmente más pequeño que el promedio de estatura para su edad, un proceso gradual que es menos evidente en el niño más pequeño que en el mayor.

Es regordete y camina pausadamente e inclinado hacia adelante. Sus dedos son cortos y fofos, y su piel puede ser seca y áspera. El cráneo es braquicéfalo y en algunos casos hasta hiperbraquicefálico y hay un menor desarrollo de tercio medio de la cara. Esto resulta en aplazamiento del puente nasal en tres cuartos de los casos, y hay nariz flat.

Hay defectos oculares y en la mayoría de los casos las figuras palpebrales se inclinan hacia abajo en la línea media y suele existir epicanthus. Otras anomalías oculares son el estrabismo, en más de la mitad de los pacientes. Nistagmus, opacidades en el cristalino. Son comunes las anomalías en la forma del oído externo. El cabello puede ser fino y escaso y a menudo hay un enrojecimiento en las mejillas.

Hay hipotonía en los músculos labiales y el labio inferior habitualmente cuelga flojo muy a menudo con grietas persistentes y la lengua protuye sobre él, con frecuencia se le describe agrandada, pero en la mayoría de los casos este aspecto se debe a la falta de espacio bucal con la consiguiente protrusión. Existen fisuras marcadas y las papilas están hipertróficas.

Hay algunas anomalías médicas importantes de especial relevancia. Aparecen defectos cardíacos congénitos en aproximadamente un tercio de estos niños y puede haber cianosis.

Es posible un trastorno de la tiroides, con deficiencia y también se menciona el hipopituitarismo. Los niños mongoloides son especialmente propensos a las infeccio-

nes respiratorias y esta es una de las principales razones de porque tan pocos sobreviven hasta una edad avanzada.

También hay una incidencia de leucemia más elevada de lo normal.

B).- Estado bucal. -

Casi un tercio o más de estos pacientes pueden tener dientes congénitamente ausentes, siendo los más frecuentes uno o ambos incisivos laterales superiores.

La morfología dentaria también puede estar afectada. Son mas pequeños que lo normal y tienden a ser redondeados o bulbosos. Los patrones fisurales pueden ser variados y tienden a ser más superficiales, los incisivos pueden ser de una forma mas simple, con menor desarrollo de los mamelones laterales, hay algún retardo de erupción.

Caries Dental.- Los niños mongoloides tienen una notable resistencia a la caries y por lo menos la mitad de ellos están libres de caries.

En quienes desarrollan caries, el número de cavidades es aún mucho menor que lo que se esperaba en un niño normal.

Esto puede relacionarse en parte con la forma más simple de los dientes con menos fisuras profundas, pero esto no es la razón principal de que las cavidades intersticiales sean infrecuentes.

C).- Estado periodontal.-

Casi todos los niños mongoloides sufren de un grado moderado o severo de enfermedad parodontal. La comparación con defectuosos mentales no mongoloides en las mismas instituciones, muestran que el pequeño mongoloide tiene una incidencia más elevada de enfermedad parodontal y que es considerablemente más grave. Es muy frecuente en la zona incisiva inferior y aún a la edad de 3 años puede haber desmoronamiento tisular y pérdida temprana de los incisivos centrales primarios.

Y la de sus sucesores permanentes, antes de llegar a la pubertad, esto es común.

Hay una separación del borde gingival insertado con formaciones de bolsas parodontales y pérdida progresiva del hueso de soporte. Esto continúa con la edad y la complicación de los incisivos inferiores es seguida por la de los superiores y más tarde por mucho del resto de las arcadas dentarias. Radiográficamente-

te, hay falta de claridad de la lámina dura y las trabéculas óseas parecen muy cortas y gruesas con espacios medulares mas pequeños, las raíces de los incisivos son cortas. Aunque la higiene bucal suele ser pobre, tiene poca correlación con el grado de enfermedad parodontal. La presencia de cálculos no es una característica.

D. - Maloclusión.

El tamaño pequeño del maxilar superior con su falta de desarrollo hacia adelante y abajo suele resultar en una maloclusión de clase III de Angle, en un tercio o más de esos niños. Puede haber mordida cruzada posterior en uno o ambos lados, agregada a una sobremordida incisiva invertida.

La mitad de los pacientes tiene un empuje lingual, debido en algunos casos a una lengua agrandada, pero en la mayoría a una falta de espacio para una lengua de tamaño aparentemente normal.

Esto puede producir una mordida abierta anterior, - suele haber falta de sellado labial y posible labio-versión de los incisivos inferiores, acentuando la relación invertida.

E. - Tratamiento Odontológico. -

El grado de cooperación depende mucho del nivel de inteligencia. El mongoloide mas inteligente puede ser tratado en el sillón dental en forma razonablemente normal para procedimientos conservadores, para los de grado mas bajo el tratamiento debe ser adaptado a las necesidades inmediatas y puede limitarse a extracciones en el caso de los niños internados.

No hay contraindicación para la anestesia local; los niños con enfermedad cardiaca congénita necesitan un plan de tratamiento especial que tome en cuenta esa condición, en esos casos, las extracciones y los raspajes profundos deben hacerse bajo cobertura antibiótica y la terapia de conductos radiculares está contraindicada. Esto y la susceptibilidad a la infección torácica influirán en cualquier decisión para usar un anestésico ya sea para extracción o para conservación.

El estado periodontal constituye la dificultad principal en el logro de la salud dental. La enfermedad es progresiva aún en el mongoloide de alto grado, la extracción puede ser inevitable. El tratamiento gingival se hace de acuerdo a los principios generales, pero habitualmente debe ser de tipo sencillo, hay que tener en mente la posibilidad del desarrollo de una

leucemia.

Tanto los aparatos ortodóncicos como protéticos suelen estar contraindicados por varias razones: el mal estado gingival, la lengua relativamente grande y el tono muscular pobre hacen difícil la retención, y la cooperación suele ser por completo inadecuada. Las raíces cortas también son una desventaja para el movimiento dentario ortodóncico.

3.- EPILEPSIA.-

A.- Descripción General.-

La epilepsia no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma de un trastorno cerebral subyacente. Ocurrir en el 0.5% de la población y aproximadamente el 5% tiene su normalidad mental. Está presente más o menos en la mitad de los espásticos y en un 4% de los atetoides. Los ataques son más comunes en niños que en adultos, pero están incluidos aquellos niños que tienen convulsiones con un aumento repentino de la temperatura vinculado con un estado febril, muy común entre las edades de 18 meses a 3 años.

Hay dos tipos de epilepsia: la variedad orgánica, en la que puede demostrarse daño cerebral físico y un

posible factor genético, como la fenilquenoturia y la variedad idiopática, en la que suele haber una anomalía cerebral funcional demostrable.

El ataque se debe a una descarga repentina de materia gris como un shock eléctrico. Es de grados variables dependiendo de donde y cuando está afectado el cerebro en la descarga.

El Grand Mal es un ataque mayor que puede ser precedido por una advertencia de tipo visual o motor, o por irritabilidad o jaqueca poco antes del ataque. Al comienzo hay un espasmo tónico-súbito en todo el cuerpo con pérdida de la conciencia. Hay palidez facial, dilatación pupilar, con los globos oculares habitualmente girados hacia arriba y la cabeza girada hacia atrás, el cuerpo está endurecido y rígido. La lengua puede ser mordida cuando se contraen los músculos maxilares, por eso es recomendable el uso de una mordasa entre los dientes, para evitar que esto suceda.

La palidez de la cara cambia rápidamente a cianosis y en medio minuto del comienzo sigue la fase clónica.

El paciente despierta eventualmente con dolor de cabeza y en un estado de confusión mental.

El Petit Mal es una forma menor de ataque donde hay solamente pérdida momentánea de la conciencia, aun que pueden existir otros efectos menores. Dura menos de medio minuto y puede ser considerado como mareo, o el paciente puede no darse cuenta que ha ocurrido. Raramente está asociado con subnormalidad mental. A veces ocurren otros tipos de ataque, aparte del gran y pequeño mal, que muestra una variedad de patrones de conducta y se clasifican como mioclónicos infantiles, focales y psicomotores.

El tratamiento de estos estados convulsivos es a base de drogas para suprimir los episodios. Las más frecuentes son Epamin Sódico (Dilantina) o uno de los barbitúricos con Mysoline aunque también se usan otras. Ocasionalmente también puede seguirse una dieta cetogena. Se está haciendo un intento muy positivo para adaptar a estos pacientes a la vida comunitaria normal y tratar de educar a la sociedad para que los acepte.

B. - Estado Bucal. -

El único rasgo especial se encuentra en los pacientes tratados con Epamfn. En ellos puede haber gingivitis hiperplástica de naturaleza fibrosa, a veces

tan intensa como para cubrir casi todas las coronas dentarias o demorar la erupción.

Esté asociada sobre todo con un pobre estado de higiene bucal y se le ve bien ilustrada en muchos textos de patología bucal.

C. - Tratamiento Odontológico. -

Muchos de estos pacientes son particularmente aprensivos y el tiempo destinado para conocerlos está bien empleado.

Es útil preguntar al padre cuánto tiempo ha transcurrido desde el último ataque y qué tipo de situación la provoca.

De esto se puede juzgar la probabilidad que un episodio así ocurra en el consultorio.

Habitualmente el niño está bien controlado y es improbable que se produzca un ataque durante el tratamiento, especialmente si hay una buena relación entre el niño y el odontólogo.

Si un paciente que sufre de grand mal concurre para tratamiento dental, es bueno que la asistente conozca los procedimientos a seguir si se produce un ataque.

Inmediatamente se colocará en un lugar en el que no pueda caerse y un espacio vacío en el piso es lo más fácil.

Debe ponérsele de costado, con su cabeza en posición que impida la aspiración de saliva a los pulmones. Puede necesitarse un instrumento para forzarlo entre los dientes antes de que haya ocurrido un espasmo total de los músculos maxilares para prevenir la mordedura de la lengua, pero debe evitarse el daño a los dientes y a los tejidos blandos.

En el consultorio dental el instrumento más adecuado, fácilmente al alcance, es la espátula plástica para alginato, dura pero resiliente, y que no causará trauma. Si el paciente no sale de su ataque con bastante rapidez, y el padre advertirá sobre el patrón normal, habrá de suministrarle oxígeno si está muy cianótico y disponer de los de los medios para trasladarle a un hospital de inmediato.

Cuando sale de su ataque normalmente tendrá dolor de cabeza y estará mentalmente confundido, de manera que habrá que posponer el tratamiento, salvo los ajustes menores necesarios para terminar la operación interrumpida.

La conservación puede realizarse normalmente y se puede usar anestesia local. En el caso de la anestesia general, solamente puede y debe aplicarla un anestesiólogo muy experimentado, siempre que considere al paciente como adecuado para recibirla. Se debe recordar al padre que antes de la cita, debe darse al niño la dosis normal que está acostumbrada y no omitirlo.

El estado periodontal puede requerir también atención especial en los pacientes que toman Epamín; periódicamente hay que hacer un raspaje y limpieza escrupulosos y al paciente y al padre se les debe enseñar la técnica de cepillado correcta.

Si la gingivitis hiperplástica es grave, puede ser necesario tratarla quirúrgicamente, pero tiende a recurrir. Si causa un gran problema y puede serlo especialmente en aquéllos mentalmente normales y están perturbados por el aspecto, entonces sería razonable discutirlo con el médico para ver si se puede cambiar el Epamín y pasar a otra terapia como alternativa.

4. - RETRASO MENTAL.

A. - Generalidades.

El retraso mental predomina como pediátrico que

efecta más niños que otra enfermedad.

"El retardo mental se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio, originando en el período del desarrollo y asociado a un impedimento en la conducta de adaptación".

La etiología de esta enfermedad puede incluir o infección, intoxicación, agentes traumáticos o físicos, trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición, tumores o influencias desconocidas prenatales y post-natales.

El odontólogo debe estar preparado para evaluar la conducta del niño normal, interpretar el grado de retardo y planificar el programa de restauración y prevención odontológicas.

Mediante muchas pruebas normalizadas se procuró con éxito moderado establecer métodos para el diagnóstico de retardo mental y del grado de retardo, social o mental.

Estos métodos a menudo crean confusión y requieren un clínico experto para interpretar sus resultados.

El médico o el pediatra familiar deben ser capaces de suministrar los resultados de esas pruebas y revisar la

evolución del niño.

Las necesidades odontológicas varían muchísimo en estos niños y deben ser examinadas y planificadas sobre una base individual. La atención preventiva y el manejo del paciente son las consideraciones más importantes en el logro del éxito del tratamiento.

El odontólogo debe comprender que su mayor servicio a la familia de un niño retardado es trazar un plan realista de atención.

Con estas familias suele establecerse una relación prolongada, que puede ser muy gratificante, pero que a menudo plantea grandes exigencias al odontólogo y puede forzar sus recursos profesionales.

T E M A IVPARALISIS CEREBRAL.A). - Descripción General.-

Pertenece a un grupo de trastornos relacionados que se superponen etiológicamente y clínicamente y se ubican bajo el encabezamiento de síndromes de disfunción cerebral y que también incluye tipos de deficiencia mental y epilepsia. Se coloca una etiqueta diagnóstica particular donde predomina ese aspecto y en la parálisis cerebral es el neuromotor, pero puede no ser el único efecto del factor o factores causales originales, por ejemplo, un niño parálitico cerebral puede sufrir de convulsiones y tanto en los grupos parálitico cerebral y epiléptico puede haber diversos grados de deficiencia mental.

La causa de la parálisis cerebral puede ser aparente en algunos casos y haber ocurrido antes, durante o después del nacimiento. Entre las más comunes está la hemorragia y posiblemente las infecciones virales durante el embarazo, anoxia fetal, prematuridad, trauma en el nacimiento, Kernicterus y meningitis tuberculosa.

Algunos son familiares, hay casos donde no se puede descubrir una causa evidente, de manera que el término "niño con daño cerebral" no es adecuado.

El grado de complicación del sistema neuromotor varía mucho, desde quienes están afectados tan ligeramente que pueden llevar vidas normales hasta los afectados tan severamente que deben ser internados en instituciones especiales.

El término parálisis cerebral cubre una variedad de trastorno motor, de la siguiente manera:

Espasticidad: este tipo ocurre en más de la mitad de todos los pacientes paráliticos cerebrales y se deben al daño que afecta los tractos piramidales, resultante en un impedimento de la capacidad para controlar los movimientos voluntarios, existe un reflejo de estiramiento exagerado y contracciones tendinosas aumentadas, hay el aspecto de rigidez muscular severa y el movimiento planeado de un miembro afectado resulta en un reflejo hiperactivo tendinoso. Esto sucede especialmente cuando se intenta un movimiento rápido, pero menos con un movimiento pasivo lento.

El niño puede describirse como parapléjico, con ambos miembros inferiores afectados, hemipléjico, con un

brazo y una pierna del mismo lado afectados.

El término hemiplegia doble infliere que los cuatro miembros estén afectados, pero más los brazos que las piernas.

Atetosis: este es el segundo tipo más común de parálisis cerebral, se presenta en un sexto de los casos y el Kernicterus juega un gran papel en su causa.

Se caracteriza por movimientos musculares involuntarios frecuentes y a menudo incoordinados que pueden dar lugar a la aparición de contorciones. Fácilmente ésto puede resultar en muecas, babeo, defectos de dicción y otros problemas.

Rigidez: es un tipo no frecuente en el que hay resistencia al movimiento pasivo, aunque éste puede a veces ser superado por la acción rápida; la mayoría de estos niños son defectuosos mentalmente.

Ataxia: es también menos común, y es un trastorno en el equilibrio en el que el paciente presenta dificultad para asir objetos, sentarse erecto puede ser difícil.

Mixtos: éstos son los casos en los que es aparente

más de un tipo de efecto y hay dificultad en hacer un diagnóstico más claramente definido.

En una comprobación en Escocia de 240 casos de parálisis cerebral, se encontró que el 40% tenía un impedimento físico leve, la mayoría eran hemipléjias espásticas, 35% eran moderadamente graves y el 25% estaban impedidos físicamente en forma muy severa. Un cuarto del total tenía una inteligencia normal pero la mitad mentalmente defectuosos, se encontró que el impedimento físico mental tendía a corresponder y había pocos impedidos físicos graves que no fueran también mentalmente impedidos.

La incidencia de otras anomalías como defectos oculares auditivos aumentó también con el grado de impedimento físico y mental.

Este grupo de niños presenta un problema social y Médico muy importante y su número es suficiente para justificar medidas locales específicas en cualquier área de la población.

Se pueden señalar cuatro grados de atención general necesaria para estos niños. Los que son mentalmente competentes pueden concurrir a la escuela normal ya que su impedimento físico tiene a ser leve, quienes

tienen un impedimento significativo deben concurrir a la escuela especial, o a un centro donde se disponga de todos los tipos de rehabilitación.

El niño ineducable debe asistir a un centro ocupacional donde se le pueda dar un entrenamiento sencillo, tanto para su propio beneficio como para aliviar a su familia de parte de la responsabilidad. Quienes están gravemente impedidos, tanto física como mentalmente, suelen estar internados en instituciones especiales, desafortunadamente no en todas partes existen servicios completos de este tipo en la medida necesaria.

B).- Estado Bucal. Enfermedades más comunes.-

Caries dental.- La mayoría de los estudios que se han efectuado sobre la experiencia de caries de estos niños muestra que es solo ligeramente más elevada que en los controles normales, se encuentra una cifra más alta para dientes cariados y ausentes en el niño parálitico cerebral, equilibrada por un número más alto de dientes obturados en el niño normal, ésto es un reflejo de tipo de atención odontológica recibida por los dos grupos y se demuestra además por los tipos de obturaciones presentes, siendo las de los pacientes enfer-

mas de un tipo más sencillo que las del niño normal.

Hipoplasia del esmalte. - Hay una incidencia más alta en la dentición primaria sobre todo en aquéllos pacientes con una hisotira de prematurez o Kernicterus como era de esperar.

Enfermedad Parodontal. - Más de tres cuartos de estos pacientes tienen algún grado de gingivitis siendo más elevado en los niños mayores que en los pequeños, se presenta más en el grupo espástico y menos en los atetoides.

La enfermedad periodontal severa con formación de bolsas ocurre en el 10% de los casos, aquéllos pacientes cuyos problemas médicos incluyen convulsiones pueden estar tomando una de las drogas del grupo de la dilantina y como resultado se producen casos de gingivitis hipertrófica.

La higiene bucal suele ser bastante pobre y el problema de mantener una buena higiene bucal en la mayoría de esos niños puede ser muy grande, el despeje bucal con la lengua, labios, carrillos es anormal, la deglución puede ser difícil y puede haber babeo.

La técnica de cepillado es muy difícil de aplicar en estos niños ya que su enfermedad lo hace casi imposible pero los padres deben esforzarse al máximo por tratar de aplicar una técnica de cepillado no muy complicada.

El tipo de dieta puede también estar contra el despiece dental, ya que los niños con los músculos de la masticación y deglución afectados tienden a comer alimentos blandos, con una proporción muy alta de hidratos de carbono, pueden mostrar alguna deficiencia vitamínica a consecuencia de una dieta mal balanceada con algunos signos periodontales.

Maloclusión.- Los pacientes con parálisis cerebral presentan una elevada incidencia de maloclusión que lo habitual, debido a la anormal actividad muscular. Puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales, masticatorios o de la deglución y con la función anormal o movimiento involuntario de estructuras que influyen en los arcos dentales.

Así el tipo espástico con hipertonicidad del labio y la musculatura facial tiene preponderancia de clase II de Angle división 2, con apilamiento y una mordida cruzada unilateral.

El atetoide, por otra parte, tiene los labios hipotónicos, a veces babeo y tiende a presentar una meloclusión de clase II división I, con un paladar angosto y alto y empuje lingual, produciendo una mordida abierta anterior, además cada caso puede complicarse por la pérdida temprana de dientes primarios y permanentes.

Bruxismo. - Puede ser severo en algunos pacientes, muy comunmente en el atetoide.

Trauma. - El estado dentario puede agravarse además por trauma, las caídas no son infrecuentes en niños con controles musculares incompletos y se producen traumatismos en los incisivos.

Es probable que esto sea más común en el atetoide con incisivos en labioversión, siempre más susceptibles a un daño de este tipo.

C). - Tratamiento Odontológico. -

El buen cuidado en los niños paralíticos cerebrales y especialmente en aquéllos con complicaciones en la cabeza o el cuello, es de vital importancia porque:

1. - Tiene dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes. Esto contribuiría más a deficiencias nutricionales.

- 2.- Muchos de estos pacientes nunca podrán usar - dentaduras por su incapacidad muscular.
- 3.- Los problemas fonéticos también aumentan con la pérdida de los dientes.
- 4.- Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto, un niño cuyas necesidades dentales son dejadas de lado o descuidadas, estará más frustrado que aquel cuya estética dental y tratamiento conservador se cuida en la misma medida que sus hermanos normales.

Desafortunadamente, el tratamiento odontológico completo para estos pacientes aún no es asunto de rutina en todas las áreas, pero el odontólogo puede contribuir mucho a su servicio. En los Estados Unidos varias escuelas de odontología tienen cursos formales sobre el tratamiento odontológico de los niños impedidos, tanto a nivel de pregrado como de graduados y de tiempo en tiempo organismos oficiales efectúan cursos especiales.

Problemas de tratamiento.

Al niño afectado ligeramente que puede concurrir a la escuela normal es posible tratarlo como a un paciente normal en el consultorio, mientras aquellos severamente impedidos, física y mentalmente, como

para estar internados en instituciones especiales, solo son adecuados para extracciones y un buen cuidado con relación a su higiene bucal. Es a quienes se encuentran entre esos dos extremos que debe dirigirse la atención odontológica especial. Si un niño está en condiciones de asistir a una escuela o centro especial, entonces se le puede ayudar.

El niño con algún grado de complicación en la cabeza o el cuello, presenta problemas para su atención odontológica y quizás las dificultades sean de orden mental, físico y dental.

Dificultades Mentales.-

1.- Aprensión.- Puede ser un gran problema hasta que el niño se familiarice con el odontólogo y con el tipo de tratamiento. Se refiere especialmente a un niño en su hogar y quien raramente ve a nadie que no sean miembros de la familia.

El niño que concurre a una escuela o centro especial está más acostumbrado a conocer otras personas. El espástico es esencialmente propenso a la aprensión.

2.- Dificultad de Comunicación.- Pueden existir defectos auditivos o visuales que dificulten la conversación y explicaciones junto al sillón, o bien el niño

puede tener un defecto de dicción que hace que sus respuestas sean incomprensibles.

En esos casos, el odontólogo no debe suponer ninguna deficiencia en la inteligencia sin otra evidencia.

3.- Baja Inteligencia.- En pacientes de inteligencia por debajo de lo normal, la comunicación y el entendimiento pueden ser difíciles de alcanzar cuando se intenta obtener cooperación.-

4.- Distracción.- En algunos pacientes con disfunción cerebral hay inquietud y una deficiente capacidad para concentrarse.

Las cosas triviales tienden a distraer la atención del paciente.

5.- Convulsiones.- Una cantidad de niños paráliticos cerebrales sufren de algún grado de convulsiones, Aunque la ansiedad puede precipitar un ataque, es casi seguro que el paciente está recibiendo drogas que controlan el estado y un episodio así es raro de presentarse en el sillón dental.

Dificultades Físicas.-

1.- Posición Postural.- Un paciente con algún gra-

do de ataxia no será capaz de sentarse en el sillón dental sin ayuda, debido al trastorno del equilibrio. El atetoide y los espásticos con complicación de los músculos del cuello, tienen dificultad en lograr mantener la postura sentado normal, con la cabeza apoyada sobre el cabezal.

2.- Capacidad para Cooperar. - Como regla general un niño que puede entrar al consultorio, aún con alguna ayuda, sentarse en el sillón y abrir su boca, puede ser tratado sin mayor dificultad. Los niños con complicaciones mayores, sobre todo de la cabeza y el cuello, pueden presentar serios problemas de cooperación, no por falta de voluntad, sino por su incapacidad para producir las adecuadas acciones musculares.

En el espástico la rigidez muscular tiende a desaparecer cuando se siente quieto y relajado, pero cuando se intenta accionar los músculos para abrir la boca, hay una reacción excesiva y los músculos labiales, aunque producen un cierto grado de apertura, pueden estar tan fuertemente contraídos y tensos como para presentar una barrera al examen de la cavidad bucal. Producir suficiente separación de los arcos dentarios constituye un problema similar.

En el atetolide, los constantes movimientos musculares involuntarios dificultan el tratamiento, los músculos faciales y masticatorios producen contracciones y quizás el cierre repentino de la boca.

Dificultades Dentales.-

La proporción de caries es solo marginalmente más elevada que lo normal, pero la conservación es más importante debido a los mayores problemas que pueden encontrarse en relación con una prótesis. Desafortunadamente cuanto mayores son las dificultades de conservación, menos probable es que el paciente pueda usar un aparato.

Los pacientes con bruxismo intenso y tendencias a apretar y contorcionar no son adecuados para un aparato protético u ortodóncico, salvo que se pueden hacer imposibles.

La higiene dental es siempre un verdadero problema, pero importante en el campo preventivo. La terapia con drogas del grupo dilantínico produce una gingivitis persistente.

Introducción al Consultorio.-

Antes de ver al niño por primera vez, el odontólogo debe buscar información del médico sobre su condición.

Necesita conocer el tipo de complicación neuromotora y su gravedad, cualquier historia de convulsiones, terapia de drogas, otros defectos sensoriales, visuales o auditivos y una estimación de su nivel de inteligencia. Con este conocimiento, el odontólogo puede adecuar su actitud a las necesidades de ese paciente en particular.

El acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero firme y siempre con plena confianza. Cualquier falla de seguridad es percibida por el niño y produce una actitud adversa.

Paciencia y persistencia son de capital importancia, y si es necesario, hay que establecer varias visitas para lograr una relación amistosa y de confianza, con exámenes y explicaciones sencillas antes de iniciar tratamientos.

El objetivo debe ser un trabajo de un equipo entre el odontólogo y el niño, haciendo éste su parte y dándose cuenta de ello.

Postura.— Muchos de los pacientes paraféticos cerebrales pueden sentarse en el sillón dental pero éste debe inclinarse un poco hacia atrás de manera que haya una sensación de mayor seguridad en cuan-

to a no caerse hacia adelante. En algunos casos puede necesitarse un asistente junto al sillón para controlar los movimientos de la cabeza cuando el odontólogo esté trabajando.

Si lo hace desde atrás puede lograr este control - sosteniendo la cabeza entre su brazo izquierdo y el cuerpo quedando libres su muñeca y su mano.

Hay pacientes que pueden ser controlados más fácil y completamente si se sientan en el regazo de un padre o un asistente. Si el padre es sensible y cooperador y entiende verdaderamente qué se está haciendo, entonces resultará una persona adecuada para brindar control y el niño estará más seguro.

Examen.- Debe estimularse al paciente para que se relaje, explicando y demostrando todas las acciones propuestas. Los movimientos repentinos pueden precipitar una acción muscular, por eso es esencial un acercamiento suave, el espástico al intento de abrir la boca, puede producir una contracción muscular intensa, pero si el odontólogo lo enseña a hacerlo con presión suave, se puede controlar esa contracción.

No hay que poner los dedos entre los dientes en los casos en que los maxilares pueden contraerse, salvo que se use un protector digital metálico.

Un dedal puede ser útil, pero debe ser de acero y no de un metal más blando. Es aconsejable agregarle un trozo de cadenita o un cordón, perforando un orificio con una fresa cerca del borde, de manera que si se sale del dedo no hay manera de que se trave. En esos casos un espejo de vidrio puede resultar peligroso para el paciente porque si se astilla puede ser posible no recobrar los trozos de vidrio. Es aconsejable un espejo de acero, hay que tener cuidado en la colocación de un explorador agudo para que, si se cierra la boca intempestivamente la punta no constituya un riesgo para los tejidos blandos. Las películas radiográficas son difíciles de ubicar y mantenerse en movimiento y quizás habrá que omitirlas, aunque posiblemente las interproximales puedan tener mejor éxito.

De ser así se puede simplificar mucho el descubrimiento de caries intersticiales.

Conservación.— Con la comprensión y confianza del paciente, ésto debería ser posible, con o sin anestesia local, en aquéllos con razonable inteligencia,

habitualmente resulta esencial un separador pero hay que cuidar que sea de un tipo y se encuentre en posición tal, que dificulte su desplazamiento.

El separador puede ser controlado por la asistente, quien sostiene la cabeza del niño. Al paciente hay que permitirle descansos frecuentes de la posición de boca abierta.

Un atomizador de agua y un inyector de saliva son esenciales para limpiar el campo, ya que no le es factible enjuagarse la boca. En algunos casos puede necesitarse un retractor para la lengua, especialmente cuando se tratan dientes inferiores. Al colocar cemento y obturaciones plásticas, suele ser útil mantener el campo limpio y seco colocando una grapa dique (sin dique) sobre el diente a tratar o el contiguo.

La mayoría de los paráliticos cerebrales pueden ser tratados con éxito en esta forma, hay una cantidad en los que no es posible por razones físicas o emocionales, como alternativa la conservación puede hacerse bajo anestesia general. Este método preferido sobre todo para tratamiento inicial porque se elimina una

larga serie de visitas y el niño queda con su problema dental resuelto, una vez que ésto se logra, el mantenimiento de rutina se hace más fácil.

Enfermedad Periodontal.

El tratamiento periodontal se basa en métodos normales y los niños que están tomando dilantina pueden presentar uno de los problemas más grandes en virtud de la gingivitis hiperplástica resultante. En los casos graves, la consulta con el médico puede significar la posibilidad de un cambio de la droga. Algunos de esos pacientes pueden haber tenido una dieta mal balanceada, especialmente con exceso de hidratos de carbono, si existe la enfermedad periodontal severa habrá que considerar con el médico una suplementación vitamínica.

Prótesis. - Cuando se considera necesario colocar una prótesis, su diseño quizás deba ser un compromiso tanto a nivel de eficacia, como de aspecto. El odontólogo también debe tomar en cuenta el manejo y la posibilidad de reemplazo frecuente.

El odontólogo puede ser invitado en la rehabilitación de un paciente cuadripléjico con la construcción de

una pieza bucal para sostener una herramienta. Se hace de acrílico y se parece a un aparato de Andresen. Después de las impresiones en alginato y un registro de la mordida en cera, se corren los modelos en yeso piedra y se articulan en oclusión, se eliminan las retenciones y se tallan en cera bloques de mordida con una cubierta oclusal plana pero delgada. Se procesan en acrílico por separado y luego se ajustan en la boca.

Las superficies oclusales se desgastan hasta que la separación vertical de los dientes se reduzca aproximadamente a 1 mm.

Se juntan con cera pegajosa y se retiran de la boca, se completa la unión de los bloques de acrílico con acrílico de curado en frío, las superficies anteriores del aparato entre los labios puede construirse con este acrílico, como un sostenedor para el instrumento requerido. Se puede hacer en forma de un prisma para presionar las teclas de una máquina de escribir, en cuyo caso se perfora con fresa la extensión de acrílico, en la angulación requerida, habitualmente a unos 45 grados debajo de la horizontal para insertar el prisma. Otra posibilidad consiste en perforar el acrílico por completo para pasar una pajilla de mane-

ra que el paciente pueda alimentarse solo, además de entrenar y ejercitar los músculos en la succión y el soplido.

Prevención. - La higiene bucal debe recibir la máxima atención y para muchos de los pacientes merece recomendarse el cepillo accionado por baterías. Si es usado por el paciente debe tener una llave que no requiera presión sostenida para manejarlo, sino que continúe accionando una vez conectado. Estos cepillos son más fácil y eficazmente usados por el padre o la enfermera cuando el paciente es incapaz de hacerlo. La prevención de la caries en estos pacientes es tan importante, que debe recomendarse el aporte de tabletas con fluoruro en las áreas no fluoruradas, comenzando tan rápido como el síndrome sea evidente.

Pueden tomarse fácilmente en la dosis recomendada cuando se les disuelve en jugo de naranja u otra bebida.

TEMA VDIABETES MELLITUS.A). - GENERALIDADES. -

La diabetes mellitus es un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono en el cual la glucosa no es aprovechada por la célula a causa de la deficiencia de insulina.

Es una condición en la que el defecto, o al menos el potencial para desarrollarlo, está determinado genéticamente, aunque el modo de herencia no se conoce en forma precisa.

Aproximadamente el 33% de los pacientes con diabetes tienen un pariente cercano afectado también, comparado con más o menos el 3% para los no diabéticos.

El comienzo clínico de la enfermedad puede ser a cualquier edad y ser precipitado por uno o varios factores como una infección aguda, stress emocional, obesidad o pubertad cualquiera de los cuales puede producir una tolerancia disminuida a los carbohidratos.

A éstos debe agregarse el embarazo y el descubrimiento de diabetes en ese caso es importante. La historia previa de la madre de haber tenido niños grandes -- (4 1/2 Kgs. o más) o niños que aumentan sucesivamente

de peso, sugiere un estado pre-diabético y los mismos niños pueden tener el potencial diabético.

Se mencionan dos tipos clínicos bastante mal definidos de diabetes mellitus. El tipo adulto crónico, que ocurre en pacientes mayores de cualquier edad, ha tenido indudablemente un período prediabético largo y tiende a ocurrir a individuos obesos, es generalmente de carácter débil y no produce quetósis y sus consecuencias.

La variedad juvenil o de comienzos de crecimiento en contraste con el tipo adulto, ocurre en pacientes delgados y es la común en niños y adolescentes. Muestra todos los signos clásicos de la diabetes aguda aunque en los niños presente alguna variedad, ciertos se describen como frágiles y son particularmente inestables, con fluctuación rápida de hipoglicemia a hiperglicemia.

Básicamente en la diabetes mellitus hay deficiencia o ausencia de insulina, o puede haber un factor anti-insulina en la sangre circulante. Esto puede deberse en algunos casos a un daño real de las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas que producen y almacenan la enzima. Esta destrucción puede ser el resultado de una infección, como la

del virus de la parotiditis, o por el depósito selectivo del pigmento hierro en la hemorromatosis resultante en fibrósis.

El examen cuidadoso del páncreas en la autopsia ha demostrado que en la mayoría de los casos del tipo agudo de diabetes el número o tamaño de los islotes está reducido. La deficiencia insulínica, sin embargo no necesita deberse a una simple falta de producción por indecuación de las células, sino que puede ser un defecto en cualquier punto de la compleja cadena de sucesos desde la producción hasta el uso, como el resultado de una falla en el aporte de materiales o en el mecanismo para liberarlos de su almacenamiento o su transporte, o pueden ser unidos o neutralizados por las proteínas, o destruidos excesivamente por el hígado y los riñones.

Cualquiera que sea la causa, la disponibilidad disminuida de carbohidratos en las células ya que la insulina normalmente facilita esto, hay por lo tanto, un nivel de glucosa aumentado en el líquido extracelular con un aumento consiguiente de presión osmótica y en consecuencia, un retiro de líquidos y electrolitos de las células, tan pronto como el nivel de

glucosa en sangre se eleva más allá de la capacidad renal para reabsorverlo hay glucosuria y poliuria. Como esto necesariamente incluye pérdida de agua, hay deshidratación y sed en un intento de reemplazarlo. El hígado normalmente toma parte en el ajuste del nivel de glucosa en la sangre, liberando la glucosa a medida que se necesita, pero en el diabético parece haber una sobreproducción, probablemente debida a la demanda de células que están en inactivación por la entrada reducida de carbohidratos y esto agrega la hiperglicemia, cuando hay una severa deficiencia de insulina y a las células les falta carbohidratos disponibles, hay movilización de la grasa de depósito y la producción de ácidos grasos. Estos son reducidos por el hígado y se acumulan cuerpos cetónicos ácidos, provocando una caída del pH plasmático que se acentúa por su excreción en la orina como sales, llevando con ellos cationes fijos. Se desarrolla así una acidosis que puede resultar en coma y muerte si su progreso no es controlado por tratamiento. Este desmoronamiento de grasas y de proteínas justifica la pérdida de peso en los pacientes que desarrollan el tipo más agudo de diabetes. Aunque los defectos en los islotes de Langerhans y

particularmente en las células beta tienden a ser los culpables principales por el estado diabético, otras glándulas endócrinas también juegan una parte en el mecanismo del equilibrio de azúcar.

La pituitaria anterior y la corteza adrenal han demostrado influirlo y hay por cierto una asociación entre mal función primaria de las glándulas pituitarias y adrenales y el subsiguiente desarrollo de un estado diabético.

Tarde o temprano se producen cambios degenerativos serios en el sistema vascular y suelen ser aparentes dentro de los 10 a 20 años del comienzo de la diabetes. Aunque son más comunes y más graves en el paciente mal controlado, eventualmente ocurre en todos, y toman la forma de cambios que conducen a la arterioesclerosis y cambios capilares que afectan particularmente el riñón y el ojo. Hasta ahora no se ha encontrado una forma de detener esta degeneración. Una complicación ulterior es la extrema susceptibilidad del paciente diabético a la infección, siendo ésta mucho más común y un problema mayor el control del equilibrio del azúcar es pobre. La catarata diabética es mucho menos frecuente en pacientes jóvenes con buena estabilidad.

La diabetes mellitus en niños constituye aproximadamente el 5% de los casos conocidos y suelen ser de tipo agudo, con un comienzo que tiende a ser más rápido que en el adulto.

Los síntomas que se presentan más comunmente son: somnolencia, sed, aumento de apetito y poliuria, cualquiera de los cuales o todos, pueden desarrollarse durante un período considerable. Si la cetosis aparece rápido, sin embargo, pueden no notarse y el estupor o el coma ser el síntoma presente.

En un caso así suele haber una infección aguda causante del rápido comienzo. Los síntomas de la cetosis son: somnolencia, piel seca y mejillas sonrojadas, náusea y vómitos, posiblemente dolor abdominal, un olor a acetona en el aliento e Hiperpnea, esta última es una indicación importante de la gravedad de la cetosis y tiene el carácter de una respiración muy profunda más que rápida o superficial y cuando es grave, el paciente necesita desesperadamente tratamiento.

El pulso es entonces débil y rápido y la presión sanguínea por debajo de lo normal, aunque el comienzo de la crisis diabética es rápido, aún la más veloz, toma varias horas o más para desarrollarse. De inmediato hay

buscar ayuda hospitalaria tan pronto se sospeche ese estado, porque cuanto más rápido se pueda administrar insulina y líquidos, es mejor para el paciente.

En el niño diabético el objetivo del tratamiento es lograr mantener la salud normal controlando el nivel de azúcar por medio de la dieta y la insulina.

En todos los casos diagnosticados en este grupo de jóvenes, la insulina es necesaria y aunque algunos niños comienzan con un tipo de desorden leve, suele haber un deterioro eventual a un tipo más grave con tendencia a la cetosis. Puede anotarse que en los originarios de los trópicos, la diabetes aguda y la cetosis son infrecuentes y la tendencia es al tipo crónico más leve en la gente joven, aunque la incidencia total no es aparentemente distinta.

Después del diagnóstico se determina el requerimiento de insulina del paciente, pero es importante comprender que ésto no es firme y la necesidad puede variar de tiempo en tiempo.

Un niño diabético puede permanecer estable por muchos meses pero surgen períodos de inestabilidad por razones no explicables fácilmente. La inestabilidad se produce también como resultado de infección, imobilización o

stress emocional, cuando se eleva el requerimiento de insulina. Por otra parte el ejercicio físico regular y el contento general contribuye a la estabilidad.

La dosis diaria de insulina totalizará entre 10 y 100 unidades por inyección subcutánea, se dispone ahora de muchos tipos de insulina, algunos de acción prolongada y que requieren una sola dosis por la mañana temprano diariamente, mientras otros actúan más rápidamente y son de duración más breve, por lo tanto un paciente puede estar con una combinación de ellos, tomados a diferentes momentos del día.

El horario de comidas en relación con la inyección de insulina es muy importante y la mayoría de los casos de colapso hipoglucémico o de shock insulínico se deben a errores en estos diversos grados de hipoglicemia son muy comunes en pacientes diabéticos y ese estado suele desarrollarse como resultado de un periodo prolongado en la toma de insulina y la absorción de carbohidratos.

Puede haber una demora en una comida o su omisión también, pero el efecto de una sobre dosis puede producirse por ejercicio excesivo o indebido que aumenta en forma repentina la demanda de hidratos de

carbano a factores que varían el control diabético y la susceptibilidad a la insulina. La causa más importante es la ingestión deficiente de alimento después de la inyección, los síntomas de hipoglicemia tienden a seguir un patrón similar para cada individuo diabético y el paciente por lo tanto no suele darse cuenta de qué está sucediendo. Los primeros signos y síntomas son los de liberación de adrenalina, a saber una sensación de debilidad, temblor con palidez y sudoración de frío o de calor o palpitaciones, dolor de cabeza, algún trastorno visual y hambre o náuseas y vómitos. Un síntoma significativo de esta condición es la impresión de cierta parestesia alrededor de la boca. Más allá de este signo están los de falta de glucosa por el sistema nervioso central y el paciente puede aparecer inquieto, irritable y conversador, o deprimido y quieto. Bostesa frecuentemente, la dicción no es clara y puede estar confundido. Si se demora el tratamiento se vuelve somnoliento y comatoso. En un niño pueden ocurrir convulsiones o recaer en cualquier grado de inconsciencia.

Aunque es posible el recobro espontáneo de un ataque hipoglicémico, nunca debe dejarse al paciente

que se recupere solo si se reconoce el estado, pues muchos no lo hacen. Todos los diabéticos diagnosticados son instruidos para que siempre lleven azúcar y la utilicen en esa situación y deben digerirla tan pronto sospechen el comienzo de hipoglicemia.

Como el control por insulina ha mejorado tanto, hay una tendencia a permitir una mayor libertad con respecto a la dieta y en lugar de una dieta baja en hidratos de carbono, alta en grasas, pesando cuidadosamente las porciones se acerca más la de una familia sensible con la condición básica de evitar -- excesos. Se pone énfasis en el término bien balanceada, de manera que el niño recibe el alimento -- que requiere para la salud, crecimiento y ejercicio normal, como sus hermanos. En el caso grave e inestable, la dieta será más restringida y el padre puede tener que controlar con bastante exactitud las cantidades de carbohidratos y otros alimentos que el niño reciba. Este tipo de control, sin embargo es mucho menos satisfactorio ya que el paciente es tratado como diferente del resto de su familia inmediata cuando el propósito debe ser que se sienta lo más normal posible.

La supervisión y cuidado de un niño diabético in-

cluye en su educación y la de su familia y le ayuda en las adaptaciones necesarias en su forma de vida. Son estimulados para que se manejen solos y sean independientes de la constante ayuda médica dentro de su capacidad para hacerlo y algunos niños administran su propia insulina desde los 9 a 10 años de edad.

Ellos o sus padres pueden ser capaces de hacer ajustes menores en los requerimientos de insulina y la glucosuria, se estimula al niño para que sea lo más normal posible, pero es importante que la familia no trate de ocultar la presencia de la diabetes y hacer de ella algo que avergüence u ocultarla a quienes necesitan conocer la circunstancia.

B).- ESTADO BUCAL. -

Mucho de la literatura odontológica sobre este tema se relaciona con el diagnóstico primario de diabetes mellitus en cuanto a síntomas bucales, o el estado bucal en el momento del diagnóstico y hay relativamente pocos artículos que traten el estado bucal de niños con diabetes, quienes están bajo atención médica regular.

Caries Dental.

Antes del advenimiento de la insulina, habían informes de una susceptibilidad desusadamente elevada a

la caries, sobre todo del tipo cervical. Esto a pesar de una dieta muy estricta, alta en grasa, baja en carbohidratos que producía una severa hiponutrición especialmente en juveniles, la teoría del alto contenido de azúcar de la saliva para justificar eso, ha sido ahora desaprobada. Se sugiere que el comienzo repentino de una excesiva cantidad de nuevas cavidades cariosas en un adulto previamente sano debe hacer sospechar que existe diabetes mellitus, pero si esto es también verdad en el caso de niños, es difícil de decir en vista de susceptibilidad normalmente elevada a la caries y la frecuencia de casos de caries aguda en una población infantil.

Los estudios de niños diabéticos en tratamiento, sin embargo, muestran que la producción de caries no es aparentemente más elevada que en los grupos de control.

También parece no haber menos a pesar del control dietético, pero esto puede deberse al consumo de carbohidratos distintos de los azúcares concentrados que ellos pueden tomar.

Un aspecto en que parece diferir de un grupo normal es la diferencia de caries en relación con la edad.

Mientras el niño normal tiende a una disminución de cavidades nuevas a fines de la adolescencia, en el niño diabético parece aumentar gradualmente con la edad.

Enfermedad Periodontal. -

Este es el mayor problema dental en los pacientes diabéticos adultos y sube en sus estadíos iniciales - en el niño. Es probable que su origen esté en los cambios capitales que ocurren tarde o temprano en todos los pacientes diabéticos y se han demostrado en - las encías con la consiguiente reducción en el aporte sanguíneo. También hay una susceptibilidad inherente a la infección aunque esto es mucho menos aparente en el diabético controlado.

En el paciente pequeño bajo control, las encías tienen a menudo un color violáceo característico. La profundidad de la hendidura gingival está aumentada y hay algún engrosamiento de las encías. Parece existir una mayor tendencia al depósito de cálculos y las radiografías pueden mostrar algún grado de atrofia ósea. En los niños mayores, estas lesiones son más marcadas y progresan hacia el estado adulto de depósito de cálculos, formación de bolsas profundas y pérdida de soporte óseo.

Pueden ocurrir abscesos periodontales. Siempre hay

irritación local, como un fragmento de tártaro o un borde saliente de una obturación, se produce una reacción inflamatoria más intensa que en el individuo normal.

Conservación.-

Esto no presenta problemas, la anestesia local puede usarse normalmente ya que el contenido habitual de adrenalina es de 1:80,000 ó menos en los 2 a 4 ml. de solución que se dan, es insuficiente para significar cualquier diferencia material al balance total.

En tratamientos de muchas visitas, hay que tener en cuenta el horario de las inyecciones de insulina y las comidas. Los dientes infectados que no pueden ser restaurados fácilmente suprimiendo la infección y los dientes no vitales que no pueden ser controlados correctamente es mejor extraerlos.

C).- TRATAMIENTOS.-

Tratamiento Odontológico.- Los dos objetivos principales de la atención odontológica del niño diabético, son: primero, eliminar y prevenir cualquier infección bucal que tienda a perturbar la estabilidad del balance de azúcar y segundo, tratar de mantener los tejidos periodontales saludables.

Debe insistirse en que la atención odontológica rutinaria de un niño que tiene diabetes mellitus no es un procedimiento riesgoso y la posibilidad de una crisis por hipoglicemia o por hiperglicemia en el consultorio dental, es bastante remota. De todas maneras el odontólogo debe saber cómo tratar un caso así y tomar razonables precauciones.

Para prevenir la posibilidad, siempre que sea posible, las citas para tratamiento de rutina deben ser por la mañana cuando el paciente ha recibido su insulina después del desayuno. Se encuentra más estable - que a cualquier hora del día. Si esto no es factible debe cuidarse que el horario de sus inyecciones y comidas no se alteren en ninguna forma, es bueno controlar con el paciente o con el padre que ellos - han sido normales y que no se ha sentido mal en el - camino, o que la aprensión no le ha quitado el apetito sin compensarlo.

La única crisis que puede razonablemente ocurrir - en el consultorio dental es un ataque hipoglicémico, o un shock insulínico, que suele ser el resultado de ser omitido o pospuesto de una comida después de la inyección de insulina; como ya se ha dicho, los signos y síntomas preliminares son: temblor y debilidad

palidez y sudoración, acompañados por una sensación de calor y frío y el paciente se siente pegajoso al tacto. Esto ocurre en muchos niños normales temerosos y se debe a la liberación de adrenalina. Si se ven en el niño diabético, el odontólogo debe estar alerta a la posibilidad de un colapso hipoglucémico e interrogar al paciente y al padre inmediatamente sobre si debe ingerir azúcar, estos síntomas progresan a inquietud, bostezos, dicción confusa, etc. y en ese momento el tratamiento es realmente urgente ya que el próximo estado es el coma y la pérdida de la conciencia; hay que dar de inmediato dos cucharaditas de azúcar en agua, pero si no se dispone de ellas, entonces hay que optar por la alternativa más rápida, como pulpa de naranja concentrada o hasta galletas, aunque ésta se absorbe más lentamente.

Si no hay mejoría en cinco minutos, repetir, si el estado hipoglucémico ha progresado hasta la inconsciencia, el paciente debe ser colocado de costado o inclinado y el tratamiento recomendado, es 50 ml. de glucosa al 50% por vía intravenosa, usando una aguja gruesa por la viscosidad. Hay que tener mucho cuidado de no permitir ningún escape a los tejidos vecinos. Este preparado puede obtenerse en

ampolletas listo para administrarse en tal emergencia.

Alternativamente, una inyección intramuscular de 1 mg. de Glucágon (dosis adulta), que se consigue ya preparada, es probablemente un tratamiento más seguro y de más fácil administración que la glucosa intravenosa para el odontólogo, quien no esté habituado a esta última técnica. Tiene la gran ventaja de no hacer daño si el diagnóstico de coma insulínico fué equivocado. El recobro de la conciencia suele ser rápido, dentro de los 15 minutos y al paciente hay que darle luego carbohidratos por boca para estabilizar el recobro.

En el consultorio dental es improbable que el niño bajo control diabético de rutina desarrolle ketosis, excepto en presencia de una infección aguda, si ha obedecido sus normas.

Ese estado sólo ocurre si le falta insulina y no es de comienzo repentino sino que se desarrolla en varias horas en los casos más rápidos. En este caso el paciente y su padre estarán al tanto de la posibilidad y debe ir inmediatamente al hospital, si es posible a aquel que se responsabiliza por su atención.

Tratamiento Periodontal.- Hay que poner especial atención al estado gingival. Quizás sea necesario efectuar raspajes con frecuencia y deben ser a fondo, aunque en la forma menos traumática posible.

Las bolsas deben eliminarse por medios apropiados, - en niños aún cuando no hayan evidencias de enfermedad periodontal, las medidas preventivas son importantes. La instrucción sobre el cepillado correcto y el masaje gingival y cuando sea necesario el desgaste de los puntos de oclusión traumática ayudará a posponer la enfermedad periodontal.

E).- CIRUGIA BUCAL.-

Las extracciones bajo anestesia local no suelen crear problemas en los niños diabéticos bajo buen control insulínico.

Los muchos informes de alveolos secos y cicatrización lenta no son aplicables al paciente pequeño sino a diabéticos mayores quienes tienen considerable degeneración vascular y enfermedad periodontal grave.

En niños, la extracción no tiene problemas, pero el odontólogo debe asegurarse que se ha seguido el régimen de insulina y de comidas normales y que el paciente no ha tenido ningún signo reciente de ines-

tabilidad sangre-azúcar.

En este último caso, sería más sensato referirle a su médico del hospital para consejo y posiblemente, hacer las extracciones internándole un día.

Como ya se ha dicho, la solución anestésica local normal con 1:80,000 de adrenalina, es muy adecuada en esos niños.

La anestesia general nunca debería emplearse en un niño diabético como paciente ambulatorio en el consultorio dental.

Esto requeriría un ayuno de por lo menos 3 horas antes de la operación y casi seguramente precipitaría un shock insulínico. Si está indicada la anestesia general, el paciente debe ser referido a su médico de hospital para que se disponga la internación.

Cualquier extracción que vaya acompañada por algún grado de infección deberá ser apoyada por un antibiótico como ayuda adicional a los tejidos para combatirla y eliminar una fuente potencial de inestabilidad diabética tan pronto como sea posible.

CONCLUSIONES. -

La preparación psicológica que los padres proporcionen al niño antes de llevarlo al consultorio dental, debe ir encaminado a la formación de una imagen positiva del Cirujano Dentista sea cual fuere su estado físico y mental.

Se debe tomar en consideración que la mayoría de las veces el desarrollo físico del niño no corresponde al desarrollo psicológico de éste, sobre todo en los impedidos, con respecto a la relación desarrollo físico-psicológico difiere mucho por los trastornos citados y esta relación siempre se ve afectada.

Debemos estar conscientes de que el éxito del tratamiento dental de los niños impedidos depende en un gran porcentaje de la historia clínica que se lleve a cabo.

Solo después de hacer una recopilación de todos los datos obtenidos y analizados cuidadosamente, se podrá emitir un diagnóstico y elaborar la planeación del tratamiento que más convenga al paciente.

El tratamiento que se emplee para con los niños impedidos siempre deberá estar encaminado en la preserva-

ción de los dientes y este tratamiento deberá ser planeado a conciencia y deberá ser lo más conservador posible.

Por medio de los métodos de prevención de caries, se ayudará a conservar la salud de las piezas dentales con lo cual se podrá prevenir daños mayores; es sabido por todos nosotros que los métodos preventivos son fundamentales para preservar casi en su totalidad la salud dental de un niño y de todo paciente en general.

Hemos observado que el tratamiento de los niños impedidos es complicado debido a sus incapacidades físicas entonces el Cirujano Dentista que tenga la oportunidad de atender a uno de estos niños, deberá estar preparado para ello.

-. - . - . - . - .

BIBLIOGRAFIA.

Odontología Para Niños Impedidos.

Autor: Joan Weyman.

Editorial: Mundi.

Odontología Para el Niño y el Adolescente.

Autor: Ralph E. McDonald.

Editorial: Mundi.

Tratamiento del Niño en el Consultorio Dental.

Tesis: Ma. Martha Sandoval Arellano.

U.N.A.M. 1978.

Sociedad Española de Diabetes.

Revista: 4to. trimestre 1976, núm. 4.

Medicina de Postgrado.

Revista: Volumen IV, Noviembre, 1976, Núm. 11.

Atención Médica.

Revista: Noviembre, 1976.



Impresiones "ARIES"

COLOMBIA NUM. 2 ALTOS 2

(ISS. CON BRASIL)

MEXICO I. D. F.

5-26-04-72

5-29-11-19