



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Odontología para el niño
ciego y débil visual.

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

GUILLERMO FISHLEDER RUDOY

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

CAPITULO I.-	INTRODUCCION.....	1
	A) OBJETIVOS	
	B) BREVE HISTORIA Y FUNCIONAMIENTO DEL INS TITUTO NACIONAL PARA LA REHABILITACION DE NIÑOS CIEGOS Y DEBILES VISUALES. (I.N.N.C.).	
	C) ORGANIGRAMA DE INSTITUTO.	
CAPITULO II.-	DEFINICION DE VIDENTE, CIEGO Y DEBIL VISUAL DESDE EL PUNTO DE VISTA OPTALMOLOGICO.....	14
	A) CEGUERA	
	B) ETIOLOGIA DE LA CEGUERA	
	C) ESTUDIO AL RESPECTO.	
CAPITULO III.-	DEFINICION DE ODONTOLOGIA INFANTIL.....	25
	A) LA PREVENCION COMO FACTOR INDISPENSABLE EN LA SALUD BUCAL DE ESTOS NIÑOS Y SU - APLICACION EN EL INSTITUTO.	
CAPITULO IV.-	PSICOLOGIA APLICADA HACIA EL NIÑO Y EL ADO- LESCENTE CIEGO Y DEBIL VISUAL.....	35
CAPITULO V.-	SEDACION PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE CIEGO - Y DEBIL VISUAL.....	44
	A) DEFINICION DE SEDACION.	
	B) DIFERENTES PROFUNDIDADES DE SEDACION.	

- C) SUSTANCIAS SEDANTES UTILIZABLES EN LA -
PRACTICA DE ODONTOLOGIA INFANTIL.

CAPITULO VI.- TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DEL NINO Y ADOLES-
CENTE CIEGO Y DEBIL VISUAL..... 64

- A) ESTUDIO PREVIO DEL MANEJO DENTAL
- B) HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.
- C) METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO.
- D) TRATAMIENTO.

CAPITULO VII.- ALGUNOS SINDROMES CRANEOFACIALES HEREDITA--
RIOS CON ALTERACIONES DE LA CAVIDAD BUCAL -
EN NIÑOS CIEGOS O DEBILES VISUALES..... 96

- I GENETICA -
- A) SINDROME DE MARFAN O ARACNODACTILIA.
- II ALTERACIONES CRANEOFACIALES.
- A) SINDROME DE CROUZON O OXICEFALIA.
- B) SINDROME DE HALLERMANN STREIFF O DISCE--
FALIA OCULO MANDIBULAR.

CAPITULO VIII.-

- A) PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL PARA LA
REHABILITACION DE NIÑOS CIEGOS Y DEBILES
VISUALES (I.N.N.C.).....112
- B) PADECIMIENTO BUCODENTALES EN PACIENTES
DEL PROPIO INSTITUTO.
- I CARIES DENTAL.
- II PARODONTOPATIAS.
- III MALOCLUCIONES.

C) HALLAZGOS OBTENIDOS

CAPITULO IX BIBLIOGRAFIA.....135

INDICE DE FOTOGRAFIAS

FOTO	1 - Paciente estudiando bajo el sistema braille.....	5
FOTO	2 - Paciente aprendiendo aritmetica por medio del ábaco.....	5
FOTO	3 - Tipodonto, dientes grandes de yeso y cepillo, material indis- pensable para la enseñanza de cepillado.....	30
FOTO	4 - Rotafolio que indica como mantener sanos nuestros..... dientes.....	30
FOTO	5 - Equipo, instrumental y material apropiado forman parte del- Depto de Odontopediatria.....	86
FOTO	6 - Algunos medicamentos utilizados en el departamento.....	86
FOTO	7 Paciente tratado con amalgamas y coronas de acero - cromo...	90
FOTO	8 - Diente tratado endodonticamente.....	90
FOTO	9 - Rx que muestra diente supernumerario.....	90
FOTO	10 - Paciente tratado con amalgama y mantenedor de espacio fijo- en superior.....	92
FOTO	11 - Paciente tratado con mantenedor de espacio tanto en arcada- superior como inferior.....	92
FOTO	12 - Paciente que presenta mordida abierta anterior, así como -- mordida cruzada posterior bilateral.....	94
FOTO	13 - Paciente con protrusión de lengua debido a mordida abierta- anterior.....	94
FOTO	14 - Paciente con mordida cruzada posterior unilateral.....	95
FOTO	15 - Paciente con Maloclusión Clase III.....	95
FOTO	16 - Extremidades caracterízticas del Síndrome de Marfan ----- (Dolicoestenomielia) con Aracnodactilia.....	111
FOTO	17 - Paciente con Síndrome de Crozon.....	111

FOTO 18	- Paciente con Síndrome de Hallermann Striff.....	111
FOTO 19	Paciente: Monica Jimenez Garcia.....	114
FOTO 20		
FOTO 21		
FOTO 22	Paciente: Carlos Rodríguez Magaña.....	116
FOTO 23		
FOTO 24		
FOTO 25	Paciente: Alejandro Camacho.....	118
FOTO 26		
FOTO 27		
FOTO 28		
FOTO 29	Paciente: María del Cano García Gómez.....	121
FOTO 30		
FOTO 31	Paciente: Jessica ramírez Terán.....	123
FOTO 32		
FOTO 33	Paciente: Irma Velazquez Quintana.....	125
FOTO 34		
FOTO 35	Paciente: Ana Luisa Rojas Cruz.....	127
FOTO 36		

INDICE DE FIGURAS

FIGURA	I	- Etiología de ceguera en niños y adolescentes -- del Instituto.....	24
FIGURA	II	- Etiología de debilidad visual en niños y adolescentes del Instituto.....	24
FIGURA	III	- Incidencia de Maloclusiones y Parodontopatías en niños y adolescentes ciegos del Instituto.....	129
FIGURA	IV	- Incidencia de Maloclusiones y Parodontopatías en niños y adolescentes débiles visuales del Instituto.....	129

C A P I T U L O I

INTRODUCCION

A) OBJETIVOS

Este trabajo tiene por objeto revisar el tratamiento Odontológico como parte fundamental de la rehabilitación integral del niño ciego y débil visual.

Los principales problemas que trataremos son:

- 1) Los problemas bucodentales que con mayor frecuencia se presentan en estos niños, la prevención de estos problemas y su tratamiento.
- 2) Las diferentes formas de conducta de estos niños en el consultorio dental y el manejo y atención adecuada por parte del Odontólogo.
- 3) La relación existente entre algunas alteraciones oftalmológicas y de la cavidad oral que tienen su origen en síndromes ó enfermedades congénitas y hereditarias.
- 4) Proporcionar el odontólogo general una información más amplia respecto al manejo, tratamiento y cuidados de este tipo de pacientes, que fuera de probable utilidad en su práctica diaria.

B) BREVE HISTORIA Y FUNCIONAMIENTO DEL INSTITUTO -
NACIONAL DE REHABILITACION DE NIÑOS CIEGOS Y
DEBILES VISUALES .

En México, como en otros países, los niños ciegos y débiles visuales, cuentan con los beneficios de la rehabilitación integral que se basa en el principio fundamental de que cada individuo es una unidad biopsico-social y por lo tanto requiere atención múltiple, -- encaminada a obtener un ajuste físico, psicológico, educacional y social tal, que le permita participar activamente con dignidad y autosuficiencia dentro del contexto social a que corresponda.

El Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales depende de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se encuentra en la Calle de Viena No. 12, Colonia del Carmen Coyoacán.

Hace veintisiete años que se fundó y el edificio fué planeado para funcionar como escuela desde 1971, actualmente funciona como Instituto que maneja integralmente la problemática visual de los niños de México.

El Instituto cuenta con área de gobierno, con consultorios de oftalmología, neurología, psiquiatría, psicología, odontopediatría y electroencefalograma, salones de clases, terapia física para corrección de posturas, mejorar condiciones para evitar problemas osteomusculares, orientación y movilidad, terapia ocupacional con el fin de lograr el ajuste personal y terapia de lenguaje, talleres, biblioteca "libro hablado", museo de animales disecados, taller de material didáctico, comedor, gimnasio, salón para escuela de padres de familia, auditorio y espacios libres suficientes con jardines y cancha de foot-ball.

OBJETIVO: El objetivo principal de la Institución es lograr la rehabilitación integral de los niños con problemas visuales, de proporcionar servicios de consulta externa de oftalmología aportando así un beneficio a la población. En el aspecto prevención se realiza el programa de detección temprana de problemas visuales en niños de escuelas regulares.

Para lograr la Rehabilitación Integral de niños con problemas visuales se hace en primerísimo lugar el diagnóstico oftalmológico, que es el que da la decisión de si el niño por su problema debe aceptarse en la Institución.

Cuando su problema requiere de un programa de rehabilitación, se abre expediente clínico, se hace la valoración por los diferentes especialistas, para detección de invalideces agregadas y se elabora el programa individual que proporcione, en base al diagnóstico, la atención necesaria según el caso.

El Instituto atiende niños desde los primeros meses de vida hasta los 15 años de edad.

Iniciar el manejo en edad materno-infantil tiene como fin prepararlos para que cuando ingresen al área escolar, la valoración psicopedagógica del maestro de educación especial determine el grado de escolaridad al que le corresponda asistir.

En el área escolar de ciegos se proporciona educación preescolar y primaria con los programas vigentes de la Secretaría de Educación Pública, basando el desarrollo de los mismos en el sistema de lecto-escritura Braille y dispositivos didácticos especiales, encausados a la percepción de los sentidos restantes: cajas de aritmética con números en relieve, ábaco, mapas realzados, textos de Braille, esquemas en relieve, etc.



PHOTO 1



En el área escolar de débiles visuales la --- iluminación, lupas, proyectores, pizarrones y papel de determinada textura, así como el color de las letras y el aumento en tamaño, ayudan en su aprendizaje. En cada niño en base a su valoración se le prescriben las -- ayudas visuales necesarias.

Las actividades musculares, educación física, adiestramiento manual y superación académica, encaminados a su rehabilitación, son variadas y complementan -- los programas educativos.

Todo lo anterior con el único objetivo de que el niño adquiriera las bases necesarias para su pronta -- integración a escuelas regulares; donde Maestros Itinerantes aseguran de cerca su aprovechamiento, orientan a la familia y dan solución a los problemas que puedan -- presentarse.

C) ORGANIGRAMA (Fig.I)

El Instituto Nacional de Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales, S.S.A. (I.N.N.C.) se divide - para su funcionamiento en tres áreas: Médica, Escolar y Administrativa, dependiendo todas de la Dirección.

I SERVICIOS MEDICOS

Estos comprenden los siguientes Departamentos:

OFTALMOLOGIA.- La función de este Departamento - consiste en dar diagnóstico de la alteración oftalmoló-- gica. En caso de diagnóstico de Invidente o Débil Vi--- sual se remite al paciente al Departamento Escolar para-- iniciar la rehabilitación correspondiente. Al mismo --- tiempo este departamento proporciona tratamiento farmaco-- lógico y ayudas visuales como lentes y lupas para los dé-- biles visuales.

PEDIATRIA.- La función de este Departamento con-- siste en hacer una completa historia médica del paciente que ingresa al Instituto dando diagnóstico y tratamiento.

NEUROLOGIA.- La función de este Departamento es-- elaborar en todos aquellos pacientes que ingresan al --

Instituto un estudio neurológico y electroencefalográfico para determinar si hay daño cerebral, su magnitud y -
severidad.

PSICOLOGIA.- Su función consiste en la evaluación de los niños del Instituto por medio de entrevistas con los padres y aplicación de pruebas; en la implementación de programas de modificación de conducta así como orientación vocacional a los niños de 6o. año de primaria. En los casos que así lo requieren se proporciona -
psicoterapia individual.

PSIQUIATRIA.- La función de este Departamento -
consiste en dar un diagnóstico y tratamiento farmacológico tomando en cuenta los diagnósticos dados por Neurología y Psicología.

ODONTOLOGIA.- La función de este Departamento -
consiste en ofrecer un servicio dental a niños ciegos --
y débiles visuales incluyendo en su tratamiento, enseñanza de cepillado, odontoxesis, evaluación radiográfica, -
modelo de estudio, amalgama, resinas, extracciones y mantenedores de espacios. A su vez previene de futuras alteraciones de la cavidad bucal de estos pacientes.

MEDICINA DE REHABILITACION.- Dentro de este Departamento se encuentran terapistas físicos y terapistas ocupacionales. Los primeros valoran el aspecto físico del niño y la rehabilitan en las áreas de orientación y movilidad, llevando a cabo entre otras actividades entrenamiento para el uso del bastón. Los terapistas ocupacionales proporcionan programas de estimulación, abarcando sobre todo áreas de coordinación motriz y sensopercepción por medio de las siguientes actividades: actividades de la vida diaria, actividades de comunicación, alimentación, higiene, transportación de viajes y actividades que se desarrollan dentro de la casa, actividades de vestido y actividades recreativas.

TRABAJO SOCIAL.- Este Departamento cuenta con trabajadoras sociales encargadas de elaborar entrevistas para conocer la dinámica familiar y su nivel socio-económico con el objeto de fijar cuotas dependientes de las posibilidades de cada familia del paciente. Además cuando es necesario realizan visitas domiciliarias y tienen a su cargo la colocación de niños en hogares sustitutos o orfanatos cuando éstos carecen de familia o cuando residen fuera del D.F.

Los departamentos del Area Médica prestan sus servicios dentro del Instituto todos los días.

II SERVICIOS ESCOLARES

Existen dos secciones dentro de esta área; una destinada a la educación de los invidentes y otra -- para los débiles visuales.

AREA DE INVIDENTES.- Tanto en Jardín de Niños como en la Escuela Primaria se siguen los programas académicos de la S.E.P. con las modificaciones propias para invidentes como son: libros en Braille, cajas -- aritméticas, ábacos, mapas y esquemas resaltados.

AREA DE DEBILES VISUALES.- Esta área dá servicio de Jardín de Niños y Educación Primaria siguiendo el programa académico de la S.E.P., pero se le proporciona a los niños apoyos visuales como lámparas y lupas. Además los pupitres están distribuidos para -- que los niños reciban la iluminación que se requiere según su defecto visual. El grado escolar en que es colocado el niño depende de su edad mental y de la -- edad con que ingresó a la Escuela.

En el I.N.N.C. se imparten talleres para invidentes y débiles visuales tales como: estudiantina,

piano, instrumentación, batería, telares y remallado.

Algunos niños son integrados a escuelas para niños videntes y reciben periódicamente material e instrucciones por parte de maestros especialistas.

También se cuenta con un grupo llamado el "grupo especial" al que asisten niños con múltiple invalidez, ya que aunado a la ceguera presentan otros problemas físicos: sordera, retraso mental severo o cualquier otro padecimiento que impida integrarlos a los grupos regulares del Instituto. Estos niños asisten diariamente acompañados de sus madres, las cuales participan durante toda la mañana en las actividades dirigidas por una maestra especialista y dos terapeutas físicos dedicados únicamente a este grupo.

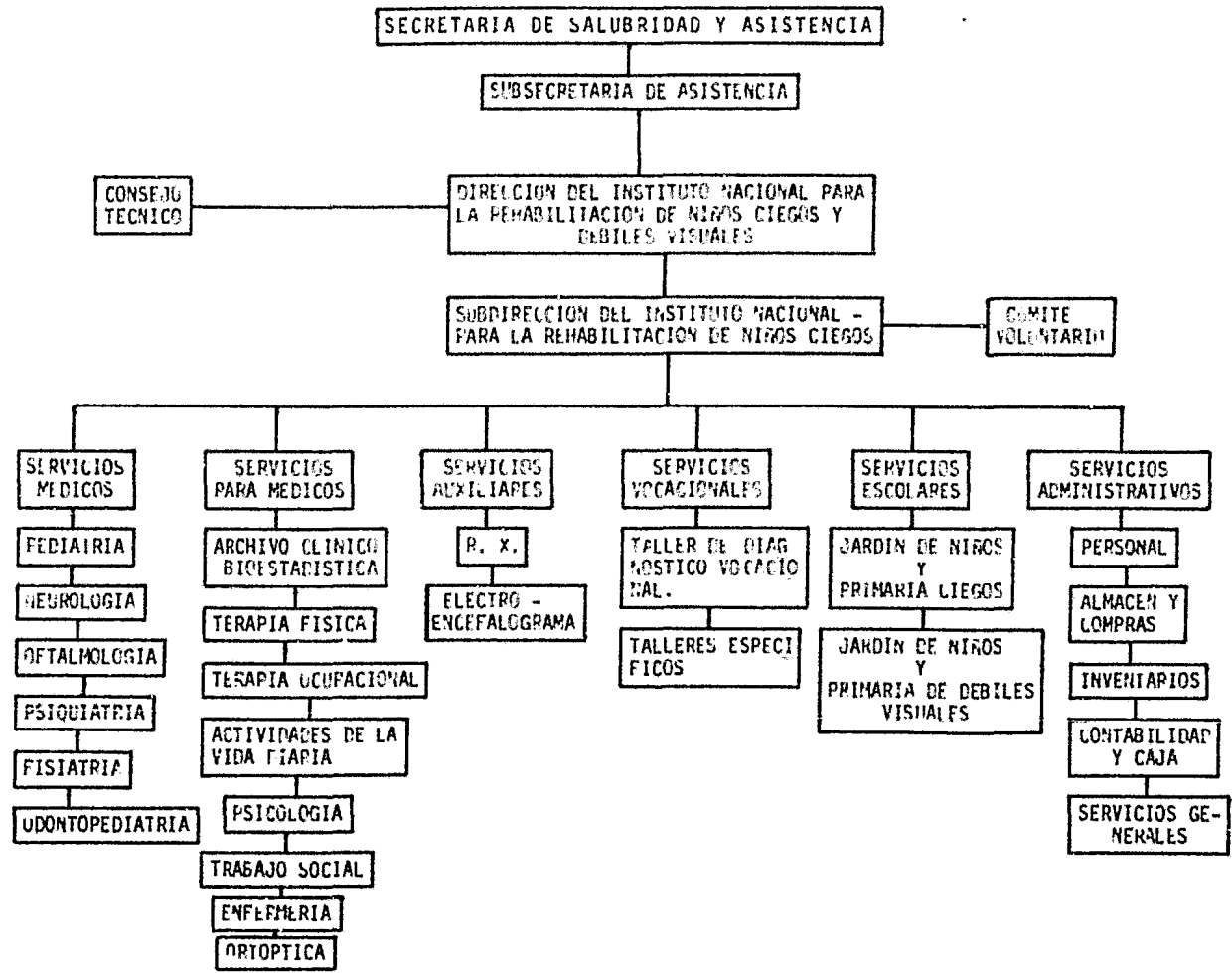
Otro servicio que se realiza en el Instituto es el de Consulta Externa. En él se atienden a niños menores de 3 años, debido a que por su edad estos niños no están capacitados para ingresar al área escolar del Instituto, por lo que se les proporcionan todos los servicios, exceptuando los de servicios escolares.

III SERVICIOS ADMINISTRATIVOS.

Cuenta con personal que labora y lleva la contabilidad del Instituto, a su vez se encarga de los sueldos del personal del mismo.

c) ORGANIGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL PARA LA REHABILITACION DE NIÑOS CIEGOS Y DEBILES VISUALES

...13



C A P I T U L O II

DEFINICION DE VIDENTE, CIEGO Y DEBIL VISUAL

VIDENTES.- Son aquellas personas que pueden ver correctamente y tienen una agudeza visual 20/20 en lo normal y un campo visual de 180° con los dos ojos. (20)

DEBILES VISUALES: Estos niños captan el rayo de luz pero a una distancia mayor de 6.90 metros no pueden distinguir el medio ambiente, o cuyo campo visual es de un ángulo tan estrecho que sólo captan la luz central pero no perciben su alrededor. (20, Debido a ello pueden distinguir con claridad una área específica y sólo pueden ver confusamente o con visión fragmentaria. El número de niños débiles visuales es casi el doble -- que el de niños ciegos y la mayoría de ellos vive en un mundo de contornos imprecisos, un mundo en el que los objetos, las personas y los movimientos solo se perciben de manera borrosa.

CIEGO.- Aquel individuo que no capta ni un rayo de luz y puede ser:

CIEGO PARCIAL.- Es aquel que tiene sensibilidad para responder por lo menos a la luz; este tipo de --

persona, es el ciego que más frecuentemente nos encontramos. Puede llegar a percibir luz, colores y hasta movimientos en forma de "bulto" hasta un metro de distancia.

CIEGO TOTAL.- Es la absoluta ausencia de respuesta a cualquier género de estímulo visual, es -- decir no percibe luz. Este tipo de ceguera es menos-frecuente que la ceguera parcial.

Según los especialistas del I.N.N.C. los - ciegos se pueden clasificar en cuanto a su origen en:

CIEGOS PRENATALES.- Son aquellos que nacen con dicho impedimento y este puede ser adquirido o hereditario.

Es adquirido cuando contrae el padecimiento antes de nacer, es decir durante el embarazo. Puede producirse por un traumatismo sobre el feto, ó ser-causado por causas tóxicas (drogas, alcoholismo, etc.) o por enfermedad infecciosa como la sífilis, meningitis varicela, etc. (12)

El ciego hereditario es el que adquiere -- dicho mal genéticamente y puede aparecer en la primera- generación o bien en generaciones alternas según sea -- el carácter dominante o recesivo.

EL CIEGO POSNATAL.- Es aquel que nace con- todas sus facultades visuales y que a causa de alguna - enfermedad conocida o desconocida, una operación, un -- golpe, un accidente, quemaduras, ya sea con fuego o -- con productos químicos, pierden la visión total o par-- cialmente. (12)

A) CEGUERA - BREVES CONSIDERACIONES DESDE EL - PUNTO DE VISTA OFTALMOLOGICO

CEGUERA

La visión es el más objetivo de todos los - sentidos. Da información detallada del mundo externo:- simultáneamente registra posición, distancia, tamaño -- color y forma. La visión, como otros sentidos, se desa- rrolla paulatinamente: antes de la cuarta semana el ni- ño sigue los objetos en movimiento a través de un arco- de 90° a las doce semanas su seguimiento es de un arco de 180° hacia las dieciseis semanas, es capaz de mane-- jar su aparato visual, pudiendo rotar su cabeza libre-- mente de izquierda a derecha para seguir un objeto.

El diagnóstico temprano de ceguera en la infancia es relativamente simple: no hay respuesta para seguir objetos en movimiento. Esto contribuye suficiente evidencia de ceguera completa o parcial. (12)

El método habitual para determinar la agudeza visual consiste en usar diversas escalas especiales de letras, como la llamada cartilla de Snellen; ésta debe estar bien iluminada y colocarse a una distancia de 6 metros enfrente del paciente, quien deberá estar sin anteojos si es que los usa. Se cubre el ojo izquierdo del paciente con una tarjeta limpia y se le indica que lea los tipos hasta donde le sea posible con el ojo derecho. Si es capaz de leer la línea que marca "20/20" se registra este dato y se repite la misma prueba para determinar la agudeza visual en el ojo izquierdo. Si no puede leer las letras más grandes de la parte superior de la cartilla se le acercara progresivamente hasta que pueda leerlas, registrándose la distancia que se encuentra de la cartilla en pies (1 pie = 0.304 m. sobre /200 o menos, entonces la persona es considerada ciega. (5)

Por lo tanto una visión de 20/20 es un 100% de agudez visual, mientras que una visión de 20/200 --- corresponde a un 10% de agudeza visual.

El campo visual es el área que el sujeto -- alcanza a percibir y se mide en grados. El campo visual normal abarca aproximadamente 180° en los dos ojos en el plano horizontal. En el plano vertical 105°. -- Cuando el campo visual, a pesar de las correcciones ópticas posibles (anteojos, lupas etc.), es de 20° o menos, la persona es considerada ciega, aunque su agudeza visual sea normal. (20)

B) ETIOLOGIA

Los defectos oculares que con mayor frecuencia se observan en el I.N.N.C. SON:

ANOFTALMIA.- Es la ausencia de uno o dos globos oculares, aunque pueden existir en estado rudimentario. Habitualmente existen los párpados, que están adheridos a nivel de los bordes pero se pueden separar. La anoftalmía se asocia a una alteración cromosómica (trisomía 16-18). (17)

MICROFTALMIA.- Se determina genéticamente y se caracteriza en que uno o ambos ojos se encuentran notablemente más pequeños que lo normal. Puede estar asociada a muchas otras anomalías oculares, como por ejemplo, a la catarata, al glaucoma y coloboma. También se presentan anomalías somáticas asociadas, tales como polidactilia, sindactilia, pie zambo, quistes en riñones e hígado, paladar hendido y meningoencefalocele. (17)

CATARATAS.- Se manifiesta como una capacidad o nube blanca dentro del cristalino. Estas varían de tamaño, desde un cristalino enteramente opaco a alguna que otra mancha que puede verse en la mayoría de los cristalinos. Las cataratas pueden ser congénitas y adquiridas. Las congénitas pueden ser hereditarias, como fenómeno aislado o más comunmente asociadas a otras anomalías como la microftalmia, la amaurosis congénita, la colesterinosis cerebral, la condrodistrfia calificante, etc. También las congénitas pueden ser no hereditarias, debidas a enfermedad materno-fetal durante el embarazo, especialmente las causadas por la rubeola.

Las cataratas secundarias pueden ser resultado de un traumatismo (conmoción o ruptura real de la cápsula del cristalino por una herida penetrante) o por un trastorno de tipo endócrino, inflamación intraocular, así como también por radiaciones como los rayos infrarrojos, rayos x, etc. (16)

GLAUCOMA.- En esta enfermedad la presión dentro del globo del ojo acarrea la pérdida de la vista. Se debe a que hay interferencia con el flujo del humor acuoso y la acumulación de este fluido causa presión. A medida que la presión aumenta aparece dolor, el ojo se vuelve duro y enrojecido, la pupila gris y se va nublando hasta tapar por completo la pupila, la visión se va perdiendo gradualmente hasta la ceguera total. (15)

ANOMALIAS DE COROIDES Y RETINA.- Las estructuras de la coroides pueden presentar colobomas congénitos, habitualmente en la región nasal inferior, los cuales pueden incluir el iris y parte o la totalidad del nervio óptico. (18)

FIBROPLASIA RETROLENTICULAR.- Esta alteración, que se observa en forma de una membrana blanquecina retrolenticular en la apertura pupilar, es una causa frecuente de ceguera en lactantes que pesan menos de 1,800 grs. Se presenta como resultado de una concentración elevada de oxígeno en las incubadoras, lo cual provoca un crecimiento sumamente desorganizado del tejido fetal retiniano que termina por causar un desprendimiento de la retina. (17)

RETINOBLASTOMA.- Este tumor maligno de la infancia es fatal si no se trata. Las dos terceras partes de los casos se presentan antes del término del tercer año de vida. Los lactantes y los niños que presentan estos síntomas se tratan por medio de la enucleación del ojo afectado. (19)

Existen otros factores que pueden producir ceguera. Tal es el caso de los procesos infecciosos producidos por hongos, virus o bacterias como son:

TOXOPLASMOSIS.- Es una inflamación del sistema nervioso central causada por un protozooario, el "toxoplasma Gondii". Esta puede ser congénita o adquirida. La primera es debida a una infección intrauterina.

QUERATITIS.- Es una inflamación de la córnea, del iris o de la úvea, causada por virus, como el herpes o por hongos.

La organización Mundial de la Salud (O.M.S.) presenta la siguiente clasificación de causas:

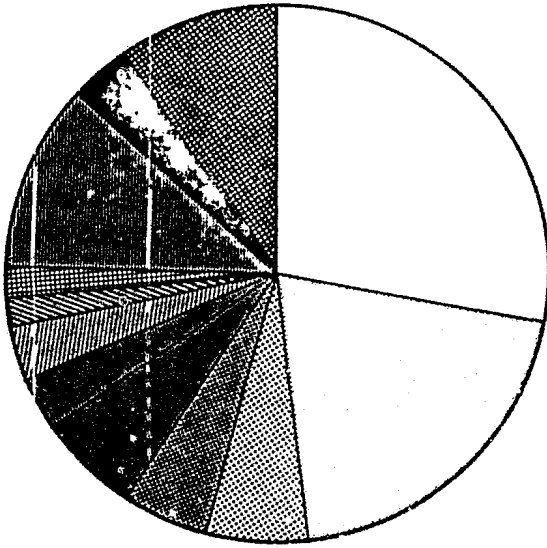
- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. Accidentales | 7. Neoplásica |
| 2. Hereditarias | 8. Miopía |
| 3. Congénitas | 9. Tóxica |
| 4. Metabólica | 10. Infecciosa |
| 5. Nutricional | 11. Degenerativa |
| 6. Glaucomatosa | 12. Desconocida. |

Las enfermedades infecciosas que causan cegue
ra se pueden subdividir en:

1. Tracoma
2. Oncocercosis
3. Blemorragia
4. Viruela
5. Sífilis
6. Lepra
7. Enfermedades desconocidas.

Además, las lesiones se pueden localizar en -
córnea, cristalino, parte central de la retina, nervio-
óptico, retina en su totalidad, vías ópticas intracra--
neales y cerebro. (20)

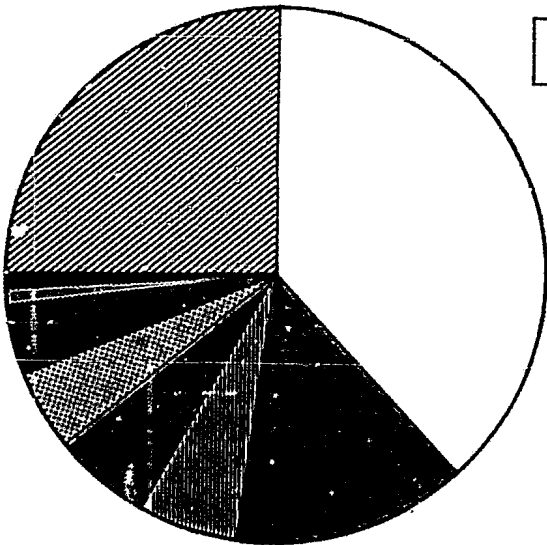
Gráfica 1



ETIOLOGIA DE CIEGOS

- Atrofia de papilas 28 %
- ▨ Glaucoma congénito 20 %
- ▩ Catarata congénita 6 %
- ▧ Oftalmia neonatum 5 %
- Fibroplasia retrolenticular 7 %
- ▦ Traumatismos oculares 3 %
- ▤ Retinoblastoma 3 %
- ▥ Ptisis bulbi 2 %
- ▣ Desprendimiento de retina, coloboma 2 %
- Uveítis 11 %
- Leucoma 3 %
- ▧ Anomalías de desarrollo 10 %

Gráfica 2



ETIOLOGIA DE DEBILES VISUALES

- Catarata 38 %
- Albinismo 14 %
- ▩ Microftalmus 6 %
- Miopía degenerativa 6 %
- ▩ Retinosis pigmentaria 5 %
- Aniridia congénita 5 %
- ▨ Leucoma 1 %
- Glaucoma congénito 1 %
- ▧ Atrofia de papilas 24 %

C A P I T U L O III

PREVENCION

DEFINICION DE ODONTOLOGIA INFANTIL

Es la rama de la odontología que se va a encargar de los problemas bucales de niños, enfocándolos a problemas presentes, previniendo problemas futuros.

Siendo sus finalidades la prevención y la restauración para mantener la salud de la cavidad oral.

PREVENCION.- Habrá que considerar que cada niño es un caso distinto, por lo que para iniciar un programa de prevención en niños ciegos y débiles visuales habrá que revisar minuciosamente, la historia clínica del paciente, así como la observación del mismo. (7)

Es importante conocer por medio de la historia clínica y el interrogatorio cuales otros padecimientos tiene, además de su incapacidad visual. En una proporción importante de los casos observados en el I.N.N.C. los niños sufrirán de alguna o algunas otras incapacidades, aparte de la ceguera o debilidad visual,

tales como: debilidad mental, alteraciones del aparato locomotor, enfermedades cardiacas, deformaciones físicas congénitas, etc., también es importante conocer a qué medicaciones estuvieron sometidos y cual fué la causa y qué medicamentos estan tomando actualmente. La mayoría de los pacientes ciegos del I.N.N.C. presentan ataques convulsivos, por lo que toman medicamentos de tipo anticonvulsivo como Epamín y Tegretol.

También se deberá preguntar si ha presentado alergia a polvos, alimentos o a cierto tipo de medicamento.

Hay que considerar que gran parte de los pacientes del I.N.N.C. presentan trastornos de tipo neurológico, lo que les dificulta captar nuestras instrucciones durante el tratamiento.

Se ha dicho que la prevención es más una forma de vida que un programa de control, por lo que se deberá evitar totalmente causas que pudieran producir enfermedades en la cavidad oral. (1)

El objetivo fundamental de la prevención es formar un sentido de responsabilidad en los niños así como en sus padres, con respecto a su salud oral, de --

tal forma que puedan mantener sus dientes y tejidos adyacentes en un estado cómodo, funcional y estético durante toda su vida y con un mínimo de reparación. (1)

El odontólogo deberá requerir de tiempo, paciencia y una actitud positiva para crear el sentido de responsabilidad en sus pacientes. (1)

Para desarrollar e instituir un buen programa de salud oral sera indispensable tomar en cuenta factores tales como el medio social y económico en el que se desenvuelven, así como la edad, capacidad intelectual y grado de escolaridad que presenten los pacientes.

El programa de prevención tiene como objetivo principal en niños ciegos así como débiles visuales, -- prevenir principalmente caries y la acumulación de placa dentobacteriana que pudiera ocasionar parodontopatías. Este programa es de particular importancia ya -- que estos niños presentan con extraordinaria frecuencia gingivitis.

....

Muchos niños ciegos y débiles visuales no pueden limpiarse los dientes adecuadamente debido a que -- presentan algún otro tipo de incapacidad que se los impide, por lo que el aseo diario de su boca no se lleva a cabo y sus dientes presentan altas probabilidades de caries y acumulación de placas dentobacterianas. (6)

El programa de prevención debe iniciarse de -- parte del odontólogo y sus auxiliares proporcionando al paciente y/o a sus familiares una información clara y -- objetiva sobre los siguientes tópicos:

- a) Enseñanza de los tejidos que rodean al diente.
- b) Explicación de las capas que forman el diente.
- c) ¿Por qué llegan a doler los dientes?
- d) ¿Que es la caries?
- e) ¿Cuales son los beneficios que se obtienen al mantener una buena salud oral?
- f) ¿Porqué la necesidad de una dieta apropiada? (6)

Una vez terminada de proporcionar la información descrita anteriormente y que el paciente no presenta ninguna duda al respecto, se le dará tiempo para que

haga uso de su memoria, y en tres días posteriores a la última explicación el odontólogo, podrá valorar la información retenida por el paciente por medio de una --- plática.

Como mencionaba anteriormente, si el paciente, presenta una edad que no tenga capacidad para entenderla explicación o que presente daño cerebral, será necesario que otra persona preferentemente un familiar, asuma la responsabilidad de llevar a cabo el programa de --- prevención dado por el odontólogo. (4)

El odontólogo deberá contar con los siguientes métodos de enseñanza:

1.- Dientes grandes de yeso; son dientes -- individuales aumentados de tamaño, para enseñar al niño todas las superficies del diente y la necesidad de su --- limpieza.

2.- Tipodonto de dientes primarios y de --- dientes permanentes. Se le explicará la posición de ca da diente en la arcada, dientes ausentes y sus conse--- cuencias, la forma de la encía y su textura. (6)

3.- Tipodonto con dientes preparados para preparación de amalgama, corona y resina, explicándole lo -- que se le hizo a cada diente, debido a que los niños -- ciegos no pueden aprender por imitación visual de la -- demostración del dentista. Deberán seguir cuidadosamente las instrucciones y valerse de sus otros sentidos.(6)

El programa de prevención deberá incluir la -
eliminación de malos hábitos, tales como el chupeteo del
pulgar, succión del labio inferior y llevarse objetos -
a la boca, tales como el punzón, o el ábaco que con más
frecuencia tiende el niño ciego y débil visual a intro-
ducir a la cavidad oral. (1)

Una vez que se le haya enseñado al paciente -
la técnica de cepillado y que la haya practicado en ti-
podonto, podrá efectuarlo en su boca. Es aconsejable -
pedirle al niño que toque con la lengua sus dientes an-
tes y después del cepillado para que se de cuenta de --
las sensaciones de humedad, halitosis, frescura y lim-
pieza de su boca. (6)

En el I.N.N.C. a los niños ciegos y débiles -
visuales en los años de 3o. y 4o. de Primaria se les --
enseña de cuantos dientes consta las arcadas dentarias,
el nombre que corresponde a cada diente, así como los -
cambios que sufre la primera dentición y edad aproxima-
da del cambio; el número de dientes de la 2a. dentición
y edad aproximada de la erupción. También se les ense-
ña en forma somera la anatomía de los dientes y como --
están distribuidos en la boca. Se les enseña muy -----

superficialmente acerca del mecanismo de la caries y se les da una orientación del régimen alimenticio que deben llevar.

En su texto de Ciencias Naturales en el sistema Braille se expone en parte lo siguiente:

"Maxilar superior. Es un hueso fijo. No se mueve".

"Maxilar inferior. Es móvil cierra y abre la boca".

"Parte interior de un diente".

"Esmalte. Es la cubierta de la corona. La protege".

"Marfil. Protege la parte viva del diente".

"Pulpa. Es la parte viva del diente. Tiene nervios y circula sangre".

"El esmalte es duro, brillante y resistente".

"Cemento. Protege a la raíz".

"Caries. Los dulces causan las caries por medio de su ácido, así mismo los refrescos originan cantidades de ácido por lo que es preferible no tomarlos. -- Este ácido pasa al marfil, no duele. La caries llega a la pulpa y empieza a doler sobre todo en lo frío y lo caliente. La caries puede atravesar el cemento y ----

causar una infección, y dolor. La caries también puede llegar a la encía y se inflama, el dolor es muy intenso y se puede extender a los oídos. Los dientes de los -- lados se desvían al hacer la extracción de un diente -- muy cariado. La caries también proviene por falta de -- una buena alimentación que carezca de calcio, fósforo, -- vitamina D, hierro. Por lo que debemos de comer alimentos que contengan verduras, legumbres, leche, frutas, -- carne, pescado y huevos".

"También pueden aparecer las caries entre los dientes y nos damos cuenta hasta que ya están muy avanzadas. Por eso es conveniente visitar al dentista cada 6 meses y lavarse los dientes después de cada alimento".

"La salud, general depende también mucho de -- que tengamos sanos nuestros dientes".

A todo niño ciego y débil visual que se atendieron durante mi estancia en el servicio dental del -- I.N.N.C. se les dió pláticas sobre prevención odontológica y técnica de cepillado.

C A P I T U L O I V

PSICOLOGIA APLICADA HACIA EL NIÑO Y ADOLESCENTE CIEGO _
Y DEBIL VISUAL.

El propósito de un tratamiento psicológico -- adecuado por parte del odontólogo es que su paciente -- ofrezca toda cooperación posible para que su tratamiento dental sea un éxito.

Hay que considerar que los niños ciegos y débiles visuales presentan trastornos emocionales en la - mayoría de los casos y estos pueden dificultar su tratamiento.

Para analizar el aspecto psicológico del niño ciego y débil visual el odontólogo se deberá basar en - la edad del paciente y en su capacidad intelectual, que indicará el grado de entendimiento que ofrezca al niño.

Se sabe que los niños ciegos y débiles visuales debido a la deficiencia de su sentido de la vista - pueden presentar como consecuencia retardo de aprendizaje, una conducta diferente y muchas veces anormal, debido a su incapacidad para recibir un estímulo externo-

y a pesar de tener su mentalidad normal, puede ser considerado, erroneamente un débil mental. (14)

Los factores, en general, que contribuyen al estado psicológico y emocional de éstos pacientes son:

- 1o. El trauma producido por su incapacidad y el estar conscientes de la misma. Viven, la mayoría de las veces, en un medio inadecuado, - que no les ayuda a sobreponerse o a superarse a su enfermedad.
- 2o. El conflicto familiar creado por su mismo -- problema.
- 3o. Las condiciones económicas y educacionales - precarias en las que viven la mayoría de --- ellos.
- 4o. La ignorancia y abandono de sus padres, hacen que el tratamiento en general y su educación escolar, sea a una edad más avanzada - que la de los niños normales.

5o. El rechazo que sienten de la sociedad por su incapacidad. (2)

En el I.N.N.C., como se describe en el capítulo I, muchos de los niños atendidos se hospedan en hogares substitutos otros vienen de la provincia y son acompañados normalmente por la madre; este problema geográfico es frecuentemente causa de la desintegración de la familia.

Cuando el niño va a ser atendido por el servicio dental por primera vez, se le expone a la madre el problema que afecta al niño y su tratamiento, explicándole la forma que debe intervenir para ayudarlo. En realidad son una minoría las madres que llegan al I.N.N.C. y que están al tanto de los cuidados bucodentales que deben tener sus hijos.

En el I.N.N.C. se puede encontrar tres formas distintas del comportamiento de los padres con respecto a sus hijos:

- a) Padres sobreprotectores.
- b) Padres que rechazan a su hijo.

c) Padres agresivos.

Estas tres formas de comportamiento de los padres con respecto a su hijo trae alteraciones en su conducta que en ocasiones se podrá reflejar en el consultorio dental. (3)

a) Padres sobreprotectores

El impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño.

Generalmente, el niño que esta excesivamente protegido se le presta ayuda en cada tarea, incluso mínima que trate de hacer. La madre ayuda al niño a vestirse alimentarse y toma parte activa en sus actividades sociales, juegos y trabajo, los que se ven restringidos por miedo a daño físico por accidente.

Los niños por lo general son muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos.

Estos niños no presentan gran inconveniente para el tratamiento odontológico, aunque algunos de ellos pueden presentar hiperactividad y agresividad.

b) Padres que rechazan a su hijo.

Estos niños llegan al I.N.N.C. por recomendación y por lo general fueron abandonados por sus padres. La trabajadora social del propio Instituto es la encargada de facilitar acomodación a estos niños ya sea en hogares sustitutos o orfanatos. Este tipo de paciente es difícil de manejar en el Consultorio Dental, puesto que al no tener seguridad en su casa se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, nervioso y no obediente. El Odontólogo deberá ser paciente y deberá enseñarle que cuando se porta bien, el tratamiento dental se efectúa con mayor rapidez y es mucho más agradable. Se le deberá hacer plática de algún tema que sea de su interés y en caso de alguna desobediencia por parte suya se le reprimirá haciéndole ver su errónea actitud (6). Existen varios casos de niños ciegos y débiles visuales rechazados que no presentan alteraciones psicológicas ni de conducta y que resultan pacientes ideales.

c) Padres Agresivos.

Los niños ciegos y débiles visuales que presentan padres agresivos pueden comportarse en el Consultorio en forma agresiva o tranquila de acuerdo al desarrollo de su rehabilitación

Existe también el niño con falta de ajuste en su personalidad: éste se caracteriza porque está centrado en sí mismo, incapaz de ser sociable, inestabilidad emocional, nerviosismo y gran preocupación y angustia. Un niño que exhiba este tipo de comportamiento puede ser difícil de tratar. Por lo que respecta a los niños débiles visuales, algunos van perdiendo la vista progresivamente hasta quedarse totalmente ciegos, lo que implica que deberán ser rehabilitados como ciegos y si el niño no está preparado debidamente para este cambio, sufrirá un fuerte choque emocional. Algunos niños aceptan el cambio con naturalidad, debido al medio ambiente escolar.

Algunos de estos niños presentan además doble y triple incapacidad, como describimos anteriormente en otro capítulo, como trastornos neurológicos, alteraciones neuromusculares, disfunción cerebral, etc.

El niño ciego y débil visual está acostumbrado a la comunicación verbal, a tocar y gustar. Cuando el niño llega a su cita se le explicará en forma detallada cosa por cosa, del consultorio y para qué sirve, se procurará que el niño sienta y toque los instrumentos y medicamentos a utilizar y después que los sienta dentro de su boca. (3)

La atmósfera del consultorio dental deberá ser agradable, dando siempre la impresión de un ambiente tranquilo, ordenado y limpio. El Odontólogo nunca hará énfasis en la incapacidad que presenta el niño para ver, y - en ninguna forma deberá asumir una actitud de preocupación ya que estas traerían reacciones desfavorables en la conducta del niño.

El contribuir a lograr una actitud correcta en el niño es de igual importancia que todas aquellas técnicas y métodos que se utilizan en el tratamiento dental.

El Odontólogo deberá tener la capacidad suficiente para formar y desarrollar en los pacientes después de cada cita, una conciencia de preocupación en el estado de la dentadura así como en la necesidad de su cuidado.

Deberá tener la habilidad suficiente para hacer que el niño acepte cualquier procedimiento dental sin la necesidad de utilizar la fuerza física. Su paciencia-deberá reaccionar en cualquier momento. Deberá explicar al niño que ciertos tratamientos pueden ser éxitos o fracasos y la necesidad del mismo a aceptarlos. (5)

Todas las preguntas que el paciente realice -- deberán ser aclaradas lo mejor posible.

En el capítulo VII discutiré más detalladamente el desarrollo psicológico del niño durante su tratamiento dental.

En el I.N.N.C. los diferentes tipos de pacientes que encontramos son:

- a) INTROVERTIDOS.- Llegan con miedo. A estos niños se les debe tratar de er tablar una conversacion para crearles confianza.
- b) EXTROVERTIDOS.- Paciente ideal; llega al consultorio con mentalidad de confianza.
- c) AGRESIVOS.- Pacientes que acceden a la larga y se les trata con control de voz.
- d) NIÑOS CON PROBLEMAS DE RETRASO MENTAL.- Se -- les trata con mucha paciencia y cariño, se les trasmite que somos sus amigos. Estos pacientes nunca llegan a comprender su tratamiento.

Es importante señalar que el Odontólogo que ---
trata a niños ciegos y débiles visuales y que éstos a su -
vez pudieran presentar otros tipo de impedimentos deberá -
limitarse exclusivamente a lograr de ellos una actitud psi-
cológica y favorable al tratamiento dental y evitar una --
dependencia psicológica por parte del paciente hacia él.-
(14)

Habrá que tomar en consideración que el niño --
a tratar es primero un ser humano, segundo un paciente y -
tercero ciego o débil visual. (14)

C A P I T U L O V

SEDACION PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE CIEGO Y DEBIL
VISUAL.

En la practica de la odontopediatria existen -
pacientes que no pueden ser tratados de manera optima, --
salvo que se logre volverles menos resistentes, emocional
y fisicamente, al tratamiento odontologico. Algunos ni--
ños no pueden aceptar la odontologia en ninguna circuns-
tancia, mientras otras la aceptan con dificultad, hacien-
do nada más lo que tienen que hacer y sólo hasta ciertos-
limites. Estos pacientes pueden llegar al consultorio --
dental con experiencias odontológicas previas y trastor--
nos emocionales. Dentro de este grupo de pacientes puede-
incluir algún niño ciego o débil visual y por lo general-
podrá requerir sedación, no por su impedimento físico en-
sí, sino por causas que acompañan al impedimento, como --
pudiera ser alteraciones de la conducta, trastornos emo--
cionales, daño cerebral y alteraciones del siste locomo--
tor.

Se define la sedación como la producción de un
estado depresivo caracterizado por una falta de conciencia

total, cercana al sueño anestésico. Los reflejos protectores faríngeos y laríngeos no son embotados, de modo que el niño puede mantener su propia vía de aire. El grado de conciencia de los alrededores y respuestas a los estímulos varía de acuerdo con el grado de sedación obtenida, la propiedad fundamental del estado de sedación es la reducción de la actividad funcional de los centros superiores del sistema nervioso central, idealmente sin perturbar las funciones vitales (pulso, presión sanguínea y respiración), es decir alcanzar el estado de inconciencia -- sin deprimir significativamente las áreas en la médula -- centros inferiores del sistema nervioso central que controlan la función cardiorrespiratoria. El uso de anestésicos locales es parte integral de la sedación. Algunos odontólogos llaman a la sedación con el término de "premedicación". Esta puede iniciarse desde que el niño es atendido por vez primera y se le administra ciertas drogas, continúa hasta que estas sustancias han abandonado su cuerpo lo que acontece probablemente después de que el paciente ha salido del consultorio y esta de nuevo en su hogar.

Otra forma que puede adaptar la sedación o premedicación es la introducción de una aguja en una vena o un músculo y la inyección controlada de ciertas drogas, -

o la colocación de una mascara nasal para hacerle respirar -óxido nitroso y oxígeno.

El Odontólogo en el consultorio dental, para -- seleccionar algún tipo de sedación, se deberá basar en -- los siguientes datos:

- a) Edad del Niño
- b) La capacidad de aprendizaje del niño
- c) Cantidad de tratamiento dental que requiere
- d) Estado de salud del niño-niños con enfermedades cardiacas congestivas o respiratorias agudas no se deberá nunca administrar anestesia general - ya que son pacientes con pobre tolerancia al -- riesgo anestésico.

Por otro lado a niños con discrasia sanguínea, - como hemofilia, se le deberá indicar anestesia - general y no recurrir a la administración por - drogas por vía intramuscular o intravenosa.

- e) La distancia a veces muy grande a recorrer por - el paciente y el número de visitas al consulto - rio que requiere el niño pueden verse sinteti -- zada en una sola cita con el empleo de la seda - ción.

Algunos odontopediatras además de sedar - ---- a sus pacientes utilizan un "saco de fuerza" que es, en ocasiones, indispensable para evitar movimientos indeseables que pudiera producir el paciente durante el tratamiento odontológico. Este auxiliar consiste en un saco - que envuelve completamente el cuerpo del paciente, dejando libre la cara. Por lo general deberá estar limitado a pacientes muy pequeños, con problemas de conducta o niños hipercinéticos. Se recomienda que al utilizarlo, el niño se encuentre perfectamente sedado, para que no ponga resistencia a su uso. En ocasiones el niño podría tomarlo como castigo, por lo que se podrá valorar previamente si es conveniente su uso.

B) La sedación puede ser a diferentes profundidades.

a) Sedación leve.- Paciente que ha sido sedado levemente y recuerda todo lo que ha ocurrido en secuencia correcta. Cooperar activamente en el tratamiento dental abriendo su boca.

b) Sedación Moderada.- Paciente que se le ha administrado una sedación más profunda, reacciona de una forma diferente de lo que ocurre en realidad.

Pierden por completo la noción del paso del -- tiempo, parece relajado como si estuviera en -- sueño propio y no desea ser perturbado. Para -- mantener su boca abierta por largo tiempo se -- hace necesario usar un abreboca; conservan sus vías de aire adecuadamente y sus signos vita-- les son estables.

- c) Sedación Profunda.- Paciente que no se da --- cuenta de nada, no recuerdan nada, la amnesia -- es total, necesitan la ayuda completa para man-- tener la posición completa y la de la cabeza, -- así como para la boca se requiere el uso de -- abreboca. Se deberá controlar su vía de aire -- y sus signos vitales. Este grado de sedación -- se sugiere que sea efectuado por doctores en -- trenados en anestesiología, capaces y califica-- dos. La sedación se hace por medio de un anes-- tesico general.

Los niños ciegos y débiles visuales del I.N.N.C. que requieren sedación se les premedica por -- ordenes del departamento de pediatría y su gra -- do es de sedación leve y solo en casos especia -- les.

La medicación sedante actúa al llegar al cerebro por la sangre circulante como se señala, -- se introducen a la sangre circulante por cualquiera de las varias vías de administración -- (por boca, inhalación, inyección intramuscular o intravenosa).

Cualquiera que sea la vía deberá lograrse una concentración sanguínea eficaz. Las drogas -- llevadas por la sangre se difunden en zonas -- donde su concentración es más baja, pasando a través de las paredes de los capilares al líquido extracelular y finalmente a las células de los tejidos. La difusión de los tejidos -- continúa mientras la concentración en la sangre es más elevada que en los tejidos. Esto sucede durante la inducción del anestésico, -- pero si el nivel sanguíneo cae por debajo del tisular, el paciente comenzará el despertar.

La mayoría de las drogas inyectadas o ingeridas se detoxifican en el hígado por oxidación, reducción o hidrólisis y los metabolitos resultantes son eliminados por los riñones en la orina. (10)

C) SUBSTANCIAS SEDANTES E HIPNOTICAS

Las sustancias sedantes e hipnóticas más em
pleadas en Odontopediatría, son las siguientes:

1. Meprobamato (Apascil "Senosiain", Equanil ---
"Wyeth", Miltown "Wallace").
2. Benzodiazepinas:
 - a) Diazepam (Valium "Roche", Alboral inyec-
table "Silanes").
 - b) Cloracepato Ipotasico (Tranxene "Clin--
Byla").
3. Hidrosiano (Atarax "Riker").
4. Hidrato de Cloral (Noctec "Squibb").
5. Meperidina (Demerol "Winthrop").

Barbitúricos de corta acción:

- a) Secobarbital sódico (Seconal sódico --
"Lilly").
 - b) Pentobarbital (Nembutal "Abbott").
7. Combinaciones fijas:
- Meperidina-Prometazina (Mepergan "Wyeth").

") Nombre de la casa Comercial en México. (13)

1. MEPROBAMATO.

(Apascil "Senosiain", Equanil "Wyeth", Miltown "Wallace")

Presentación: Comprimidos de 400 mg.

Acciones: Produce sedación del sistema nervioso central, tiene acción antiangustiosa y ante convulsivante y potencia la acción de otros sedantes.

Indicaciones: Pacientes ansiosos, tensos, angustiados con o sin impedimentos físicos.

Dosis: Las tabletas pueden ser trituradas y mezcladas con jalea o jarabes aromatizados. En pacientes con severas tensiones, puede empezar a administrarse 48 horas antes de la sesión.

Edad en añosDosis

2 a 5

200 mg. 2-3 veces al día antes de la sesión; 400 mg una hora antes de la sesión

5 a 12

200 a 400 mg. 3 veces al día y antes de dormir la noche previa; 400 mg. una hora antes de la sesión.

2. BENZODIAZEPINAS.

a) DIAZEPAM. (Valium "Roche", Alboral "Silanes")

Presentación: Comprimidos de 2,5 o 10 mg., jarabe 2 mg/5 ml, ampolletas 10 mg.

Acciones: Sedante, antiangustiante, miorrelajante y anticonvulsivo.

Indicaciones: Niños extremadamente temerosos, retardados mentales, pacientes con parálisis cerebral atetoide, con epilepsia, etc.

Dosis:

- Niños pequeños: 2-5 mg. tres veces al día, antes de la sesión dental.
- Niños mayores: 5-10 mg. tres veces al día, antes de la sesión dental. No pasar de 20 mg. por dosis.

b) CLORACEPATO DIPOTASICO (Tranxene "Clin-Byla", Belserene "Bristol", Nevraeten "Clin-Byla"; Verax "Bristol".)

Presentación: Cápsulas de 3.75, 5, 7.5, 10 y 15 mg; ampolletas de 20 y 50 mg. con solvente.

Acciones: Calma rápidamente angustia y agitación con buena tolerancia general, sobre todo respiratoria y cardiovascular.

Indicaciones: La forma inyectable es de particular utilidad en casos con angustia y agitación.

Dosis: 5 a 20 mg. por vía intramuscular o intravenosa.

3. HIDROXIZINA. (Atarax "Riker")

Presentación: Grageas de 10 y 25 mg. jarabe con
10 mg/5 ml.

Acciones: Tiene acción sedante, antihistáminica,
analgésica y antitérmica.

Indicaciones: Niños con trastornos emocionales y
problemas de conducta, con extrema aprensión y - -
"alta tensión"

Dosis: Niños menores de 6 años; 50 mg. al día - -
divididos en varias dosis. Niños mayores de 6 - -
años: 50-100 mg. al día en varias dosis, como preme
dicación a la intervención odontológica: 0.6 mg./
kg de peso corporal.

4. HIDRATO DE CLORAL. (Noctec "Squibb")

Presentación: Jarabe aromatizado con 500 mg/5 ml;
cápsulas de 250 y 500 mg.

Acciones: Sedante e hipnotico que no deprime la -
respiración. Es particularmente apropiado como se
dante e hipnotico preoperatorio en niños.

Indicaciones: Niños ansiosos y aprensivos, parti-
cularmente los de corta edad.

Dosis: La dosis hipnotica usual diaria es de 50
mg/kg. de peso corporal con un máximo de 1.0 g. por
dosis única.

Precauciones: En pacientes con severos padecimien-
tos hepáticos, renales o cardiacos, gastritis, into
lerancia al medicamento, debe evitarse su uso.

5. MEPERIDINA. (Demerol "Whintrop"). *

Presentación: Ampolletas de 1, 1 1/2 y 2 ml. con 50 mg/ml; frascos ampulas de 30 ml. con 50 o 100-mg/ml; jarabe* no alcoholico con sabor a plátano- y 50 mg/5 ml.; tabletas* de 50, 100 y 500 mg.

Acciones: Es un potente analgésico e hipnótico, - con efectos similares a los de la morfina, pero - causado menos espasmos de los musculos lisos, me- nos estreñimiento y menos depresión del reflejo - tusígeno y de la respiración cada dosis equivalen- te de ésta. El efecto analgésico de 60-80 mg. de meperidina parenteral equivalen al 10 mg. de mor- fina. La meperidina es significativamente menos- efectiva por vía oral que por vía parenteral. --- Igual que la morfina, puede producir adicción, de- pendencia psíquica y física y tolerancia simila- res a los de la morfina.

Indicaciones: Como analgésico de dolor moderado o severo (que no cede a otros analgésicos), como - medicación preoperatoria o preanestésica (solo por vía parenteral).

Dosis: La dosis habitual es de 1 a 2 mg/kg. de peso corporal por vía subcutánea o intramuscular 30 a 90 minutos antes de iniciar la anestesia. - Por vía oral se puede usar una dosis antes de acostarse la noche anterior y otra una hora antes de la sesión.

Precauciones: Debe usarse con mucho cuidado y a dosis menores en pacientes debilitados, en los que padecen enfermedades hepáticas, renales, hipertiroiismo, enfermedad de Addison, arritmias cardiacas, depresión respiratoria o intolerancia al medicamento.

6. BARBITURICOS DE CORTA ACCION

a) SECOBARBITAL SODICO (Seconal sódico "Lilly")

Presentación: Cápsulas de 50 y 100 mg; supositorios de 30, 60, 120 y 200 mg.

Acciones: Sedante e hipnotico de corta duración - (inicia su efecto a los 15-30 min. de administrado y dura de 3 a 6 horas).

Indicaciones: Pacientes aprensivos con problemas de conducta.

Dosis: 50 a 100 mg. una o dos horas antes de la sesión.

Precauciones: Usese con cuidado en pacientes con enfermedades hepáticas y respiratorias y en los que reciben tratamiento anticoagulante.

b) PENTOBARBITAL. (Nembutal "Abbott").

Presentación: Cápsulas de 50 y 100 mg; elixir -- con 20 mg/5 ml. supositorios de 30, 60, 120 y 200 mg; ampollitas de 2 ml. con 50 mg/ml. y frascos - amp. de 20 ml. con 50 mg/ml., para uso intramuscu- lar; no debe usarse por vía intravenosa, sino por un anesthesiólogo competente.

Acciones: Similares a las del secobarbital sódico

Indicaciones: Iguales que las del secobarbital -- sódico.

Dosis: La dosis hipnotica varía con la vía de ad- ministración. Los supositorios usados habitual- mente son los de:

30 mg. para niños de 1 mes a 1 año (4 1/2 a 10 kg).

30 a 60 mg. para niños de 1 a 4 años (10-20 kgs).

60 mg. para niños de 5 a 12 años (20-40 kgs).

60 a 120 mg. para niños de 12 a 14 años (40-50 kgs)

La dosis por vía intramuscular en niños varía de - 25 a 80 mg., de acuerdo con la edad, peso y estado de salud.

Precauciones: Iguales que en el secobarbital --
sódico

7. COMBINACIONES FIJAS

a) Meperidina y Prometazina (Mepergan Wyeth).

Presentación: Cápsulas de 50 mg. de meperi--
dina y 12.5 mg. de Prometozina. Mepergan Fortis:
Cápsulas de 24 mg. de Prometazina.

Acciones: Analgésicas y narcóticos similares a
la morfina y además la Prometazina tiene efectos
antihistamínicos y antieméticos.

Indicaciones: Como medicación preanestésica cuan
do se requiere sedación y analgesia, tanto para -
anestesia local como general.

Dosis: Se puede usar por vía oral una cápsula de
Mepergan en niños con menos de 10 kg. de peso y -
de Mepergan Fortis si pesan más. Por vía intra--
muscular la dosis preanestésica habitual es de --
1 mg. de cada componente por kg. de peso corporal
No debe administrarse por vía subcutánea y solo -
diluida y muy lentamente por vía intravenosa.

Precauciones: Nunca debe inyectarse por vía ar-
terial, pues puede producir gangrena. No debe ad-
ministrarse a pacientes que han recibido inhibido

res de la monoaminoxidosa en las dos semanas previas, en los que tienen ataques de asma y en los que padecen neumopatía crónica obstructiva.

b) Hidrato de Cloral y Prometazina.

Presentación: El Hidrato de cloral (Noctec --- "Squibb") en jarabe (500 mg/5 ml.) o cápsulas -- de 250 a 500 mg. la Prometazina (Fenergan "Wyeth") en tabletas de 12.5, y 50 mg. jarabe de 6.25 y 25 mg/5 ml., supositorios de 12.5, 25 mg. y ampollitas de 25 y 50 mg.(13)

C A P I T U L O VI

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE CIEGO Y DÉBIL VISUAL .

A) ESTUDIO PREVIO DEL MANEJO DENTAL.

El manejo dental del paciente ciego por parte del dentista comienza antes de hacer contacto con el mismo, desde que se hace la cita para visitar al dentista. Existen, numerosos datos que se deberán obtener de los padres o tutores así como del profesional que lo haya mandado o de alguna otra persona responsable de la salud del mismo.

En el caso del consultorio del Instituto, se revisan los reportes existentes con sus expedientes.

Algunos de los datos que deberán ser recabados -- son:

a) Grados de deficiencia visual, clasificar al paciente en débil visual o ciego total.

b) Edad a la que se presentó el defecto, pues -- el niño que adquiere la ceguera se encuentra en -- una situación diferente al ciego de nacimiento, -

ya que el primero presenta una memoria visual y re cuerdos del mundo observado. Esto puede consti-
 tuir tanto una ventaja como una desventaja, depen
 diendo de la personalidad del niño. Se dice que
 la memoria visual tiende a desvanecerse con el paso
 del tiempo.

Si la vista no se pierde hasta que el niño haya--
 cumplido 6 años de edad, suele existir una memoria
 visual funcional. Estos niños serán capaces de -
 comprender los colores al explicarle por ejemplo -
 el color del cepillo. En ocasiones llegan niños
 a pedir cepillos del color que mas les agrada, una
 vez que se le ha dicho la variedad de colores exis
tentes.

c) Causa de la ceguera. El conocimiento de la -
 etiología de la ceguera del paciente puede ser de
 utilidad para comprender sus sentimientos propios
 con respecto hacia su ceguera y con frecuencia cons
 tituye también una g~~u~~fa con respecto a los senti--
 mientos de los padres.

d) Condición ocular actual. El dentista debe --
 saber si existe alguna enfermedad ocular activa, -
 para evitar que cualquier etapa de su tratamiento

podiera verse interrumpida. También debe conocer el estado físico o emocional del niño. Existen varios tipos de enfermedades oculares en la que los rayos de la luz dental pueden causar gran molestia ocular; a estos pacientes se les tendrá que atender con luz indirecta.

e) Actitud de los padres. La actitud de los padres hacia su hijo ciego se verá reflejada en la conducta del niño. El comportamiento de los padres ejercerá un efecto sobre el tratamiento dental.

f) La oclusión en desarrollo. Guiar la oclusión en el desarrollo y hacer un diagnóstico oportuno - así como el tratamiento, son aspectos esenciales para cualquier niño. Además, para muchos niños con deficiencias leves o graves, la guía y la intercepción oportuna, puede ser el único tratamiento posible, ya que existen contraindicaciones en muchos - de los niños con defectos graves para el tratamiento a base de bandas.

El tratamiento ortodóntico preventivo e interceptivo para esos niños pudiera ser la colocación de mantenedores de espacio, programa de extracciones

seriadas y colocación de recuperadores de espacio.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación se ha observado que ciertos pacientes presentan anomalías en el desarrollo, estructura y tamaño del diente (hiperplasia e hipoplasia, así como retardo en el cambio de dentición), que se deberá tomar en cuenta en el tratamiento ortodóntico preventivo e interceptivo.

g) Desarrollo del lenguaje. Debido a la necesidad de comunicarse, el vocabulario del niño ciego puede ser mayor que el del niño vidente. Puede ser útil estudiar la situación familiar. Si el niño no habla, se utilizan otros métodos de comunicación, tales, como el Braille o la formación de letras con los dedos.

h) Deficiencias múltiples. La ceguera con frecuencia se combina con disfunción motora, daño cerebral, cardiopatías, retraso mental y sordera. Debido a que la técnica para tratar niños ciegos depende mucho de la palabra es indispensable saber si existe cualquier deficiencia auditiva antes de hacer el tratamiento.

El dentista debe de presentar facilidad para comunicarse con su paciente, paciencia, estimación hacia él, flexibilidad, imaginación, sentido del humor, aceptación completa del impedimento, reconocimiento de las diferencias individuales y sentido común.

Es indispensable que conozca el problema de la ceguera y los impedimentos asociados con ella.

(6).

B) HISTORIA CLINICA DENTAL DEL PACIENTE.

En el Departamento de Odontopediatría del Instituto Nacional de Rehabilitación para Niños Ciegos y Débiles Visuales, la historia clínica se inicia con el interrogatorio. Este puede ser directo o indirecto. El directo es cuando el paciente mismo nos proporciona los datos y el indirecto es -- cuando los datos nos los proporcionan los padres del paciente u otras personas relacionadas con él.

Después se procede a hacer el examen de la cavidad oral, explorando y observando si existen alteraciones en la articulación temporo-mandibular, el tipo

de oclusión que tiene el paciente, así como la -
inspección de los tejidos duros y blandos de la
cavidad bucal.

La historia clínica incluye un odontograma de la
dentición temporal y permanente; en éste se ilu-
mina de color azul los dientes que presenta el -
niño, de color rojo se marcan los dientes caria-
dos y con flecha se indican las giroversiones.

En la parte interior del odontograma, se especifi-
ca cada alteración, haciéndose el diagnóstico y
elaborándose el plan de tratamiento.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA
DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
PARA NIÑOS CIEGOS Y DEBILES VISUALES
ODONTOPEDIATRIA

" ODONTOGRAMA "

PACIENTE: CARLOS VALDEZ ROSILES EDAD: 10.4

Superior
Derecho

Superior
Izquierdo



Inferior
Derecho

Inferior
Izquierdo

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
 SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA
 DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION PARA NIÑOS CIEGOS Y DEBILES
 MENTALES

O D O N T O P E D I A T R I A

Nombre Carlos Valdez Rosiles Diminutivo Carlitos
 Tratamientos dentales previos No Lugar - - - - -
 Primer Examen 13/III/76 Citas subsecuentes 1
 Relación con el Dentista Buena
 Experiencia a la anestesia local No General No
 Historia de hemorragia en extracciones No
 Hábitos orales, Chuparse el dedo No Sábanas No
 Morderse el labio No Lengua No Otros No
 Medicamentos administrados actualmente No
 Dientes pigmentados por fluorosis No Tetraciclinas
No Otros No
 Alergias a: Antibióticos No Alimentos No Otros No
 Enfermedades padecidas Exudado por los oídos
 Motivo principal de la consulta Abcesos Parodontales

EXAMEN ORAL

Articulación temporomandibular Sin alteraciones

Oclusión Neutroclusión

Higiene bucal nula Halitosis existente

Labios pequeños Mucosa rosa, húmeda sin patología

Lengua húmeda, fisurada, sin patología

Paladar sin patología Piso de la boca mediano, sin -
patología.

Ganglios linfáticos no palpables Frenillo delgado
mediano

Encías Gingivitis

Alteraciones dentarias por hábitos ninguna

Otras alteraciones Giroversiones anteriores, centrales
atrapados .

- 1. Dientes cariados Los marcados con rojo
- 2. Dientes con patología apical Los inferiores marcados con azul
- 3. Dientes con patología apical Los inferiores marcados con círculo
- 4. Dientes extraídos Ninguno
- 5. Dientes fracturados Los inferiores molares
- 6. Dientes sin erupcionar Los no marcados
- 7. Giroversiones dentarias U U
- 8. Dientes supernumerarios Ninguno
- 9. Apiñamiento Anterior
- 10. Ausencia congénita No
- 11. Obturaciones No
- 12. Caries reincidente No
- 13. Movilidad No
- 14. Hipoplasia del esmalte No
- 15. Pérdida de espacio Anterior

Diagnóstico: Pacientes con restos radiculares de dientes de la lera. Dentición, Gingivitis, Caries, Halitosis. Apiñamiento anterior

Pronóstico: Favorable

TRATAMIENTO

FECHA

Enseñanza de Cepillado relizada 13-mayo,1976

Profilaxis dental Realizada
 Modelos de estudio No necesarios
 Estudio radiográfico Realizado
 Aplicación de fluor Se deberá realizar
 Mantenedor de espacio Se deberá realizar
 Reimplantación No necesario
 Ortodoncia preventiva Se deberá realizar
 Extracciones Necesario
 Cirugía tipo No necesario
 Pulpectomías No necesario
 Pulpotomías No necesarios
 Recubrimiento pulpar directo No necesario
 Recubrimiento pulpar indirecto No necesario

TRATAMIENTO REALIZADO	FECHA
<u>Historia clínica</u>	<u>13-marzo-1976</u>
<u>Profilaxis</u>	<u>17-marzo-1976</u>

TRATAMIENTO REALIZADO	FECHA
Extracciones	Agosto 1976

<u>Extracciones</u>	<u>Septiembre 1976</u>
<u>Frenilectomia lingual</u>	<u>15 Noviembre 1977</u>
<u>Retirar suturas</u>	<u>21 Noviembre 1977</u>
<u>Eliminación de caries</u>	<u>28 Febrero 1979</u>
	<u>19 Junio 1979</u>

Observaciones:

Necesidad del consultante No

Miedo al dolor No

Presentación y Personalidad Buena

Conducta Buena

RESUMEN DEL EXAMEN

Paciente de 10 años, débil visual con infección
en el maxilar inferior ocasionado por restos radi
culares de la la. dentición. Halitosis, Ginqivi-
tis. Caries, apiñamiento por falta de espacio en
brecha anterior inferior.

Nombre y Firma del Médico

C) METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO

Durante la primera cita dental, se deberá obtener toda la información médica del paciente y anotarla debidamente en su archivo clínico, nunca se deberá atender dentalmente al paciente durante esta cita.

El dentista deberá familiarizar al paciente con el ambiente del consultorio, deberá explicarle detalladamente la localización de la sala de espera, recepcionista, puertas, baños, cubículos, incluyendo la exacta posición de la escupidera y el respaldo, posteriormente se le facilitarán instrumentos dentales y se le dirá que los haga sonar en alguna superficie para que conozca el ruido que producen; asimismo es indispensable que el paciente esté atento del ruido que pudiera haber en ese momento en el consultorio, para que se familiarizara con la actividad general que se desarrolla dentro de él.

Es durante la segunda cita cuando el paciente será sometido por primera vez a procedimientos dentales; si el paciente ya ha sido sometido a procedimientos

anteriormente, pero con otro Odontólogo, la metodología a llevar a cabo será la misma debido a - que el ambiente para el niño es nuevo y le sigue aun siendo extraño.

Es conveniente que al llegar durante esta cita, - el paciente sea presentado en la sala de espera - con los demás pacientes, ya que durante esta primera impresión oirá movimientos, ruidos y conversaciones que lo harán sentirse extraño. El encargado de esto será la recepcionista o en su - - defecto la asistente dental, esta a su vez, deberá darle la bienvenida en forma verbal y cordialmente. Durante las primeras dos citas no se deberá hacer esperar al paciente en la sala de espera, - ya que pudiera producir en él una inquietud que - pudiera repercutir posteriormente.

Dependiendo de la severidad del caso y en especial de la edad y del aspecto psicológico del paciente, se recomendará que los padres o alguno de ellos lo acompañen siempre en sus citas dentales o en su -- defecto los responsables del paciente. En casos - no muy severos, donde el paciente tenga una edad -

apropiada y que a juzgar por las primeras dos citas su actitud fuera del todo favorable, se le permitirá ser acompañado de la enfermera, hermano, -- hermana, su mejor amigo, etc.

Se recomienda que la espera de este paciente en -- sus citas para ser tratado dentalmente nunca sea -- prolongada: No debe pasar de los 10 minutos. Se ha mostrado en la mayoría de los casos que después de ese lapso de tiempo estos pacientes se inquietan y desarrollan un estado de nerviosismo e inseguridad, poco favorable para su manejo.

Una vez que se haga pasar al paciente la persona -- que se encarga de esta función es generalmente la asistente dental o la recepcionista dependiendo -- de la edad se les hará pasar con o sin acompañante. En caso de que se le haga pasar sin acompañante, el asistente dental o la recepcionista debe ofrecer toda ayuda que pudiera necesitar, explicándole detalladamente, al igual que en la cita anterior, el camino y objetos por los que se pasa para llegar al cubículo.

A menudo la asistente dental o la recepcionista - ofrece la palma de la mano al niño y lo conduce lentamente, paso por paso, hasta el cubículo.

El dentista estará aguardando en el cubículo. Durante la tarea que realiza el paciente para ser - conducido hasta el sillón dental, su conductor -- deberá ser lo suficientemente hábil para emplear términos de distancia que le faciliten llegar al destino indicado, tales términos se podrían ejemplificar de la siguiente manera: 1 paso hacia -- arriba, 2 pasos hacia abajo 1-1/2 pasos hacia la derecha, 1/2 paso hacia la izquierda, 1/4 de vueluta a la derecha, un brazo más de distancia, etc. Si por algún motivo existieran cambios en la su-- perficie a recorrer se le deberá hacer notar, por ejemplo, escaleras, cambio de piso a alfombra o - viceversa.

Una vez que el paciente se encuentre perfectamen- te bien acomodado en el sillón dental y que pre-- sente una buena aproximación de su respaldo, abra zadera y escupidera, el dentista se presentará --

con el paciente diciendo que se le llame por su nombre de pila. Debido a la importancia que presenta saber como es la imagen del individuo que le va a realizar en un futuro inmediato una serie de procedimientos odontológicos, es indispensable que el odontólogo dé una descripción de su propia imagen. En este aspecto, el podrá bromear de su apariencia física así como crear un ambiente de mayor confianza con su paciente, lo que podrá lograr la cooperación que de él se solicite. El odontólogo podrá mencionar si usa lentes, si usa barba o bigote, si es alto o corto de estatura, etc. De esta manera el niño tendrá una percepción más correcta de la apariencia física del dentista y ya no lo imaginará como un simple par de manos que se encuentran en constante movimiento y cuyo único cometido es realizar su función en forma rápida. Otra característica que ayuda a ganar la confianza del niño es permitirle en sus citas subsecuentes que traiga consigo su juguete predilecto, el que puede amarrarse al sillón dental para prevenir su separación y estar disponible cuando lo requiera el niño. En ocasiones es un gran medio para aliviar la tensión de estos niños a lo desconocido.

Para que el niño se acostumbre con la entrada - de instrumentos dentales a su boca, se le debe repetir en forma sistemática lo que se le expli có en la cita anterior. El dentista debe mencionar el tipo de jabón que utiliza para lavarse sus manos. Se debe tener extremo cuidado con - todos aquellos instrumentos agudos o punteados - que pudieran lastimar al niño y nunca se le faci litarán éstos. También se le debe dar a oler - y probar medicamentos dentales como: barníz de copal, pasta de profilaxis de diversos sabores, - alginato de sabores, unguentos de anestésicos lo cales tópicos, cemento de óxido de zinc y eugenol dycal, etc. Esto permite al paciente, en un fu turo procedimiento, el reconocer el medicamento, ya sea por causa rutinaria o accidental y que al no ser desconocido, evitaría cambios repentinos en su actitud.

Todas las preguntas que el paciente realice debe rán ser aclaradas lo mejor posible.

El dentista podrá explicar los pasos de su traba jo en forma sencilla y que pudieran ser de interés para su paciente en términos tales como: --

textura, grado de frío o caliente, mojado o --
seco, delgado o grueso, poco o mucho, etc.

Se debe evitar tratamientos prolongados y expli-
caciones repetidas.

Después de cada tratamiento dental se debe indi-
car al paciente la forma en que se comportó y lo
que se espera de él en la siguiente cita dental.
Si su actitud fue positiva se le facilitará y --
elogiará, se le podrá hacer un regalo tal como -
colocarle una estrellita de color en su frente o
darle un pequeño juguete como un cochecito o una
pelota de plástico. Al acompañante, que en ese
momento se encuentra en la sala de de espera, se
le llamará para que presencie lo indicado.

Es de utilidad que todo aquel equipo que trabaje
para el odontólogo, ya sea asistente, recepcio--
nista, etc., platicuen con el paciente durante -
cada visita y lo hagan sentirse en posición cómo
da y alegre.

Cuando sea tiempo de bajar al niño del sillón dental, el encargado de tal función podrá ser el mismo dentista o la asistente dental y deberá conducirlo a la sala de espera con su acompañante, en forma similar a la explicada anteriormente para conducirlo al cubículo. La única diferencia es que al bajar del sillón dental deberá recargarse de la mano del odontólogo hasta que se encuentre en posición vertical y bien balanceado.

RECOMENDACIONES DE PRECAUCION EN EL CONSULTORIO.

- 1) El piso del consultorio deberá tener preferiblemente alfombra o tapete. Pisos alfombrados o con tapete dean mayor firmeza al paciente y actuan como cojín en caso de que el paciente cayera.
- 2) No dejar objetos en los pisos a lo largo de las instalaciones del consultorio ya que podrían ser peligrosos para el paciente ciego tales como - - cuerdas, cordones eléctricos, etc.
- 3) Evite poner en la sala de espera juguetes peligrosos como columpios, el carrusel o el caballito.

- 4) Evite tener cerca del paciente muebles con puntas agudas y cortantes.
- 5) Evite tener cerca del paciente objetos de vidrios o cristales que pueden lastimarlo.
- 6) Evite luces intensas hacia los ojos del paciente ya que lo podrían lastimar.
- 7) En la sala de espera podrá poner juguetes adecuados tales como radio, grabadora, tocadiscos, juegos instrumentales como tambores, pianos, flautas, etc.
- 8) Es recomendable poner en el consultorio un aromatizante artificial, podría ser del aroma de la fruta preferida del paciente, fresa, naranja, limón, etc. (6)

D) TRATAMIENTO

El consultorio de odontopediatría del Instituto Nacional de Rehabilitación de Niños y Adolescentes Ciegos y Débiles Visuales, consta de dos sillones

y dos unidades dentales con su banco, un aparato de Rayos X, dos gabinetes para medicamentos, un amalgamador, un esterilizador, un escritorio, sillitas y un baño.

Los medicamentos, el instrumental y el material con que se cuenta para trabajar es el siguiente:

Instrumental:

Exploradores, excavadores, pinzas de curación, -
godetes, espejos, porta-impresiones parciales y
totales, tazas de hule, espátulas para yeso, es-
pátulas de Lecron, limas, tiranervios, ensancha-
dores, léntulos, forceps infantiles y para adul-
tos, botadores rectos y de bandera, fresas para
alta y baja velocidad de carburo y de diamante -
estuches de profilaxis (limpieza), estuche de --
parodoncia, curetas, bisturí, jeringas y agujas
dentales y hipodérmicas.

Medicamentos:

Oxido de zinc y Eugenol, Z.O.F. permanente, - -
Wonder-Pack, amalgama, resinas, Dikal, suero - -



FOTO 5



fisiológico, agua oxigenada, anestesia tónica y local, alginato, puntas de papel y de gutapercha y paramonoclorofenol alcanforado.

Material:

Algodón, gasas, jabón, radiografías, estuches de coronas de policarbonato y de acero-cromo.

Hay dos tipos de pacientes que llegan por primera vez para recibir atención dental en el consultorio del Instituto y son: a) los pacientes de urgencia, a los cuales se les hace una ligera introducción del consultorio, ayudando con esto a disminuir el stress nervioso en que se encuentran, ya que normalmente vienen con un dolor muy intenso causado por caries, o con un diente fracturado por algún golpe. Estos pacientes son atendidos tratando de eliminar el problema inmediato con el cual llegan en esa cita. b) los pacientes que llegan con previa cita. A estos pacientes se les da una orientación acerca del consultorio dental y posteriormente se procederá a realizar su historia clínica.

En la primera cita nos damos cuenta del tipo de paciente que nos vamos a enfrentar.

Los tipos de tratamiento, en general, que se realizan en el consultorio del Instituto, una vez - elaborada la historia clínica dental son los siguientes:

1. Odontología Preventiva.

Como se expuso en otro capítulo, se les dan pláticas del tipo preventivo y se les enseñan técnicas de cepillado. También se instruye para que eviten alteraciones como maloclusiones, caries, - -- parodontopatías y malos hábitos.

2. Profilaxis.

La mayoría de los niños tienen acumulación de placa bacteriana, generalmente causada por los malos hábitos higiénicos, aunque constantemente se les insiste en la enseñanza de un correcto cepillado y se les proporciona cepillos y pastas dentales.

3. Operativia Dental.

Un porcentaje muy alto de pacientes que asisten al consultorio tiene caries, sobre todo en los primeros molares. Normalmente se obturan las cavidades con amalgamas. En dientes temporales anteriores y posteriores muy destruidos, se trata con coronas de policarbonato y de acero-cromo respectivamente.

4. Endodoncia.

Dependiendo de la alteración pulpar que se trate se hacen tratamientos de recubrimientos pulpares directos e indirectos, pulpotomias y pulpectomias.

5. Exodoncia.

Hay pacientes que llegan con restos radiculares y se requiere extraer esas piezas dentarias. También se realizan extracciones de dientes supernumerarios.



FOTO 7



FOTO 8



6. Parodoncia.

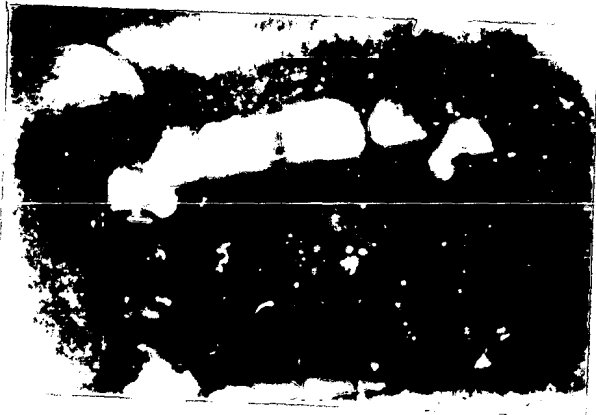
Las parodontopatías son más comunes en los pacientes ciegos que en los débiles visuales, siendo la gingivitis causada por la acumulación de placa -- bacteriana. Otros pacientes presentan agranda-- miento o hiperplasia gingival por la administra-- ción de medicamentos anticonvulsivos como Epamin y Tegretol. El tratamiento que se realiza en la mayoría de los casos es legrado y gingivoplastia.

7. ORTODONCIA PREVENTIVA.

Gran cantidad de los pacientes del Instituto presentan maloclusiones causadas por malos hábitos, -- tales como succión del dedo pulgar, protrusión de lengua y respiración bucal. Las malas oclusiones comprenden mordidas abiertas posterior y anterior mordidas cruzadas posterior y anterior, pérdida -- de espacio por extracción prematura del diente -- y mesialización del diente vecino, apiñamiento de las piezas dentarias y posible prognatismo por -- aumento de tamaño en el desarrollo del maxilar in ferior. Para el tratamiento de la respiración -- bucal se utiliza una pantalla bucal; para la ---- corrección de protrusión de lengua y succión del



FOTO 10



pulgar se utilizan placas con trampas.

1. Se llevan a cabo extracciones seriadas cuando el paciente, debido a su edad, se le detecta radiográficamente el problema de futura falta de espacio y de posible maloclusión severa.
2. Se utiliza plano inclinado para corrección de mordida cruzada anterior.
3. Se utiliza colocación de bandas en los molares superiores o inferiores, a las cuales se les solda ganchos de alambre y se colocan bandas elásticas en cada gancho, para la corrección de mordida cruzada posterior.
4. En ciertos casos, cuando la duración del tratamiento lo permite, se realiza tratamiento ortodóntico correctivo fijo.



FOZO 12

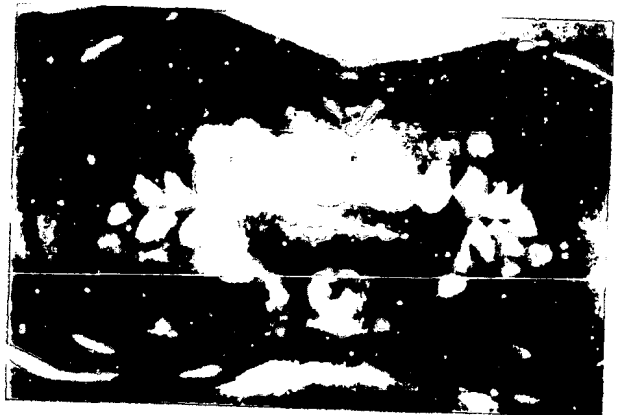




FOTO 14

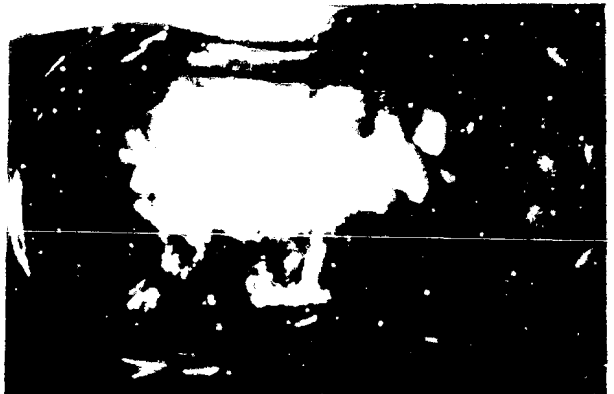


FOTO 15

C A P I T U L O VII

ALGUNOS SINDROMES CRANEOFACIALES HEREDITARIOS CON --
ALTERACIONES DE LA CAVIDAD BUCAL EN NIÑOS CIEGOS Y -
DEBILES VISUALES.

A) GENETICA

La célula está integrada por dos áreas princi--
pales: El núcleo, que aloja el ácido desoxirribonu--
cleico (DNA) y el citoplasma, donde se producen las -
actividades metabólicas y sintéticas de la célula.

El DNA controla el material genético y por lo -
tanto la diferenciación de la célula al especificar -
qué proteínas producirá. El DNA del núcleo transmite-
su mensaje para la síntesis proteínica al citoplasma.
Hace una copia de su mensaje en la forma de ácido ri-
bonucleico, que pasa al citoplasma del núcleo. En el
ribosoma el RNA con el mensaje, dirige la síntesis de
proteínas apropiadas.

El código genético se encuentra resumido en:

1. El mensaje genético del DNA codificado es ----
trasmitido de generación en generación celular -
cuando se duplican las moléculas de DNA.

2o. La función celular es determinada por la producción de moléculas específicas del RNA, -- realizadas a partir del DNA maestro, las que a su vez dirigen la síntesis proteínica.

3o. La función celular queda especificada ----- por la molécula proteínica que fabrica.

La enfermedad genética también puede ser llamada molecular.

El DNA es el que regula la producción de una proteína específica, llamada "gene". Estos genes se -- agrupan en unidades llamadas "cromosomas".

El hombre posee 46 cromosomas y como cada -- uno tiene un par, al que se le conoce como "homólogo" - forman 23 pares. Los genes homólogos regulan el mismo rasgo genético.

De los 23 pares de cromosomas, 22 son denominados autosomas; el par restante que forman los cromosomas X é Y, se les llaman cromosomas sexuales. Los cromosomas pueden estar alterados tanto en el número -- como en la estructura:

1. Anulaciones. Ausencia de una porción del -- cromosoma.

2. Duplicaciones. Inserción en un cromosoma de un fragmento extra de su cromosoma homólogo.
3. Inversión. Ruptura de un cromosoma en dos lugares y en los subsiguientes reunión, con la pieza media invertida.
4. Translocación. Unión de un trozo, separado de un cromosoma, a otro cromosoma no homólogo.

Los rasgos monogénicos, son producidos y regulados por un solo gene. Estos rasgos pueden ser fáciles de reconocer en las familias y la transmisión del rasgo de un miembro de la familia al siguiente, sigue principios mendelianos.

Los rasgos poligénicos son regulados por muchos genes y en diferentes ubicaciones. Los rasgos poligénicos son bastante comunes en los hombres y pueden darse como ejemplos la capacidad musical, el color de la piel y la estatura, tales rasgos no muestran claras diferencias entre las personas "normales" y las "afectadas", como a menudo se ve en los rasgos monogénicos.

El gene recisivo es el que requiere una dosis genética doble para expresar un fenotipo.

El aspecto clínico de un determinado tipo de un individuo, como el color de ojos y la estatura, es conocido como "fenotipo". En tanto que su constitución genética específica, es el "genotipo".

Los patrones genéticos hereditarios están determinados por:

1. Si el rasgo es dominante o recesivo.
2. Si el gene es autosómico o ligado al sexo.
3. De acuerdo con las probabilidades de que la descendencia reciba de los padres determinados genes, la herencia puede ser:
 - a) Herencia dominante autosómica.

Uno de los ejemplos de este tipo de herencia es la "dentinogénesis imperfecta", "dentina opalescente". Los individuos con condición dominante, pueden ser considerados como heterocigotas.

b) Herencia recesiva autosómica.

Este tipo de herencia presenta dos padres -- normales que tienen un niño afectado. El ejemplo clínico de esta clase de herencia, con interés odontológico es la "actalasia", "ausencia de la enzima catalasa"; -- los que la padecen presentan una estomatitis gangrenosa grave.

Los genes de los cromosomas sexuales estarían igualmente distribuidos en hombres y en mujeres. -- La desigualdad es debida a dos hechos.

1. Los hombres tienen un solo cromosoma X y un solo Y. Mientras que las mujeres tienen dos cromosomas XX.
2. Dada la condición homocigota de los hombres, se dan combinaciones genéticas importantes.

Los genes recesivos ligados al sexo deben de estar en dosis dobles para poder expresarse, por lo tanto las raras enfermedades recesivas ligadas a X, están casi siempre restringidas a los hombres y casi nunca -- a las mujeres.

3. La incidencia del rasgo es muy superior en los hombres. Esto es típico de la hemofilia, que también es causada por gene recesivo ligado al sexo.

Las afirmaciones previas concernientes a la distribución de los genes recesivos ligados al sexo, se aplican también a los genes dominantes ligados al sexo.

Los siguientes criterios distinguen el rasgo dominante:

1. Los varones afectados transmiten el rasgo a todas sus hijas y todas ellas resultan afectadas. Esto es porque los padres dan sus cromosomas X a sus hijas y los Y a los varones.
2. Los varones afectados no transmiten el rasgo a sus hijos.
3. Las mujeres heterocigotas afectadas transmiten el rasgo a la mitad de sus hijos, sin distinción de sexo, mientras que las mujeres afectadas homocigotas tienen una sola descendencia afectada. Este último es excepcionalmente raro y prácticamente nunca se observa.

El síndrome de Marfan muestra las principales alteraciones en tres áreas:

a) En el sistema esquelético: hay un alargamiento desproporcionado de las extremidades ("dolicoostenomelia" o extremidades largas y delgadas) con índice 55/51 (segmento superior/segmento inferior a partir de la parte alta de la sínfisis púbica) es menor de 0.80 (es mayor de 0.85 en adultos), con dedos muy largos, como "patas de araña" ("arachodolofilia"). Frecuentemente se acompaña de xifoescleosis, pectus excavatum, o pectus carinatum. -- de particular interés para el odontólogo son las alteraciones en el segmento craneal: dolicocefalia, paladar cupuleforme, faringes largas y estrechas y prognatismo.

b) En los ojos: la alteración más característica es la ectopia lentis, casi siempre bilateral. A eso se le agrega la iridodonesis o temblor del iris, la miopía y el keratocoma o megacornea, además son frecuentes el desprendimiento espontáneo de la retina, y el glaucoma, todo lo cual lleva muy comúnmente a serios defectos visuales y aún a la ceguera.

c) En el aparato circulatorio: la lesión más característica es la degeneración de la capa media de las -

arterias grandes ("necrosis cística de la media" -- de Erdheim) con la formación de aneurisma disecante de la aorta, insuficiencia aortica y aneurismas de los senos de Valsalva que pueden romperse en las -- cavidades derechas del corazón. También puede producir dilatación de la arteria pulmonar y es bastante común la degeneración mixomatosa de las valvulas cardíacas, incluyendo la aortica, mitral y tricúspide, con prolapso de las mismas y aparición de severas insuficiencias o regurgitación de las mismas.-- (8).

ANORMALIDADES CRANEOFACIALES

El término de anomalías craneofaciales - incluye todas las deformidades de los tejidos del complejo craneal y orofacial, como son cartílagos, huesos y dientes; músculos y tendones; nervios motores y sensorios; la parte relativamente inmóvil de los tejidos suaves de la cavidad oral; la piel que cubre a la cara, boca, nariz y faringe. Estas anomalías incluyen algunos de los síndromes de origen congénito que presentaban pacientes del I.N.N.C. y que fueron remitidos al Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General Manuel Gea González: Síndromes como el de Crouzon y Hallerman-Streiff, que se describirán más adelante.

Las causas genéticas que crean una deformidad craneofacial pueden también afectar órganos y funciones relacionadas con el lenguaje, audición, inteligencia, etc.

Durante la 3a. semana, el embrión desarrolla dos estructuras muy importantes, la maxilar y la mandibular, que junto con el desarrollo nasal, va a crear los tejidos de la cara y la boca. Ya para la quinta

semana la estructura de la cara se distingue perfectamente los defectos cráneo-faciales son muchos, va formando un conjunto característico, que se puede considerar como síndromes, ya sea defectos aislados más o menos severos que pueden o no afectar la región orobucal.

En este período de desarrollo tan rápido de los tejidos del complejo cráneo-facial en el que los genes defectuosos y la mala influencia ambiental o la introducción de agentes que originan defectos físicos, provocan un desarrollo anormal y la creación de síndromes con deformidades que subsecuentemente pueden incluir defectos de lenguaje, audición y inteligencia. Entre las principales características de las deformidades cráneo-faciales están: La desviación entre los arcos dentales opuestos y la mala posición de los dientes que son causa de defectos de articulación; labio y paladar hendido, nasalización, mala pronunciación de determinados fonemas, ----- dientes pequeños y/o supernumerarios; glosoptosis (caída de la lengua hacia atrás); anomalías del maxilar inferior o superior (pequeñez anormal); prognatismo e incompleto desarrollo de la mandíbula. Los defectos cráneo-faciales son muchos y forman ya un conjunto característico que se puede considerar como síndrome, ya sea defectos aislados más o menos severos que pueden o no afectar la región orobucal. (11)

A) SINDROME DE CROUZON (OXICEFALIA, DISOSTOSIS ---
CRANEO - FACIAL).

Es un padecimiento de carácter habitualmente -- hereditario autosómico y dominante, aunque se han descrito también casos esporádicos. Se caracteriza por presentar las siguientes anormalidades:

En Cráneo y orbitas: oxicefalia (cráneo punteagudo), hipertelorismo, exorbitismo con exoftalmía, estrabismo externo y trastornos de la movilidad ocular ("síndrome en V") habitualmente hay defectos en el campo visual superior y frecuentemente la visión se reduce y llega a la -- ceguera a los 6 o 7 años de edad.

En los maxilares: Hipoplasia maxilar generalizada con estrechez de la arcada dentaria, paladar ojival, apiñamiento de los dientes con mala posición y mordida abierta anterior que se acentúan al aparecer la segunda dentición. Hay - pseudoprogнатismo, debido no a la proyección hacia adelante del maxilar inferior, sino a re---trusión de los maxilares superiores. Nariz en "pico de loro" y aspecto facial que recuerda a -- los batracios. La patogenia de este síndrome -

se basa en que hay un cierre prematuro de las suturas craneofaciales (Sinostosis prematura -- con sobreexpansión del cráneo en los sitios donde las suturas quedan abiertas, fenómeno de compensación producido por el crecimiento anormal de la masa encefálica.

Además del típico Síndrome de Crouzon, en que las alteraciones son esencialmente craneofaciales, existen una serie de síndromes en los que las deformidades cefálicas se asocian, deformidades de las extremidades y de los dedos de las manos y pies como la:

Acrocefalosyndactilia Tipo I- ("Síndrome de Apert") Tipo II ("enfermedad de Apert Crouzon") Tipo III - ("Síndrome de Chotzen-Saethre"), Tipo IV - ("Síndrome de Moler"), Tipo V ("Síndrome de Wardenburg") y Tipo VI - ("Síndrome de Pffelffer").

Acrocefalopolysandactilia Tipo I - ("Síndrome de Noack"), Tipo II - ("Síndrome de Carpenter")

(8) (9).

B) SINDROME DE HALLERMANN STREIFF

También conocido por "Discefalia oculomandibulo facial" o "Síndrome discefalico de Francois" se caracteriza por una serie de alteraciones del segmento cefalico del cuerpo asociado a enanismo proporcionado y alteraciones cutaneas. Las alteraciones más comunes son:

En el cráneo: Microcefalia o braquicefalia con joroba frontal y parietal, silla turca poco profunda pero con capacidad mental generalmente -- conservada.

En la Región ocular: Microftalmia bilateral, -- proptosis severa unilateral, estrabismo y nis-- tagmus, cataratas congénita, oblicuidad de las fisuras de los párpados y diversos grados de -- atrofia coro-retinal y del nervio optico todo -- lo cual lo lleva a severa reducción de la capacidad visual o ceguera.

En la cara: Cara pequeña en relación con el -- cráneo, nariz aguileña o en "pico de loro" con mandibula hipoplásica y cabezas condilares desplazadas hacia adelante, todo lo cual lo hace -- parecer a "cara de pajar".

En el aspecto odontológico: presentan erupción temprana de los dientes, dientes supernumerarios

--- hipoplasia del esmalte e hipodoncia.

--- No es raro el paladar ojival y la glosoptosis.

Desde el punto de vista cutáneo presentan hipotri-
cosis generalizada incluyendo en el cuero cabellu-
do, puede haber alopecia. La piel tiende a ser --
atrofica en el cuero cabelludo y en región nasal, --
así como vitiliqio .

Es frecuente que presenten en la primera infancia --
dificultades de nutrición e infecciones respirato-
rias, que si no se tratan apropiadamente pueden --
ser fatales.

Este es un padecimiento relativamente raro de apa-
rición frecuentemente esporadica pero que se tras-
mite como padecimiento hereditario autosómico do--
minante.

El tratamiento de estas malformaciones craneofacia_
les es esencialmente quirurgico, basado en los --
estudios radiológicos, cefalometricos y de oclu---
sión dentaria:

Se trata de corregir el exorbitismo, el hipertelo-
rismo y la maloclusión dentaria lo cual debe prac-
ticar un cirujano especializado en cirugía craneo-
facial correctiva.

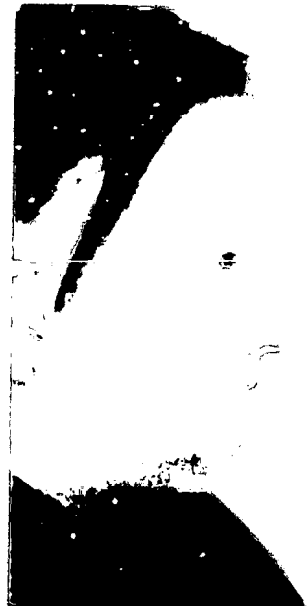
El odontólogo tiene un papel importante, conjuntamente con el cirujano - craneofacial en las correcciones de las maloclusiones dentarias, en la planeación de la corrección calculada de los avances óseos, en la fijación dentaria por medio de la ortodoncia y las osteotomías diseñadas para dar estabilidad mecánica a la mordida. (11).



FOTO 16



FOTO 17



C A P I T U L O V I I I

- A) PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL PARA LA REHA--
 BILITACION DE NIÑOS CIEGOS Y DEBILES VISUALES.

- B) PADECIMIENTOS BUCO DENTALES EN PACIENTES DEL --
 PROPIO INSTITUTO.
 - I. CARIES DENTAL
 - II. PARODONTOPATIAS
 - III. MALOCLUCIONES.

A) PACIENTES DEL I. N. N. C.

CASO CLINICO NO. 1

NOMBRE: Mónica Jiménez García

EDAD: 10 años.

LA PACIENTE PRESENTA SINDROME DE CROUZON.

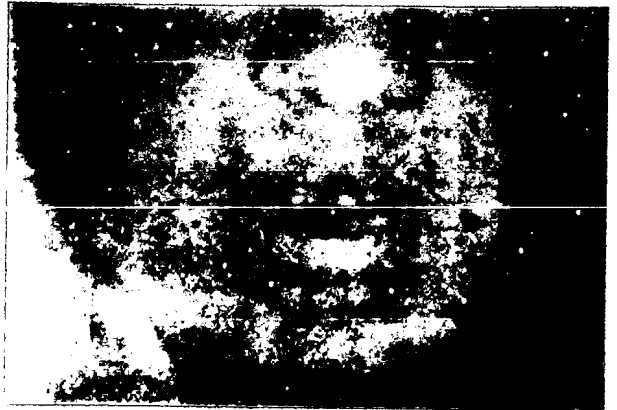
DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO: Atrofia de vías ópticas retroquiasmáticas. Párpados en pseudoptosis O.D.I.* globo ocular en exoftalmia O.D.I.

DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: Prognatismo en actual tratamiento de ortodoncia, paladar ojival. No presenta caries (Fotos 19 y 20 .)

* O.D.I. significa: ojo derecho e izquierdo.



FOTO 19



CASO CLINICO NO. 2

NOMBRE: Carlos Rodríguez Magaña

EDAD: 10 años

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Padres y hermanos sanos.

PADECIMIENTO ACTUAL: Al parecer el niño inicio con un pequeño tumor en el ojo izquierdo, el cual resultó ser maligno, motivo por el cual se enucleó a los dos años y posteriormente le fué enucleado el ojo derecho.

DIAGNOSTICO: Retinoblastoma oftalmológico.

DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: Presentó un diente supernumerario entre los dos incisivos centrales superiores, el cual le fué extraído. Presenta fractura -- del incisivo central superior.

(Fotos 21,22 y 23)

TRATAMIENTO: Extracción y operatoria dental.



FOTO 21



FOTO 22



CASO CLINICO NO. 3

NOMBRE: Alejandro Camacho.

EDAD: 5 años.

DIAGNOSTICO OPTALMOLOGICO: ciego, displacia hectormica congenita, opacidad de cornea. Auscencia de pestañas, cejas y alopecia.

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO: Núcleo familiar desintegrado.

DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: Anodoncia parcial congénita, micrognacia, labio unilateral izquierdo hendid_o, paladar hendido. Encías hipertroficas.

(Fotos 24, 25, 26, 27)

Este paciente fué remitido al departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General-Gea González, Tlalpan, México, D. F.



POTO 24



POTO 25



POTO 26



POTO 27

CASO CLINICO NO. 4

NOMBRE: María del Carmen Cano García Gómez

EDAD: 8 años.

LA PACIENTE PRESENTA SINDROME DE HALLERMANN --
STREIFF.

DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO: Debilidad visual --
profunda debido a catarata congénita la cual --
fué tratada quirúrgicamente.

DIAGNOSTICO PEDIATRICO: Presenta las caracte--
rísticas del síndrome de Hallermann Streiff; --
Cráneo microcefalico, nariz pequeña, fascies de
pajarito, retardo en el desarrollo psicomotor, -
hipertelorismo. Boca pequeña, microdoncia.

DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: Encías hipertroficas,
microdoncia.

Esta paciente fué remitida al Hospital General-
Manuel Gea González, Tlalpan, D. F., para una -
revalorización más minuciosa y tratamiento ade-
cuado, en el departamento de Cirujía Plástica -

y Reconstructiva y así como en el Departamento de Ortodoncia del respectivo hospital (Fotos 28, 29 y 30)

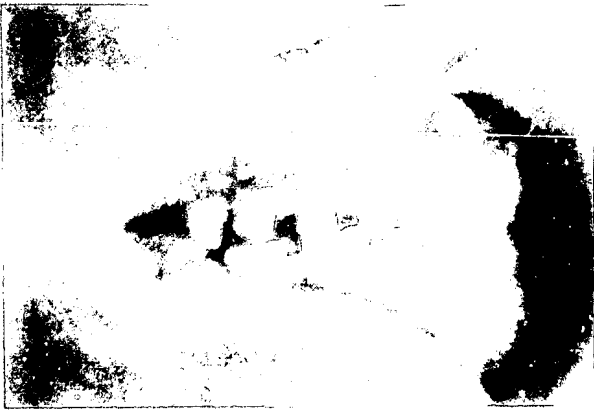
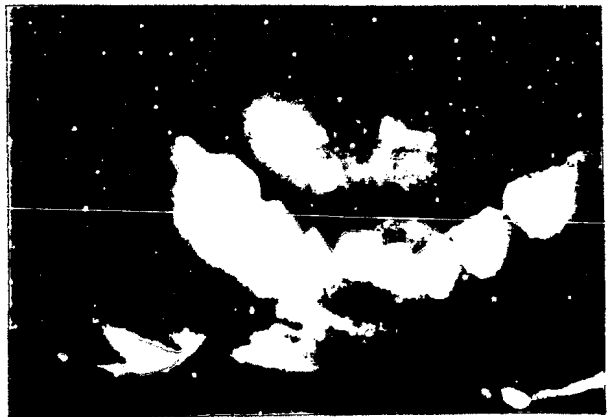


FIG. 19



FIG. 20



CASO CLINICO NO. 5

NOMBRE: Jessica Ramírez Terán

EDAD: 5 años.

DIAGNOSTICO OPTALMOLOGICO: Atrofia de papilas
deberá rehabilitarse como ciego total.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Padres sanos y-
familia de condición socioeconómica media.

DIAGNOSTICO ENCEFALOGRAFICO: Disminución de la
actividad bioeléctrica en el hemisferio derecho
disritmia cerebral generalizada.

DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: Encías hipertroficas,
caries rampante. Probable alteración en el ha
bito de la alimentación (Síndrome de Mamila). -
(Fotos 31 y 32)

TRATAMIENTO: 1) Enseñanza de cepillado dental
hilo dental y Pastillas Reveladoras (control de
placa)

a) Extracciones y

b) Colocación de Mantenedores de Espacio.



FOTO 31



CASO CLINICO NO. 6

NOMBRE: Irma Estela Velázquez Quintana

EDAD: 8 años

DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO: a) Catarata Congénita heredo familiar; b) Nistagmus de fijación deberá rehabilitarse como débil visual.

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO: Se reporta como normal promedio, en cuanto a su capacidad intelectual.

DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: Encías normales, no presenta caries, debido a que presentó habito de succión de dedo pulgar presentará probable mordida abierta anterior al igual que en dientes temporales.

TRATAMIENTO: Enseñanza de cepillado y uso de hilo dental, arco lingual con "recordatorios" junto con un protector bucal durante las noches. (fotos 33 y 34).



FOTO 33

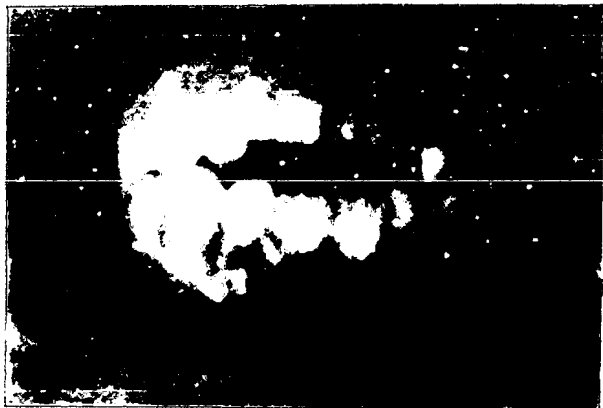


FOTO 34

CASO CLINICO NO. 7

NOMBRE: Ana Luisa Rojas Cruz.

EDAD: 8 años.

DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO: Debilidad visual -- por anomalia congenita de desarrollo, la paciente usa lentes

DIAGNOSTICO ENCEFALOGRAFICO: Anormalidad constante y difusa de ondas lentas de mediano voltaje en todas las regiones.

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO: Núcleo familiar desintegrado. Capacidad intelectual al parecer -- más bajo de lo normal.

DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: Pérdida prematura de molares temporales inferiores debido a caries, - extracciones realizadas en algún hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social. (Fotos - 35 y 36)

TRATAMIENTO: Se le colocará mantenedor de espacio inferior.



FOTO 35

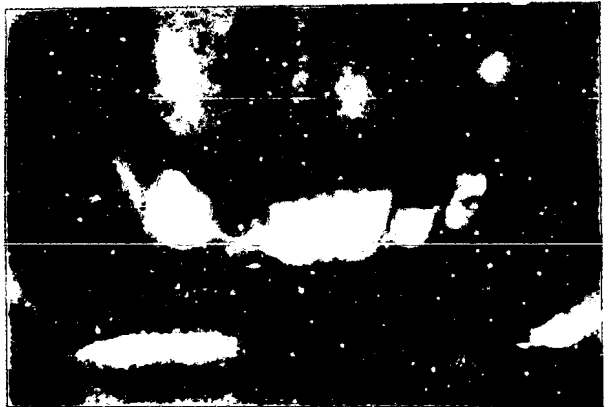


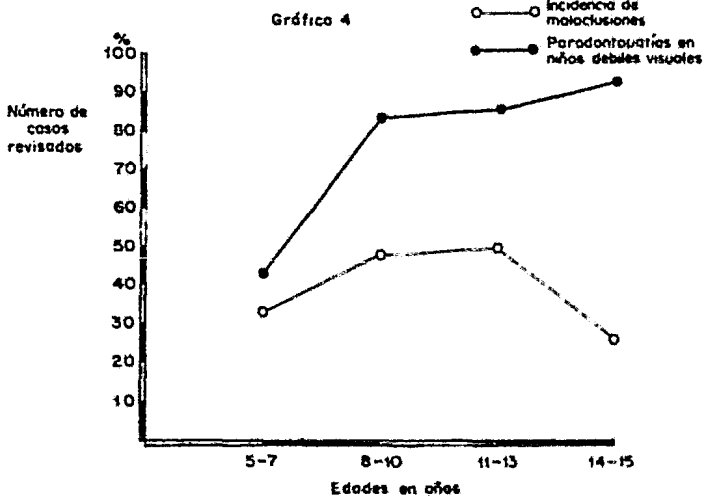
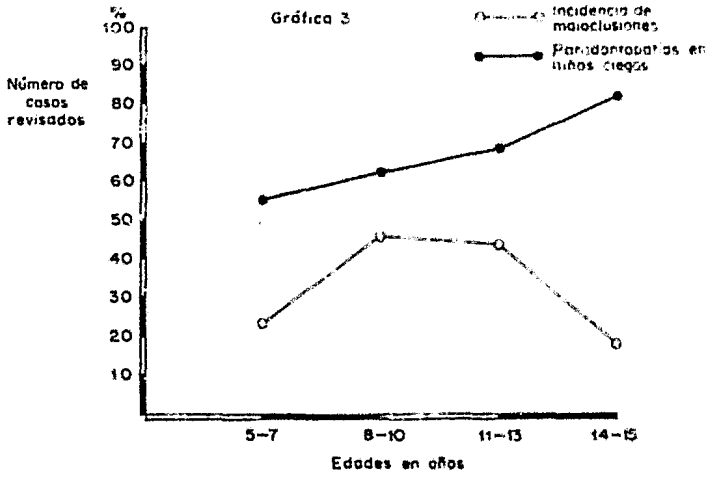
FOTO 36

B) PADECIMIENTOS BUCODENTALES EN PACIENTES DEL --
I.N.N.C.)

I) CARIES DENTAL

Se revisaron 192 niños del grupo escolar del --
I.N.N.C., de los que 85 eran ciegos (100 %) padecían
de caries dentales de clase I, II, III, IV y V, ha--
biendo sido atendidos en el Departamento de Odontolog
gía con amalgamas, resinas, coronas de policarbonato
coronas de acero-cromo y cementos temporales, según
el diente a tratar.

Esta gran prevalencia de caries en el grupo es--
tudiado se debe al bajo nivel económico-social del -
que proceden casi todos estos niños, la dificultad -
de aprendizaje y la falta de higiene bucal, incluyendo
do en la gran mayoría de casos el desconocimiento -
del uso del cepillo dental y de la pasta dentrífica.
En gran número de estos niños ciegos y débiles visual
les, al no tener pleno control de su conducta debido,
en no pocos casos no solo a su defecto ocular, sino
tambien a otros impedimentos físicos asociados, como
cardiopatías, parálisis cerebral etc. dependen es--
trechamente de su madre o tutor para la salud dental.



Pero estos a su vez presentan serios problemas tanto económicos como de integración familiar. En muchos casos -- los padres de los niños están separados de ellos por vivir en la provincia, por estar alejados de sus esposas o simplemente por estar tan ocupados en ganarse el sustento -- que no pueden atender a sus hijos impedidos.

II PARODONTOPATIAS

En el grupo estudiado se encontraron un total de -- 130 casos de parodontopatías (67.7 %).

Las formas más frecuentes fueron la gingivitis en -- la mayoría, imp ctación de alimentos en piezas dentarias apiñadas o inclinadas, traumatismos en los tejidos blan-- dos, pigmentación de las piezas dentarias anteriores y -- posteriores como consecuencia de la adherencia de materia alba en las superficies labiales de incisivos y caninos y a lo largo del margen gingival de los dientes posteriores.

De ellos 54 (63.5 %) eran ciegos y 76 (71 %) eran -- débiles visuales diferencia no significativa desde el -- punto de vista estadístico.

Se observo un aparente incremento de la frecuencia de pa-- rodontopatías con el aumento de la edad. Así, en los ni--

ños debiles visuales la incidencia de parodontopatías - fué de 17 casos (43.5%) entre los 5 y 7 años; de 26 casos (84 %) entre los 8 á 10 años; 19 casos (86 %) entre los 11 y 13 años y del 14 (93 %) entre los de 14 á 15 - años. En los niños ciegos esa frecuencia fue de 19 casos (56 %) entre los 5 á 7 años; en 15 casos (16.5 %) - entre los 8 á 10 años; en 11 (69 %) entre 11 á 13 años- y en 9 (82 %) entre los 14 á 15 años.

El incremento de la frecuencia de parodontopatías con el avance de la edad puede ser debido a numerosas - causas que frecuentemente se asocian.

Aumento de la variedad en la dieta con uso más -- frecuente de alimentos irritantes para las encías como- los azucares, chiles, etc.

Durante el cambio de dentición se produciría una- mayor sensibilidad de las encías a la impactación de -- alimentos y a las infecciones, sobre todo si se produce apiñamiento de las piezas dentarias anteriores, girover- siones, etc.

Las mismas piezas cariadas con el tiempo se con-- vierten en focos de infección y de abcesos periodontales.

También hay que tomar en cuenta que los padres frecuentemente le prestan más atención a la higiene bucal - de los niños más chicos que a la de los mayores.

En ciertos niños con patología craneofacial las alteraciones de la cavidad bucal los hacen propicios para el desarrollo de parodontopatías.

Igualmente otras enfermedades generales (anemia, - infecciones traumatismos bucales en crisis convulsivas, etc.) pueden tener importancia en la etiología de las alteraciones gingivales. Por último, en algunos casos - el uso de medicación anticonvulsiva hidantoinatos causa hiperplasia gingival y gingivitis.

III MALOCLUSIONES

En el total de los 192 niños examinados se encontraron 76 con maloclusiones (37 %). La distribución por edades, tanto en los niños ciegos (gráfica 7) como en los -- niños débiles visuales, mostró una curva particular en relación a la edad: mientras en los niños de 5 a 7 años se encontraron maloclusiones en el 29 % de los 74 casos -- (23.5 % entre los niños ciegos y 34.2 % entre los débiles visuales), en los niños de 8 a 13 años ascendieron a 46 % (43 de 93) para volver a descender en los de 14 y 15 años a solo 23 % (6 de 26), diferencias estadísticamente significativas.

La presencia de maloclusiones en los niños de 5 a 7 años se explica, por un lado debido a la pérdida de primeros molares inferiores y/o de los molares temporales debido a caries y por otro lado a causa de hábitos inconvenientes como la de morder objetos, causante de mordida -- abierta posterior o la de succionar del dedo pulgar, causante de mordida abierta anterior y de protrusión de los incisivos superiores.

Sin embargo, aparentemente esos defectos de oclusión dental se ven incrementados en las edades comprendidas --

entre los 8 y los 13 años, ello se debe, probablemente - al avance de los defectos existentes en las edades prece- dentes agravados por la creciente erupción de los dien- tes permanentes. Esta erupción se produjo en condicio- nes frecuentemente desfavorables, que los llevaron rapi- damente a la cariación de los primeros molares, mesiali- zación del primer molar y caries rampantes de los dien- tes anteriores. Además en varios de estos niños la fal- ta de desarrollo apropiado de los maxilares superiores - con pseudoprognatismo o del maxilar inferior.

Algunos pacientes presentaron micrognacia, otros - apiñamiento de las piezas anteriores con mordidas cruza- das anteriores o posteriores. En algunos casos, con sín- dromes craneofaciales específicos, se encontró hipoplasia de ciertos dientes y aún anodoncia, con la consiguiente falta de oclusión normal.

En las edades mayores, a los 14-15 años, la inci- dencia de maloclusiones disminuyó, debido a que muchos - de los jóvenes habían recibido, tratamiento odontológico apropiado incluyendo la colocación de prótesis fijas, -- colocación de bandas etc. que corrigieron la maloclusión que habían presentado previamente.

B I B L I O G R A F I A

1. Albertson, D.: Prevention and the Handicapped Child. Dent. Clin. North. Amer., 18: 595-607, July 1974.
2. Drash, W. P.: Behavior Modification., Dent. Clin. North. Amer., 18: 617-631, July 1974.
3. Finn B. S.: Odontología Pediátrica Ed. Interamericana, -- 4ta. Edición., P. 4-40, Abril 1981.
4. Fox. A. L.: The Handicapped Child., Dent. Clin. North.-Amer., 18: 535-544, July 1974.
5. Gessel A, Amatruda J.: Developmental Diagnosis. New -York, 2 Ed. Paul B. Hoeber, p. 255-268, 1956.
6. Lebowitz, E. J.: An introduction to Dentistry for the --- Blind., Dent. Clin. North. Amer. 18: 651-669, July --- 1974.
7. Lerner, M.: Diferent aspects of the Motivation and Prevention in Children Dentistry., Dent. Clin. North. Amer., 18:- 615-627, July 1974.
8. Mc Kusick A. V.: Heritable disorders of Connective Tissue. St. Louis MO., The C. V. Mosby Company, pgs. 41-53-58-109. 1966.
9. Mendelian Inheritance in man Catalogs of Autosomal Dominant Autosomal Recessive and Poor linked Phenotypes, the John -- Hopkins Press., Baltimore Md. pag. 1183, 1966.
10. Nowack, A.: Odontología para el paciente impedido. B.A. - Argentina., Editorial Mundi, p-255-277, Mayo 1979.

11. Ortiz Monasterio F.: Cirugía Craneo-facial. México-España. Editado por la Asociación de Cirugía Plástica Iberoamericana Hospital General Manuel Gea González. 1979.
12. Padilla F.: Oftalmología Fundamental. México, Editorial -- Mendéz Cervantes, P. 35, 1977.
13. Physicians Desk Reference. 36 Edition. Oradell New-Jersey, Medical Economics Co., U. S. A., 1982.
14. Soble K. R.: Sociologic and Psychologic considerations in -- Special Patient Care., Dent. Clin. North. Amer., 18: -- 545-556, July 1974.
15. The Cyclopedia of Medicine, Surgery and Specialties. Phila- delphia F.A. Davis Co., 5: 757 y 958, 1963.
16. The Cyclopedia of Medicine, Surgery and Specialties. Phila- delphia F. A. Davis Co. 9: 897: 933, 1963.
17. The Cyclopedia of Medicine, Surgery and Specialties. Phila- delphia F. A. Davis Co., 3:825 y 834, 1963.
18. The Cyclopedia of Medicine, Surgery and Specialties. Phila- delphia F. A. Davis Co. 9:699 , 1963
19. The Cyclopedia of Medicine, Surgery and Specialties. Phila- delphia F. A. Davis Co. , 9:905 , 1963.
20. Trevor D. P.: Apuntes de Oftalmología, España, Editorial - Medica y Técnica, p - 76, 1978.