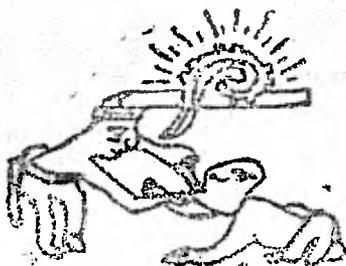


Fig. 265

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

TRATAMIENTOS ODONTOPEDIATRICOS
EN NIÑOS IMPEDIDOS

Handwritten signature

U E S I S

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

ESPERANZA DIAZLEI HERNANDEZ

México, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TRATAMIENTOS ODONTOPEDIÁTRICOS EN NIÑOS IMPEDIDOS.

TEMARIO :

- I.- Desarrollo Psicológico del Niño.
 - II.- Retraso Mental.
 - III.- Síndrome de Down.
 - IV.- Parálisis Cerebral.
 - V.- Epilepsia.
 - VI.- Cardiopatía Congénita.
 - VII.- Hemofilia.
 - VIII.- Diabetes Mellitus.
 - IX.- Analgesia con Oxido Nitroso.
 - X.- Anestesia General.
- Conclusiones.
- Bibliografía.

INTRODUCCION.

Desde hace dos o tres décadas la ciencia nos ha aportado importantes elementos, que han sido de enorme utilidad en odontología, en particular para el tratamiento de pacientes con anomalías físicas y o mentales, dado que antes de este tiempo a los seres que sufrían algún defecto congénito no se les daba la atención adecuada.

El cirujano dentista la atención cuando ha decidido dedicarse a la atención de niños, debe tener una gran conciencia de la responsabilidad con la que se va a enfrentar porque al tratar a un niño nos vamos a encontrar con un pequeño organismo que se encuentra en plena formación.

Si el odontólogo no se encuentra perfectamente habilitado para realizar tratamientos en niños puede atrofiar los órganos que están en formación, no refiriéndose solamente a dientes sino al aparato estomatognático y la psicología del niño. Y si además de esto el odontopediatra atiende a niños incapacitados física o mentalmente será todavía más brillante su labor; a estos niños se les debe atender conforme a la enfermedad que padezcan es necesario conocer a fondo el tipo de enfermedad que padecen, inclusive tener contacto con su médico tratante y pedir su autorización para realizar el tratamiento dental, se les debe tratar con toda la paciencia y ternura de la que seamos capaces.

Existen algunos casos en los cuales a causa del padecimiento de nuestro paciente, en caso de niños hemofílicos -- cardiopatas etc., nos resulta difícil la realización del tratamiento mediante la anestesia local, para estos casos nos podemos valer de la anestesia general.

TEMA I

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

Este concepto se refiere a una serie de acontecimientos - que manifiesta un individuo como un patrón de conducta, también implica la adquisición por parte del niño de acontecimientos, destrezas e intereses.

La maduración esta determinada por factores propios del individuo, mas sin embargo el medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo. Siendo así que cada ser es una personalidad separada, cuyas experiencias en la infancia son importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes.

La mayoría de las pautas de conducta por supuesto dependen del aprendizaje, lo mismo que de un determinado nivel de maduración. Hasta que las estructuras nerviosas y musculares están suficientemente maduras, por mas enseñanza que se le de a un niño este no aprenderá a leer; sin embargo, aún cuando las estructuras están listas, ningún niño aprenderá a leer sin aprendizaje.

Además de poner las condiciones necesarias para la vida y el crecimiento, el ambiente influye en el desarrollo de la conducta de dos maneras:

- 1.- Suministra estímulos que dan lugar a pautas de respuesta preparadas por la maduración.
- 2.- Presenta situaciones que requieren el aprendizaje de nuevas respuestas o el cambio de las antiguas.

El ambiente de cada individuo a travez de pautas sociales y de los recursos que proporciona o que no proporciona, determina cuales pautas de conducta tendrá que aprender necesariamente ese individuo. Cada ser humano se desarrolla conforme a

un ritmo propio. Los psicólogos y los fisiólogos han podido esbozar un programa general de desarrollo que en condiciones normales, es característico del desarrollo humano. El conocimiento de este programa, fundado en la comparación de un gran número de personas, no solo los ayuda a comprender al hombre en calidad de especie, sino que es útil para estudiar a los individuos.

Carácter del Niño.

Por carácter entendemos algo que nos permite reconocer a un individuo lo que lo distingue de los otros, el elemento último e irreductible que da a cada uno de nosotros su aspecto propio. El carácter participa a su vez de una naturaleza orgánica y de una naturaleza social o sea la parte orgánica se refiere al temperamento biológico del niño y por otra parte al medio en el cual vive.

El temperamento es el elemento estable por excelencia -- del carácter; se le trae al nacer, y la sabiduría popular -- distingue desde la infancia los " buenos y los malos " temperamentos. Está sometido a la influencia de la herencia y parece pues, escapar a toda acción educativa.

El carácter del niño pequeño aparece, en sus principios -- casi bajo el aspecto del temperamento; después a través del desenvolvimiento senso-motor.

A) Hacia los tres primeros años, la confusión cesa, poco a poco, entre el sujeto y el objeto, entre el yo y el no yo. El trabajo de individualización comienza y se señala en las relaciones con los que le rodean en sus juegos; pero la imitación que va creciendo lo oncube en parte.

B) De los tres a los cinco años se extiende un período de oposición. El gusto por la contradicción y por la repulsa una cierta jactancia, constituyen una ruidosa afirmación del yo, que se manifiesta " por todos los automatismos de lucha y de defensa que están a su disposición ". Esta primera crisis de personalidad parece común a todos los niños, puede -- quo varíe según los sujetos, sobre todo en cuanto a su intensidad.

C) Hacia los seis años, las adquisiciones mentales dominan cada vez mas la afirmación de sí. La imitación vuelve a adquirir vigor y se diversifica. El carácter se enriquece con una vida afectiva mas variada, todo un entretendido de hábitos arraigados unos en la primera infancia, otros adquiridos en la escuela, lo envuelve y suple a la corrección que todavía le falta. En este momento es cuando presenta con más claridad los rasgos por los cuales se distingue de los del adulto la simplicidad relativa de sus manifestaciones, la vivacidad de reacciones, la movilidad del humor, el juego, todavía anárquico, de las tendencias y sobre todo, esa plasticidad tan grande -- que puede despistar al observador mas avisado.

D) Después, nace hacia los trece años una nueva turbulencia, más precoz en la niña, que en el niño que señala la proximidad de la pubertad. Una rebeldía pasajera domina al individuo que crece contra el medio en el cual va a entrar y se exagera a veces, egotismo provocador.

Vamos a mencionar los patrones de conducta del niño enfocados al dentista que se dedica al tratamiento de niños:

- 1.- Daremos principio con la etapa comprendida desde el nacimiento a los dos años, en esta etapa el niño depende completamente de su madre porque el cuidado y protección que ella le brinda es único y especial y por esto se encuentra unido fuertemente a ella siendo que el niño la considera como parte de él mismo.

Entonces tomando en cuenta el sentimiento de seguridad que el niño siente en relación con su madre no es conveniente alterar esa unión, en este caso es recomendable incluso que el niño permanezca sentado en el regazo materno durante el tratamiento odontológico que efectuemos a nuestro pequeño paciente y en esta forma se trabajará en forma positiva sin preocuparse de la resistencia o llanto del pequeño pues son normales a esta edad.

- 2.- La etapa de dos a los tres años, es una etapa de transición porque va a cambiar la conducta de bebé a la de un niño preescolar, en esta etapa el niño trata de ser independiente en su medio ambiente familiar, su conducta se caracteriza porque distrae su atención con mucha facilidad de una cosa a otra, cuenta con un campo de intereses amplio y variado, pero está es la edad ideal para llevar al niño al dentista y comenzar un buen programa de atención dental preventiva. El pequeño debe acudir al consultorio dental en compañía de su madre, pero cuando se trata de un niño que manifieste ser independiente esto no será necesario, y le molestaría -

que el niño de tres años es capaz de sentarse en el sillón por sí solo, pero no puede expresar bien sus experiencias y sentimientos mediante palabras puesto que no posee el vocabulario suficiente para hacerlo cuando el niño está asustado es posible que responda positivamente a un acercamiento si le hablamos cariñosamente y con voz suave o por el contrario pueda perder el contacto con los extraños y volver rápidamente a la protección de su madre. Pero el tratamiento debe realizarse sin la presencia de la madre porque como principio su atención no está fija en el odontólogo sino entre este y su madre; en cuanto nosotros le indicamos algo su madre se lo repite poro a su manera y esto a él le molesta, por otra parte es necesario utilizar un vocabulario apropiado para la mentalidad de nuestro pequeño paciente y en este caso la madre utiliza palabras que hacen que el niño se atemorice más aún; como por ejemplo mientras nosotros hablamos de anestesiar, ella le dirá ' te van a inyectar ' , también existen actitudes completamente negativas por parte de los padres como es el hecho de amonazar al niño si es que no se deja hacer el tratamiento o proyectar sus temores al tratar de efectuar algún tratamiento y por último la sobreprotección excesiva.

- 3.- Ahora nos referiremos a los niños de cuatro a seis años el niño por lo regular trata de ser independiente y por lo tanto se muestra autosuficiente pero en un plan agresivo sus sentimientos y emociones tienen muchas variantes el niño puede comportarse muy amig

ble con su amigo predilecto el día de hoy y mañana - verlo como un enemigo.

A los cinco años el niño puede presentar una personalidad ya balanceada pero pueda variar su conducta.-- como no cooperar, asustarse mostrarse inseguro y aún fuertemente unido a su madre o conformarse ser dócil y sumiso, o cooperar feliz e inteligentemente porque se siente seguro y disfruta esta nueva experiencia - para él de asistir a un consultorio dental.

4.- El período escolar que se divide en tres etapas que son: temprana, intermedia y final, este período va - de los seis a los quince años.

- A) Temprana (de 1o. a 3o. de primaria)
- B) Intermedia (de 4o. a 6o. de primaria)
- C) Final (de 1o. a 3o. de secundaria).

a.- El niño a los siete años ya considera al dentista como una persona, ya no más como una sombra - vaga amenazante. Empieza a reaccionar hacia el - odontólogo y hacia sus procedimientos operatorios. Por lo tanto, el dentista hará bien en acercarse al niño directamente y establecerse como persona.

b.- De los ocho a los nueve años, empieza a romper - sus relaciones con su casa, posee secretos y rituales que le proporcionan dominio sobre la realidad; ésta es una faceta por la que tiene que - pasar antes de alcanzar su madurez e independencia. El niño desea ser reconocido por el grupo - de amigos al que pertenece y cualquier forma de - ser reconocido le parece mejor que la de ser ig-

norado. Los intereses más importantes de las niñas son de jugar ha ser grandes como coser, cocinar, bailar, etc.. Los niños se interesan en las herramientas, luchas, deportes, máquinas, etc.

- c.- A los nueve años, el niño ya tiene experiencia - para adaptarse y cooperar aún cuando el procedimiento sea en realidad doloroso. Su mayor y principal diferencia con el preescolar es la capacidad de cooperación, aún sin gusto, pero sin tener que forzarlo. Puede aprender y razonar.
- d.- Los niños a los diez años son grandes imitadores- les gusta demostrar que son capaces de realizar - cosas muy difíciles, compiten en fuerza física y - en valentía.
- e.- Con raras excepciones, a los doce años, desdeñan- todas las actividades de niños y firmemente independientes. En general las niñas maduran más rápidamente y a esta edad ya están entrando a la adolescencia. A esta edad el niño está lleno de curiosidad, que es una muy buena característica que el dentista puede utilizar para capturar la confianza y atención del niño, al interesarse sinceramente por sus gustos según su edad, pronto sabrá cuales son sus intereses especiales, proyectos o actividades en particular.
- f.- De los trece a los dieciocho años; durante esta - etapa, se introducen muchas alteraciones importantes y con frecuencia dramáticas en la conducta, - como resultado del marcado salto en el desarrollo físico, mental y emocional. Este período exige un

conocimiento y una comprensión especiales por parte del profesionalista si es que ha de tratar con éxito al adolescente. Ha dejado de ser niño, pero aún no ha alcanzado la madurez necesaria para ser considerado un adulto, se enfrenta al problema - de quererse independizar de la autoridad y manutención que le proporciona su familia. Este deseo requiere el rompimiento con muchos de los principios familiares basados en la autoridad, responsabilidad, respeto, afecto, intimidad y posesión. Debe notarse que al irse desarrollando el niño se aleja más y más de su casa, tanto en cuerpo - como en espíritu.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE NIÑOS CON IMPEDIMENTOS FISICOS Y MENTALES.

Cada niño trae consigo al nacer una dotación de su personalidad, que invariablemente se ha llamado constitucional; las interrelaciones con sus padres y las influencias situacionales o de ambiente estructurarán su personalidad definitiva. Para su adaptación social satisfactoria, el niño dispone de recursos biológicos, mentales y emocionales.

Nos referimos ahora a aquellos seres humanos que nacieron desafortunadamente con un impedimento mental o físico y para los cuales todavía hace algunos años existía una actitud de rechazo general; pero gracias a los incansables esfuerzos de la profesión médica y de varias agencias médicas se ha eliminado casi totalmente el velo de superstición y vergüenza relacionado con los impedidos y se acepta ahora generalmente el hecho de que estos individuos son seres humanos con requerimientos especiales de habilitación.

Hay cuidadosos estudios de los problemas psicológicos del niño con secuelas de poliomelitis, en el niño que sufre parálisis cerebral infantil, en el niño con trastornos primitivos del lenguaje etc. todos con fines de habilitación.

Un concepto definitivamente establecido en psiquiatría infantil es que la Patología de las Emociones nunca es un problema unilateral sino que atañe tanto al padre como a la madre, cada pareja reaccionará ante el niño anormal según la personalidad de cada uno de los integrantes. Cuando los padres son informados de que el niño "no nació bien", se generará en ellos una actitud de ansiedad. La reacción es muy compleja y para nosotros muy interesante puesto que una parte de los problemas emocionales del niño dependerá intrínsecamente de su defecto físico y otra será creada por la alteración de las re

laciones con los padres. Aquí podemos mencionar un factor que hemos observado, en nuestro medio, la madre acomodada, con un gran edificio de seguridad creado alrededor de ella, responde con mucha mayor ansiedad que la madre indigente, en la que -- opera un factor de incapacidad y conformismo, la ansiedad es bastante menor, y en estos casos probablemente sea un factor importante para establecer una relación madre-hijo, más sana.

Un estudio de Antropología Social establecerá si los niños con defectos físicos, nacidos en ambientes rurales y de padres económicamente débiles, tienen menos problemas de ajuste y -- menores distorsiones de su personalidad que los nacidos en medios acomodados de la ciudad.

La actitud del padre frente al problema variará. también -- según los rasgos de su propia personalidad en algunos casos -- hallaremos al padre seguro maduro responsable, que tranquilizará a la esposa; en otro al ansioso al inseguro, que participará de las angustias de la esposa y contribuirá a aumentar -- la carga de tensión que transmiten al lactante.

En la primera etapa de la vida del niño, lo más notable es la ansiedad de los padres. A veces juegan un papel importante los prejuicios que hay acerca de la etiología del padecimiento: " la herencia de los padres alcanzará a los hijos", "los pecados de los padres caeran sobre los hijos", etc., la reacción por el nacimiento del niño es de un sentimiento de culpa

La actitud de los padres ante este problema puede ser influida desfavorablemente por los mitos y supersticiones que -- existen en diversos lugares. Cuando el niño va creciendo, se van integrando las reacciones emocionales de los padres que -- serán definitivos en el carácter del niño puesto que ocurren antes de los seis años de edad (esto es porque hay psiquiatras y psicólogos que opinan que para los seis años, el niño ya ha adquirido todos los elementos básicos para la estructuración de su carácter) .

Inconscientemente la madre rechaza al hijo deforme. pero - esta tendencia no es tolerada por su Yo, de tal manera que - conscientemente sobreprotege al niño y razona de este modo: - "Puesto que tuvo la mala fortuna de venir al mundo con este defecto, yo le ayudaré a superarlo" (a esta actitud Levy la llama sobreprotección compensadora).

TEMA II

RETRASO MENTAL.

El retraso mental, tal como esta denominado se emplea --- desde el punto de vista diagnóstico, representa un menoscabo de la inteligencia desde el comienzo de la vida y un desarrollo mental insuficiente a lo largo de todo el período de crecimiento, que se manifiesta por una maduración lenta e incompleta, disminución de la aptitud para aprender y mala adaptación social.

En algunos casos, el retraso mental es primordialmente un problema médico como causa importante de incapacidad para toda la vida y como complejo problema médico, social, educacional y económico, el retraso mental representa corrientemente un importante reto para la ciencia y la sociedad, al cual no se encuentra solución fácil.

Es posible que el retraso mental sea el trastorno infantil que da lugar a un mayor impedimento.

Los retrasados, lo mismo que otros niños con defectos que constituyen un impedimento, son más vulnerables desde el punto de vista emocional; recíprocamente, los niños con problemas emocionales actúan a menudo a un nivel retrasado.

Existen diversas clasificaciones del Retraso Mental, dependiendo de las diferentes asociaciones u organizaciones en el mundo.

La clasificación que se utiliza más comúnmente, es la del Acta de Deficiencia Mental de 1927, la que divide los grados de severidad en :

- A).- Idiota- es un individuo incapaz de cuidarse a sí mismo contra un peligro físico común. Su coeficiente intelectual es menor de 25.
- B).- Imbécil- es incapaz de manejarse a sí mismo o a asuntos. Su coeficiente intelectual varía en-

tre 25 a 49.

C).- Débil Mental- o deficiente mental requiera cuidados, supervisión y es incapaz de recibir -- educación en la escuela. Su coeficiente intelectual es de 50 a 74.

E t i o l o g í a ;

La etiología de la deficiencia mental puede ser hereditaria o ambiental. Las causas hereditarias son las más importantes, pueden producir estados como la Fenilcetonuria, Cretinismo, Sordomudez, Microcefalia, Nourifibromatosis y Corea de - Huntington, cada uno con diferente grado de deficiencia mental.

Los factores ambientales incluyen infecciones prenatales-perinatales y posnatales; rubéola materna en el tercer mes de embarazo, infecciones virales, irradiación al feto, incompatibilidad Rhesis, meningitis bacteriana, anoxia en el momento del parto y daño traumático al cerebro en el parto.

La subnormalidad mental puede ser irrecognoscible al nacer pero poco a poco se nota la lentitud de desarrollo.

Aspecto Odontológico:

La caries y los problemas periodontales, afectan en gran proporción a estos enfermos, debido a la mala higiene bucal y a la administración de dieta blanda.

El odontólogo debe conocer la edad mental del paciente -- antes de intentar cualquier tratamiento.

El niño con una subnormalidad mental leve puede ser tratado en cualquier consultorio, por un odontólogo paciente y -- comprensivo, para ganarse la confianza de estos niños.

En el caso de no contar con la cooperación del paciente -- así como en un tratamiento restaurativo extenso, la única esperanza de tratar con éxito al paciente será recurrir a la -- anestesia general.

TEMA III

SÍNDROME DE DOWN MONGOLISMO TRISOMIA 21.

El síndrome de Down, es uno de los más frecuentes entre los tipos clasificables de retraso mental. Se calcula que su incidencia es de 1.5 : 100 nacimientos, se atribuyen a él, con frecuencia indobidamente, alrededor del 10% de los casos de retraso mental en los establecimientos asistenciales.

Trisomía 21; se advierte en la mayor parte de las células somáticas de pacientes de síndrome de Down (retrasados mentales mongoloides). Durante la meiosis los miembros de los pares cromosómicos se separan de manera que la célula-hija recibe la mitad de los cromosomas que presenta la célula madre; si en lugar de separarse, los miembros del par se desplazan hacia la misma célula (falta de disyunción) - la célula poseerá 24 cromosomas en lugar de los 23 normales. En la fecundación se añaden 23 cromosomas al gameto anormal, de lo cual resultan 47 cromosomas, tres de ellos idénticos (trisomía); dado que la frecuencia de síndrome de Down aumenta según la edad materna, se considera que la falta de disyunción ocurre durante la ovogénesis y no durante la espermatogénesis.

La anomalía cromosómica es el hallazgo más constante y es indispensable para el diagnóstico etiológico.

El diagnóstico clínico se basa en la presencia de retraso mental acompañado de diferentes manifestaciones de trastorno del crecimiento del esqueleto, especialmente del cráneo y de los huesos largos. También suele haber signos de desarrollo defectuoso de otros tejidos.

El niño mongoloiide típico, se lo distingue del normal - porque es de corta estatura, regordete, manos y dedos cor-

tos, piel seca y áspera, cráneo braucefálico, pliegues opi-
cánticos, amplio puente nasal, orejas dobladas, línea simoa
pequeño maxilar superior, lengua protusiva hipotonía en los
músculos labiales, separación del primero y segundo dedos -
del pie, presentan cardiopatías congénitas, retraso mental-
y son muy susceptibles a las infecciones respiratorias. caus.
principal de que no sobrevivan a una edad avanzada.

Tratamiento Dental:

Algunos de los hallazgos dentales encontrados en pacien-
tes afectados por el síndrome de Down son:

- a.- Erupción tardía de dientes primarios.
- b.- Exfoliación temprana de los mismos.
- c.- Incisivos laterales superiores defectuosos o ausentes
- d.- Anomalías de forma.
- e.- Caries dental.
- f.- Enfermedades periodontales.
- g.- Maloclusiones .
- h.- Prognatismo.

Las enfermedades periodontales son el principal problema
en pacientes con el síndrome de Down.

Del grado de cooperación del paciente, depende mucho su-
nivel de inteligencia.

Un paciente con subnormalidad cardíaca congénita necesi-
ta tratamiento especial.

El estado peri dental, es como ya se mencionó, el princi-
pal problema de la salud dental. El tratamiento gingival -
debe ser habitualmente sencillo.

TEMA IV

PARÁLISIS CEREBRAL.

La parálisis cerebral, pertenece a un grupo de trastornos relacionados que se ubican como síndrome de disfunción cerebral. Esta enfermedad fue definida como; un trastorno de los movimientos y de la postura causados por un defecto permanente o lesión del cerebro maduro no progresivos. La lesión cerebral producida durante los años de desarrollo como son: --malformaciones, sufrimiento fetal, o traumatismo, que afecte a zonas del cerebro que controlan el movimiento y la postura o interfieran significativamente en la función puede denominarse parálisis cerebral. Los trastornos motores provocados por alguna lesión de la médula espinal no están incluidos, --ni tampoco las enfermedades neuromusculares progresivas. Las lesiones cerebrales que ocurren durante el período de desarrollo rápido del cerebro durante la infancia crean problemas diferentes de los provocados por una lesión adquirida --posteriormente en la vida.

La American Academy for Cerebral Palsy, clasificó la parálisis cerebral como:

- A).--Fisiológica (motora).
- B).--Topográfica.
- C).--Suplementaria.
- D).--Neuroanatómica.
- E).--Capacidad funcional.
- F).--Terapéutica

De estas clasificaciones las más empleadas son la fisiológica y la topográfica.

Encefalopatía bilirrubinica.- es un tipo de parálisis cerebral en la que puede determinarse el factor etiológico mediante el examen del neurodesarrollo.

Este tipo de parálisis cerebral es causado por un aumento significativo de la bilirrubina sérica, debido generalmente a incompatibilidad del factor Rh, lo que provoca hemólisis de hematíes en el recién nacido. Los únicos cuatro síntomas observados son:

- 1.-Coreoatetosis
- 2.-Limitación de la vista hacia arriba
- 3.-Impercepción auditiva
- 4.-Manchado e hipoplasia del esmalto de los dientes.

Un cincuenta por ciento de los niños con parálisis cerebral presenta manchado de los dientes primarios e hipoplasia del esmalte asociada con pérdida del oído a las altas frecuencias - y sordera central, o ambas.

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

En la clasificación fisiológica, los dos tipos más frecuentes son espasticidad, que constituye aproximadamente 60% y atetosis aproximadamente 20% de la población de enfermos con parálisis cerebral.

La espasticidad también se llama sistema piramidal o de las neuronas motoras superiores, que incluye las neuronas del área motora de la corteza cerebral y sus axones que forman parte de la materia blanca del cerebro, continuando hacia la médula espinal, hasta las células de los cuernos inferiores.

Los principales signos de espasticidad son:

- a.-Aumento del tono muscular (hipertono) del tipo de espasticidad en "navaja", en la que la flexión y la extensión

de una extremidad da lugar a un brinco, un movimiento similar al que sucede al abrir y cerrar una navaja.

b.-Reflejo de tendón hiperactivo o vigoroso (hiporreflexia) producido por el estímulo del reflejo al estiramiento tocando un tendón con el martillo.

c.-Presencia de reflejos patológicos. El reflejo patológico más frecuente es el signo de Babinski en el tocar - la superficie lateral de la punta del pie da como resultado la extensión plantar del dedo gordo y la flexión, con la abertura en forma de abanico, de los dedos restantes. Esto se considera patognomónico de la enfermedad del tracto piramidal.

d.-Presencia de contracturas; especialmente los flexores de las extremidades superiores de donde proviene la limitación funcional.

La atetosis o parálisis cerebral extrapiramidal afecta a la materia gris profunda del cerebro que constituye la porción más antigua del cerebro. La afección (hiperbilirrubinemia anoxia, traumatismo y monóxido de carbono) provoca una imagen clínica diferente a la del tipo espástico.

En la Atetosis se encuentran los siguientes signos:

1.-Aumento de tono muscular, provocando una rigidez del tipo "tubo de plomo", en la que la flexión y extensión de una extremidad dan origen a resistencia continua como la que sería provocada al doblar una pieza de plomo maleable.

2.-Los reflejos profundos de tendón pueden ser normales.

3.-Las contracturas no se aprecian, salvo que el paciente haya estado limitado a una silla de ruedas varios-

años y haya desarrollado contracturas de flexión por la posición de las caderas y las rodillas.

4.-Los reflejos primitivos persisten un tiempo significativamente mayor que en los casos de espasticidad.

La clasificación topográfica incluye:

- a).-Monoplejía- afección de una sola extremidad (es muy rara)
- b).-Paraplejía- afección de las extremidades inferiores únicamente.
- c).-Hemiplejía- solamente las extremidades superiores.
- d).-Doble hemiplejía- afección mínima de las cuatro extremidades con los brazos más afectados que las piernas.
- e).-Triplejía- afección de tres extremidades.

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

Lo más indicado es el tratamiento farmacológico para el control de las manifestaciones periféricas principales que intervienen significativamente en la función.

El tratamiento farmacológico resulta difícil de evaluar debido a la falta de buenos métodos objetivos para medir la deficiencia motora, la mejoría y el progreso.

Los niños con parálisis cerebral reaccionarán favorablemente a las medicinas para relajar los músculos; por lo que el tratamiento farmacológico en estos casos puede ser de gran beneficio, pues reduciendo el tono muscular aumentado podrán mejorarse los movimientos voluntarios, siempre que pueda evitarse la somnolencia.

Un cuidadoso manejo de la medicina psicofarmacológica pue-

de habilitar al dentista para controlar las dificultades en el manejo del niño.

La eliminación de la aprehensión puede hacer la diferencia de un niño bueno a un niño malo.

El trauma psíquico se aminora y tenemos como resultado a un paciente más descansado y a un dentista menos fatigado.

Los niños con parálisis cerebral deberán ser tratados en forma diferente a los niños normales y a cada niño de acuerdo a su tolerancia medicinal, tomando en cuenta edad y peso para la dosificación de los medicamentos adecuados.

Los barbitúricos son de poco valor, sólo son eficientes para reducir el dolor al niño y una vez que el dolor se produce éste quitará el efecto hipnótico de la medicina sobre pacientes ambulantes, y deben evitarse debido a su efecto paradójico o excitante que puede empeorar la función motora y la conducta.

Además, algunas drogas empleadas por sus cualidades sedantes como los antihistamínicos, los analgésicos y el alcohol, son útiles aunque no prácticos.

Las drogas neuromusculares (trihexifenidil-artone; clorhidrato de cicrimina-pagitone) que afectan a las manifestaciones extrapiramidales (rigidez y temblores) pueden ser usadas.

Los relajantes musculares también se han empleado con beneficio en los atetósicos espásticos. Esta relajación se atribuye a la acción tranquilizante central sedante, así como los efectos neurofisiológicos. Como los atetósicos padecen un trastorno del movimiento que es más afectado por tensión emocional la reducción de este factor mejorará el movimiento y la función.

Algunos de los relajantes comunes son la mepesina (tolserol) el meprabato (maltown) y el carisoprodol (soma).

Las drogas neuropsiquiátricas como el clorhidrato de diazepam (librium)

y diazepam (valium), utilizados ampliamente para el tratamiento de angustia, se proscriben como sedantes diurnos para los niños con parálisis cerebral.

El paralítico cerebral espástico, la administración de valium ejerce un efecto relajante a la voz. También se lo emplea como un coadyubante para otros convulsivos y por vía endovenosa para convulsiones prolongadas y estados epilépticos.

Es recomendable el uso de Atarax, esta droga tiene la habilidad de reducir la inquietud sin colocar al paciente en un estado hipnótico.

El área de investigación más prometedora y prácticamente es el campo de la premedicación. Este campo inexplorado es el -- que se extiende rápidamente requiere su propia discusión; es conveniente decir que con los adelantos farmacológicos de los próximos años, el niño con parálisis cerebral podrá tener en el futuro atención dental, usando una combinación de drogas -- para su inmovilización, sedación, tranquilidad, analgesia, etc.

TEMA V
EPILEPSIA.

La epilepsia se puede definir fisiológicamente hablando como la descarga en masa de un grupo de neuronas cerebrales, o de su totalidad, momentáneamente afectadas a una sincronía excesiva.

Neurológicamente, consiste en las manifestaciones convulsivas de esta hipersincronía, o sus equivalentes, psiquiátricamente, comprende los aspectos de desestructuración de la conciencia, en relación con las crisis y accidentes comiciales; y por otra parte, comprende las modificaciones de la personalidad que eventualmente están asociadas a estos trastornos.

Los trastornos epilépticos pueden dividirse en dos grupos etiológicos:

- A) Idiopáticos.- en este grupo, las epilepsias no pueden atribuirse a lesión estructural cerebral demostrable, y frecuentemente son de origen genético.

- B) Sintomático.- se asocian con patología del cerebro debidas a anomalías del desarrollo, lesión o enfermedad.

Existen dos condiciones en que se funda el fenómeno convulsivo:

- 1.- La tendencia constitucional hacia esta reacción; y
- 2.- El estímulo apropiado probablemente; en toda persona sujeta a convulsiones se cumplen ambos requisitos.

La proporción relativa de éstos varía según los individuos y son posibles todas las gradaciones.

Los estados clínicos convulsivos pueden dividirse en dos grupos:

- a- Aquellos cuya innata tendencia hereditaria parece ser el factor predominante, y que pueden denominarse "convulsiones genéticas" (esenciales o idiopáticas).
- b- En este grupo predomina cierto factor postconcepcional y pueden denominarse "convulsiones adquiridas" (sintomáticas).

Se incluyen en este grupo la Epilepsia Jacksoniana, Traumática y Orgánica, la Tetania, la Eclampsia y el Síncope.

Clínicamente consiste en alteraciones paroxísticas y recurrentes de:

- 1- La conciencia o de otras funciones psíquicas.
- 2- Movimientos musculares involuntarios y
- 3- Trastornos del Sistema Nervioso Vegetativo.

Estos síntomas recurrentes coinciden con una descarga desrítmica de las neuronas del cerebro y se registran por medio del electroencefalógrafo.

La epilepsia se presenta en cerca del 0.5% de la población.

El comienzo de las convulsiones predomina en la primera infancia y en la adolescencia, pero aproximadamente en la cuarta parte de los pacientes privados y hospitalizados, los ataques se inician después de los veinte años. Están afectados por igual varones y mujeres, aunque el comienzo es más precoz en mujeres que en el hombre, quizá por un factor hereditario más intenso.

La enfermedad no está influenciada por el número de hijos en la familia ni su orden de nacimiento.

Las estadísticas son insuficiente para juzgar la frecuencia relativa de los ataques en los diversos grupos raciales y económicos.

E t i o l o g í a ;

De las principales causas de la epilepsia, la genética y la adquirida, la más importante es la genética.

Entre 2500 pacientes, el 35% sólo tenían antecedentes familiares de epilepsia o jaqueca, el 16% presentaba signos de enfermedad cerebral antes de la primera crisis; el 11% tenían antecedentes de los dos tipos genético y adquirido, y el 38% no presentaban dato ninguno que orientara en cuanto a etiología. Entre los parientes próximos de epilépticos escogidos - al azar, la epilepsia crónica es unas tres veces más frecuentes en la población general.

En el estudio de 225 pares de gemelos epilépticos en ausencia de antecedentes de enfermedad cerebral, se observaron -- convulsiones en los dos gemelos en 84.5% de univitelinos, y -- solamente en 15.9% de los bivitelinos.

Concuerdan con esta observación el tipo de ataques y la forma de las descargas en el electroencefalograma.

Las probabilidades de que un niño tenga más de una o dos crisis en la niñez son del orden de uno en setenta es decir -- solamente tres veces la frecuencia de la epilepsia crónica -- en la población adulta. El factor herencia juzgado por el número de parientes cercanos afectados, es menor para la epilepsia que para trastornos tan frecuentes como jaqueca, dia-

bates, hipertensión, artritis reumatoide, obesidad y tuberculosis. Esta probabilidad disminuye si existe la causa adquirida si las convulsiones se iniciaron en época tardía, si la familia del presente cónyuge se haya completamente libre de casos de epilepsia o de jaqueca, y si el electroencefalograma de esta persona es completamente normal.

Hay que tener presente el posible afecto beneficioso físico o mental del casamiento, además, la epilepsia como muchas otras afecciones no se hereda directamente, sino sólo la predisposición, si pueden evitarse los factores adquiridos desencadenadores, es posible que la predisposición permanezca latente.

Las causas adquiridas (sintomáticas) de epilepsia son múltiples, aunque de ordinario sólo se descubren en aproximadamente la cuarta parte de los pacientes.

En un grupo de cerca de 4000 pacientes, se consideraron como causas principales de las convulsiones las siguientes anomalías congénitas:

- a-8.8% traumatismos cerebrales después del parto;
- b-5.8% infecciones, incluso convulsiones febriles;
- c-4.5% tumor cerebral;
- d-1.6% trastornos circulatorios cerebrales;
- e-1.2% otras causas.

f-76.9% no se logró descubrir síntoma de enfermedad orgánica del cerebro.

La causa de la epilepsia se encuentra en el cerebro y se ha investigado en vano la presencia de lesiones características. En la autopsia frecuentemente se observan alteraciones neuropatológicas, incluso en casos insospechados durante la vida. Las más comunes atrofas, gliosis, aracnoiditis, aunque tales lesiones parecen más bien consecutivas a las convulsiones o a un proceso adquirido.

El fenómeno fundamental de la epilepsia genética (esencial) es la desrritmia de los potenciales eléctricos del cerebro, manifestación hereditaria consecutiva a peculiaridades físico-químicas de las descargas celulares del cerebro. Las anomalías estructurales del cerebro, genéticas o adquiridas, solo parecen coadyuvantes. Las descargas convulsivas proceden de la función de las neuronas vivas, no de las muertas, ni de los tejidos cerebrales de sostén ni de los cuerpos extraños en él enclavados, lo peculiar de la epilepsia es la estructura química de los genes que vienen a expresarse en la estructura o en la reacción química de las neuronas del cerebro. Esta química patológica se manifiesta a su vez en el grado y voltaje de las pulsaciones eléctricas del cerebro.

El origen de la epilepsia debe buscarse en la neurofisiología del cerebro. Posee indudablemente importancia el metabolismo de las neuronas, la utilización de la glucosa y del oxígeno, el equilibrio acidobásico y la tensión de anhídrido-carbónico, han demostrado tener relación con las convulsiones gran número de fenómenos como los siguientes: permeabilidad de las membranas celulares acetilcolina y transmisión química de los impulsos nerviosos, equilibrio entre potasio en el interior de la célula y sodio del exterior, influido por la corteza suprarrenal, sistema nervioso simpático y emociones.

Los epilépticos tienden a presentar valores muy bajos del metabolismo basal, reacciones lentas a las emociones y riog-sanguíneo periférico lento.

La fisiología de los epilépticos, como sus ondas cerebrales parece ser inestable, con grandes fluctuaciones irregulares de hora en hora o de día en día.

Las circunstancias que tienden a producir o prevenir los ataques en pacientes que ya los sufren, ayudan a identificar las alteraciones del umbral convulsivo y contribuyen de esta-

forma al tratamiento de la epilepsia.

Diferentes condiciones influyen en las convulsiones, especialmente en el Pequeño Mal.

- 1) Tienden a inhibir las convulsiones: la acidosis por inanición o dietas cetógenas; la ingestión de ácidos o de sales acidificantes; la respiración en atmósferas con alta concentración de anhídrido carbónico y ácido láctico por medio de un trabajo muscular y mental vigoroso.

La alcalosis consecutiva a la hiperventilación pulmonar o a la ingestión de alcalinos tiende a desencadenar las convulsiones.

- 2) La deshidratación tiende a inhibir las convulsiones -- y el abuso del agua es considerado, desde hace mucho tiempo, como convulsionante.
- 3) El aumento de la tensión de oxígeno y la hiperglucemia tienden a prevenir las convulsiones, la anoxemia y la hipoglucemia las provocan.
- 4) Diferentes medicamentos tienden a inhibir las convulsiones, otros las provocan. Su mecanismo de acción ha sido poco estudiado.

Clasificación de Epilepsia:

"Ataque del Gran Mal".-estos ataques pueden ir precedidos de una aura momentánea, pero menos de un tercio de los epilépticos pueden dar una descripción definida de semejantes experiencias. En algunos casos un espasmo o sacudida muscular preliminar localizada, puede preceder a un ataque generalizado. Esto se califica con frecuencia como aura motora o aviso.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

"Ataque del Pequeño Mal".--consiste en una pérdida transitoria de la conciencia. Pueden existir manifestaciones leves, como fijeza de la mirada o dirección de la misma hacia arriba, movimientos de los párpados, inclinación de la cabeza o movimientos saluatorios rítmicos de la misma o ligero temblor de los músculos del tronco y de las extremidades. La evidencia clínica del pequeño mal rara vez aparece antes de los tres años de edad y suele desaparecer al llegar a la pubertad. Las niñas resultan más a menudo afectadas que los niños. El desarrollo intelectual raramente resulta perturbado en los niños que tienen solamente simples ataques de pequeño mal. Los ataques de este tipo, duran menos de 30 segundos. El enfermo rara vez se cae, pero por lo regular, deja caer los objetos que pueda tener en sus manos o en la boca cuando se presenta el ataque. Si al dar principio el ataque esta ejecutando algún acto como leer o escribir de pronto lo interrumpe para reanudarlo en cuanto ha pasado el ataque. Pueden darse cuenta de que ha sufrido un ataque. Tales ataques varían en cuanto a frecuencia desde uno o dos por mes, hasta varios centenares en un día. Puede presentarse un episodio típico en un niño tras la hiperventilación o exposición a una luz titilante. Los distintos ataques de pequeño mal pueden, en casos excepcionales, hacerse progresivamente más prolongados y parecerse cada vez más a una forma leve de Gran Mal. Los episodios prolongados de confusión, acción inapropiada y pérdida de la capacidad para hablar o comprender (estado de Pequeño Mal) son raros y pueden distinguirse de los ataques psicomotores sólo mediante un electroencefalograma practicado durante el ataque.

El tratamiento de estos estados convulsivos es a base de drogas tales como el Epamin (Dilantina) la cual puede ocasionar una gingivitis hiperplásica fibrosa, que constituya el -

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

principal problema dental de un paciente epiléptico.

Existen otros tipos de epilepsia la llamada:

Epilepsia Psicomotora.-observada con mayor frecuencia en los niños mayores, adolescentes adultos.

Las manifestaciones varían considerablemente y cuentan -- principalmente de automatismos (por ejemplo: movimientos masticatorios, chasquido de los labios, movimientos motores extraños y en ocasiones ademanes raros), duran aproximadamente algunos minutos y pueden ocurrir diariamente.

Pueden observarse fenómenos subjetivos como estado onírico, impresión de irrealidad, o pensamientos o risa, compulsivos, -- también pueden observarse alucinaciones visuales auditivas, -- del olfato o tacto.

También se encuentran estados amnésicos, con pérdida de con tacto con el medio ambiente o sin ella, automatismos, movimientos de deglución o masticación, confusión incluso estupos.

La cabeza y los ojos pueden volverse hacia un lado. Los epi sódios breves suelen calificarse equivocadamente de Pequeño Mal cuando el enfermo parece tener conciencia del medio que lo rodea, suele ser difícil la diferenciación con la histeria.

También se encuentra un grupo psicomotor, de amnesia con -- actividad muscular anormal asociada, rigidez simple de los -- músculos sin espasmos, conducta violenta, crisis durante las cuales el enfermo corre, estados de fuga. Las medidas coercitivas solo aumentan la violencia de la situación. Las crisis -- psíquicas son más frecuentes en el varón que en la mujer, en los adultos que en los niños.

Muchas veces aparecen después de una larga historia de convulsiones y puede resultar difícil diferenciarlas de la psicosis, la simulación o el histerismo, a menos que resulte posible demostrar un foco de espiga a nivel de un área temporal- o estructuras asociadas. Este lóbulo temporal parece constituir

el lugar de convergencia de la psiquiatría y la epilepsia.

Hay dos tipos de epilepsia infantil que están asociados con deficiencia mental, y estos ataques no son controlados fácilmente.

A.- Espasmos Infantiles: se presentan principalmente -- entre los tres meses y los dos años de edad. Los ataques se presentan en serie y son de tres tipos principales:

a.-Ataques flexores con actitud de Salaam caracterizados por la proyección hacia adelante de las extremidades superiores, con flexión de la cadera y la cabeza.

b.-Espasmo de los extensores con flexión a nivel de la cadera.

c.-Espasmos con movimientos de vaivén de la cabeza.

Un gran porcentaje de estos niños son deficientes, presentando trazos característicamente caóticos en los electroencefalogramas, consistentes en ondas lentas de voltaje muy alto intercaladas con ondas en forma de pico, lo que se llama hipsarritmia.

El otro trastorno convulsivo de la niñez es el síndrome de Lennox-Gastaut, de mal pronóstico también, ya que se asocia frecuentemente con grave daño cerebral y deficiencia mental, y mala reacción al tratamiento. Los ataques se presentan generalmente entre 1 y 9 años de edad pudiendo ser diversos tipos de combinación. Estos incluyen ataques atónicos acinéticos (epilepsia que hace caer al suelo), accesos tónicos, accesos clónicos, accesos de ausencia y también accesos de tipo Gran Mal. El trazo del electroencefalograma es característico mostrando de 1.5 a 2-2.5 componentes de ondas de espiga por segundos.

Tratamiento Dental.

Es de vital importancia que el odontólogo sepa cuanto tiempo ha transcurrido desde el último ataque y que situación lo provoca. Cuando ocurra al consultorio un paciente que sufra de Gran Mal, lo principal es evitar que se lesione, prevenir la aspiración de saliva a los pulmones, colocando al paciente de costado, evitar la mordedura de la lengua, si esta cianótico, habrá que suministrarle oxígeno.

La anestesia local puede usarse normalmente. En caso de -- anestesia general, solamente puede darla un anestesiólogo muy experimentado.

Se debe recordar al responsable del paciente que antes de la cita, debe darse al niño la dosis normal de la droga que -- este tomando y no omitirla.

El tratamiento dental de la hiperplasia gingival suele ser quirúrgico, pero tiende a recurrir, en tal caso debe consultarse al médico del niño para considerar un cambio en la terapia del paciente.

CONDUCTA A SEGUIR EN EL CONSULTORIO DENTAL CON LOS ENFERMOS MENTALES SEGUN SEA EL CASO.

En una clínica para enfermos mentales encontramos diferentes tipos de enfermos dependiendo de su aspecto y conducta. A unos se les ve que hablan sin cesar gritan, cantan, interpelan al visitante, etc., son los agitados, por lo común maníacos.

Otros van y vienen sin cesar, preocupados siempre, se levantan constantemente, sin razón ni motivo, son los melancólicos.

A veces tienen otro aspecto, sentados en su cama o en algún rincón, con la vista en el suelo, los brazos caídos indiferentes a todo, se niegan a contestar, a cambiar de posición a comer, etc., se niegan a todo, por lo que algunos les han llamado negativistas, son los melancólicos con estupor.

Otros no están tan deprimidos y quietos como estos últimos ni tan agitados como los que llevan ese nombre; generalmente están tranquilos, pero repentinamente y sin motivo aparente se irritan, amenazan, insultan y aún pegan, en una palabra, se vuelven furiosos, son los impulsivos.

Otros pasean satisfechos, contentos, miran con inferioridad a los demás se creen ricos, poderosos, etc., son los paralíticos generales o que padecen de la locura de grandeza.

Hay otros muchos tipos de enajenados como el perseguido - el idiota el místico, el hipocondríaco, el epiléptico, etc.

Es necesario tener buen tacto, talento y sangre fría para tratar a estos enfermos.

En general, el cirujano dentista deberá tratarlos con dulzura pero con firmeza necesaria para mantener sobre ellos un ascendiente moral. Conservará siempre su sangre fría para tratar a estos enfermos.

En general, el cirujano dentista deberá tratarlos con dulzura pero con la firmeza necesaria para mantener sobre ellos un ascendiente moral. Conservará siempre su sangre fría recordando que, el loco es menos de lo que parece sobre todo si -- se tiene vigilancia.

Cuando el dentista es amenazado no debe desafiario pero -- tampoco manifestarle miedo, aparentando tranquilidad procurará convencerlo de que hace mal y de que el no merece ser tratado mal, pero al mismo tiempo llamará más personal para que lo auxilie .

Hay locos que hablan continuamente de sus ideas teniendo -- el cirujano dentista que escucharlo a cada momento para que -- no se crea desatendido, pero sin entablar la discusión, y si en su peroración se exultan, a veces se logra poner fin a este acceso con una afirmación categórica, aunque sea referente a otro asunto.

Al que padece delirio de grandeza no hay que contradecirlo al melancólico y al hipocondríaco, se procurará tranquilidad y darles afirmaciones concretas, así al primero se le dirá -- que no es un criminal como él cree suponiendo que es su delirio que es un hombre honrado y bueno, al hipocondríaco se le curará de su padecimiento etc., pues si estas afirmaciones -- no lo convencen cuando menos lo harán vacilar.

Por lo que nunca debemos hacer es burlarnos de las ideas de un enfermo mental, por muy extravagantes que ellas sean , -- pues ésto le quitará la confianza del enfermo. Con el que se cree perseguido, el cirujano dentista no debe tomar el partido y la defensa del que el enfermo cree que es su perseguidor pudiera ser que él tome como cómplice y peligrar con ésto hasta su vida.

Lo mejor en este caso es no opinar y solamente decirle --

que empeora su situación tomando las cosas de esa manera, etc., pero si el enfermo llega a manifestar que cree que él también es su enemigo, no debe dejarlo en esa creencia le dirá enérgicamente y con toda serenidad que está equivocado, que nada le ha hecho de malo, por el contrario sólo se le quiere curar para su bien, etc., con lo que conseguirá que cuando menos quede quebrantada su convicción y dudo.

A veces el enfermo disorta con seres imaginarios insultándolos, etc., otros que se esconden para escapar de seres que lo amedrentan, o bien, se tapan los oídos para escapar de los insultos o burlas que nadie los diga es a esto a lo que se le ha llamado alucinación que no hay que confundir con ilusión.

Así el enfermo al ver al cirujano dentista, por ejemplo, cree y está seguro que es otra persona y como a tal le dirige la palabra; cuando un enfermo tiene una alucinación es inútil contradecirlo, pues no se le convence y en cambio sí se le disgusta.

A los epilépticos hay que tratarlos con bondad, pues estos infelices dándose cuenta de su desgracia sufren mucho, de ahí su constante tristeza y mal humor; hay que alentarlos sin tomar en consideración sus inconsecuencias y aún insultos, como no se toman los de otros enfermos de delirios; por no ser responsables, además sería muy peligroso para el cirujano dentista atraer la mala voluntad de esos enfermos, pues son capaces de cualquier crimen aprovechando algún descuido.

Como debemos cuidar a estos enfermos;

El suicidio es relativamente frecuente en los enajenados. Unas veces es casual y otras intencional. A nosotros

nos interesa lo intencional.

El suicidio intencional es de temer, sobre todo en los melancólicos que tiene esa tendencia; lo mismo, en los obsesionados por esa idea.

Se ha calculado que el 80% de los melancólicos tienen esa tendencia, unos porque están convencidos de que son inmensamente desgraciados y tratan de quitarse la vida que le es muy pesada; otros creyéndose culpables de grandes crímenes, se dan la muerte como castigo.

Cuando se nota que un melancólico se pone más silencioso y áptico, hay que vigilarlo más estrechamente pues a veces su acción es intempestiva y rápida.

Hay también que saber que no es raro que el melancólico induzca a otros al suicidio.

En cuanto a los obsesionados, frecuentemente son individuos concientes que se dan claramente cuenta de lo absurdo de su idea, luchan por quitarse esa obsesión, pero ésta se les impone cada vez más y más y acaba a veces por vencerlos.

Los hipocondríacos, a veces escuchan voces que les dicen matarse porque se aliviarán y sólo serán una carga para los demás, o simplemente que les ordenan matarse y ellos obedecen.

La vigilancia de los predispuestos al suicidio será extrema, por lo que se revisará el consultorio antes de que llegue el paciente, retirando de la vista todos los objetos que puedan ser utilizados como armas. Se les revisará antes de salir del consultorio, pues suelen conseguir con astucia algún objeto con el que puedan matarse o matar.

Cuando se tenga que poner algodón, se tendrá buen cuidado porque son capaces de ingerir el algodón para asfixiarse.

Cuando esto pase, no hay que esperar a que el enfermo -- grite pues la abertura glótica esta tapada con el algodón, -- solo se nota que la cara se pone amoratada, que echa su cabeza hacia atrás, se agita, y por último cae asfixiado.

En este caso se le abrirá la boca, lo que no presenta dificultad si ya está privado por la asfixia, y en caso contrario se le abrirá a la fuerza con abre-boca para que no muorda; una vez abierta, se le sacará el algodón con pinzas o algún instrumento apropiado. Extraído el algodón, si el enfermo no vuelve en sí, se le dará respiración artificial.

Hay otros enfermos con tendencia incendiaria, por lo que se procurará no tener a su alcance la lámpara de alcohol ni cerillos.

Atención Dental;

El servicio que actualmente se tiene en la mayoría de los sanatorios para enfermos mentales puede considerarse como auxiliar, puesto que resuelve por el momento los problemas de dolor o molestia que tenga algún enfermo internado en esos sanatorios.

Algunos hospitales en los cuales se atienden dentalmente a estos enfermos si están debidamente equipados dado que esa es su función, y tienen equipo adecuado para realizar incluso rehabilitaciones orales con anestesia general.

Para que un consultorio dental preste servicio eficiente debe estar equipado de la siguiente manera; la pieza debe ser amplia, con mucha luz, lavabo de color claro, las paredes perfectamente aseadas, con el objeto de que el enfermo mental encuentre ahí un lugar de tranquilidad y que éste no sea motivo de intranquilidad al encontrarse en un pequeño espacio, oscuro y sucio.

El sillón debe ser de una construcción especial (o hacerle adaptaciones al sillón común y corriente que se usa), el cabezal debe estar provisto de una venda frontal con el objeto de que la cabeza esté fija. Se debe quitar de la vista del paciente todo objeto con el cual pueda provocar un accidente.

TEMA VI

CARDIOPATIA CONGENITA.

Algunas personas nacen con una anomalía o defecto del -- corazón entonces se dice que padecen de alguna cardiopatía-- congénita. El significado de estas anomalías presenta gran - amplitud, observándose las variedades posibles prácticamente infinitas.

La existencia de estos padecimientos cardíacos al nacer, -- es desconocida sin embargo, en la edad escolar del niño y ex- ceptuando la pérdida de los casos muy graves o los diagnósti- cados tardíamente, se estima aproximadamente un caso en cada- mil niños.

Causas principales de las Anomalías Cardíacas Congénitas

Existen cuatro causas principales como son:

- 1.-Fuerzas Genéticas
- 2.-Lesiones fetales
- 3.-Fuerzas Dinámicas
- 4.-Azar

Cabe mencionar que el factor herencia en estos casos prác- ticamente se ha descartado de acuerdo a las estadísticas, -- pues la frecuencia de las lesiones congénitas cardíacas en - niños cuyos padres estén afectados, no representa un aumento serio.

- 1.-En cuanto a las fuerzas genéticas, se ha visto que la - presencia de defectos cardíacos en un grupo familiar da la impresión clínica de una tendencia a la estereotípi- ca, notándose además ejemplos de replicas exactas de -- defectos cardíacos raros en hermanos de lo cual se dedu

ce que puede existir una identidad de plantilla genética.

2.-Cuando el producto se lesiona por la presencia de algún agente patógeno que ataque a la madre como en el caso de la rubéola, ha tomado cierta actualidad. Así mismo por la ingestión por parte de la madre embarazada de sustancias nocivas para el producto como es el caso de la talidomida, trayendo como consecuencia grandes defectos en el nuevo ser, entre ellos los -- cardíacos.

3.-Las fuerzas dinámicas se refieren más que nada a una interacción de fuerzas dando por resultado la malformación final como consecuencia de un proceso de crecimiento constantemente cambiante y compensador, --- que intenta obedecer la base morfogenética de la energía que cre y modela grandes estructuras como son -- los vasos, el miocardio y todo el órgano cardíaco.

4.-Si se observa el aspecto etiológico desde un punto - vista multifactorial, se podrá comprender que muchas veces el azar es el que determina las anomalías vasculares como son el angostamiento de la orta o el de sarrollo anormal de venas pulmonares.

Ahora bien, se conocen muchos tipos de combinaciones de defectos cardíacos congénitos y es recomendable tener lo- que se presentan con mayor frecuencia.

El patrón general que rige esta clase de anomalías cardíacas, es el hecho de que donde se presente alguna abertu- ra anómala, la sangre fluirá del lado con mayor presión al de menor presión, ocurriendo esto generalmente del lado iz- quierdo del corazón al lado derecho. Por otra parte, si el defecto consiste sólo en una barrera en la ruta normal, es decir, una estenosis, entonces se producirá la presión de- trás de dicho obstáculo provocando un agrandamiento locali- zado.

Las Anomalías Congénitas del corazón, se han llegado a -
dividir en dos grandes grupos que son:

- A).-Cardiopatías Congénitas no caracterizadas por cianosis
Los pacientes con este tipo de afección, sufre en el -
torrente circulatorio cardíaco con corto circuito de -
izquierda a derecha, ocasionando con esto, varios defectos
cardíacos.
- B).-Cardiopatías Congénitas caracterizadas por cianosis.
Los niños que nacen con esta condición patológica, -
presentan también corto circuito en su torrente sanguineo
sólo que en dirección opuesta, es decir, de derecha
a izquierda, y se caracterizan al hacer determinado
tipo de ejercicio de volverse cianótico, o sea supiel
toma una coloración azul negruzca debido a que en
ese momento sus glóbulos rojos transportan una cantidad
demasiado baja de oxígeno.

Las principales cardiopatías congénitas no caracterizadas-
por cianosis, son las siguientes:

- a) Dextrocardia.- se caracteriza por un trastorno en las -
cavidades cardíacas. En ocasiones se presenta un defecto
denominado dextrocardia falsa y es cuando existe só-
lo un desplazamiento del corazón hacia el lado derecho-
- b) Coartación de la Aorta.- se distingue por un angostamiento
de la aorta y ocurre con frecuencia por debajo del naci
miento de la arteria subclavia izquierda. Los síntomas
que presentan los pacientes con este defecto, son origina
dos por los cambios en la presión sanguínea y los princi
pales son: el dolor de cabeza, mareo, epistaxis, pies
fríos y algunos otros síntomas de presión elevada en la
parte superior del cuerpo.

El pronóstico en pacientes con esta enfermedad generalmente es desfavorable, pues la mayoría no sobrevive más allá de la tercera década de la vida. Con esto podemos decir que con frecuencia este padecimiento se llega a complicar con endocarditis bacteriana.

- c) Estenosis Aórtica.-es caracterizada por una anomalía de las válvulas aórticas obstruyendo el pasaje desde el ventrículo izquierdo hacia la circulación sistémica, ocasionando un aumento de trabajo de dicho ventrículo. En los casos severos, se presenta disnea y fatiga y en casos extremos puede ocurrir la muerte súbita por ejercicio físico inmoderado. Esta afección también puede complicarse con endocarditis bacteriana.
- d) Defecto Septal Ventricular.-este es uno de los defectos del corazón que se presentan con mayor frecuencia y casi siempre asociado con otro tipo de anomalías también cardíacas. En los casos leves, no suelen presentarse síntomas como su nombre lo indica, es un defecto de la cavidad ventricular. En los casos en que no exista mayor complicación de la lesión, ésta suele desaparecer espontáneamente. En otros casos, la endocarditis bacteriana puede presentarse y agravar más el problema.

Por otra parte, dentro de las afecciones cardíacas congénitas asociadas con cianosis tenemos:

- a) Tetralogía de Fallot.-este es el tipo más común de cardiopatías congénitas caracterizadas por cianosis, constituyéndola cuatro defectos principales que son:
 - 1- Estenosis pulmonar que obstruye el flujo sanguíneo desde el ventrículo derecho a la arteria pulmonar
 - 2- Defecto septal ventricular a través del cual la san-

gre pasa de derecha a izquierda siendo la presión sanguínea más elevada en el lado derecho que en el izquierdo.

- 3- Malposición de la aorta que puede ir por encima del septum en una posición tal que recibe directamente gran cantidad de sangre que entra desde el ventrículo derecho precisamente por el defecto septal.
- 4- Hipertrofia ventricular derecha originada por la -- elevación de la presión sanguínea de ese lado.

Aún cuando se mencionan cuatro defectos para distinguir la enfermedad de Fallot, los defectos básicos que producen este estado, son las estenosis pulmonar y el defecto septal ventricular.

Los niños que sufran este defecto, padecen disnea presentan además una predisposición a la trombosis que puede afectar los vasos cerebrales y producir hemiplejía.

En muchas ocasiones, la cirugía está indicada para aliviar los síntomas reparando la estenosis pulmonar y el defecto septal.

Algunos otros defectos cardíacos congénitos que se asocian con cianosis, son la Atresia pulmonar, la Atresia tricúspide- la transposición de grandes vasos y el síndrome de Eisenmenger pero todas estas afecciones son bastante raras.

Los pequeños con alguna anomalía cardíaca congénita generalmente se desenvuelven en su medio ambiente en forma normal como los demás niños, debido a que han crecido con su defecto - y han aprendido cual es su capacidad para el esfuerzo físico- sin embargo, cuando la lesión es seria se deberá restringir - los juegos organizados a los ejercicios físicos mayores, pues podrían ser perjudiciales en estas circunstancias.

Tratamiento Dental:

Las cardiopatías congénitas aparecen con frecuencia asociadas en niños con síndrome de Down o bien con aquellos que presentan labio o paladar hendidos, sin embargo, se sabe que con estas excepciones, los niños afectados de alguna cardiopatía congénita no presenta problema dentales específicos de de mayor grado de caries o enfermedad parodontal qu el encontrado en la mayoría de los impedidos.

Cabe mencionar finalmente que en algunos casos en que el paciente fuera a ser intervenido quirúrgicamente del corazón es de vital importancia que no exista ningún punto de caries o foco infeccioso.

TEMA VII

HEMOFILIA.

Las hemofilias se encuentran entre los trastornos congénitos de la coagulación más frecuentes y graves, van asociadas con deficiencias genéticamente determinadas de los factores-VIII, IX o XI, dentro de éstas tanto el niño como el cirujano dentista corren riesgos demasiado altos al tratar al paciente de algún problema oral. Sabemos que existen tres tipos de hemofilias.

A.- Hemofilia Clasica o Hemofilia "A";

Alrededor de 80% de los casos de hemofilia, son producidos por un gen transportador en el cromosoma X que origina una -- profunda depresión del nivel del factor VIII en el plasma. La enfermedad es transmitida por portadoras hembras asintómaticas a sus hijos afectados. En la mayoría de los casos es imposible determinar el estado de portador mediante pruebas de laboratorio. Algunos casos esporádicos pueden representar nuevas mutaciones. La gravedad clínica depende del nivel de factor VIII en el plasma, presentando los casos graves un nivel inferior al 3% de lo normal; el grado de gravedad tiende a ser constante dentro de una determinada familia.

B.- Enfermedad de Christmas, Hemofilia "B"

Alrededor del 15% de los casos de hemofilias, son debidos a una deficiencia genéticamente determinada del factor IX. Esta enfermedad es clínicamente indistinguible del factor VIII--siendo también transmitida como un rasgo recesivo ligado al - cromosoma X. La enfermedad presenta una amplia variedad en lo que respecta a su gravedad clínica, que en general guarda relación con el nivel sérico de factor IX.

C.- Deficiencias del antecedente de tromboplastina del -- Plasma o Hemofilia "C".

Este trastorno hemorrágico, generalmente leve, se hereda como un rasgo autosómico dominante, observándose casos típicos en los dos sexos. Las habituales manifestaciones clínicas consisten en epistaxis, y las hemorragias abundantes y las hemartrosis son raras. El tiempo de protombina parcial, consumo de protombina y la prueba de generación de la tromboplastina son anormales en la mayoría de los casos tanto el plasma como el suero normales, corrigen la deficiencia. En los casos de hemorragia clínica importante debe recurrirse al tratamiento con plasma a la dosis de 10 a 15 cm³/Kg. cada 12 a 24 hrs.

D.- Enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia Vascular.

Se caracteriza por un defecto capilar manifestado por un prolongado tiempo de hemorragia, una deficiencia del factor VIII en muchos casos, y una disminución de la adherencia de las plaquetas. Las manifestaciones clínicas consisten en epistaxis y en aumento de la hemorragia tras un tratamiento o una intervención quirúrgica. La prueba de torniquete y el tiempo de hemorragia suelen ser anormales. Aunque las infusiones de plasma fresco consiguen un aumento en el nivel del factor VIII que puede mantenerse durante varios días, debido a la síntesis de novo ejercen un efecto inconstante sobre el tiempo de hemorragia. Es interesante destacar que la síntesis del factor -- VIII es controlada por genes autosómicos (Von Willebrand) y por genes ligados al cromosoma X (hemofilia A).

Los niños que están afectados en una forma severa por esta enfermedad, deberán ser considerados como verdaderos hemofílicos, debido a que presentan también deficiencia en el factor VIII de la sangre. Por lo tanto, todas las medidas de seguri-

dad y cuidados que se apliquen a los niños hemofílicos durante el tratamiento dental, también deberán ser aplicados en los pacientes que presentan la afección de Von Willibrand.

Tratamiento Dental:

No se conocen hasta la fecha, rasgos distintivos o típicos en la boca de un paciente hemofílico. Sólo se sabe que su higiene oral suele ser a menudo deficiente debido al temor que sienten estos niños a iniciar una hemorragia al estar se cepillando como consecuencia de ellos estos niños presentan un alto índice de gingivitis, y por lo tanto un salida más fácil de sangre en la zona gingival. Así mismo presentan gran proporción de caries dental debido a la cantidad tan elevada de hidrato de carbono que consumen, ya que en plan de consoliación les son obsequiados infinidad de dulces, o bien en la dieta blanda por el temor de alguna lastimadura con alimentos duros o fibrosos.

De antemano sabemos que en cualquier aspecto de la vida odontológica, la prevención juega un papel determinante en el adecuado funcionamiento del aparato estomatognático, en estos casos en particular valoraremos enormemente la gravedad del problema que afecta a estos niños.

Deberá darse especial atención a las técnicas de cepillado que el niño una vez aprendidas repetirá en el hogar vigilado por sus padres, usando de ser posible soluciones revolucionarias. Algunos autores recomiendan para estos casos el uso del cepillo eléctrico debido más que nada a que su punta de acción puede llegar a los sitios más apartados de la boca sin provocar lesiones. Así mismo, las cerdas blandas de esta clase de-

cepillos permiten dar un estímulo suave y eficaz en la zona gingival.

Es necesario hacer ver a los padres, la importancia de una dieta reducida de hidratos de carbono, así como el cepillado antes de irse a la cama. También se tomará en cuenta la prescripción de tabletas de fluoruro en los casos necesarios, así se facilitará más la limpieza.

Ahora bien, cuando las extracciones se hagan inevitables se realizarán en un hospital con internación del paciente. La intervención se practicará con un equipo formado por un hematólogo, el cirujano dentista, anestesista y auxiliar. Esto se lleva a cabo bajo anestesia general, debido a que las inyecciones profundas para un bloqueo del nervio dentario inferior, están contraindicadas totalmente. En el piso de la boca tampoco se aplicarán por ningún motivo anestesia por infiltración ya que esta zona es ricamente vascularizada y una lesión en algún vaso provocaría un hematoma severo que un paciente hemofílico podría extenderse por los espacios tisulares del cuello hasta el mediastino, pudiendo ocasionar la muerte del paciente.

Se programará al paciente para que se hospitalize tres o dos días antes de la rehabilitación según lo determine el departamento de hematología para prepararlo de acuerdo a su caso. Antes de realizar las extracciones elaboraremos una plaquita de acrílico que colocaremos en la boca de nuestro paciente -- una vez terminadas dichas extracciones, la finalidad de la -- plaquita es proteger los coágulos dentro de los alveólos.

Este aparato se mantendrá varios días después de las extracciones sacándolo de la boca solo para cuestiones de aseo.

Generalmente, y a excepción de la provocada por deficiente higiene oral, las gingivitis no deben representar un problema grave en los niños pequeños. En el adolescente, y contra lo que pudiera pensarse, si se puede realizar un raspado o curetaje o el objeto de tratar una gingivitis siempre y cuando se

tenga el cuidado de no traumatizar indebidamente los tejidos parodontales. El raspaje deberá ser meticulosamente para no dejar restos de algún cálculo que ocasione posteriormente la formación de una bolsa parodontal.

En cambio, la gingivectomía, si está contraindicada en este tipo de pacientes, ya que el corte que se practica en esta operación abarca más allá de las simples terminaciones de los capilares, originando sangrías abundantes y persistentes. En estos pacientes, la administración de antibióticos se hará solamente por vía oral o intravenosa y nunca por vía intramuscular.

Finalmente, consideraremos que nunca estará por demás hacer mención de la importancia que tiene el uso de las distintas maniobras técnicas que redundarán en un mayor índice de seguridad tanto para el operador como para el paciente mismo al estarlo tratando. Medidas que aparentemente no tienen gran importancia pero que adquieren gran significación si tomamos en cuenta el caso que estamos tratando, por ejemplo; al efectuar cuidadosamente la preparación de una cavidad, el adecuado apoyo de los dedos para evitar una falsa maniobra, el uso de fresas de diamante si el diente es hipersensible el uso adecuado de las bandas matrices para no lesionar los tejidos parodontales el estar pendiente de un posible atropamiento del piso bucal en la punta del eyector de saliva.

TEMA VIII

DIABETES MELLITUS.

La Diabetes Mellitus es un trastorno del metabolismo hidrocarbonado caracterizado por hiperglucemia y glucosuria y se haya asociado con anomalías en el metabolismo de las grasas y proteínas. En los casos no tratados, la pérdida de peso es acentuada y se produce acidosis.

La Diabetes tiene componentes metabólicos y vasculares, -- cambios interrelacionados. El síndrome metabólico está caracterizado por una elevación excesiva de la glucosa sanguínea a compañada de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y proteínas, de todo lo cual, la causa es una falta relativa y absoluta de insulina. El síndrome vascular consiste en artero esclerosis inespecífica acelerada y una microangiopatía más - específica que afecta principalmente los ojos y los riñones.

La diabetes se conoce desde la antigüedad los escritos médicos mencionaban un síndrome de polifagia, polidipsia y poliuria.

E t i o l o g í a :

La diabetes sacarina es una enfermedad hereditaria y en la mayoría de los casos es transmitida con caracter recesivo. La valoración del tipo genético resulta complicada por la variabilidad en la expresión clínica de la enfermedad, esta situación, está condicionada por factores tales como:

- a) El amplio margen según puede manifestarse la enfermedad (desde la infancia a la edad avanzada).
- b) La variabilidad en la gravedad clínica, siendo algunos casos clínicamente inaparentes, quizás a veces de un mo

do indefinido.

c) La semejanza de los tipos clínicos, en los recién nacidos de madre diabéticas y prediabéticas.

Existen dudas acerca de que la diabetes sea transmitida por un solo gen mutante o de que represente un defecto único; más bien se ha postulado la existencia de dos o más defectos en la persona que resulta abiertamente diabética (herencia multifactorial). La cuestión básica por supuesto, radica en que es lo que se hereda. Las posibilidades actualmente en consideración incluyen:

- 1.- Alteración de la respuesta de las células del páncreas a la hiperglucemia.
- 2.- Una insulina anormal.
- 3.- Un aumento de un antagonista normal de la insulina ("Sí nálbumina" de Vallenge-Owen),
- 4.- Un antagonista anormal de la insulina.

Otra cuestión importante, no contestada, es la relación si es que existe alguna de las alteraciones vasculares (microangiopatía) y de la retinopatía con el defecto o defectos metabólicos en el metabolismo de los hidratos de carbono.

Tiene una cierta importancia la posibilidad de que algunos factores puedan precipitar la manifestación de la enfermedad en las personas potencialmente diabéticas. Es de opinión general que la obesidad acostumbra ser uno de estos factores en el adulto, pero no existe prueba alguna de que los excesos alimenticios o la obesidad estén relacionados con el comienzo de una diabetes en la edad infantil.

Se admite, en general la relación de otras glándulas endócrinas, además del páncreas en el metabolismo de los hidratos de carbono, pero no se conoce de un modo completo. La hiperglucemia va accidentalmente asociada con trastornos endócrinos tales como acromegalia, síndrome de Cushing e hiperti-

tiroidismo. Estos trastornos del metabolismo hidrocarbonado desaparecen, por lo general, si se suprime el trastorno endocrino.

Se han hecho intentos por incriminar a la infección la causa de diabetes. Los hechos no apoyan semejante relación causal; no obstante, indican que la infección aguda puede ser un mecanismo desencadenante frecuente que active un estado latente de diabetes mellitus en los niños.

En algunos niños con fibrosis quística, ha sido observada una pérdida progresiva de la tolerancia a la glucosa, en algunos casos esta tolerancia, puede representar la incidencia concomitante de dos enfermedades: Diabetes Mellitus y Fibrosis quística. Sin embargo, la mayoría de los casos, el trastorno en el metabolismo de la glucosa parece resultar de la interferencia directa en la función de los islotes de Langerhans por las alteraciones fibróticas del páncreas.

Patología.-

Existe una disminución en el número de células B en los islotes de Langerhans; se ha calculado que el número suele ser inferior al 10% de lo normal. Se dice que las células B existentes muestran evidencia de hiperactividad. La lesión más característica de los islotes en el niño diabético es la infiltración linfocítica, la cual se ha interpretado como una reacción a un factor lesional preexistente más bien que como una alteración primaria o causal. Puede haber degeneración hidrópica, pero hialinización, frecuentes en los adultos con diabetes de gran duración, es rara en los niños. Es frecuente la hepatomegalia; los exámenes histológicos demuestran que la cantidad de glucógeno en el citoplasma, es escasa o nula, pero existe depósito del mismo en los núcleos. La arteroesclerosis y otras alteraciones degenerativas ocurren con mayor frecuencia en adultos jóvenes después de una enfermedad diabética de

quince años de duración.

Con el fin de proporcionar un medio para clasificar las fases preclínicas, identificar los factores que puedan activar el estado prediabético y establecer una terminología común, El Comité de Educación Profesional de la Asociación -- Americana de Diabetes, ha propuesto la siguiente clasificación:

- A).-- Diabetes Clínica o Manifiesta.-- enfermedad franca en la que existe hiperglucemia en ayunas, no requiriéndose prueba de tolerancia a la glucosa para el diagnóstico.
- B).-- Diabetes Química o Latente.-- el paciente no presenta síntomas de diabetes; la glucemia en ayunas suele ser normal, pero el nivel posprandial está con frecuencia elevado. Las curvas de tolerancia a la glucosa administrada por vía oral o intravenosa, cuando no existe, Stress se encuentran dentro de los límites de la normalidad.

Diabetes Mellitus supuesta (incluyendo la hiperglucemia por Stress). La intolerancia temporal a los hidratos de carbono durante ciertas situaciones fisiológicas o patológicas es considerada como una razón para sospechar una diabetes Mellitus en particular cuando existe una historia familiar de diabetes. La alteración de la tolerancia a los hidratos de carbono durante los períodos de Stress requiere que el paciente sea estudiado una y otra vez en lo que a su estado diabético se refiere.

Estas situaciones que originan Stress incluyen el embarazo, la obesidad, las infecciones, los traumatismos, los accidentes vasculares, las quemaduras, los trastornos nutritivos, los trastornos emocionales graves, el tratamiento con ciertos agentes farmacológicos como los corticosteroides o las Tiazidas, las endocrinopatías tales como la acromegalia, el síndrome de Cushing, la tirotoxicosis y el feocromocitoma.

- C).-- Paradiabetes.-- este término se aplica al momento anterior al comienzo de una diabetes mellitus identi-

ficable (manifiesta, química o latente). Este estado no puede ser supuesto con razonable certeza, excepto en el gemelo mono cigótico no diabético de un paciente con diabetes clínica y - posiblemente, en los descendientes de dos padres diabéticos.-

Respecto a los tipos de diabetes, se puede aplicar la siguiente clasificación:

- 1.- Diabetes Genética (hereditaria, idiopática, primaria - esencial) que se subdivide según la edad de aparición en diabetes juvenil y del adulto.
- 2.- Diabetes Pancreática; en la cual la intolerancia a los hidratos de carbono se puede atribuir directamente a - la destrucción de los islotes del páncreas, por inflamación crónica carcinoma, hemacromatosis o excisión quirúrgica.
- 3.- Diabetes Endócrina cuando la diabetes se acompaña de endocrinopatías.
- 4.- Diabetes Yatrógena cuando es precipitada por la administración de corticosteroides, ciertos diuréticos del tipo de la benzotiadina y posiblemente también por - las combinaciones de estrógenos progesterona.

El síndrome diabético se desarrolla como consecuencia de un desequilibrio entre la producción y liberación de insulina por parte, y factores hormonales o tisulares que modifican los requerimientos de insulina por otra.

Hay carencia absoluta en los tipos de diabetes secundaria - en los que se ha producido la destrucción o extirpación del páncreas. De manera similar, la diabetes de iniciación durante el desarrollo, se caracteriza por una deficiencia absoluta de insulina. Esencialmente no existe insulina extraíble del páncreas, no hay respuesta a los agentes hipoglucemiantes bucales del tipo de la sulfonilurea, hay una marcada tendencia a la cetacidosis, y por lo tanto, el enfermo depende de la -

insulina exógena para poder sobrevivir. Se supone que la diabetes en el niño se inicia cuando declina la producción pancreática de insulina, sin embargo, esto no siempre es irreversible, ya que al menos una tercera parte de todos los diabéticos desarrollarán una fase de remisión, por lo común después de tres meses de la aparición súbita de la enfermedad. Si existe, la remisión puede durar varios días o varios meses rara vez excede de un año. Con frecuencia durante tal remisión no es necesario el tratamiento con insulina y la tolerancia a la glucosa puede ser normal, sin embargo, después de este período, la diabetes progresa con rapidez a estado de deficiencia total de insulina.

Terapéutica Médica:

El objetivo del tratamiento es lograr que el niño diabético recupere un estado físico normal y buena salud y que luego los conserve. El dominar los aspectos metabólicos de la diabetes, es simplemente un medio de llegar a este fin. El niño que física, mental y socialmente no es capaz de competir con sus compañeros, no puede considerarse como un niño diabético tratado de manera adecuada.

Los factores esenciales del tratamiento son:

- a.- Insulina en cantidad adecuada para mantener un equilibrio glucémico o aproximarse al mismo.
- b.- Dieta adecuada para el crecimiento y actividad normales y suficiente para satisfacer el apetito del niño.
- c.- Instruir al niño y a sus padres en el plan de asistencia ordinaria de la diabetes, a fin de que pueda efectuar un tratamiento satisfactorio en el hogar.
- d.- Convicción por parte del niño y de su familia, de que el paciente diabético es un individuo sano y normal que

puede competir en un plan de igualdad con cualquier niño de su misma edad.

De esta forma, el tratamiento puede dividirse en cuatro fases en consecuencia con estado de dominio de la diabetes en el momento.

Solamente mencionaremos los nombres de estas cuatro fases:

- 1.- Acidosis
- 2.- Estado de postacidótico
- 3.- Establecimiento de equilibrio glucémico
- 4.- Vigilancia del niñodiabético.

Los estudios de niños diabéticos en tratamiento, muestran que la proporción de caries no es aparentemente más elevada o disminuida que en los niños normales. Un aspecto en el que parecen diferir es en la diferencia de caries en relación con la edad. Mientras el niño normal tiende a una disminución de cavidades nuevas a fines de la adolescencia, en el niño diabético parece aumentar con la edad.

La enfermedad periodontal es el mayor problema dental en los pacientes diabéticos adultos y se ve en sus estados iniciales en el niño. En el paciente pequeño bajo control, las encías tienen a menudo un color violáceo característico. La profundidad de la hendidura gingival está aumentada y hay algún engrosamiento de las encías. Parece existir una mayor tendencia al depósito de cálculos, formación de bolsas y pérdidas de soporte óseo. Pueden ocurrir abscesos periodontales. Siempre que hay una irritación local la reacción inflamatoria, es más severa que en los pacientes normales.

Tratamiento Dental:

Los objetivos principales de la atención odontológica en diabéticos infantiles, son eliminar y prevenir cualquier infección bucal y tratar de mantener los tejidos periodontales saludables.

El cirujano dentista, debe estar prevenido, la posibilidad de que un paciente pueda presentar una crisis por hipoglucemia o hiperglucemia en el consultorio dental, aunque la posibilidad es bastante remota. Siempre que sea posible, las citas para el tratamiento dental, deben ser en las mañanas cuando el paciente ha recibido una insulina después del desayuno, para cuidar que su horario de inyecciones no se altere de ninguna forma.

La única crisis que se puede presentar con más frecuencia en el consultorio dental, es un ataque hipoglucémico o un shock insulínico, que suele ser el resultado de haber omitido o pospuesto una comida después de una inyección de insulina. En caso de presentarse una de estas crisis es aconsejable dar inmediatamente dos cucharaditas de azúcar con agua, o pulpa de naranja concentrada o bien galletitas, aunque se absorben más lentamente. En caso de que el estado hipoglucémico llegue a la inconciencia se colocará al paciente de costado o inclinado y se administrará 50ml. de glucosa al 50% intravenosa con aguja gruesa por la viscosidad.

La administración de azúcar, se hará interrogando al paciente y al padre para saber si se debe administrar.

Alternativamente, por vía intramuscular, 1 mg. de glucagón (dosis adulta) es probablemente un tratamiento más seguro y de más fácil administración que la glucosa intravenosa para el cirujano dentista quien no está habituado a esta última técnica, además de la ventaja de no provocar daño si el diagnóstico fue equivocado.

El tratamiento dental realizado bajo anestesia local, no presenta problemas, ya que la cantidad de solución que se administra es insuficiente para significar cualquier diferencia material al balance en total. Se tomará en cuenta el horario de inyecciones de insulina y las comidas. Los dientes que pudieran presentar problemas al ser restaurados, es mejor extraerlos.

Los tratamientos periodontales deben ser lo menos traumático posible y algunas veces es necesario realizarlos frecuentemente.

No existe ninguna contraindicación para las proteínas y los aparatos ortodónticos, pero se debe instruir adecuadamente al paciente sobre el cuidado especial en el cepillado y masaje de las encías.

Los tratamientos de cirugía bucal como son; extracciones bajo anestesia local en pacientes con buen control insulínico no presentan problemas, los problemas de alveólo seco y cicatrización lenta no afectan al paciente pequeño.

La anestesia general nunca debe aplicarse en un niño diabético ambulatorio en un consultorio dental, ya que seguramente precipitará un shock insulínico en caso de estar indicada la anestesia general, el tratamiento se realizará en un hospital.

TEMA IX

ANALGESIA CON OXIDO NITROSO.

La resistencia a la tensión nerviosa, es diferente en paciente, si el cirujano dentista no logra despertar la confianza de su enfermo ni resistencia al dolor mediante la anestesia local, entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el sistema nervioso central.

Los propósitos más importantes de la premedicación son:

- a) Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.
- b) Elevar el umbral del dolor.
- c) Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- d) Control de los maxilares.
- e) Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
- f) Controlar los trastornos motores (en enfermos con parálisis cerebral).

La administración de óxido nitroso y oxígeno, elimina el miedo y la sensación dolorosa de la inyección. El enfermo receptivo nota que su tensión va disminuyendo, que su estado de ánimo se vuelve alegre, despreocupado y con cierto grado de amnesia, entre tanto que permanece totalmente consciente y muy cooperativo. La administración de oxígeno puro durante unos cuantos minutos después, ayuda a eliminar el óxido nitroso del organismo del paciente.

Con niños impididos, la analgesia por inhalación de óxido nitroso puede ser un método seguro y eficaz para disminuir la aprehensión o la resistencia al tratamiento dental.

Existen pocas contraindicaciones para su empleo, a excepción hecha de niños con grave retardo mental o trastornos emocionales igualmente graves.

El cirujano dentista como ya mencionamos anteriormente - puede combinar la analgesia de óxido nitroso con premedicación y anestesia local, para superar muchos problemas asociados con niños impedidos.

La analgesia con óxido nitroso disminuye la espasticidad muscular y los movimientos no coordinados del parálitico mental, y disminuyendo así la tensión física y las molestias, - con lo que se logra que el paciente soporte períodos de tratamiento prolongados.

En niños con impedimentos muy graves, se requiere premedicación para disipar la aprehensión que frecuentemente acompaña a su primera experiencia con analgesia, para lo cual será necesario consultar al médico del paciente, para decidir con él el tipo de terapéutica medicinal que va a seguir.

Al administrar por vez primera analgesia con óxido nitroso, es importante comprender que el niño necesita tiempo para ajustarse a esta experiencia.

Deberá demostrarle como se emplea la máscara y puede hacerse correr el juego de gases sobre las manos y mejillas del niño, antes de colocar la máscara.

Generalmente el nivel de óxido nitroso es un flujo de 10 - a 15%.

El cirujano dentista debe estar atento para evaluar el nivel de analgesia observando los cambios físicos y de conducta en el paciente. Cuando se logrará el nivel apropiado de analgesia., el odontólogo puede iniciar el tratamiento.

Las sensaciones que el paciente habrá de experimentar con la aplicación del óxido nitroso, son las siguientes:

- 1- Temblor en los dedos de los pies, punta de los dedos de las manos y punta de la lengua.

- 2- Excitación.
- 3- Entumecimiento o temblor de los labios.
- 4- Sensación de calor.
- 5- Los sonidos puede escucharlos, pero lejanos.
- 6- Sensación de relajamiento.
- 7- Sensación de estar flotando.
- 8- En la fase profunda, el miedo desaparece.
- 9- Adormecimiento de piernas y brazos.
- 10- Experimenta somnolencia clínicamente se ha observado que dichas sensaciones pueden aparecer o no.

Los signos del paciente son:

- a).- Músculos relajados.
- b).- Pulso, presión sanguínea y color de la piel normales.
- c).- Respiración normal suave.
- d).- Pupilas normales (al estímulo luminoso).
- e).- No hay movimientos de los globos oculares.
- f).- Los párpados no se resisten a la apertura.
- g).- Conjuntiva sensitiva.

El equipo consta; de dos tanques uno de óxido nitroso y otro de oxígeno, con mangueras, manómetros y mascarilla.

Se abre primero el oxígeno a un 100% y poco a poco se va abriendo el tanque de óxido nitroso, ascendiendo lentamente en el porcentaje hasta conseguir la relajación del paciente. Como máximo un 60%. Posteriormente, como ya se mencionó, se mantiene un flujo de 10 a 15% de óxido nitroso. Al terminar el tratamiento se deja sólo oxígeno durante 1 o 2 minutos, para la recuperación del paciente.

Al emplear óxido nitroso debemos tomar precauciones respecto a la falta suficiente de oxigenación, que puede deberse a mala colocación de la mascarilla o bien a la presencia de adenoides que produce obstrucción a las vías respiratorias y en cardiopatías graves.

TEMA X

ANESTESIA GENERAL.

La conservación bajo anestesia general, es un método práctico para rehabilitación bucal en un niño aprehensivo o no cooperador.

Es difícil ser dogmático al establecer indicaciones o contraindicaciones para la anestesia general, porque no será necesariamente la misma para todos los pacientes, sin embargo, se empleará como auxiliar de una atención odontológica completa para los niños que pertenezcan a algunas de las siguientes categorías:

- A).- El niño no cooperativo, que se resiste al tratamiento dental con los procedimientos comunes.
- B).- El niño con trastornos de hemostasia que requiera un tratamiento dental extenso.
- C).- El niño con retardo mental tan grave que dificulte la comunicación entre odontólogo y paciente.
- D).- El niño con movimientos involuntarios extremos.
- E).- El niño con trastornos generales y anomalías congénitas, como una grave cardiopatía congénita.
- F).- Pacientes hemofílicos, en quienes el uso de la anestesia local puede provocar una hemorragia interna.
- G).- Pacientes con alergia conocida a los anestésicos locales.
- H).- Cuando la intervención o el trabajo que se va a realizar sea de suficiente magnitud para que el niño no pueda o no este en condiciones de cooperar.

Al emplear algún anestésico general, siempre se incurre en riesgo de vómito, espasmo y apnea; por lo tanto podrán

preverse medidas más suaves, aunque posiblemente menos potentes cuando se emplea dicho agente.

La reacción del niño, especialmente si está bajo premedicación es generalmente de cooperación, siempre que el odontólogo sea paciente y comprensivo. Esto verifica incluso en niños que parezcan incapaces del control físico y mental requeridos para tratamientos dentales acertados. Si fallarán estos procedimientos de manejo del paciente o si necesitará un amplio tratamiento dental niño gravemente impedido, el empleo de anestesia general ofrece una posible solución al problema.

El primer paso por lo tanto será pedir una autorización por escrito del médico que se haga cargo del paciente, para la aplicación de anestesia general.

Posteriormente se hará detallada historia clínica de nuestro paciente, un examen físico completo, exámenes de laboratorio, valoración anestésica y un buen plan de tratamiento.

Como en cualquier paciente pediátrico que va a ser sometido a un tratamiento de duración relativamente prolongada, la anestesia endotraqueal está definitivamente indicada ya que impide el paso a las vías respiratorias de secreción o materiales extraños, al mismo tiempo que permite la ventilación adecuada del paciente durante todo el tiempo del procedimiento.

La selección del agente anestésico se hará tomando en cuenta el riesgo de explosión inherente al equipo dental, cuando se usen agentes anestésicos como el ciclopropano y el éter de alto grado de explosibilidad. Los agentes anestésicos empleados son por lo tanto, el halotano y el óxido nítrico.

CONCLUSIONES.

Al realizar el trabajo anterior pude darme cuenta de la - interesante labor, que ejerce el dentista que atiende a niños impedidos es admirable, ya que aminora un poco su padocimiento claro hasta cierto punto; solamente quitará una pequeña molestia a su mal. Esto lo logrará más eficazmente haciendo un trabajo de conjunto o sea conversando con los padres de estos pacientes haciéndoles ver la importancia de la higiene dental y cuidar la dieta que deben llevar. También documentarse sobre los padecimientos existentes en niños impedidos, para ello existen varias instituciones y asociaciones dedicadas a estas enfermedades.

Actualmente la rehabilitación oral bajo anestesia general es de gran ayuda, para tratar a este tipo de enfermos, se utilizará como último recurso pero es una técnica eficaz.

Haciendo uso de toda nuestra paciencia y ganandonos la confianza de nuestros pacientes, lograremos un buen trabajo y -- por consiguiente una gran satisfacción.

Bibliografía:

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Sidney B. Finn

Edit. Interamericana

4a. Edición

TRATADO DE PEDIATRIA

Waldo E. Nelson, M. D.

D. Sc. Victor C.

Vaughan, III, M.D. ; R. James McKay, M.D.

78 Colaboradores, 6a. Edición 1971-1978

Salvat Mexicana de Ediciones, S.A. de C.V.

Tomos I,II.

LOS NIÑOS DICILES

Cl. Leunay

C. Davy

Salvat Editores

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO INCAPACITADO

Clínicas Odontológicas de Norteamérica

Edit. Interamericana.

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS

Weyman Joan

S. A. I. C. y F.

Buenos Aires Argentina

Edit. Mundi.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Mc. Donald E. Ralph

Edit. Mundi.

EMBRIOLOGIA MEDICA

Jan Langman

Edit. Interamericana

ODONTOLOGO MODERNO

Revista; Capítulo "Curso de Odontopediatría"

Dr. Carlos Torres Larios.