

19452



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**Tratamiento Odontológico del Niño
Impedido.**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a n

Olivia Guzmán Alvarado

Rebeca Orozco Vargas

México, D. F.

14836

1979



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.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO IMPEDIDO**I.- INTRODUCCION****II.- ENFERMEDADES MENTALES:**

- a) Parálisis Cerebral
- b) Subnormalidad Mental
- c) Síndrome de Down
- d) Epilepsia

III.- TRASTORNOS EMOCIONALES

- a) Esquizofrenia
- b) Autismo Infantil Temprano
- c) Hiperquinesia

IV.- ENFERMEDADES CARDIACAS:

- a) Defectos Congénitos
- b) Fiebre Reumática

V.- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:

- a) Asma
- b) Bronquiectasia

VI.- ENFERMEDADES RENALES:

- a) Síndrome Nefrótico

b) Pielonefritis Crónica

c) Glomerulonefritis Crónica.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Esta tesis que presentamos no pretende ser una recopilación más de enfermedades que pudieran ocasionar el anormal desarrollo de los niños, sino un somero análisis de los problemas que se pudieran presentar en la práctica odontológica con aquellos pacientes, niños, que tengan alguna insuficiencia o dificultad médica, física o mental o la combinación de cualquiera de éstas, ya que también ellos tienen el derecho de recibir una buena atención buco-dental y con ello el cirujano dentista ayudará no solamente a estos niños sino que también a ubicarlos a la unidad familiar, a la comunidad y a hacerlos independientes.

Además hemos visto la necesidad de que el odontólogo - muchas veces se rehusa a atender a este tipo de enfermos por miedo o temor a tener alguna complicación durante el tratamiento o dentro de su consultorio pudiéndole ocasionar un mayor trauma del que ya pudiera presentar.

Con esta pequeña recopilación de datos tratamos de proporcionar alguna información a los compañeros estudiantes de Odontología para lograr llamar su atención y presten mayor cuidado a este tipo pacientes.

Finalmente se dará un informe sobre el estado bucal y cualquier dificultad dental que el niño pudiera presentar y se orienta sobre el tratamiento odontológico y cómo tratar las complicaciones de cada caso.

ENFERMEDADES MENTALES

a) PARALISIS CEREBRAL:

Este término se le designa a un grupo de trastornos no progresivos resultantes de una función anormal de los centros y vías motoras del cerebro caracterizados por parálisis, debilidad, incoordinación y otras alteraciones de la función motora que tienen su origen en el período prenatal, durante el nacimiento o bien antes de que el sistema nervioso central haya alcanzado una madurez relativa.

El grado de afectación depende de la extensión y localización de la lesión del sistema nervioso central varía desde una ligera hemiplejía sin otro defecto neurológico hasta un trastorno que invalida totalmente al enfermo por el resto de su vida.

La parálisis cerebral es un estado no fatal, incurable que se beneficia a menudo con el tratamiento, con el entrenamiento y la educación. La parálisis cerebral se clasifica por: la causa si es conocida, el tipo, la distribución anatómica, el estado funcional y la capacidad intelectual, la encontramos en:

1.- La espasticidad: se caracteriza por la existencia de un reflejo de extensión patológico, hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos clono, marcha en tijera y contractura de los músculos antigravitatorios.

Entre los primeros signos figura la catatonía a menudo opistótonos o la persistencia parcial del reflejo tónico del cuello. La espasticidad está con frecuencia asociada con pre

madurez o anoxia y es generalmente el resultado de una lesión o defecto en la zona motora cortical.

2.- La atetosis: se distingue por una movilidad involuntaria, incoordinada asociada a grados diversos de tensión muscular, los reflejos son generalmente normales. Al principio las manifestaciones clínicas pueden consistir en hipotonía y solo durante el segundo año de edad se hacen evidentes los finos movimientos errantes de los dedos, manos y pies evolucionando hacia el típico cuadro de atetosis.

3.- La ataxia: se manifiesta por la falta de coordinación de vida a trastornos de los sentidos cinestésicos y del equilibrio. Puede acompañarse de hipotonía, la lesión se haya generalmente en el cerebelo.

La atonía o hipotonía se caracteriza por los músculos blandos y por hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos, la pérdida del tono en el niño pequeño es con frecuencia un precursor de otros tipos de alteración.

Diagnóstico: un diagnóstico precoz de lesión cerebral es importante por el niño y su familia, ya que muchas de las complicaciones físicas y psicológicas pueden reducirse o evitarse si los padres reciben consejos y ayuda durante los dos primeros años de vida del niño.

La presencia de cualquier trastorno durante el periodo neonatal, como problemas de alimentación, irritabilidad o somnolencia, cianosis, ictericia, dificultades respiratorias, tono muscular anormal o ataque deberían inducir a una observación cuidadosa de sistema nervioso central.

Pronóstico: dependen de una valoración cuidadosa de to

de los factores relacionados con cada niño, su familia y la comunidad.

Manifestaciones Clínicas Bucales.

Estado Bucal:

Caries dental: La caries dental en estos niños es solamente un poco más elevada que en los niños normales.

Hipoplasia de esmalte: hay una incidencia más elevada de hipoplasia de esmalte en la dentición primaria sobre todo en aquellos pacientes con una historia de premadurez o kernicterus.

Enfermedad periodontoal: más de tres cuartos de los pacientes paralíticos cerebrales tienen algún grado de gingivitis siendo la incidencia más elevada en los niños mayores -- que en los pequeños. Se presenta más en el grupo espástico y menos en los atetoides. La enfermedad periodontal severa con bolsas ocurre en el 10% de los casos, aquellos pacientes cuyos problemas médicos incluyen episodios convulsivos pueden estar tomando una de las drogas del grupo dilantina y como resultado se producen casos de gingivitis hipertrófica y una cantidad de afecciones periodontales severas. La higiene bucal en los paralíticos cerebrales suele ser bastante pobre, el problema de mantener una buena higiene bucal en muchos de estos niños puede ser grande. El despeje bucal con la lengua, labios y carrillos, suele ser anormal, la deglución puede ser difícil y puede ocurrir babeo. La mecánica del cepillado dentario suele ser tan difícil como desanimar al paciente o al padre en su perseverancia. El tipo de dieta puede también estar contra el despeje bucal, ya que los niños con los músculos de la masticación y la deglución afectados, tienden a-

comer alimentos blandos que se tragan con facilidad, con una proporción muy alta de hidratos de carbono.

Maloclusión: los pacientes paralíticos cerebrales tienen un más elevado índice de maloclusión que lo habitual, debido a la actividad muscular anormal. Puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales, masticatorios o de deglución y con la función anormal o movimiento in voluntario de estructuras que influyen los arcos dentarios.- Así, el tipo espástico, con hipertonicidad del labio y la musculatura facial, tiene preponderancia de maloclusión de Clase II de Angle división 2, con apiñamiento y a veces una mordida cruzada unilateral. El atetoide, por otra parte, tiene labios hipotónicos, a veces babeo, y tiende a presentar una maloclusión de Clase II división 1, con un paladar angosto y alto y empuje lingual, produciendo una mordida abierta anterior.

Además cada caso puede complicarse por la pérdida temprana de dientes primarios y permanentes.

Trauma: el estado dentario puede empeorar, además, por trauma. Las caídas no son infrecuentes en niños con controles musculares incompletos y se producen a los incisivos. Es probable que esto sea más común en el atetoide con incisivos en labioversión.

Bruxismo: puede ser severo en algunos pacientes, muy comúnmente en el atetoide.

Tratamiento odontológico.

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

1.- Tienen dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de los dientes. Esto contribuiría más a deficiencias nutricionales.

2.- Muchos de estos pacientes nunca podrán usar dentaduras por su incapacidad muscular.

3.- Los problemas fonéticos aumentan por la pérdida de dientes.

4.- Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto. Un niño cuyas necesidades dentales son dejadas de lado o descuidadas, estará más frustrado que aquél cuya estética dental y tratamiento conservador se cuidan en la misma medida que sus hermanos normales.

Desafortunadamente, el tratamiento odontológico completo para estos pacientes aún no es asunto de rutina en todas las áreas, pero el odontólogo puede contribuir mucho a su servicio.

Problemas de tratamiento

A un niño afectado tan ligeramente que puede concurrir a la escuela normal es posible tratarlo como un paciente normal en el consultorio, mientras aquellos tan severamente impedidos, física y mentalmente, como para estar internados en instituciones especiales, solo son adecuados para extracciones y un buen cuidado con relación a su higiene bucal. Es a quienes se encuentra entre esos dos extremos que debe dirigirse la atención odontológica especial. Si un niño está en condiciones de asistir a una escuela o centro especial, entonces se le puede ayudar.

El niño con algún grado de complicación en la cabeza - o el cuello, presenta problemas para su atención odontológica y quizás las dificultades sean de orden mental, físico y dental.

Dificultades Mentales:

1.- Aprensión: puede ser un gran problema al principio hasta que el niño se familiarice con el odontólogo y con el tipo de tratamiento. Se refiere especialmente a un niño retenido en su hogar y quien raramente ve a nadie que no sea miembro de su propia familia, el niño quien concurre a una escuela o centro especial está más acostumbrado a conocer otras personas. El espástico es esencialmente propenso a la aprensión.

2.- Dificultad de comunicación: pueden existir defectos auditivos o visuales que dificulten la conversación y explicaciones junto al sillón, o el niño puede tener un defecto de dicción que hace sus respuestas incomprensibles. En estos casos, el odontólogo no debe suponer ninguna deficiencia en la inteligencia sin otra evidencia.

3.- Baja inteligencia: en pacientes de inteligencia por debajo de lo normal la comunicación y el entendimiento pueden ser difíciles de alcanzar cuando se intenta obtener cooperación.

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

5.- Convulsiones: una cantidad de niños paralíticos ce

8

rebrales de algún grado de convulsiones. Aunque la ansiedad puede precipitar un ataque es casi seguro que el paciente está recibiendo drogas que controlan el estado, y un episodio así es raro en el sillón dental.

Dificultades Físicas.

1.- Posición postural: un paciente con algún grado de ataxia no será capaz de sentarse en el sillón dental sin ayuda, debido al trastorno del equilibrio. El atetoide y los espásticos con complicación de los músculos del cuello, tienen dificultad en lograr y mantener la postura sentada normal, con la cabeza apoyada sobre el cabezal.

2.- Capacidad para cooperar: como regla general, un niño que puede entrar al consultorio, aun con alguna ayuda, sentarse en el sillón y abrir su boca, puede ser tratado sin mayor dificultad. Los niños con complicaciones mayores, sobre todo de la cabeza y del cuello, y pueden presentar serios problemas de cooperación, no por falta de voluntad, sino por su incapacidad para producir las adecuadas acciones musculares.

En el espástico la rigidez muscular tiende a desaparecer cuando se siente quieto y relajado, pero cuando se intenta accionar los músculos para abrir la boca, hay una reacción excesiva de los músculos labiales, aunque producen un cierto grado de apertura, pueden estar tan fuertemente contraídos y tensos como para presentar una barrera al examen de la cavidad bucal. Producir suficiente separación de los arcos dentarios constituye un problema similar.

En el atetoide los constantes movimientos musculares involuntarios dificultan el tratamiento, los músculos facia-

les y masticatorios producen contracciones y quizás el cierre repentino de la boca.

Dificultades Dentales.

La proporción de caries es sólo marginalmente más elevada que lo normal, pero la conservación es por lejos más importante debido a los mayores problemas que pueden encontrarse en relación con una prótesis. Desafortunadamente cuanto mayores las dificultades de conservación menos probable es que el paciente pueda usar un aparato, pero si los problemas físicos y mentales pueden superarse entonces la conservación misma no presenta verdaderos inconvenientes.

Los pacientes con bruxismo intenso y tendencias a apretar y contorsionar no son adecuados para un aparato protético u ortodóncico salvo que se puedan hacer irrompibles.

La higiene bucal es siempre un verdadero problema, pero importante en el campo preventivo. La terapia con drogas del grupo dilantínico produce una gingivitis hipertrófica -- persistente.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE

Introducción al Consultorio:

Antes de ver al niño por primera vez, el odontólogo debe buscar información del médico sobre su condición. Necesita conocer el tipo de complicación neuromotora y su gravedad, cualquier historia de convulsiones, terapia de drogas, otros defectos sensoriales, visuales o auditivos, y una estimación de su nivel de inteligencia. Con este conocimiento, el odontólogo puede adecuar su actitud a las necesidades de ese paciente en particular.

El acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero firme y siempre con plena confianza. Cualquier falla de seguridad es percibida por el niño y produce una actitud adversa. Paciencia y persistencia son de capital importancia, y si es necesario hay que establecer varias visitas para lograr una relación amistosa y de confianza, con exámenes y explicaciones sencillas, antes de iniciar el tratamiento. El objetivo debe ser un trabajo en equipo entre el odontólogo y el niño, haciendo éste su parte y dándose cuenta cabal de ello.

Postura:

Muchos de los pacientes paralíticos cerebrales pueden sentarse en el sillón dental, pero éste debe inclinarse algo hacia atrás, de manera que haya una sensación de mayor seguridad en cuanto a no caerse hacia adelante. En algunos casos, puede necesitarse una asistente junto al sillón para controlar los movimientos de la cabeza cuando el odontólogo está trabajando frente al paciente. Si lo hace desde atrás, sin embargo, el odontólogo puede habitualmente lograr este control sosteniendo la cabeza entre su brazo izquierdo y el cuerpo, quedando libres su muñeca y su mano.

El uso de tiras de retención para soporte es aconsejado firmemente por algunos, pero condenado por otros. Un soporte así debe ser útil siempre y cuando el niño entienda que es para soporte y no para restricción, y no lo considere con aversión.

Hay pacientes quienes pueden ser controlados más fácil y completamente si se sientan en el regazo de un padre o una asistente. Si el padre es sensible y cooperador y entiende que verdaderamente qué está haciendo, entonces resultará una persona adecuada para brindar control y el niño está más seguro.

Si se considera que el padre no es la persona adecuada, ese soporte puede brindarlo una asistente. El niño se sienta en las rodillas de la persona, con sus piernas entre las de ella, para controlarlas si es necesario, se inclina hacia atrás con su cabeza apoyada en el hombro de quien le ayuda, o en un cabezal, y es sostenido tranquilamente con los brazos de la asistente alrededor del cuerpo y brazos del niño. Puede necesitarse otra asistente para mayor soporte o control de la cabeza.

Examen:

Debe estimularse al paciente para que se relaje, explicando y demostrando primero todas las acciones propuestas. Los movimientos repentinos pueden precipitar una acción muscular y por eso es esencial un acercamiento suave. En el espástico, el intento de abrir la boca puede producir una contracción muscular intensa, pero si el odontólogo le enseña a hacerlo con presión suave, a veces se puede vencer esa contracción. No hay que poner los dedos entre los dientes en los casos en que los maxilares puedan contraerse, salvo que se use un protector digital metálico. Un dedal puede ser útil pero debe ser de acero y no de algún metal más blando. Es preferible agregarle un trozo de cadenita o un cordón, perforando un pequeño orificio con una fresa cerca del borde, de manera que si sale el dedo no hay peligro de que se trague. En esos casos, un espejo de vidrio puede resultar peligroso para el paciente, porque si se astilla, puede no ser posible recobrar los trozos de vidrio sin hospitalizar al niño y sin anestesia general. Es aconsejable un espejo de acero. Hay que tener cuidado en la colocación de un explorador agudo para que, si se cierra la boca intempestivamente, la punta no constituya un riesgo para los tejidos blandos. Las películas radiográficas son difíciles de ubicar y mantener -

sin un movimiento y quizás habrá que omitirlas, aunque posiblemente las interproximales puedan tener mejor éxito. De ser así se puede simplificar mucho el descubrimiento de caries intersticiales.

Conservación:

Con la comprensión y confianza del paciente, la conservación debería ser posible, con o sin anestesia local, y por cierto en aquellos con razonable inteligencia. Habitualmente, resulta esencial un separador bucal, pero hay que cuidar que sea un tipo, y se encuentre en posición tal, que dificulte su desplazamiento. El separador sencillo no ajustable debe usarse en su máxima apertura, para que el paciente no lo desaloje si abre un poco más su boca, o por la presión de la lengua. Un separador tipo trinquete con manijas en tijera es útil, especialmente si las superficies que contactan con los dientes están cubiertas con metal blando, o con goma dura, - desmontables. El separador puede ser controlado por la asistente quien sostiene la cabeza del niño. Al paciente hay que permitirle descansos frecuentes de la posición de la boca - abierta. Un atomizador de agua y un eyector de saliva, o suctor, son esenciales para limpiar rápidamente el campo de restos, ya que no le es factible enjuagarse la boca, en algunos casos puede necesitarse un retractor de lengua, especialmente cuando se tratan dientes inferiores. Al colocar cemento y obturaciones plásticas suele ser útil mantener el campo limpio y seco colocando una grapa para goma dique, sobre el - - diente a tratar o el vecino. Puede colocarse y retirarse muy rápidamente y controla la posición de los rollos de algodón, del eyector de salida y hasta de la lengua en alguna medida. Si bien la mayoría de los paráliticos cerebrales pueden ser tratados con buen éxito en esta forma, hay una cantidad en - quienes esto no es posible por razones físicas o emocionales. Como alternativa, toda la conservación puede hacerse bajo -

anestesia general. Este es el método preferido, sobre todo - para el tratamiento inicial, porque se elimina una larga serie de visitas y el niño queda con su problema dental resuelto.

Enfermedad Periodontal:

El tratamiento de la enfermedad periodontal se basa en métodos normales, y los niños que están tomando dilantina - pueden presentar uno de los problemas más grandes en virtud de la gingivitis hiperplástica resultante. En los casos graves, la consulta con el médico puede significar la posibilidad de un cambio de la droga. Si existe enfermedad periodontal marcada, habrá que considerar con el médico una suplementación vitamínica.

Ortodoncia:

El tratamiento ortodóncico sencillo debe realizarse - siempre que sea posible dentro de los límites de la tolerancia del paciente y no olvidando los riesgos de roturas en - algunos de los casos. La consulta con un ortodoncista sobretratamiento de compromiso suele ser útil.

Prótesis:

Cuando se considera necesario y aconsejable colocar -- una prótesis su diseño quizás deba ser un compromiso, tanto a nivel de eficacia como de aspecto. El odontólogo también - debe tomar en cuenta el manejo y la posibilidad de reemplazo frecuente.

El odontólogo puede ser invitado a ayudar en la rehabilitación de un paciente cuadripléjico con la construcción de

una pieza bucal para sostener una herramienta, se hace en -
acrílico y se parece a un aparato de Andersen.

Prevención:

La higiene bucal debe recibir la máxima atención y para muchos de los pacientes merece recomendarse el cepillo accionado por batería. Si es usado por el paciente, debe tener una llave que no requiera presión sostenida para manejarlo, sino que continúe accionando una vez conectado. Estos cepillos son más fáciles y eficaces por el padre o la enfermera cuando el paciente es incapaz de hacerlo.

La prevención de la caries en estos pacientes es tan importante que debe recomendarse el aporte de tabletas con fluoruro en las áreas no fluoruradas comenzando tan pronto como el síndrome es evidente. Puede tomarse fácilmente en la dosis recomendada cuando se las disuelve en jugo de naranja u otra bebida.

b) SUB NORMALIDAD MENTAL.

El retraso mental representa un menoscabo de la inteligencia desde el comienzo de la vida y un desarrollo mental insuficiente a lo largo de todo el periodo de crecimiento que se manifiesta por una maduración lenta e incompleta disminución de la aptitud para aprender y mala adaptación social.

Es posible que el retraso mental sea el trastorno infantil que dé lugar a un mayor impedimento, el retraso mental parece ser más frecuente en los niños que en las niñas - en un 55% y 45% respectivamente, esta disparidad puede ir -

ligada en parte a factores biológicos (trastornos genéticos ligados al sexo), y en parte a la diferencia de los que socialmente se espera de ambos sexos.

La inteligencia no constituye el resultado de un proceso mental único sino que comprende el pensamiento abstracto, la memoria visual y auditiva, el razonamiento causal, la expresión verbal, la aptitud para adaptarse y la comprensión especial.

Se han señalado más de cien factores diferentes que tienen relación próxima o causal con el retraso mental; el sector más amplio de los retrasados es debido probablemente a la privación ambiental o sociocultural subdesarrollados. Otras causas de retraso mental son factores médicos y biológicos son los siguientes:

I.- PRENATALES:

A) Determinados genéticamente:

- 1.- Trastornos del metabolismo de las proteínas, hidratos de carbono y grasas.
- 2.- Enfermedades desmielinizantes cerebrales.
- 3.- Gargolismo.
- 4.- Anomalías craneales: microcefalia primaria, craneostenosis, angiomas cerebrales.
- 5.- Ectodermosis congénitas: esclerosis tuberosa, neurofibromatosis.
- 6.- Anomalías cromosómicas: síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de triple XXX hermafroditismo, síndrome de cri du chat, trisomía 18, trisomía D, etc.

B) Infecciones maternas y fetales: sífilis, rubéola, - toxoplasmosis, enfermedad por inclusión citomegálica.

C) Irradiación fetal

D) Ictericia nuclear (quernictero)

E) Cretinismo

F) Causas prenatales desconocidas o imprecisas que - - acompañan a anomalías placentarias, toxemia gravídica, prema turidad, medicación materna, intoxicaciones, deficiencias de la nutrición, infecciones o traumatismos.

II.- Natales:

A) Lesiones en el nacimiento, infecciones, traumatis-- mos, cerebrales, hemorragias, anoxia, hipoglucemia.

III.- Postnatales:

A) Infecciones cerebrales: meningitis, encefalitis, -- abscesos.

B) Traumatismos cerebrales

C) Intoxicaciones (plomo, óxido de carbono, etc.)

D) Accidentes vasculares, oclusiones y hemorragias ce-- rebrales debidos a defectos congénitos, enfermedades por ca-- rencia o causas desconocidas.

E) Encefalopatía postinmunización: tosferina, viruela, rabia y otras.

Todas estas causas son las que originan aproximadamen-- te el 25% de los retrasados. La mayoría de niños con estas -

afecciones tienen otras manifestaciones de deficiencias o alteraciones del sistema nervioso central como impedimentos motores, ataques, defectos sensoriales e incapacidad para aprender y pueden presentar alteraciones esqueléticas, del aparato circulatorio, del sistema endócrino, etc.

Manifestaciones clínicas bucales:

1) Estado Bucal: Debido a la pobre higiene bucal y a la dieta blanda en este tipo de pacientes, la proporción de caries tiende a ser un poco más alta que la normal y el estado periodontal es pobre.

2) Tratamiento Odontológico:

El niño con grado leve de subnormalidad mental puede ser tratado en cualquier consultorio dental, como parte de su propia familia, sin gran dificultad. Su nivel mental debe ser conocido, de manera que el acercamiento del odontólogo pueda adaptarse a la situación y el plan de tratamiento se modifique de acuerdo al grado de tolerancia.

La paciencia es fundamental en el tratamiento de estos niños, pero en los casos en los que la cooperación es pobre debe considerarse la rehabilitación bajo anestesia general. Los niños con daño cerebral por anoxia o quienes están propensos a convulsiones pueden ser no considerados como sujetos adecuados, habrá que pensar entonces en la terapia con drogas anticonvulsionantes o tranquilizantes y si existe alguna duda consultar al médico.

El estado periodontal de estos niños requiere atención especial y el cepillado de los dientes es difícil, pero sumamente importante. El uso de un cepillo accionado por bate-

rias es de gran ayuda para el paciente o para la madre si ella lo maneja.

El niño más disminuido probablemente nunca tolerará dentaduras para reemplazar los dientes perdidos y cuanto más dientes pierda mayor la dificultad para comer alimentos correctos, la posibilidad de rehabilitación bucal bajo anestesia general debe considerarse seriamente en estos casos.

c) SINDROME DE DOWN - MONGOLISMO - TRISOMIA 21:

Es una no disyunción durante el proceso meiótico en un gameto de los progenitores, por lo general de la madre, los niños con síndrome de Down, tienen 47 cromosomas y es trisómico para un cromosoma del grupo G.

Etiología:

Entre las causas de la no disyunción cromosómica en el mongolismo se encuentran en los efectos sobre el óvulo del envejecimiento, la radiación, los virus y los trastornos tiroideos.

Manifestaciones Clínicas:

El síndrome de Down es uno de los más frecuentes entre los tipos clasificables de retraso mental, en estos niños se presenta retraso mental, acompañado de trastornos en el crecimiento del esqueleto, especialmente del cráneo y huesos largos, el desarrollo anatómico del cráneo es el causante de la facies característica, la cabeza tiende a adquirir forma aplanada en sus partes anterior y posterior, las órbitas son más pequeñas existe una inclinación lateral hacia arriba de los ojos y en los niños pequeños se encuentra un pliegue - -

epicántico que tienden a desaparecer durante la pubertad, - con frecuencia presentan este tipo de pacientes inflamaciones crónicas de la conjuntiva y de los bordes palpebrales es trabismo y moteado del iris (manchas de Brushfield) pestañas escasas y finas, el oído externo suele ser pequeño y pueden existir anomalías cartilaginosas, la nariz es corta con el dorso aplanado, presentan un cuello corto y ancho y existe laxitud de la piel. En la primera infancia suele manifestarse una hipotonía generalizada, en el niño pequeño el abdomen es prominente debido a la hipotonía que se presenta en los músculos abdominales y se acompaña de diastasis de los rectos y de hernia umbilical, las extremidades son cortas especialmente las falanges de modo que las manos y pies suelen ser anchos planos y cuadrados, el quinto dedo es proporcionalmente más pequeño, tiende a incurvarse hacia adentro, están aumentados los espacios entre el primer y segundo dedos de manos y pies, el patrón de las líneas dérmicas de estos es anormal y a menudo existe un pliegue palmar transverso único en lugar de los dos que existen normalmente. En la pelvis ósea radiográficamente se observa en la primera infancia iliones anchos, ángulos cotiloideos pequeños e isquiones alargados. Este tipo de pacientes presenta frecuentemente anomalías cardíacas en especial de la estructura arterioventricular, es frecuente también atresia duodenal, los genitales suelen estar poco desarrollados, esta retrasada la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el pelo pubiano es sedoso y liso, existen anomalías en los leucocitos y es más frecuente la incidencia de leucemia en este tipo de pacientes, existe también aumento de las globulinas gamma. El estado mental está generalmente entre los límites de retraso moderado a intenso, aunque a veces la tasa de desarrollo puede acercarse a lo normal durante los 3 o 4 años de vida, son frecuentes en estos niños la forunculosis y otras infecciones cutáneas debido probablemente a la sequedad de la piel, es también más susceptible a las infecciones respiratorias--

altas debido a la disminución del diámetro anteroposterior de la nasofaringe que contribuye a un drenaje insuficiente.

Diagnóstico:

En un niño crecido es relativamente fácil reconocer el síndrome de Down y se basa en el patrón físico característico y el retraso mental no así en las primeras semanas de vida cuando la mayoría de los signos no están manifiestos, sin embargo para un diagnóstico confirmado se hará un análisis cromosómico y las características ya mencionadas.

Pronóstico:

La tasa de mortalidad es alta en los primeros años de vida y generalmente la muerte se debe a infecciones respiratorias, lesiones cardíacas intraventriculares con insuficiencia o bien a leucemia dentro del grupo de pacientes con este síndrome, los que quedan bajo control médico pueden llegar a la pubertad y aun a edades avanzadas.

Manifestaciones Bucales:

Estado Bucal

1.- Anomalías:

Casi un tercio o más de estos pacientes pueden tener dientes congénitos ausentes, siendo los más frecuentes uno o ambos incisivos laterales superiores. La morfología dentaria también puede estar afectada, son más pequeños que lo normal y tienden a ser redondeados o bulbosos, los patrones fisurales pueden ser variados y tienden a ser más superficiales, los incisivos pueden ser de una forma más simple, con menor

desarrollo de los muelones laterales. Hay algún retardo en la erupción de los dientes.

2.- Caries:

Los niños mongoloides tienen una notable resistencia a la caries y por lo menos la mitad de ellos están libres de caries. En quienes desarrollan caries el número de cavidades es aun mucho menor que lo que se esperaría de un niño normal. Esto puede relacionarse con la forma más simple de los dientes con menos fisuras profundas.

3.- Estado periodontal:

Casi todos los niños con este síndrome sufren de un grado moderado o severo de enfermedad periodontal, la comparación con defectos mentales no mongoloides en las mismas instituciones muestra que el niño que padece de este síndrome tiene una incidencia más elevada de enfermedad periodontal y que es considerablemente más grave. Es muy frecuente en la zona incisiva inferior y aun a la edad de 3 años puede haber desmoronamiento tisular y pérdida temprana de los incisivos centrales primarios y la de sus sucesores permanentes, antes de promediar la pubertad, es común. Hay una separación del borde gingival insertado con formación de bolsas y pérdida progresiva del hueso de soporte, esto continúa con la edad y la complicación de los incisivos inferiores es seguida por la de los superiores y más tarde por el resto de los arcos dentarios. Radiográficamente hay falta de claridad de la lámina dura y las trabéculas óseas parecen más cortas y gruesas, con espacios medulares más pequeños. Las raíces de los incisivos son cortas. Aunque la higiene bucal suele ser pobre tiene poca correlación con el grado de la enfermedad periodontal.

4.- Maloclusión:

El tamaño del maxilar superior con su falta de desarrollo hacia adelante y abajo suele resultar en una maloclusión de Clase IV de Angle, en un tercio o más de estos niños. Puede haber una mordida cruzada posterior en uno o ambos lados, agregada a una sobremordida incisiva invertida. La mitad de los pacientes tiene un empuje lingual, debido en unos pocos casos a una lengua agrandada, pero en la mayoría de los casos a una falta de espacio para una lengua de tamaño aparentemente normal. Esto puede producir una mordida abierta anterior. Suele haber falta de sellado labial y posible labioversión de los incisivos inferiores, acentuando la relación incisiva invertida.

5.- Tratamiento Odontológico:

El grado de cooperación depende mucho del nivel de inteligencia, el mongoloide más inteligente puede ser tratado en el sillón dental en forma razonablemente normal para procedimientos conservadores. Para los de grado más bajo el tratamiento debe ser adoptado a las necesidades inmediatas y puede limitarse a extracciones en el caso de niños internados. No hay contraindicación para la anestesia local. El estado periodontal constituye la dificultad principal en el logro de la salud dental. La enfermedad es progresiva y aun en el mongoloide de alto grado, la extracción puede ser inevitable. El tratamiento gingival se hace de acuerdo a los principios generales, pero habitualmente debe ser de tipo sencillo. Hay que tener en mente la posibilidad del desarrollo de una leucemia.

Tanto los aparatos ortodóncicos como protéticos suelen estar contraindicados por varias razones, el mal estado gingival, la lengua relativamente grande, el tono muscular po-

bre hacen difícil la retención y las raíces cortas también son desventajas para el movimiento dentario ortodóncico.

d) EPILEPSIA

Es un variable complejo sintomático caracterizado por accesos recidivantes o paroximales de inconsciencia o alteraciones de la conciencia con sucesión o no de espasmos musculares tónicos o clónicos u otros comportamientos anómalos.

A la epilepsia se le divide por su etiología en:

a) Epilepsia ideopática o criptogenética en cuyo caso su etiología no puede establecerse, se cree que en muchos de los niños afectados se presenta algún defecto genético específico del metabolismo cerebral.

b) Epilepsia orgánica o sintomática: en este caso se presentan anomalías demostrables anatómicamente (ectodermosis congénitas) o bioquímicamente (fenilcetonuria) además las lesiones pueden ocurrir tras lesiones cerebrales adquiridas en el período prenatal, natal o postnatal, en la exploración neurológica de tales niños muestra frecuentemente una minusvalía motora de origen nervioso central y retraso mental.

Manifestaciones Clínicas:

Ataques del Gran Mal: estos ataques pueden ir precedidos de un aura momentánea o aviso, esto es un espasmo o sacudida muscular preliminar localizada puede preceder a un ataque generalizado o signos o síntomas prodrómicos vagos como irritabilidad, trastornos digestivos, cefalea y embotellamiento mental, este período puede ser corto o ser de horas e

incluso de 1 o 2 días.

Sintomatología:

Los ataques consisten en convulsiones generalizadas, - especialmente con fases tonicoclónicas de espasmos musculares, estos paroxismos son bruscos y el espasmo tónico puede ocurrir simultáneamente con pérdida de la conciencia el paciente cae al suelo, su rostro palidece súbitamente, las pupilas se dilatan, las conjuntivas son insensibles al tacto, - los globos oculares giran hacia arriba o un lado, el rostro se deforma, la glotis se ocluye, la cabeza puede ser rechazada hacia atrás o bien volverse violentamente hacia un lado, - los músculos abdominales y torácicos se hallan rígidos y las extremidades se contraen de modo irregular o se ponen rígidas. puede ser mordida la lengua debida a la rápida contracción de los músculos maseteros. A medida que la fase tónica continúa la palidez facial va seguida rápidamente de congestión y de cianosis, al final de esta fase que por lo general dura solo 20 a 40 seg. se inicia la fase clónica, cuya duración es muy variable. Los ataques motores generalizados tienen a ser primordialmente tónicos durante la infancia.

Ataques del Pequeño Mal: Consisten 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 salutatorios de la cabeza 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 la pubertad y es más frecuente en niñas que en niños.

Diagnóstico:

Para su diagnóstico nos basaremos en la historia clínica, la exploración física y el curso de la enfermedad. Además será de gran utilidad un electroencefalograma y la exploración radiológica del cráneo (Rontogenografía) para buscar anomalías tales como calcificaciones intracraneales, erosión de la base o aumento de densidades como causas de ataques orgánicamente determinados.

Tratamiento:

El tratamiento lo dividiremos en:

a) Tratamiento Inmediato: se trata de proteger al paciente de traumatismos corporales. Se aflojan las ropas que rodean el cuello, se colocará el paciente en posición de decúbito dorsal, a fin de que no aspire las secreciones acumuladas.

En caso de que el paciente no se halle recuperado totalmente, y se produzcan una serie de convulsiones del gran mal, ha estas convulsiones reciben el nombre Status epilepticus, cuya causa es la supresión de la medicación anticonvulsiva que se venía administrando, para su tratamiento se le dará al paciente una administración rápida de fenobarbital sódico por vía intramuscular en dosis media de 60 mg., a los 6 meses de edad, hasta 120 mg. a los dos o tres años o 5 a 6 mg por Kg. de peso, la dosis única máxima es de 200 mg. Si después de 20 min. la convulsión no cesa se repetirá la dosis inicial, también se ha empleado el diacepam (valium) en dosis de 5 a 10 mg. La administración de oxígeno está indicada en las convulsiones prolongadas y pequeñas cantidades de glucosa al 5% en solución salina al 0.45% por vía intravenosa.

b) **Tratamiento Mediato:** el tratamiento farmacológico - ha sido el mejor y generalmente la única forma de tratamiento, entre los medicamentos contamos con el fenobarbital cuyas dosis oscilan entre 8 mg de una a tres veces al día para el lactante, y hasta 10 cg. una a tres veces al día para un niño mayor o basándose en el peso esto es una dosis inicial de 3 mg por kg de peso al día en 3 o 4 tomas al día con incrementos graduales hasta alcanzar la dosis de sostenimiento necesario.

El dilantín o fenitoina sódica o difenilhidantoinato-sódico se administra a los niños mayores en cápsulas y a los más pequeños en forma de tabletas diluidas en un poco de alimento o zumo de fruta, las dosis son entre 15 mg. de 2 a 3 veces al día en niños pequeños y 10 cg de 1 a 2 veces al día en dos tomas en niños mayores o bien 3 mg por kg de peso corporal al día en dos tomas hasta llegar a la dosis de sostenimiento que sea necesaria.

Pronóstico:

El pronóstico depende del retraso mental, de las deficiencias físicas de una posible lesión orgánica y de la impropiedad del tratamiento en su aspecto médico y ambiental.

Manifestaciones Clínicas Bucales.

Estado Bucal:

El único rasgo especial se encuentra en los pacientes tratados con Dilantín en ellos existe una gingivitis hiperplástica fibrosa que a veces cubre todas las coronas dentarias o demora la erupción y además está asociada a una pobre higiene bucal.

Tratamiento Odontológico:

Muchos de estos pacientes son particularmente muy - - aprensivos y el tiempo destinado para conocerlos está bien - empleado, es útil preguntar cuanto tiempo ha transcurrido - desde el último ataque y que tipo de situación lo provoca de esto se puede juzgar la probabilidad que un episodio así ocurra en el consultorio. Habitualmente el niño está bastante - bien controlado y es improbable que se produzca un ataque durante el tratamiento especialmente si hay una buena relación entre el niño y el odontólogo.

En caso de que el paciente sufriere un ataque del Gran Mal se le colocará en un lugar del que no pueda caerse, se - le colocará de costado con su cabeza en una posición que impida la aspiración de la saliva a los pulmones, puede necesitarse un instrumento para forzarlo entre los dientes antes - que haya ocurrido un espasmo total de los músculos maxilares para prevenir la mordedura de la lengua pero debe evitarse - el daño a los dientes y tejidos blandos, en este caso será - la espátula plástica para el alginato, dura pero resilente y que no cause trauma, si el paciente no sale de su ataque con bastante rapidez habrá que suministrarle oxígeno si está muy cianótico y trasladarlo al hospital de inmediato.

Cuando sale de su ataque normalmente tendrá dolor de - cabeza y estará mentalmente confuso de manera que habrá de - posponer el tratamiento salvo los ajustes menores necesarios para terminar la operación interrumpida.

La conservación puede realizarse normalmente y se puede usar anestesia local, en caso de anestesia general solamente debe darla un anestesiólogo muy experimentado siempre que se considere al paciente como adecuado para recibirla, -

se recordará al padre que antes de la cita debe darse al niño la dosis normal de la droga que se está tomando y no omitirla.

El estado periodontal puede requerir atención especial periódicamente, se realizará un raspaje y limpieza escrupulosos, y tanto al paciente como al padre se les enseñará el cepillado correcto, si la gingivitis hiperplástica grave puede recurrirse al tratamiento quirúrgico pero tiende a recurrir.

TRASTORNOS EMOCIONALES

a) ESQUIZOFRENIA.

Es una enfermedad o grupo de enfermedades en las que - ocurre un deterioro lento y progresivo de la personalidad, y que afecta sobre todo la vida afectiva el pensamiento y la - conducta así como la percepción interna.

Etiología.- Se ignora su causa y no se han descubierto alteraciones anatomopatológicas, aunque cierta proporción de los casos opera un factor hereditario.

Manifestaciones Clínicas.- La enfermedad se manifiesta en gran parte por ciertas anormalidades de la afectividad y el pensamiento, los signos más específicos y característicos de la esquizofrenia son: alteraciones de afecto, alteraciones de los procesos del pensamiento y las asociaciones y - trastornos de la atención. La iniciativa se desdobra en una variedad de actividades potenciales, lo que resulta en una total inactividad, el individuo se encuentra apartado de la realidad, los pensamientos y las asociaciones quedan escindidos de su contenido afectivo adecuado, el alejamiento de la realidad se denomina autismo y da como resultado ambivalencia, la cual se expresa a sí misma por actividad e iniciativa, los signos secundarios son alucinaciones ideas delirantes, mutismo, catatonia, y negativismo, entre otras anomalías se incluye falta de otras principales alteraciones nerviosas obnubilación del sensorio, alteración de la capacidad de aprendizaje y memoria afasia acalculia, y desorientación-visoespacial; otros signos físicos que presentan estos pacientes puede ser cuando los miembros presentan contracturas por haber permanecido en una posición fija por largo tiempo,

las extremidades pueden mostrarse edematosas y cianóticas y es difícil provocar los reflejos tendinosos, la presión es baja y el corazón pequeño, el tiempo de circulación es más reducido.

Diagnóstico.- Para diferenciar la esquizofrenia de -- otras enfermedades neuróticas se tomará en cuenta cuando menos tres de los siguientes signos.

- 1) Trastornos de la afectividad.
- 2) Del discernimiento de la asociación de ideas, de la percepción.
- 3) Anomalías en la distinción entre sujeto y objeto.

Tratamiento.- El tratamiento del paciente esquizofrénico es difícil y en la mayor parte de los casos es mejor ponerlo en manos de un psiquiatra.

b) AUTISMO INFANTIL TEMPRANO.

Este trastorno se caracteriza por un profundo repudio del contacto con las personas incluyendo los propios padres, un deseo obsesivo de conservación o igualdad, una relación amistosa e incluso afectiva con los objetos inanimados, conservación de la inteligencia, fisonomía pensativa y mutismo o un lenguaje que resulta incomprensible.

Etiología.- En algunos casos el trastorno parece debido a un déficit constitucional, o que el niño fue gravemente traumatizado durante la lactancia por algunas experiencias ambientales.

Manifestaciones Clínicas.- Es difícil diagnosticarlo a los 18 meses de edad y con mayor frecuencia los síntomas que ya existen son reconocidos hasta los 3 o 4 años de edad. En casos graves el niño llega a mostrar una regresión extrema; puede permanecer sentado maciéndose hacia adelante y hacia atrás incesantemente, a veces emite unos sonidos que recuerdan los gruñidos de los animales, aunque aparentemente conoce la existencia de las personas no efectúa ningún intento de relacionarse con ellas, puede arañarse la piel hasta el extremo de producirse escoriaciones y morderse o abofetarse sin dar muestras de dolor cuando se ve frustrado o se encuentra a disgusto la coordinación física deficiente; el niño presenta una buena coordinación física en los casos menos graves y a veces hasta puede ser diestro en el dominio de su movilidad o en la manipulación de objetos, emplea palabras y en algunos casos hasta puede pedir las cosas valiéndose de ellas pero la formación de oraciones y el desarrollo del lenguaje son inadecuados para su edad, tiene capacidad para recordar, su nivel intelectual es difícil de determinar pero sus actividades sugieren capacidad de razonamiento y comprensión de la relación entre causa y efecto, se le ve interesado y a veces intensamente preocupado por los objetos inanimados. Le molestan las instrucciones de otras personas en su autismo que al principio ignoradas o despreciadas, si se persiste en la intrusión o se intenta tener relación con él se pone frenético y manifiesta su descontento con una gran rabieta en la que puede romper cosas o dirigir la agresión contra su propia persona.

TRATAMIENTO DEL NIÑO IMPEDIDO EMOCIONALMENTE.

En la atención odontológica de un paciente de este tipo debe adaptarse al procedimiento normal.

Muchos de estos niños de cualquier edad necesitaron de la seguridad de uno de los padres en el consultorio. El período introductorio puede ser prolongado considerablemente y puede llevar varias visitas hasta realizar un trabajo eficaz, la aprensión intensa requiere un manejo muy cuidadoso y los elementos de pulido son muy útiles.

Se estimula al niño para que sienta la taza de goma -- blanda que luego se coloca en el mango (la pieza de mano recta), se presenta la pasta para dientes y se comenta como un tópico familiar y después se puede pulir con ella una moneda de cobre, el dentista puede pulir un lado y estimular para que el paciente pule el lado contrario, después se pulen las uñas del doctor del padre y por último las del niño.

A partir de aquí puede ser posible pulir los dientes anteriores o habrá que esperar hasta la próxima cita o visita en la que se repetirá el pulido de la uña, una vez que se pueden pulir los dientes no debe ser demasiado difícil -- cambiar a una fresa de diamante presentándola como un cepillito especial para los dientes de atrás y que también puede sentirse con el dedo el niño debe ser advertido de que la fresa será más ruidosa que el cepillo para los dientes anteriores solamente se hará una pequeña cavidad de preparación -- dentaria inicialmente, el operador no debe dejarse llevar -- por el buen éxito que pudiera haber tenido en caso necesario se tomaran varias visitas para la primera obturación.

Se tendrá especial cuidado en no realizar movimientos inesperados, el operador debe de hablar la mayor parte del tiempo con términos de reaseguro pero mencionando que va hacer o usar después y cuando es posible recordar al niño que eso ya lo ha experimentado y que todo fue muy bien.

La comunicación con el paciente niño y habrá que esforzarse en obtener sus respuestas y esto es aun más importante en el niño impedido emocionalmente ya que lo implica en el esfuerzo de pensar de desplazar sus temores dentales por el momento el intercambio de información será mejor un tema que el paciente conozca y sobre el que pida información.

Si el paciente tiene una cantidad considerable de trabajos a realizar, la fase introductoria se suspenderá y quizás realizar una pequeña obturación.

En este caso se someterá al paciente a anestesia general para realizar el mayor número de preparación de cavidades se obturan con apósitos temporales y el paciente vuelve para una visita corriente en la que se reemplacen los apósitos con obturaciones permanentes con bastante sencillez pero de manera que el niño todavía necesita cooperar en esta forma el tratamiento puede continuar sin deterioro en el estado dental y la gran cantidad de trabajo no será una serie interminable de visitas que desanimen al paciente y sus familiares.

c) HIPERQUINESIA.

Puede presentarse en niños después de un trauma cerebral y acompañar a la epilepsia. Se caracteriza por una intensa sobreactividad durante mucho tiempo posiblemente años. Un paciente así puede tener arranques de rabia y agresión pero su estado de ánimo es inestable, no tiene timidez o miedo, pero su nivel de inteligencia puede ser alto o muy bajo.

Las razones no dentales de las dificultades en el tratamiento odontológico se debe con más frecuencia a trastor--

nos de conducta y los problemas de larga duración suelen relacionarse con:

- 1.- Un ambiente hogareño inestable.
- 2.- Cierta grado de rechazo por uno o ambos padres.
- 3.- Expectativas intelectuales, por parte de los padres, de un nivel más elevado del que el niño es capaz de alcanzar.
- 4.- Un defecto físico que hace que el niño se sienta diferente de los otros.

Además, un padre demasiado ansioso puede tener un hijo rebelde, y un padre demasiado indulgente puede tener un hijo con conducta inmadura y propenso a las lágrimas y berrinches. Cualquiera de estos puede producir patrones de conducta que crean problemas al odontólogo con respecto a la cooperación.

Hay niños que cooperan odontológicamente por razones más inmediatas que las mencionadas hasta aquí. No es infrecuente encontrar un paciente muy pequeño con una buena historia odontológica previa que se ha vuelto no cooperador por razones tales como:

- 1.- Una hospitalización reciente, cuando es demasiado pequeño para entender que su madre en realidad no lo está abandonando en un lugar extraño.
- 2.- Su madre misma ha tenido que ser internada, con un sentimiento de inseguridad resultante en el niño.
- 3.- El agregado a la familia de un segundo niño, de manera que el primero pierde parte de la atención de su madre cuando hasta ahora la ha recibido totalmente.

Esas situaciones son tremendas para un niño de 3 o 4 años, pero para los 5 o más debe estar lo suficientemente adelantado como para entender las circunstancias y aceptarlas más fácilmente, sobre todo que ya tiene una vida escolar que es independiente de su familia. Aunque en la mayoría de los casos esta crisis emocional se supera bastante pronto luego de reestablecida la estabilidad, en algunos los efectos pueden ser prolongados.

Una causa muy importante de falta de cooperación odontológica es el temor de una experiencia desconocida. Este se debe comúnmente a la ansiedad de la madre, o es acentuada por ella, ya que la señora misma tiene miedo o desconoce el tratamiento odontológico. Este temor es sentido por el niño y se agrega a cualquier aprensión que ya pueda haber tenido, y no parece estar relacionado con el tipo de operación dental a realizar, ya sea tratamiento o simplemente una extracción.

CAUSAS DENTALES.

Una de las causas más potentes y comunes de no cooperación es, desafortunadamente, una experiencia previa desagradable a manos de un odontólogo. En este sentido no parece haber ninguna asociación de dolor dentario con el odontólogo en la mente de un niño muy pequeño, aun cuando pueda ser la razón de varias visitas. Uno de los errores principales es que el dentista provoque dolor a un niño sin, en la mente del niño, una razón aceptable. Un paciente inteligente, con confianza en su odontólogo, puede aceptar dolor si se le da una buena razón para ello, y a un nivel tolerable y por un período breve. Una falla en la consideración de cualquiera de estos factores puede provocar la ruptura de la relación.

Otra causa de antipatía al tratamiento odontológico - puede ser una técnica defectuosa para la administración de la anestesia general nasal; defectuosa, esto es, en el acercamiento al niño. Nada es más aterrador que recibir una máscara firmemente apretada sobre la nariz y la boca sin una introducción preliminar amable, y entonces puede esperarse - que el paciente entre en pánico o luche por liberarse. Siempre guardará memoria de esto, sea conscientemente.

Debe decirse aquí que la incapacidad para obtener cooperación de un paciente niño determinado no debe considerarse como una culpabilidad de la capacidad de un odontólogo, - sino como que no ha logrado tener "la misma longitud de onda" que el paciente. El tratamiento odontológico es esencialmente cuestión de cooperación entre odontólogo y paciente y si a uno le disgusta o es indiferente al otro, entonces no se logra la mejor cooperación.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

El acercamiento a cualquier niño reactivo al tratamiento es realmente una modificación de la técnica para acercar a un paciente nuevo a la odontología, y como una introducción y manejo correctos son básicos para la prevención del desarrollo de una aversión así, la trataremos con bastante extensión.

INTRODUCCIÓN DE UN PACIENTE NUEVO A LA ODONTOLOGÍA

Es desafortunado que la primera visita a un consultorio dental sea para muchos niños, en busca de alivio para un dolor dentario, de manera que el tratamiento deba comenzar - de inmediato sin nada de la preparación tan importante para-

aclimatar al niño al ambiente y experiencias extrañas. El odontólogo escolar tiene gran ventaja en este sentido sobre su colega de práctica general, ya que puede retirar a los niños de la escuela directamente para inspección antes que las exigencias de un dolor les lleva a buscar tratamiento dental. El odontólogo general debe hacer todo cuanto pueda para estimular a sus pacientes adultos con hijos para que los traigan regularmente desde los 2 años de edad con vistas al período introductorio.

Si el padre debe estar con el niño en el consultorio es tema de considerable discusión, pero parecen existir algunos argumentos sencillos que pueden usarse con base sobre la cual trabajar.

1.- Un niño en edad pre-escolar no está acostumbrado a desempeñarse sin su madre en la mayoría de las situaciones y parece razonable, por consiguiente, permitir que la señora esté en el consultorio con estos pequeños.

2.- Una vez en la escuela, el niño ha aprendido a ser más autodependiente y debe esperarse que entre sólo al consultorio.

3.- Niños con impedimentos mentales, físicos o médicos, pueden depender mucho de sus padres y la presencia de ellos puede ser necesaria.

4.- Si se permite la entrada del padre, él o ella no deben interferir o hablar, salvo que se les invite a hacerlo. Idealmente, puesto que está allí para dar confianza, debe encontrarse a la vista, y la mejor posición sería detrás del sillón dental pero reflejada totalmente en un espejo grande. Está entonces presente, pero no tan tentada a participar. -

Ocasionalmente, sin embargo, puede pedírsele que tome parte ayudando a controlar al niño si se le considera adecuada para este papel y se le invita a hacerlo. El odontólogo debe brindar su atención total al paciente.

Hay que tener cuidado cuando se hacen observaciones casuales al padre, o a la asistente, frente a cualquier niño.- A partir de los 3 años, son impresionables y un comentario o pedido descuidado puede ser mal interpretado y resultar dañino.

El acercamiento general al paciente, un niño nuevo incorpora una cantidad de aspectos para estimular su interés, al igual que para distraerlo o calmarlo si está ansioso.

1.- Al niño se le debería introducir temprano al consultorio, con su madre o hermanos mayores si es posible, de manera que la considere como una visita bastante normal y muy placentera. El sillón a motor y el chorro de agua son dispositivos útiles para estimular su interés.

2.- La sala de recepción debería tener objetos de juego en un plan modesto, preferiblemente demasiado grandes para ser llevados y que sirvan como rápida excusa para volver. Un acuario es siempre una atracción, y composiciones escolares sobre el tema "Una visita al Dentista" han demostrado que la calidad de las revistas de historietas es un detalle importante para el niño mayor.

Después de una o dos visitas sociales, pueden presentarse los procedimientos de tratamiento. Deben ser sencillos al principio y suelen limitarse a un pulido profiláctico, el que conduce a una obturación pequeña muy simple que puede hacerse rápidamente. Con frecuencia es ventajoso, si se puede-

elegir, hacer una que el paciente pueda ver luego en un espejo. Es algo para mostrar a sus amigos asombrados.

4.- El tratamiento debe limitarse de acuerdo a la tolerancia del paciente. No debe esperar que un niño de 2 a 3 años permanezca quieto en el sillón por más de 10 a 15 minutos, aumentando el tiempo según necesidades con los grupos mayores. Cualquiera cosa que el niño no acepte bien debe mantenerse al mínimo. Aparte del color, esto puede incluir el eyector de saliva, el chorro de agua (especialmente de una turbina de aire), rollos de algodón, y una variedad de aspectos menores, como un enjuagatorio coloreado. Hay que anotar en la ficha cualquiera de estas cosas que no gustan para poder evitarlas si es razonable hacerlo.

5.- A los niños mayores hay que darles explicaciones sencillas y los varones sobre todo están interesados en la forma en que funcionan las cosas y para qué son. Hablarle a un niño ayuda a distraer su atención, sobre todo si se le hacen preguntas. Si tiene que contestar, entonces su mente está en la respuesta más que en lo que sucede a su alrededor.

6.- Una "escotilla de emergencia" es esencial. El método tradicional es pedirle al paciente que levante su mano si desea que el odontólogo se detenga. Es por supuesto, muy importante que el acuerdo se cumpla y el odontólogo se detenga cuando se produzca la indicación, de manera que se mantenga la confianza. Debe explicarse, sin embargo que la promesa es doble y que el paciente no debe hacer señales salvo que realmente sienta la necesidad de una interrupción y que detenciones demasiado frecuentes prolongan el tratamiento.

ENFERMEDADES CARDIACAS

Las dos causas más importantes de enfermedad cardiovascular en los niños son: a) Las malformaciones congénitas del corazón, y b) La fiebre reumática.

A) Defectos Congénitos del Corazón.- Etiología.

La infección materna puede dar lugar a enfermedad cardíaca congénita. La rubéola congénita se asocia sobre todo con la permeabilidad del conducto arterioso y la estenosis de ramas de la arteria pulmonar. El virus Coxsackie B ha sido inculcado como causa de fibroelastosis endocárdica y en la miocarditis aguda del recién nacido. Entre las manifestaciones tardías de la sífilis congénita se incluyen la otitis y el aneurisma. El efecto teratógeno de los fármacos y radiaciones es ampliamente reconocida. La incidencia del conducto arterioso permeable parece ser mayor en las poblaciones que viven a gran altura y las malformaciones cardíacas, sobre todo la transposición arterial y el defecto del tabique interventricular se presenta con mayor frecuencia en los hijos de madres prediabéticas. Aunque también se cree que las malformaciones congénitas pueden ser de origen heredo familiar.

I.- DEFECTO DEL TABIQUE INTERVENTRICULAR:

Los defectos del tabique interventricular constituyen una de las malformaciones cardíacas más frecuentes, se presenta mayormente en el sexo masculino que en el femenino en una relación de 2 a 1. La comunicación interventricular más frecuente se encuentra a nivel de la zona que ocupa normalmente la porción membranosa del tabique, esta malformación eleva el gasto pulmonar y la presión pulmonar.

Manifestaciones Clínicas:

Estas manifestaciones varían según el tamaño del defecto y la relación de la circulación pulmonar.

Los defectos pequeños son los más frecuentes, los pacientes son asintomáticos y la lesión cardíaca puede encontrarse accidentalmente durante la exploración general, es característico un soplo paraesternal izquierda pansistólico alto y áspero que se ausculta mejor sobre el borde esternal inferior izquierdo, radiográficamente se observa cardiomegalia mínima y aumento de la vascularización pulmonar, en el electrocardiograma puede existir una hipertrofia ventricular de tamaño moderado pueden ocasionar amplios cortos circuitos izquierda-derecha y aumentos escasos en las presiones y resistencias arteriales pulmonares.

Durante la lactancia los síntomas principales son: taquipnea, disnea, dificultades en la alimentación, desarrollo físico lento, e infecciones pulmonares recidivantes, con o sin insuficiencia cardíaca congestiva, se observa cierta prominencia de la región precordial izquierda y del esternón, es corriente un frémito sistólico, el soplo pansistólico característico es alto y áspero, se percibe ampliamente en la región precordial y a veces en la espalda, pero se ausculta con la máxima intensidad en el borde inferior esternal inferior izquierdo, el segundo tono cardíaco de la punta es normal o con un leve desdoblamiento, y en el borde esternal superior derecho se percibe también normal o algo acentuado, - el aumento de la circulación hemática pulmonar produce un soplo sistólico de expulsión que se oye mejor en el borde esternal superior izquierdo, el retorno venoso pulmonar aumentado de lugar a un abundante flujo a través de la válvula mitral, que a su vez ocasiona un soplo retumbante mesodiastóli

co, que se ausculta mejor en la punta. Las radiografías torácicas muestran una cardiomegalia de leve o moderada, con - - cierta prominencia de ambos ventrículos y la aurícula izq., - la sombra de la arteria pulmonar principal puede ser normal o abultada y suele haber exceso de circulación pulmonar. El electrocardiograma muestra una hipertrofia biventricular.

Los grandes defectos, con exceso de circulación hemática pulmonar e hipertensión pulmonar, producen síntomas durante la lactancia: estos niños aparecen disneicos, presentan - dificultades para la alimentación, se desarrollan escasamente, tienen una sudoración profusa y sufren de infecciones - pulmonares recidivantes y episodios de fallo cardiaco, falta la cianosis, pero en ocasiones se advierte una plétora oscura durante las infecciones o el llanto cuando no hay insuficiencia cardiaca, los pulsos arterial y venosos son normales, es corriente la protrusión de la porción anterior del tórax, sobre todo del pericardio izq. y del esternón, existe cardiomegalia con elevación paraesternal y choque apical palpables, los frémitos sistólicos son habituales, el característico soplo sistólico es similar al de los defectos de tamaño moderado, pero el sonido de cierre vulvar es más intenso, y el segundo tono presenta un leve desdoblamiento, el soplo diastólico apical indica un corto circuito izquierda-derecha apreciable. La radiografía muestra una amplia cardiomegalia, con prominencia de ambos ventrículos, de la aurícula izq. y de la arteria pulmonar, la aorta ascendente y el bulbo aórtico son relativamente pequeños. El electrocardiograma señala hipertrofia biventricular o predominio del ventrículo izq. o del derecho.

Diagnóstico:

Para el diagnóstico se tomarán en cuenta los signos y síntomas mencionados y además las consecuencias de un defec-

to del tabique interventricular sobre la circulación pulmonar y general pueden ser determinadas cuantitativamente por la cateterización cardiaca, que también sirve para establecer la posible existencia de anomalías reconocidas clínicamente.

Pronóstico:

Dependerá del tamaño del defecto y de las complicaciones que se presenten en el transcurso de la vida del paciente.

Tratamiento:

El tratamiento será quirúrgico y con las intervenciones a tórax abierto es posible reparar los defectos del tabique interventricular, se cierra la comunicación izquierda-derecha y el corazón hiperdinámico, se claman los frémitos y soplos desaparecen y las presiones en la circulación menor vuelven a la normalidad, este tratamiento está indicado en pacientes asintomáticos de más de dos años de edad que presentan una hipertensión pulmonar moderada y un amplio cortocircuito izquierda-derecha, los pacientes con presión sistólica pulmonar que se aproxima o alcanza el nivel de la presión general pero sin una derivación derecha-izquierda demostrable y con amplios corto circuitos izquierda-derecha son buenos candidatos para el tratamiento quirúrgico; los pacientes con derivaciones derecha-izquierda significativos pero pequeños en sentido izquierda-derecha son inoperables. Los lactantes con defectos ventriculares sintomáticos son de difícil tratamiento ya que la intervención a tórax abierto es agravada por un alto letalidad durante los primeros seis meses de vida.

2.- Defecto del Tabique Interauricular:

La más frecuente de este tipo de defectos interauriculares se presentan en la persistencia del foramen oval perteneciente al septum secundum y a la zona de reabsorción anormalmente extensa del septum primum, estas comunicaciones miden desde uno hasta varios cm. de diámetro, es más frecuente en la mujer que en el hombre en una relación de 2 a 1.

Manifestaciones Clínicas:

La anomalía es asintomática en muchos casos y puede seguir así hasta la adolescencia. Los defectos del tipo ostium secundum raramente producen insuficiencia cardiaca en el lactante, después de esta edad se encuentran por lo general antecedentes de episodios recurrentes de neumonitis, complicados frecuentemente por colpaso pulmonar segmentario e intolerancia al ejercicio en grado variable, el desarrollo físico puede estar bastante retrasado, el pulso es normal o pequeño, y también es normal la presión venosa si no existe insuficiencia tricuspídea asociada o insuficiencia cardiaca, el tamaño del corazón puede ser normal o moderadamente aumentado, se palpa de ordinario una elevación sistólica hiperdinámica del ventrículo derecho, que se extiende desde el borde esternal izquierdo a la línea medioclavicular, el soplo sistólico es del tipo de expulsión, blando, se percibe mejor en el borde esternal superior izquierdo y es producido por la turbulencia del flujo torrencial en la arteria pulmonar dilatada, en el 95% de los pacientes, el segundo tono cardiaco auscultado en el borde esternal superior izquierdo presenta un amplio desdoblamiento y fijación en todas las fases respiratorias, este segundo tono se debe probablemente a la prolongación de la sístole del ventrículo derecho, a causa de gran volumen de descarga que no puede reducirse en la aspiración,

Debe también auscultar en la punta o en el borde esternal inferior izquierdo un soplo mesiodiastólico producido por el flujo torrencial a través de la válvula tricúspide.

Las anomalías que pueden encontrarse en el examen físico comprenden el tórax de pichón, la cifoscoliosis, el paladar ojival, y la frecuencia de la asociación de estenosis mitral congénita o adquirida con un defecto del tabique interauricular. Radiológicamente se observan grados variables de aumento del tamaño del corazón, correspondientes a las cavidades derechas, la arteria pulmonar es amplia, la vascularización pulmonar está intensificada y es frecuente la danza hiliar, el ventrículo izquierdo y la aorta son pequeños. El electrocardiograma muestra desviación axil derecha e hipertrofia del ventrículo derecho.

Diagnóstico:

El diagnóstico se puede confirmar aparte de los datos ya mencionados por cateterismo cardíaco y fonocardiografía intracardiaca.

Pronóstico:

Estos defectos son bien tolerados durante la niñez y los síntomas no aparecen hasta el tercer decenio de la vida o más tarde.

Tratamiento:

La cirugía a corazón abierto y visión directa permite una reparación más cuidadosa, puede realizarse con hipotermia o con oxigenador y exclusión cardiopulmonar, la mortalidad operatoria es inferior al 0.5%.

3.- Coartación de la Aorta:

Pueden presentarse estrechez de extensión variable en cualquier punto situado entre el cayado y la bifurcación de la aorta, pero en el 98% se producen como una estrechez localizada inmediatamente por debajo del origen de la arteria - subclavia izquierda y es más frecuente en la mujer que en el hombre en relación de 2 a 1.

Manifestaciones Clínicas:

Los síntomas no son comunes, pero pueden presentarse a cualquier edad y resultan del estado hipertensivo de la debilidad miocardia o de una deficiente circulación en las extremidades inferiores, la hipertensión puede dar lugar a -- epistaxis o a cefalalgias pulsátiles y conducir a los síntomas de franca insuficiencia cardiaca congestiva. La circulación deficiente en las extremidades puede ser puesta de manifiesto por frialdad de los pies y en ocasiones claudicación-intermitente. El signo clásico de coartación aórtica es la - disparidad de las pulsaciones y la presión sanguínea entre - las extremidades superiores y las inferiores, las pulsaciones de las femorales, popliteas, tibiales posteriores y dorsales del pie son débiles y retardadas o faltan, en contraste con el pulso saltón de las extremidades superiores y vasos carotídeos, la presión sanguínea sistólica de las extremidades inferiores es mucho más baja que en los brazos. La - circulación arterial colateral puede dar lugar a pulsaciones palpables y visibles y a murmullos sistólicos, especialmente en el dorso, estos signos son más notables después de la primera década de la vida, el corazón puede estar moderadamente agrandado y manifestar un choque de la punta correspondiente al ventrículo izquierdo. Los soplos no son diagnosticados pero los más comunes son sistólicos en cuanto al tiempo, de ti

po, expulsivo, máximos en la base del corazón y pueden irradiarse hacia la punta y hacia la región interescapular, a veces se perciben más intensos en la espalda, estos soplos pueden deberse por estrecheces, vasos colaterales tortuosos, anomalías de las válvulas aórticas o anomalías estructurales del corazón. Las radiografías en la infancia suelen ser normales, excepto cuando se produce insuficiencia cardiaca, durante la infancia no son notables. Después de la primera década los datos son más concluyentes, el corazón está ligeramente o moderadamente aumentado de volumen debido a la prominencia del ventrículo izquierdo, la arteria subclavia izquierda está agrandada, es frecuente la entalladura del borde inferior de las costillas. El electrocardiograma puede ser normal y en los niños pero puede revelar signos de hipertrofia ventricular izquierda y ocasionalmente bloqueo de la rama izquierda.

La coartación aórtica en la infancia puede complicarse con insuficiencia cardiaca congestiva que puede ser debido a la oclusión del conducto arterioso faltando una circulación colateral suficientemente desarrollada, a un grado muy intenso de coartación en el nacimiento o a una esclerosis endocárdica. Los síntomas aparecen generalmente dentro de los tres primeros meses de vida, el estado general se encuentra gravemente afectado existe irritabilidad y taquipnea, la insuficiencia cardiaca se manifiesta por hepatomegalia, estertores y aumento de la presión venosa, la ausencia o la debilidad de las pulsaciones en la arteria femoral contrasta con el pulso radial, que es normal o saltón, el corazón está muy aumentado de volumen, se percibe con frecuencia un soplo sistólico en toda la región precordial y ritmo de golpe, el examen radiológico confirma el agrandamiento del corazón, que adquiere forma globulosa. El electrocardiograma revela hipertrofia ventricular izquierda aunque también puede haber hí-

peretrofia ventricular derecha.

Diagnóstico:

Se basa en el examen físico y se pensará en defectos - cardiovasculares cuando a la exploración sistémica se presenten individuos con hipertensión.

Pronóstico:

El pronóstico es reservado puesto que los pacientes su cumben entre los 20 y los 40 años de edad.

Tratamiento:

El tratamiento es quirúrgico y la edad óptima para la operación es entre los 8 y 15 años de edad por cuanto en esta época la aorta tiene una buena elasticidad y no ha experimentado ninguna alteración degenerativa y además la luz de los vasos después de la anastomosis es suficiente para las exigencias de la vida adulta.

4.- Estenosis Pulmonar:

Se trata de un desarrollo imperfecto de los primordiales de las válvulas sigmoides pulmonares que da como resultado - un pequeño cono con perforación central en el vértice.

Manifestaciones Clínicas:

Los síntomas varían según el grado de la estenosis, si es ligera o moderada, no existen síntomas, si la estenosis - es acentuada, se presenta por lo general disnea de esfuerzo y la tolerancia al ejercicio puede estar reducida a la posi-

bilidad de andar unos pocos metros, puede producirse acucillamiento, en algunos casos graves hay dolor subesternal y síncope de esfuerzo.

Generalmente los pacientes tienen un aspecto físico - frecuentemente normal y muchos son robustos, pero si la estenosis es notable, la cara está como hinchada en forma de luna llena.

En las estenosis ligeras, la presión y el pulso venosos son normales, el corazón no está aumentando de volumen, el choque de la punta es normal y el ventrículo derecho no es palpable, por auscultación se percibe un fuerte soplo sistólico pulmonar de expulsión, acompañado de frémito, el segundo tono pulmonar puede estar ampliamente desdoblado, con un componente pulmonar diferido de intensidad normal. El electrocardiograma es normal o revela una hipertrofia ventricular derecha mínima. En el examen radiológico se observa dilatación postestenótica de la arteria pulmonar.

En las estenosis de grado moderado los signos físicos son los ya mencionados pero exagerados en grado variable, la presión venosa está ligeramente elevada, puede palparse la elevación sistólica del ventrículo derecho en el borde esternal, el soplo sistólico de expulsión se acentúa al final de la sistole, el segundo tono cardiaco está desdoblado con un componente pulmonar tardío y disminuido. El electrocardiograma muestra grados variables de hipertrofia ventricular derecha. Radiográficamente el tamaño del corazón es normal.

En la estenosis pronunciada existe cianosis periférica, resultante del pequeño volumen de expulsión cardiaco, la vasoconstricción compresora y la lentitud de la corriente sanguínea en la piel, la presión venosa es elevada. El corazón-

está aumentado de tamaño, con una acentuada elevación sistólica esternal y parasternal del ventrículo derecho, existe un soplo sistólico de expulsión que se percibe con mayor intensidad en el área pulmonar y puede irradiarse ampliamente a toda la región precordial y hasta el cuello y el dorso. El electrocardiograma revela una gran hipertrofia ventricular derecha. Radiográficamente se observa un agrandamiento cardíaco con hipertrofia del ventrículo derecho y la aurícula derecha, la arteria pulmonar está abombada como consecuencia de la dilatación postestenótica, la vascularización pulmonar está disminuida.

Diagnóstico:

Para confirmar el diagnóstico se empleará el cateterismo cardíaco y la angiocariografía selectiva.

Pronóstico:

Los niños con estenosis ligera pueden llevar una vida normal sin tratamiento específico.

Tratamiento:

En los casos ligeros y en los de intensidad moderada no es necesario tratamiento, salvo si se lleva a cabo cirugía dentaria, nasal, faríngea o de oído se empleará penicilina profiláctica.

En pacientes con estenosis pulmonar aislada grave, su tratamiento es quirúrgico (volvulotomía pulmonar).

5.- Estenosis Aórtica:

La estenosis aórtica congénita constituye el 3% del to

tal de malformaciones congénitas, es más frecuente en el sexo masculino en relación de 3 a 1 en la mayoría de los casos la estenosis es valvular en la cual las válvulas están engrasadas y las comisuras fusionadas en grado variable.

Manifestaciones Clínicas:

Lo más frecuente es que el niño no presenta síntomas y ofrezca buen desarrollo físico, descubriéndose la anomalía durante un examen general. La obstrucción grave de la vía eferente del ventrículo izquierdo puede ocasionar intolerancia a la fatiga y al esfuerzo, en estos pacientes la estenosis aórtica crítica es señalada por la angina de pecho, vértigo, síncope o episodios de edema pulmonar por insuficiencia del ventrículo izquierdo, el pulso es normal, algunas veces tiene un escaso volumen y en un cierto número de pacientes es anacrótico, el tamaño del corazón y el choque de la punta son normales, salvo cuando la estenosis es grave el corazón puede estar aumentado de tamaño con impulso apical ventricular izquierdo, por auscultación se percibe un so plo sistólico de expulsión áspero y rudo, cuyo máximo de intensidad se encuentra en el área aórtica y se irradia hacia el cuello y hacia abajo siguiendo el borde esternal izquierdo. Si el gradiente de presión a través de la válvula aórtica es pequeño el electrocardiograma es normal. Las radiografías ponen de manifiesto el agrandamiento del ventrículo izquierdo, la aorta ascendente aparece prominente.

Diagnóstico:

Puesto que este tipo de pacientes se presenta asintomático, el electrocardiograma y radiografías aparecen normales se llevará a cabo un cateterismo de las cavidades cardiacas izquierdas.

Pronóstico:

Es bueno en la mayoría de los niños pero puede ser - - afectado por las malformaciones asociadas entre las que pueden figurar principalmente los defectos del tabique interventricular, interauricular y la estenosis pulmonar.

Tratamiento:

Está indicado un tratamiento quirúrgico en pacientes - con disnea y fatiga que revelan en el electrocardiograma una gran hipertrofia ventricular izquierda, la estenosis valvular aórtica suele tratarse por valvotomía.

6.- Tetralogía de Fallot

La combinación de 1) estenosis pulmonar, 2) malformación del tabique interventricular, 3) dextroposición de la aorta, 4) e hipertrofia ventricular desecha, constituye la tetralogía de Fallot, es la más frecuente de las anomalías - acompañadas de cianosis persistente. La válvula pulmonar puede presentar un pequeño anillo ser bicúspide y en ocasiones - el único punto de estenosis, la hipertrofia de la cresta supraventricular contribuye a la estenosis del infundíbulo y - da lugar a la formación de una cámara infundibular de tamaño y forma variables. El defecto del tabique interventricular - suele ser amplio anterior y situado inmediatamente debajo de la válvula aórtica, comprende parte del tabique membranoso y se halla separado de la cámara infundibular por la cresta supraventricular. La aorta forma su arco hacia la derecha, es grande y se superpone al defecto del tabique interventricular, se habla además de dextroposición de la aorta porque en una proporción variable su origen se sitúa en el ventrículo-derecho.

Manifestaciones Clínicas:

Uno de los signos más sobresalientes es la cianosis - que se observa mejor en las mucosas de los labios, la boca y en las uñas, pero toda la superficie cutánea presenta también un color azulado oscuro, las escleróticas son grises y los vasos de la periferia tienden a estar ingurgitados, ofreciendo el aspecto característico de una conjuntivitis leve, los vasos de la retina son grandes y de color oscuro, la mucosa de la faringe es purpúrea y la lengua, de color azul oscuro, es a menudo grande, con fístulas y papilas prominentes, las encías están inflamadas con frecuencia y sangran fácilmente con una presión ligera, los dientes son normales en forma y tamaño, pero su aparición se retrasa, los dedos de las manos y pies en palillo de tambor constituyen un signo conspicuo que suele presentarse entre el primero y segundo año de vida, hay disnea de esfuerzo, los lactantes y niños pequeños juegan activamente durante un tiempo breve y luego se sientan a descansar, los niños mayores dicen que pueden andar una manzana antes de detenerse a descansar, el grado de esfuerzo depende de la gravedad de la lesión cardiaca, es característico que los niños se pongan en cuclillas para aliviarse de la disnea por esfuerzo físico, esto da lugar a un aumento de la saturación arterial de oxígeno, de modo que el niño es capaz de reemprender su actividad física transcurridos unos minutos. Durante los dos primeros años de vida los accesos de disnea proximal constituyen un problema particular, el niño se pone disneico e intensamente cianótico, se queja y llora débil o fuertemente como si sintiera dolor y a veces pierde la conciencia con o sin convulsiones, los accesos pueden prolongarse de unos pocos minutos a varias horas y en ocasiones son fatales, los episodios cortos suelen seguirse de debilidad generalizada y sueño, los más graves pueden progresar hasta la inconsciencia y a veces las convulsiones o la hemiparesia, su desencadenamiento es espontáneo e -

impredecible aunque a veces siguen a una comida, llanto o defecación o bien son precipitados por la infección o la anemia ferropénica, los accesos se acompañan de una reducción del flujo sanguíneo pulmonar con hipoxia y acidosis metabólica consecutivas.

El crecimiento y el desarrollo están retrasados, la estatura y el estado de nutrición suelen ser inferiores al término medio correspondiente a la edad y los músculos y tejidos subcutáneos son flácidos y blandos, la pubertad aparece con retraso, el pulso suele ser normal, igual que la presión arterial y venosa, el corazón es de tamaño normal y el choque de la punta es de la naturaleza de una golpeteo, en el 50% de los casos se percibe un estremecimiento sistólico a lo largo del borde esternal izquierdo en el tercero y cuarto espacio paraesternales, el soplo sistólico auscultable a lo largo del borde izquierdo esternal acostumbra ser fuerte y áspero adquiriendo la máxima intensidad en el reborde esternal izquierdo, el soplo puede ser de expulsión o pansistólico, en muchos casos el segundo tono cardíaco es único. Son corrientes la policitemia y un elevado valor del hematocrito. El electrocardiograma demuestra la desviación del eje cardíaco derecho e hipertrofia ventricular derecha.

Diagnóstico:

Para un mejor diagnóstico de la Tetralogía de Fallot es esencial la cateterización cardíaca preoperatoria y la angiocardigrafía.

Pronóstico:

Sin operación el pronóstico varía según la gravedad de la estenosis pulmonar y la extensión de la circulación cola-

teral. Los niños intensamente cianóticos que presentan disnea por ejercicio ligero, rara vez viven hasta los últimos períodos de la infancia, otros pueden sucumbir durante la adolescencia y sólo unos pocos más allá de la tercera década.

Tratamiento:

El tratamiento en la mayoría de los casos es quirúrgico pero es conveniente un tratamiento general adecuado antes de la operación. Es indispensable prevenir o tratar precozmente la deshidratación para evitar la hemoconcentración y la posible formación de trombos. En casos que se presenten accesos de disnea paroxística se llevarán a cabo uno de los siguientes procedimientos o todos ellos de manera sucesiva:

1) Se colocará al niño sobre el abdomen en posición genupectoral, asegurándose de que no le oprima la ropa en ningún punto: 2) se administrará oxígeno, y 3) inyección de morfina que en dosis de 0.5 - 1 mg. por cada 5 kg de peso es muy eficaz, si el ataque es grave y no se advierte una respuesta a las medidas anteriores, cabe recurrir a la inyección intravenosa de bicarbonato sódico o de tris-hidroxiaminometano.

b) FIEBRE REUMÁTICA.

La fiebre reumática es una entidad multisistémica cuyas manifestaciones agudas comprenden artritis y fiebre, carditis, inestabilidad emocional, movimientos coreiformes, eritema marginal y nódulos subcutáneos. La enfermedad es recidivante y deriva su importancia del hecho de que puede provocar una cardiopatía crónica.

Etiología:

La fiebre reumática es debida a infecciones estrepto--

cóccicas del grupo beta hemolítico A de las vías respiratorias altas.

Manifestaciones Clínicas:

Los primeros síntomas aparecen después de que ha pasado la infección estreptocócica, la manifestación clínica de la fiebre reumática aguda suele ser la artritis o los movimientos coreiformes en los escolares y la carditis en los niños muy pequeños, el comienzo es generalmente brusco cuando la artritis y la fiebre son las manifestaciones iniciales y puede ir asociado con carditis cuando aparecen dolor en el pecho de disnea de esfuerzo, sin embargo es más probable que el comienzo con carditis sea incidioso, un comienzo sutil es particularmente común en la corea y con frecuencia se establece inicialmente un diagnóstico precipitado de trastorno emocional.

La fiebre existe casi siempre en la primera fase salvo en los enfermos cuya manifestación exclusiva es la corea o en aquellos tratados con salisilatos o corticoesteroides, -- sin fármacos supersivos la fiebre se convertirá a menudo en febrícula después de la primera semana y puede persistir a este nivel durante 2 a 4 semanas.

La artritis de la fiebre reumática aguda afecta característicamente a las grandes articulaciones y pasa el dolor de una articulación a la otra durante unos días a varias semanas, el dolor a la presión o por el movimiento es intenso y el masaje sólo logra agravarlo, es probable la sensibilidad se extienda de manera difusa por toda la articulación, -- la tumefacción de la articulación, el aumento del color y la rubicundez son signos comunes.

La carditis ocurre en el 40% de los enfermos durante -

el primer ataque de fiebre reumática y puede ser la única manifestación importante, especialmente en lactantes y niños pequeños, aparece dentro de la primera semana de enfermedad, una taquicardia desproporcionada a la fiebre, presente durante el sueño y que persista una vez eliminada la fiebre, es sospechosa de carditis. En la carditis reumática existen casi siempre soplos significativos, la valvulitis mitral se manifiesta por un soplo sistólico apical. La afección de la válvula aórtica se manifiesta por el soplo diastólico basal de insuficiencia aórtica. La estenosis mitral y la aórtica son manifestaciones tardías de lesión cardiaca que se desarrollan meses o años después del acceso inicial o de los ataques repetidos. Durante la fase aguda puede existir cardiomegalia, pericarditis, e insuficiencia congestiva. En los niños con cardiopatía reumática crónica los soplos cambiantes o una cardiomegalia progresiva suelen ser indicio de una carditis progresiva o reactivada.

Los nódulos subcutáneos se observan también por lo general en los enfermos con una enfermedad reumática bien establecida, los nódulos son firmes e indoloros, oscilando su diámetro entre 0.1 y 1 cm. Se encuentran generalmente sobre las caras externas de las articulaciones grandes y pequeñas, sobre el cuero cabelludo o bien cerca de las prominencias óseas superficiales de la columna vertebral y de la escápula, la piel que recubre los nódulos se desliza libremente y no está inflamada.

La erupción cutánea distintiva, asociada con fiebre reumática es el eritema marginal, las lesiones se localizan en las partes protegidas del cuerpo y se pueden provocar con la aplicación de calor, las máculas rosadas palidecen en el centro y confluyen para formar un dibujo serpiginoso.

La corea conocida también por corea de Sydenham, baile

de San Vito, o corea menor, es una de las manifestaciones corrientes y más peculiares de la fiebre reumática, su rasgo más destacado son los movimientos involuntarios sin finalidad, generalmente son bilaterales, se desarrollan gradualmente a lo largo de un período de varias semanas y su intensidad difiere entre los que pueden ser provocados sólo por la excitación o los esfuerzos conscientes para permanecer quieto y aquellos que son tan violentos que pueden dar lugar a una autolesión. Pueden observarse trastornos en el habla y la escritura, así como torpeza general, el niño puede tener dificultades para contar con rapidez y mantener la lengua exteriorizada inmóvil, tiende a mantener sus dedos y muñecas en hiperextensión cuando tiene los dedos estirados y a girar las palmas hacia afuera cuando mantiene sus brazos por encima de la cabeza. El reflejo rotuliano se manifiesta por una respuesta de tipo suspensión, es característica la labilidad emocional, que pueden ser expresados por estallidos de llanto o de risa.

Diagnóstico:

Es posible confirmar la impresión diagnóstica de la actividad inflamatoria mediante la demostración de una velocidad de sedimentación globular acelerada y una proteína C - reactiva circulante y está aumentado el título de antiestrep tolisina, en la cual las cifras normales es de 200U. Todd.- Las exploraciones radiológicas son útiles para documentar la hipertrofia cardiaca y el derrame de pericardio también es útil un fonocardiografía.

Pronóstico:

El pronóstico está relacionado con el desarrollo y la persistencia de cardiopatía.

Tratamiento:

Durante las fases agudas de la enfermedad se recomienda el reposo en cama se insistirá en el reposo estricto en casa, - incluyendo la alimentación por un asistente en pacientes con insuficiencia congestiva, o hipertrofia cardiaca, a estos pacientes se les sedará y se les administrará digitales en combinación con diuréticos. En los signos agudos de inflamación se darán fármacos anti-inflamatorios como corticoesteroides o salisilatos, cuyas dosis son: la aspirina 120mg. por kg. - de peso sin exceder de 10 g al día; en los esteroides se prefiere la prednisona porque se evita la necesidad de una dieta pobre en sal y adición de potasio, la dosis es de 50 a 75 mg. al día administrada en dosis divididas durante 10 días, - posteriormente se irá disminuyendo gradualmente.

Para el tratamiento de la corea es de mantenimiento, - entre las medidas sintomáticas se incluyen un medio ambiente libre de ruidos y luces brillantes, paciencia y comprensión por parte de los cuidadores y protección contra la mordedura de la lengua y otras autolesiones debidas a movimientos violentos incontrolables.

Los fármacos antimicrobianos son importantes para la - prevención de nuevas agresiones estreptocócicas, en vista - a disminuir la posibilidad de una lesión cardiaca nueva o - adicional y deben prescribirse a todos los enfermos con fiebre reumática aguda.

El tratamiento profiláctico es indispensable en este - tipo de pacientes, debe ser continuo a base de penicilina - que se inyecta al mes una vez con penicilina G con benzatina o se dan uno o dos comprimidos de penicilina o sulfonamida - cada día, esta terapéutica se suspende generalmente cuando - el paciente llega a la edad de 20 o 30 años.

c) ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA:

La endocarditis bacteriana subaguda es una enfermedad grave debida a streptococcus viridans, pero también puede tratarse de enterococos, staphylococcus albas o aureus y hongos, aunque los factores predisponentes no están claros en todos los pacientes, la infección por streptococcus viridans puede ser consecutiva a intervenciones orales o faríngeas, sobre todo a extracciones dentarias. Se desarrollan vegetaciones en el endocardio de las válvulas y compartimientos cardiacos, con mayor frecuencia en el lado izquierdo estas vegetaciones consisten en colonias bacterianas en un exudado de fibrina y sangre, se produce tempranamente la ulceración y formación de tejido de granulación fibrosa, la destrucción del tejido valvular progresa con rapidez dando lugar a incompetencia de las válvulas, mitral y aórtica.

Manifestaciones Clínicas:

Al principio los síntomas son oscuros y poco definidos, e incluyen pirexia malestar, debilidad, palidez anorexia, pérdida de peso y artralgia, se presentan los escalofríos y sudores nocturnos, hay signos de cardiopatía preexistente y pueden presentarse nuevos soplos durante la enfermedad, debidos a insuficiencia mitral o aórtica. Son comunes las petequias que se localizan en las mucosas, conjuntivas y alrededor de los tobillos y muñecas, existen hemorragias subungueales en las manos y pies, también hay hemorragias retinianas. Existe esplenomegalia, el infarto esplénico es susceptible de provocar dolor en el cuadrante abdominal superior izquierdo. Comúnmente se da una anemia normocrómica y normocítica. La albuminuria es frecuente y también puede haber hematuria microscópica. En ocasiones se presenta endocarditis bacteriana con meningitis, convulsiones, hemiparesia o hemorragia subaracnoidea.

Diagnóstico:

Se basa en los signos y síntomas anteriormente dichos y además de la anemia y leucocitosis y se encuentra aumentada la velocidad de sedimentación.

Pronóstico:

Con un tratamiento temprano la mayoría de los niños se recuperan por completo, pero si el tratamiento no es el adecuado las recidivas son comunes.

Tratamiento:

Se utiliza la antibioticoterapia, el streptococcus es casi siempre sensible a la penicilina. La infección con este organismo se trata con una combinación de penicilina y estreptomycin, pues esta actúa sinérgicamente con aquella.

Se puede administrar por vía intravenosa o intramuscular Penicilina G en dosis variables de 600,000 a 300,000 U.- cada 4 horas durante 2 a 6 semanas o Fenoximetilpenicilina - (Penicilina V) por vía oral en dosis de 600 a 750 mg. cada 4 horas durante dos días, y por vía intramuscular se administrará estreptomycin cada doce horas en dosis que no exceda de 1 g. al día.

Profilaxia:

Todos los niños con cardiopatía reumática y anomalías cardiovasculares congénitas están expuestos al riesgo de endocarditis subaguda, por consiguiente tales pacientes deben ser protegidos con grandes dosis de penicilina durante 48 horas antes y después de las operaciones en el oído, nariz o faringe y extracciones dentarias.

MANIFESTACIONES CLINICAS BUCALES

Estado Bucal:

No hay rasgos dentarios especiales en pacientes con enfermedad cardíaca congénita o reumática, excepto en el caso de niños con cianosis que se presenta en mucosa bucal y en encías. También podemos encontrar que los niños con afección de fiebre reumática son más susceptibles de presentar caries dental más elevada. Los dientes son normales pero existe un retraso de las salidas de ambas denticiones.

Tratamiento Odontológico:

El aspecto fundamental en estos niños con enfermedad cardíaca congénita o con historia de fiebre reumática, es el de la prevención de la endocarditis bacteriana y la recurrencia de la fiebre. Esto lo podemos enfocar de dos formas:

- 1.- Mantenimiento de una boca libre de sepsis en todo momento.
- 2.- Preparación de la bacteremia que resulta de ciertas formas de tratamiento, especialmente exodoncia, endodoncia y tratamiento periodontal.

Conservación:

No hay evidencia de que los procedimientos conservadores normales, o la anestesia local utilizada para ellos, produzca ningún grado de bacteremia, por lo tanto pueden efectuarse normalmente.

Endodencia:

Hay informes de casos en los que se desarrolló endocarditis bacteriana después de tratamiento endodóntico, la evidencia señala la producción de bacteremia solamente cuando los instrumentos pasan a los tejidos periapicales y ocurre igualmente en dientes en los que se ha extirpado la pulpa vital o no. Se considera que será razonable excluir la terapia de conductos como forma aceptable de tratamiento, salvo en dientes anteriores. En este caso las condiciones en las que puede hacerse tratamiento endodóntico son las siguientes:

- 1.- Ausencia de inflamación o de cualquier rarefacción periapical.
- 2.- Un ápice cerrado.
- 3.- Instrumentos confinados al conducto radicular sin penetración en el ápice.
- 4.- Cobertura antibiótica durante el tratamiento.
- 5.- Control radiográfico de los tejidos periapicales una vez al año sin falta.

La pulpotomía vital en un incisivo con ápice abierto sería aceptable siempre que pudiera hacerse con un control regular y el procedimiento se realice bajo cobertura antibiótica.

Tratamiento Periodontal:

Hay mucha evidencia en el sentido que la gingivectomía y el raspaje producen bacteremia. Cuanto más extenso el tratamiento, más severa la bacteremia. Todos los procedimientos de este tipo deben hacerse bajo antibioticoterapia. Adicionalmente la extensión debe ser limitada y es más seguro ha-

cer cualquier operación considerable en varias visitas, cada una con su antibióticoterapia.

Extracciones:

Este es un riesgo bien conocido para los pacientes con enfermedad cardíaca y fiebre reumática y debe siempre estar cubierto con un antibiótico. Donde es necesario extraer varios dientes es sensato reducir el trauma haciéndolas en más de una visita. Puede usarse normalmente anestesia local en estos pacientes y no hay necesidad de excluir la adrenalina - que la concentración sea mayor que la usual de 1:80 000.

Pacientes Cianóticos:

En algunos de ellos, hay peligro de complicaciones - - trombóticas y el médico puede tener que prescribir drogas antiticoagulantes. Antes de efectuar cualquier tipo de cirugía - hay que controlar este aspecto.

Terapia con Corticoesteroides:

Algunos pacientes, quienes han tenido fiebre reumática aguda y grave, habrán estado con terapia corticosteroide durante dos o más semanas. Antes de emprender cualquier forma de cirugía debe consultarse al médico.

Cirugía Cardíaca:

Muchos pacientes son ahora operados del corazón. Es muy importante que no haya sepsis dental ni la posibilidad de que se produzca en el período inmediatamente anterior y posterior a la operación.

En algunos pacientes la lesión existente es corregida-

y en ellos deben continuarse las precauciones contra la endocarditis bacteriana por dos años después de la operación. A continuación de esto, con el consentimiento del cardiólogo, el paciente puede ser considerado normal. En otros, la cirugía es paliativa o sólo se ocupa de parte del defecto existente. Estos pacientes deben continuar siendo tratados como susceptibles a la endocarditis bacteriana.

Terapia para el control de Antibióticos:

Penicilina Bucal e Intramuscular:

Día de la intervención: se administran 500 000 unidades de penicilina G amortiguada de fenoximetilpenicilina (penicilina V) por la boca 4 veces al día y 600 000 unidades de penicilina cristalina intramuscular una hora antes de la intervención.

Durante los dos días que siguen a la intervención: se dan por vía bucal 4 veces al día 500 000 unidades de penicilina G amortiguadas o fenoximetilpenicilina (penicilina V).

Precauciones: Para los pacientes sensibles a la penicilina, se utiliza eritromicina 250 mg. por vía oral cada 8 horas para niños grandes y para niños pequeños la dosis es de 49 mg. por hg. de peso y por día en cuatro dosis, sin pasar de 1 g por día.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

a) ASMA:

Se entiende como asma a los episodios paroxísticos de disnea respiratoria, frecuentemente nocturna y ortopneica, - producidas por una broncoobstrucción generalizada que tiende espontáneamente a la reversibilidad y que tiene con frecuencia una base alérgica. Aún más brevemente, se define como - "una obstrucción intermitente y reversible de las vías aéreas". Aquí la tos y la expectoración son nuestros acompañantes circunstanciales. Su signo capital es el paroxismo disneico, faltando toda sintomatología en las intercrisis. Es un ataque disneico reversible con espiración sibilante y la boriosa, que tiene una base constitucional y una patogenia inmunológica.

La tumefacción mucosa de los bronquios, su hipersecreción y el espasmo son los principales reductores de la luz bronquial. El paciente respira trabajosamente con su tórax en posición inspiratoria para así evitar la mayor broncoestenosis respiratoria.

ETIOLOGIA:

El asma bronquial no selecciona sexo ni edad. El factor hereditario es predisponente y de importancia fundamental, como en todas las enfermedades alérgicas. La herencia de esta afección no significa, sin embargo, que ocasione el mismo trastorno en los descendientes; se hereda una constitución que predispone a la alergia en general, pero no al asma en concreto.

Antes de los 25 años el asma alérgico es más común que

el bacteriano, y después de los 45 lo es el microbiano. De entre los alérgenos causales, atendiendo a las cutirreacciones, incumben al polvo casero y polvo de pluma o lana estas como resultado de las desensibilizaciones, los asma alérgicos frente a pólenes, plásticos, alimentos ingeridos, son mucho más raros.

Algunos autores insisten en la importancia de los mecanismos inmunológicos en el desencadenamiento del asma, a partir del choque antígeno-anticuerpo y liberación de mediadores químicos; histamina, sustancia SRS, bradiquinina y acetil colina, que actuarían sobre los capilares, dilatándolos y aumentando su permeabilidad, aumentando la secreción bronquial y contrayendo los músculos bronquiales.

Cuadro Clínico:

La crisis de asma ocurre las más de las veces de noche. Después de síntomas de opresión torácica, tos seca o de crisis estornutatorias, rápidamente se instala la dificultad respiratoria que obliga al enfermo a sentarse en el lecho o a abandonar la cama, la inspiración es vigorosa y rápida, la respiración se vuelve ruidosa y prolongada y existe, en conjunto, respiración forzada, jadeante, ortopneica con cianosis y ansiedad. Este cuadro dura minutos u horas y durante la crisis la tos es seca, produciéndose cierta expectoración hacia el final de la misma. En el asma puro no complicado con bronquitis no hay esputo mucopurulento

Los niños asmáticos son a veces llevados por sus padres a la consulta en estado asmático, con respiración ruidosa, silbante, cara afilada, ojos hundidos y palidez lívida o con cianosis.

Formas Clínicas:

Ya queda dicho que los asmáticos pueden clasificarse - con su arreglo a su etiología, en dos grandes grupos: los asmas alérgicos o primarios o extrínsecos, con mecanismo alérgico evidente, de inicio frecuente en la infancia o en la - adolescencia, que evoluciona con crisis recortadas, frente a los asmas intrínsecos, no alérgicos, o secundarios de aparición frecuente en la edad adulta, sin un claro mecanismo - alérgico demostrado, y que siguen presentando una sintomatología más o menos evidente entre crisis y crisis.

En el lactante suele ser un cuadro muy aparatoso, generalmente febril, que cursa con insuficiencia respiratoria y cuya gran dificultad radica en el desconocimiento de otras - crisis anteriores que faciliten el diagnóstico. Con todos - los asmas y pretendidos asmas infantiles, lo podemos dividir en tres grandes grupos para su estudio:

a) Las rinobronquitis infantiles a repetición, caracterizadas por sus pródromos catarrales, agravaciones invernales y componentes disneico discreto, mejoran mucho con antibióticos, gammaglobulinas, etc. Suelen acompañarse de focos adenoidíticos, cuya extirpación también les favorece. En realidad mejoran estos niños con cualquier medida terapéutica y cuya sintomatología va desapareciendo a partir de los 6 a 7 años.

b) Asma paroxístico infantil propiamente dicho. Corresponde a un verdadero asma primario o alérgico de la infancia. Su cuadro clínico es mucho más dramático e importante - que el anterior. La anamnesis, tanto familiar como personal, es positiva en cuanto a alergopatías.

c) Asma infantil asociado a eczema. Constituyen la for

ma más grave aunque, afortunadamente, la menos frecuente, el 90% son, rinobronquitis a repetición y sólo algo más del 10% restante son asma infantil verdadera; finalmente, algunos presentan la terrible asociación "asma-eczema", o si se quiere, "asma-dermatitis atópica". Generalmente el eczema de los primeros años de paso al asma, desapareciendo, o quedando muy apagadas, las manifestaciones cutáneas. Suele acompañarse de deformaciones torácicas (pseudorraquitismo asmático), de intolerancia a los tratamientos hiposensibilizantes, de alergias (o anafilaxias) alimentarias en sus primeros años, así como de un evidente componente psicógeno. Las pruebas alergológicas cutáneas en estos niños son positivas en un 65% frente a un 36% de los asma del segundo grupo y a un 12% en las rinobronquitis a repetición.

Diagnóstico Diferencial:

Se establece principalmente mediante una buena historia clínica perfectamente detallada, estudios radiográficos, estudios de laboratorio y el uso de exámenes complementarios como la búsqueda de focos sépticos, en el estudio de la alergia.

Pronóstico:

La mayoría de los asmáticos no se curan y arrastran -- sus crisis con mayor o menor frecuencia hasta edad avanzada. Algunos casos quedan sorprendente y maravillosamente curados, tras una cura de clima en ambiente seco y cálido cerca del mar, o el accidente grave de una anemia aguda por una copiosa melena ulcerosa o un parto hemorrágico.

Entrados los pacientes en estado de mal asmático, la mayoría se recuperan, pues la obstrucción bronquiolar es parcial y retrógrada con el tratamiento adecuado. La oclusión -

de los bronquios en el asma es reversible al principio, pero cuando sobreviene la muerte, es debida principalmente a obstrucción por el moco.

Terapéutica:

Los procedimientos terapéuticos para combatir el asma pueden ser ordenados, en atención a su mecanismo inhibitor del proceso, como sigue:

Factores asmógenos	Posibilidades terapéuticas
Alérgenos	Eludirlos, evitándolos en el ambiente
Reacción antígeno-anticuerpo	Desensibilización específica (vacuna)
Histamina	Antihistamínicos
Inflamación alérgica	Glucocorticoides
Broncoespasmos	Broncodilatadores
Hipersecreción de moco espeso	Fluidificantes y expectorantes.
Sobreinfección bacteriana	Antibióticos
Ansiedad psíquica	Psicoterapia, Tranquilizantes.
Inspiración excesiva	Gimnasia respiratoria

A) Tratamiento del acceso o tratamiento sintomático. Se efectuará con:

1.- Adrenalina, fármaco que constituye el medicamento-

más útil y práctico en los momentos de agobio. Pueden utilizarse la solución acuosa (común), o su suspensión oleosa. Se administra por distintas vías (nunca endovenosa) y con varias asociaciones: El exceso de adrenalina ocasiona taquicardia, palpitaciones, nerviosismo, por lo que no debe recomendarse su uso continuo y emplearla únicamente durante las crisis.

2.- La efedrina tarda en actuar más tiempo que la adrenalina; se usa el sulfato de efedrina y se puede dar en inyecciones o por vía oral (esta última más útil en la prevención de los accesos nocturnos), y a dosis de 25 mg por vez.- El alivio dura unas 4 horas y luego procede repetir la dosis. Generalmente se combina con un barbitúrico, para reducir su acción excitante sobre el sistema nervioso central.

3.- Aminofilina y similares.- Son los fármacos hoy preferidos dentro de los broncodilatadores, por sus efectos más duraderos que los de la adrenalina y similares, porque su reiteración no causa broncoespasmo secundario, no excitan al simpático ni perturban la circulación coronaria y pueden darse por todas las vías. Durante el acceso se administran por vía intravenosa y a dosis de 0.24 a 0.48 g. En estado de mal asmático conviene dar la aminofilina (0.5 g) disuelta en -- 200 ml de suero glucosado al 5% y en gota a gota intravenoso.

B) Tratamiento entre los accesos. Tratamiento de fondo. Se realizará a base de:

1.- Tratamiento del factor infeccioso mediante antibióticos. Este factor está casi siempre presente en el asmático, sobre todo en el niño y en la edad madura, por tratarse frecuentemente de un asma secundario ligado a una bronquitis.-- El uso profiláctico de la tetraciclina a dosis de 0.5 g dos veces al día, en curas continuadas o discontinuas parece re-

saltar de mucho valor. Esta dosis se aumentará en los episodios de reagudización. Conviene evitar la penicilina, por su poder alergizante, e incluso las penicilinas semisintéticas, del tipo de ampicilina. Además de la tetraciclina puede usarse la dimetilclortetraciclina y algunos preparados sulfamídicos.

2.- Tratamiento del factor alérgico mediante:

a) Eliminar al máximo del alérgeno responsable, si es que resulta conocido (desalergización).

b) Hiposensibilización específica mediante extractos -alergénicos hiposensibilizantes, administrados a muy pequeñas y progresivas dosis, cada 3 o 4 días, y durante, por lo menos uno o dos años. La indicación se hará apoyándose no sólo en las pruebas cutáneas, sino en la anamnesis.

c) Tratamiento del factor psicológico, procurando una catarsis de la ansiedad del paciente. Deben buscarse todas las posibles influencias psicológicas.

Especialmente en los niños, en los que existen frecuentes conflictos con sus hermanos o con sus padres. En los casos de sobreprotección materna podrá ser útil el apartamiento del hogar durante una temporada.

d) Tratamiento del factor endócrino. El asma infantil con escaso desarrollo de los genitales, se indicarán testosterona, gonadotropina y tiroides.

Estado Bucal:

No hay rasgos dentarios específicos en esta condición- excepto la sospecha de un aumento de defectos adamantinos de

desarrollo.

Tratamiento Odontológico:

En vista de la parte que pueden jurar las infecciones no específicas y los principios generales de eliminación de focos sépticos, cualesquiera, dientes infectados deben ser extraídos o tratados. Con pacientes que han tenido terapia con corticosteroides hay que tomar precauciones adecuadas en el caso de extracciones. La anestesia local no presenta problemas, pero para la anestesia general cualquier caso severo debe ser internado en el hospital. Los tipos más leves pueden tratarse como pacientes ambulatorios comunes, pero a quienes toman sedantes hay que advertirles que sigan con dosis normal habitual, siempre que no estén tomando drogas simpaticomiméticas.

Los pacientes asmáticos tienen tendencia a las ansiedades y pueden ser especialmente aprensivos respecto al tratamiento dental. Hay que estimular la atención odontológica regular para familiarizar al niño con los procedimientos y las visitas deben ser breves y lo más atraumáticas posible. Los niños quienes han tenido infecciones respiratorias superiores frecuentes pueden mostrar marcada pigmentación por tetraciclinas que requieran tratamiento para mejorar la estética.

b) DILATACION DE LOS BRONQUIOS. "BRONQUIECTASIAS".

Definición.- Las bronquiectasias son dilataciones irreversibles de los bronquios en cuya pared se hallan regularmente signos de inflamación crónica profunda y atrofia de su mucosa ciliar -tras fases de hipertrofia con hipercrinia-, con fenómenos de atelectasia e infección en el tejido pulmo-

nar adyacente. Todo ello motiva tos y expectoración crónicas. Se ha propuesto llamar dilatación de los bronquios al estado anatómico subclínico de los portadores de bronquiectasias sólo descubribles en vida por la broncografía, y enfermedad - bronquiectásica a la afección clínica advertible por sus manifestaciones infecciosas (tos, fiebres, esputo purulento) o hemorragias. Sólo un tercio de los broncoectásicos aquejan - síntomas clínicos. Debe sospecharse su presencia ante toda - expectoración mucuopurulenta excesiva, así como frente a he- moptisis sin lesión pulmonar visible a rayos X.

Etiología:

Prescindiendo de los casos raros de bronquiectasias - congénitas, la dilatación de los bronquios es consecuencia - adquirida casi siempre a partir de otra enfermedad fundamen- tal de los mismos (bronquitis) o de los pulmones (fibrosis, - tuberculosis, etc.). Su incidencia ha menguado en los últi- mos años con la antibioticoterapia precoz de las bronquitis- infantiles. Es más frecuente en el varón.

Patogenéticamente cabe distinguir tres tipos fundamen- tales de bronquiectasias.

1.- Intramurales: Por oclusión bronquial aguda y dila- tación infraestenótica del bronquio (tapones de moco, cuer- pos extraños), previa inflamación intrínseca deformante de - la pared bronquial. La retención aérea y de secreciones por- debajo de la estenosis incompleta bronquial es lo que más fo- menta la dilatación subyacente.

2.- Extramurales: Por compresión bronquial extrínseca- (adenopatías vecinales, con incurvaciones o retracciones es- clerosantes, secundarias a neumopatías vecinales). La fibro-

esclerosis retráctil peribronquial tira de la pared bronquial hacia fuera.

3.- Murales: Por lesión bronquial primaria (tuberculosa, sifilítica tos ferinosa, sarampión o congénita), con alteración sobre todo de la submucosa, muscular y del armazón cartilaginoso bronquial, lo que motiva menor resistencia de la pared a la presión intrabronquial y dilatación consiguiente.

Cuadro Clínico:

No rara vez, las molestias se inician ya en plena juventud, pues los pacientes informan que después de una pulmonía o de una pleuritis ya no dejaron del todo de toser, y que su expectoración ha ido en aumento con los años.

Son característicos de las bronquiectasias los accesos de tos que se presentan sobre todo por la mañana, expulsando se grandes masas de esputos purulentos. Al variar de decúbito, los pacientes empiezan a toser y expectorar más fácilmente, en particular en determinadas actitudes de la parte alta del cuerpo, que varía según la localización de la bronquiectasia y que con el tiempo los pacientes aprenden y adoptan para librarse de los esputos. En tanto que en las bronquitis a menudo hace falta toser mucho para expectorar algo, el broncoectásico logra arrancar su expectoración con el menor esfuerzo e incluso a veces con una leve espiración sin toser.

El Diagnóstico:

Se fundará entre otros elementos de juicio, en la anamnesis, a menudo característica (tos y expectoración en cantidad al variar de decúbito o al incorporarse). El examen fisi

co puede resultar negativo cuando la bronquiectasia es central; en este caso puede prestar auxilio el examen radiográfico.

Terapéutica:

Si hay fiebre, reposo en cama. Siempre se ha de procurar la evacuación abundante de la secreción. Evítese la morfina y demás depresores respiratorios que detengan la tos y los movimientos expulsivos del epitelio ciliar bronquial. En todos los casos se tratarán los brotes catarrales. Para disminuir la secreción y dificultar su descomposición fétida, se usarán los antibióticos de amplio espectro.

Las inhalaciones de aerosoles de antibióticos son momentáneamente eficaces, consiguiendo durante horas y aun días reducir la expectoración purulenta. En los casos rebeldes hágase antibiograma con los gérmenes aislados del esputo y dése el antibiótico más adecuado, lo que mantiene el estado catarral es la dilatación bronquial y retención de pus en los bronquios, cuyo epitelio vibrátil es impotente para expulsarlo.

Evítese cuidadosamente las influencias nocivas, como el polvo y los enfriamientos. Son recomendables curas climáticas en zonas cálidas. En los casos inveterados de bronquiectasias unilaterales y localizadas -ni muy graves ni muy leves- habrá que pensar en posibles intervenciones quirúrgicas, como la lobectomía o segmentectomía según sea la extensión del proceso.

La edad óptima para operar es la comprendida entre 10- y 30 años. Luego son más fáciles las recidivas postoperatorias. Los casos sostenidos por sinusitis o focos rinofarín-

geos, serán sólo operados tras la limpieza de estos focos al tos. En la debilidad incipiente del corazón se administrarán cardiotónicos. Los casos inverterados e inoperables se trata rán como los bronquíticos crónicos con insuficiencia respira toria.

Estado Bucal:

El único rasgo dentario es la posibilidad del cambio - de color por tetraciclinas que muchos de estos niños reciben durante el desarrollo de los dientes.

Tratamiento Odontológico:

La eliminación de dientes sépticos debe ser parte del ataque general a la enfermedad, con el subsiguiente manteni miento de la salud bucal. El tratamiento odontológico es nor mal, con excepción de la anestesia general que no es un mét do de elección. Si resulta inevitable, entonces debe hacerse con el paciente internado y una adecuada atención posaneste sia.

Los dientes suelen estar intensamente pigmentados si - se ha necesitado una terapia tetraciclínica frecuente duran te los años formativos y los incisivos permanentes pueden ne cesitar tratamiento por razones estéticas.

ENFERMEDADES RENALES

a) PIELONEFRITIS CRONICA.

La infección de las vías urinarias es relativamente frecuente en los niños; su incidencia verdadera se desconoce. Resulta difícil diferenciar la infección de las vías urinarias altas de las bajas.

Las obstrucciones anatómicas o funcionales de las vías urinarias predisponen a la infección del riñón. La infección del riñón a través del torrente circulatorio puede ser el mecanismo corriente en recién nacido, pero a partir de esta edad la infección es casi siempre debida según se supone, a una propagación ascendente a partir de la vejiga, a través del lumen del uréter hacia los túbulos renales o directamente hacia los intersticios del riñón. Por otra parte, cuando una infección complica una obstrucción limitada a las vías altas, el agente infectante puede haber penetrado en el riñón procedente del torrente circulatorio.

La infección es de 10 a 30 veces más corriente en las niñas que en los niños, excepto en el período neonatal, en que la incidencia es esencialmente igual; esto ha sido atribuido a la corta uretra femenina, cuyo orificio resulta fácilmente contaminado por las heces.

Es posible sospechar la presencia de una infección de las vías urinarias por los síntomas clínicos (con frecuencia ninguno de ellos se halla relacionado directamente con el tracto urinario); el diagnóstico se establece sólo mediante la demostración de células de pus y bacterias en la orina, siempre que no procedan de algún manantial contaminante extraurinario, como en vaginitis.

Etiología:

La frecuencia de pielonefritis aguda, excepto durante las primeras semanas de la vida, es máxima durante la primera infancia. La pielonefritis es la enfermedad renal más frecuente en el niño y en su forma crónica es la causa más corriente de insuficiencia crónica, particularmente en presencia de una uropatía obstructiva. Los gérmenes del grupo del colibacilo son responsables de alrededor del 80% de las infecciones agudas.

En los casos prolongados y en los pacientes que han sido sometidos a un tratamiento prolongado con fármacos antibacterianos y, en especial en aquellos con obstrucción y que han sido sometidos a manipulación instrumental, el proteus, la pseudomonas aeruginosa y los estafilococos son agentes infectantes corrientes. No es infrecuente encontrar mezcla de organismos en pacientes con una infección crónica.

Manifestaciones Clínicas:

Las infecciones crónicas y recurrentes son las que plantean los problemas más difíciles; con frecuencia, pero no invariablemente, van asociadas con lesiones obstructivas del tracto urinario. En vez de ceder al cabo de dos o tres semanas, como suele suceder, la infección persiste, a veces, en una fase latente, sin manifestaciones clínicas durante meses o años o puede presentarse con fiebre intermitente, piuria y afección progresiva del parénquima renal, conduciendo a un trastorno de la función renal y a la hipertensión. Los síntomas principales son inanición, anemia y falta de desarrollo que con frecuencia permanecen inexplicadas a menos que se proceda a investigar el tracto urinario. En la mayoría de los niños, la detención del crecimiento guarda rela-

ción con la pérdida de la función renal; cuando se mantiene una función renal normal, el crecimiento tiende a proseguir a ritmos normales.

Durante la primera infancia una función renal bastante reducida puede no restringir la actividad en grado considerable. La insuficiencia renal final llega a menudo durante períodos de rápido crecimiento, como en la pubertad. En muchos casos, aunque la infección permanece inactiva o apagada tras algunos años y ya no aparecen pus y bacterias en la orina, - el riñón está ya irreparablemente dañado.

La pérdida de la función renal viene reflejada por una pérdida de la capacidad de concentración, que es reversible en la parte aguda; en la infección crónica, la pérdida puede parecerse a la de la diabetes insípida nefrótica. Mientras - que en la glomerulonefritis existe una reducción del filtrado glomerular con pérdida de la concentración, en la pielonefritis la filtración se mantiene. La excesiva eliminación de sal por los riñones, reflejada por un aumento en la concentración urinaria de sodio, no es infrecuente en la pielonefritis crónica.

La insuficiencia renal progresiva con la pielonefritis va más corrientemente asociada con una obstrucción del flujo urinario, observándose en la infancia con mayor frecuencia - en el primero o dos iniciales años de vida. En los niños mayorcitos con bacteriuria recurrente en ausencia de obstrucción detectable al flujo urinario y otras nefropatías primarias, la función renal global, puede mantenerse sorprendentemente bien. La muerte como consecuencia de insuficiencia renal en este último grupo de pacientes es infrecuente durante la infancia. Puesto que las manifestaciones de insuficiencia renal no son distintas a las de las nefritis crónica, la ver

dadera causa de la lesión renal puede pasar inadvertida, a menos que se obtenga una historia de infecciones previas o se demuestre la existencia de una malformación congénita de las vías urinarias. El diagnóstico diferencial puede hacerse mediante punción biopsica.

El hiperparatiroidismo secundario puede ser una complicación. La hipertensión puede ser grave y la responsable de la insuficiencia cardiaca o de hemorragia cerebral. Ha sido descrita una forma hereditaria de pielonefritis crónica con insuficiencia renal. En algunos casos hay sordera asociada.

La pielonefritis crónica unilateral, la función renal puede no estar significativamente reducida, debido a la hipertrofia de las nefronas no afectadas en el riñón enfermo y en el riñón sano.

Diagnóstico:

El aspecto más esencial del diagnóstico lo constituye la demostración de una infección bacteriana mediante cultivos cuantitativos de orina. La orina de la vejiga es, normalmente, estéril, pero se contamina con facilidad durante y después de la micción. La piuria refleja el estado de respuesta inflamatoria renal aguda y puede faltar hasta en el 50% de los pacientes con episodios persistentes o recurrentes de infección.

En las infecciones tardías, apagadas, con avanzada cicatrización renal e insuficiencia funcional, puede faltar tanto la bacteriuria como la piuria. Los cilindros leucocitarios revisten particular importancia diagnóstica, ya que son indicativos de infección intrarrenal aguda.

En la valoración de la piuria, el examen de una muestra de orina recién obtenida mediante la técnica limpia es de capital importancia. Los elementos formes, pero en particular los cilindros celulares, se desintegran rápidamente después de media hora, en especial en la orina alcalina. La muestra de comienzos de la mañana es la mejor para su examen, ya que es probable que se trate de una muestra concentrada y ácida; ambos factores tienden a conservar los elementos formes.

Las secreciones vaginales constituyen la fuente más corriente de pus en la orina. Muchas niñas son tratadas durante meses a causa de un proceso considerado como pielitis - cuando en realidad el origen de los piocitos se encuentra en la vagina. Cuando se encuentran piocitos en la orina, debe obtenerse una muestra limpia.

La estimación cuantitativa de la bacteriuria ha constituido un gran avance en el estudio de la infección de las vías urinarias. El aislamiento de un pequeño número de bacterias en muestras obtenidas en cateterismo en niñas o en muestras evacuadas recogidas en el punto medio de la micción en niños no es diagnóstico de infección urinaria. La orina infectada suele contener más de 100 000 bacterias por cm^3 en un cultivo de la muestra al cabo de una muestra de evacuación en una hora. Los recuentos que se aproximan a los 10 000 deben considerarse como sospechosos debiendo efectuarse nuevos exámenes. Hemos encontrado que los recuentos por encima de 10 000 suelen indicar la presencia de infección. Los recuentos más bajos suelen ser indicativos de contaminación. Durante los primeros 2 ó 3 días de pielonefritis, mientras la fiebre y los síntomas asociados son más graves, la orina puede ser normal. La piuria puede ser intermitente, en especial en las infecciones crónicas. La ausencia inicial de piuria quizá sea debida a la no ruptura de las colecciones pió-

genas intersticiales en los túbulos renales; subsiguientemente, la ausencia temporal de piuria puede ser debida a una obstrucción ureteral en una infección unilateral. Si la ingestión dietética del niño ha sido restringida, o si se han producido vómitos persistentes, puede haber acetonuria. La proteinuria suele ser mínima, a menos que la pielonefritis constituya una complicación de alguna otra nefropatía primaria.

Existe una ligera anemia en los casos más graves es más complicada, y un grado variable de leucocitosis polimorfonuclear.

La biopsia renal percutánea no es empleada generalmente como procedimiento diagnóstico en la pielonefritis a causa de la naturaleza poco uniforme de los trastornos renales, pero para poder excluir otras enfermedades, tales biopsias pueden resultar diagnósticamente útiles.

Tratamiento:

Los objetivos del tratamiento de la infección de las vías urinarias consisten en la erradicación de los gérmenes-infectantes en la eliminación de cualquier obstrucción el flujo urinario, y en la corrección de cualquier alteración funcional renal.

El paciente agudamente enfermo y febril recibirá mejor tratamiento si guarda reposo en cama y se le aplica un tratamiento sintomático para la fiebre, la intranquilidad o las convulsiones. Deben administrarse líquidos de forma libre, ya que existe evidencia de que una alta osmolalidad del intersticio medular del riñón puede disminuir la fagocitosis y aumentar la proliferación bacteriana.

El mandalato de metenammina ha ofrecido una utilidad limitada en el control de la infección urinaria crónica debido a que únicamente es eficaz si la orina es ácida. A este ph-la metenammina puede ser un antibacteriano relativamente eficaz para ciertos gérmenes, tales como el proteus, pseudomonas, el grupo coliforme y los estafilococos. La metionina y el ácido ascórbico han sido empleados con éxito como agentes acidificantes. Los recuentos bacterianos en la orina evacuada mediante la micción son empleados como indicación de la efectividad de la de la metenammina y de la cantidad que debe prescribirse de este fármaco.

La principal indicación de la metenammina la constituye el tratamiento prolongado después de que la infección urinaria primaria ha sido aparentemente eliminada mediante los fármacos antibacterianos adecuados.

Puesto que un gran porcentaje de niños con infecciones de las vías urinarias requieren tratamiento prolongado, sus padres deben ser instruidos acerca de la naturaleza de esta enfermedad, que con tan pocos síntomas pueden conducir a una grave incapacidad. En los niños mayorcitos el problema debe ser estudiado también desde el punto de vista psicológico por un médico simpático y comprensivo. A menos que los padres y los niños aprecien la naturaleza del problema, lo más probable es que se produzca una inoportuna supresión del prolongado tratamiento medicamentoso por parte del niño o de los padres una vez que hayan desaparecido los síntomas.

Estado Bucal:

No hay rasgos dentarios especiales asociados con esta condición.

Tratamiento Odontológico:

Debe dirigirse a la eliminación de los focos sépticos y al mantenimiento de la salud dental. Las extracciones deben hacerse con cobertura profiláctica, la elección de la cual debe tomar en cuenta la terapia previa o actual, preferiblemente en consulta con el médico del paciente. La salida de sangre postoperatoria puede ser un problema en los casos con hipertensión. La anestesia general está contraindicada generalmente, salvo que el paciente sea internado en el hospital, pero la anestesia local es aceptable. Es mejor evitar la terapia de conductos en un diente desvitalizado, aunque una extirpación vital puede ser aceptable si hay seguridades de seguimiento de rutina.

b) SINDROME NEFROTICO:

Se refiere a un complejo sintomático con variadas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas, pronóstico variable y respuestas cambiantes a los agentes terapéuticos, en particular a los adrenocorticosteroides. A partir de datos obtenidos de biopsias renales y de estudios inmunológicos han sido definidos cierto número de entidades diferentes responsables del síndrome nefrótico. Cada uno de los diversos tipos de nefrosis se caracterizan al principio por edema, proteinuria intensa, notable hipoalbuminemia e hipercolesterolemia. Todos los tipos pueden presentar hematuria, hipertensión y azoemia. En la llamada nefrosis lipoidea (enfermedad mínima) faltan a menudo la hematuria, hipertensión y azoemia, o de existir suelen ser mínimas y transitorias. En las otras formas de nefrosis, la hematuria suele ser más llamativa y persistente y la azoemia y la hipertensión pueden hacer su aparición precozmente o no. En la nefrosis lipoidea,

la microscopia óptica suele revelar esencialmente la presencia de glomérulos normales, mientras que en el segundo grupo aparecen de forma precoz claras lesiones anatomopatológicas de los glomérulos, que a menudo se parecen a una glomerulonefritis focal o crónica.

La llamada enfermedad mínima es principalmente una - - afección de la primera infancia; suele comenzar por término medio a los 2.5 años es infrecuente en el primer año.

Etiología:

La causa de la nefrosis tal como suele observarse en la infancia se desconoce. En la mayoría de los casos no es posible relacionar el comienzo de la nefrosis con otros trastornos. A veces, va precedido de una infección de las vías respiratorias altas. Sin embargo, las recidivas y exacerbaciones van a menudo asociadas con infecciones respiratorias agudas.

Manifestaciones Clínicas:

El edema es el síntoma de presentación habitual, apareciendo con mayor frecuencia entre los dos y cuatro años de edad. Al comienzo, el niño raramente parece enfermo, excepto cuando una infección aguda precipita el ataque. El desarrollo de un grave edema es inicialmente ligero e inconstante - manifestándose únicamente alrededor de los ojos y en los tobillos. Finalmente se acumula líquido edematoso en gran cantidad; en algunos casos el paciente llega casi a doblar su peso real. Esa fase puede durar varias semanas o meses. Característicamente el curso de la nefrosis es de acúmulos recidivantes de líquido edematoso tras remisiones parciales o completas resultantes de una diuresis espontánea o inducida.

La excreción urinaria en las fases iniciales varía en la relación inversa con el edema. A medida que la enfermedad va tomando estado de naturaleza, se desarrolla palidez, pero puede no estar relacionado con ningún grado significativo de anemia. El apetito disminuye se produce lasitud e irritabilidad, y la desnutrición puede hacerse grave. Durante las fases edematosas, la pérdida de tejido corporal resulta enmascarada, resultado evidente cuando desaparece el edema. Este puede ser tan extenso que a veces da la impresión de que la piel va a estallar; en tales ocasiones, la ascitis suele ser muy llamativa, pudiendo encontrarse hidrotórax bilateral. El edema de los tejidos periféricos es de tipo gravitatorio, cambiando de lugar al modificarse la postura del cuerpo. En los casos bien establecidos, el edema periférico puede ser mínimo, produciéndose un gran acúmulo de líquido ascítico. La diarrea y los vómitos no son infrecuentes durante los períodos de edema generalizado; el edema de la pared intestinal puede ser el factor determinante de los trastornos intestinales. Bajo tales circunstancias puede haber una absorción intestinal defectuosa.

Los niños con nefrosis suelen ser inusualmente susceptibles a las infecciones. Ocasionalmente aparecen lesiones erisipeloides en varias partes del cuerpo, consistentes en placas rojas, sensibles al tacto, y en forma de ronchas, acompañadas de fiebre y de otros signos de enfermedad aguda y a menudo de bacteriemia. El volumen urinario puede disminuir considerablemente en este momento, y el edema hacerse más extenso; a veces va seguido de diuresis.

Pronóstico:

El curso de la nefrosis es variable, pero en general se caracteriza por episodios recidivantes de edema de variable duración. Aunque el niño no tratado rara vez se halla -

completamente libre de edema durante la fase activa de la enfermedad, puede parecer estarlo después de la rápida pérdida de grandes cantidades de líquido de edema. Incluso en casos que evolucionan hacia la curación cabe que la albuminuria - persista varias semanas o meses y la normalización de otras alteraciones química sea lenta. El colesterol es de ordinario el último de los componentes de la sangre que vuelve a la normalidad; puede permanecer aumentado durante meses, y constituye un índice importante de la persistencia de la enfermedad. La velocidad de sedimentación suele permanecer elevada en tanto persiste la enfermedad.

La existencia en la fase inicial de la enfermedad de una hematuria y una azoemia ligeras no indican por sí mismas una gravedad de pronóstico. Pueden desaparecer y el paciente recuperarse finalmente, o, por el contrario, puede ser un signo de glomerulonefritis progresiva. Una hematuria excesiva o persistente hace pensar en una lesión glomerular extensa o progresiva y tiene un pronóstico más serio. Las biopsias renales son de alguna ayuda para establecer el pronóstico.

Tratamiento:

El tratamiento tiene por objeto combatir las infecciones agudas, establecer una buena nutrición, corregir la perturbación de procesos metabólicos, eliminar el edema, regular la progresión de la lesión renal y establecer una higiene mental. Debido al carácter crónico y recidivante de la enfermedad, que ocasiona un gran desaliento tanto al niño como a sus padres, hay que dedicar cierto tiempo en informar a éstos acerca de la naturaleza de la dolencia y el porqué de las medidas terapéuticas empleadas. El niño debe guardar cama solamente durante los períodos de edema acentuado o si existen otros síntomas generales. Fuera de estos períodos,

el niño debe levantarse y desarrollar actividad normal, aunque disfrutando de suficiente descanso y de una razonable protección contra la exposición a infecciones. Si se está expuesto a, o sobrevienen infecciones bacterianas agudas se tratarán precozmente con terapéutica antibiótica apropiada. Precisa una cuidadosa asistencia general para proteger la piel edematosa de lesiones traumáticas y subsiguiente infección secundaria. El apetito debe estimularse con alimento preparado de modo atractivo y que sea fácil de digerir por el aparato gastrointestinal perturbado. La dieta debe ser equilibrada y contener una cantidad de proteínas suficiente para compensar las pérdidas urinarias. Cuando exista edema no debe añadirse sal a las comidas, ni durante ni después de su preparación. Después de la diuresis, como puede producirse hiponatremia, puede ser necesaria la administración de sal.

Aunque el edema suele ser el síntoma que llama la atención hacia la enfermedad y la manifestación externa que produce mayor preocupación a los padres, no hay que concederle la máxima importancia, debiendo hacer los mayores esfuerzos por controlar el proceso patológico renal.

Han sido descritos muchos regímenes de corticoterapia, varios de los cuales son empleados en la actualidad. Debido a cierto número de variables no es posible valorarlos adecuadamente desde un punto de vista comparativo.

Los pacientes con las llamadas alteraciones glomerulares mínimas parecen presentar las mejores perspectivas para el éxito terapéutico. Aquellos en los que el síndrome nefrótico constituye un aspecto de la glomerulonefritis tienden a responder menos bien al tratamiento y presentan mayores probabilidades de tener que depender del prolongado tratamiento con esteroides para mantener la remisión. Tras numerosas re-

misiones clínicas y bioquímicas completas, incluso aquellos pacientes con alteraciones glomerulares mínimas pueden volverse finalmente resistentes, o pueden presentar únicamente una remisión parcial, con proteinuria persistente como evidencia de que la enfermedad continúa.

La corticoterapia debe diferirse hasta haber conseguido el control de cualquier infección existente o haber corregido cualquier desequilibrio electrolítico serio. La hipertensión grave constituye también una contraindicación, debiendo ser controlada antes de iniciar el tratamiento con esteroides. La hematuria, la azoemia mínima y la hipertensión mínima no constituyen contraindicaciones. Las remisiones clínicas y bioquímicas completas son menos probables y las complicaciones de la corticoterapia son más posibles en los pacientes con evidencia de lesión glomerular avanzada. Sin embargo, después de meses o años de albuminuria persistente, puede obtenerse la recuperación, bien por el tratamiento o bien de forma espontánea.

Los diuréticos son útiles coadyuvantes del tratamiento, en especial al principio de éste, en que los esteroides pueden, en realidad, agravar el edema. Los diuréticos tiazídicos han inducido de forma eficaz la diuresis en la mayoría de estos pacientes. La pérdida asociada de potasio, que puede ser agravada aún más por la corticoterapia, puede originar una depresión de potasio. La administración simultánea de un antagonista de la aldosterona, la espironolactona, es a menudo más eficaz que las tiazidas solas.

La restricción de agua es de escaso valor en lo que respecta a limitar la acumulación de edema, pudiendo resultar en realidad perjudicial. En el llamado estado constante del edema, la restricción hídrica va a menudo seguida de una disminución de la excreción urinaria. En presencia de edema-

periférico puede existir hipovolemia con su concomitante síndrome parecido al choque.

En los pacientes sometidos a una corticoterapia prolongada puede observarse detención del crecimiento y una grave osteoporosis, con fractura de los cuerpos vertebrales. Este proceso suele ser corregido si se suprime la administración de esteroides. Puede producirse una glucosuria transitoria. La arterioesclerosis con síntomas del sistema nervioso central, la presencia de pseudotumores cerebrales con edema papilar, la cefalea, la diplopia y otros signos neurológicos y convulsiones incluso en presencia de hipertensión.

En los pacientes con grandes colecciones ascíticas, -- puede haber necesidad de recurrir al drenaje peritoneal para aliviar las dificultades respiratorias y cardíacas y los -- trastornos ocasionados por la compresión del tubo digestivo. Tal drenaje raramente se hace necesario en los pacientes que reciben tratamiento con corticosteroides y con diuréticos.

Si se sospecha una infección de las vías urinarias, deben obtenerse adecuados cultivos de orina. El diagnóstico debe basarse por completo en el hallazgo a la biopsia renal de una infiltración celular intersticial, focal, ya que tales hallazgos se observan en las nefropatías en las que no existe infección.

Para el tratamiento de la insuficiencia renal avanzada lo trataremos en la glomerulonefritis.

Estado Bucal:

En algunos de los niños afectados se produce hipoplasia del esmalte, y puede haber algún grado de cambio de color en los dientes por las tetraciclinas.

Tratamiento Odontológico:

En vista de la naturaleza prolongada de la enfermedad y su relación con la infección, el mantenimiento de la salud dental es importante. En los períodos de remisión el paciente lleva una vida relativamente normal y el tratamiento odontológico puede realizarse regularmente en esa época. La sepsis dentaria debe eliminarse, incluyendo cualquier diente dudoso. La terapia de conductos radiculares está contraindicada. Todas las extracciones deben hacerse con la abertura antibiótica adecuada y será necesaria la consulta con el médico a cargo para establecer el estado de la terapia con corticoesteroides y si hay que suplementarlo. La anestesia general debe hacerse con internación del paciente. La hipoplasia del esmalte se trata según las necesidades y el paciente puede buscar una mejora en el aspecto de los incisivos permanentes cuando han cambiado mucho de color por la frecuencia terapia con tetraciclinas durante los primeros años.

c) GLOMERULONEFRITIS CRÓNICA:

La causa de la glomerulonefritis crónica es muy discutida, pero ciertos conceptos parecen estar bien establecidos. Mientras que la glomerulonefritis aguda es mucho más corriente en los niños que en los adultos, de la nefritis crónica puede decirse lo contrario. En los niños, la evolución de la glomerulonefritis postestreptocócica aguda a una fase crónica sólo se produce en raras ocasiones; por otra parte la glomerulonefritis aguda es seguida más frecuentemente de nefritis crónica en los adultos que en los niños. Tanto en los niños como en los adultos, la glomerulonefritis crónica puede ser introducida por un síndrome nefrótico sin antecedentes de episodio agudo. La mayoría de tales pacientes no presen-

tan antecedentes ni evidencia inmunológica de glomerulonefritis aguda. La nefritis crónica sigue más corrientemente a la nefritis de la púrpura anafiláctica que a la de la enfermedad postestreptocócica. La nefritis hereditaria es otra causa importante de glomerulonefritis crónica en los niños. La nefritis crónica puede ser una manifestación tardía del síndrome nefrótico.

La glomerulonefritis crónica puede presentarse también como complicación de ciertas enfermedades como el síndrome hemolítico-urémico, el lupus eritematoso, la periarteritis nodosa y la amiloidosis.

Patología:

La patología varía con la causa. Los riñones suelen ser de tamaño reducido, con estrechamiento de la corteza, excepto en los niños con síndrome nefrótico. En la mayoría de los glomérulos se aprecian alteraciones anatomopatológicas, que varían de unas ligeras anomalías a una completa cicatrización. Una reducción en el número total de glomérulos sugiere que algunos han desaparecido por completo. La proliferación endotelial con fibrosis e hialinización del glomérulo es corriente, como lo es la proliferación epitelial con semilunas y escaras.

Existe engrosamiento mesangial y celularidad, así como engrosamientos localizados en la membrana basal. Muchos túbulos son atróficos o han desaparecido; los restantes están a menudo hipertrofiados. Las zonas en las que han desaparecido por tejido cicatrizal. Las arteriolas pueden ser estrechas y la reducción en la irrigación contribuye probablemente a la destrucción renal.

Manifestaciones Clínicas:

La expresión clínica de la glomerulonefritis crónica - varía desde ausencia de síntomas evidentes a aquellos estados asociados con una grave insuficiencia renal e hipertensión. Cuando la función renal está bien conservada, el estado de salud de el niño puede parecer bueno, viniendo reflejadas las únicas manifestaciones de la enfermedad en el análisis de orina y en la biopsia renal.

La enfermedad se descubre con frecuencia de forma accidental mediante el análisis de orina rutinario. En algunos - pacientes, la fatigabilidad y la palidez pueden ser las únicas manifestaciones.

La hipertensión puede ser el síntoma de presentación. - Los síntomas de insuficiencia renal progresiva pueden hacerse más evidentes durante la adolescencia. En algunos pacientes, la enfermedad puede ser rápidamente progresiva, o pueden existir intervalos de relativa ausencia de síntomas interrumpidos por exacerbaciones agudas, estando esta última íntimamente relacionadas con infecciones respiratorias de etiología estreptocócica o vírica. Estas exacerbaciones pueden originar un deterioro o progresivo. El niño puede tener buen aspecto y comportarse de forma normal cuando la función renal ha quedado reducida casi hasta el mínimo, siendo posible que la enfermedad pase inadvertida hasta que la insuficiencia renal esté muy avanzada.

En la fase nefrótica de la glomerulonefritis crónica, - el edema puede ser grave, con inversión de la relación albúmina-globulina en el suero y elevación del nivel sérico de - colesterol. No infrecuentemente, durante esta fase de glomerulonefritis crónica existe una disminución en la retención-

de nitrógeno no proteico y en la hipertensión; la hematuria puede ser inconstante. Cuando la glomerulonefritis crónica existe una disminución en la retención de nitrógeno no proteico y en la hipertensión; la hematuria puede ser inconstante. Cuando la glomerulonefritis crónica sigue al síndrome nefrótico, el cuadro del edema y de la proteinuria suele ser menos intenso. Cuando la función renal está notablemente alterada, se hace evidente una poliuria y la orina es de densidad baja y con frecuencia, el edema es mínimo. El paciente puede incluso deshidratarse y perder sales; cuando la insuficiencia cardiaca va asociada con una hipertensión, el edema puede retornar.

Las alteraciones urinarias son extremadamente variables. La proteinuria es constante, pero su grado varía. En las fases finales, debido a la dilución de la orina, puede haber sólo indicios de proteínas. El grado de hematuria también varía, siendo corriente la existencia de sangre sólo en cantidades microscópicas e, incluso, faltando a veces por completo. Durante una exacerbación aguda puede haber hematuria macroscópica. En el examen ordinario el hallazgo de cilindros es irregular. En la insuficiencia renal azoémica se observa a veces una moderada hiperglucemia y una curva de tolerancia a la glucosa de tipo diabético, en ocasiones con bajos valores de potasio orgánico total e intercambiable. Cuando el potasio orgánico intercambiable total es elevado mediante suplementos de potasio administrados por vía oral la prueba de tolerancia a la glucosa puede normalizarse. Con la repleción de potasio, el nivel de nitrógeno ureico en sangre puede descender, sin un descenso concomitante en la concentración hemática de creatinina; esto sugiere que no existe mejoría en la función glomerular.

A veces parece producirse una mejora temporal de la -

glomerulonefritis crónica, pero el curso es progresivamente descendente. La hipertensión es una característica habitual, con elevaciones bruscas. La anemia es progresiva y puede ser grave; la cefalea, la lasitud y la anorexia son corrientes. Pueden apreciarse episodios de encefalopatía y de insuficiencia cardíaca; en tales momentos puede producirse la muerte. A medida que se llega a la fase terminal, el niño pierde su apetito, aqueja cefaleas y calambres musculares y puede presentar convulsiones, diarrea y vómitos. En la fase final de la enfermedad pueden producirse ulceraciones del tubo digestivo. En esta fase se producen alteraciones arteriolas en los vasos retinianos que originan hemorragias y exudación, así como edema de las papilas ópticas. En la fase urémica no es infrecuente observar cierta tendencia a las hemorragias cutáneas y viscerales. Estos pacientes son muy susceptibles a la infección, que puede precipitar el coma urémico y la muerte. La tendencia a sangrar suele ir asociada con un número normal o ligeramente reducido de plaquetas, que se consideran funcionalmente defectuosas. En los casos de sepsis pueden producirse otros defectos de la coagulación.

Pronóstico:

La disminución de la función renal puede ser lenta, pero el curso descendente es inevitable; en algunos casos la progresión descendente es rápida, produciéndose la muerte por uremia en el plazo de pocos meses. Más a menudo, la muerte se produce en un plazo de 5 a 10 años.

Tratamiento:

Aunque el curso descendente de la enfermedad no puede ser modificado significativamente por el tratamiento, es po-

sible prolongar la vida de muchos niños y hacer que ésta sea más feliz mediante un apropiado tratamiento. Debe dejarse - que el niño lleve una vida lo más normal posible.

Se sabe que la actividad vigorosa produce isquemia renal y hematuria, proteinuria y cilindruria; es por lo tanto, prudente restringir tal actividad. Debe establecerse en el niño una actitud mental sana hacia sus limitaciones; también es importante que los padres mantengan una actitud lo más esperanzada posible frente a la inminente catástrofe.

Hay que satisfacer las necesidades nutritivas. La reducción del aporte proteico a 0,5 g/kg por día puede ayudar a aumentar los intervalos entre las diálisis requeridas. Debe mantenerse un adecuado aporte calórico. Está indicada la restricción salina durante una fase nefrótica, en presencia de edema debido a insuficiencia cardiaca congestiva o cuando la hipertensión es grave. Pero la hipocloremia y la hiponatremia durante la nefritis pueden deprimir aún más la función renal. Durante los episodios de hipertensión aguda con amenaza de insuficiencia cardiaca y de encefalopatía hipertensiva, la reserpina puede estar indicada sola o combinada apropiadamente con hidralazina. En la hipertensión persistente una combinación de fármacos antihipertensivos y natriuréticos.

En las últimas fases de la enfermedad, el control de la hipertensión es difícil; pueden ensayarse una gran variedad de fármacos antihipertensivos, tales como el hexametonio o el pentolinio, pero el empleo de estos fármacos viene limitado por sus efectos adversos.

Está indicada la digitalización cuando existe insuficiencia cardiaca. En la insuficiencia renal se aprecia una reducción en la excreción renal de digoxina. La diálisis pe-

ritoneal recupera sólo cantidades muy parecidas de digital - o de sus derivados.

La anemia grave requiere transfusiones para su corrección. La hiperfosfatemia y la hipocalcemia se tratan con un gel de hidróxido de aluminio y con lactato cálcico por vía oral en las cantidades necesarias para corregir los valores plasmáticos. En los últimos estadios puede haber necesidad de administrar sedantes y fármacos anticonvulsivantes.

La diálisis peritoneal, que puede ser repetida, puede hacer desaparecer el estado urémico y mejorar la aberración bioquímica durante unos pocos días o semanas después de su aplicación. En la actualidad se recurre a la diálisis periódica durante períodos prolongados como preparación para el trasplante renal. El intervalo entre las diálisis no debe ser largo hasta que se aprecien alteraciones bioquímicas graves y exista ya un estado clínico descompensado. En los casos avanzados se está haciendo uso creciente del trasplante renal con donantes apropiados.

Todos los fármacos que son excretados principalmente por el riñón deben ser administrados en cantidades reducidas, con el fin de evitar los niveles hemáticos tóxicos.

Estado Bucal:

No hay rasgos especiales dentarios asociados con esta condición.

Tratamiento Odontológico:

La eliminación de la sepsis dentaria debe ser la primera consideración en vista de la susceptibilidad a la infección y es mejor extraer cualesquiera dientes dudosos. Esto -

debe hacerse bajo cobertura antibiótica y la consulta con el médico a cargo es aconsejable la anestesia local sería el método de elección y la anestesia general debería utilizarse solamente como procedimiento en un paciente interno. Una vez eliminados los dientes sépticos y dudosos, hay que mantener la salud dental. Los planes de tratamiento deben ser sencillos y no prolongados en vista del pronóstico, pero al paciente no se le debe negar tratamiento ortodóncico sencillo si lo desea. Esas medidas no solamente mantienen buenas condiciones bucales sino que ayudan a promover una actitud esperanzada en el paciente. La terapia de conductos radiculares está contraindicada.

CONCLUSIONES.

Después de haber realizado algunos estudios e investigaciones bibliográficas para consumir el presente trabajo, - se nos presenta una parte difícil de realizar que es el concluirlo.

Esta tesis se elaboró con el fin de proporcionar un - tratamiento odontológico a niños que presentan una incapacidad, pudiendo ser esta médica, física, mental o emocional, o una combinación de cualquiera de éstas, ya que por lo general el odontólogo en raras ocasiones tiene la experiencia para tratar a pacientes con problemas especiales.

Por lo que este trabajo reúne alguna información adecuada sobre las enfermedades que nos parecieron más comunes que se presentan en estos niños, tomándose en cuenta los antecedentes médicos de cada caso; por ejemplo en los trastornos mentales y emocionales encontramos que estos niños presentan mayor problema por la falta de comprensión y comunicación, ya que al estar realizando la historia clínica en la mayoría de las veces el enfermo no informa signos o síntomas que presente para poder llegar a un adecuado diagnóstico y - tratamiento por lo que nos valemos a una tercera persona - - allegada a él.

En el caso de pacientes con defectos cardiacos y respiratorios no se encuentran dificultades, salvo que se debe tomar en cuenta el tratamiento médico que está llevando el paciente y seguir las indicaciones del médico tratante.

En los pacientes con problemas renales se le debe conservar en un estado óptimo de salud bucal para evitar focos de infección que pudieran ocasionar trastornos secundarios.

Es de suma importancia que el odontólogo realice una buena historia clínica para llegar a un diagnóstico adecuado y poder realizar un mejor tratamiento, no debe olvidar el -- dentista que debe colaborar con el médico para proteger la - salud y el bienestar del paciente, que consulta a ambos, ya - que muchas veces el enfermo se encuentra bajo el tratamiento de fármacos que el odontólogo no debe suprimir sin la autori - zación del médico y además el dentista tendrá ciertas cuali - dades como serían la paciencia, comprensión y afecto para - este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Medicina Interna: Farrera - Rozman
Tomo I - Tomo II

Medicina Interna: Harrison
Tomo I - Tomo II

Introducción a la Cardiología: Dr. Jorge Espino Vela
Editorial Méndez Oteo Octava Edición

Medicina Bucal - Diagnóstico y Tratamiento: Dr. Lester W Burket
Editorial Interamericana Sexta Edición

Odontología para Niños Impedidos: Weyman Joan

Tratado de Pediatría: Nelson - Vaughan Mckay.
Tomo I - Tomo II