



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PARA
NIÑOS IMPEDIDOS**

T E S I S

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

LUZ MARIA WONG PEREZ

MEXICO, D. F.

1981



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

I N T R O D U C C I O N

CAPITULO 1

ANTECEDENTES MEDICOS DE:

•• HEMOFILIA

1.- TIPO "A"

2.- TIPO "B"

3.- TIPO "C"

•• EPILEPSIA

1.- GRAN MAL

2.- PEQUERO MAL

•• RETRASO MENTAL

VARIETADES ESPECIFICAS

1.- SINDROME DE DOWN

2.- CRETINISMO

3.- FENILCETONURIA (OLIGOFRENIA FENILPIRUVICA)

4.- GALACTOSENIA

5.- GARGOLISMO

6.- DISPLASIA ECTODERMICA ANHIDROTICA

7.- ENFERMEDAD DE HELLER (DEMENCIA INFANTIL)

8.- RETRASO MENTAL SIMPLE

- SORDERA
- MALFORMACIONES CARDIOVASCULARES CONGENITAS
- PARALISIS CEREBRAL
 - 1.- ESPASTICIDAD
 - 2.- ATETOSIS
 - 3.- ATAXIA

CAPITULO II

MANIFESTACIONES ORALES	29
------------------------------	----

CAPITULO III

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES IMPEDIDOS	35
--	----

CAPITULO IV

PREMEDICACION	74
---------------------	----

CAPITULO V

ANESTESIA GENERAL	80
-------------------------	----

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Dentro del término de la comunidad, el Odontólogo debe incluir también al niño impedido, estos ocupan un grupo relativamente pequeño pero más de una vez debe tratar a uno o más de ellos.

Las palabras "NIÑO IMPEDIDO" denotan un nivel que debe encuadrarse dentro de lo que se entiende por estado físico, mental y social.

Los niños con impedimentos médicos están aumentando numéricamente como consecuencia de los grandes adelantos en: Pediatría. Están sobreviviendo pequeños que en otra época hubieran muerto y aún aquellos con impedimentos bastante graves están llevando su vida dentro de la unidad familiar.

Niños físicos y mentalmente impedidos están recibiendo más atención para entrenarlos a ser más independientes y adecuarlos en la comunidad. Estos grupos necesitan tratamiento odontológico de la mejor calidad como parte de su cuidado general y, pasarlo por alto es una seria omisión, -- que crean un impedimento odontológico mayor de los que sería en un niño normal.

Los problemas dentales asociados a estos niños son generalmente los que afectan a un niño normal. Son comúnmente más severos debido a la negligencia, los factores causales de esta negligencia parecen ser la ignorancia de los problemas dentales que pueden desarrollarse y la aversión por parte de sus padres de llevar a estos niños a tratamiento y procedi-

mientos adicionales no relacionados con su problema principal.

La familia de este tipo de niños tiene siempre problemas asociados, tales como pocos medios para hacer los tratamientos dentales, problemas emocionales entre sus hermanos, que afectan al mismo, y más aún la desunión entre los padres que hacen que el niño quede desahogado.

Como ningún paciente puede ser tratado correctamente salvo que se disponga de una información adecuada sobre su estado, en este trabajo se da en primer plano un resumen de los antecedentes médicos de cada uno.

Ya seguido por un informe de las manifestaciones orales y de los problemas dentales que el niño pudiera presentar, finalmente se orienta sobre el tratamiento odontológico y como tratar las dificultades especiales de cada uno.

CAPITULO I

HEMOFILIA

Es una alteración de los factores plasmáticos de la coagulación. El término engloba varios trastornos con la misma sintomatología, caracterizada por extravasaciones de sangre desproporcionada a la causa incidental que las motiva.

1. HEMOFILIA TIPO "A" O CLASICA

Es una enfermedad hereditaria propia de varones y caracterizada por la presentación de hemorragias cutáneas, musculares, articulares, mucosas y viscerales provocadas por traumatismos a veces insignificantes. La dolencia evoluciona con retardo en la coagulación sanguínea. Su patogenia depende fundamentalmente de la falta en el plasma de la globulina antihemofílica o factor VIII.

La incidencia de la hemofilia A en los varones viene a ser del orden de 1/10,000.

SINTOMATOLOGIA

Hemorragias repetidas en la piel, tejidos profundos, mucosas y, sobre todo articulaciones. Muchos niños revelan su hemofilia al empezar a caminar y recibir, con las consiguientes caídas, los primeros golpes. - Los traumas craneales provocan hematomas subdurales de evolución fatal, de no ser identificados y oportunamente tratados.

Una característica esencial de la hemorragia de la hemofilia consiste

te en su caracter provocado. La hemorragia subcutánea es la más frecuente, adquiriendo la forma de hematoma. En las hemorragias intraarticulares, las grandes articulaciones son las más afectadas, especialmente las de los miembros inferiores el tobillo, la cadera y sobre todo la rodilla.

EXAMENES HEMATICOS

Tiempo parcial de tromboplastina y el tiempo de coagulación se encuentran muy prolongados, en cambio el tiempo de sangrado, el número de plaquetas y las pruebas de fragilidad capilar son normales.

TERAPEUTICA

Tratamiento de reposición.

Existen en el comercio dos concentrados del factor VIII.

a) CRIOPRECIPITADO.- Si se congela plasma y luego se le deja derretir lentamente hasta 4°C, el fibrinógeno y el factor VIII permanecen en los cristales de hielo que son los últimos en disolverse.

El crioprecipitado, que se guarda congelado, se disuelve de nuevo en unos 10 cm. de solución salina isotónica inmediatamente antes de su empleo.

b) CONCENTRADOS LIOFILIZADOS PREPARADOS DE PLASMA DE BANCO.- Se encuentran a menudo en el comercio en frascos que contienen 250 u. ó más de factor VIII. Se disuelve el contenido del frasco hasta 25 cm. Aunque son de empleo más cómodo que los crioprecipitados, estos concentrados preparados a partir de grandes cantidades de plasma de banco implican un gran peligro de transmitir hepatitis a un paciente que no haya sufrido anteriormente hepatitis sérica.

2. HEMOFILIA TIPO "B" O CARENCIA DE FACTOR IX

En esta el plasma carece de componente de la tromboplastina llamado PTC ó factor IX. El proceso es asimismo una heredo patia recesiva ligada al sexo masculino.

Las hemorragias suelen manifestarse ya a los pocos meses de nacer. - Son de tipo hemofílico clásico y por lo regular graves. Estriban en sufr siones y hematomas exensos, hemoartritis, epistaxis, hematemesis y melenas, hematurias, hemorragias retroperitoneales y hasta en la medula espinal y cráneo.

EXAMENES HEMATICOS

Tiempo de coagulación alargado con tiempo de protrombina normal, --- tiempo de sangría normal.

El test de generación de tromboplastina es anormal.

El pronóstico, en general es menos grave que en el caso de la hemofilia A.

TRATAMIENTO

Suministro de plasma fresco o congelado. En caso de anemia lo mejor es la transfusión de sangre entera y fresca.

3. HEMOFILIA TIPO "C" POR DEFICIENCIA XI O PTA

Se presenta con frecuencia mucho mayor, pero no exclusivamente, en judíos, y dado que se hereda como rasgo autosómico recesivo, puede afectar indistintamente hombres y mujeres.

El déficit del factor XI es menos grave que las hemofilias A y B en

el sentido de que las hemorragias graves "espontáneas" se presentan pocas veces, y que las hemorragias de las articulaciones son raras y -prácticamente inexistentes. No obstante, el enfermo sangra a veces durante días tras una intervención quirúrgica o extracción dentaria.

Los resultados de las pruebas selectivas tiempo de tromboplastina --parcial alargado y las demás normales.

La hemorragia se trata con plasma fresco o congelado.

OTROS ASPECTOS DEL TRATAMIENTO

En la asistencia del paciente hemofílico hay que tener en cuenta también los siguientes aspectos.

1.- Evitar fármacos susceptibles de perturbar la función plaquetaria sobre todo la aspirina, que aumenta la tendencia hemorrágica, el acetaminofén (Tylenol) o el propoxifeno (Darvon) se utilizan a veces para la analgesia, sin que prolongue el tiempo de hemorragia.

2.- Evitar inyecciones intramusculares. Todo paciente con tendencia hemorrágica que necesite medicamentos habrá de recibirlos por vía oral o intravenosa.

3.- Otros agentes terapéuticos considerados para prevenir hemorragias graves y potenciar las transfusiones son las siguientes:

Corticosteroides: Disminuyen el dolor en la hematosis, limitan --los riesgos en las extracciones dentarias y en pacientes con hematomas.

Antifibrinolíticos: El ácido epsilonaminocaproico parece eficaz para evitar el sangrado en intervenciones quirúrgicas o en extracciones dentarias.

EPILEPSIA

La magnitud del problema de la epilepsia y su importancia en nuestra sociedad difícilmente puede exagerarse.

La epilepsia es un trastorno intermitente del sistema nervioso, debido probablemente a la descarga brusca, excesiva y desordenada de las neuronas cerebrales. Esta descarga trae como consecuencia el trastorno casi instantáneo de la sensibilidad, pérdida de la conciencia, movimientos convulsivos o alguna combinación de estos. La epilepsia principia a cualquier edad.

1. LA CONVULSION GENERALIZADA (GRAN MAL, EPILEPSIA MAYOR)

El paciente percibe su posible aproximación por muchas sensaciones subjetivas. Durante algunas horas se siente apático, deprimido, irritable, o al contrario, extraordinariamente alerta y aún en éxtasis.

El estremecimiento y el dolor de cabeza, con otros síntomas prodromáticos, y las contorsiones mioclónicas, esto es, los movimientos bruscos que afectan uno u otro miembro o el tronco, a veces preceden algunas horas a la convulsión.

La convulsión generalizada, ataque o crisis principia con pérdida brusca de la conciencia y con caída al suelo. Toda la musculatura experimenta un espasmo violento. Los ojos se vuelven hacia arriba o a un lado, la cara está contorsionada, el maxilar inferior fuertemente cerrado,

a menudo con mordedura de la lengua y escurrimiento de saliva ó sangre - de los labios. Los brazos, las piernas, la cara y la cabeza se sacuden - con violencia. Después de uno ó dos minutos, los movimientos, se hacen - más lentos, luego irregulares y, finalmente, cesan. El paciente, enton- ces, entra en un período de relajación, respira profundamente y suda en forma profusa. Sobreviene un estado de coma prof. y, aún el dolor más intenso no provoca respuesta.

A menudo, el enfermo cae en un sueño profundo. El dolor de cabeza es otro síntoma frecuente después de los ataques. El paciente mismo no se - da cuenta de lo que ha pasado o, cuando más, sólo recuerda el aura.

2. PEQUERO MAL (EPILEPSIA MENOR)

En contraste con los ataques generalizados, estos ataques son tan -- breves que a menudo pasan inadvertidos.

El ataque aparece sin advertencia y consiste en la pérdida brusca de la conciencia. La persona está inmóvil con la mirada fija, con imposibi- lidad para hablar y para responder a las órdenes, y son los áuricos sig- nos de anormalidad. En contraste con el gran mal, la falta de trastornos motores es característico, ó cuando mucho solo se observan algunas con- tracciones ligerísimas de los párpados y de los músculos faciales, así - como sacudidas de los brazos a la velocidad de unas tres contracciones - por segundo por lo general, el paciente no cae, y continúa haciendo ac- tos tan complejos como caminar durante el ataque. Después de 2 a 15 ó -- más segundos, la conciencia se recupera súbita y completamente, y el en- fermo reanuda cualquier actividad que estimulera ejecutando antes del ata

que, Para él sólo hay un espacio en blanco, "una ausencia" en la corriente de su conciencia.

CAUSAS QUE PROVOCAN LA EPILEPSIA

Casi todos los tipos de lesión cerebral pueden causar ataques, tumores cerebrales, traumatismo cerebral, enfermedad vascular cerebral, infecciones cerebrales, enfermedades degenerativas, defectos congénitos -- del desarrollo del cerebro, enfermedades metabólicas, intoxicaciones por fármacos.

TRATAMIENTO

Poco se ha logrado en la terapéutica, la cirugía ha fracasado. Los medicamentos usados en la actualidad son los barbitúricos, los bromuros, el hidantoinato sódico, el tridione, los tranquilizantes del tipo de la benzodiazepina, la reserpina, etc.

Más importancia que a los medicamentos debe concederse a las condiciones de ambiente que sean apropiadas para cada niño; aislamiento de -- los factores estimulantes, educación en centros especializados, vigilancia médica periódica, adaptación social específica, colocación en gran-- jas, etc.

RETRASO MENTAL

El problema clínico del retraso mental es uno de los más difíciles, y para los padres constituye uno de los trastornos más terribles. El padre y la madre con cierta capacidad, no tardan en darse cuenta de cualquier signo de posible lesión cerebral, y a menudo se alarman al observar que el desarrollo de su hijo no es normal. El retraso para ponerse de pie, caminar, pronunciar las primeras palabras, así como la dificultad para adquirir los hábitos más elementales de higiene, suelen ser signos reveladores de debilidad mental.

Es necesario investigar con todo cuidado la existencia de trastornos como ceguera, sordera, defectos congénitos del lenguaje y defectos motores, ya que cualquiera de ellos puede ser responsable de un retraso aparente del desarrollo mental, al entorpecer el proceso de aprendizaje.

Para un buen diagnóstico es necesario contar con los datos clínicos necesarios, historia clínica cuidadosa con el objeto de determinar si el trastorno es de carácter progresivo o no, exámen físico para investigar anomalías del desarrollo en el cráneo, esqueleto, corazón, etc.

CARACTERES CLÍNICOS

El retraso mental se manifiesta tanto en las actividades motoras como en el lenguaje, comportamiento social y desarrollo intelectual. El niño con debilidad mental grave (idiotas) el cociente de inteligencia es menor de 20 y nunca será capaz de bastarse a sí mismo; es incapaz de --

sentarse, caminar e incorporarse, y si acaso logra cualquiera de estas actividades motoras lo hará en forma tardía e imperfecta. No domina el lenguaje y a lo sumo aprende y pronuncia unas cuantas palabras. No hace nada en busca de bienestar. El crecimiento físico se demora, la nutrición es insuficiente. Nunca logran el control esfinteriano. En este grupo son comunes las deformidades físicas, las cuales hacen sospechar que la enfermedad cerebral comenzó en el periodo prenatal por una alteración genética ó un padecimiento que se desarrolló durante las primeras doce semanas del embarazo.

Si la deficiencia mental es menos intensa, con un coeficiente de inteligencia de 20 a 50 (imbécil), ó de 50 a 70 (morón), y no se acompaña de trastornos motores específicos, en muchos casos el niño aprenderá a sentarse, caminar y hablar, aunque en forma tardía.

Los niños con retraso ligero (C.I. 50 a 70) crecen y se desarrollan en forma no muy distinta de lo normal, y es posible adiestrarlos en algunas ocupaciones. Algunos pueden trabajar bajo supervisión cuidadosa. Todos los fines de educación son infructuosos y el adiestramiento vocacional es más útil que otros tipos de educación.

VARIETADES ESPECÍFICAS DE RETRASO MENTAL

1. SÍNDROME DE DOWN, MONGOLISMO, TRISOMÍA 21, TRISOMÍA DEL GRUPO G.

Enfermedad genética o hereditaria que se caracteriza por debilidad mental y aspecto típico de las facies (hendiduras palpebrales estrechas epicantho), cuya etiología puede ser por un ovulo viejo fecundado, ovulo

retenido que ya no presenta la función normal es fecundado. La fisiopatología de este síndrome es un cromosoma extra en el grupo G, ó pueden ser 46 cromosomas pero puede haber traslocación del material cromosómico 21/15.

El cuadro clínico se caracteriza por dirección oblicua de la abertura palpebral, epicanto, nariz en silla de montar, deficiente modelado -- del pabellón de la oreja, pliegues típicos de las manos y de los dedos, cuello corto con pliegues cutáneos en la nuca, occipucio plano, dedos -- cortos (braquidactilia), fálange del dedo meñique corto, pliegue simiesco, hipotonía muscular. Además hay tendencia a otras malformaciones -- congénitas (cardíacas, óseas, etc.).

Son enfermos muy susceptibles a las infecciones y procede a vacunarse contra todas. Sus principales complicaciones son el hipotiroidismo, ceguera cora valga, cojera y estenosis duodenales.

El pronóstico es favorable hasta excelente. Deben ser tratados con tiroidina y ácido glutámico. Deben ser educados en ambiente familiar.

2. CRETINISMO

El hipotiroidismo puede ser primario (insuficiencia de la glándula tiroidea) ó secundaria (insuficiencia del lóbulo anterior de la hipófisis). El primario cuando es congénito, origina el cuadro clínico del cretino.

La insuficiencia hormonal se debe a destrucción de la glándula tiroidea por alguna enfermedad ó por algún procedimiento que suprima la función tiroidea (tiroidectomía, yodoterapia radioactiva ó radiación exter-

na).

Los signos y síntomas del cretinismo pueden advertirse clínicamente desde el nacimiento, ó en general en el transcurso de los primeros meses del período neonatal; ello depende de la magnitud de la insuficiencia tiroidea.

Los niños son enanos, gruesos y obesos, con nariz chata y ancha, los ojos están separados debido a una anomalía en el desarrollo nasoorbital; las manos son cortas y anchas, la actividad intestinal y el tono muscular están disminuidos.

Durante la infancia llaman la atención la facies característica, el llanto ronco, la lengua grande, el vientre abultado y la hernia umbilical, que sugieren el diagnóstico de deficiencia tiroidea de grado variable.

El diagnóstico y el tratamiento deben hacerse lo más pronto posible ya que el desarrollo en general, y particularmente el mental está en relación directa con la edad en que se inicia el tratamiento es tiroides desecado.

3.- FENILACETONURIA (OLIGOFRENIA FENILPITRUVICA)

Es un trastorno metabólico causado por una deficiencia hereditaria de la fenilalanina hidroxilasa, y un síndrome de deficiencia mental.

La principal manifestación de fenilacetomuria es el retardo en el desarrollo mental, por lo común grave. Otras anomalías que en ocasiones se encuentran son temblores, ataques, hipotonía muscular, y anomalías en el electroencefalograma. Hay pigmentación reducida de la piel, el pe-

to y los ojos. En el tratamiento, las anomalías bioquímicas se pueden corregir impidiendo la acumulación de fenilalanina. Esto se hace con una dieta especial. Se ha obtenido desarrollo normal en algunos pacientes tratados desde la infancia. Se tiene muy poca mejoría si el tratamiento se inicia tardíamente, y su principal objetivo será el de prevenir que haya más deterioro intelectual posteriormente.

4. GALACTOSEMIA

Es una alteración congénita del metabolismo, provocada por alteración de la conversión de galactosa a glucosa y sus derivados. No se ha determinado la frecuencia exacta de esta enfermedad, pero los datos más recientes indican que se pueden presentar tan frecuentemente como un caso en 18 000 nacimientos.

La enfermedad se manifiesta poco después del nacimiento cuando el niño es expuesto a la galactosa (en forma de lactosa) de la leche de vaca o materna.

Aparecen vómito y diarrea, desnutrición e imposibilidad para succión. La ictericia es evidente, lo mismo que el crecimiento del bazo y el hígado. El cuadro clínico se puede confundir con una hepatitis. Si la ingestión dietética de leche continúa, se forman cataratas, seguidas de retraso mental. Estas aparecen después de 3 ó 4 semanas de vida; pasan varios meses antes de que sea reconocido el retraso mental. Cuando los niveles de galactosa son muy altos en sangre se presentan episodios de hipoglucemia acompañados de convulsiones.

Si el niño es examinado poco después de la ingestión de la leche, se encuentra galactosa en la sangre y la orina.

Todo el cuadro clínico puede involucrar por completo cuando la galactosa se suprime de la dieta. La ictericia mejora y disminuye la hepatosplenomegalia. Las cataratas mejoran mucho, y de hecho pueden desaparecer por completo con una dieta que no contenga galactosa. Por desgracia el retraso mental dura toda la vida, ya que no es reversible.

El tratamiento de esta enfermedad consiste en la exclusión de la dieta de galactosa y de los alimentos que la contienen.

Los pacientes deben continuar con su dieta hasta que hayan alcanzado desarrollo físico y neurológico completo.

5. GARGOLISMO

Consiste anatómicopatológicamente en producción anormal del tejido conjuntivo que ocasiona deformaciones esqueléticas y deterioro mental, así como opacidad corneal.

La actitud y las facies de estos pacientes son llamativas por lo grotescas, ya que todo el organismo se encuentra afectado. La cabeza es --- grande, las órbitas separadas, los dientes igualmente separados, y deformes, los labios gruesos, las piernas como semiflexionadas, miembros pequeños, las manos y los dedos anchos, la piel de la cara levemente edematosa, gruesa y seca, la columna vertebral rígida, el bazo y el hígado anormalmente grandes, el ombligo casi siempre con hernia, las caderas raras, el desarrollo mental deteriorado.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con hipotiroidismo; en algunos casos coinciden ambos padecimientos.

6. DISPLASIA ECTODÉRMICA ANTIROTICA

Es un trastorno congénito que afecta en mayor o menor grado a los tejidos de origen ectodérmico.

Hay muchos datos en el sentido de que la enfermedad es de carácter hereditario ligado al sexo.

Muchos de los pacientes de los casos publicados han sido débiles mentales.

El síndrome se caracteriza por cabello escaso y delgado en cuero cabelludo, ausencia de cejas, nariz asillada y aplanada, rinitis atrófica, orejas sobresalientes, piel seca y encostrada incapacidad para sudar.

Por la ausencia de glándulas sudoríparas, el sistema de enfriamiento del cuerpo se daña; estos niños presentan incapacidad para tolerar el calor y tendencia a desarrollar temperaturas pronunciadamente elevadas con infecciones, de otro modo sería leve.

Por el exceso de temperatura corporal, no es raro encontrar convulsiones en la infancia. Por la ausencia de glándulas mucosas en la mucosa nasal, esta membrana está constantemente infectada, y se caracteriza por la presencia de incrustaciones secas y OCEÑA.

Las bases neuropatológicas del padecimiento se desconocen.

TRATAMIENTO

Desafortunadamente, hasta el momento la terapéutica de estos pacientes es únicamente paliativa: Protegerlos de cambios bruscos de temperatura y evitar climas calurosos, previniendo así infecciones de vías respiratorias y cuadros febriles.

La ausencia de lacrimación y la fotofobia secundaria a la ausencia de pestañas puede mejorar con la aplicación de metilcelulosa y el uso de

lentes oscuros.

Algunos autores sugieren el trasplante autólogo de hueso en nariz para mejorar las complicaciones por la deformidad de la misma.

Indudablemente la orientación psicológica del paciente y de sus familiares juega un papel importante ya que algunos de ellos tienen el C.I. normal y están capacitados para lograr una vida útil y gratificante.

7. ENFERMEDAD DE HELLER (DEMENCIA INFANTIL)

Este trastorno es de etiología dudosa. Por regla general comienza -- cerca de los 3 años de edad, observándose cambios de carácter sin causa justificada. Son notables la irritabilidad, el negativismo, la desobediencia y las explosiones temperamentales injustificadas. La inquietud y la destructividad también son síntomas sobresalientes. En pocos meses -- pierde por completo el habla, así como la capacidad para comprender las palabras. El niño gesticula y adquiere movimientos que recuerdan a los de un tic, pero las funciones sensitiva y motora se conservan. El control -- esfinteriano desaparece y la regresión de las funciones mentales superiores prosigue hasta una etapa de idiocia.

Muchos de los pacientes llegan a la edad adulta, pero deben permanecer en instituciones adecuadas. Los caracteres patológicos de este padecimiento no se conocen del todo.

8. RETRASO MENTAL SIMPLE

Este tipo incluye la gran mayoría de los niños con deficiencia mental de etiología indeterminada que no muestra anomalías craneovertebrales ni neurológicas. El grado de deficiencia tiende a ser ligero (morfo,

débil mental, educable) ó moderado (imbecil, disciplinable). El aspecto físico de estos niños no difiere mucho del normal, aunque varias de las características que ya describiremos para los retrasados mentales también se observan las crisis convulsivas en éstos niños son mucho más frecuentes que en la población normal. Su capacidad para valerse por sí mismos, a pesar de su poca inteligencia, depende de la efectividad de la enseñanza y de lo apropiado del medio en que se los coloque.

Este tipo de deficiencia mental a menudo se observa en familias en que uno ó ambos padres tienen cierto retraso mental. Los factores etiológicos del retraso mental simple probablemente son múltiples. La anatomía patológica es variable, es decir, hay casos en donde no se observa "ninguna lesión" y otros en donde hay varias anomalías macro y microscópicas

SORDERA

La sordera es de dos tipos.

1.- Sordera nerviosa.

2.- Sordera de conducción por enfermedad del oído medio.

En la sordera nerviosa los tonos altos se pierden y en la sordera -- del oído medio no se perciben los tonos bajos, pero hay muchas excepciones a esta regla.

Las causas más comunes de sordera del oído medio son la otitis media, rotura de la membrana del tímpano. La sordera nerviosa obedece a múltiples causas. El oído interno puede ser aplásico desde el nacimiento (-- sordomudez hereditaria) ó bien si la madre sufre rubéola durante el embarazo, también puede quedar lesionado. Las meningitis agudas purulentas y las infecciones crónicas que se extienden al oído medio son causas comunes de sordera en la infancia.

Las enfermedades infecciosas, como la parotiditis epidémica, sarampión, difteria y escarlatina, son causas frecuentes de sordera en la primera infancia.

Lesiones auditivas tóxicas diferentes medicamentos poseen una notable acción tóxica sobre el oído. Se encuentra entre ellos los salicilatos, si se emplean en dosis elevadas; la quinina y diversos antibióticos (estreptomina, neomicina, kanamicina y gentamicina) si son empleados durante mucho tiempo acarreamos hipocousia.

EL NIVEL AFECTO DE HIPOCAUSIA Y SORDOMUDEZ

Los niños nacidos sordos ó que lo han sido precocemente antes de asimilar el lenguaje no pueden aprender a hablar sin especial ayuda y quedan retrasados en todo su desarrollo general.

Causas anteriores al nacimiento y que actúan durante este período y otras infecciones víricas de la madre en los primeros tres meses de la gestación, lésas congénitas, malformaciones anómalas rafeles y hemorragias cerebrales durante el parto, ictericia de los recién nacidos (incompatibilidad Rh), defectos congénitos, infecciones de la primera infancia.

Frecuencia.- Según las estadísticas efectuadas en niños de edad escolar: hipocausia y sordera unilateral hereditaria, aproximadamente 1 %; - intensa hipocausia bilateral que requiere una enseñanza especializada, - 0.35%.

DESCUBRIMIENTO PRECOZ

Ya en las primeras semanas de vida pueden advertirse en el lactante, al realizar ruidos fuertes, reflejos del cuerpo y de la cabeza como signos seguros de excitabilidad acústica. En caso de ausencia de tales reflejos es preciso establecer precocemente contacto con los centros de asesoramiento a fin de comprobar, mediante un análisis objetivo, el grado de perturbación del oído.

TRATAMIENTO

Prescripción de aparatos auditivos ya a partir del segundo año de la vida. En la edad preescolar, se requiere un adiestramiento de la audición y del lenguaje.

MALFORMACIONES CARDIOVASCULARES CONGÉNITAS

Pueden considerarse como malformaciones cardiovasculares congénitas a las alteraciones anatómicas debidas a perturbaciones en el desarrollo embrionario del corazón, de los grandes vasos, o de ambos, que en cualquier etapa de la vida pueden dar lugar a trastornos funcionales hemodinámicos.

Habitualmente son cuadros clínicos complejos, a veces de difícil diagnóstico, con frecuencia de pronóstico grave, para los cuales existe en la actualidad una amplia gama de recursos terapéuticos capaces de corregir las lesiones, mejorarlas funcionalmente o detener sus consecuencias.

El estudio de las malformaciones cardiovasculares requiere el conocimiento del desarrollo embrionario de estos órganos, ya que se sabe -- que a la segunda semana de la etapa embrionaria se inicia su formación y alrededor de la cuarta puede considerarse que ya existe un sistema circulatorio funcional que seguirá su desarrollo hasta después de que el niño nace. Cuando este proceso se detiene o es alterado da lugar a una anomalía de mayor o menor grado. Ese desarrollo también puede estar influenciado por factores genéticos cuyo mecanismo no está todavía bien esclarecido.

FRECUENCIA.- Numerosas estadísticas han revelado la importante incidencia de malformaciones cardiovasculares en recién nacidos vivos (11--

chard encuentra 0.83% en 6,053 casos) o autopsiados (M. Abbott). Otros - autores como McMahon encuentran 3 casos en 1,000 niños al nacimiento y 1 entre 1,000 de 10 años; G. Chaves R. informa proporciones de 2 a 3 por - cada 1,000 nacidos en el Hospital de Ginec Obstetricia La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Estas malformaciones congénitas se dividen generalmente en dos gru-
pos:

1.- CARDIOPATIA CONGENITA ACTANOTICA

Los pacientes de este grupo sufren corto circuito de derecha a iz-
quierda, y diversidad de defectos cardiacos, como defecto del tabique au-
ricular, defecto del tabique ventricular, estenosis aórtica congénita, -
conducto arterioso permeable y estenosis pulmonar.

2.- CARDIOPATIA CONGENITA CIANOTICA

Los pacientes de este grupo nacen con defectos que causan corto cir-
cuito de derecha a izquierda, y al hacer ejercicio se vuelven cianóticos
Ejemplos de defectos cardiacos comprendidos en este grupo son: transpo-
sición de los grandes vasos, atresia de la válvula tricúspide y tetralo-
gía de Fallot.

DIAGNOSTICO

La sospecha, o a veces la confirmación, de que un niño sufre alguna --
cardiopatía congénita se establece por los datos del examen médico: ins-
pección, interrogatorio, exploración física, principalmente auscultación
del área cardiovascular, pero sólo se podrá precisar el tipo, sitio y --
magnitud de la anomalía cuando se valoran los resultados de los estudios
cardiológicos: electrocardiograma, fono y vectocardiografía, radiografi-

as fluoroscopia de tórax, o seriografía biplanar con medio de contraste, así como los hemodinámicos: gasometría, y presiones de cavidades cardíacas, curvas de dilución, mediante cateterismo, y los de la cineangiocardiógrafa.

Los datos clínicos tienen la mayor importancia, y a veces por sí solos permiten orientar y aún establecer el diagnóstico.

Sus manifestaciones pueden agruparse en:

a) Signos generales: desnutrición secundaria, talla corta, peso bajo, etc. tendencia muy acentuada a enfermedades infecciosas que agravan la situación y precipitan a la defunción.

b) Signos de alteración hemodinámica sistémica: cianosis causada por contaminación sanguínea venoarterial o por insaturación en el terreno alveolocapilar; fatiga, disnea, policitemia, tendencia a ciertas posturas como la de permanecer en cuclillas signos de anoxia tisular, principalmente en sistema nervioso central, náusea, palidez, dedos en palillo de tambor, etc.

c) Signos de alteración hemodinámica pulmonar, que incluyen todos los que hacen evidente el compromiso de la circulación pulmonar desde la discreta hipoventilación de difícil identificación, hasta el dramático cuadro de edema pulmonar agudo.

d) Signos de alteración hemodinámica cardíaca, como son los hallazgos clínicos comunes: soplos, choque visible y palpable, trill, fibriléticos, alteraciones en los ruidos cardíacos, etc., así como modificaciones en fono, vecto y electrocardiogramas.

e) Signos localizados específicamente a otros territorios, como son las alteraciones del pulso, la tensión arterial, el hipocretismo

digital, la hepatomegalia, la esplenomegalia, alteraciones en la microcirculación.

-

PARALISIS CEREBRAL

En este tipo de defectos neurológicos los grandes trastornos de la función motora, generalmente no progresivos, ya existen desde la infancia. El término popular con que se nombra a estos trastornos es el de parálisis cerebral.

El nombre no es del todo adecuado, ni constituye una entidad dentro de la cual pueden clasificarse los trastornos nerviosos, ya que éstos difieren ampliamente tanto desde el punto de vista etiológico como anatómico. Las formas hereditaria y adquirida, la intratentorial, la natal y la postnatal pierden su identidad. Sin embargo, el término se ha adoptado como lema en las sociedades y funciones dedicadas a impulsar la rehabilitación de estos enfermos.

Los tipos más comunes de disfunciones neuromusculares son espasticidad, atetosis y ataxia.

1. ESPASTICIDAD

El fenómeno de espasticidad es otra característica de las lesiones de neurona motora superior, y se debe a liberación de los mecanismos reflejos espinales. La espasticidad no aparece inmediatamente después de una lesión brusca, sino que se desarrolla en forma gradual en el transcurso de unas cuantas semanas. Hay casos excepcionales en los cuales -- los miembros paralizados permanecen flácidos. La espasticidad afecta --

más algunos que a otros. En general, el brazo se mantiene en posición de flexión y cualquier intento para extenderlo encuentra cierta resistencia que es máxima al comienzo y después cede.

La pierna se mantiene en posición extendida y resiste a la flexión pasiva. Si los miembros se mueven a otra posición, ya sea de flexión o extensión, se quedan en esta postura. Cuando los pacientes han sufrido una parésia por lesión de la vía piramidal, no es raro que ejecuten movimientos asociados al intentar hacer algún movimiento voluntario con el miembro debilitado al intentar flexionar el brazo, resulta pronación involuntaria; ó cuando la pierna hemipléjica es flexionada el pie se dobla automáticamente hacia arriba y hacia afuera.

La espasticidad, es observada aproximadamente en un 40 % de niños con parálisis cerebral.

2. ATETOSIS

Consiste en la aparición de una serie de movimientos involuntarios combinados y, sobre todo, de extensión de los dedos de la mano con flexión pasada de la misma y del antebrazo (como una reptación) ó bien de extensión y separación de los dedos con abducción y supinación forzada del antebrazo (movimientos tentaculares). Los movimientos son, sobre todo, de las extremidades superiores y se efectúan lentamente, pareciendo por su estilo peristálticos ó la reptación de los gusanos ó el movimiento de los tentáculos del pulpo. Son movimientos tónicos pero amplios.

No se puede conservar una postura a causa de los movimientos continuos, lentos, vagos, sísmicos. Son más manifiestos en los dedos y en las

manos, pero con frecuencia también se observan en la lengua, la garganta y la cara.

Existe una hipotonía muscular que permite la hiperextensión de las articulaciones; se aprecia, además, hiperreflexia.

Se distinguen varias formas de atetosis:

a) Atetosis Doble (6 congénita, ideopática).

Es bilateral y comienza en la primera infancia, siendo casi siempre consecuencia de la parálisis cerebral infantil congénita motora, mareas faciales y lenguaje disfónico disartrico con tartamudeo sibilico; no los denotan debilidad mental ni idiocia.

b) Atetosis Sintomáticas.

Suelen ser hemilaterales y menos puras, pues a menudo se asocian a movimientos corticos. Esta atetosis, aunque puede ser bilateral, difiere de la doble ideopática en que evoluciona con signos piramidales (signo de Babinski con separación de los dedos en abanico).

El único tratamiento consiste en sossegar la hipermotilidad reptante. Se observa aproximadamente en unos 45% de los niños con parálisis cerebral.

3. ATAXIA

La ataxia o pérdida de la coordinación muscular, es característica de aproximadamente 10 de cada 100 niños con parálisis cerebral. Esta pérdida de coordinación muscular produce falta de equilibrio y marcha insegura.

Surge sobre todo por la dificultad de coordinar los movimientos de las piernas, con los de balanceo del cuerpo, al marchar. La ataxia cere

belosa es una ataxia "por trastornos de la integración". Caminan como --
berdos, mostrando dismetrias y temblores, sin taconco. No suelen sentir
vértigo. Pero a pesar de que miran mucho a sus pies, no logran corregir
su ataxia.

Diagnóstico diferencial de las parálisis.

El estudio diagnóstico de las parálisis se simplifica mediante las --
siguientes subdivisiones que se relacionan y distribución d: la debili-
dad.

1.- MONOPLEJIA.- Este término se refiere a la debilidad ó parálisis
de todos los músculos de un miembro ya sea en un brazo ó una pierna. No
debe emplearse para las parálisis de músculos aislados ó de grupos, de --
músculos inervados por un sólo nervio ó raíz motora.

2.- HEMIPLEJIA.- Esta es la distribución más común de la parálisis;
pérdida de la fuerza en un brazo, pierna y algunas veces en la cara, e:
un lado del cuerpo.

3.- PARAPLEJIA.- La paraplejia indica debilidad ó parálisis de ambas
piernas. Se encuentra más comunmente en las enfermedades de la médula es-
pinal.

4.- CUADRIPLÉJIA.- Esta indica debilidad de las cuatro extremidades.
Se debe a lesiones que afectan a los nervios periféricos, la sustancia --
gris de la médula espinal ó ambas vías corticoespirales de la porción --
cervical de la médula, la parte superior del tallo cerebral ó el cerebe-
lo.

CAPITULO 11

MANIFESTACIONES ORALES

HEMOFILIA

Los pacientes con hemofilia A sangran excesivamente en caso de traumatismos de la boca, como heridas de la lengua ó extracciones dentarias.

La hemorragia como ya se mencionó anteriormente, es un rasgo frecuente en muchos sitios de la cavidad bucal, y la gingival puede ser masiva y prolongada. Hasta los procesos fisiológicos del brote y caída de los dientes se producen con una hemorragia prolongada.

EPILEPSIA

Frente a cicatrices ó traumatismos amplos de cara y los labios y en particular de la lengua, el dentista debe pensar en epilepsia.

Los pacientes epilépticos muchas veces rechinan los dientes por la noche (bruxismo).

No es raro que se fracturen los dientes o se desplacen durante un ataque.

HIPERPLASTA GINGIVAL POR DILANTIN

Se utiliza mucho en el tratamiento de la epilepsia el difenilhidantoinato de sodio (DILANTIN). Uno de los efectos colaterales de este fármaco es una hiperplasia gingival considerable. Se ignora la causa de esta alteración de las encías, aunque existen varias hipótesis al respecto. Los duros tejidos que muestran estas respuestas son los de la encía.

Estas modificaciones gingivales se presentan inicialmente en las papilas interdentes. Pero en las lesiones avanzadas, la proliferación es tanta que la encía cubre casi completamente los dientes. El paciente tiene pocas quejas. El tejido hipertrofiado es duro, de color rosa pálido, con una superficie queratinizada gruesa. Son raras el sangrado, la inflamación y la infección secundaria.

En caso de hiperplasia de larga duración por Dilantin, puede aparecer maloclusión progresiva. Como cambio tardío e inconstante, puede mencionarse la resorción del hueso interseptal. La hiperplasia por dilantin tiene consecuencias estéticas indeseables, y además dificulta la higiene bucal y en ocasiones la propia masticación.

RETARDO MENTAL

Con excepción de los mongoloides, cretinos y niños que padecen displasia ectodérmica anhidrótica y síndrome de Hunter Hunter, los pacientes retardados mentales no sufren problemas dentales característicos. Sin embargo, por su mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos sufren índices de caries y enfermedades periodontales más elevados que los niños normales.

SINDROME DE DOWN

Algunos de los hallazgos dentales encontrados en pacientes afectados por este síndrome son erupción tardía de piezas caducas, exfoliación temprana de las mismas, incisivos laterales defectuosos o ausentes, anomalías en la forma dental, irregularidad en la implantación de los dientes, enfermedades parodontales, maloclusión y prognatismo.

La frecuencia de la enfermedad periodontal es alta, y aunque hay placa, cálculos y bolsas periodontales, la magnitud de la enfermedad periodontal supera a la que se explicaría únicamente por factores locales.

Se altera el desarrollo de los huesos faciales siendo más notable el reducido tamaño del maxilar superior no existe bastante espacio para los incisivos los cuales sobresalen y superponen.

La susceptibilidad a la caries dental suele ser escasa.

Estos pacientes tienen la lengua fisurada o escrotal debido al agrandamiento de las papilas, el paladar es alto y estrecho.

CRETINISMO

Las manifestaciones orales en este tipo de enfermedad por lo general son labios gruesos y agrandados. La lengua del cretino es grande y puede sobresalir de la boca. El tamaño anormal de la lengua y su posición son a menudo causa de una mordida abierta anterior y la separación de los dientes anteriores.

La erupción y exfoliación de los dientes primarios se retrasa y se puede detectar radiográficamente las raíces que están formadas incompletamente debido al retraso en la formación de dentina. Los dientes primarios permanecen más allá de la época normal de caída.

Los dientes poseen un tamaño normal, pero se apiñan en los maxilares que son menores que lo normal.

El apiñamiento, la maloclusión y la respiración bucal causan un tipo hiperplásico crónico gingival.

GARGOLISMO (SÍNDROME DE HUNTER-MURLER)

Sus manifestaciones orales consisten en el acortamiento y ensanchamiento de la mandíbula con goniones prominentes. Hay zonas localizadas de destrucción ósea en los maxilares. Los dientes son descritos como pequeños, muy espaciados y de forma anormal. Sin embargo, muchos investigadores no pudieron comprobar otras anomalías dentales que un cierto re-tardo en el periodo de brote.

Repetidamente se ha descrito la presencia de hipoplasia gingival en pacientes con esta enfermedad, aunque no es un rasgo constante. Por ello mo, "la lengua también tiene un agrandamiento característico.

DISPLASIA ECTODERMICA AMNIOTICA

labios extruidos y pegados, ausencia dental completa (anodoncia) o parcial (oligodoncia). Cuando existen dientes en algunos de los maxilares pueden tener forma cónica o piramidal.

Los molares temporales sin reemplazantes permanentes tienen una ten-dencia inexplicada a la anquilosis

Aun cuando existe anodoncia u oligodoncia el crecimiento de los maxilares no se detiene.

Segun Besserman-Nielsen, en esta enfermedad las glándulas salivales, incluidas las accesorias intrabuccales, suelen ser hipoplásticas. - Esto produce xerostomía y los labios protuberantes pueden estar secos y fisurados con sangrados. Como fenómeno relacionado, hay hipoplasia de las glándulas mucosas nasales y faringenas que llevan a la rinitis o faringitis crónica, o ambas, a veces con disfagia y romquera.

PARALISIS CEREBRAL

Las manifestaciones orales del paráltico cerebral son variados, y - entre ellas tenemos las siguientes:

La mayoría de los investigadores informan un aumento en la incidencia de maloclusión, lo que puede atribuirse a funciones musculares anormales y a la posición poco natural de la lengua.

Jackson informó que el 76% de los parálticos cerebrales de su estudio tenían maloclusión, mientras que la incidencia en una muestra normal era del 5%. También informó que los niños parálticos cerebrales con -- dentición temporal mostraban una oclusión más normal y una maloclusión - menos grave que los parálticos con dentición mixta.

Es frecuente observar bruxismo en los parálticos cerebrales. El hábito podría deberse a una función muscular imperfecta o a problemas emocionales.

La deglución alópica y la posición anormal de la lengua puede provocar una mordida abierta anterior. Este tipo de maloclusión no responde - al tratamiento ortodóncico a menos que el hábito sea corregido o que se empleen retenedores permanentes.

Hipoplasia adanantina

En 70% de los dientes con esmalte hipoplásico del grupo de parálisis cerebral, se pudo hallar una relación definida basada en la época en que los posibles factores etiológicos habrían causado la lesión cerebral y - el momento aparente del defecto adanantino basado en su ubicación en el esmalte coronario.

Atrofia y disfunción temporomandibular están aumentados en estos pa decimientos.

La mayoría de los niños con parálisis cerebral tienen índice de ataque carioso más elevado que los niños normales. Este aumento puede atribuirse a su incapacidad de mantener buena higiene bucal, a la tendencia de sus padres a mimarlos con alimentos cariogénicos.

La mala higiene bucal y dieta blanda contribuyen a un aumento importante del número y la gravedad de enfermedades periodontales, en pacientes con parálisis cerebral en comparación con niños normales.

SORDERA

En niños sordos no hay manifestaciones orales específicas, pero hay que tomar en cuenta que al igual que todos los impedidos físico y mentalmente, los problemas dentales se agravan por la dieta mal balanceada que los padres les proporcionan y el mal aseo bucal.

Entonces las caries y enfermedad periodontal se encontrarán aumentados.

CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

Las cardiopatías congénitas aparecen frecuentemente como una anomalía asociada en mongoloides y niños nacidos con hendidura de paladar, de labio o de ambas. La mayoría de los niños afectados por estos trastornos del desarrollo también sufren diversos problemas dentales de diferente magnitud y complejidad.

Con estas excepciones, los niños con cardiopatías congénitas no presentan manifestaciones orales específicas diferentes de mayor grado de caries y enfermedad periodontal que el encontrado comúnmente en la mayoría de los niños físicamente.

CAPITULO 111

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES IMPEDIDOS

Para tratar a los impedidos física y mentalmente, el Odontólogo debe estar equipado técnicamente, tener comprensión desde el punto de vista emocional y un conocimiento sólido de la afección del paciente. Hay que tomar muy en cuenta el estado físico del niño, los pacientes que han sido hospitalizados y mantenidos en las salas con otros niños durante mucho tiempo son, casi siempre, buenos pacientes dentales.

Algunos objetivos, técnicas y precauciones para el manejo de estos niños han sido organizados para alentar al Odontólogo a que proporcione tratamiento en su práctica a los niños con estos padecimientos.

LA PRIMERA VISITA

La primera visita al consultorio odontológico es la más importante, porque es el momento en que el Odontólogo y su personal pueden comunicar su capacidad e interés por aceptar al niño para su tratamiento, aunque se deba hacer todo lo posible porque esta visita sea una experiencia agradable.

En la primera visita deberán realizarse sólo procedimientos menores e indoloros. Se obtiene la historia clínica. Se instruye sobre el cepillado de los dientes. Se pueden tomar radiografías. Se hace la profilaxis de los dientes y se les recubre con una solución de fluoruro.

Es buena técnica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea tratamiento de urgencia.

Desafortunadamente los niños llegan con frecuencia al consultorio -- dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento de urgencia y más extenso. En esta situación la veracidad del Cirujano Dentista es esencial.

PLAN DE TRATAMIENTO

Después de haber elaborado una historia clínica completa, hay que -- trazar un plan de tratamiento realista.

Es bueno comenzar con procedimientos simples y dejar al último los -- más complejos. Por ejemplo: en la primera cita toma: radiografías ó técnica de cepillado, y hacer una profilaxis, en la segunda, preparación pa -- ra amalgama de primera clase, seguir con resinas, pulpotoxias, pulpecto -- mias, coronas acero-cromo, y al final se dejarán las extracciones.

Antes de que el niño llegue a su cita dental, tanto la jeringa con -- el anestésico como la pieza de mano con chuck y fresa correspondiente de -- ben estar preparados.

Al llegar al consultorio el niño debe pasar directo al sillón, ser a -- comodado en posición adecuado y anestesiado.

Todo el instrumental debe prepararse de antemano, dependiendo del -- tratamiento que se vaya a realizar y además, previniendo cualquier com -- plicación que pueda sobrevenir. Como pudiera ser: comunicación palpar, o -- pulpotomía para facilitar y agilizar el trabajo, se usarán diferentes -- charolas con instrumental para cada tratamiento y de ésta manera no per -- der tiempo, pues hay que tomar muy en cuenta que a este tipo de niños no -- es aconsejable mantenerlos por tiempo prolongado bajo tratamiento porque -- tienden a la aprensión.

El Odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y al --ivio de dolor. En estos casos la cooperación de un asistente es muy con --

veniente.

EXAMEN RADIOGRAFICO

El niño físicamente impedido, por lo general, no puede sostener una película en la boca mediante los dedos o no puede sostener una extrabu-- cal con la mano. Hay varias técnicas radiográficas que pueden ser emple-- das para obtener radiografías en estos pacientes. Se puede recurrir a -- los dispositivos que permiten mantener la película, o pedir la coopera-- :ión de los padres, aunque es más recomendable la radiografía panorámica.

EL TRATAMIENTO DENTAL del niño impedido se encuentra perfectamente - dentro del ámbito de todo práctico: general y especialista que desea com-- prensión, paciencia e inventiva.

Aunque este tipo de niños no constituyen una gran parte en la prácti-- ca del Odontólogo, es importante que esté psicológica y técnicamente pre-- parado para trabajar con estos pacientes.

Es posible que hay que modificar en algo el plan de tratamiento so-- bre la base de los aspectos físico y mental del paciente impedido, pero los principios básicos de la buena Odontología no deben ser violados. El problema con este tipo de pacientes es más de manejo que del procedimien-- to odontológico propiamente dicho, pues el desarrollo y las estructuras no difieren mucho de los niños normales.

CITAS

El planeamiento de las citas es muy importante, integrar al paciente impedido en una práctica privada. Un paciente impedido debe entrar al - consultorio poco después de llegar, largos periodos de espera no son a--

lentadores ya que tienen un efecto adverso sobre la psicología del niño.

La espera prolongada en la sala de recepción a menudo da al niño la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de asustarse por ruidos desusados o hechos.

Es preferible fijar las citas temprano en la mañana, porque pueden estar física y mentalmente cansados. Hay, claro está, excepciones para las sesiones tempranas con niños; una es el niño impedido como para hacerle difícil adaptarse a la rutina habitual del consultorio. Para este tipo de niño se debe de tomar en cuenta la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de niños u otros pacientes que pudieran resultar influidos por su perturbación.

La duración de la cita debe ser determinada por el Odontólogo de acuerdo con la capacidad del paciente para cooperar y la cantidad de tratamiento a realizar.

PROBLEMAS DE TRATAMIENTO

Al niño afectado ligeramente y puede concurrir a la escuela es posible tratarlo como a un paciente normal en el consultorio, mientras aquellos que están severamente impedidos como para estar internados en instituciones especiales, sólo son adecuados para extracciones y un buen cuidado con relación a su higiene bucal. Es a quienes entre estos dos extremos que deben dirigirse la atención odontológica especial.

Puede presentar dificultades como:

APREHENSION puede ser un gran problema al principio hasta que el niño se familiarice con el Odontólogo y con el tipo de tratamiento. Se refiere especialmente a un niño retenido en su hogar y quién raramente ve a -

nadie que no sea miembro de la familia.

El niño que asiste a la escuela o centro especial está acostumbrado a conocer a otras personas.

DIFICULTAD DE COMUNICACION puede existir defectos auditivos o visuales que dificulten la conversación y explicación junto al sillón, o el niño puede tener un defecto de dicción que hace sus respuestas incomprendibles. En esos casos, el Odontólogo no debe suponer ninguna deficiencia en la inteligencia sin otra evidencia.

DISTRACCION en algunos pacientes con disfunción cerebral hay inquietud y una deficiente capacidad para concentrarse. Las cosas triviales - tienden a distraer la atención del paciente.

BAJA INTELIGENCIA en pacientes de inteligencia por debajo de lo normal, la comunicación y el entendimiento pueden ser difíciles de alcanzar cuando se intenta obtener cooperación.

TRATAMIENTO DENTAL DEL HEMOFÍLICO

El tratamiento odontológico de los pacientes con hemofilia ha mejorado considerablemente en los últimos años, debe representar un esfuerzo conjunto por parte del Cirujano Dentista y el médico (en general el hematólogo) encargado de la atención médica de la hemofilia del paciente, y debe llevarse a cabo en un hospital.

Incluso en tratamientos dentales ordinarios, el Odontólogo, al tratar a niños hemofílicos, debe tomar ciertas precauciones para evitar las laceraciones tisulares. Al rebajar y pulir, en reducciones de estructura dental subgingival y adaptación de bandas de matrices deberá ejercerse extremo cuidado para mantener la integridad de los tejidos periodontales.

Colocar cuidadosamente un dique de goma servirá para dos propósitos principalmente en el tratamiento dental del hemofílico. Además de lograr un campo seco para colocar materiales restaurativos, también ayudará a proteger los tejidos blandos contra laceraciones accidentales. Sin embargo se ha considerado que el empleo de grapas para dientes parcialmente erupcionados se contraíndica por la forma de la grapa que daña los tejidos de la ercta al colocarla y puede causar una hemorragia.

En estos niños se contraíndica el empleo de anestésico local, excepto cuando sufren fuertes dolores, en cuyo caso deberá emplearse con extremo cuidado. Debe evitarse el bloqueo mandibular porque esta forma de inyección puede causar hemorragia al romper los pequeños vasos y en ca--

los extremos en los espacios faringeos laterales, donde es difícil aplicar medidas de control.

En estos pacientes, el tratamiento más seguro será la anestesia general administrada por un anestesiblogo bien entrenado que conozca el problema sanguíneo del paciente.

Al movilizarse los dientes temporales, se tomará un pequeño trozo de dique de goma (1.5 cm. X 1.5 cm.) y se le hará un orificio antes de pasarlo sobre los dientes. La migración cervical de la goma acelera la exfoliación.

Si se presentarían hemorragias menores, generalmente podrán controlarse con apósitos quirúrgicos junto con agentes hemostáticos.

EMPLEO DE HEMOSTÁTICOS LOCALES

Los hemostáticos son drogas que detienen la hemorragia que emana de capilares y arteriolas laceradas al producir la coagulación rápida de la sangre alrededor de los vasos. No surten efecto en casos de hemorragias intensas.

TROMBINA

La trombina es una sustancia proteínica estéril preparada a partir de la protrombina de mamíferos, generalmente humanos o bovinos. En aplicación tópica acelera la coagulación de la sangre. La trombina no se debe de inyectar. Si se inyecta por vía endovenosa o se introduce en la vena accidentalmente puede originar embolias graves e incluso fatales.

La trombina se puede aplicar a la superficie sangrante en forma de polvo o en solución en cloruro sódico isotónico. Es estable en estado seco pero en solución solamente se conserva unas ocho horas.

La celulosa oxidada (Novacell, Oxycel) y la esponja de gelatina absorbible (Gelfoam) son hemostáticos útiles en heridas profundas y no para superficies gingivales sangrantes.

En el empleo de los hemostáticos locales se han obtenido buenos resultados con celulosa oxidada saturada con solución de NaHCO_3 y trombina. Después de las intervenciones quirúrgicas en la boca, esta solución se coloca en cada uno de los alveolos radiculares anteriormente irrigados y secos con una gasa estéril una cantidad incluso mínima de fibrina o un sangre parcialmente coagulada, puede impedir la actividad hemostática de la trombina aplicada localmente.

Después de esta maniobra, se protege el alveolo dental con sistemas mecánicos, para que no se altere el coágulo, lo que significaría un nuevo sangrado. En los pacientes sometidos a tratamiento local que sufren sangrado secundario, se observó que bastaba en general con quitar el coágulo y repetir el relleno de celulosa oxidada, trombina y NaHCO_3 para de tener la hemorragia. Muchos investigadores piensan que no bastan los tra tamientos locales en la atención de los hemofílicos. Naturalmente el gra do de éxito depende en parte de la gravedad del cuadro (o sea, del nivel de [factores VIII o IX]).

En hemofílicos, las extracciones deberán planearse sólo como último recurso, después de haber descartado toda posibilidad de mantener la pie za con ayuda de pulpectomía corrientes o terapéutica endodóntica, porque se presentan menos complicaciones cuando se hace una extracción.

Cuando existen pulpas expuestas se debe colocar algún agente necrosante de la pulpa con una pasta paraformaldehida. Dicho tratamiento produce una necrosis pulpar luego de una respuesta inflamatoria inicial. La

pulpa necrótica puede luego ser extirpada sin peligro de hemorragia. Otro método de tratamiento es aplicar una gota de fenol a la pulpa expuesta. Por medio de este procedimiento puede, a veces, obtenerse una anestesia superficial temporaria. Luego se inyecta un anestésico local conteniendo un vasoconstrictor, directamente en la pulpa antes del tratamiento endodóntico.

Las extracciones dentales tienen ahora menos peligro por el empleo de cintas dentales de resina acrílica. Estas cintas protegen la encía y evitan la expulsión del coágulo una vez que se ha formado, evitando así el empleo de puntos.

Sobre el empleo de las suturas existen controversias, que dependen al parecer del caso particular. Por una parte, la aproximación de los tejidos mediante suturas suele contribuir a proteger el coágulo, pero las suturas tienden a desplazarse ligeramente por acción de la lengua y los músculos buccinadores, y no es raro que sangren los puntos de sutura.

En ciertas zonas (heridas de la lengua), es casi inevitable aplicar puntos de sutura. En este caso, deben ser lo más pequeños posible, deben introducirse con una aguja atraumática y su número debe ser el mínimo necesario para proteger al coágulo y aproximar los tejidos.

Por otra parte, si se saturan los bordes de las encías hay un peligro constante de que la hemorragia continúe por debajo de la sutura y disecar los planos aponévricos del cuello, causando obstrucción respiratoria.

En fin, las suturas deberán conjugarse con terapéutica coagulante local o general.

FERULAS MECANICAS

Hay un acuerdo casi unánime acerca de que, una vez formado un coágulo en un hemofílico, se debe vigilar estrechamente que no vaya a desplazarse, pues se reanuda el sangrado, la férula debe prepararse de manera que proteja al coágulo sin ejercer demasiada presión. Si se aplica presión sobre el coágulo en un hemofílico, sea con la férula mecánica, sea con una torunda de gasa, el sangrado no se suspende; lo único que pasa es que la sangre no escapa por la vía normal, en la parte superior del alveolo, sino que produce una hemorragia intratisular y toma un horario. Las férulas se deben emplear en conjunción con la terapéutica local o general para lograr formación del coágulo.

La hemorragia en los tejidos de garganta, o base de la lengua o cuello suele poderse dominar con la inyección de plasma fresco o concentrado. Téngase presente el peligro de obstrucción respiratoria, de manera que si procede puede introducirse un tubo endotraqueal. Hay que evitar la traqueotomía si es posible pues aumenta el peligro de hemorragia grave.

La sangre en los tejidos no se localiza, y el Curujano no intentará drenarla; tales intentos sólo ocasionarán hemorragia mayor y peligro para el paciente. La hemorragia cesará y la sangre se absorberá rápidamente si se logra una concentración adecuada de factor VIII.

SUSTITUTOS DE FACTOR VIII O FACTOR IX

El factor VIII es inestable, por lo que el plasma debe emplearse -- pronto después de recoger la sangre de un donador, o debe centrifugarse en frío, o congelarse mientras está fresco.

En la actualidad, el vehículo más común para lograr cifras acepta--

bles de factor VIII en homofílicos antes de las intervenciones es probablemente el plasma fresco. Tiene varios inconvenientes. Puede transmitir la hepatitis. Es altamente antígeno, pues contiene proteínas de la sangre con excepción de los glóbulos rojos. En los pacientes que necesitan mucho factor VIII (los que presentan en su sangre inhibidores de factor VIII), pueden presentarse problemas de hipervolemia e insuficiencia cardíaca congestiva. Por estas razones se han preparado concentrados de factor VIII a partir del plasma fresco.

Quizá, la manera más fácil de lograr estos concentrados sea el crioprecipitado de factor VIII. Puede obtenerse en cualquier banco de sangre al enfriar el plasma fresco hasta que se forma un precipitado blanco. Este precipitado representa factor VIII relativamente puro.

Existen actualmente en el comercio precipitados de este factor obtenidos con glicina. Son más caros que los crioprecipitados, pero su ventaja es que solo necesitan refrigeración durante el almacenamiento, en lugar de congelación como los crioprecipitados.

DEFICIENCIA DE FACTOR IX (CTP)

Este factor es relativamente estable; la diferencia del VIII existe en el plasma y el suero. En comparación con los pacientes que sufren de deficiencia de factor VIII, que pueden presentar inhibidores del propio factor en sangre y requieren a veces cantidades enormes de factor VIII, los enfermos con deficiencia de factor CTP no suelen necesitar grandes cantidades de este componente, y en la mayor parte de los casos basta el suero o el plasma para preparar los pacientes a las intervenciones y también como tratamiento postoperatorio. Otra razón de la menor necesidad de CTP es que estos enfermos suelen mostrar niveles iniciales de CTP ma-

yores que los niveles de GAH de los pacientes con hemofilia A.

Quando se presente una hemorragia superficial ésta se dominará con a aplicación inmediata de presión local mientras se inicia la inyección del factor que se necesita. Después de logrado un aumento del factor deficiente, hay que soltar la presión para permitir que la sangre con factor VIII o IX sustituya a la deficiente en el factor dentro de los vasos blo queados; luego vuelve aplicarse la presión.

Antes de internar al paciente en el hospital, el Odontólogo deberá organizar un plan de tratamiento. Este plan, junto con la historia clínica del paciente, deberá ser discutido por el Odontólogo, el médico familiar (hematólogo) y el personal del hospital, para diseñar un plan médico que incluya análisis de sangre detallado para determinar el tipo de problema hemorrágico, tiempo de coagulación y sangrado, y cuenta de plaquetas. Al finalizar estas etapas, el hematólogo deberá coordinar el traatamiento médico del niño.

Antes de iniciar tratamiento quirúrgico, deberán completarse todos los procedimientos restaurativos necesarios adheriéndose estrictamente a las medidas de precaución ya descritas.

El paciente deberá ser premedicado para los trabajos largos si se espera un aprensión o mala conducta.

El Odontólogo y el hematólogo deben calcular el tiempo aproximado de caración y deben planificar el programa de transfusiones necesarias post operatorias. A menos se inicie una hemorragia a los cinco o seis días, -- cuando se interrumpan los factores plasmáticos o coagulantes. Suele ser mejor extenderse con la terapéutica transfusionista antes que interrumpir

piria demasiado pronto y enfrentar una recidiva de síntomas.

El paciente no deberá recibir cosa alguna por la boca en las cuatro horas que sigan a la operación, y deberá recibir únicamente líquidos en las siguientes 24 horas.

La dieta y el cuidado postoperatorio hogareños acordes con el tipo de tratamiento dental deben ser descritos cuidadosamente a los padres.

Las enfermedades pseudohemofílicas pueden requerir cuidados similares durante el tratamiento odontológico. Se harán todos los esfuerzos posibles para proporcionar el ideal en Odontología restauradora y preventiva.

Los niños con historia de trastornos de las plaquetas deben ser tratados de una manera similar a los hemofílicos. Si se prevé una hemorragia estarán indicados la internación y transfusiones preoperatorias de plaquetas.

La terapéutica odontológica más importante en niños con trastornos hemorrágicos es la atención preventiva con insistencia en el cepillado correcto para mantener sano el tejido gingival.

El mantenimiento de una encía sana desalienta la proliferación de leucocitos en las papilas interdentales y cervicales y la consiguiente transformación de los tejidos blandos en un tejido hemorrágico.

Deberá encararse como esencial un riguroso programa de cuidados hogareños y prevención odontológica.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON EPILEPSIA

El Odontólogo debe familiarizarse con el tipo y frecuencia de los ataques epilépticos del niño antes de iniciar el tratamiento, los trastornos deben manifestarse en forma de ataques diferentes, el Odontólogo deberá reconocer cual es el que se le presenta, y así estar preparado para hacer frente al problema.

Los epilépticos suelen ser buenos pacientes bajo anestesia local, si no están cansados y si han recibido una premedicación adecuada.

Si un epiléptico presenta una crisis mientras se encuentra en el consultorio dental, deben tomarse medidas inmediatas para evitar que el paciente se lastime. Se quitará del sillón y se acostará en el piso, donde no hay peligro de que se golpee contra las paredes, los muebles o el equipo del consultorio. Es aconsejable colocar un protector bucal durante el ataque, para evitar así lesiones linguales, pero debe hacerse con mucho cuidado, pues hay más peligro para el Cirujano Dentista de ser mordido accidentalmente por el epiléptico, que de posible lesión de la lengua del paciente.

No es raro que los dientes se fracturen o desplacen durante un ataque. En los epilépticos, son preferibles las prótesis fijas a las removibles.

Las medidas encaminadas a combatir la aparición de hiperplasia gingival son más eficaces que el tratamiento de la lesión más avanzada.

Algunos investigadores mencionan que una higiene bucal sumamente estricta en el epiléptico, a partir del inicio de la terapéutica, constituye una profilaxia de gran utilidad. En la atención casera son importantes un uso disciplinado del cepillo y del estigilador interdental.

Se debe eliminar todos los factores predisponentes locales mediante tratamiento de consultorio. A veces es difícil conseguir del paciente la cooperación necesaria.

Cuando la hipertrofia gingival se limita a las zonas interdenciales, y antes de que el tejido se haya vuelto fibroso, el uso del estimulador interdental, una higiene bucal esmerada, y la supresión de factores irritativos locales, detiene la hipertrofia.

En la hiperplasia grave por Dilantin el único tratamiento satisfactorio es la extirpación quirúrgica del tejido. Es importante iniciar pronto maniobras de cepillado vigorosa y estimulación, para que no haya recidivas; de cualquier manera, éstas son frecuentes porque es difícil que el paciente coopere con estos aspectos.

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON - DILANTIN

El agrandamiento gingival no se presenta en todos los pacientes que reciben Dilantin; cuando se presenta, pueden ser de tres clases:

TIPO I.- Hiperplasia no inflamatoria causada por Dilantin.

La supresión de la droga es el único método para eliminarla. Por lo general, esto no es factible, pero si se hace, el agrandamiento desaparece en uno o dos meses

TIPO II.- Agrandamiento inflamatorio crónico totalmente desvinculado del Dilantín.

El agrandamiento tiene todas sus causas en irritantes loca
les.

Hiperplasia gingival en respiradores bucales.- La respiración bucal cuando es constante da como resultado que las superficies mucosas tienden a secarse, y con el impacto del aire frío conduce a una irritación de los tejidos bucales.

El crecimiento de las encas consiste principalmente en hipertrofia verdadera aparece cierta hiperplasia.

Frecuentemente, estos pacientes sufren también una maloclusión grave de tipo II.

Se trata con éxito mediante la gingivectomía, control minucioso de la placa y eliminación de todos los factores locales predisponentes.

TIPO III.- El agrandamiento combinado.

Es una combinación de hiperplasia causada por Dilantín -- más inflamación causada por la irritación local.

Este es el tipo más común de agrandamiento en pacientes dilantínicos.

Se trata por gingivectomía y eliminación de todas las fuentes de irritación local, a más de control minucioso de la placa por parte del pa
ciente.

Gingivectomía. En un sentido literal limitado, la denominación GINGI
VECTOMIA significa excisión de la encía. En realidad, es una operación - en dos tiempos que consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje y alisado de la superficie radicular.

La encla agrandada se elimina con bisturíes periodontales, escalpelos o electrocirugía; más recientemente, se ha usado la criocirugía con esta finalidad.

El tratamiento inicial del agrandamiento combinado no ofrece dificultades; el problema es la recidiva. Se reduce al mínimo la recidiva mediante el raspaje periódico y el control diligente de la placa. En ocasiones un protector oclusal de caucho natural duro, usado por la noche, ayuda a controlar la recidiva.

El tratamiento local es muy eficaz; mantiene al paciente cómodo y -- sin desfiguraciones por años pero no lo deja completamente libre del agrandamiento. Impide la repetición de la parte del agrandamiento producida por la inflamación; por lo general, no previene la recidiva del componente hiperplásico del agrandamiento, causado por el filantía aunque en algunos casos se informó que lo hacía.

CUIDADO DENTAL DE NIÑOS MENTALMENTE IMPEDIDOS

Actualmente los niños impedidos mentalmente reciben mayor atención que en el pasado obteniéndose resultados que hubiesen sido sorprendentes hace una generación.

Relativamente gran número de estos pacientes llevan una vida familiar normal como resultado de la capacitación que reciben. Estos niños presentan un problema especial al Cirujano Dentista y hasta ahora la mayoría sólo ha recibido atención de extracciones urgentes como medida paliativa a un dolor.

Cualquier plan de cuidado dental debe ser lo más comprensivo y normal que sea posible, tomando en cuenta el nivel de subnormalidad que presentan los pacientes. El objetivo principal debe ser el de una boca funcional pero así mismo debe considerarse la estética.

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 dental debe ser conocido, de manera que el acercamiento del Odontólogo pueda adaptarse a la situación y el plan de tratamiento se modifique de acuerdo al grado de tolerancia. La paciencia es fundamental en el tratamiento de estos niños pero, existe por supuesto, una cantidad apreciable de pacientes mentalmente impedidos con trastornos de conducta concomitantes que presentan problemas en el manejo odontológico

A menudo son hiperactivos e impulsivos, pueden perturbar los procedi-

mientos del consultorio y plantear exigencias fuera de lo común sobre el tiempo y la paciencia del operador, esto aunado a la falta de cooperación se considerará la rehabilitación bajo anestesia general.

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

Los niños con coeficiente de inteligencia más alto podrán tolerar instrumentos ya sean ortodóncicos o proftéticos.

El niño más impedido mentalmente probablemente necesitará dentaduras para reemplazar los dientes perdidos y cuanto más dientes pierda, mayor será la dificultad para comer los alimentos correctos. Por lo tanto, el tipo de dieta será más pobre. Entonces hay que implantar procedimientos preventivos como aplicaciones tópicas de flúor periódicamente, fluoración del agua, dieta baja en carbohidratos, etc.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

El grado de cooperación depende mucho del nivel de inteligencia.

El mongoloides más inteligente puede ser tratado en un sillón dental en forma razonablemente normal para procedimientos conservadores. Para los de grado más bajo el tratamiento debe ser adaptado a las necesidades inmediatas y puede limitarse a extracciones en el caso de niños internados.

No hay contraindicación para la anestesia local.

Los niños con enfermedad cardíaca congénita necesitan un plan de tratamiento especial que tome en cuenta esa condición (Ver tratamiento

dental en niños con enfermedad cardíaca congénita].

El estado periodontal constituye la dificultad principal en el logro de la salud dental. La enfermedad es progresiva y aún en el mongolide de alto grado, la extracción puede ser inevitable. El tratamiento gingival se hace de acuerdo a los principios generales.

Tanto los aparatos ortodóncicos como protéticos suelen estar contraindicados por varias razones. El mal estado gingival, la lengua relativamente grande y el tono muscular pobre hacen difícil la retención y la cooperación suelen ser por completo inadecuados.

Las raíces cortas también son desventajas para el movimiento dentario ortodóncico.

TREATAMIENTO DENTAL EN LA DISPLASIA ECTODÉRMICA ANHIDRÓTICA

En la Displasia Ectodérmica Anhidrótica, se presentan dos anomalías: anodoncia y oligodoncia a continuación se menciona el tratamiento dental para cada caso.

ANODONCIA

Como la ausencia de dientes predispone para una falta de crecimiento de la apófisis alveolar la construcción de dentaduras resulta complicada, sin embargo, resulta inevitable hacer estas dentaduras.

OLIGODONCIA

El tamaño de los dientes temporales presentes puede ser normal o inferior. Los dientes anteriores a menudo son cónicos, lo cual es característico de la oligodoncia asociada a la displasia ectodérmica. Los niños con gran cantidad de dientes primarios ausentes pueden usar prótesis parciales a temprana edad; niños de 2 y 3 años usaron prótesis par-

ciales con éxito. Su capacidad para masticar los alimentos aumenta y mejora su estado nutritivo.

La dentadura parcial podrá ser readaptada o rehecha con intervalos - para dar lugar a la erupción de los dientes permanentes.

No hay que preocuparse porque las dentaduras parciales pudieran producir una alteración desfavorable del patrón de crecimiento. El crecimiento de los arcos progresa según un esquema predeterminado con dentaduras o sin ellas.

Sin embargo, es conveniente la construcción de las dentaduras a la edad más temprana posible, para reducir el problema psicológico que puede hacer que el niño se sienta "distinto" y para asegurar la eficiencia masticatoria.

Si los dientes permanentes erupcionan en buena posición y en relación favorable entre sí, las dentaduras parciales pueden servir hasta -- que el niño tenga edad suficiente para prótesis fija.

Antes de esto, puede ser necesario un tratamiento ortodóncico.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO SORDO

Como se ha mencionado anteriormente el niño sordo no presenta manifestaciones orales específicas así, en esta parte se enfatiza el problema que presentan este tipo de niños frente al Odontólogo, el papel de los padres y la manera de solucionarlos.

La atención dental del niño sordo puede ser muy gratificante para el Odontólogo si recuerda que ese niño debe aprender a través de los demás sentidos. El preescolar sordo puede ser más difícil de abordar, --- pues no ha sido adiestrado aún en la comunicación. Sus experiencias suelen ser las relacionadas con el medio familiar. Después que el niño entra en la escuela y aprende a comunicarse con las personas, la Odontología puede ser explicada sobre una base de "ver, tocar y gustar".

PAPEL DE LOS PADRES

Cuando un niño no puede oír y es incapaz de hablar es forzado a depender de un intérprete, una persona que conozca acerca de los problemas de comunicación y quien pueda relacionar la información con él de una manera de la cual él pueda comprender. Los primeros intérpretes de un niño sordo son los padres. El niño con padres que aceptan la sordera y que intentan un acercamiento inteligente con sus problemas es afortunado.

Desde que sus padres lo mantienen mental y físicamente enterado de los eventos que ocurren fuera de su pequeño mundo, él tendrá el razona-

miento y la curiosidad de buscar y aceptar nuevas experiencias.

Desafortunadamente en marcado contraste a esto, están los padres --- quienes exageran las implicaciones de sus hijos sordos. Ellos ven la sordera como una casi total debilidad. Cuando a un niño pequeño sordo se le hace depender de sus padres, pierde la habilidad de entender sus problemas, emocionalmente se distorsiona y mal interpreta o rehusa aceptar la realidad, entonces cualquier situación presentada a el niño está destinada a tener resultado traumático o un completo rechazo.

VISITAS DENTALES

Por lo tanto, el Odontólogo quien está enterado de esta total dependencia del niño sordo de su padre-interpreté y los variados extremos que esta dependencia puede producir, debe estar dispuesto a alterar su acercamiento normal.

Antes de la visita inicial del paciente sordo, los padres deben conocer o hablar con el Odontólogo de manera que pueda explicar exactamente que ocurrirá.

Los padres deben ser instruidos sobre los métodos positivos en que debe prepararse al niño, para su primera visita normal. Ejemplos, visuales, tales como folletos ilustrados o un libro infantil descriptivo de la primera visita dental es de ayuda.

Las visitas dentales deben ser programadas de manera que el paciente pase un tiempo mínimo en la sala de espera. El niño se sienta en el sillón dental, el Odontólogo, asistente y el padre están ubicados de manera que el paciente pueda verlos fácilmente. El padre está presente para interpretar y establecer confianza entre el niño y el Odontólogo. Sin en

bargo, el Odontólogo y el asistente pueden fácilmente comunicar ideas a el niño sordo a través de gestos, expresiones faciales y lenta pronunciación de palabras. A todos los niños les gusta el contacto, como una palmadita en el hombro o un apretón de manos, como un refuerzo positivo para un buen rendimiento, y el niño sordo no es la excepción.

Una vez que es obtenido un buen reporte entre el paciente y el Donatista, el niño logra una sensación de seguridad y confianza y dándole muchísima importancia a la presencia del padre.

Con las visitas sucesivas el niño logra una sensación de independencia: y voluntariamente querrá que el padre permanezca en la sala de espera. Desafortunadamente en muchas ocasiones, el padre del paciente sordo es el individuo sobreprotector descrito anteriormente, los "berrinches" y falta de cooperación son frecuentemente producidos para atraer la atención del padre, aunque este comportamiento también se puede esperar cuando el padre no se encuentra en el campo visual del niño. Un cinjano Dontista que entiende las bases de tal comportamiento en el niño sordo puede preparar el ambiente del consultorio, sus facultades, el tratamiento y a él mismo para tal encuentro.

El Odontólogo debe mostrar al niño sordo los instrumentos y equipo, aire, agua en spray, el movimiento del cepillo dental, etc. Debe enfatizar las vibraciones del equipo las cuales el niño sentirá y explicarle que esto es normal y que deben ser esperadas en el consultorio.

El niño sordo es especialmente miedoso con lo desconocido, por lo tanto, usar un número mayor de demostraciones y explicaciones serán de beneficio.

Es frecuentemente difícil, explicar el concepto de anestesia local a un niño sordo antes de iniciar los procedimientos de restauración. Los padres pueden ser de ayuda en interpretar este procedimiento a su hijo tratando de utilizar palabras que el niño entienda que sus dientes van a ser "dormidos" y no lastimados.

Una vez que la anestesia local ha sido administrada, es importante que el Odontólogo esté positiva y absolutamente seguro que ha tomado efecto. En los casos observados donde los procedimientos restaurativos han sido realizados sin una anestesia completa. El niño sordo frecuentemente reacciona sintiéndose traicionado y todo lo que se logró en su manejo se pierde.

El uso de dique de goma durante procedimientos de restauración puede resultar en patrones de conducta negativos, si no es manejado apropiadamente. La proximidad del dique de goma y el arco en los ojos del paciente puede amenzar. Es el área principal de comunicación del niño sordo, y puede causar una reacción adversa al impedirle la visión aun- que sea lo más mínimo.

Sin embargo con confianza y familiaridad ganadas entre el Cirujano Dentista y el niño, este obstáculo puede ser superado.

El tratamiento dental actual para los niños sordos es paralelo al realizado en niños normales.

Un programa preventivo extenso debe ser iniciado debido a que los niños sordos frecuentemente sobrecompensan a sus hijos con cantidades excesivas de dulces, por lo tanto, debe ser realizado un análisis dietético y describir a los padres una correcta guía nutricional.

La premedicación puede ser una ayuda adjunta en los niños que son hiperactivos o extremadamente nerviosos. Muchas veces, sin embargo, tienen un efecto nocivo sobre el niño sordo, causando un problema de conducta - más agudo del que exhibía antes de la premedicación. Esto puede deberse al entorpecimiento de los centros de comunicación restantes del niño sordo conduciendo a un aumento en la confusión y una disminución en la habilidad de razonamiento.

Anestesia general puede ser utilizado como último recurso cuando el tratamiento dental es necesario y todos los métodos de tratamiento han sido intentados sin éxito.

TRATAMIENTO DENTAL PARA NIÑOS CON CARDIOPATIA CONGENITA

Antes de iniciar cualquier tratamiento dental con niños con cardiopatía congénita o adquirida, es esencial que el Odontólogo obtenga una historia cuidadosa de la enfermedad cardíaca de su futuro paciente. Deberá consultarse al médico familiar y al cardiólogo para conocer la capacidad del niño para soportar el tratamiento dental planeado, las posibles complicaciones que pueden surgir y tomar las medidas de precaución que puedan ser necesarias.

Al tratar a niños que sufran enfermedades cardíacas, uno de los primeros objetivos del Odontólogo, que debe evitar las bacteriemias, lo que puede causar endocarditis bacteriana.

Al planificar el tratamiento se tomará en cuenta los siguientes puntos:

1.- Es conveniente la epinefrina en el anestésico local para prolongar la duración de la anestesia.

2.- El paciente posttraumático o cardíaco con actividad restringida - debe ser tratado con el menor agotamiento posible para el paciente; en procedimientos prolongados suele ser conveniente la premedicación.

3.- El Odontólogo debe tener conciencia de que los niños con corazones grandes y congestión pulmonar grave son muy susceptibles a las infecciones respiratorias, pulmonar a repetición y falla congestiva. La falla

cardíaca precipitada por una infección respiratoria suele ser tratada -- con digitalina. Por lo tanto, una historia de terapéutica digitalínica - debe alertar al Odontólogo por posibles problemas durante el tratamiento

4.- Una súbita aparición de disnea, con síncope o sin él, suele ser grave y puede ser fatal; hay que avisar al médico; el tratamiento consiste en colocar al paciente en la posición rodilla-pecho y administrarle morfina; también es útil el tratamiento de sostén con 95 a 100% de oxígeno.

5.- Se puede esperar anemia en los pacientes con endocarditis bacteriana, y pudieran ser necesarias transfusiones sanguíneas para prevenir el síncope previo a las situaciones de stress, como el tratamiento Odontológico.

Si se siguen medidas de precaución, puede tratarse a la mayoría de los niños con cardiopatía congénita con cierto margen de seguridad en el consultorio dental.

Los pacientes que sufren defectos cardíacos graves, que produzcan importante incapacidad y que requieran tratamiento dental extenso, serán mejor tratados en el hospital, bajo los efectos de anestesia general.

Muchos de los tratamientos dentales, como raspado y extracciones, - van seguidos de bacteremias por lo tanto, en este capítulo se tratará - este punto al igual cuales son las medidas profilácticas para prevenirla.

Bacteremia. (De Bacteri y el griego haime, sangre)

Presencia de bacterias patógenas en la sangre de forma accidental y poco duradera.

El significado y la seriedad de la endocarditis bacteriana subaguda (que es la secuela de una bacteremia) deberá ser tenida en cuenta, en la profesión odontológica.

El alto índice de mortalidad que acompaña este estado, aun cuando ha sido usada una terapia con penicilina, enfatiza el valor de una historia adecuada para determinar la presencia de una enfermedad cardíaca valvular. En dichos pacientes, es importante que las bacterias no entren en el torrente sanguíneo. Por lo tanto, el procedimiento odontológico deberá seleccionarse de acuerdo a la menor probabilidad de producir una bacteremia.

Bajo circunstancias normales, las bacteremias producidas por los procedimientos dentales no producen daño a otros tejidos corporales debido a circunstancias atenuantes:

1) El número de microorganismos que entra en el torrente sanguíneo es diluido por el volumen sanguíneo, reduciendo su concentración en una zona de tejido dada.

2) Acción antibacteriana poderosa que tiene la sangre.

3) A medida que los microorganismos circulan, son también destruidos por medio del sistema reticuloendotelial del cuerpo.

Los pacientes con enfermedad cardíaca congénita tienen dañadas las válvulas cardíacas. Cuando estos pacientes están sujetos a procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos de manipulación de tejidos los microorganismos son introducidos en el torrente sanguíneo.

Existe la posibilidad de que estos microorganismos se localicen en a

na hojuela del corazón dañado u otras partes del endocardio. Subsiguientemente, puede desarrollarse una endocarditis bacteriana subaguda.

PROCEDIMIENTOS DENTARIOS RESPONSABLES DE LA PRODUCCION DE BACTERIEMIAS

EXTRACCIONES DENTARIAS. Se ha demostrado tanto clínicamente como experimentalmente, que la infección focal puede desarrollarse como resultado de la inducción de bacteriemias luego de las extracciones dentarias.

La incidencia de bacteriemias como resultado de la manipulación de la exodoncia, ha sido informada por numerosos investigadores. En las extracciones dentarias, el gran trauma produce invariablemente una mayor dispersión de microorganismos dentro del torrente sanguíneo que en el trauma leve, por lo tanto, la reducción del trauma puede efectivamente cortar el número de bacterias que entra en el torrente sanguíneo.

Durante las extracciones, los vasos sanguíneos del hueso alveolar que aportan a los tejidos gingival y periodontal están abiertos y los microorganismos son impelidos dentro de ellos. El mayor número de vasos sanguíneos rotos, da una mayor incidencia en la producción de bacteriemias.

Aunque una bacteriemia puede suceder cada vez que un diente es extraído, la remoción de un diente más que en las extracciones múltiples, produce una mayor protección al paciente.

A menor trauma, menor es la incidencia de producción bacteriana.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Generalmente, la incidencia de producción de bacteriemia en el trata

miento de la enfermedad periodontal, depende del tipo de procedimiento - realizado. Se demostró que al menor trauma del procedimiento periodontal era menor la incidencia de bacteriemias. Además, con los procedimientos traumáticos menores, los microorganismos permanecen un corto período de tiempo en el torrente sanguíneo.

PROCEDIMIENTOS ENDODONTICOS

Protección Pulpar. Las bacteriemias inducidas por las pulpas dentarias infectadas no han sido detectadas.

Pulpotomías. Las pulpotomías aparentemente no producen bacteriemias detectables.

No se han reportado casos de endocarditis bacteriana subaguda, desarrolladas después de un tratamiento endodóntico.

Por lo tanto, los procedimientos endodónticos son más seguros que -- las extracciones en los pacientes con enfermedad cardíaca vascular.

La terapia endodóntica, más que la extracción dentaria, deberá ser -- el tratamiento de elección todas las veces que sea posible.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE BACTEREMIAS DENTALES

Las manipulaciones dentales que pueden abrir numerosos vasos sanguíneos, involucran un serio riesgo para los pacientes con cardiopatías.

No pueden dependerse de medidas profilácticas para prevenir la instalación de una bacteriemia y su secuela, endocarditis bacteriana subaguda.

No obstante, pueden mencionarse algunas recomendaciones que ayudarán a controlar la infección. Antes de que se realice cualquier tratamiento odontológico, los padres deberán ser interrogados para descubrir cualquier desorden cardíaco, si el niño presentara alguno, los padres deberán ser advertidos sobre posibles complicaciones.

La anestesia local deberá usarse preferentemente a la anestesia general, solo en casos difíciles se usará ésta última.

La exodoncia deberá evitarse en estos niños siempre que sea posible. Ha de seleccionarse el tratamiento que menos probabilidad tenga de introducir microorganismos al torrente sanguíneo.

Si las extracciones son realizadas, el paciente será sometido a la terapia antibiótica. Solo deberá extraerse un diente a la vez y extráldo con un mínimo de trauma. Las extracciones múltiples están contraindicadas. El criterio clínico puede dictar el número de dientes a extraer.

Deberán administrarse antibióticos. Tanto la premedicación antibiótica local como sistémica. La mayor reducción de la población microbiana bucal y la pequeña inoculación en el torrente sanguíneo junto a las de-

fensas del organismo vencerán al microorganismo.

ANTIBIOTERAPIA

Penicilina oral e Intramuscular.

Día de la intervención: Se administran 500 000 unidades de penicilina G amortiguada o de fenoximetilpenicilina (penicilina V) por vía oral cuatro veces al día, y 600 000 unidades de penicilina cristalina intramuscular una hora antes de la intervención. Si se prefiere, se pueden dar 600 000 unidades de penicilina procaina el día de la sesión, y otras 600 000 unidades de penicilina cristalina una o dos horas antes de la intervención.

Durante los días que siguen a la intervención: Se dan por vía oral 650 000 unidades de penicilina G amortiguada o penicilina V cuatro veces al día.

Penicilina oral.

Cada dosis oral: 500 000 unidades de penicilina G amortiguada o de penicilina V. Esta dosis se administra cuatro veces al día de la intervención, y dos veces los días siguientes.

Debe administrarse una dosis adicional una hora antes de la intervención. Los pacientes deben iniciar esta terapéutica ocho horas cuando menos antes de la intervención.

Para los pacientes sensibles a la penicilina, se utiliza eritromicina: 250 mg por vía oral en cada ocasión para niños grandes y adultos; para niños pequeños, 40 mg por Kg de peso por día.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PARALÍTICO CEREBRAL

Hay ciertos problemas en el manejo de este tipo de pacientes para el tratamiento dental. Posición postural, tensiones musculares esqueléticas faciales y bucales, movimientos incontrolados o involuntarios del paciente.

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

- *Tienen dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes. Esto contribuiría más a deficiencias nutricionales.*
- *Muchos de estos pacientes nunca podrán usar dentaduras por su incapacidad muscular.*
- *Los problemas fúnclicos aumentan por la pérdida de los dientes.*
- *Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto.*

Antes de ver al niño por primera vez, el Odontólogo debe buscar información del médico sobre su condición física, necesita conocer el tipo de complicación neuromotora y su gravedad, cualquier historia de convulsiones, terapia con drogas, otros defectos sensoriales, visuales o auditivos y una estimación de su nivel de inteligencia. Con este conocimiento, el Odontólogo puede adecuar su actitud a las necesidades de ese paciente en particular. El acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero firme y siempre con plena confianza.

Paciencia y persistencia son de capital importancia y el objetivo debe ser un trabajo en equipo entre el Odontólogo y el niño, haciendo éste su parte y dándose cuanta cabal de ello.

El Odontólogo debe saber que aunque algunos de los niños no pueden establecer una relación con la situación dental, ellos están tratando de cooperar dentro de sus limitaciones físicas, también debe saber diferenciar entre los movimientos bruscos causados por el dolor y los originados en los movimientos incontrolados.

Como estos niños no pueden comunicar sus molestias o sensaciones, al Cerujano Perista le suele resultar difícil saber cuando ha establecido relación con el niño, pues los movimientos convulsivos pueden ser fácilmente mal interpretados. El ruido y las vibraciones de la pieza de mano pueden desencadenar el llanto o temblores incontrolados incluso cuando no está particularmente incómodo.

Deberá acomodarse lo mejor posible a los niños impedidos en el sillón dental. Un sillón ajustado en posición inclinada hacia atrás da más apoyo y sensación de seguridad al paciente, cualidad especialmente importante para niños afectados de ataxia. Los espásticos pueden requerir más apoyo y control, lo que será tarea de la asistencia dental.

La indebida restricción del paciente provoca movimientos involuntarios excesivos. El uso adecuado de restricciones para los pacientes con parálisis cerebral debe ser determinado por la evaluación y la experiencia individual.

En el examen dental debe estimularse al paciente para que se relaje, explicando, y demostrando todas las acciones propuestas.

Los movimientos repentinos pueden precipitarse con acción muscular y - por eso es esencial un acercamiento suave.

En el espástico, el intento de abrir la boca puede producir una contracción muscular intensa, pero si el Odontólogo le enseña a hacerlo con presión suave, a veces se puede vencer esa contracción. En el atetóide, los constantes movimientos musculares involuntarios dificultan el tratamiento, los músculos faciales y masticatorios producen contracciones y - quizás el cierre repentino de la boca.

Es muy importante el empleo del dique de goma porque previene el cierre repentino de los maxilares y lesiones ya sea a los tejidos blandos o duros, además impide la aspiración de los objetos utilizados en el tratamiento (torundas de algodón, apoyos bucales etc.) porque en estos pacientes el reflejo tusígeno se encuentra a menudo retardado.

El dique de goma se debe retirar de la boca del paciente para proporcionar periodos de descenso ya que los músculos del niño se cansan con facilidad.

También se puede tomar en cuenta las siguientes recomendaciones cuando no se utilice dique de goma y por alguna causa el abrebocas se llega a salir.

No hay que poner los dedos entre los dientes en los casos en que los maxilares pueden contraerse, salvo que se use un protector digital metálico. En esos casos un 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 y sin anestesia general. Es aconsejable un espejo de acero.

Hay que tener cuidado en la colocación de un explorador agudo para que, si se cierra la boca intempestivamente, la punta no constituya un riesgo para los tejidos blandos.

Con respecto a la anestesia local no existen contraindicaciones en estos niños, siempre y cuando se administre de manera segura. El Odontólogo deberá prever movimientos bruscos de la cabeza del paciente, y la jeringa deberá ser mantenida firmemente en su lugar en el momento de inyectar.

Las radiografías son difíciles de ubicar y mantener sin movimiento, entonces se tomará una panorámica.

Como muchos de estos niños llevan vidas retraídas y están poco acostumbrados a tratar con personas extrañas a su medio, el Odontólogo puede prever gran aprensión. En los casos en que se aconseje quimioterapia para premedicación, deberá consultarse al médico que atiende al niño sobre la elección del medicamento. (El esplotico es esencialmente propenso a la aprensión).

El tratamiento de la enfermedad periodontal se basa en métodos normales, y los niños que están tomando Dilantin pueden presentar uno de los problemas más grandes en virtud de la gingivitis hiperplásica resultante (anteriormente se mencionó el tratamiento para esta afección, tratamiento del paciente epiléptico).

La mayoría de los pacientes tienen una dieta mal balanceada, especialmente con exceso de hidratos de carbono. Si existe enfermedad periodontal avanzada, habrá que considerarla con el médico familiar una suplementación vitamínica.

Quando se considera necesario y aconsejable una prótesis su diseño -- quizás deba ser un compromiso, tanto a nivel funcional como estético.

PREVENCIÓN

La higiene bucal debe recibir la máxima atención y para muchos de los pacientes merece recomendarse el cepillo eléctrico. Estos cepillos son -- más eficazmente usados por los padres cuando el paciente es incapaz de hacerlo.

La prevención de la caries en estos niños es tan importante que debe recomendarse el aporte de tabletas con fluoruro en las áreas donde el agua no es fluorada. Comenzando tan pronto como el síndrome es evidente.

PREMEDICACION DEL PACIENTE ESPASTICO

No se dispone de ningún preparado ideal para la premedicación del paciente espástico, aunque recientemente se han introducido varios relajantes musculares esqueléticos que pueden tener un valor limitado.

MEFENSTINA N.F. Probablemente es uno de los más seguros y más adaptables para uso dental. El nombre comercial más conocido tal vez sea TOLSEROL (Squibb) con dosis de 0.5 gr x c/25 kg de peso corporal.

ZOXAZOLAMINA N.F. (Flexin).

Es un depresor de la musculatura esquelética de introducción reciente con mayor poder reductor de la espasticidad.

La zoxazolamina se administra por vía oral en una dosis de 25 mg 2 o 4 veces al día. Se ha de dar junto con alimentos.

La mefensina posee efecto sedante pero no es comparable al de los -- barbitúricos y no está indicada como sustituto para la premedicación del paciente nervioso o del que reacciona a los anestésicos locales.

CAPITULO IV

PREMEDICACION

La premedicación a veces puede ser una ayuda para el manejo del niño. Obviamente, la mayoría de los niños que son sometidos a tratamiento dental lo aceptan con poca o ninguna dificultad, pero existen algunos - que requieren ayuda especial como el tipo de niño impedido.

Aprender a indentificarlos y aprender a seleccionar los medicamentos eficaces para ayudarlos es de especial importancia para el Odontólogo que trata al niño; pero se pueden obtener buenos resultados siguiendo guías como éstas.

Identificar claramente el tratamiento que se va a realizar. Decidir en cuánto tiempo se necesitará en circunstancias razonables.

Escoger las drogas que proporcionarán el alivio necesario.

Escoger las dosis, vías de administración y horas de administración que probablemente lograrán la modificación deseada de la conducta.

Si bien no se contraindica la premedicación en el paciente niño pide un uso conservador de ella; sin embargo, se considera y hay que recordar que la premedicación es el último recurso para que el niño coopere.

El Odontólogo debe establecer la frecuencia con que usará premedicación para un niño, con plena convicción de que con ella no resolverá todos los problemas.

Algunos Cirujanos Dentistas olvidan de esta observación y rutinariamente prescriben premedicación para nuevos pacientes que llegan al consultorio.

Por lo tanto, se deben considerar los siguientes puntos para determinar la dosis de un medicamento empleando como premedicación en el niño:

- *Edad*
- *Peso del niño*
- *Actitud mental; un niño nervioso, excitable y desafiante suele requerir una dosis mayor de medicamento.*
- *Momento del día; en general, es necesaria una dosis mayor en horas de la mañana que las vespertinas o en cualquier momento que sea considerado de descanso para el niño.*

Reglas para la administración de los medicamentos.

- a) *Un adulto deberá acompañar al paciente.*
- b) *Deberá hacerse una supervisión estricta en el consultorio.*
- c) *Esperar un tiempo razonable después de la administración.*
- d) *Los padres deben supervisar a sus hijos de cerca después de administrar la droga.*
- e) *Es esencial un medio ambiente tranquilo*
- f) *Los reflejos vitales no deberán ser abolidos.*
- g) *No usar nunca premedicación durante alguna enfermedad aguda.*
- h) *Habrá de explicarse a los padres las reglas posoperatorias.*
- i) *El Cirujano Dentista debe conocer los efectos de la droga y sus efectos secundarios.*

- j) Debe de haber disponible medicación de urgencia.
 k) Conocer el estado físico del paciente y su reacción a las drogas.

Dosis inicial sugeridas de sustancias sedantes que pueden ser usadas en Odontología para niños.

BARBITURICOS (Efecto Corto)

EFECTO	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACION
Sedante	Aprensivo	(Secunal sódico y Nembutal sódico).
Hipnótico	Problemas de conducta	
	Impedidos físicos y -- mentales.	Parenteral (3/4 gr/cc)
	Lesión cerebral.	Cápsulas (1/2, 3/4 y 1 1/2 gramos).
		Supositorios (1/2, 1, 2, 3 gramos).

EDAD (años)	DOSIS (SECUNAL, NEMBUTAL)		
	PESO (Kg)	Mg/DOSIS (oral)	Gm/DOSIS
2	12	60	1
4	16	90	1 1/2
6	20	100	1 1/2
8	25	120	2
10	30	150	2 1/2
12	38	150	2 1/2

NOTA: Dosis basada en 2 1/2 Mg/450 gr. de peso corporal.

A T A R A X I C O S

Derivados de la Fenotiacina Prometazina (Fenergan)

EFECCIÓN	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACIÓN
Antihistamínico	Normal, pero aprensivo y temeroso.	Tabletas (12,5 y 25 mg)
Antiemético		Jarabe (6, 25 y 25 mg/5 - cc)
Potencia Depresores del SNC.	Impedido mental	Parenteral (25 y 50 mg/cc) Supositorios (25 mg y 50 - mg).

D O S I S :

EDAD (años)	PESO (Kg)	Mg/dosis (tabletas o jarabes).
6 - 8	19-27	12.5-25 mg. o la hora de acostarse y una hora antes de la otra.
9 - 12	27-36	15 mg como arriba.
12 - 14	38-100	37.5 mg como arriba
2 - 5	12-18	Meperidina (12.5 25 mg) 50 - mg como arriba y lo mismo <u>pa</u> na la meperidina.

DERIVADOS DEL CARBAMATO

MEPROBAMATO (Equanil, Millcom)

EFFECTO EN EL SNC	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACION
Relajante del SNC	AnsiOSO y tOSO, nauseo so.	Tabletas (200, 400 mg)
Anticonvulsivo	Impedido físico	Dosis de Meprobamato (Equanil, Millcom).
Potencia hábitos rícos.		

TIORATO DE CORAL (Mocloc. Sonnos)

EFFECTO	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACION
Sedante	AnsiOSO y Aprensivo	Cápsulas 250mg (3 3/4 gr.)
Hipnótico	Problemas de conducta (los muy pequeños).	500 mg (7 1/2 gr.)
No inhibe la respiración.	Impedidos físicos y mentales.	Jarabe
	Lesión cerebral.	7 1/2 gr/scc

D O S I S :

EDAD (años)	Gr/dosis Hipnótica.
Hasta 6	15 - 20
6 en adelante	20 - 30

NOTA:

Dosis basad sobre 20 - 22 gr por cada 450 gr de peso.
 Dese la medicación 1/2 hora antes de la sesión. SOMNOS (1 cápsula = 4 gr) (1 cucharada = 7 1/2 gr). NOCTEC (jarabe, 1 - cucharada = 7 1/2 gr (1 cápsula 3 3/4 gr.)

NARCÓTICOS MEPERIDINA C1N (Demerol C1N)

EFFECTO	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACION
Analgésico	(Comedicación con sedantes y atóxicos).	Tabletas (50 y 100 mg.)
Antiespasmódico		Jarabe (50 mg/5 cc)
Sedante		Parenteral (50 y 100 mg/cc)

D O S I S :

EDAD (años)	Mg/DOSTS
2-3	12,5 5-5, 25
3-4	25,0 - 50
5-6	37,5 - 60
7-8	40,0 - 60
9-12	60,0 - 75
13 en adelante	75,0

CAPITULO V

ANESTESIA GENERAL

Como un método de control de dolor en procedimientos dentales, la -- anestesia local ha sido generalmente usada. Pero algunos pacientes -- dentales son incapaces para recibir un tratamiento dental satisfactorio en cualquier otro modo que bajo anestesia general.

Antes de tomar la decisión de hospitalizar a un niño y realizar el trabajo bajo anestesia general, se debe hacer por lo menos un intento - de realizar el trabajo en el consultorio. Esto es indicado también para los niños impedidos que a primera vista pueden parecer totalmente in capaces de cooperar.

La reacción del niño, especialmente si está bajo premedicación es generalmente de cooperación, siempre que el Odontólogo sea paciente y - comprensivo. Si fallaran estos procedimientos de manejo del paciente, - si necesitara amplio tratamiento dental un niño gravemente impedido, el empleo ofrece una posible solución al problema.

Después de haberse admitido al paciente en el hospital el Odontólogo deberá discutir los planes de tratamiento con el anestesólogo, quién determinará el límite de tolerancia de cada paciente al anestésico gene ral. Después de evaluar la Historia Médica del paciente y determinar - la extensión del tratamiento requerido, puede elegirse la premedicación

y el anestésico adecuado.

Decidida la intervención con anestesia general, explicadas con claridad y seguridad las razones que la justifican hay que poner en contacto al niño y a sus padres con el anestesiólogo. En esa sesión se realizará el examen clínico que permitirá evaluar al niño como riesgo anestésico y confirmar si no existen contraindicaciones para la anestesia.

En suma hay algunos pacientes para quienes la anestesia general es indicada y son los siguientes:

- 1 Niños con retardo mental al punto de que el Odontólogo no puede comunicar la necesidad de atención odontológica.
- 1 Niños en quienes no se puede lograr un control adecuado de la conducta por los procedimientos habituales a tal efecto, complementados con premedicación, anestésicos locales y un grado aceptable de restricción.
- 1 Paciente con trismus.
- 1 Pacientes hemofílicos, en quienes el uso de un anestésico local puede provocar una hemorragia interna.
- 1 Niños con movimientos involuntarios.
- 1 Niños con trastornos generales y anomalías congénitas que imponen el uso de un anestésico general.
- 1 Pacientes que presentan susceptibilidad al anestésico local.
- 1 Extracción de dientes, cuando estos órganos son causantes de afecciones generales (fiebre reumática, septicemia etc.). En aquellos ca-

tos en que el diente es el foco séptico causante de la afección general. En estos casos el anestésico local está contraindicado.

Extracciones múltiples.

CONTRAINDICACIONES

Enfermedades generales. Enfermedades de los aparatos y sistemas, - dar especialmente importancia a las enfermedades del aparato circulatorio. Aunque estas no constituyen una contraindicación absoluta es importante tomar precauciones en la administración de anestésicos generales.

Resfríos, tos y catarro.

Diabetes.

Neoplasmas de la faringe y amígdalas ansales.

Un ascenso inexplicable de la temperatura.

La hipertrofia de las amígdalas y los adenoides, que con relativa frecuencia se observan en los niños, algunas veces son un obstáculo para la anestesia general ya que obstruyen parcialmente la respiración.

La anestesia ideal es la que satisface los siguientes requisitos.

- . Suprimir el dolor.
- . Evitar molestias al paciente.
- . No producir trastornos generales.

- . Reducir al mínimo el dolor postoperatorio y la hemorragia.
- . No impedir el proceso de cicatrización (sino favorecerlo).
- . Abolir los efectos psíquicos de la operación.
- . No constituir peligro para el paciente.

La selección acertada de anestésico es de suma importancia y de --- ella depende parte del éxito de una operación quirúrgica en la boca -- o en los dientes. No existe ningún anestésico que pueda ser considerado como el mejor para todas las intervenciones, pero sí hay uno que es el más adecuado para cada operación.

Todo Cirujano Dentista debe poseer los conocimientos necesarios para administrar cualquier clase de anestesia.

Para decidir cuál es el anestésico que más conviene a un paciente se estudiarán todos los datos obtenidos en el examen médico y en las pruebas de laboratorio y tras evaluarlos se hará la decisión.

En la selección de la anestesia, se presenta a veces la duda acerca de la conveniencia de administración tal o cual anestésico a pacientes muy jóvenes.

En los niños sin embargo, se cree que el mejor anestésico es el óxido nitroso con oxígeno, hasta los 14 años.

Los niños de cualquier edad en quienes se ha de practicar una operación dental, se anestesian con la misma técnica que se emplea para las

personas adultas, excepción hecha del tiempo en que ha de administrarse el óxido nítrico puro.

Según la opinión de varios investigadores los padres no deben nunca engañar al niño, sino explicarle calmadamente la maniobra que va a ejecutarse (cuando éste tiene la capacidad de entender) en esta forma tendrá más confianza en caso de practicarse cualquier operación futura. - Casi nunca se tiene dificultad para anestesia a un niño con óxido nítrico.

Algunos niños se someten débilmente a la anestesia, y en ellos sólo se tiene el problema fisiológico que ofrece su metabolismo elevado.

El problema fisiológico consiste en que el metabolismo basal tiene una cifra más elevada entre los 4 y 14 años, y cuanto más elevada es la cifra del metabolismo, más estrecho es el margen de seguridad de la -- anestesia.

Los niños que se aproximan a los 5 años son los que se presentan me gores dificultades cuando tienen un aumento del ritmo cardíaco y del me tabolismo producido por el miedo.

La corta edad no contraindica la administración de óxido nítrico. - Antes del examen se hará el examen cuidadoso de la boca, y se prohibirá que el niño ingiera alimentos antes de ser sometido a la operación qui rúrgica.

En algunos niños en quienes es muy estrecho el margen de la aneste-

sta, no es posible mantener el estado de quietud sin que se produzcan - signos de anoxemia. Uno de los primeros signos es la rigidez del cuerpo, en la cual el niño se arquea sostenido por la cabeza y los talones. Algunos anestesiólogos se alarman indebidamente por este signo, que puede corregirse inmediatamente dando unas cuantas inhalaciones de oxígeno.

El principal inconveniente de la falta de oxígeno es la tendencia del niño de resbalarse de la mesa.

El óxido nítrico con oxígeno es más satisfactorio para un gran número de niños y jóvenes.

OXIDO NITROSO N_2O

Nombre químico: Monóxido de Nitrógeno.

Símbolo: Gas Niblant.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y QUÍMICAS

El N_2O se utiliza como anestésico general, en relación con la Odontología. Es el único gas inorgánico que se emplea para anestésico al hombre, incoloro, insípido y con un agradablemente ligeramente dulce; no es irritante ni explosivo. Se licua a 0° a 1000 libras de presión. En este estado es un líquido incoloro, más ligero que el agua.

ACCIONES FARMACOLÓGICAS.

El óxido nítrico se absorbe rápidamente en los alveolos; es relativamente insoluble en sangre y no se combina con la hemoglobina ni afec-

tía combinación química alguna en el organismo, por lo que su eliminación es tan rápida como su absorción.

El mecanismo por el cual produce anestesia en el sistema nervioso central es desconocido.

FUNCION CORTICAL:

Se ha demostrado que óxido nítrico afecta todas las modalidades de la sensación. Durante la administración a concentraciones moderadas -- hay una disminución de la agudeza auditiva visual, tacto y más particularmente, dolor.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

El 80% de óxido nítrico es origen deprime la contractibilidad alocar día por medio de una acción directa sobre el corazón, y ligeramente aumenta la respuesta del músculo liso vascular al mediador simpático acre pinefrina.

A las concentraciones habituales el óxido nítrico no produce cambios en la frecuencia ni en el gasto cardíaco. Uno de los problemas -- principales ha sido demostrar su efectividad en ciudades con altitudes muy superior al nivel del mar. En la Ciudad de México a 2,240 Metros de altura en un reciente trabajo realizado en el Instituto Nacional de Car diología, haciendo menciones de gases en sangre y pH se demostró que a concentraciones de 50 y 60% no produce alteraciones cardiovasculares.

SISTEMA RESPIRATORIO:

El óxido nítrico disminuye el sentido del olfato lo cual le ha dado su popularidad como agente de inducción en contraste con los agentes -- irritantes. La sensibilidad en el área laringo-traqueo-nasal es marc
adamente reducida y el peligro de laringoespaso es mínimo.

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

Un aumento en la salivación asociado con una deglución persistente ocurre frecuentemente durante la inducción. Las funciones del hígado y el páncreas no son afectadas pero cuando hay hipoxia o hipercarbia mar-
cados cambios pueden producirse en estos órganos.

SISTEMA GENITOURINARIO:

No hay evidencias de cambios en la función renal.

METABOLISMO BASAL:

El óxido nítrico parece que no estimula ni deprime el metabolismo -
basal lo que ha sido evidenciado por el consumo de oxígeno.

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO:

El tono muscular aumentado aparentemente debido a la conciencia al-
terada ocurre durante la inducción con óxido nítrico, pero no hay depre
sión directa de la contractilidad muscular.

DISTRIBUCIÓN:

La distribución del óxido nítrico en el organismo, está en función de tiempo, perfusión tisular y solubilidad tisular.

Los tejidos altamente perfundidos como el cerebro, corazón, riñón absorben la mayor parte del óxido nítrico durante los primeros 10 a 15 minutos de anestesia. La sangre que regresa de esos tejidos es igualmente saturada y no puede captar más óxido nítrico de los alveolos a menos que la concentración alveolar se aumente.

ELIMINACIÓN

La eliminación del óxido nítrico en la recuperación ocurre "como imagen en espejo". Un gran volumen es eliminado inicialmente a los 10 minutos la tasa de eliminación es reducida dos o tres veces y continúa disminuyendo hasta una tasa baja para un período prolongado de tiempo.

PROPIEDADES ANESTÉSICAS

Indicaciones: el óxido nítrico es usado con oxígeno como anestésico único, en Odontología, en manipulaciones ortopédicas y en obstetricia.

CONTRAINDICACIONES

No existe ninguna contraindicación para el empleo del óxido nítrico en combinación con un porcentaje suficiente de oxígeno. Los peligros del uso del óxido nítrico con oxígeno sin ningún otro suplemento son principalmente los de hipoxia.

OXIDO NITROSO CON SUPLEMENTOS.

POR AGENTES DE INHALACION: Si no es para la intervenciones más breves - puede no ser suficiente el óxido nítrico y oxígeno sólo. Puede usarse - Fluothane para agregar potencia.

POR VIA ENDOVENOSA:

Los barbitúricos, opiáceos o ciertos tranquilizadores pueden ser administrados endovenosamente en combinación con óxido nítrico. Se usará cualquiera de estas drogas para los niños, se darán sólo como complemento para la anestesia con óxido nítrico y no como agentes primarios complementados por el óxido nítrico.

COMPLEMENTACION INTRAMUSCULAR:

Con frecuencia puede ser difícil o imposible la punción en los niños. Por eso es importante saber que las drogas recién mencionadas pueden usarse intramuscularmente y endovenosamente.

TOXICIDAD:

En 1953 comenzaron a reportarse manifestaciones de toxicidad, se cree que el óxido nítrico produce granulocitopenia y depresión de la médula ósea.

No hay evidencia de que ninguna propiedad tóxica del óxido nítrico se haga manifiesta durante su uso como agente anestésico en menos de 48 horas.

PRECAUCION:

Además de los peligros ya mencionados sobre la médula ósea cuando hay

administración prolongada, la posibilidad de hipoxia durante su administración es el único factor significativo que puede ser peligroso.

Cuando se administre en concentraciones del 60% siempre debe de hacerse mediciones de gases en sangre para así tener un margen de seguridad.

TECNICA

No se intentará una técnica completa de la anestesia para niños sólo se considerarán algunos puntos de especial interés en pediatría.

INTRODUCCION:

La mascarilla anestésica con gran flujo de gases se coloca en posición manteniéndola primero sobre el tórax, donde el niño no puede verla, lentamente se lleva al mentón y después se fija primero en éste y luego fuertemente sobre la nariz y la boca después que se ha logrado alguna analgesia.

Nunca se colocará herméticamente sobre la cara, de inmediato, a menos que el paciente esté bien sedado.

Una vez colocada se mantendrá, firme preferentemente con la mano para evitar el aire del medio ambiente. No se quitará ni se permitirá ninguna abertura hasta completar la inducción.

Debe evitarse la introducción de un conducto faríngeo si es posible y hacer cualquier esfuerzo para mantener el acceso de aire extendido la cabeza, apoyando la mandíbula o hasta tirándola hacia adelante. El estímulo de la faringe por un conducto rígido en un plano superficial de anestesia puede inducir laringoespasmos o vómito.

Se impulsará la inducción agregando los agentes de inhalación tan rápidamente como los tolere la faringe. La punción venosa puede realizarse en cualquier momento después que se ha logrado suficiente analgesia.

Una vez completada la inducción se hace rápidamente el cambio a un inhalador nasal o alguna manera de técnica endotraqueal y se restablece la continuidad de la anestesia lo más rápidamente posible para que no se pierda la profundidad de la misma.

INDICACIONES PARA INTUBACION ENDOTRAQUEAL

La decisión para realizar la intubación endotraqueal depende de las indicaciones de cada caso. La intubación se indica en las condiciones siguientes.

- 1) Si la mantención del acceso de aire es difícil, como en las malformaciones congénitas, algunos pacientes con parálisis cerebral.
- 2) Si la respiración debe ser ayudada o controlada o si son esenciales, elevadas concentraciones de oxígeno como en los pacientes con afección cardíaca o pulmonar.
- 3) Si es difícil mantener la sangre, el pus u otra sustancia extraña fuera de la laringe y la tráquea.
- 4) Para intervenciones largas o difíciles.

LOS PELIGROS DE LA INTUBACION Y SU PREVENCIÓN

La intubación traqueal en el niño no se hace sin riesgo. Hay posibilidades de trauma para los tejidos blandos. Sin embargo el riesgo más grande es el edema laríngeo.

Dois factores son principalmente responsables de la formación de edema por la intubación. El primero es la infección ya existente en el tracto respiratorio superior, introducida por un tubo que no está escrupulosamente limpio. El segundo es el trauma resultante de la instrumentación torpe o uso de equipo de tamaño inadecuado.

Otro factor a considerar es que el niño tiene frecuentemente grandes adherencias adenoidicas. Hay peligro (en caso de intubación nasal) de hemorragia o desplazamiento de un trozo de tejido adenoidal al árbol traqueobronquial.

El medio de impedir estas complicaciones se deduce de su descripción. Debe evitarse la intubación si hay duda de infección respiratoria superior, se hará la intubación solamente cuando el anestesiólogo es experimentado y práctico en trabajar con niños.

No debe intentarse la intubación hasta que haya adecuada profundidad de anestesia para una buena relajación muscular.

El equipo debe ser de tamaño adecuado para el niño.

La intubación nasal se hará con precaución y se evitará en presencia de grandes nódulos adenoidicos.

EXTUBACIÓN

La laringe infantil es muy irritable. Por eso se debe tener como cuidado cuando se saca el tubo. Debe limpiarse la faringe y la laringe antes de retirarlo. El tubo no debe ser sacado nunca mientras la sonda de succión está en el tubo endotraqueal.

Anteriormente se mencionó el uso de Fluothane en combinación con el óxido nítrico a continuación se describirá la técnica, de inducción.

HALOTANO (Fluothane)

El halotano en la actualidad es probablemente el anestésico más popular por inhalación. Ha demostrado ser el complemento ideal para el óxido nítrico y oxígeno, la inducción y la recuperación son rápidas.

El halotano es valioso en los asmáticos y los bronquíticos crónicos.

OXIDO NITROSO-OXIGENO-HALOTANO (FLUOTHANE)

Esta técnica de inducción de la anestesia con Fluothane tiene aplicación pediátrica, especialmente en los infantes. El Fluothane proporciona condiciones ideales para la intubación, pero es de lo más importante que el niño está debidamente anestesiado antes de intentar el procedimiento.

Para los infantes aplíquese la mascarilla a la cara desde el comienzo de la anestesia, pero para los niños mayores hágase que la mezcla de gases barra la cara del paciente, y sólo debe aplicarse la mascarilla cuando el niño está durmiendo.

Se administra oxígeno al 30% y óxido nítrico al 70% a una tasa de flujo apropiado para la edad del paciente y el circuito empleado.

Se introduce gradualmente el Fluothane hasta que se obtenga una concentración de 2-4%. Cuando se ha administrado de 3-5 min., puede ser ejecutada la intubación endotraqueal, si está indicada y puede iniciarse la operación.

La anestesia puede continuar con Fluothane a una concentración que varía entre 0.5 y 2.0% o debe cambiarse a otros agentes, por ejemplo - óxido nítrico-oxígeno- relajantes o éter.

Una vez elaborada la Historia Clínica se establecen las necesidades de apoyo en nuestro diagnóstico; todas las interrogantes que no se han resuelto utilizando la Anamnesis; se definirán por medio de los exámenes de laboratorio pre-operatorios.

ANÁLISIS DE SANGRE

El detallado y cuidadoso estudio acerca de los datos que aporta un análisis sanguíneo, nos referirá anomalías de tres esferas importantes:

- a) Fórmulas celulares
- b) Suero sanguíneo.
- c) Alteraciones en el proceso de coagulación.

FÓRMULAS CELULARES

Eritrocitos, hemates o glóbulos rojos.

CONCENTRACION: En el hombre adulto bien alimentado suele encontrarse alrededor de 5.400 000 por mm^3 . En la mujer 4.800 000 por mm^3 dado por ejemplo, la edad y la altura sobre el nivel del mar.

En la infancia hay cifras bajas, un poco menores que en el adulto, - alcanzándolo en la pubertad, desde cuya época son más altos.

E D A D	CONCENTRACIONES DE ERITROCITOS POR mm^3
1- 5 años	4,0 - 4.8 millones
6-10 años	4.3 - 5.1 millones
11-15 años	4.6 - 5.0 millones

Leucocitos, concentraciones normales en el hombre y la mujer son leucocitos por mm^3 pero luego bajan rápidamente.

En la infancia hay muchos linfocitos (50%) y luego descienden hasta que alcanzan las cifras adultas en la pubertad.

E D A D	CONCENTRACIONES DE LEUCOCITOS POR mm^3
1- 5 años	6-14 mil
6-10 años	5-14 mil
11-15 años	5-13 mil

Plaquetas, concentraciones normales en sangre 200, 000 a 400 000 por mm^3 . Tanto en adulto como en niños.

El valor normal de Hemoglobina es en el hombre de 14 a 17.5 g/l en la mujer 12.5-15.5 g/l.

E D A D	CONCENTRACIONES DE HEMOGLOBINA g/l
1- 5 años	11.5 - 12.5 g/l
6-10 años	12.6 - 12.0 g/l
11-15 años	13 - 14 g/l

ANALISIS DE SUERO SANGUINEO (QUIMICA SANGUINEA)

En la revisión analítica de un examen de suero sanguíneo se encuentran datos importantes relacionados con:

GLUCOSA:	Las cifras normales de glucosa en <u>sangre</u> son de 80-120 ml.
ACTIVO URICO:	La cifra normal es de 3-6 mg%.
UREA:	Las cifras normales en suero son 15-38 mg por 100 ml.
CREATININA:	.8 a 1.4 mg%
FOSFORO:	Normal 3 a 4.5 mg%
FOSFATAS ALCALINAS:	.8 - 2 Unidades Bessey
PROTEINAS TOTALES:	6 - 8 g%
ALBUMINA	3.5 - 5.5 g%

ELECTROLITOS

CLORO: Se encuentra en forma de cloruros su valor normal es de aproximadamente 100 meq/L (96-106 promedio).

POTASIO:	4.5 meq./L (4.5 - 5)
MAGNESIO:	1.5 - 2.5 meq/L
SODIO:	142 meq./L (138-145)

TIEMPO DE COAGULACION:

En la técnica de Lee White la coagulación se produce entre 5 y 10 minutos.

TIEMPO DE SANGRADO:

Existen dos métodos

DUKE: El paro de la hemorragia se produce 1-4 minutos.

IVY: El tiempo normal es de 2 a 6 minutos.

TIEMPO DE PROTROMBINA

Método de Quich: La coagulación se produce de 11 a 12 segundos con sangre normal.

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

*El niño impedido requiere un tiempo mayor, amargura, preparación y -
trato especial si se le compara con un niño normal.*

*Estos niños necesitan comprensión, simpatía y un servicio profesio-
nal excelente, consistente en lo mejor en la experiencia del Odontólogo.*

*El niño impedido requiere un plan de tratamiento de acuerdo con el
tipo y extensión de su afección.*

*El servicio dental a niños impedidos muy a menudo se descuida, sin
embargo, estos niños necesitan cuidados dentales mucho más especiales
a causa de su problema.*

*Si el Odontólogo desea lograr o realizar un buen acercamiento a la
práctica odontológica en estos niños debe conocer la importancia del am-
biente hogareño y la influencia de los padres.*

*No es muy común que este tipo de pacientes se presente a un consul-
torio dental, a menos que sea para tratamiento de urgencia, el Odontólo-
go debe estar preparado para éste acontecimiento, si no se siente capa-
citado para atenderlo debe remitir al niño a algún colega competente o -
especialista.*

Hay que establecer un plan odontológico preventivo en el niño impedido al igual que se hace con el niño normal.

Como en estos pacientes es exagerada la ingestión de carbohidratos y es evidente que estos agentes son esenciales en la producción de caries dental puede minimizarse o prevenirse ésta gracias a terapéuticas dietéticas inteligentes.

Por el alto grado de caries que presentan los niños impedidos, el empleo de fluoruro tóxico acompañado de procedimientos eficaces de higiene bucal es el método disponibles más eficaz para combatir la caries dental.

Aunque la premedicación y agentes anestésicos son ayudas valiosas para el tratamiento dental en niños impedidos, el Odontólogo debe darse cuenta que nunca sustituirán a la paciencia y comprensión que deberá tener al tratar a estos niños.

Va sea que el tratamiento se efectúe en el consultorio dental o en el hospital bajo anestesia general, es importante consultar con el médico de la familia o especialista y obtener la mayor información posible concerniente a la naturaleza, la condición y las precauciones que deben ser observadas.

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

1. BAER P.N.; SHELDON D.B. *Enfermedad Periodontal en Niños y Adolescentes*. Editorial Mundí. 1975.
2. BRAUER J. *Odontología para Niños*. Cuarta Edición. 1960.
3. BROWNSTEIN M.P. Dental care for the deaf child. *Dental Clin North Am. Jul. 74; 18 (3): 643-50*
4. BURKETT L.V. *Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento*. Sexta Edición. 1973.
5. CLAISSE ALAMON; BENAVIDES DE LARBAZA; ESPINOZA MORETT. *Boletín Médico del Hospital Infantil*. Sep.-Oct. 1976 vol. XXXIII mín. 5.
6. DANCO M. "Special" Child. Challenge for Dentistry. *Dent. Stud* 1976; 54 (4); 42, 62.
7. FARRERAS V. *Medicina Interna*. Octava Edición. 1980.
8. FIEN S.B. *Odontología Pediátrica*. Cuarta Edición. Editorial -- Mundí. 1976.
9. GLICKMAN I. *Periodontología Clínica*. Cuarta Edición. Editorial Mundí. 1978.
10. HARRISON. *Medicina Interna*. Cuarta Edición en Español. 1979.
11. IRAPAPORT S. *Introducción a la Hematología*. Tercera Reimpresión Salvat. 1979.

12. LANJ; LEVTS; DAVIS. *Un Atlas de Odontopediatria*. Editorial Mundl. 1978.
13. LEAVELL - THORUP. *Hematología Clínica*. Tercera Edición. Editorial Interamericana. 1973.
14. MC. DONALD R. E. *Odontología para el Niño y el Adolescente*. Editorial Interamericana. 1971.
15. MONHEIM L.M. *Anestesia General en la Práctica Dental*. Editorial Mundl. 1962.
16. NORDAK A.J. *Odontología para el paciente Impedido*. Primera Edición. 1979.
17. PARKIN SF; HARGREAVES JA; MEYMAN J. *Children's Dentistry in General Practice*. Dental care of physically and mentally handicapped children. *British Dental Journal* London; Dec. 70; 199 (11) 515-9.
18. PRYOR - BUSH. *Técnica de Anestesia*. Tercera Edición. Editorial Interamericana. 1979.
19. SELTZER S. *Endodoncia. Consideraciones Biológicas en los Procedimientos Endodónticos*. Primera Edición. Editorial. Mundl S.A. I.C. y F. 1976.
20. SHAFER W. G.; HINE M.K.; LEVY S.M. *Tratado de Patología Oral*. Tercera Edición. Editorial Interamericana. 1980.

21. **SOMMER R.F.; OSTRANDER F.D.; CROWLEY H.C. Endodoncia Clínica**
Editorial Labor S.A.
22. **VALENZUELA R.H.; LUENGBAS BARTELS J.; MARGOT SANTILLAN L. -**
Manual de Pediatría. Novena Edición. 1975.
23. **WEYMAN J. Odontología para Niños Impedidos. Primera Edición**
Editorial Mundt. 1976.
24. **ZOLLNER F. Otorrinolaringología. Primera Reimpresión. Salvat**
1977.