

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Odontología para Niños Incapacitados

*Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
C. A. Alfredo Gobera Farro*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:

ALFREDO GOBERA FARRO

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 T R O D U C C I O N .

Es real e incuestionable cierto que la mayoría de los cirujanos dentistas no hacemos el debido énfasis que deberíamos de darles a los pacientes especiales, es decir a los niños incapacitados; llamémosles deficientes mentales, epilépticos, mongoloides, hemofílicos, sordos, ciegos, etc.

Estamos tan acostumbrados a tratar con pacientes " normales " que en rara ocasión volteamos la mirada hacia otro tipo de pacientes que requieren de una mayor atención por parte de nosotros, los cirujanos dentistas. Pacientes que, claro es, el fin es el mismo; recuperar y mantener en un ciento por ciento las funciones de la boca, pero que los medios son en ocasiones muy diferentes. Tan diferentes que frecuentemente requerimos de hospitalización, de anestesia general, de ordenamientos de la conducta del niño, etc. Aunque también así como hacemos con la atención en el tratamiento de los pacientes normales debemos poner la misma atención en algo tan indispensable como es, creo yo; Amor a nuestra carrera.

Espero que después de leer esta tesis puedas tú voltear la mirada hacia este tipo de pacientes.

I N D I C E .

CAPITULO I .

GENETICA - Factores Hereditarios.....1

CAPITULO II .

DEFICIENCIAS BUCALES HEREDITARIAS.....10

Defectos Hereditarios del Esmalte.....12

Defectos Hereditarios de la Dentina.....14

Defectos Hereditarios del Cemento.....17

Hipodoncia Hereditaria.....18

Hiperdoncia Hereditaria.....18

Defectos Hereditarios en otras estructu
ras bucales; Fibromatosis Gingival - An
quiloglosia - Tori Palatino y Mandibular...19

CAPITULO III .

TRASTORNOS DEL DESARROLLO.....22

Deficiencia Mental.....23

Parálisis Cerebral.....27

Trastornos Convulsivos - Epilepsia.....35

Síndrome de Down.....39

CAPITULO IV.

ELEMENTOS PSICOLOGICOS Y SOCIOLOGICOS ____

DEL PACIENTE Y DEL ODONTOLOGO.....48

Modificaciones de la Conducta.....	55
Principios Básicos del Control de la Conducta.....	56

CAPITULO V.

HEMOSTASIS - Defectos.....	62
Cuidado General de los Niños con He- mofilia.....	64
Estado Bucal.....	65

CAPITULO VI.

HENDIDURAS DEL LABIO Y DEL PALADAR.....	71
Frecuencia y Clasificación.....	73
Estado Bucal.....	75

CAPITULO VII.

ATENCION DENTAL PARA EL NIÑO SORDO.....	79
ATENCION DENTAL PARA EL NIÑO CIEGO.....	89

CAPITULO VIII.

METODOS Y TECNICAS.....	96
Conservación bajo Anestesia General- Oxido Nitroso.....	96
Contraindicaciones para el uso del <u>O</u> xido nitroso.....	100
Sedación.....	101

Cobertura Antibiótica.....	101
Tratamiento Pulpar en Dientes Prima_ rios.....	102
Tratamientos de Incisivos Permanen_ tes Necrosados con Apices Abiertos.....	104
Prevención.....	105
CONCLUSIONES.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	111

C A P I T U L O I .

G E N E T I C A .

El retardo mental es posiblemente una de las más comunes anormalidades congénitas.

Un problema genético que se plantea con frecuencia al médico es el del posible peligro de que una mujer, madre de un niño con deficiencia mental, pueda tener más tarde otro hijo igualmente afectado; el riesgo varía según la edad de la mujer, los cariotipos de su hijo, de su marido y de ella misma.

La edad de la madre es un factor muy importante en la etiología del síndrome de Down. Sauttlewoth observa que por lo menos la mitad de los pacientes eran nacidos en los últimos lugares de familias numerosas. El, junto con otros autores coinciden en la importancia de la edad de la madre en esta anomalía.

La frecuencia persiste baja; de menos de 1 X 1000 hasta que la edad materna llega a los 30 o 35 años. Conforme va aumentando la edad de la madre, mayor va siendo el riesgo.

PATOGENESIS.-

La idea de que el origen del síndrome de Down reside en un trastorno del reparto cromosómico, fué mencionado por Woardenbur muchos años antes de la demostración citológica definitiva.

Cromosoma - Definición.-

Los cromosomas son organelos celulares en forma de bastones o bastoncillos que transmiten las características hereditarias. Son capaces de auto multiplicarse y de mantener sus propiedades morfológicas y fisiológicas a lo largo de divisiones celulares sucesivas.

Morfología de los cromosomas.-

Las características más importantes que identifican a los cromosomas son: número, tamaño relativo, estructura y organización interna.

Respecto al número de cromosomas, cada célula de cualquier organismo contiene un número característico y fijo de cromosomas; cada elemento celular del ser humano posee exactamente 46 cromosomas, excepto las células reproductoras óvulo y espermatozoide que poseen 23 cromosomas

cada uno. Al efectuarse la fecundación se origina el huevo o cigoto, que es una célula que posee 46 cromosomas, número característico de la especie humana.

Los cromosomas presentan una morfología microscópica integrada por las regiones llamadas brazos y centrómero y se clasifican en cuatro tipos según la morfología; se presentan durante la metafase:

1. Telocéntricos.
2. Acrocéntricos.
3. Submetacéntricos.
4. Metacéntricos.

Los cromosomas de un individuo se encuentran dispuestos en pares y los cromosomas miembros de un par, reciben el nombre de homólogos.

Los distintos tipos cromosómicos son constantes, varía entre 0.2 a 50 micras su longitud y un diámetro de 0.2 y 2 micras. En la raza humana el tamaño más común es de 4 a 6 micras.

Estructura química de los cromosomas.-

Se ha demostrado que los cromosomas están constituidos principalmente de ADN que

cada uno. Al efectuarse la fecundación se origina el huevo o cigoto, que es una célula que posee 46 cromosomas, número característico de la especie humana.

Los cromosomas presentan una morfología microscópica integrada por las regiones llamadas brazos y centrómero y se clasifican en cuatro tipos según la morfología; se presentan durante la metafase:

1. Telocéntricos.
2. Acrocéntricos.
3. Submetacéntricos.
4. Metacéntricos.

Los cromosomas de un individuo se encuentran dispuestos en pares y los cromosomas miembros de un par, reciben el nombre de homólogos.

Los distintos tipos cromosómicos son constantes, varía entre 0.2 a 50 micras su longitud y un diámetro de 0.2 y 2 micras. En la raza humana el tamaño más común es de 4 a 6 micras.

Estructura química de los cromosomas.-

Se ha demostrado que los cromosomas están constituidos principalmente de ADN que

(ácido desoxiribonucleico) y ARN (ácido ribonucleico).

La cantidad de ARN es variable en las células. Con el análisis se ha llegado a demostrar que el ADN consta de un azúcar (ribosa), ácido fosfórico y bases nitrogenadas; de éstas últimas se ha encontrado cinco clases; dos purinas (adenina y guanina) y tres pirimidinas (citocina, uracilo y tiamina).

El ADN tiene dos funciones básicas: la primera es conseguir la duplicación cada vez que la célula se divide, de manera que la célula hija tenga la misma cantidad de ADN que la célula madre.

La estructura primaria del ARN es similar a la del ADN, excepto porque la desoxiribosa y la tiamina son reemplazadas en el ARN por ribosa y uracilo, respectivamente. Las moléculas pueden ser simples o dobles al igual que el ADN.

Se conocen tres clases de ARN sobre la base del peso molecular:

- | | |
|------------------|-------|
| 1. Ribosómico | ARN r |
| 2. Mensajero | ARN m |
| 3. Transferencia | ARN t |

Se denomina cariotipo a la ordenación sistemática de

los cromosomas procedentes de una sola célula, tomando en cuenta un grupo de características para identificar un juego cromosómico particular.

Todas las células que integran el organismo se llaman células somáticas; el complejo cromosómico o cariotipo de una célula está formado por los cromosomas llamados autosomas, que corresponden del 1 al 22 y de dos cromosomas más, que se distinguen de los autosomas por su comportamiento y morfología; a éstos se les denomina cromosomas sexuales y se les denomina con las letras X y Y.

La especie humana lleva 22 pares de cromosomas ordinarios o autosomas, más un cromosoma X y uno más pequeño llamado Y para el uso masculino. El sexo femenino posee el mismo número de autosomas más dos cromosomas X.

Los cromosomas sexuales en el curso de la evolución se han especializado para la determinación del sexo, sin embargo también poseen algunos genes específicos.

Nomenclatura.-

Se ha acordado que los autosomas se numeran del 1 al 22 en orden descendente de longitud y que los cromosomas sexuales se denominan , con las X y Y como

se mencionó anteriormente.

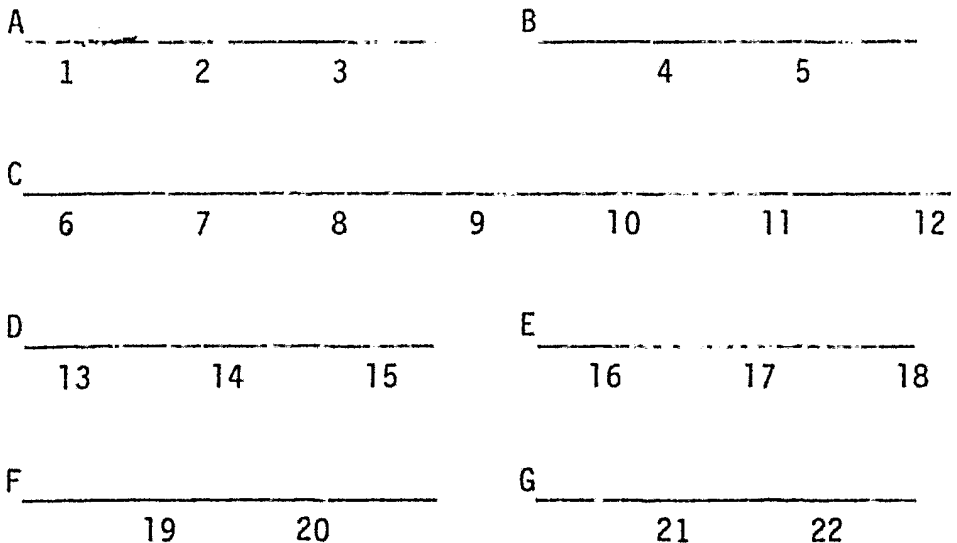
Se aceptó de manera general que los 22 autosomas fueron clasificados en siete grupos fácilmente distinguibles entre sí:

A.- 1-3 ; B.- 4-5 ; C.- 6-12 ; D.- 13-15 ;

E.- 16-18; F.- 19-20; G.- 21-22 ;

y los cromosomas X y Y en el sexo masculino y XX en el sexo femenino.

Cariotipo humano.-



El complemento cromosómico de un individuo normal de sexo femenino es 46XX.

CROMOSOMAS Y SUS ALTERACIONES.-

Alteraciones en el número.-

El número de cromosomas de un individuo se denomina diploide. Este número diploide se designa con la letra $2N$, así en la especie humana es $2N = 46$.

Las células reproductoras o gametos son las únicas que llevan la mitad del número diploide y éste se denomina haploide y se designa con la letra " N ", y en el hombre es de : $N = 23$.

Alteraciones en la estructura.-

Existen cinco tipos diferentes de alteraciones estructurales :

1. Inversión,
2. Pérdida,
3. Translocación,
4. Duplicación,
5. Isocromosomas.

Inversión.-

Esta es producida cuando una región del cromosoma

soma se invierte sobre sí mismo, dando lugar a que algunos genes, que normalmente están colocados a lo largo del cromosoma y en un orden determinado, se colocan en un orden diferente del original.

Pérdida.-

Esta alteración consiste en la pérdida de una parte de un cromosoma, dando lugar a la pérdida de material genético.

Translocación.-

Se presenta cuando un segmento cromosómico cambia de un lugar a otro distinto, ya sea a un cromosoma homólogo o a otro distinto.

Duplicación.-

Consiste en la presencia de una pieza extra de un cromosoma, o sea, la misma secuencia de genes puede aparecer dos veces en el mismo cromosoma.

Isocromosoma.-

Se denomina a un cromosoma perfectamente metacéntrico.

Causas de las alteraciones de los cromosomas.-

La edad_
de la madre es un factor importante; la radiación; tam_
bién se ha comprobado que los virus determinan la frag_
mentación de los cromosomas.

C A P I T U L O I I .
D E F I C I E N C I A S B U C A L E S
H E R E D I T A R I A S .

En las últimas décadas, los genetistas han demostrado que el material heredable en el hombre, así como en otros organismos, es el ácido desoxiribonucleico (ADN). El ADN está contenido en millones de pequeñas unidades llamadas cromosomas. Cada célula somática humana contiene 46 unidades de este tipo, como vimos anteriormente.

Un cromosoma está formado por una o más moléculas de ADN. El orden de las cuatro bases nitrogenadas, adenina, citosina, guanina y timina, uniendo dos tiras de ADN dentro del cromosoma, constituyen la información genética almacenada en una célula.

Un orden preciso de varios cientos, a varios miles de bases adyacentes funciona como una unidad. Esta unidad funcional se denomina GEN. Existen varios cientos de genes a lo largo de un cromosoma individual.

El cambio de una sola base en el orden preciso de

las bases que forman un gen es suficiente para producir un producto terminal alterado.

Sabemos que los 46 cromosomas de cada célula somática humana se presentan en pares. Un componente de cada par se deriva de cada progenitor con excepción de los dos cromosomas sexuales. Si existe una variación marcada en el orden establecido para un gen particular, puede dar como resultado defecto clínicamente reconocible. Se dice que el gen asociado con la producción de tal defecto ha experimentado una mutación.

La mutación se denomina dominante si la alteración de uno sólo de los homólogos sirve para producir un cambio clínicamente reconocible y es transmitida sin cambio o casi sin cambio a la siguiente generación.

Si el gen responsable se localiza en uno de los 44 cromosomas no sexuales, el defecto se llama Autosómico Dominante, y los llevados por los cromosomas no sexuales se denominan Autosómicos Recesivos.

DEFECTOS DE NACIMIENTO.-

Malformaciones congénitas son

los defectos morfológicos presentes en el momento del nacimiento. Pueden ser atribuidos a factores genéticos o ambientales.

El hecho de que un defecto sea congénito no significa necesariamente que sea genético, ni todos los defectos genéticos existen en el momento del nacimiento. Congénito simplemente significa que está presente desde el nacimiento. Los términos heredable y genético indican que el defecto es susceptible de ser transmitido a los hijos, aunque el defecto exista o no en el momento del nacimiento. Por ejemplo, un rasgo heredable, no detectable en el momento del nacimiento, es la Amelogénesis Imperfecta; solamente después de la erupción de los dientes se hace evidente este defecto.

Las enfermedades descritas a continuación son lesiones genéticas de la cavidad bucal que constituyen una deficiencia mas o menos grave para el individuo afectado. Muchas no son congénitas, sin embargo, el potencial para su desarrollo ya existe antes del nacimiento o en el momento de éste, por lo que pueden ser clasificadas como defectos del nacimiento.

DEFECTOS HEREDITARIOS DEL ESMALTE.-

Amelogénesis imper__

fecta, es el término con el que se designa a los defectos hereditarios del esmalte. Existen varios tipos, basados en la naturaleza del defecto. El esmalte puede ser nipoalcalcificado o hipomadura.

Las hipoplásticas han sido identificadas como: dominantes, autosómicas y ligadas al sexo. Se caracteriza por una delgada capa de esmalte con una superficie dura no penetrable. Debido a la escasez de esmalte, los dientes son pequeños y en ocasiones convergentes. En las radiografías se aprecia una capa delgada de esmalte radiopaco normal.

La nipoalcalcificante es de grosor normal, pero susceptible a la atrición y la superficie suele estar cubierta de foseas. La radiodensidad del esmalte es variable o irregular, lo que da a los dientes una apariencia moteada en las radiografías.

La hipomadura también presenta una capa de grosor normal. El esmalte es blando y su superficie puede ser penetrada con un instrumento agudo. Se fractura con su facilidad desprendiéndose de la corona. El esmalte es menos radiopaco que lo normal.

Los defectos del esmalte pueden estar asociados con

numerosos trastornos hereditarios que afectan a otros sistemas del organismo.

El tratamiento es recubrimiento con coronas completas, ya sea el defecto hipoplasia, hipocalcificación, hipomaduración o combinaciones de los tres. Sin embargo el tratamiento puede complicarse por factores concomitantes tales como hipodoncia, maloclusión, morfología anormal, defectos de otros tejidos dentarios o incapacidad general del paciente.

Los defectos causados por traumatismos locales y formación de abscesos suelen estar limitados a uno o dos dientes. Estos agentes rara vez afectan las dos denticiones.

La ingestión prolongada de flúor puede también afectar a la mayor parte de los dientes en cualquiera de las denticiones o en ambas.

DEFECTOS HEREDITARIOS DE LA DENTINA.-

Dentinogénesis imperfecta se le designa a los dientes translúcidos claros de color pardo. La formación de esmalte en este tipo dentinogénesis parece normal. Las coronas de los

dientes son de forma abultada y las raíces de los mismos son cortas. El esmalte normal no puede ser retenido por la dentina defectuosa, lo que dá como resultado la atrición rápida de los dientes. En las radiografías las cámaras pulpares parecen de menor tamaño o no existen.

Hay una relación entre la cronología de la afección dentaria y el grado de afección. Los primeros dientes que se desarrollan son los más gravemente afectados y los menos afectados son los que se forman posteriormente.

Respecto al tratamiento, se ha indicado que los dientes afectados son susceptibles a las fracturas a nivel cervical y ésto nos indicará la no utilización de coronas completas, ya que las fuerzas oclusales provocarán la pérdida de la restauración total. Sin embargo, se han registrado casos en que las coronas completas se han utilizado perfectamente durante toda la vida. En esta afección pueden colocarse coronas a temprana edad, debido a la obliteración significativa de la pulpa.

Se ha descrito una variación de la Dentinogénesis Imperfecta conocida como dientes en cáscara de huevo, en la que las cámaras pulpares de los dientes deciduos aumentan considerablemente de tamaño en lugar de disminuir.

El tratamiento deberá ser más conservador, por el riesgo de causar exposición pulpar.

La osteogénesis imperfecta es un trastorno de los tejidos conectivos.

Algunas características de este trastorno son fracturas óseas múltiples, huesos wormianos en el cráneo, escleróticas azules, piel delgada y con frecuencia sordera. Los dientes deciduos son más opalescentes que los dientes permanentes, mientras que en la dentinogénesis imperfecta las denticiones son afectadas por igual. El tratamiento es el mismo para ambas afecciones.

Existen dos tipos de displasia dentinaria. Las coronas de los dientes en el tipo I son de tamaño, color, forma y consistencia normales. Las raíces son rudimentarias; son cortas y presentan una gran construcción en el ápice. En las radiografías, las cámaras pulpares aparecen como pequeñas zonas radiolúcidas en forma de media luna a nivel de la línea cervical.

Esta enfermedad se hereda como un rasgo dominante autosómico y afecta a todos los dientes de ambas denticiones. No existe tratamiento adecuado.

La displasia dentinaria de tipo II (antiguamente

displasia pulpar) se caracteriza por dientes deciduos translúcidos de color ámbar y tamaño , forma y dureza normales.

Existe obliteración pulpar total. Los dientes permanentes no cambian de color. Radiográficamente, las cámaras pulpares son de forma alargada y delgada y contienen numerosos cálculos pulpares.

El padecimiento principal de los pacientes con esta afección es el cambio de color de los dientes.

El tratamiento consiste en hacer restauraciones dentarias normales y asegurarle al paciente que el cambio de color no afectará a los dientes permanentes.

DEFECTOS HEREDITARIOS DEL CEMENTO.-

La Periodontosis Juvenil, se caracteriza por migración ideopática y pérdida de los incisivos y los primeros molares. No existen antecedentes de traumatismo o enfermedades gingivales causantes de la movilidad dentaria; el defecto primario puede ser del cemento.

El tratamiento de elección es la extracción de los

displasia pulpar) se caracteriza por dientes deciduos translúcidos de color ámbar y tamaño , forma y dureza normales.

Existe obliteración pulpar total. Los dientes permanentes no cambian de color. Radiográficamente, las cámaras pulpares son de forma alargada y delgada y contienen numerosos cálculos pulpares.

El padecimiento principal de los pacientes con esta afección es el cambio de color de los dientes.

El tratamiento consiste en hacer restauraciones dentarias normales y asegurarle al paciente que el cambio de color no afectará a los dientes permanentes.

DEFECTOS HEREDITARIOS DEL CEMENTO.-

La Periodontosis Juvenil, se caracteriza por migración ideopática y pérdida de los incisivos y los primeros molares. No existen antecedentes de traumatismo o enfermedades gingivales causantes de la movilidad dentaria; el defecto primario puede ser del cemento.

El tratamiento de elección es la extracción de los

dientes afectados y el control profiláctico de la inflamación que se presenta después de la migración de los dientes.

HIPODONCIA HEREDITARIA.-

La hipodoncia generalizada quizá se deba a un rasgo dominante autosómico. Los padres a quienes les faltan uno o dos dientes pueden tener hijos que presentan falta de desarrollo de varios ó la mayor parte de sus dientes. Por el contrario, algunos individuos casi desdentados pueden tener hijos, con un número casi normal de dientes.

La falta de dientes puede ser heredada en patrones específicos. Dos ejemplos de éstos, ambos rasgos dominantes autosómicos, son la falta de incisivos laterales y la falta de los incisivos centrales inferiores.

HIPERDONCIA HEREDITARIA.-

La frecuencia de dientes supernumerarios es menor que la Hipodoncia.

Se ha informado sobre familias en las que los dientes supernumerarios se heredan como caracteres dominantes auto

sómicos. No se presenta ninguna deficiencia o incapaci_
dad debido a la presencia de uno o más dientes, si la o_
clusión no es afectada y si los supernumerarios no son __
foco de lesiones locales.

El tratamiento de elección es la extracción de los
dientes mal alineados o incluidos.

DEFECTOS HEREDITARIOS EN OTRAS ESTRUCTURAS BUCALES.-

Fibromatosis Gingival.-

Se caracteriza por un aumento de
tamaño progresivo y benigno de las encías. Puede este a __
grandamiento ser generalizado, es decir, afectando toda __
la encía o sólo áreas limitadas.

Los aspectos palatinos de las tuberosidades del ma_
xilar superior son los sitios afectados con mayor frecuen_
cia.

Es un rasgo autosómico dominante hereditario.

El agrandamiento de las encías puede notarse primero
en el momento de la erupción de los dientes deciduos o per_
manentes. Los dientes pueden tardar en hacer su aparición__

y pueden ocupar posiciones anormales.

La encía continúa agrandándose después de la erupción de los dientes y puede extenderse sobre las superficies oclusales. Tal agrandamiento de la encía provoca masticación incompleta y dolorosa, inflamación secundaria de las encías y mal aspecto.

El tratamiento indicado es la extirpación de la encía agrandada.

Con la utilización del Dilantín (difenilhidantoína) se presenta un agrandamiento firme no hemorrágico de la encía. El agrandamiento volverá a presentarse después de la extirpación, si se continúa usando la droga.

Anquiloglosia.-

Es el acortamiento congénito del frenillo lingual.

Es un rasgo dominante autosómico.

La anquiloglosia marcada puede interferir en el habla y puede ser corregida fácilmente por liberación quirúrgica.

Dentro de los defectos en tejidos blandos, es importante mencionar también: labio doble congénito, membrana bucofaríngea persistente, lengua fisurada, acrobacia lingual, nevus esponjoso blanco y disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria.

Tori Palatino y Mandibular.-

El torus palatino es una exostosis ósea autolimitante situada en la línea media del paladar duro.

Las mujeres son afectadas tres veces más frecuentemente que los hombres y en los adolescentes y adultos con mayor frecuencia que los niños.

Es de herencia poligénica y autosómica dominante.

El torus mandibular es una exostosis ósea situada en la superficie lingual de la mandíbula.

Con frecuencia existe una correlación entre la presencia del torus palatino y del mandibular.

El tratamiento en ambos es la extirpación quirúrgica.

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

T R A S T O R N O S D E L D E S A R R O L L O .

Una deficiencia de desarrollo es un trastorno atribuible a retardo mental, parálisis cerebral, epilepsia u otras afecciones neurológicas crónicas incapacitantes relacionadas íntimamente con el retardo mental o que requieran tratamiento similar. Dentro de esta definición incluye la sordera o dificultad para oír y diversos grados de afecciones visuales.

Debemos tomar en cuenta que de todos los niños con trastornos del desarrollo, aproximadamente una tercera parte presenta sólo una lesión, otra tercera parte presenta dos lesiones y el resto presentan tres o más lesiones. El dentista debe evaluar y diagnosticar cada uno de los trastornos para llevar a cabo la técnica debida. Debe aprender los progresos importantes en el desarrollo social, motor, del lenguaje y la adaptación. También a su vez familiarizarse más con el tratamiento farmacológico, como será. que drogas tales como los barbitúricos deberán ser evitados en niños con conducta hiperkinética, ya que estas drogas suelen agravar la conducta hiperactiva y pueden no producir su efecto sedante habitual.

DEFICIENCIA MENTAL.-

La American Association of Mental Deficiency (AAMD), afirma que: " El retardo mental se refiere al funcionamiento intelectual general significativamente menor que el promedio, coexistiendo con deficiencias en el comportamiento adaptativo manifestadas durante el período de desarrollo ".

Funcionamiento general intelectual significativamente menor que el promedio, se refiere a un cociente de inteligencia menor de 70. Las pruebas empleadas con mayor frecuencia para el desarrollo y para describir el coeficiente de desarrollo en los tres primeros años de la vida son las pruebas de Cattell, Gesell y Bayley. En los años preescolares y escolares, la prueba de inteligencia de Stanford- Binet (2 a 16 años), la escala de Inteligencia Wechsler para niños (5 a 16 años), se usan para determinar niveles de la función mental.

En la actualidad no existe un solo cociente de inteligencia I.Q. para niños.

La segunda porción de la definición " que exista simultáneamente con deficiencias en la conducta adaptativa ", se refiere al individuo que posee independencia

personal y responsabilidad social de acuerdo con su edad y su grupo cultural. En la lactancia y en la etapa preescolar las deficiencias se miden por los logros en el desarrollo del lenguaje y las capacidades sensoriales y motoras.

La tercera parte de la definición " durante el período de desarrollo "define el límite de la edad del desarrollo como 18 años.

Por esto, para que un individuo actúe como deficiente mental y sea considerado como tal, deberá poseer las tres características: cociente de inteligencia I.Q. menor de 70, manifestadas antes de los 18 años de edad y acompañadas de deficiencia en la conducta adaptativa.

La AAMD clasifica la deficiencia mental en cuatro categorías:

- las deficiencias mentales leves o educables (DME), presentan cocientes de inteligencia de 69 a 55,
- las deficiencias mentales moderadas o susceptibles de capacitación (DMM), presentan cocientes de 54 a 40,
- los deficientes mentales graves (DMG), de 39 a 25,
- los profundamente deficientes (DMP), que tienen un cociente inferior a 25.

Los deficientes mentales educables se les reconoce

durante el kinder y el primer año cuando son enfrentados con cuestiones académicas o cuando se les administran pruebas de cociente de inteligencia. La mayor parte posee un potencial de ser alfabetizados. Se puede prever que el niño DME se desarrollará hasta alcanzar 50 a 75 por 100 de la inteligencia normal.

El deficiente mental susceptible de ser capacitado desarrolla entre 40 y 60 por 100 de la inteligencia normal y alcanza la edad mental entre 4 y 8 años al llegar a adulto. Un número significativo de niños susceptibles de captación presentan daño cerebral orgánico y desarrollan ciertos gestos indeseables y antisociales tales como inestabilidad emocional, aberraciones de la atención, baja tolerancia de la frustración y distracción.

Los deficientes mentales graves y profundos presentan ciertas características físicas en común como son hirsutismo (excesiva cantidad de vello en todo el cuerpo), retraso en edad ósea, microcefalia, dientes malformados o displásicos, clinodactilia (curva hacia adentro o hacia afuera de los dedos de las manos y de los pies), bràquidactilia (acortamiento anormal de los dedos de manos y pies) y carotenemia (cantidad excesiva de caroteno en la sangre, lo que produce una pigmentación en la piel similar a la ictericia).

Respecto al desarrollo del lenguaje debemos notar que los sonidos vocales se adquieren antes que los consonantes, aunque su aparición varía algo. Shane dá el cuadro aceptado, que es:

3 1/2 años; p, b, m, w, h.

4 1/2 años; t, d, n, q, k, y.

5 1/2 años; f, v, s, z.

hasta 8 años: ch, r, j.

El dentista al considerar el tratamiento del niño con deficiencias físicas y mentales, deberán conocer las edades en que aparecen las consonantes para que sepan que no existe necesariamente una deficiencia estructural bucal en los niños con habla desarticulada.

Estado Bucal.-

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

Tratamiento Odontológico.-

El niño con un grado leve de

subnormalidad mental puede ser tratado en cualquier consultorio como parte de su propia familia, sin gran dificultad. Su nivel mental debe ser conocido, de manera que el acercamiento del odontólogo pueda adaptarse a la situación y el plan de tratamiento se modifique de acuerdo a la tolerancia. La paciencia es muy importante en el tratamiento de este tipo de niños y cuando la cooperación es deficiente debemos utilizar anestesia general, exceptuando los niños con daño cerebral por anoxia, o quienes están propensos a convulsiones. En estos casos debemos pensar en la terapia con drogas anticonvulsionantes o tranquilizadoras.

El estado parodontal de estos niños requiere atención especial y el cepillado de los dientes es difícil, pero sumamente importante.

El niño más disminuído probablemente nunca tolerará dentaduras para reemplazar los dientes perdidos y cuanto más dientes pierda, mayor la dificultad para comer alimentos correctos; por lo tanto, el tipo de dieta será más pobre. La posibilidad de rehabilitación bucal bajo anestesia general debe considerarse seriamente en estos casos.

PARALISIS CEREBRAL.-

La parálisis cerebral deberá ser con

siderada como manifestaciones motoras de un síndrome extendido de daño cerebral o defecto que puede estar relacionado con problemas de deficiencia mental, convulsiones, visión y audición o problemas de la percepción, así como trastornos de lenguaje, de la conducta y emocionales.

Algunos autores definen la parálisis cerebral como: " Un trastorno de los movimientos y de la postura causados por un defecto permanente o lesión de cerebro maduro no progresivos ".

Clasificación.-

La American Academy for Cerebral Palsy (AACP), clasificó la parálisis cerebral en: fisiológica (motora), topográfica, etiológica, suplementaria, neuroanatómica, capacidad funcional y terapéutica.

La clasificación fisiológica (motora) incluye espasticidad, atetosis, rigidez, ataxia, temblores, atonía y tipos mixtos.

La clasificación topográfica incluye: monoplejía-afección de solo una extremidad (muy rara); paraplejía- de las extremidades inferiores unicamente; triplejía-afección de tres extremidades; doble hemiplejía-afección

mínima de las cuatro extremidades, con los brazos más afectados que las piernas.

Respecto a la fisiología (Motora), los tipos más frecuentes son: espasticidad y atetosis. Los principales signos de espasticidad son:

- 1) Aumento del tono muscular (hipertono),
- 2) Reflejo de tendón hiperactivo o vigoroso (hiperreflexia),
- 3) Presencia de reflejos patológicos,
- 4) Presencia de contracturas.

La atetosis afecta a la materia gris profunda del cerebro; a diferencia de la espasticidad :

- 1) Aumento del tono muscular,
- 2) Los reflejos profundos del tendón pueden ser normales,
- 3) Pasan los reflejos patológicos,
- 4) Las contracturas no se aprecian,
- 5) Los reflejos primitivos persisten un tiempo significativamente, mayor que en los casos de espasticidad.

Tratamiento Farmacológico.-

Como la parálisis cerebral no es el resultado de una, sino de varias lesiones cerebrales, no existe una sola droga que pueda ser administrada para remediar la neuropatología subyacente. Lo más in

dicado es el tratamiento farmacológico sintomático. Deben evitarse los barbitúricos, debido a su efecto excitante que puede empeorar la función motora y la conducta. Los antihistamínicos y analgésicos son útiles, aunque no prácticos.

Las drogas neuromusculares (Trihexifenidil-artane; clorhidrato de cicrimina-pagitane) pueden ser usadas.

Las drogas neuropsiquiátricas, como clordiazepóxido (Librium) y Diazepan (Valium) utilizadas ampliamente en el tratamiento de la angustia, se prescriben como sedantes diurnos para los niños con parálisis cerebral.

Estado Bucal.-

Enfermedad Parodontal.-

Más de tres cuartos de los pacientes paralíticos cerebrales tienen algún grado de gingivitis, siendo la incidencia más elevada en los niños mayores que en los más pequeños. La enfermedad parodontal severa con formación de bolsas que ocurre en el 10 % de los casos.

La higiene bucal en los paralíticos cerebrales suele ser bastante pobre, así como la dieta, ya que los ni

ños con los músculos de la masticación y la deglución afectados, tienden a comer alimentos blandos que se tragan con facilidad, con una proporción muy alta de hidratos de carbono.

Los niños sin una supervisión correcta, pueden mostrar alguna deficiencia vitamínica a consecuencia de una dieta mal balanceada, con algunos signos parodontales.

Maloclusión.-

Los pacientes paráliticos cerebrales tienen una más elevada incidencia de maloclusión que lo habitual, debido a la actividad muscular anormal. Puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales, masticatorios o de la deglución, y con la función anormal o movimiento involuntario de estructuras que influyen los arcos dentarios.

Tratamiento Odontológico.-

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

- 1 - Tienen dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes. Esto contribuye a deficiencias nu__

tricionales.

- 2 - Muchos de estos pacientes nunca podrán usar dentadu_ por su incapacidad muscular.
- 3 - Los problemas fonéticos aumentan por la pérdida de _ dientes.
- 4 - Los aspectos emocionales varían en un niño con aten_ ciones descuidadas al de uno bien tratado técnica y _ emocionalmente.

En cuanto a dificultades dentales se refiere, la pro_ porción de caries es más elevada que lo normal, pero la_ conservación es muy importante debido a los mayores pro_ blemas que pueden encontrarse en relación con una próte_ sis. •

Los pacientes con Bruxismo intenso y tendencias a a_ pretar y contorsionar, no son adecuados para un aparato_ protético u ortodóntico, salvo que puedan hacer irrompi_ bles.

Tratamiento del paciente.-

Antes de ver al niño por prime_ ra vez, el odontólogo debe buscar información del médico_ sobre su condición. Necesita conocer el tipo de complica_ ción neuromotora y su gravedad, su terapia con drogas, o_

tros defectos sensoriales, visuales o auditivos y una es-
timación de su inteligencia.

El acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero
firme y siempre con plena confianza. Cualquier falla de se-
guridad es percibida por el niño y produce una actitud ad-
versa.

El sillón dental debe inclinarse algo hacia atrás, de
manera que haya una sensación de mayor seguridad en cuanto
a no caerse hacia adelante.

Es conveniente la ayuda de un asistente junto al si-
llón para controlar los movimientos de la cabeza cuando el
odontólogo está trabajando frente al paciente. El uso de
tiras de retención para soporte es aconsejado firmemente
por algunos, pero condenado por otros. Un soporte así es ú-
til siempre y cuando el niño entienda que es para soporte
y no para restricción y no lo considere con aversión.

Exámen.-

Debe estimularse al paciente para que se relaje,
explicando y demostrando primero todas las acciones pro-
puestas.

No debemos poner los dedos entre los dientes en los

casos en que los maxilares pueden contraerse, salvo que se use un protector digital metálico. Un dedal puede ser útil pero debe ser de acero y no de algún metal más blando. Es aconsejable agregarle un trozo de cadenita o cordón, de manera que si se sale del dedo no hay peligro de que se trague.

El espejo de vidrio puede resultar peligroso para el paciente, porque si se astilla, puede no ser posible recoger los trozos de vidrio sin hospitalizar al niño. Es aconsejable un espejo de acero.

También debemos tener cuidado en el uso del explorador ya que la punta constituye un riesgo para los tejidos blandos en caso que exista algún movimiento brusco de el paciente. Las radiografías son difíciles de ubicar y mantener sin movimiento; quizás las interproximales puedan tener mejor éxito.

Un eyector de saliva es esencial para limpiar rápidamente el campo de restos, ya que no le es factible enjuagarse la boca. En algunos casos, puede necesitarse un retractor para la lengua, especialmente cuando se trata de dientes inferiores.

Al colocar cemento y obturaciones suele ser útil mantener el campo limpio y seco colocando una grapa, solamente que sin el dique,

Puede colocarse y retirarse muy rápidamente, según la necesidad, y controla la posición de los rollos de algodón, del eyector y hasta de la lengua en alguna medida.

Hay una cantidad considerable de pacientes con parálisis cerebral que ya sea por razones físicas o emocionales, no se puede llevar a cabo esta forma de tratamiento; como alternativa puede usarse anestesia general. Este es un método conveniente, sobre todo para el tratamiento inicial, porque se elimina una larga serie de visitas y el niño queda con su problema dental resuelto. Una vez que se logra ésto, el mantenimiento de rutina se hace más fácil.

TRASTORNOS CONVULSIVOS.-

Existen cinco tipos principales de epilepsia en los niños; la primera es el " gran mal " (motor mayor), puede presentarse a cualquier edad y suele estar asociada con movimientos tónicos-clónicos generalizados, generalmente son de 5 a 10 minutos de duración. El segundo tipo es el " pequeño mal " que suele presentarse entre los 4 y 14 años de edad en ataques que se caracterizan por momentos de fijación de la vista que duran algunos segundos, asociados en ocasiones con movimientos clónicos de las extremidades superiores. El tercer tipo es la epilepsia psicomotora (epilepsia del lóbulo temporal);

se observa con mayor frecuencia en los niños mayores, adolescentes y adultos. Las manifestaciones constan principalmente de automatismos (por ejemplo, movimientos masticatorios, chasquido de los labios, movimientos motores extraños y en ocasiones ademanes raros).

Estas tres epilepsias no suelen estar asociadas con la deficiencia mental.

Los dos tipos restantes de epilepsia infantil están asociadas con la deficiencia mental y estos ataques no son controlados fácilmente.

Los espasmos infantiles se presentan principalmente entre los tres meses y los dos años de edad.

Los ataques se presentan en serie y son de tres tipos principales; ataques flexores con actitud de salaam, caracterizados por la proyección hacia adelante de las extremidades superiores, con flexión de la cadera y la cabeza, espasmo de los extensores con flexión a nivel de la cadera, y espasmos con movimientos de vaivén de la cabeza.

El otro trastorno convulsivo de la niñez es el síndrome de Lennox-Gastaut, que se asocia frecuentemente con grave daño cerebral y deficiencia mental y mala reacción al tratamiento.

Los ataques se presentan generalmente entre 1 y 9 años de edad.

La dieta cetogénica es útil para el tratamiento de esta afección. Esta dieta produce cetosis y acidosis, debido a su alto contenido de grasas y bajo contenido de carbohidratos.

Estado Bucal.-

El único rasgo especial se encuentra en los pacientes tratados con dilantil sódico. En ellos, puede haber una gingivitis hiperplásica de naturaleza fibrosa, a veces tan intensa como para cubrir casi todas las coronas dentarias, o demorar la erupción.

Tratamiento Odontológico.-

Muchos de estos pacientes son particularmente aprensivos. Es conveniente preguntar a los padres acerca de su último ataque, cuando y como fué; y que tipo de situación provoca esos ataques. De esto puede resultar que podamos prevenir alguno que ocurra en el consultorio. Habitualmente, el niño esta bastante bien controlado y es improbable que se produzca un ataque durante el tratamiento, especialmente si hay una buena relación entre el niño y el odontólogo.

En caso de que sufra un ataque inmediatamente se le colocará en un lugar en que no pueda caerse y un espacio en el piso es lo más fácil. Debe ponerse de costado, con su cabeza en una posición que impida la aspiración de saliva a los pulmones. Puede necesitarse un instrumento para forzarlo entre los dientes antes que haya ocurrido un espasmo total de los músculos maxilares para prevenir la mordedura de la lengua, debe evitarse el daño a los dientes y a los tejidos blandos.

En el consultorio dental, el instrumento más adecuado, fácilmente al alcance, es la espátula para alginato que es dura pero no causa trauma. Debemos administrarle oxígeno. Cuando sale de su ataque normalmente, tendrá dolor de cabeza y estará mentalmente confuso, de manera que habrá que posponer el tratamiento, salvo los ajustes menores necesarios para terminar la operación interrumpida.

No existe ningún problema al utilizar anestesia local consultando anteriormente el punto de vista del médico. En caso de utilizar anestesia general, debemos tomar en cuenta los elementos para que se lleve a cabo sin problemas.

En cuanto a la gingivitis hiperplásica, si ésta es grave, puede ser necesario tratarla quirúrgicamente, pero tiende a recurrir.

SINDROME DE DOWN.-

Se denomina al síndrome asociado con la trisomía de un cromosoma autosómico; inicialmente se le llamó " Mongolismo " pero ahora se le designa como Síndrome de Down, después que Langdon Down describió sus síntomas en 1866.

Un pequeño cromosoma del grupo G, posiblemente el número 21, se añade al complemento normal en todos los casos en que se desconoce el síndrome de Down. El cromosoma número 21 es difícil de distinguir del 22 y no se sabe cual de ellos está involucrado; posiblemente es el 21 el que se asocia con el síndrome.

La trisomía del número 21 es aparentemente el resultado de la no disyunción primaria que ocurre en la división reductora de la meiosis de la madre. Los cromosomas apareados no se separan adecuadamente hacia los polos en la anafase y resulta que un óvulo recibe dos cromosomas número 21 y el primer glóbulo polar no recibe ningún cromosoma 21.

Las alteraciones hematológicas más frecuentes son:

- A) Regulación ineficaz de la granulopoyesis y segmentación incompleta de los núcleos de los neutrófilos.
- B) Actividad aumentada de algunas enzimas de los eritrocitos y de los leucocitos.

- C) Reacciones Leucomoides.
- D) Leucemia Aguda.

Los trastornos otorrinolaringológicos cuyas manifestaciones más importantes son:

- A) Obstrucción nasal
- B) Respiración oral.
- C) Rinolalia cerrada.
- D) Rinorrea anterior.
- E) Ocasionalmente otitis media supurada.

Los pares craneanos muestran las alteraciones siguientes:

- A) Par II; en el fondo del ojo se ha descrito cierta palidez de la retina y, en algunos casos, pigmentación peripapilar anormal y despigmentación coroidea.
- B) Pares III, IV y VI; los movimientos oculares extrínsecos se encuentran frecuentemente alterados.
- C) Par VIII; la audición está disminuída con frecuencia.
- D) El resto de los pares craneanos, por lo general, no se encuentran afectados.

En general el comportamiento de estos pacientes es apático, desorganizado, pero carente de agresividad importante.

En las mucosas, es clásico describir las fisuras labiales que progresan con la edad. Los labios son prominentes y

presentan surcos verticales.

Las mucosas orales pueden presentar candidiasis con cierta frecuencia, sobre todo en pacientes con desnutrición. No es raro observar lesiones de perleche, que en ocasiones, como las fisuras labiales, constituyen verdaderos problemas de tratamiento; ambas se ven propicias por el hábito que tienen estos pacientes de estar humedeciendo los labios.

La lengua escrotal con hipertrofia de las papilas filiformes y fungiformes de este órgano, así como la frecuencia relativamente alta de candidiasis.

La boca permanece abierta y la lengua hace procedencia. La dentición es retardada y tienen mala implantación, el maxilar superior poco desarrollado, la mandíbula está redondeada. Las caries son raras pero la paradontosis es frecuente. La voz es baja y gruesa y la palabra además de ser tardía es dificultosa.

Características mentales.-

El término "retrasado mental" se usa en un sentido amplio para describir a los niños con un desarrollo general notablemente más lento que el de los

niños normales. Los pequeños retrasados mentales encuen-
tran serias dificultades para superar las varias etapas
del desarrollo mental; en la escuela asimilan lentamente,
pero por lo general acaban por ser adultos independientes,
aunque de inteligencia limitada. Sin embargo los casos de
insuficiencia mental grave requieren siempre atenciones y
vigilancia para toda la vida. En estos casos si el retrasa-
do mental recibió tratamientos adecuados durante la niñez,
casi siempre puede evolucionar positivamente y llevar una
vida normal en un ambiente protegido.

Características en Cavidad Oral.

Boca.-

Se encuentra permanentemente entreabierta; los la-
bios gruesos y deshidratados, flácidos y fisurados; la len-
gua es escrotal y de volúmen no normal. La forma de la len-
gua es redondeada o roma en la punta y no termina desvane-
ciéndose como en las personas no afectadas y su superficie
se encuentra con múltiples surcos, es áspera y tiene las
papilas más separadas entre sí.

Los dientes se encuentran festoneados por abundante
tejido gingival generalmente de color rosa. La consisten-
cia de la encía es firme y por lo general no hay mucha for-
mación de bolsas.

Respecto a la irregularidad en la implantación de los dientes, también es factor constante o determinante; muchos de estos pacientes presentan maloclusión dentaria o malposición anterior, pero se puede afirmar que los niños con Síndrome de Down inician la fanerodoncia tardíamente.

Sicher menciona que la erupción del primer diente de cuido se efectúa entre los seis y nueve meses de edad y Kuttler, ha determinado como promedio para fanerodoncia primaria inicial, los once meses de edad.

La erupción de los dientes permanentes también está afectada, pasando mucho más de dos meses el período de erupción después de la exfoliación normal del diente de cuido que, por otra parte, permanece también mucho más tiempo del normal en la boca.

Principales Anomalías Bucles.-

La caries es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, la lesión se caracteriza por la destrucción de la superficie del diente en lugares bien definidos como surcos, fosetas, caras proximales y sitios de defectos estructurales. El primer paso para la destrucción es la desintegración de la sustancia orgánica e inorgánica del diente, la cual es

producida por los ácidos que producen las bacterias acidogénicas como los lactobasilos y otras bacterias que en contacto con los hidratos de carbono producirá dicha descalcificación.

La caries no ataca con la misma intensidad a todos los dientes, ésto depende de la configuración anatómica, posición anatómica de la arcada, facilidad de limpieza con el cepillo dental, hábitos de masticación, por ejemplo el primer molar permanente presenta caries en un 66 ó 88 % y es porque tiene fosas y fisuras muy profundas y tienen una erupción a muy temprana edad.

La lesión cariosa en los niños con retardo mental tiene mayor avance debido a la falta de higiene o lavado deficiente, a la mala configuración y a algunas aberraciones en el desarrollo o calcificación de sus dientes.

La caries y la enfermedad parodontal son los principales padecimientos en los niños con retardo mental.

La gingivitis crónica generalizada con hemorragia gingival puede ser observada en la dentición primaria. En la dentición mixta, las pigmentaciones, el tártaro dentario, materia alba con hemorragia gingival son los trastornos que se observan con mayor frecuencia. Durante los períodos de la adolescencia y en la etapa posterior a ella, se observa

especialmente agrandamiento gingival inflamatorio crónico con el agregado de una gingivitis crónica necrosante. Cuando este factor predomina, se presenta un escalón en encía que favorece el empacamiento de alimentos y predispone al parodonto a la formación precoz de bolsas parodontales.

Los factores que contribuyen a la gran incidencia de trastornos parodontales en el niño deficiente mental son: falta de higiene bucal, ausencia de estímulo funcional como la masticación, deficiencias vitamínicas, afecciones congénitas del parodonto y del hueso alveolar, mala oclusión asociada con trastornos congénitos y del desarrollo, hábitos; tales como el bruxismo o el respirador bucal.

Los factores locales desempeñan un papel muy importante en el padecimiento parodontal del niño con retardo mental; sin embargo, la pérdida de hueso y los diversos cambios inflamatorios que se observan al microscopio se señala la relación entre el daño cerebral y el estado parodontal.

Quintarelli y Chauncy lograron producir gingivitis crónica marginal con gingivitis aguda necrosante y lesiones gastrointestinales en perros mediante la estimulación traumática del hipotálamo.

Hábitos.-

Entre los hábitos nocivos, tenemos dos que son muy conocidos entre los niños con retardo mental y son: el bruxismo o rechinar de los dientes y la respiración bucal. El primero se manifiesta durante el sueño y puede ser debido a dos casos; ya sea que el niño viva en gran tensión emocional como ocurre en este tipo de niños, esto nos trae como consecuencia la atrición de las piezas dentarias y dolor en la articulación temporomandibular y traumas oclusales.

La respiración bucal es aquella que el niño efectúa por la boca durante el sueño y esto puede ser debido por la obstrucción del aparato respiratorio o simplemente por un hábito.

Prevención de Trastornos Bucales Frecuentes.-

Es muy importante la odontología preventiva en el niño impedido, ya que debido a su capacidad física y mental es más difícil brindarles un tratamiento dental satisfactorio.

Todas las medidas preventivas deben instituirse a temprana edad.

Es importante que lleven a cabo una dieta correcta a base de leche, carne, vegetales y frutas:

También la aplicación de flúor es básica como medida preventiva; esta puede ser, ya sea por medio del cepillado en donde sobre las cerdas del cepillo se coloca una solución que contenga flúor, esta se recomienda en la dentición mixta. Otro método son los aplicadores especiales para flúor, en donde se colocan de 5 a 10 gotas de flúor en forma de gel y se pone en la boca del niño en un tiempo aproximado de cinco a seis minutos; después de este procedimiento se le debe indicar que en una hora no debe tomar alimentos ni agua. Puede aplicarse a cualquier otra edad.

También es recomendable el uso de adhesivos para el sellado de fosetas y fisuras. Estos adhesivos son sustancias químicas que se aplican en la superficie del diente, en la cara oclusal, después de haber efectuado una buena profilaxis.

CAPITULO IV .

ELEMENTOS PSICOLOGICOS Y SOCIOLOGICOS DEL PACIENTE Y DEL ODONTOLOGO .

Sabemos que tanto el dentista como el paciente son seres humanos, por lo tanto existen factores sociológicos y psicológicos en la situación dental. Su personalidad, sentimientos, actitudes y comportamientos son determinados tanto por esos factores, como por sus necesidades biológicas.

Si el dentista no es capaz de comunicarse y reaccionar con sus pacientes, no podrá llevar a cabo una práctica eficaz.

Debemos prestar una debida importancia psicológica y sociológica a los pacientes " incapacitados para la odontología "; esto se refiere a los pacientes cuya salud bucal puede ser considerada normal, pero que presentan alguna afección física, mental o emocional, o todas ellas; por ejemplo los pacientes con parálisis cerebral con problemas de coordinación motora que requieren otro tipo de tratamiento fuera de lo habitual.

Este tipo de pacientes " especiales " son personas

que pueden padecer retardo mental, parálisis cerebral, epilepsia, infartos y embolias, diabéticos, ancianos o trastornados emocionalmente.

Existen en la actualidad infinidad de dentistas, supuestamente profesionales que consciente o inconscientemente eliminan a los pacientes indeseables de su práctica.

El dentista, en su práctica privada, tiene el derecho de controlar a sus pacientes en la forma en que se acomode a sus necesidades profesionales, a su temperamento y a su estilo de vida, pero también tiene la responsabilidad de preocuparse de que todas las personas que quieran o necesiten atención dental, sean incapacitadas o no, sean atendidas y se les dé su debido lugar.

Las serias consecuencias que implica la atención dental limitada para los pacientes dentales especiales o incapacitados, deberán incitar al dentista a comprender los motivos que lo alejan y lo impiden proporcionar este servicio dental tan necesario. Porque hay ocasiones en que no sabemos el porqué de esta actitud tan negativa, sin saber que con la atención de este tipo de pacientes tendremos una satisfacción interior mucho ma

yor, que la atención a un paciente normal.

Los pacientes especiales son rechazados porque el dentista es un ser humano producto de su cultura. Ha sido socializado por la sociedad, por la comunidad y por la familia que es parte integrante. El mismo ambiente en que nos desarrollamos nos hace propensos a disfrutar del contacto con personas atractivas y agradables cuyos valores y creencias son muy parecidas a las suyas.

Los dentistas, como el resto de la gente, incluyendo el personal del consultorio, presentan fuertes obstáculos emocionales; estos obstáculos pueden hacer que se resista a estar con pacientes con defectos físicamente desagradables, difíciles o molestos que puedan hacer que el dentista se sienta reprimido o incómodo. La eliminación de estos pacientes es una manera de evitar estos sentimientos.

Se han hecho estudios en los que revelan que las personas reaccionan negativamente a personas con defectos visibles, como paladar hendido y desfiguraciones. Pocas personas son psicológica y emocionalmente indiferentes a las personas lisiadas.

Otros dentistas, incapaces de reconocer y enfrentar

se a sus prejuicios y preferencias, no serán eficaces profesionalmente con los pacientes especiales. Estos profesionales harían bien en limitar sus prácticas, eliminando a estos pacientes especiales que son incapaces de tratar. Sin embargo, cuando el dentista decida que no tratará a un paciente especial, tiene la responsabilidad de remitir al paciente a otro dentista o medio profesional.

También debemos tomar en cuenta la relación de este tipo de pacientes con los demás pacientes, ya que esto puede ocasionar algún tipo de problema en el consultorio. Todo esto se puede prevenir de varias maneras, ya sea atenderlos una mañana o tarde especial o simplemente tratar de evitar la relación en la sala de espera.

Debemos clasificar a los pacientes en particular ya que hay ocasiones en que los pacientes normales presentan mayores problemas en el consultorio que los pacientes especiales.

El dentista necesita ser capaz de hacer la distinción fundamental entre lo que el paciente es incapaz de hacer y lo que el paciente no quiere hacer. Un paciente físicamente incapaz de mantener la boca abierta será manejado en forma diferente que el paciente que se niega a abrir la boca por miedo. Mientras más sepa el dentista acerca del pacien

te, mejor podrá tratarlo; ya que la utilización de los datos para establecer una buena relación con el paciente y su familia constituye la diferencia crítica entre un buen y un mal tratamiento. Debemos tomar muy en cuenta la relación que lleva el niño con sus padres, porque ésto nos podrá dar la pauta acerca de lo que pueden significar en un momento dado sus padres para él.

COMUNICACION CON EL PACIENTE.-

Los pacientes especiales presentan una gran variedad de diferencias y de capacidad de comunicación. Algunas de estas diferencias se relacionan con la incapacidad física, aspectos mentales y factores emocionales. Nosotros, debemos de tratar de conocer la etiología de los problemas de la comunicación del paciente, para poder tener una relación más profunda.

Es muy diferente la técnica de comunicación que utilizaremos con un paciente sordo, a uno ciego o epiléptico o mongoloide, etc.

Debemos utilizar palabras sencillas y evitar la utilización de intrucciones dobles, tales como "inclina la cabeza hacia atrás y abre la boca".

Una técnica muy valiosa es la de "decir", "ense

ñar " y " hacer ". La técnica de comunicación " táctil ", es una de las más satisfactorias para establecer contacto. Este tipo de contacto permite que el paciente comprenda que el dentista está interesado por él.

No debemos confundir los conceptos de limitaciones mentales con insensibilidad emocional; trataremos de conocer como reacciona ante el dolor un paciente que no puede expresarlo verbalmente, ya sean señales como por ejemplo apretamiento de los puños, rigidez del cuerpo, llanto y sudación.

La mayoría de los pacientes especiales se valoran a sí mismos de una forma determinada, y esto se encuentra muy relacionado con la forma que se cree que las otras personas la consideran a ella. Depende mucho las experiencias que haya tenido anteriormente; si estas experiencias han sido positivas se comportará con valor, seguridad y confianza en el consultorio, y si por el contrario, ha tenido experiencias desagradables y negativas tendrá un concepto muy bajo de sí mismo. Este tipo de pacientes son inseguros y dados a no confiar en la gente, por lo tanto se requiere motivación, compasión, paciencia o ingenio por parte del dentista para establecer la relación de confianza necesaria para comprender al paciente.

La familia de los pacientes desempeña un papel es

pecial en la situación dental. El grado de su participa_
ción varía desde marginal hasta indispensable, pero su _
contribución, impacto y problemas merecen ser examinados.

Muchos pacientes especiales presentan afecciones __
que exigen gran dependencia de los padres o de otros miem_
bros de la familia. También es la familia la que fomenta__
y condiciona al paciente a la experiencia dental; la fami_
lia es la que proporciona al dentista los antecedentes so_
ciales y médicos para la historia clínica; también son __
los responsables de una buena higiene del paciente; son e_
llos los que tienen que enfrentar a presiones continuas.__
Es difícil asegurar quien es el que sufre más, si el pa_
ciente afectado o la familia. El dentista podrá tener ma_
yor relación con el paciente y la familia, si conoce sus __
tensiones y realidades.

Como muchos pacientes especiales dentales presentan
defectos cuya etiología proviene de afecciones congénitas
prenatales o traumatismos durante el nacimiento. Los pa __
dres en espera de un hijo sano y normal suelen aumentar __
fuera de proporción defectos menores, debido a que las __
reacciones de los padres se originan en bases profundamen_
te emotivas. La inseguridad y los temores de los padres __
respecto a su hijo malformado o defectuoso son intensifi_
cados en forma significativa.

El dentista debe ser capaz de distinguir entre la madre cariñosa hacia el paciente especial y la madre básicamente hostil y excesivamente protectora; todo esto será de gran utilidad para él y para el paciente durante el proceso dental.

La atención eficaz de los pacientes se encuentra ligada a una gran variedad de factores sociológicos y psicológicos.

MODIFICACIONES DE LA CONDUCTA.-

Uno de los principales problemas, a los cuáles nos enfrentamos los cirujanos dentistas es la de obtener la cooperación del paciente mientras hacemos un tratamiento dental y si a esto aunamos el problema mental que tenga el niño, se nos dificultará un poco mas nuestro servicio.

El control de la conducta, incluyendo la eliminación de la angustia y el temor, es de vital importancia. Este control de la conducta aumenta considerablemente en el caso del niño con deficiencias mentales que comprende el significado de los procedimientos dentales y cuya comprensión del lenguaje es limitada, por lo que las explicaciones verbales no pudieran ser eficaces con niños nor

males no producirán el efecto de control deseado de la ___
conducta del niño con deficiencias mentales.

Los procedimientos para la modificación de la conducta
suelen permitirnos aumentar considerablemente la precisi
sión y el grado de control que se es capaz de ejercer sobre
el comportamiento de sus pacientes.

PRINCIPIOS BASICOS DE CONTROL DE LA CONDUCTA .-

La mayor
parte de la compleja conducta humana es en realidad con___
formada, mantenida, controlada o eliminada como función ___
directa o consecuencia de los hechos estimulantes después
de la conducta.

Refuerzos positivos y negativos.-

Según sus efectos sobre ___
la conducta, los estímulos pueden ser clasificados en tres
categorías:

- Reforzadores positivos.
- Estímulos aversivos.
- Estímulos neutrales.

Reforzadores Positivos.-

Es cualquier estímulo o hecho que__

aumenta la frecuencia de una conducta o una respuesta ___ que provoca inmediatamente.

Hay estímulos como alimento y agua, que tienen un va___lor de supervivencia para el organismo, que pueden servir de reforzadores.

Los estímulos sociales tienen grandes propiedades re___forzadoras, como por ejemplo una sonrisa, una palabra de___halago, un cumplido, un toque o diversos estímulos ambien___tales como juguetes o cosméticos.

Un reforzador se define como capaz de auemntar la ___ frecuencia de la respuesta. Un estímulo puede servir de ___ reforzador para un niño y no servir de reforzador para o___tro. Además, un estímulo sirve de reforzador para un ni ___ño en alguna ocasión, puede no servir de reforzador en o___tra ocasión.

Estímulo de Aversión.-

Es un estímulo que disminuye la ___ frecuencia de la conducta que le sigue inmediatamente, o___ como un estímulo que aumentará la frecuencia de cualquier reacción que termine o reduzca la intensidad del estímu___lo.

Los estímulos de aversión pueden ser aquellos hechos que son físicamente dolorosos o que han adquirido propiedades de aversión, tales como críticas y la pérdida de privilegios o estímulos que señalen la proximidad de un hecho desagradable.

Cómo con los reforzadores positivos, los hechos que pueden ser aversivos en una ocasión, pueden no serlo en otra y los que no son aversivos para un individuo pueden serlo para otro.

Estímulos Neutrales.-

Existe una gran variedad de estímulos que ocurren constantemente en el medio ambiente natural, tal como el sonido de la bocina de un automóvil, el ruido del funcionamiento de un reloj y el ruido de música de fondo que no aumentan ni disminuyen la frecuencia de una conducta dada. Estos estímulos con frecuencia adquieren propiedades reforzadoras, ya sean positivas o negativas.

Existen reforzadores condicionados que nos ayudan en el control de la conducta como por ejemplo una canica, una estrella de oro o simplemente una marca escrita; este símbolo reforzador condicionado se entregará después de que ocurra la conducta deseada y esto cada vez irfa au

mentando el estímulo en las siguientes sesiones.

Cuando hagamos un programa en el medio dental, los objetivos de la conducta pueden dividirse en tres categorías generales, que son:

- 1) Nuevas conductas que se desea producir o provocar.
- 2) Conductas existentes que se desea conservar o reforzar.
- 3) Conductas existentes que se desea eliminar o disminuir en frecuencia.

PROCEDIMIENTOS PARA LA PRODUCCION DE NUEVAS CONDUCTAS.-

1.- Conformación -

Esta es una técnica mediante la cual se especifica la conducta deseada en términos objetivos y se analiza en sus partes componentes y ordenadas. Tan pronto como el niño acceda, aunque sea levemente, a comportarse en la forma deseada es reforzado inmediatamente; después de cada reacción que más se aproxime al comportamiento deseado, se refuerza nuevamente.

Si, por ejemplo, la conducta deseada es tener un niño resistente que se siente tranquilamente en el sillón dental, deberá reforzarse al niño por mirar en dirección al sillón, luego por tocar al sillón y finalmente por sentarse en el sillón. Una vez que el niño se encuentre sen

tado deberá ser reforzado periódicamente por permanecer _
quieto en el sillón dental.

Este es el procedimiento más eficaz y empleado con
mayor frecuencia para la producción de nuevas conductas.

Debemos administrar el reforzador inmediatamente _
después de haberse presentado cada parte componente de _
la reacción final deseada. Se ha demostrado que una di _
ferencia de tiempo o un retraso no mayor de uno o dos se _
gundos puede alterar la forma de la conducta que será re _
forzada y favorecida.

Otro padecimiento para la modificación de la con _
ducta es la " incitación ", en el cual debemos de emple _
ar algún incitante físico, por ejemplo si queremos que _
el niño abra la boca, pero si permanece con los dientes _
fuertemente apretados; debemos pedirle al niño que abra _
la boca tocándole a la vez el labio muy suavemente, lo _
bajaremos ligeramente y alabaremos al niño por abrir la _
boca, aunque los dientes hayan permanecido apretados. Es _
te procedimiento continúa hasta que el niño abra la boca
voluntariamente al ordenársele.

A todo este tipo de estímulos debemos aunarle el _
estímulo verbal, éste se dá simultáneamente al estímulo
táctil.

Debemos tomar muy en cuenta los halagos para con el paciente tanto durante, como después de cada sesión; así como recompensarlos con premios y regalos.

Como dije anteriormente los problemas para tratar la conducta se presentan con frecuencia en la práctica de la odontología pediátrica y son muy frecuentes cuando se suministra atención dental a los deficientes mentales o a los niños con trastornos emocionales.

En la actualidad, contamos con una gran variedad de técnicas específicas para modificar la conducta, que nos permiten aumentar considerablemente la capacidad para tratar acertadamente a los niños con trastornos emocionales y problemas de conducta.

Respecto a pacientes que necesitan el uso de algún aparato protético debemos considerar las implicaciones psicológicas ya que desgraciadamente parte de nuestra población no comprende las necesidades ni entiende los beneficios que pueden ser derivados a la atención dental adecuada; los compañeros, padres, educadores de las escuelas especiales y las personas que cuidan a estos niños en sus casas y en las instituciones, deberán ser educados en este sentido. El éxito del tratamiento depende esencialmente de la capacidad del dentista para educar a estos individuos y el cuidado adecuado de la cavidad bucal.

C A P I T U L O V .

H E M O S T A S I S D E F E C T O S .

HEMOFILIAS.-

Los factores implicados en la coagulación san
guínea son los siguientes:

Factor I - Fibrinógeno.

Factor II - Protrombina.

Factor III - Tromboplastina.

Factor IV - Calcio.

Factor V - Proacelerina, acelerador globulínico o factor
lábil.

Factor VI - Factor lábil activado.

Factor VII - Factor estable o proconvertina.

Factor VIII- Factor antihemofílico, globulina antihemofíli__
ca (GAH).

Factor IX - Componente tromboplastina plasmática (CTP) o
factor christmas.

Factor X - Factor stuar- prower.

Factor XI - Antecedente tromboplastina plasmática (ATP).

Factor XII - Factor Hageman.

Un defecto así suele ser heredable, siendo el más común__

de ellos la hemofilia clásica o deficiencia del factor antihemofílico, y que corresponde a tres cuartos de los casos.

Los hemofílicos generalmente tienen un tiempo de coagulación prolongado y muestran una tendencia anormal a la salida de sangre continuada de las heridas, en los tejidos y típicamente en las articulaciones.

La hemofilia verdadera es una deficiencia del Factor VIII, que afecta principalmente a los varones, y se hereda como un carácter recesivo vinculado al sexo. El defecto es llevado en el cromosoma X, de manera que un padre hemofílico y una madre normal tendrán hijos normales e hijas portadoras, mientras que un padre normal y una madre portadora tendrán hijos normales y afectados e hijas portadoras.

La posibilidad de la combinación de un padre hemofílico y una madre portadora es muy leve, de manera que las oportunidades de una mujer con ambos cromosomas X defectuosos, y por tanto clínicamente afectados, parece ser remota pero ha ocurrido.

Una mujer portadora puede tener cierto grado de deficiencia del factor VIII y un tiempo de coagulación bastante prolongado, aunque raramente una tendencia a la sangría

de verdadera importancia clínica.

Aquellos pacientes con hemofilia leve, pueden tener la sin que se descubra su estado hasta la adultez, aunque puedan dar una historia de una extracción dentaria en la niñez, en la que la salida de sangre fué prolongada, pero no tan grave como para requerir ayuda del hospital. Quienes tienen poco o nada del Factor VIII, sufren episodios hemorrágicos repetidos desde los comienzos de la niñez, sobre todo cuando están aprendiendo a caminar y las caídas son frecuentes con contusiones extensas o un hematoma por un golpe trivial.

Cuidado general de los niños con Hemofilia.-

Se aconseja a los pacientes que cumplan con las inmunizaciones habituales ya que implican inyecciones de solo muy pequeña cantidad de líquido y raramente dan trastorno, siempre que se aplique firme presión digital en el sitio de la inyección por cinco minutos. Las inyecciones de cantidades mayores, como las de gama globulina contra el sarampión, son potencialmente peligrosas y, por lo tanto, están contraindicadas. Cualquier infección debe tratarse pronto y eficientemente y los antibióticos darse por vía bucal o intravenosa, nunca intramuscularmente. Esos pacientes nunca deben tomar aspirina o productos que la contengan, ya

que tiene un efecto irritante en la mucosa intestinal y puede causar severas hemorragias gastrointestinales, además de un efecto adverso en la hemostasia.

Estado Bucal.-

No hay riesgos definitivos especiales asociados con hemofílicos. Su higiene bucal suele estar pobre, ya que no cepillarse los dientes regularmente por miedo a iniciar un sangrado y, por supuesto, este descuido tiende a producir gingivitis y una más fácil salida de sangre de las encías.

La proporción de caries puede ser bastante elevada en algunos pacientes. Estos niños a menudo son consolados con dulces para impedirles hacer algo indeseable, o para que no se lastimen, y tienden no sólo a consumirlos en demasía, sino también a toda hora. Las comidas pueden estar compuestas en gran parte por hidratos de carbono debido a la ansiedad de provocar un sangrado gingival con alimentos duros o fibrosos. Esos factores y la falta de higiene bucal predisponen a las caries.

La exfoliación de dientes primarios no suele causar ningún trastorno.

Tratamiento Odontológico.-

Debemos tomar muy en cuenta la prevención hacia un paciente hemofílico. Debe darse, por supuesto, instrucción sobre el cepillado dental. El cepillo no debe ser muy duro.

Es importante poner al tanto a los padres de una buena dieta, poniendo énfasis en la necesidad de alimentos fibrosos y de evitar comidas entre comidas a base de hidratos de carbono.

Extracciones.-

Si las extracciones son inevitables, es conveniente realizarlas en el hospital con internación del paciente; en combinación del cirujano bucal con el hematólogo. Esto suele hacerse bajo anestesia general y con la preparación hematológica adecuada.

Enfermedad Parodontal.-

Aparte de la gingivitis debido a pobre higiene bucal, ésta no suele ser un problema en niños pequeños. En el adolescente puede haber los mismos signos que en pacientes normales. El raspaje no representa un pro

blema real siempre que se tenga cuidado de no traumatizar la encía indebidamente. Cualquier salida de sangre que ocurra es superficial y de tipo capilar y cesará normalmente. Este raspaje debe ser meticoloso ya que el más pequeño residuo de cálculos puede causar irritación gingival con sangrado y formación de bolsa. Sin embargo, una gingivectomía está contraindicada, ya que afecta más que las pequeñas terminaciones capilares y puede causar un sangrado considerable y persistente.

Los antibióticos deben darse solamente por vía bucal o intravenosa y nunca intramuscularmente.

Conservación.-

La dificultad principal en relación con la conservación es la contraindicación a la anestesia local. Las inyecciones profundas para un bloqueo del dentario inferior y en el piso de la boca nunca deben darse, ni siquiera en un caso leve. En esas inyecciones ocurre con frecuencia un daño a los vasos y esas zonas tienen espacios tisulares por lo que la sangre puede pasar sin dificultad. Aún en un paciente normal puede producirse un hematoma, y en el hemofílico la sangre no coagulada puede pasar a los tejidos del cuello y hasta al mediastino, provocando grave trastorno respiratorio y muerte.

En casos leves puede ser permisible infiltrar en los tejidos firmemente adheridos en el borde gingival en el lado bucal, si la preparación de la cavidad es muy dolorosa. En una zona así, la hemorragia suele ser autolimitante y accesible para el control si es necesario. La anestesia para infiltración, solamente debe usarse de acuerdo con el médico responsable, quien conoce las comprobaciones hematológicas.

Si en la preparación de la cavidad, el diente es muy sensible a los instrumentos, es conveniente usar fresas de diamante; las fresas pequeñas son menos dolorosas que las de tamaño más grande.

No deben usarse grapas para dique porque con frecuencia aprietan o lastiman en forma marcada la papila interdientaria y el borde gingival.

Cuando se pule la obturación se debe evitar el uso de cepillos duros porque pueden causar abrasión al tejido blando adyacente.

Tratamiento Pulpar.-

La pulpotomía presenta un problema de anestesia, pero puede ser efectuada con anestesia por inha

lación, si se dispone de ella por un buen anestesista. Se dice que no hay problema de hemorragia de la pulpa asociado con este tipo de operación, pero parece posible que la presión debida al sangrado, puede surgir en la cámara sellada y producir así la muerte pulpar. Cuando está indicada la extirpación de una pulpa vital, ésta se realiza mejor con una pasta desvitalizadora, ya que la anestesia local está contraindicada. Después de esto, se pueden emplear los procedimientos corrientes de terapia radicular.

Un ejemplo de pasta desvitalizadora, es la de Easlick, que esta formada por:

paraformaldehído	1.00 gr.
base de procaína	0.03 gr.
amianto en polvo	0.5 gr.
vaselina	1.25 gr.

En dientes primarios, la exposición de una pulpa vital debe ser tratada por desvitalización más que intentar una protección. La obturación radicular en los incisivos se hace con técnicas normales teniendo mucho cuidado de no penetrar el ápice y dañar al sucesor permanente. El material de obturación debe ser reabsorbible para permitir la exfoliación normal.

Los molares primarios, por otra parte, no se pres

tan para obturación radicular, y se puede emplear una técnica de esterilización y momificación. Este tratamiento debe ser seguido periódicamente, controlando por medio de radiografías el estado apical.

Dientes con extensas zonas radiolúcidas que indican infección periapical, e incisivos permanentes muertos con ápices abiertos, pueden ser tratados satisfactoriamente limpiando a fondo los conductos por los métodos comunes y colocando pasta reabsorbible.

Respecto a maloclusiones se debe tomar en cuenta, la severidad del problema de sangrado, la necesidad de extracciones para aliviar apiñamiento, la actitud del niño respecto a la maloclusión y el grado de defecto sanguíneo.

En los hemofílicos leves se puede hacer un tratamiento ortodóntico más elaborado y se pueden usar aparatos fijos con mucho cuidado.

CAPITULO VI .

HENDIDURAS DEL LABIO Y DEL PALADAR .

Durante mucho tiempo se consideró el factor genético como el más importante en la formación del labio y paladar hendidos. Sin embargo, otros estudios han demostrado que solamente en el 20 al 25 % de los pacientes con labio o paladar hendidos puede mostrarse un componente hereditario. Aunque no es posible determinar con precisión el tipo de fenómeno genético, se piensa que es multigénico, de tal forma que no es posible establecer una sola característica mendeliana dominante o recesiva.

Algunos de los factores exógenos más importantes causantes de la formación de paladar y labio hendidos en útero incluyen:

- 1 - Ataques de enfermedades virales, tales como rubéola, sarampión o paperas, durante el primer trimestre del embarazo de la madre.
- 2 - Radiografías.
- 3 - deficiencia de oxígeno.
- 4 - Trastornos nutricionales.

5 - Ciertas drogas y medicamentos.

6 - Edad maternal avanzada.

También se ha demostrado que los factores exógenos pueden evitar la unión de los procesos o yemas labiales y palatinas en investigaciones hechas en animales. La administración de diferentes medicamentos, especialmente la cortisona, así como la inanición han provocado hendiduras en animales experimentales.

En resumen, puede decirse que una complicada conjunción de factores genéticos y exógenos son causantes del paladar y labio hendidados. Aunque el número de hendiduras que puede atribuirse a la herencia se calcula aproximadamente en los 25 %, la mayor parte de los factores exógenos y del medio ambiente aún permanecen desconocidos, por lo tanto, la posibilidad de tomar medidas de precaución durante el embarazo para evitar labio y paladar hendidados es limitada.

EMBRIOLOGIA.-

La manifestación de labio y paladar hendidados se presenta durante las primeras semanas de la vida embrionaria. Los trastornos en la formación de la nariz y paladar primitivos que provocan las hendiduras son dis

tintas embriológicamente y aparecen en diferente momento; esto explica porqué puede formarse únicamente el defecto en el labio o en el paladar.

Toendury, quien examinó embriones en diferentes etapas del desarrollo, afirma que existen dos medios posibles para la formación de una hendidura:

1 - No se realiza la unión entre las yemas nasales media y lateral. En este caso, el muro epitelial no se desarrolla, lo que da por resultado la formación de una hendidura completa del labio y del hueso alveolar.

Además, las yemas pueden unirse sólo en forma parcial, lo que provoca una hendidura incompleta que aparece como una escotadura en el labio.

2 - Cuando sí se desarrolla el muro epitelial, pero no es penetrado por el mesodermo. Esto da como resultado inestabilidad, ya que el mesodermo siempre debe separar dos capas epiteliales si es que éstas deben permanecer como estructuras permanentes.

FRECUENCIA Y CLASIFICACION.-

En general, la frecuencia de hendiduras de labio y paladar en los recién nacidos se calcula que es de aproximadamente una vez en 1000 nacimientos, aunque existen diferencias raciales, ya que en las razas o

oriental e hindú, las hendiduras son mas frecuentes y los registros señalan que casi 3 niños de cada 1000 nacen con la formación de una hendidura.

Los tipos de hendidura aparecen con diferente frecuencia, y suelen estar distribuidos en forma desigual con respecto al sexo. La frecuencia de hendiduras es mayor en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, las hendiduras aisladas del paladar se presentan con mayor frecuencia en las mujeres. En hendiduras totales bilaterales, la frecuencia en el hombre es mayor.

La hendidura labial unilateral se observa tres veces con mas frecuencia que la hendidura labial bilateral, además, el lado izquierdo suele ser afectado con mayor frecuencia que el lado derecho.

Existen varias y complicadas clasificaciones; solo mencionaré la de Kernahan y Stark que es una de las mas aceptadas:

Grupo 1 -

- Comprende las que afectan al labio, alveolo y parte anterior del paladar, hasta el agujero palatino; son hendiduras del paladar primario.

Grupo 2 -

Representa las hendiduras del paladar blando que

pueden extenderse hacia adelante para afectar el paladar duro hasta el agujero palatino. Son las hendiduras del paladar secundario.

Grupo 3 -

Comprende hendiduras de los paladares primario y secundario; pueden ser unilaterales o bilaterales.

En general, las hendiduras del labio crean problemas estéticos, las del alveolo originan problemas dentarios y las palatinas plantean problemas de dicción.

Estado Bucal.-

Cuando el alveolo está afectado por la hendidura, la oclusión está interrumpida. Esto ocurre debido a la acción de un grupo de fuerzas relacionadas. Primeramente, la ruptura en la continuidad del hueso basal produce un colapso. Además, la tendencia a una rigidez del labio superior, después de la reparación quirúrgica, tiende también al colapso.

Con frecuencia hay una deficiencia del desarrollo maxilar, tanto en la dimensión antero-posterior, como en la vertical. Esto aumenta la tendencia al desarrollo de una oclusión de clase III y de la mordida abierta en el sector anterior que se ve frecuentemente.

El incisivo lateral del mismo lado de la hendidura __
suele faltar, o cuando está, puede encontrarse del lado __
mesial o distal de la hendidura. Generalmente aparece ro __
tado y su raíz puede estar delacerada. El incisivo cen __
tral puede ser hipoplásico y a menudo está inclinado dis __
talmente.

Los niños con una deformidad del labio-paladar hendi __
do suelen presentar un estado gingival pobre, elevada __
proporción de caries y una tendencia a descuidar la aten __
ción general de sus dientes.

Tratamiento Odontológico.-

El cuidado dental es extremada __
mente importante para estos niños. Desde muy temprana e __
dad debemos hacer hincapié sobre lo fundamental de una __
buena dieta; debe estimularse el cepillado dentario, pri __
mero con un cepillo blando tan pronto como erupciona el __
primer diente. A medida que aumenta el número de dientes __
erupcionados también aumentan las dificultades, por lo __
tanto es indudablemente deseable comenzar temprano.

TIEMPO OPORTUNO PARA EL CIERRE QUIRURGICO.-

Salvo la hen __
didura, el niño recién nacido suele encontrarse en condi __

ciones normales y saludables y su peso al nacer no difiere gran cosa del peso del niño normal. Sin embargo, existen pruebas de que estos niños pueden poseer deformaciones asociadas, tales como defectos cardiacos y anomalías en los dedos de las manos y de los pies con mayor frecuencia que los niños normales.

Por motivos psicológicos, es importante asegurar a los padres que la inteligencia de su niño no será afectada debido a la hendidura.

El frecuente deseo de los padres de efectuar el cierre del labio lo más pronto posible después del nacimiento es comprensible, ya que no desean sea visto en público antes de cerrar al labio. Por este motivo, más de la mitad de los cirujanos realizan el cierre del labio poco tiempo después del nacimiento. Sin embargo, otros cirujanos esperan hasta la edad de tres a seis meses, cuando el niño ha alcanzado un peso corporal de 4.5 Kg., aunque también debemos tomar en cuenta otros factores como salud general del niño, etc.

El cierre del paladar es un tema de controversia, en especial porque se sabe que la intervención quirúrgica demasiado oportuna puede afectar el crecimiento del maxilar en forma negativa.

Las opiniones varían considerablemente; hace algún tiempo se hizo una encuesta en la que el 90 % de los cirujanos realizaron el cierre entre el primer y segundo año de vida. El 12 % entre el segundo y cuarto año; y el 8 % más temprano o más tarde.

Existe hoy tendencia a realizar el cierre del paladar posteriormente; por ejemplo, algunos cirujanos europeos esperan hasta que el niño entre a la escuela y aún hasta que cumpla 10 o 12 años de edad. Sin embargo, el cierre del paladar blando se realiza en estos pacientes a la edad de uno o uno y medio años, para no trastornar el desarrollo del habla. La idea de posponer el cierre del paladar hasta que haya terminado la erupción completa de la primera dentición se acepta cada día más. La principal razón por preferir este tiempo es disminuir el peligro de producir una deformación maxilar iatrogénica.

No es fácil hacer una afirmación con respecto al tiempo adecuado para el cierre del paladar, ya que aún existen demasiados factores desconocidos que afectan el desarrollo del habla y el crecimiento de los maxilares.

Una evaluación exacta de un gran número de investigaciones de control, pueden dar la respuesta adecuada.

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

A T E N C I O N D E N T A L P A R A E L N I Ñ O S O R D O .

En la antigüedad, las actitudes de la gente con respecto a los sordos tradicionalmente fueron negativas. Pensaban que la sordera era evidencia de estupidez y posesión por espíritus malignos. Por esto a los sordos frecuentemente se les negaban sus derechos fundamentales y sus privilegios.

La dolorosa lucha del sordo para emanciparse de estos prejuicios y el trato inhumano persiste aún hoy; aunque estos sentimientos se han atenuado con el paso del tiempo.

Los sordos no siempre son bien comprendidos ya que su deficiencia es menos obvia que la de los ciegos y los espásticos. La sordera no provoca de inmediato la simpatía que un niño espástico o ciego pueda provocar. Muchos dentistas no comprenden la sordera y los problemas especiales de los niños sordos y por lo tanto se les da una atención dental inadecuada.

Podemos definir a las personas sordas a aquellas en

quienes el sentido del oído no funciona para las actividades normales de la vida.

Existen los " sordos congénitos " que son aquellos que nacieron sordos y los " sordos adventicios " (adquiridos), que son aquellos con oído normal, pero en quienes el sentido del oído ha dejado de funcionar posteriormente en la vida, debido a alguna enfermedad o accidente. También existen los " sordos parciales " que son aquellos en que el sentido del oído, aunque defectuoso, podrá funcionar con o sin aparato especial.

Sordera Congénita.-

Las Sorderas Congénitas pueden ser clasificadas en tres grupos principales:

- Hereditarias - causadas por influencias genéticas.
- Prenatales - causadas por una variedad de influencias nocivas sobre el embrión en desarrollo.
- Perinatales - causadas por uno de varios accidentes que pueden ocurrir en el momento del nacimiento mismo, poco tiempo después del nacimiento o en las primeras horas o días después del nacimiento.

Grupo Hereditario.-

Se sabe que muchos casos de sordera con

génita hereditaria presentan una fuerte tendencia familiar y que la sordera congénita suele estar relacionada con otros defectos congénitos. La sordera hereditaria se caracteriza por diversos grados de desarrollo incompleto del oído interno, degeneración hereditaria (abiotrofias), en los que existe una pérdida progresiva del oído, una vez que el oído interno se ha desarrollado normalmente.

Grupo Prenatal.-

En 1945, Carruthers informó que podía ocurrir sordera congénita como secuela de la rubéola materna; desde entonces los médicos se han preocupado seriamente por el posible daño al embrión en desarrollo que puede ser causado por otras influencias nocivas. La rubéola causará sordera congénita solamente si es contraída durante los primeros tres o cuatro meses del embarazo; posteriormente, las estructuras neuronales y la cóclea embrionaria están casi totalmente desarrolladas y parecen ser inmunes completamente a los efectos tóxicos del virus de la rubéola. Casi el 10 % de todos los casos de sordera congénita pueden ser atribuidos a la rubéola.

Otros virus, principalmente los de la influenza, pueden ser causa de un gran número de casos de sordera.

La sífilis congénita también se incluye en este grupo.

aunque el síntoma de la sordera rara vez está presente en el nacimiento. Las influencias nocivas de la sífilis son transmitidas de la madre a su niño durante el embarazo. Existe una forma temprana en que la sordera comienza en los primeros años de la vida y una forma tardía en que la sordera suele presentarse entre los 8 y 20 años de edad; frecuentemente durante la pubertad.

Grupo Perinatal.-

Las toxemias en las últimas etapas del embarazo, los partos prematuros, las lesiones durante el parto por instrumentos o accidentes, la anoxia y las ictericias neonatales, son causas perinatales de sordera congénita. Quizás la afección mas interesante es la incompatibilidad del factor Rh; esta incompatibilidad quizá sea causa del 2 al 3 % de los casos de sordera congénita.

Sordera Adventicia.-

Desde hace muchos años se sabe que los virus pueden ser causa de sordera. Entre aquellos virus que se sabe o se sospecha que puedan ser la causa de sordera se encuentran agentes etiológicos de la parotitis, sarampión, varicela, influenza, virus del catarro común y poliomielitis.

La sordera característica de la parotitis es una sordera unilateral perceptiva que deja un oído totalmente sordo y otro normal. Afortunadamente, como un oído es normal, existirá una deficiencia social o práctica muy pequeña.

El sarampión es una causa importante de sordera en los niños. Generalmente provoca sordera parcial en ambos oídos, aunque su frecuencia ha sido reducida considerablemente mediante el uso profiláctico de agentes farmacológicos.

Algunos de los casos mas graves de sordera observados son aquellos provocados por meningitis y suele ser total o casi total. Existe controversia con respecto a si la sordera es resultado de la meningitis misma o de la estreptomina empleada en el tratamiento de las infecciones tuberculosas.

Ciertas drogas pueden ser causa de sordera como la aspirina y la quinina, así como las sulfas y antibióticos como estreptomina, neomicina y kanamicina. Respecto a estos, debido a su amplio uso se ha establecido sin lugar a dudas que la toxicidad farmacológica constituye una de las principales causas de la sordera.

El niño Sordo y el Dentista.-

El niño sordo no se desarrolla

de la misma forma que el niño con oído normal. Por lo tanto, no deberá considerarse a este niño como una persona igual a los demás solo que con oído defectuoso.

El niño sordo desde su nacimiento, experimenta experiencias anormales para el aprendizaje que afectan su capacidad intelectual, capacidad de ajuste social y sus relaciones emocionales.

Cuando un niño no puede escuchar lo que sucede a su alrededor, hay mucho que no puede comprender, y cuando no le es posible hablar no puede hacer las preguntas que desea. Se ve aquí obligado a depender de un intérprete; generalmente los primeros intérpretes en la vida de un niño sordo son sus padres. Estos van a hacer de alguna manera que el niño se sobreponga a su defecto o simplemente dé la espalda al mundo. Los padres de un niño sordo deben en la vida diaria, y en relación con nosotros los dentistas, ayudar, estimular y comprender al niño para que se pueda llevar a cabo perfectamente el plan de tratamiento.

La presencia de una deficiencia auditiva en un niño deberá surgir del padre en el interrogatorio inicial. Es conveniente obtener estos datos antes de la primera visita del niño, ya que el obtener los datos anticipadamente da al dentista una apreciación previa de su paciente nuevo y su deficiencia, ayudándole a la vez a considerar la mejor forma de presentarse a sí mismo y el servicio que prestará.

Se deben dar instrucciones a los padres sobre los métodos para preparar al niño para su primera visita al dentista. Los medios audiovisuales auxiliares, tales como un folleto ilustrado o un libro infantil descriptivo sobre la primera visita al dentista son útiles para ofrecerle una imagen realista. Existe verdadero interés en el niño sordo para tratar de imitar a sus hermanos y de lograr éxito en las mismas actividades que ellos realizan. El niño sordo deberá observar el comportamiento de su hermano o hermana durante un procedimiento dental con la esperanza de que lo imite.

Si es posible, la visita dental deberá ser programada de tal forma que el paciente pase poco tiempo en la sala de recepción. Se sentará al niño en el sillón dental y el dentista y el padre se colocarán de tal forma que el paciente pueda observarlos con facilidad. El padre estará visible para la interpretación y para dar confianza. Sin embargo, el dentista deberá comunicar también sus ideas al niño sordo mediante gestos, expresiones faciales y formación lenta de palabras. A todos los niños les gusta el contacto corporal tal como una caricia en el hombro o un apretón de manos, como un refuerzo positivo por una buena actuación y el niño sordo no constituye una excepción. Una vez que se haya logrado buena armonía entre el paciente y el dentista, el niño se sentirá seguro y confiado, lo que hará menos importan

te la presencia de los padres. A la larga, al realizarse las visitas sucesivas, el niño obtendrá un sentido de independencia y con frecuencia pedirá que el padre permanezca en la sala de recepción.

El dentista deberá demostrarle al niño sordo los instrumentos y el equipo; por ejemplo, el agua, el vaporizador de agua, la pieza de mano, etc. Deberá también hacer énfasis en las vibraciones del equipo que sentirá el niño y explicarle que esto es normal y que debiera ser anticipado dentro del consultorio dental. El niño sordo teme especialmente a lo desconocido; por lo tanto, es conveniente emplear gran número de demostraciones y explicaciones.

El tratamiento dental mismo para el niño sordo es casi igual que el que se suministra a los niños oyentes. Deberá iniciarse un programa preventivo de gran envergadura ya que los niños sordos suelen presentar mala higiene bucal. A los padres debemos explicarles la gran importancia de la medida higiénica en casa, así como la importancia de su participación en el mantenimiento. Los padres suelen controlar a sus hijos recompensándolos con dulces y golosinas en exceso y los padres de los sordos no son la excepción a esta norma. Por lo tanto, deberá hacerse un análisis de la dieta y deberá dársele a los padres orientación nutricional correctiva.

Suele ser difícil, antes de iniciar los procedimientos restauradores, explicar el concepto de la anestesia local al niño sordo. Los padres pueden ser útiles para la interpretación de este procedimiento, diciéndole que los dientes estarán dormidos. La palabra " dolor " es importante para el niño sordo y el empleo de una palabra diferente no suele dar buenos resultados. Una vez que el anestésico local haya sido administrado, es muy importante que el dentista esté absolutamente seguro de que haya obrado. Se han observado casos en que los procedimientos restauradores han sido realizados sin anestesia completa, y el niño sordo ha presentado una regresión en cuanto a su comportamiento, sintiéndose traicionado y convirtiéndose en ocasiones en un niño problema.

La utilización del dique de hule puede también dar como resultado patrones de comportamiento negativos, si no se realiza en forma adecuada. La proximidad del dique y el arco a los ojos del paciente, pone en peligro la principal forma de comunicación del sordo, pudiendo causar una reacción adversa.

La premedicación puede ser un auxiliar valioso en los niños hiperactivos o extremadamente nerviosos. Sin embargo, muchas veces, se ha demostrado que presenta un efecto nocivo en el niño sordo, provocando un problema de comportamiento.

to mas agudo que el exhibido antes de la mēdicaci3n. Esto puede deberse al deterioro de los centros de comunicaci3n restantes del ni1o sordo, lo que conduce a mayor confu ___ si3n y a la reducci3n de la capacidad de razonamiento. ___ Puede utilizarse la anestesia general como m3todo de tra ___ tamiento cuando sea necesario realizar un tratamiento den ___ tal y todos los otros medios de tratamiento hayan sido in ___ tentados sin 3xito.

ATENCIÓN DENTAL PARA NIÑOS CIEGOS.-

Se calcula que aproximadamente el 10 % de las personas ciegas por cualquier motivo son menores de 20 años.

Se dice que una persona legalmente ciega es aquella que con corrección óptica ve menos a la distancia de 6.90 metros, que una persona con vista normal a 61 metros. Aquí les llamaremos ciegos parciales ya que se ha demostrado que muchos niños legalmente ciegos pueden usar eficazmente los medios docentes especiales diseñados para los que poseen vista parcial. Hago notar este punto ya que el cirujano dentista dependiendo del grado de deficiencia visual puede interrogar más al paciente, sus padres o ambos.

Etiología.-

Las lesiones accidentales causan menos del 3 % del número total de ciegos. Las enfermedades infecciosas causan aproximadamente un 5 %; una afección que ha creado grandes poblaciones de niños ciegos es la rubéola; cuando la rubéola ataca a una mujer en el primer trimestre del embarazo, el efecto sobre el producto puede ser de gran magnitud.

Muchos de los niños con deficiencias múltiples pade

cen el síndrome de la rubéola que puede incluir una o todas de las afecciones siguientes: sordera, cardiopatías, retraso mental y deficiencias neurológicas.

Otras de las causas principales de la ceguera son el glaucoma que afecta y obstruye la circulación del humor acuoso; la catarata, que es el opacamiento de la lente; la degeneración macular que ataca el área de la retina responsable de la agudez visual; y la diabetes, frecuentemente asociada con hemorragias de la retina.

Tratamiento en el Consultorio.-

No existe un tratamiento sistemático aplicable a todo niño ciego. Obviamente, existe una base desde la cual podemos principiar, pero de este momento en adelante el paciente constituye un caso único.

Antes de la primera visita del niño, deberá recabarse la mayor cantidad de datos posibles respecto a la historia y antecedentes del paciente. De ser posible, la primera visita deberá excluir el tratamiento totalmente. En esta primera visita el niño deberá familiarizarse con el medio dental, sus sonidos y olores. El sentido espacial en los niños ciegos está relacionado también con el flujo de aire a su alrededor y con los sonidos cercanos y distantes.

Estos factores entrarán en juego al explicar los ruidos motorizados, como el que hace el sillón dental al subir o bajar o inclinarse, y cuando se acerca la turbina de aire de alta velocidad desde fuera de la boca.

Es conveniente explicarle detalladamente al niño lo que se encuentra en el consultorio, así como de su ubicación. El cirujano dentista debe mostrarse al niño no solo como un par de manos acompañadas de una voz, sino como una persona, amiga de él y que se encuentra de su lado para ayudarlo y no como sucede frecuentemente lo contrario, es decir, una persona que solo le está, supuestamente, haciendo daño y causándole dolor.

Como mencioné anteriormente deberá dársele al niño la oportunidad de familiarizarse con el consultorio y con el dentista mismo poco a poco. Al principio, solo deberá separarse de la madre al niño durante un corto período de tiempo, lo cual le dará seguridad. Este período puede ser alargado lentamente. No deberá dejarse solo al niño.

Penetrar en la boca puede ser logrado fácilmente contando los dientes en voz alta a la vez que se presiona sobre los mismos con el dedo.

Debemos proponer al niño que explore su propia boca

con sus dedos. Es importante mencionar al niño el olor y el sabor residual del jabón empleado para lavar las manos. Algunos jabones saben bien, pero huelen mal; otros presentan las características invertidas. El dentista deberá probar algunos para obtener experiencia personal.

Los instrumentos y objetos que serán colocados dentro de la boca deberán ser manejados totalmente por el niño ciego. Deberá darse a la vez una explicación verbal.

Con frecuencia, es difícil para los niños ciegos reconocer los instrumentos al ser llevados cerca de la boca, salvo que puedan asociar un ruido con los mismos. Para resolver este problema, podrá colocarse la mano del niño sobre la del dentista al aproximarse el instrumento a la boca. Deberá dársele tiempo al niño para oler y en algunos casos probar lo que se encuentra sobre el instrumento. Ser sorprendido por un objeto desconocido inesperado resulta desagradable; deberán ser presentados materiales tales como el barniz para cavidades, los fluoruros con sabor, pomadas para anestesia local con sabor, alginatos, etc.

El dentista deberá esforzarse por explicar las cosas según el trabajo que se esté realizando, la textura, grado de calor o frío, suavidad o dureza, sequedad o humedad, agudeza o filo, pesado o ligero, vibraciones o pulsaciones.

Una vez que el niño se haya familiarizado con los sabores, olores, tacto y sonidos de la odontología, puede que ya no necesite otra preparación más que la verbal.

Es conveniente conservar siempre un orden continuo en los procedimientos, ya que de esta manera el niño se familiarizará rápidamente.

Debido a que los niños aprenderán a reconocer algunos procedimientos por sus olores y sabores, deberá anotarse en el expediente el tipo de material empleado que tenga olor y sabor específico; por ejemplo, si se emplea pasta para limpieza con sabor a naranja y fluoruro con sabor a uva, es conveniente volver a emplear estos mismos sabores. El establecimiento de un mismo tipo de sistema ayudará a evitar la confusión en el niño. La repetición establecerá un sentido de seguridad.

El dentista debe establecer un programa de salud dental preventivo eficaz, que junto con la enseñanza de las técnicas de la limpieza en casa, se forme un programa educativo; de esta manera el niño aprenderá de que están hechos los dientes y la forma en que se forman las caries, los beneficios de una buena higiene bucal y una nutrición adecuada.

Algunos de los medios que podemos utilizar son estos:

- Modelos grandes de dientes; dientes de gran tamaño para de

mostrar, por medio del tacto, que el diente posee varias superficies, tales como corona, raíz, etc.

- Tipodontos con las denticiones Primaria y Permanente; con estos se dará una explicación de los dientes en la arcada, dientes faltantes y consecuencias de su falta. Las superficies dentarias y forma de las arcadas.
- Modelos de dientes con y sin preparaciones para cavidades; para explicar al niño lo que se hace a su diente.
- Cintas magnetofónicas; se explica detalladamente el proceso dental y plan de tratamiento.

Diseño del Consultorio.-

Debe ponérsele un poco de mayor importancia en el diseño del consultorio; primero con respecto a la seguridad del paciente y luego ofreciendo comodidad y relajamiento. Deberá existir una luz bien controlada, adecuada a los niños que tienen poca visión.

El decorado es un factor muy importante, ya que los reflejos de las paredes, techos, muebles y pisos afecta considerablemente la iluminación. Es conveniente utilizar colores ligeros.

El consultorio deberá ser lo más seguro posible para evitar que el niño ciego se lastime. Algunas sugerencias respec

to a esto son:

- Pisos antirresbalantes. Los pisos alfombrados dan seguridad al caminar y amortiguan un golpe, en caso que el niño llegara a caer.
- Evitar escalones demasiados inclinados o escalones en los pasillos.
- Conservar las zonas de tránsito libres de muebles o juguetes.
- Evitar la utilización de extensiones o cables eléctricos colgantes.
- Retirar objetos de vidrio, así como cafeteras calientes de las mesas bajas.
- Evitar muebles con aristas agudas o puntas.

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

M E T O D O S Y T E C N I C A S .

CONSERVACION BAJO ANESTESIA GENERAL.-

La conservación ___
bajo anestesia general es un método muy práctico para la
rehabilitación bucal en un niño aprensivo o no coopera ___
dor, en quien es muy importante que se realice. El pri ___
mer paso, es descubrir si existe alguna contraindicación
a la anestesia general, pues hay una cantidad de situa ___
ciones médicas que la excluyen. Luego, debe efectuarse ___
un examen bucal completo y un fichado detallado. Un plan
de tratamiento es fundamental, ya que no es aconsejable ___
someter a ningún niño a repetidas anestесias generales ___
sin una muy buena razón.

OXIDO NITROSO .-

Se recomienda utilizar óxido nitroso co ___
mo auxiliar para procedimientos odontológicos, aun proce ___
dimientos sencillos y sistemáticos, durante los cuales ___
el operador actúa como anestесista y dentista simultánea ___
mente.

Fisiología.-

El óxido nitroso no se combina químicamente con ningún tejido del cuerpo. Su principal acción farmacológica es la depresión del sistema nervioso central.

Posee propiedades anestésicas debido a su gran solubilidad en el plasma sanguíneo, y su modo de acción es directamente proporcional a este tipo de solubilidad. La proporción de óxido nitroso determinará la profundidad de la analgesia o anestesia.

Acción Farmacológica.-

El óxido nitroso es un gas inorgánico con propiedades anestésicas. Su acción anestésica está relacionada con su gran solubilidad en el plasma sanguíneo; 100 ml. de sangre disuelven aproximadamente 45 ml. de óxido nitroso. No es tóxico para ningún órgano o tejido, siempre que se administre una cantidad adecuada de oxígeno (por lo menos, 20 %) junto con el óxido nitroso.

El óxido nitroso disminuye la sensibilidad de las zonas bucal, nasal y laringotraqueal.

Odontología Clínica.-

Para odontología operatoria, podemos suprimir la experiencia dolorosa con una combinación 50 : 50 de oxígeno y óxido nitroso.

Persson, en 1951, demostró que con óxido nitroso al 40 por 100 y oxígeno al 60 por 100 inhalado durante tres minutos, podría obtenerse analgesia suficiente para la preparación de cavidades. El riesgo de hipoxia disminuye con estas concentraciones.

Ruben, en 1966, demostró que, en concentraciones de 50 a 60 por 100 de óxido nitroso, la frecuencia de náuseas y vómitos se redujo en más de dos millones de casos dentales.

La voz constante y monótona del dentista puede mejorar la cooperación del paciente durante toda la experiencia analgésica y algunos pacientes se duermen con 30 por 100 de óxido nitroso si el ambiente es agradable. Para los pacientes aprensivos, muy temerosos del procedimiento dental, o presos de dolor intenso, estas concentraciones (6 a 25 por 100) son inadecuadas ;

Drogas utilizadas con las técnicas de óxido nitroso y oxígeno.-

Muchos de los precursores en la utilización

del óxido nitroso han agregado a ciertos procedimientos que exigen extracción, incisión y desbridación de abscesos diversos tipos de fármacos como los agentes narcóticos, barbitúricos de acción ultracorta y otros agentes por inhalación así como inyecciones de anestésicos locales.

Agentes Analgésicos Narcóticos.-

La principal ventaja al utilizar fármacos narcóticos, asociados con anestesia a base de óxido nitroso, es que se eleva el umbral del dolor. Por lo tanto, donde existe posibilidad de provocar estímulos dolorosos, el analgésico narcótico deberá ser utilizado junto con el óxido nitroso. Esto dará alivio profundo. Utilizando los agentes anestésicos narcóticos existe la posibilidad de causar depresión respiratoria. Este efecto puede ser evitado administrando un antagonista narcótico. El narcótico que parece ser el más apropiado en combinación con la administración de óxido nitroso y oxígeno es la meperidina.

Barbitúricos de Acción Ultracorta.-

Los barbitúricos de acción ultracorta se utilizan en combinación con el óxido nitroso y oxígeno y producen un estado de narcosis

basal, durante el cual pueden realizarse la mayor parte de los procedimientos prolongados y dolorosos. Los barbitúricos producen un estado de sedación, mientras que el óxido nitroso y el oxígeno producen un estado de analgesia.

Anestesia Local.-

La anestesia local y el óxido nitroso y oxígeno dan un estado de bienestar a los pacientes cuando la anestesia local es eficaz. El paciente no percibe estímulos dolorosos y permite al dentista realizar múltiples procedimientos restaurativos y de exodoncia.

Sin embargo, con esta técnica, el paciente deberá ser cooperativo y deberá comprender que existirá una sensación de presión que no podrá ser eliminada. El éxito de esta técnica depende de la preparación adecuada y la cooperación del paciente.

Contraindicaciones para el uso del óxido nitroso en Odontología.-

- 1.- Trismus asociado con celulitis del piso de la boca o el cuello, que pudiera afectar a la vía aérea.
- 2.- Ingestión de alimentos o líquidos poco antes de la administración del agente anestésico.

3.- Ciertos problemas médicos, como cardiopatías graves, hipertiroidismo, diabetes no controlada, enfermedad de eritrocitos falciformes, infecciones de las vías aéreas superiores, enfisema grave y problemas asmáticos.

SEDACION.-

La sedación de un niño para procedimientos conservadores en el tratamiento odontológico normal no es una práctica recomendada en la actualidad. Si se dá una dosis suficiente para que sea verdaderamente eficaz, entonces el paciente no está en condiciones de volver a su hogar por varias horas, y debe ser mantenido bajo adecuada supervisión. Es más correcto internándolo por un día en el hospital, con todas las facilidades a disposición.

COBERTURA ANTIBIOTICA.-

Cuando se necesita una cobertura antibiótica para combatir la bacteriemia resultante de un procedimiento dental, hay que hacer una distinción entre los pacientes quienes ya están recibiendo una terapia penicilínica, o la han recibido durante los seis meses previos, y aquellos que no tienen historia en este sentido. Se ha demostrado que los individuos en tratamien

to con penicilina, muy frecuentemente tienen microorganismos penicilino resistentes en su flora bucal, mientras aquellos sin experiencia reciente de penicilina sólo raramente los tienen. También se encuentra que esos microorganismos resistentes pueden presentarse poco después del comienzo de la ingestión antibiótica y es, importante por lo tanto, que la profilaxis no comience antes de 12 horas previa a la operación.

La cobertura más eficaz es, indudablemente la que brinda la inyección, porque asegura un nivel de sangre adecuadamente elevado.

TRATAMIENTO PULPAR EN DIENTES PRIMARIOS.-

El Dr. Joan Weyman afirma que la terapia de conductos radiculares, tal como se realiza en molares permanentes y premolares, no es practicable en molares primarios, debido a los conductos muy delgados y curvados, y recomienda un método en que solamente se elimina la pulpa coronaria y la pulpa radicular se modifica.

Método - Dientes Necrosados.-

- 1.- Aislar al diente con rollos de algodón y eyector de saliva.

- 2.- Abrir la cámara pulpar, eliminando toda la caries y limpiar hasta la entrada de los conductos radiculares.
- 3.- Colocar una torunda de algodón con creosota de haya y sellar con gutapercha. Dejar por una semana.
- 4.- Si persiste el dolor o una fístula, repetir el apósito.
- 5.- Cuando el diente está asintomático, colocar una mezcla de óxido de zinc y eugenol en el piso, presionándola en los conductos. Obturar con cemento y amalgama.

Dientes con Vitalidad.-

- 1.- Eliminar toda la caries y abrir la cámara pulpar lo más posible, sin causar dolor indebido. Limpiar todos los restos.
- 2.- Aplicar pasta desvitalizante* sobre la exposición y sellarla con óxido de zinc de fraguado rápido. Dejar una semana.
- 3.- Retirar el apósito, abrir la cámara pulpar totalmente y eliminar los restos de la pulpa. Si queda algo de pulpa viva aún, repetir el apósito.
- 4.- Cuando se ha eliminado toda la pulpa coronaria, aplicar creosota de haya en una torunda de algodón durante un minuto, presionando el líquido en los conductos. Obturar con capas de óxido de zinc y

* la pasta desvitalizante se indica exactamente en la página 69.

eugenol, cemento y luego amalgama. .

5.- Controlar periódicamente con radiografías.

TRATAMIENTOS DE INCISIVOS PERMANENTES NECROSADOS CON APICES ABIERTOS.-

En este tipo de dientes, la apicectomía no es una posibilidad practicable con problemas de cooperación u otras razones. El uso de ciertas pastas ha ayudado en esta dificultad, y si algo del material de obturación es empujado a través del ápice, se absorbe gradualmente. Existen varios tipos de pastas, pero las que tienen óxido de zinc tienden a absorberse rápidamente del conducto mismo en poco meses. Es conveniente utilizar pastas rápidamente absorbibles a base de hidróxidos de calcio y yodoformo.

El doctor Joan Weyman recomienda usar una pasta con óxido de zinc y aunque cualquier material periapical desaparece muy lentamente, (a veces lleva hasta 5 años), esto no parece ser una desventaja. Ocasionalmente hay una reacción inflamatoria dentro de las 24 horas de colocadas, pero cede con el uso enjuagatorios bucales calientes. La alergia al yodo es una contradicción para el uso de cualquier pasta que contenga yodoformo.

El método empleado por el doctor Weyman es el si

guiente:

- 1.- Abrir el conducto y eliminar los restos. Si hay inflamación, dejar un drenaje abierto hasta que ceda, haciendo lavajes con jeringa frecuentes.
- 2.- Conductometría.
- 3.- Tallado y limpiado del conducto.
- 4.- Sellar apósitos antisépticos no irritantes tres veces, a intervalos de tres a siete días.
- 5.- Secar el conducto y llenarlo con pasta reabsorbible. Así mismo el doctor Weyman añade que se puede usar una mezcla de yodoformo y petrolato para tratamiento breve, pero se absorbe del conducto en tres a seis meses. Para tratamiento prolongado debe usarse una pasta conteniendo óxido de zinc, sellar con cemento.
- 6.- Controlar a la semana y, si no hay síntomas, terminar con amalgama.
- 7.- Volver a controlar clínicamente cada seis meses y radiográficamente cada año.

PREVENCION EN EL NIÑO INCAPACITADO.-

Es indispensable que el cirujano dentista se ocupe de enseñar e insistir en el control de placa para los niños incapacitados. La buena salud bucal es importante para la masticación adecuada, la digestión, el aspecto, el habla y la salud.

Algunos niños incapacitados emplean la boca como miembro funcional, por ejemplo, una persona parapléjica puede usar la lengua o los dientes para accionar una silla de ruedas eléctrica.

Generalmente los niños incapacitados son incapaces de limpiarse los dientes adecuadamente debido a algún problema mental o físico, o ambos. Algunos de ellos tienen movimientos involuntarios de la mano y el brazo o puede encontrarse totalmente paralizado. Otros de ellos son incapaces de comprender los procedimientos para la limpieza de los dientes. Cuando un niño sea incapaz de comprender el mantenimiento de una higiene bucal óptima, será necesario que otra persona asuma esta responsabilidad.

Es importante que el niño y la persona que esté a cargo de su salud bucal trabajen en un medio relajado y agradable, tal como la sala de hogar mientras ven televisión, en el dormitorio, etc. La hora del día escogida deberá coincidir, cuando sea posible, y coordinarse con los momentos en que el niño presenta un comportamiento más receptivo.

La persona que realiza los procedimientos de higiene bucal deberá poseer control de la cabeza y cuerpo del niño, luz adecuada y máxima visibilidad.

La elección del cepillo y la técnica varían según la deficiencia del niño, su tamaño y su grado de cooperación. Para los niños que desean ser autosuficientes y presentan limitación del movimiento de las extremidades superiores resultante de distrofia muscular, artritis, lesión de la médula espinal, poliomielitis u otras parálisis, pueden hacerse cepillos modificados; cuando el cierre de los dedos es limitado, el diámetro del mango del cepillo dental puede ser aumentado insertándolo en un manubrio de bicicleta, o una pequeña pelota de esponja. Un niño con movimiento limitado del hombro puede necesitar alargamiento del mango utilizando un rayo de rueda de bicicleta y acrílico. Cuando las manos del niño se encuentren formando un puño permanente, podrá introducirse en él un cepillo con mango angosto. La alteración del mango se logra calentando el plástico y es tirándolo.

Independientemente de la técnica de cepillado, es muy importante que se establezca una técnica sistemática y que se ejecute una vez al día como mínimo. Para evitar el reflejo nauseoso, no se recomienda el uso de dentrífico.

El consejo nutricional o dietético es indispensable para el control de placa. Muchos niños incapacitados tienden a consumir dietas blandas y cariogénicas, por

Lo tanto, los padres o las personas encargadas de la a__
limentación del niño deberán saber la relación existen__
te entre los carbohidratos refinados y la salud bucal. _

Debemos hacer sugerencias para mejorar la dieta ha__
ciendo mayor énfasis en proporcionar alimentos adecua__
dos y no cariogénicos.

C O N C L U S I O N E S .

Espero que al terminar de leer esta tesis podamos diferenciar en nuestro diagnóstico y tratamiento a un paciente normal de uno especial y que podamos a su vez llevar a cabo una diferenciación precisa a cada uno de estos niños incapacitados.

Actualmente 2 de cada 100 niños presenta alguna afección de este tipo y es muy probable que en más de una ocasión tengamos en nuestro consultorio niños con alguna o más deficiencias de manera que es importante que el odontólogo conozca perfectamente el nivel mental del niño, para que pueda adaptarse a la situación y el plan de tratamiento se modifique de acuerdo a cada caso en particular.

También es importante conocer aspectos genéticos con relación a este tipo de problemas como por ejemplo el peligro que tiene una madre de embarazarse a una edad avanzada o de reincidir en un embarazo teniendo ya el precedente de algún descendiente con alguna deficiencia de este tipo. Aunque hay ocasiones en que algunos defectos no se manifiestan en el momento del nacimiento; el hecho de que un defecto sea congénito no significa necesariamente que sea genético, ya que congénito simplemente significa que está

presente desde el nacimiento aunque no se manifieste en ese momento, como por ejemplo la displasia dentaria, que solamente después de la erupción se hace evidente este defecto.

Ya en la práctica diaria es importante hacer notar que pacientes tratados en nuestro consultorio con daño cerebral por anoxia o que estén propensos a convulsiones, no sea conveniente la utilización de anestesia general que generalmente está recomendada como último recurso.

El plan de tratamiento a un niño sordo o ciego, aunque su estado bucal es completamente normal, es decir, igual al de un paciente normal, varía de alguna manera; por ejemplo debe recalcarse más el aspecto psicológico; debemos ponerle un poco de mayor atención a este punto ya que de esto depende gran parte de nuestro éxito en el tratamiento.

Espero que en general todos los puntos tratados en esta tesis te ayuden a responderte de alguna manera si algún día llegaras a cuestionarte; quienes son y porque son LOS NIÑOS INCAPACITADOS.

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

Clinicas Odontológicas de Norteamérica.
Anestesia y Analgesia.
Ed. Interamericana.
Abril, 1973.
México, D.F.

FINN B. Sidney.
Odontología Pediátrica.
Cuarta Edición.
Ed. Interamericana.

HAM W. Arthur.
Tratado de Histología.
Séptima Edición.
Ed. Interamericana.
México, D.F.

Clinicas Odontológicas de Norteamérica.
Odontología para el Niño Incapacitado.
Ed. Interamericana.
Julio, 1974.
México, D.F.

ZEGARELLI V. Edward, Kutscher H. Austin, Hyman A. George.
Diagnóstico en Patología Oral.
Ed. Salvat.
Barcelona, España 1977.

SIMPOSIO Sintex.
Génética Humana.
Agosto, 1978.
México, D.F.

WAITE E. Daniel.
Cirugía Bucal Práctica.
Ed. Continental.
México, D.F. 1978.

WEYMAN Joan.
Odontología para Niños Impedidos.
Ed. Mundi.
Buenos Aires, Argentina 1976.