



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**TRATAMIENTO DEL NIÑO IMPEDIDO EN EL  
CONSULTORIO DENTAL**

*C. Torres*

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

***Julia Armida Torres García***



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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E.

INTRODUCCION-----	I
Cap. I GENERALIDADES SOBRE EL TRATAMIENTO MENTAL DE NIÑOS DEFECTIVOS EN EL CONSULTORIO. ---	3
Cap. II TRASTORNOS EMOCIONALES.....	10
Cap. III EPILEPSIA (TRASTORNOS CONVULSIVOS).-	13
Cap. IV PARALISIS CEREBRAL.....	17
Cap. V RETARDO MENTAL.....	21
Cap. VI SINDROME DE DAF.....	27
Cap. VII LESION Y PALIARAT DEFECTIVO.....	31
Cap. VIII TRASTORNOS DEL HABLA.....	38
CONCLUSIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	46

## INTRODUCCION.

Lo que me motivo a realizar esta tesis sobre el tratamiento del niño impedido en el consultorio dental, se debe a que uno de los problemas de mayor gravedad dentro de la odontología infantil, es sin duda la atención de los niños por diferentes enfermedades como parálisis cerebral, trastornos emocionales, retardo mental, epilepsia, síndrome de Down, labio y paladar hendido etc. y para llevar a cabo el tratamiento adecuado, cabe resaltar la importancia de la cooperación del niño impedido.

Actualmente los padres del niño impedido saben que éstos necesitan cuidados dentales, como restaurativos o preventivos, ya que su estado bucal puede estar relacionado directa o indirectamente con su impedimento físico o mental. Por ejemplo el niño que nació con labio o paladar hendido o ambas deformaciones, padecen problemas dentales muy complejos y graves, por lo cual muchos de estos niños se deprimen debido a su sensibilidad, pero con un poco de paciencia y comprensión se puede superar este complejo que invade la cooperación adecuada del paciente, los niños retrasados mentales y con parálisis cerebral pueden no tener problemas dentales específicos, pero su incapacidad física o mental invade su higiene bucal, ocasionando así serios problemas dentales. Por lo tanto, en la actualidad se trabaja arduamente por aumentar el promedio de vida de estos niños, o integrarlos a la sociedad, puesto que en épocas pasadas no lograban sobrevivir o eran marginados o desentendidos por completo.

Anteriormente recurrían al dentista en última instancia para aliviar el problema del dolor, y en algunas ocasiones para atender el problema dental desde su inicio.

Por esta razón considero que el cirujano dentista debe estar preparado para proporcionar atención adecuada para los niños con algún impedimento y sobre todo hacer hincapié en la prevención de los problemas de la cavidad oral, que en este tipo de pacientes pueden significar un problema más para la salud y adaptación.

## CAPITULO I

## GENERALIDADES SOBRE EL TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO RECEPTIVO EN EL CONSULTORIO.

Es importante considerar los siguientes puntos:

## A).- Primera visita del niño discapacitado al consultorio dental.

Esta visita es la más importante debido que el cirujano dentista debe mostrar su interés y capacidad para atender al niño para su tratamiento.

El cirujano dentista antes de ver al niño por primera vez, debe de informarse con su médico general sobre sus condiciones. Necesita conocer su tipo de enfermedad que tiene, su gravedad, que terapia está llevando, defectos sensoriales, visuales o auditivos y una estimación de su nivel de inteligencia, con este conocimiento el cirujano dentista puede actuar según las necesidades de ese paciente en particular.

Por otro lado la relación paciente-cirujano dentista debe ser afectuosa, cariñosa y bondadosa en presencia de los niños, sin embargo son impropias y perjudiciales otras actuaciones que no sean las que demuestran tranquilidad, seguridad y bondad, nunca hay que fingir con los niños e intentar conquistar su confianza con caricias forzadas, los niños perciben con gran sensibilidad la afición, produciéndose una actividad inversa. Si es necesario hay que establecer varias visitas para lograr una relación amistosa y de confianza, con explicaciones sencillas, antes de iniciar el tratamiento, esto disminuirá la probabilidad del trauma psíquico. El objeto debe ser un trabajo en equipo entre el cirujano dentista y el niño.

El cirujano dentista puede a menudo prever la conducta del niño al observar la relación mutua del padre e hijo.

en la sala de esperantes del edificio. Si el niño tiene que ser trasladado por el padre, si está en una silla de ruedas o si presenta una conducta atípica, el cirujano dentista podrá determinar si el niño puede ser invitado solo al consultorio o si los padres deberán acompañarlo.

Si la conducta del niño es normal, puede ser acompañado al consultorio por la asistente dental mientras el operador termina la conversación con los padres, debe considerarse que el consultorio y el personal debe transmitir siempre un medio cálido para el niño en su visita inicial.

### 3).- Planificación del tratamiento.

Hay que pensar en un buen plan de tratamiento que considere la situación médica y un buen pronóstico para los años venideros.

Se puede dividir a los niños disminuidos en dos grupos: El primer grupo incluyen niños con problemas odontológicos como:

- A).- Labio y paladar fisurado.
- B).- Anomalías congénitas de las estructuras, mala oclusión esquelética de tipo grave.
- C).- Síndromes que incluyen defectos de la cavidad bucal.

El tratamiento odontológico de los niños del primer grupo requieren de equipo de rehabilitación médica y odontológica organizada y bien adiestrada.

El segundo grupo incluye:

- A).- niños con problemas pediátricos específicos.
- B).- con trastornos hemáticos.
- C).- Cardiopatías.
- D).- Parálisis cerebral.
- E).- Retraso mental.



Estos niños pueden no tener problemas dentales económicos pero su disminución física o mental podría complicar el tratamiento odontológico.

Por lo cual si la enfermedad del niño tiene un mal pronóstico, el tratamiento odontológico deberá ser paliativo y deberá limitarse a una atención de mantenimiento y a la prevención de la enfermedad bucal. Si el pronóstico es favorable se debe emplear un tratamiento preventivo y restaurar para ayudar en el momento de una oclusión funcional y un parodonto sano.

Los procedimientos de restauración deberán ser tratados en el mayor número posible de sesiones, se puede recurrir a la sedación cuando el tratamiento es extenso y ante problemas graves de manejo se deberá recurrir a la anestesia general.

C).- Manejo de los padres en el consultorio dental.

La mayoría de los padres se muestran ansiosos en la primera visita. El cirujano dentista deberá comunicarles a los padres todo el problema odontológico y su solución, también se le comunicará que si la conducta del niño lo exigiera, pasarán a colaborar al consultorio.

El cirujano dentista debe de dar a los padres confianza de que un tratamiento asegurará buena salud a su hijo y antes de despedir a los padres, estos deben de recibir una explicación de los resultados del examen inicial.

D).- Manejo del niño en el consultorio y como obtener su atención.

El manejo del niño disminuido es un factor importante en el tratamiento. Primeramente debe de estimular al paciente para que se relaje, habrán de agotarse todos los métodos para obtener la cooperación del paciente antes de restringir al niño o antes de emplear medicaciones o anestesia general.

ral. El dominio físico nunca debe ser un sustituto del manejo psicológico del niño.

El método del manejo del niño debe ser claramente explicado por el cirujano dentista a los padres antes de que sea llevado a cabo, ya que en algunas ocasiones se habrá de restringir al niño difícil.

Para obtener la atención del niño se necesita la firmeza reflejada en el dominio de la voz, las indicaciones verbales y si se trata de un niño no cooperador se recurrirá a la restricción normal de poner la mano sobre la boca, mientras que para niños retardados es conveniente la anestesia general.

### 3).- Posición postural.

La posición correcta del sillón es un requisito previo para el dominio físico. El niño deberá estar en una posición reclinada que torne más difícil el movimiento hacia adelante y permitir al cirujano dentista y a su asistente un mejor control.

Hay pacientes quienes pueden ser controlados más fácilmente si se sientan en los brazos de su madre o del asistente. Esto depende si el padre es cooperador y entiende lo que se le está haciendo, resultare una persona adecuada para controlarlo mejor.

### 4).- Estabilización de los maxilares.

Habitualmente se utilizan las cintas "abre-boca de Holt", así como un separador bucal, que debe usarse en una mínima apertura, para que el paciente no lo desaloje si abre un poco más su boca, o por la presión de la lengua. El separador puede ser controlado por la asistente dental quien sostiene la cabeza del niño. Al paciente hay que permitirle descansos.

frecuentemente en posición de la boca abierta.

G).- Dispositivos de restricción.

La restricción física no debe ser como castigo o método disciplinario y ha de ser procedida y acompañada por una explicación razonable de su uso, si es posible la comunicación del paciente.

Hink y Hughes descubrieron la técnica de la sábana como restricción estabilizadora eficaz. La pedi-wrap es un dispositivo de restricción basado para la sala de recuperación de un hospital para niños, que despiertan de una anestesia general, también se emplea cuando el odontólogo desea efectuar el examen de un niño difícil, se puede adaptar al tamaño del niño y facilita al cirujano dentista dominar eficazmente los miembros con un mínimo de esfuerzo y sin molestia alguna para el niño.

Sin embargo el operador prefiere que la asistente sostenga los brazos y las piernas del niño durante el período de conducta difícil.

H).- Anestesia general.

La administración de la anestesia general es un método práctico para la rehabilitación bucal de un niño aprehensivo e incapaz de cooperar.

Primeraente hay que averiguar si existe alguna contraindicación para la anestesia general, pues hay situaciones médicas que la descartan, por esto un buen plan de tratamiento correcto es fundamental, ya que no es aconsejable someter al niño a repetidas anestésias generales sin una buena razón. El cirujano dentista debe explicar a los padres los procedimientos y el tratamiento con anestesia general.

### INDICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL.

- En niños con retardo mental.
- En niños en quienes no se puede lograr un control adecuado de la conducta.
- Pacientes con alergias conocidas a los anestésicos locales.
- Pacientes hemofílicos.
- Niños con movimientos involuntarios.
- Niños con trastornos generales y anomalías congénitas.

### CONTRAINDICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL.

Encontramos las siguientes contraindicaciones de la anestesia general en el tratamiento del niño impedido:

- Cuando no ha sido completada una historia clínica, una revisión física y una investigación de laboratorio adecuado.
- Cuando el niño no ha sido preparado emocionalmente.
- Cuando no se cuenta con el equipo necesario.

Existe dos métodos para usarse la anestesia general.

La primera es la anestesia nasal y la segunda es la anestesia endotraqueal, ambas es necesario aplicarlas en un hospital y por un anestesiólogo experto.

#### Técnica de la anestesia nasal:

Cuando todos los instrumentos han sido dispuestos, el paciente es inducido abriéndole la boca con un separador, cuidadosamente empacado, ya que el mayor riesgo es el paso de restos a las vías respiratorias inferiores, para esto la colocación de Alúca de goma es importante ya que evita que se acumule residuos. La mayor parte del tratamiento se usan fre-

mas grandes, estas fresas se prefieren de diamante o tungsteno, las cavidades deben prepararse en forma rápida, se secan con aire y se obturan con oxido de zinc y eugenol de fraguado lento, los dientes anteriores se tratan al final por razones de conveniencia. La terapia de conductos radiculares se puede ser si es necesario, y las extracciones quedan para el final. La boca debe ser controlada por periodos y al final de la operacion, para que no queden restos despues de eliminar el tapón. En una visita posterior, sin el uso de la anestesia, se elimina parte del apósito y se reemplaza con amalgam.

#### Técnicas de la anestesia endotraqueal:

La ventaja principal de este método sobre la anestesia nasal, es que puede terminar las restauraciones con amalgam porque es posible colocar un apósito adecuado en la garganta. La técnica dental es la misma que con la anestesia nasal, aún cuando la garganta está bien empacada debe presentarse las mismas atenciones a los restos en lugar de colocar apósito en las cavidades, se colocan los barnices y amalgams cuadrantes por cuadrantes.

#### Exámenes radiográficos:

Los pelioulas radiográficos son difíciles de ubicar y mantener sin movimiento y quizá habrá que omitirlas en el examen inicial, pero deberán realizarse nuevas tentativas. En niños impedidos, totalmente incapaces de cooperar, el examen radiográfico se llevará a cabo cuando se anliene el tratamiento de la anestesia general.

## CAPITULO II

## TRASTORNOS EMOCIONALES.

Los problemas emocionales que convierten a los niños en pacientes difíciles pueden ser o no de origen dental, y los podremos dividir en problemas de origen no dental, y de origen dental.

## 1).- Problemas de origen no dental.

La esquizofrenia se manifiesta por un deterioro en el interés y la concentración, el niño se aísla y puede desarrollar inquietudes e impulsividad.

El autismo infantil temprano se caracteriza por la aparición de extrema soledad, el niño se interesa en objetos con exclusión de personas.

La hiperquinesia puede presentarse en niños después de un trauma cerebral, se caracteriza por una intensa sobre actividad durante mucho tiempo, su estado de ánimo es inestable, su nivel de inteligencia puede ser alto o muy bajo.

Estos trastornos suelen producirse porque existe un ambiente hogareño inestable, porque hay cierto grado de rechazo por uno o ambos padres, o por un defecto físico que hace que el niño se sienta diferente de los otros.

Otra causa muy importante por falta de cooperación odontológica es el temor de una experiencia desconocida, esto se debe comunmente a la ansiedad de la madre, o es acentuada por ella, ya que la señora misma tiene miedo porque desconoce el tratamiento odontológico.

Es frecuente encontrar un paciente con una buena historia odontológica previa, y que se convierte en un paciente no cooperador porque ha sido hospitalizado recientemente o --

porque su madre ha sido internada, produciendo con esto un sentimiento de inseguridad del niño.

#### B).- Problemas de origen dental.

Una de las causas más importantes y comunes de no cooperación es una experiencia desagradable del cirujano dentista, pues es uno de los errores principales del cirujano dentista que provoca dolor en un niño sin que en la mente de éste haya una razón aceptable, un paciente con confianza a su cirujano dentista, puede aceptar el dolor si se le da una buena razón para ello.

Otra causa de antipatía al tratamiento odontológico puede ser una técnica defectuosa para la administración de la anestesia general nasal, esto es en el acercamiento al niño, ya que no hay más aterrador que recibir una máscara sobre la nariz y la boca sin una explicación preliminar.

El tratamiento odontológico esencialmente es una de cooperación entre cirujano dentista y paciente y si alguno le disgusta o es indiferente al otro, entonces no se logra la mejor cooperación.

#### ESTADO BUCAL.

No existe problemas dentales específicos en estos niños.

#### TRATAMIENTO DENTAL.

Como ya se había dicho en la atención odontológica de un paciente difícil, debe adaptarse el procedimiento normal de modo que solo se puede sugerir guías para tratar que el paciente acepte cooperar, en la mayoría de los casos la introducción del paciente al consultorio debe ser prolongado y puede llevar varias visitas hasta que se pueda ser un trabajo eficiente.

Los elementos del pulido son muy útiles para iniciar

el tratamiento dental, primeramente se presentará la tara de - de goma blanda y luego la pasta para dientes y se comenta que con esto se puede pulir una moneda de cobre, el cirujano dentista puede pulir un lado y estimular para que el niño pule - el otro lado, despues se pule las uñas del cirujano dentista, las del padre y finalmente las del niño, a partir de aquí puede ser posible pulir los dientes anteriores y tambien es fácil de cambiar a una piedra de diamante, presentándole como - un cepillo especial para los dientes de atrás, el niño debe - ser advertido que la fersa es más ruidosa que el cepillo para los dientes de adelante, solo una pequeña cantidad de preparación dentaria debe hacerse inicialmente, pues el paciente tiene un nivel muy bajo de tolerancia y cualquier trabajo debe -- hacerse dentro de ese límite, si es necesario debe tomarse varias visitas para la primera obturación.

La cooperación con el niño impedido emocionalmente es importante, ya que desplaza sus temores dentales por el momento, si el paciente tiene una cantidad de trabajo a realizar, es aconsejable someterlo a anestesia general, y las cavidades se obturan con apósitos temporarios, ya que se le cita al paciente para reemplazar los apósitos por obturaciones permanentes. La gran cantidad de trabajo no significa una serie de visitas que desanime al paciente y a su familia, las - visitas periódicas para el examen de control debe de incluir por lo menos el pulido de los dientes, para recordar las lecciones que ha aprendido.



## CAPITULO III.

## EPILEPSIA (TRASTORNOS CONVULSIVOS).

Los trastornos convulsivos o epilepsia se consideran como trastornos paroxísticos del sistema nervioso caracterizado por ataques repetidos de pérdida del conocimiento con movimientos convulsivos o sin ellos.

Los trastornos convulsivos, su etiología es desconocida sin embargo, se puede dividir en dos grupos:

- A).- Idiopáticos
- B).- Sintomáticos

En el grupo idiopáticos las epilepsias no pueden atribuirse a la lesión estructural cerebral demostrable, y frecuentemente son de origen hereditario, y la epilepsia de origen sintomático se asocian con patología del cerebro de índole anatómica de desarrollo, lesión y enfermedad.

Los trastornos convulsivos pueden dividirse en cinco grupos distintos:

- 1.- Gran mal.
- 2.- Pequeño mal.
- 3.- Accesos motores menores.
- 4.- Accesos psicomotores.
- 5.- Accesos focales.

Los accesos de gran mal con la forma más frecuentes de epilepsia, el ataque puede ser anunciado por un aviso inicial de un acceso inminente y viene a continuación el críto epiléptico, caída en el suelo, pérdida del conocimiento, relajación del musculo corporal, el enfermo puede morforce la lengua, hay palidez facial, pupilas dilatadas con los globos-

oculares habitualmente girando hacia arriba y la cabeza tirada hacia atrás, presenta evacuaciones involuntarias de intestino y vejiga, la respiración es dificultosa, presenta mucha salivación alrededor de la lengua, el acceso suele terminarse con un período de somnolencia y confusión acerca de lo que ha ocurrido. La duración de un ataque de esta naturaleza entre momentos de un minuto a 30 minutos o más, este puede producirse en cualquier hora del día o de la noche.

Los accesos del perusho mal se observan en niños sin lesiones manifiestas del sistema nervioso, estos ataques son de muy corta duración, y se caracterizan por una breve pérdida del conocimiento puede manifestarse en forma de una laguna en la expresión y la fijación de la mirada, y el enfermo queda sin relación con su ambiente, este acceso tiene tendencia a presentarse en la primera hora después de haber despertado, la frecuencia de los ataques puede variar desde unos tres al día hasta unos 20 o 30 en una hora, esta enfermedad va desapareciendo a medida que el niño se acerca a la pubertad, desaparece antes de que cumpla la edad de 20 años, estos enfermos con epilepsia en forma de perusho mal presenta una alteración electroencefalografía.

Accesos motores menores significa accesos anisético y ataques de sacudidas mioclónicas consideradas para algunos como síndromes de perusho mal, este acceso se caracteriza por la pérdida brusca de todos los músculos del cuerpo que da lugar a la caída de éste al suelo, estos episodios son de duración tan breve que el paciente se levanta inmediatamente y niega que haya perdido el conocimiento durante la caída, la sacudida de mioclónicas consiste en bruscas contracciones musculares involuntarias del tronco o de las extremidades que pueden ser-

ligeras o tan marcadas que el paciente deja caer un objeto que estaba sosteniendo en el momento del ataque.

Los accesos psicómotores se caracterizan por episodios de actividad motora y mental, y suele ir acompañado de amnesia postacceso, la duración de esta enfermedad es de 30 segundos a dos minutos el enfermo puede presentar retorcimiento de las extremidades, movimientos de chasquido con los labios, es rara la conducta agresiva pero los enfermos se resisten a la ayuda ofrecida.

Los accesos focales se caracterizan por manifestaciones motoras, sensitivas o de otra clase que indican la localización cortical del ataque, puede permanecer con episodios localizados y aislados o progresar hasta constituir acceso generalizado con pérdida del conocimiento, estos accesos indican la existencia de una alteración orgánica del cerebro.

Tratamiento médico es, en el acceso de gran mal, y los accesos psicómotores y focales se tratan de preferencia con medicamentos derivados de los grupos barbitúricos e hidantoínicos como el fenobarbital, difenilhidantoina o piridona, los accesos del pequeño mal se tratan mejor con etil-metil-succinimida (marentin) o tri-metadona (tridiona), el enfermo debe de continuar con su actividad diaria, pero hay que aconsejarle que evite los factores que facilitan los ataques.

#### ESTADO BUCCAL.

El único problema que se encuentran en los pacientes tratados con dilantina es que en ellos puede haber: Gingivitis hiperplásica de naturaleza fibrosa, a veces tan intensa como para cubrir casi toda la corona dentaria, o demorar la erupción, está asociado con estado pobre de higiene bucal.

#### TRATAMIENTO DENTAL.

El cirujano dentista debe familiarizarse con el tipo-

y frecuencia de los ataques epilépticos del niño antes de iniciar el tratamiento, para esto hay que preguntarle a sus padres cuanto tiempo ha transcurrido desde el último ataque y qué tipo de situación provoca, con esto se puede juzgar la probabilidad de un ataque en el consultorio, si un paciente sufre un ataque de gran mal, el objeto principal del cirujano dentista es evitar que el niño se lesione, deberá de ponerse de costado, con su cabeza en una posición que impida la aspiración de la saliva a los pulmones, deberá de insertarse una ayuda bucal de plástico para forzarlo en los dientes antes de que haya ocurrido un espasmo total de los músculos maxilares para ayudar a prevenir la mordedura de la lengua y debe evitar se el niño a los dientes y tejidos blandos, si el paciente no sale de su ataque habrá que suministrarle oxígeno pero si esta cianótico y dispone de los medios necesarios habrá que trasladarlo a un hospital. Cuando sale de su ataque normalmente tendrá dolor de cabeza y estará confuso mentalmente, de manera que habrá que posponer el tratamiento. En el caso de la anestesia general, solamente debe darle un anestesiólogo, siempre que considere al paciente como adecuado para recibirla, se le debe recordar al padre que antes de la cita deben de darle al niño la dosis normal de la droga que está tomando y no omitirla.

El estado periodontal puede requerir atención especial en pacientes quienes toman dilantina, periódicamente hay que ser un raspaje al paciente y al padre hay que enseñarle el cepillado correcto, si la gingivitis hiperplásica es grave puede ser necesario tratarla quirúrgicamente si tiende a recurrir deberá consultarse al médico del niño, para ver si puede cambiar el régimen de medicamento para el niño.

## CAPITULO IV.

## PARALISIS CEREBRAL.

La parálisis cerebral es un trastorno del sistema nervioso central que se presenta en el útero, en el nacimiento o al comienzo de la vida y es el problema de impedimento más grave que afecta al recién nacido. El grado de complicación del sistema neuromotor varía muchísimo, desde quienes están afectados ligeramente que puede llevar vida normal, hasta los afectados severamente a quienes es necesario internarlos en una institución.

La parálisis infantil es causada por lesiones cerebrales que pueden haber resultado de oreuturas, trauma en el nacimiento, anoxia, hemorragias y posiblemente una infección durante el embarazo, o puede ser de etiología desconocida.

Esta enfermedad se clasifica de acuerdo al tipo de trastornos motores, de la siguiente manera:

A).- Espasticidad.- es observada aproximadamente en el 40% de los niños con parálisis cerebral y es el resultado de las lesiones de la corteza cerebral, caracterizándose por hipercontractilidad de los músculos, y rigidez general de las partes afectadas, esta rigidez puede ser tan pronunciada como para impedir el movimiento pasivo de las extremidades.

B).- Atetosis.- Es el tipo más común de parálisis cerebral y es el resultado de una lesión del ganglio basal, estos pacientes tienen movimientos involuntarios frecuentes y a menudo incoordinados.

C).- Rigidez.- Es un tipo no frecuente y es el resultado de la lesión del ganglio basal, la persona afectada muestra resistencia al movimiento pasivo, aunque esta puede ser -

superado por la acción rápida.

D).- Temblor.- Es también menos común y es el resultado de una lesión del ganglio basal afectando a todo el cuerpo con movimientos rítmicos constantes.

E).- Ataxia.- Es también menos común, y es el resultado de lesiones del cerebro se caracterizan por un trastorno en el equilibrio y marcha inestable.

Los niños con parálisis cerebral sufren alta frecuencia de retardo mental, el nivel de inteligencia de estos niños puede engañar por culpa del habla, oído, babeo excesivo y posición facial y física el cirujano dentista debe comprender que el grado de cooperación de estos niños varía enormemente y debe ser evaluado individualmente.

#### ESTADO BUCAL.

La mayoría de los niños impedidos tienen una incidencia mayor de caries dental, que los niños normales, este suceso ha sido atribuido a su incapacidad de tener una buena higiene bucal, al tipo de dieta y a la presencia de defectos hipoplásticos en el esmalte, más de tres cuartas parte de los pacientes con parálisis cerebral presenta enfermedad periodontal, esta afección ha sido atribuida a la inadecuada dieta blanda, a la respiración bucal, al bruxismo, a la mala oclusión, estos pacientes tienen una mala oclusión muy marcada, esto puede atribuirse a funciones musculares anormales y a la posición de la lengua, característica en niños con parálisis cerebral provocando una mordida abierta anterior grave, este tipo de mala oclusión no responde al tratamiento ortodóntico a menos que el hábito sea corregido o que se empleen retenedores permanentes, el bruxismo puede ser severo en algunos pacientes con parálisis cerebral, el hábito podría deberse a una función mus-

culer imperfecta o, a problemas emocionales.

#### TRATAMIENTO DENTAL.

Al tratar al niño con parálisis cerebral el cirujano dentista puede evaluar a cada paciente individualmente, y obtener éxito siempre que tenga una historia personal sinuciosa del niño antes de la primera visita de éste al consultorio dental, esta información debe de conseguirse de los padres y del médico que atiende a este paciente con este conocimiento el cirujano dentista puede actuar a las necesidades del paciente en particular, muchos de estos niños llevan vida retráida y están poco acostumbrados a tratar con personas extrañas, el cirujano dentista puede prever gran aprehensión en estos niños, en el caso que se aconseje premedicación, deberá consultarse al médico que atiende al niño sobre la elección de los medicamentos.

Para el tratamiento dental adecuado de los niños con parálisis cerebral deberá acondicionarse el sillón dental, este debe de inclinarse algo hacia atrás de manera que de apoyo y sensación de mayor seguridad al paciente con grado de ataxia no será capaz en sentarlo en un sillón dental sin ayuda, debido al trastorno del equilibrio, los niños espásticos pueden requerir aún más apoyo y control, así que el operador deberá de pedirle a su asistente que le ayude.

Los procedimientos restrictivos como empleo de correa, raramente son necesarios, pues las indebidas restricciones del paciente provoca movimientos involuntarios excesivos y podría dificultar el manejo del niño, por ejemplo, en los espásticos hemipléjicos el brazo está con frecuencia flexionado hacia dentro, será más fácil manejar al paciente si se le deja el brazo en esa posición, hay pacientes que pueden

ser controlados mejor si se sientan en los brazos del padre o de la madre o también del asistente dental, la mayor parte de los niños con parálisis cerebral pueden ser tratados en el consultorio dental, pero hay quienes por razones físicas o emocionales el tratamiento se llevaría a cabo en un hospital para la aplicación de la anestesia general.

El tratamiento de la enfermedad paradontal se basa en métodos normales, en niños donde la enfermedad paradontal es causada por la dilantina, la consulta con el médico es necesaria para ver la posibilidad de un cambio de la droga, el tratamiento ortodóntico debe recibirse siempre que sea posible dentro de los límites de la tolerancia del paciente, y no olvidando los riesgos de roturas en algunos de los casos, para poder dar servicio dental satisfactorios a estos pacientes. y se debe de informar a los padres sobre la odontología preventiva para niños impedidos, la higiene bucal debe recibir la máxima atención, debe mostrarse repetivamente las técnicas de cepillado adecuada, y debe recalcar la importancia de limitar alimentos cariogénicos si el niño vive donde el agua no tiene fluor deberá recomendarse el uso de las tabletas de fluoruro, o la aplicación tópica de fluor.



## CAPITULO V.

## ESTADO MENTAL.

El retardo mental se refiere a un funcionamiento intelectual por debajo de la normalidad, originado en el periodo de desarrollo y asociado a un impedimento en la conducta de la adaptación, es decir, que el niño no solo se a desarrollado mentalmente hasta el nivel esperado para su edad, se tendrá -- encuentra que la epilepsia, la parálisis cerebral, privaciones emocionales, disfunciones glandulares, desnutrición y los diversos impedimentos sensorios-motores de la vista, el oido y el lenguaje pueden ser causa de que fracase la expresión de -- la inteligencia o de una aparente incapacidad para aprender.

## ETIOLOGIA.

La etiología de la deficiencia mental cubre una gran cantidad de factores que pueden dividirse en dos grupos:

- A).-- Exógeno que es cuando por factores ambientales .
- B).-- Endógeno por causa inherente a la constitución genética.

Los factores exógenos que afectan el desarrollo mental son:

1.- Infecciones.-- En el periodo prenatal como sífilis, rubéola, toxoplasmosis y otras infecciones virales, en -- el periodo posnatal tenemos diversas formas de encefalitis en -- la infancia y la niñez.

2.- Traumas.-- causado por accidentes en el periodo -- prenatal, perinatal y posnatales.

3.- Agentes tóxicos.-- Entre los que se encuentran -- agentes químicos (envenenamientos), agentes físicos (rayos x)--

y factores sanguíneos incompatibles (factores RH-A-B).

4.- Trastornos endocrinos.- Deficiencia de las glándulas tiroideas, pituitaria y sexuales.

Factores endógenos que originan deficiencia mental:

- A).- Genes múltiples.
- B).- Gene dominante único.
- C).- Gene recesivo único.
- D).- Escamismo genético indeterminado.

El problema en sí de las causas primarias de la debilidad mental residen en la herencia o en el ambiente no puede decidirse hasta determinarse la dinámica de la anomalía. En cada caso aislado, en todo caso si la debilidad mental es adquirida por las lesiones o enfermedades no puede ser transmitidas a la descendencia, la transmisión hereditaria de la anomalía solo será posible cuando haya un defecto en la célula germinal.

Existe una clasificación de debilidad mental que divide los grados de severidad:

1.- Idiocia.- es idiota todo niño que no puede expresar verbalmente su pensamiento ni comprender el pensamiento expresado por los demás, a pesar que ningún trastorno de la audición ni de los órganos fonadores pueden explicar esta seudofacia que es debida enteramente a una deficiencia intelectual, encontramos defectos de la osificación, existen deformidades de la cara, asimetrías, implantación defectuosa del cabello, dientes, orbitas muy proximas, y ausencia del lóbulo de la oreja.

2.- Imbecidad.- Es imbecil todo niño que no puede expresar su pensamiento por la escritura ni leer lo escrito, cuando ningún trastorno de la visión ni parálisis de los bra-

zos, la no adquisición de esta forma de lenguaje.

3.- Debilidad mental.- Débil es todo niño que sabe comunicarse con sus semejantes por la palabra y la escritura, pero demuestra un retraso de dos años si es menor de nueve, o de tres años si es mayor de nueve, sin que ese retraso sea debido a una escolaridad insuficiente, en estos enfermos faltan casi siempre los trastornos somáticos degenerativos, pero son infrecuentes en enfermedades como pólipos nasales, tuberculosis ganglionar, anemia, raquitismo y otros padecimientos que influyen en el desarrollo normal.

4.- Idiocia mongoloide.- Se observa en un 5% de los débiles mentales que tienen en común ciertas características de la raza mongol, en general son de pequeña estatura, la cabeza pequeña y redonda los ojos son almendrados, la unión de las suturas y fontanelas son tardías y rara vez incompletas, las cejas están mal formadas y las manos son gordas, los dientes están mal implantados y cariados, son frecuentes los trastornos del lenguaje.

Su etiología es desconocida, aunque pudiese ser debido a factores genéticos todavía no descubiertos, esta enfermedad se observa en niños que son los últimos de la cadena de hermanos y también en los nacidos de los padres de edad avanzada.

5.- Cretinismo.- Entre los síndromes de hipotiroidismo pueden distinguirse las formas de cretinismo esporádico y cretinismo endémico.

El cretinismo esporádico se debe a lesiones de la glándula tiroides y se caracteriza por degeneración de las células subcutáneas, son síntomas característicos la sequedad de la piel, obesidad, calvicie, pérdida de dientes, baja tem-

per-tura corporal, lentitud del pulso, movimientos retrádores, escasa coordinación muscular y los genitales poco desarrollados, psíquicamente estos pacientes tienen poca iniciativa y -- tienen grandes depresiones.

El cretinismo endémico se atribuye a una falta continua de alimento vitamínico durante muchas generaciones y -- también se debe a las aguas potables por las regiones invadidas por las enfermedades, todos estos niños tienen grado de -- inteligencia menor de 70 de coeficiente intelectual.

La organización mundial de la salud aconseja la división de los niños mentalmente subnormales en las siguientes tres categorías:

I.- Subnormalidad leve.- con cociente de inteligencia de 50 a 69 y edad mental en el adulto de 3 a 7 años.

II.- Subnormalidad moderada.- Con cociente de inteligencia de 20 a 49 y edad mental en adultos de 3 a 7 años.

III.- Subnormalidad grave.- Con cociente de inteligencia de 0 a 19 y edad mental en el adulto de 0 a 2 años.

El grado de deficiencia intelectual se obtiene mediante las pruebas de Binet para las medidas de inteligencia, estas pruebas sistematizan ciertos procesos mentales como la memoria, la comprensión y el razonamiento que el sujeto posee a distintas edades, estableciendo así la norma de la edad mental para cada edad cronológica, la edad mental se determina -- por el número de pruebas que se resuelven satisfactoriamente -- a la edad cronológica correspondiente, dividiendo la edad mental por la cronológica se obtiene el cociente intelectual.

Los distintos grados de cociente intelectual han -- sido clasificado de la siguiente manera:

Menos de -----25	}	Idiotia.
Entre -----25 y 50		Imbecilidad.
Entre -----50 y 80		Debilidad mental
Entre -----80 y 100		Inteligencia normal.
Entre -----105 y 140		Inteligencia superior.
Más de -----140		Genio.

**ESTADO BUCAL.**

El estado bucal del niño con retardo mental debido a su pobre higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos, la proporción de caries tiende a ser más elevada que la normal lo mismo sucede con la enfermedad paradental.

En el niño idiota se observa prognatismo, la lengua puede estar fisurada, el pelo del paladar hendido, en los casos profundos la boca abierta deja escapar continuamente la saliva, se observa también labio hendido.

En niños con idiocia mongoloide generalmente sus dientes están mal implantados y cariados, la lengua y los labios suelen estar fisurados.

El niño cretino presenta retardo en la erupción dentaria, implantación defectuosa y fragilidad de los dientes.

#### TRATAMIENTO DENTAL.

El niño con un grado leve de subnormalidad dental puede ser tratado en el consultorio dental, antes de formular un plan de tratamiento para atender a estos niños, el cirujano dentista debe estar preparado para interpretar la edad mental del niño, debe evaluar la conducta para saber que grado de cooperación puede esperar del paciente, pudiendo así modificar.

los procedimientos del tratamiento de acuerdo al grado de tolerancia y planificar el programa de restauración y prevención odontológica, mediante pruebas se logra establecer métodos para el diagnóstico y grado de retardo mental, estos métodos requieren de un clínico experto para interpretar sus resultados, el médico debe ser capaz de suministrar los resultados de esas pruebas.

El tratamiento odontológico varía muchísimo en estos niños que debe ser tratado individualmente, la prevención y el manejo del paciente son importantes en el logro del éxito en el tratamiento, la comprensión y la paciencia son fundamentales en estos niños, pero si no se logra el nivel de cooperación necesaria para poder realizar trabajos restaurativos, o si el niño retardado necesita tratamiento dental extenso debe considerarse la rehabilitación bajo anestesia general, el estado periodontal de estos niños requieren atención especial, el cepillado de los dientes es importante en estos niños, estos niños probablemente tolerarían dentaduras para reemplazar los dientes perdidos y cuando más dientes pierdan habrá más dificultad para comer, por lo tanto el tipo de dieta será más pobre, la posibilidad de una rehabilitación bucal bajo anestesia general debe considerarse seriamente en estos casos.

## CAPITULO VI.

## SINDROME DE DAWN.

El síndrome de Dawn es el más común de los graves -- problemas de desarrollo observados en un recién nacido, ocurre más a menudo que los otros tipos de deficiencia mental, -- la afección puede ocurrir en cualquier familia, raza o clase -- social.

Langdon Dawn, médico inglés describió en 1886 las -- características de estos niños con síndrome por tal motivo se le llamó "Síndrome de Dawn", la denominación "niño mongoloide" fue porque existe una relación racial o física con un pueblo -- oriental.

El síndrome de Dawn es un estado que ahora se sabe -- está asociado con una anomalía cromosómica, la gran mayoría de los pacientes afectados por este síndrome tiene 47 cromosomas, con uno 21 extra agregado al par normal número 21, -- de ahí el nombre de "Trisomía 21", este desequilibrio genético se debe, por lo común a un error de la distribución de los cromosomas produciendo en el desarrollo del óvulo o del espermatozoide o en la primera división del óvulo fecundado, en -- algunas observaciones aisladas, la causa del síndrome de Dawn -- en la trisomía 21 por traslocación, es decir el cromosoma 21 -- extra se fractura su brazo largo permanece adherido al extremo cuadrado de otro cromosoma, en casi un tercio de los casos de trisomía 21 por traslocación, uno de los padres, pese -- a ser físico y mentalmente normal, puede ser a un portador -- genético balanceado de cromosoma 21 de traslocación y el riesgo -- que corre de tener un hijo con síndrome de Dawn es muy eleva --

do en ese tipo de síndrome se aconseja un análisis prenatal -- de cariotipo para determinar si el feto tiene o no alguna normalidad cromosómica, hasta el momento de la edad materna avanzada es el único factor humano indiscutible que aumenta la -- probabilidad de una distribución cromosómica defectuosa conducente al síndrome de Dawn.

En tiempos pasados, muchos afectados por el síndrome de Dawn morían en los primeros años de vida, en la actualidad, la mayor parte sobrevive los primeros años de vida, la -- disminución de la cifra de mortalidad obedece a un descenso -- general de la frecuencia de enfermedades infecciosas graves -- en infantes, y al moderno empleo de los antibióticos en la lucha contra ciertos tipos de neumonía, en la actualidad, la principal causa de mortalidad en niños pequeños la constituyen los defectos en el desarrollo del corazón, y a ello obedecen las -- dos terceras partes de la muerte temprana son el bloqueo intestinal, las infecciones pulmonares (neumonía) y las intestinales (gastroenteritis).

El niño con síndrome de Dawn tiene muchas características físicas que lo distinguen del normal, son casi siempre -- más pequeños que los normales, occipucio aplanado, la cabeza -- es más pequeña, las fontanelas tardan en cerrar más de lo habitual, nariz pequeña de puente algo bajo, la cara vista de perfil aparece algo achatada, existen defectos oculares, las fimbrias palpebrales se inclinan hacia abajo en la línea media, -- en más de la mitad de los pacientes se observa estrabismo, -- los ojos por lo general son pequeños, la lengua protusiva con fisuras transversales, boca abierta, cuello corto, las manos -- son pequeñas con dedos relativamente cortos, el dedo índice -- puede ser muy corto con un solo pliegue, separación del prime --



ro y segundo dedo del pie, la piel al aire libre se agrieta - con facilidad, el cabello es fino, lacio y escaso, estos pa- cientes sufren hipotimia y por consecuencia tendencia a la - flojera, en un 40% hay defectos cardiacos en el momento de na- cer o inmediatamente después, y en la mitad de ellos estos de- fectos conducen a una muerte temprana, el 1% de los niños son mentalmente retardados.

#### ESTADO BUCAL.

Hay erupción tardía en la primera dentición, exfo- licación temprana de la misma, los dientes son generalmente - más pequeños que lo normal, tienden a ser redondeados o bulbo- sos y a veces con forma anormal, casi un tercio de estos pa- cientes pueden tener dientes congenitamente ausentes, siendo los más frecuentes uno o ambos incisivos pueden ser de una - forma más simple con menor desarrollo de los mamelones latera- les, los niños con síndrome de Down, tienen menos caries que- los normales, las enfermedades periodontales son el problem - principal de los niños con síndrome de Down, es muy frecuente en la zona incisiva inferior y puede haber pérdida temprana - de los incisivos centrales primarios y la de sus sucesores - permanentes, hay separación del borde gingival con formación- de bolsas o pérdida progresiva de hueso de soporte.

Radiográficamente hay falta de claridad de la lamina- na dura y las trabéculas óseas parecen más cortas y gruesas, - las raíces de los incisivos son cortas.

El tamaño pequeño del maxilar superior con su falta de desarrollo hacia adelante y hacia abajo provocando una mal- oclusión de clase III de Angle, en casi un tercio de estos ni- ños, puede haber una mordida cruzada posterior en uno o ambos- lados, agregada a una sobremordida incisiva invertida, la ma-

yoría de los pacientes con síndrome de Down tienen un empuje lingual debido a una falta de espacio para una lengua de tamaño aparentemente normal, esto puede producir una mordida abierta anterior.

#### TRATAMIENTO DENTAL.

El tratamiento dental para los niños con síndrome de Down requiere un cuidado dental normal como cualquier otro pero en ocasiones puede necesitar atención especial, esto dependerá del nivel de inteligencia de cada paciente, así en un niño con síndrome de Down con un nivel de inteligencia bajo el tratamiento debe ser adaptado a las necesidades inmediatas y puede limitarse a extracciones en caso de niños internados, no hay contraindicaciones para la anestesia local.

La enfermedad periodontal es progresiva y aún en el niño con síndrome de Down de alto grado de inteligencia, la extracción puede ser inevitable, el tratamiento gingival se hace de acuerdo a los principios generales, pero habitualmente puede ser de tipo sencillo, siempre hay que tener en mente el desarrollo de una leucemia.

Los aparatos ortodóntico y los protésicos están contraindicados en estos niños por el mal estado gingival, por la lengua relativamente grande y el tono muscular pobre hacen difícil la retención, las raíces cortas también son desventaja para el movimiento dentario ortodóntico, los niños con enfermedades congénitas necesitan un plan de tratamiento especial, en esos casos las extracciones y los raspajes profundos deben hacerse bajo coberturas antibióticas, la terapia de conductos radiculares está contraindicada, esto y la susceptibilidad a la infección torácica influirán cualquier decisión para usar un anestésico ya sea para extracción o para conservación.

## CAPITULO VII.

## LABIO Y PALADAR HENDIDO.

El labio y paladar hendido son las más graves anomalías congénitas que afectan la boca y estructuras relacionadas. Estos defectos estructurales pueden variar desde una ligera hendidura en el labio hasta una separación completa del labio y ausencia de división entre las cavidades bucal y nasal.

Las hendiduras pueden ocurrir en el labio superior o inferior, en este es menos frecuente o podríamos decir que es muy raro, se presenta en la línea media y se llama hendidura mandibular, la hendidura del labio superior es más común, rara vez se presenta en el centro, se encuentra en la unión del hueso intermaxilar y los huesos maxilares, por lo tanto puede ser unilateral o bilateral y puede ser asociada con la hendidura alveolar o del paladar.

La hendidura palatina puede extenderse desde el labio a través de la parte alveolar del maxilar hasta el paladar, o puede presentarse en el paladar sin afectar el labio, en la mayoría de los casos desarrollan defectos asociados, como dientes deformados, mala oclusión, trastornos de lenguaje infecciones del oído medio y alta susceptibilidad a infecciones respiratorias superiores.

Una clasificación útil de las hendiduras del labio y paladar es la propuesta por Kernahan y Stark, basada en patrones embriológicos de los tejidos afectados existen tres grupos principales:

Grupo I.- Hendidura del paladar primario.- Este grupo comprende las hendiduras que afectan el labio, alveolo y par-

te anterior del paladar, hasta el agujero palatino.

Grupo 2.- Hendidura en posición posterior al agujero incisivo.- Este grupo representa la hendidura del paladar blando que puede extenderse hacia adelante para afectar el paladar duro hasta el agujero palatino.

Grupo 3.- Combinación de hendiduras en paladar primario y secundario.- Este grupo comprende una combinación de los grupos 1 y 2, puede ser unilateral o bilateral.

Se ha realizado en muchos países estudios relacionados con frecuencia de paladar y labio hendido, y generalmente han producido dificultades, sobre la frecuencia de ésta anomalía, de los tres grupos principales de hendiduras, el labio hendido con paladar hendido presenta mayor frecuencia y a él pertenecen 45% de todas las hendiduras, el grupo de paladar hendido tiene una frecuencia de 30% de la totalidad de los casos, y el labio hendido de 25%. También se ha observado que las personas de raza negra son las menos afectadas, en tanto los japoneses son los más afectados, si se considera por sexo y grupo de hendidura, es evidente que el labio y paladar hendido son más comunes en niños que en niñas y con frecuencia el lado izquierdo suele estar más afectado que el derecho, sin embargo el paladar hendido es más común en las niñas que en los niños, también parece existir un ligero aumento de frecuencia de casos de labio hendido, con o sin paladar hendido, a medida que avanza la edad de los progenitores, especialmente la del padre, en varios estudios se han demostrado que personas con labio hendido paladar hendido o ambas, hay mayor probabilidad de tener otras deformaciones congénitas como puede ser cardiopatías congénitas, defectos de las extremidades y otras.

La etiología exacta de labio y paladar hendido es —

aún desconocida, sin embargo existen posibles factores causales de esta malformación, los labios y el paladar se desarrollan durante la quinta y la octava semana de vida intrauterina y cualquier factor que perturbe su formación debe ejercer su influencia durante éste período relativamente corto, la rubeola y el exámen radiogénico durante los primeros estadios del embarazo pueden producir anomalías congénitas, lo mismo — que ciertas drogas, particularmente la talidomina, actualmente se considera que la herencia tiene un papel importante en la transmisión de ésta malformación.

Los mecanismos embriológicos que producen hendidura de labio, se explica con la teoría de "deficiencia mesodérmica" que actualmente es la mejor aceptada, esta teoría sugiere que el labio y el premaxilar existen en su forma temprana como una capa ectodérmica en donde están presente tres masa de mesodermo, normalmente ésta masa crece y se une para formar el labio superior y el premaxilar, pero si no crece y se infiltra en la capa ectodérmica, el debilitamiento de esta membrana rompe la capa, dando por resultado un labio hendido.

El paladar hendido se debe a que los procesos palatinos no logran encontrarse y hacer fusión en la línea media, — los niños con labio hendido, paladar hendido o ambas, debe ser tratado por medio de la cirugía, los procedimientos quirúrgicos que consiste en volver a colocar y suturar las secciones hendidas.

La cirugía para preparar el labio hendido se efectúa entre las dos y doce semanas de edad, pues la mayor parte de los cirujanos creen que es conveniente operar pronto porque — el niño está en buenas condiciones de soportar la operación si se ejecuta antes que su salud se vea afectada por la malformación.

La edad en que debe realizarse el cierre de la hendidura del paladar esta sujeta a ciertas controversias, sin embargo, la mayoría de los cirujanos prefieren realizar esta operación cuando el paciente tiene de los 18 a 24 meses de edad de las diversas técnicas operatorias aceptadas para cerrar un paladar hendido, en la mayoría es el empleo del colgajo mucoperiostico, que se obtienen de los procesos palatinos óseos y se pone en contacto en la línea media, frecuentemente el cirujano combina este cierre de la línea media con el denominado empuje hacia atrás del colgajo, un procedimiento que logra proporcionar longitudes adecuadas al paladar siendo para permitir el cierre velofaríngeo durante las funciones de lenguaje y deglución.

#### ESTADO BUCAL.

Los niños con labio hendido, paladar hendido o ambas suelen presentarse un estado gingival pobre, elevado proporción de caries y una tendencia a descuidar la atención general de sus dientes, en el caso de la hendidura unilateral, hay una tendencia de los premolares y caninos del mismo lado de la hendidura a estar en oclusión lingual, los incisivos también ocluyen por lingual, en presencia de una hendidura bilateral, hay un colapso bilateral de los premolares y caninos, los incisivos superiores pueden estar en oclusión lingual, aunque en algunos casos puede existir una prominencia de estos dientes, la unidad premaxilar que tiene los incisivos centrales pueden estar móviles en relación con el resto del maxilar, con frecuencia hay una deficiencia del desarrollo del maxilar, tanto en la disminución anteroposterior como en el vertical, esto aumenta la tendencia al desarrollo de una oclusión clase III y de mordida abierta en el sector anterior que se ve frecuentemente

los pacientes con esta patología frecuentemente presentan dientes supernumerarios en la dentición primaria y permanente, en la etapa de la dentición mixta es común observar erupción ectópica, premaxilar protrusivo, incisivos centrales permanentes rotados y sobre mordida.

#### TRATAMIENTO DENTAL.

El cuidado dental es de suma importancia para estos niños, las medidas preventivas odontológicas debe considerarse a temprana edad, comenzando con el consejo a la madre, poco después del nacimiento del niño, el cirujano dentista puede confeccionar un instrumento semejante a una base de dentadura superior, este aparato sirve para facilitar la alimentación del lactante con paladar hendido, y evitar la caída del maxilar superior, los procedimientos de restauración en paciente con hendidura palatina, hendidura labial o ambas suelen serlo habitualmente.

Las hendiduras totales unilaterales o bilaterales del labio y paladar, frecuentemente requieren tratamiento ortodóntico en la dentición primaria, este tratamiento consiste en la corrección de la mordida cruzada en una tentativa por permitir que la dentición se desarrolle en una relación normal, para esto se utilizan los aparatos extrabucales, el tratamiento ortodóntico temprano a menudo requieren el mantenimiento prolongado de los aparatos y puede crear problemas de caries dentales y dificultar la cooperación del paciente, por tal motivo es imperiosa una cuidadosa selección de los casos de tratamiento precoz en prevención de este problema, en las dentaduras primarias con dientes supernumerarios se permiten que estos dientes hagan erupción de manera natural, o puede hacerse la extracción después de la pérdida de dientes adyacentes, la

mayoría de los dientes supernumerarios en la dentición permanente se extraen lo antes posible.

En aproximadamente el 50% de estos pacientes donde se observan esta malformación de dientes congénitamente ausentes y el espacio ocupado normalmente por estos dientes o pérdida prematura de estos dientes, tienen que ser mantenidos en la mayoría de los casos, los dientes ausentes de la parte anterior deberán ser reemplazados principalmente por razones estéticas, los dientes artificiales pueden llevarse a una placa cerámica, que los niños generalmente retienen en la boca sin dificultad.

En la etapa de la dentición mixta el tratamiento ortodóntico consiste en el alineamiento de los segmentos y corrección de la oclusión transitoria, los pacientes con esta malformación con frecuencia muestran una mordida cruzada de los segmentos anteriores y posteriores, este problema puede ser corregido en la dentición mixta mediante expansión palatina y con un aparato para separar los dientes anteriores superiores, el análisis de crecimiento debe ser previsto con todo cuidado para evitar las necesidades de volver a tratar en dentición permanente un problema que aparentemente haya sido tratado en la dentición mixta, el problema de la dentición permanente exige la misma consideración que los otros niños, cada niño deberá contar con una cuidadosa evaluación ortodóntica antes del tratamiento, es aconsejable corregir la oclusión lingual de los incisivos permanentes superiores poco después de la erupción, si falta el incisivo lateral ó está muy rotado, puede requerir una dentadura parcial.

Aproximadamente 50% de los niños con paladar hendido, labio hendido o ambas deformaciones, sufren algún tipo de im-



dimento en el lenguaje, para mejorar el lenguaje, se han creado aparatos protésicos que logran habilitar al paciente con -- hendiduras, los problemas de audición a menudo se asocian con hendiduras palatinas estos problemas generalmente son causados por infecciones del oído medio que a su vez, se deben a la mayoría de exposición de la trompa de Eustaquio, a bacterias y alimentos en paciente con paladar hendido.

## CAPITULO VIII.

## TRASFORMOS DEL HABLA.

El habla puede ser definida como la expresión ordenada de un lenguaje, cinco procesos básicos se coordinan para producir la modulación acústica del habla.

1.- Respiración es el requisito esencial para hablar en una fuente de energía proveniente del sistema respiratorio- el aire es inhalado con rapidez, y el habla se produce durante el período más extenso de la respiración.

2.- Fonación es el proceso de generación de sonido, y es el resultado de la actividad vibratoria de las cuerdas vocales.

3.- Resonancia es una función cavitaria que contribuye a la producción de los sonidos del habla.

4.- Articulación se refiere a la ubicación y movimiento de los dientes, labios, lengua, mandíbula inferior y estructuras asociadas durante el habla, el comportamiento de estos altera la configuración de las vías bucales, determinando así algunas de sus propiedades de resonancia.

5.- Integración es una función adecuada del sistema nervioso integra estos procesos y produce un habla significativa y eficiente.

La mayoría de los niños adquieren un habla normal -- sin dificultades, hay entre 5 y 10% que no se ajusta a esta -- regla, las anomalías de lenguaje a menudo reflejan síntomas de perturbación psíquica o psicosocial que puede afectar el crecimiento y desarrollo general del niño.

La eficiencia del habla depende de la integridad de ciertas regiones del cerebro, del aparato auditivo, de los --

órganos de articulación y fonación, de la inteligencia, la comprensión y los factores afectivos que influyen en el ritmo de la sensibilidad y la simbolización, las perturbaciones de cualquiera de estas zonas interrumpen el buen funcionamiento de la comunicación verbal.

El lenguaje humano es estudiado en término de tres factores:

1.- Las unidades fonéticas de la producción del habla.

2.- Los rasgos rítmicos del habla.

3.- Las características del tono, la intencionalidad y la calidad de la voz del habla.

Cuando uno o más factores difieren significativamente de lo que es norma para la edad, sexo y medio psicosocial del afectado, se dice que hay una pronunciación defectuosa o desordenada, y se puede aconsejar un programa integral de prevención, identificación y rehabilitación de los trastornos del habla en la infancia, de la cual podrán participar odontólogos sin duda, cuando esa participación es comparativa por especialistas en trastornos de la comunicación y de otras disciplinas vinculadas a la salud del niño.

**Clasificación de los trastornos del habla:**

1.- Trastornos de la articulación.- La articulación defectuosa es la omisión de los sonidos verbales (bona-bonad) o su remplazo por otros (-atón - ratón) existe una clasificación de acuerdo con los sonidos que generalmente se pronuncian así:

1).- Sigmatismo.- Dificultad para articular los sonidos S, SH, Z, CH.

2).- Lambdacismo.- Dificultad para pronunciar la L.

C).- Rotacismo.- Es la pronunciación gutural de la R.

G).- Gammacismo.- Es la pronunciación dificultosa de los sonidos G, K, X, generalmente reemplazados por dentales -- (dato por gato, tara por cara), los errores en los sonidos pueden resultar de una cantidad de factores etiológicos: Disminución de la capacidad auditiva, dentición anormal, trastornos emocionales e instrucciones defectuosas.

Los dientes tienen una función normal que cumplir -- durante la pronunciación del lenguaje, ciertas desviaciones -- dentales pueden excluir o tornar difícil la formación de las debidas constricciones de las vías bucales, Snow, Bankson y -- otros demostraron que durante el habla los niños con frecuencia se adaptan a las desviaciones dentales de poca significación, en general se ha dado que los dientes desempeñan un papel importante en la pronunciación de las consonantes labiodentales F, V, las consonantes linguointerdentales TH y las -- consonantes linguoalveolares S, Z, SH y CH.

La pérdida de los incisivos representan solamente -- uno de los factores etiológicos relacionados con la pronunciación defectuosa del sonido S estan etiológicamente relacionados, Bankson y Byrnes no hallaron una relación significativa -- entre SH, Z, F, V, TH produciendo en ausencia de los incisivos en niños de 6 a 8 años, Snow, Bankson y Byrnes hallaron que la mayoría de los niños carentes de los incisivos eran capaces de pronunciar correctamente estos sonidos, es decir eran capaces de mover la lengua y estructura asociadas en forma tal que podían producir dichas consonantes en forma normal.

La maloclusión grave puede estar asociada a una aptitud defectuosa para la articulación de la S, sin embargo, existen maloclusiones menores que a menudo no son asociadas con --

errores de la articulación que pudiera detectar el cirujano --  
 dentista, por ejemplo: Los pacientes con maloclusión clase II-  
 división I, pueden pronunciar las consonantes bilabiales como  
 la P, B, M en forma labiodental a causa de dificultad para ce-  
 rrar los labios, aunque no pudieran apreciarse diferencia al-  
 guna durante la pronunciación, una observación cuidadosa de --  
 estos pacientes podrá revelar gestos compensatorios al hablar.

La restricción del frenillo lingual rara vez afecta-  
 las pautas acústicas del habla de los niños, solo en casos es-  
 peciales, un frenillo lingual corto podrá impedir la interden-  
 talización normal de la lengua para la T, D, N, L, y CH, sin --  
 embargo los niños suelen adaptarse a estos problemas y produ-  
 cir estos sonidos de forma acústicamente aceptable, las dife-  
 rencias de la forma y función del labio no representa un fac-  
 tor etiológico importante responsable de errores en la artu-  
 culación del habla, los pacientes con labio hendido tratado arti-  
 culan esencialmente en forma normal y las veruxas con labio --  
 superior corto o tenso o que presentan un tamaño de aumento --  
 vertical del esqueleto facial compensan con un mayor despla-  
 zamiento del labio inferior para lograr hablar normalmente, es --  
 esencial una evaluación completa de los niños con trastornos --  
 del habla o de la articulación, deberán hacerse un estudio mi-  
 nucioso de los factores etiológicos responsables en los error-  
 es de la pronunciación, una apreciación de los complejos mecá-  
 nicos acústicos, anatómicos y fisiológicos subyacentes en el --  
 habla y una capacidad para delinear el tipo y constancia de --  
 los defectos en la pronunciación que presenta el paciente.

2.- Trastornos de la voz.- Los trastornos de la voz --  
 se relacionan primordialmente con anomalías en cuanto a la --  
 forma o función laríngea y respiratoria.

La frecuencia del sonido está relacionado con un atributo perceptual importante de la manera como oímos el sonido, o sea su tono, el tono percibido de una voz está estrechamente relacionado con la frecuencia menor de la vibración de las cuerdas bucales, esta frecuencia está determinada por la masa vibrante efectiva de las cuerdas bucales, su rigidez o elasticidad y su real longitud vibratoria.

La intensidad del sonido se relaciona estrechamente con otros atributos perceptuales importantes de la manera de como escuchamos el sonido, o sea su volumen, la intensidad de la voz está determinada principalmente por la presión generalizada debajo de las cuerdas bucales durante la fonación, la calidad percibida de la voz, esta relacionada de una manera compleja con la pauta vibratoria de las cuerdas bucales, así como las características de la resonancia de las vías bucales, los trastornos fonatorios son el resultado del uso impropio de la laringe o bien puede estar relacionado con otros factores orgánicos, los trastornos de la voz se escuchan como alteraciones significativas en su tono, intensidad y calidad.

Existen tres tipos primarios del trastornos de la voz:

A).- Los defectos en los cuales el niño habla con tonos constantes superiores a los normales para personas de la misma edad, sexo y medio psicosocial.

B).- A aquellos trastornos de la voz al empleo de niveles de tono significativamente inferiores a los esperados.

C).- El niño con poca o ninguna variación en el tono, que emplean niveles de tono inadecuado para su significado de su expresión cuyas variaciones de tono son excesivas.

Los trastornos en el tono puede estar relacionado --

con factores orgánicos (trastornos hormonales o anormales en la estructura de la laringe) o con factores funcionales (conflictos emocionales o perturbaciones psíquicas).

Los trastornos de la intensidad de la voz puede ser clasificados de manera similar:

La voz emitida con intensidad inadecuada, o bien la voz producida con variaciones en intensidad que resulta inapropiada o extraña en cuanto su significado, con tecto o medio ambiente.

Los trastornos en la calidad de la voz pueden estar representadas por una escala continua que va desde la afonía hasta una fonación anormal caracterizada por resuello o roncus orgánica puede ser el primer signo de patología laríngea, los cambios de la voz se producen como consecuencia de crecimiento por el desarrollo de la laringe, en el hombre el tono más bajo de la voz que alrededor de una octava, en tanto que en la mujer se reduce dos o tres tonos, la voz del varón adolescente cambia típicamente entre los 14 y los 16 años, los niños experimentan este cambio aproximadamente dos años antes que los varones.

Son muchos los estados patológicos que pueden afectar la función laríngea y la voz durante la infancia, una voz anormal puede ser el inicio de patología laríngea, los niños con trastornos de la voz deben ser remitidos a un otorrinolaringólogo competente para su evaluación y diagnóstico.

3.- Tartamudez.- El niño tartamudo se caracteriza por inhibiciones o repeticiones espásticas de los sonidos verbales, este defecto comienza típicamente en la infancia entre los 2.5 y los 4 años y pueden ser permanentes o aparecer solo en estado de tensión, muchos tartamudos no tienen dificultades de enunciación cuando susurran o cantan, otros que tart-

711

muestran mucho en presencia de la gente, pueden hablar y leer --  
bién en voz alta cuando están solos, la tartamudez es más fre-  
cuente en el hombre, tiende a ser familiar y es inesperamen-  
te frecuente en gemelos idénticos.

Los niños que tartamudean, frecuentemente desarrollan  
temores, reacciones y ansiedad anormal con respecto al habla, -  
toman conciencia que su manera de hablar es desusada y empie-  
san a hacer todo lo posible por no tartamudear, Johnson la definió  
como una reacción anticipatoria, aprehensiva, hipertónica -  
de evasión. Al parecer este trastorno se desarrolla en niños  
esencialmente normales y en parte es precipitado por las pre-  
diciones ambientales que inducen un comportamiento de la lucha -  
interior al habla:

Son varios los factores orgánicos, hereditarios, de-  
personalidad y psicosociales que pueden desempeñar un papel en  
la precipitación, mantenimiento, reducción y aumento del pro-  
blema, se desconoce aún el mecanismo de desarrollo de la condu-  
cta de lucha interior así como el mecanismo por el cual ciertos  
factores etiológicos precipitan una ruptura en la fluidez  
del habla en los niños pequeños, los niños que tartamudean no  
son necesariamente neuróticos o mal adaptados por sí mismos, nin-  
guno fuera del habla distinguen a los miembros de las pobla-  
ciones de control.



## CONCLUSIONES.

Después de todo lo expresado, pienso que los niños con impedimento físico o mental deben ser objeto de una atención odontológica, ya que su incapacidad no hace posible su tratamiento en el consultorio dental, en la mayoría de los casos y aún cuando se presentan dificultades como sería la falta de cooperación del niño es posible utilizar la anestesia general.

En el tratamiento de los niños impedidos es de gran importancia la especial capacitación del cirujano dentista y así también como la cooperación del pediatra, y la cooperación de los padres para lograr un tratamiento eficaz en el paciente.

Se considerado también que la atención odontológica no debe resolver los problemas dentales presentes o aliviar el dolor, sino que debe llegar a la prevención por medio de la educación a los padres, y en caso de ser posible al niño mismo para lograr una higiene bucal lo más adecuada posible desde el punto de vista metabólico, estético funcional y psicológico.

De esta forma el cirujano dentista coopera en el esfuerzo por que el niño impedido tenga mayor posibilidad de adaptación a su comunidad, evitando los riesgos que significan para su salud los problemas dentales que puedan afectarles.

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

- FINN SYDNEY B.  
 "ODONTOLOGIA PEDIATRICA"
- KORT H. THOMAS.  
 "PATOLOGIA BUVAL."
- LEO FANNBER.  
 "PSIQUIATRIA INFANTIL"
- MUDONAL RAFAEL E.  
 "ODONTOLOGIA PEDIATRICA."
- MICHAEL SMITH HAROLD.  
 "PROBLEMAS PEDIATRICOS EN EL PRACTICA MEDICA"
- RONGAL FEDERICO PASQUAL DNE.  
 "NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL"
- SEYMAN JOAN.  
 "ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS."
- WEBBER JOSEF.  
 "INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA"
- SMITH DAVID W.  
 "NIÑOS CON SINDROME DE DAWNT"