



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

No. 200

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Dolores Paredes Ramirez'.

SINDROME DE DOWN Y MANIFESTACIONES
ORALES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

GIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

MARIA DOLORES PAREDES RAMIREZ



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
HISTORIA.....	2
CAPITULO II	
ETIOLOGIA.....	5
a) INCIDENCIA.....	8
b) FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES- CROMOSOMICAS.....	10
c) DIAGNOSTICO PRENATAL.....	12
d) INDICACIONES PARA EL ESTUDIO -- CROMOSOMICO.....	15
CAPITULO III	
SIGNOS GENERALES:	
a) CARACTERISTICAS FISICAS.....	18
SIGNOS ORALES DE DIAGNOSTICO	
a) INFANCIA.....	23
b) DERMATOGRAFICOS PALMARES.....	25
c) DIFICULTADES.....	25
d) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	27
CAPITULO IV	
ESTADOS MENTALES Y OTRAS CARACTE-- RISTICAS DEL MONGOLOIDE:	

a) INTELIGENCIA.....	28
b) PERSONALIDAD.....	30
c) ACTIVIDAD SEXUAL.....	30

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y MANTENIMIENTO.....	33
a) REHABILITACION BUCAL BAJO ANES- TESIA GENERAL EN ODONTOPEdia--- TRIA.....	37
b) PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS..	41
c) PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.....	48
d) PROCEDIMIENTOS POSTOPERATORIOS.	51

CONCLUSIONES.....	53
-------------------	----

BIBLIOGRAFIA.....	55
-------------------	----

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

Este trastorno no se puede decir o definir con exactitud quién o cual persona lo puede --- transmitir, ya que no respeta ideologías, razas, credos ni orden social, siendo un síndrome que puede tener dos alteraciones cromosómicas, una -- sería el tipo de aberración cromosómica es el -- más frecuente y se observa con mayor asiduidad -- entre los hijos y abortos prematuros de madres -- que se casan y conciben después de los 30-35 --- años.

La otra alteración cromosómica de los mongólicos no está en relación con la edad de la madre (pues también aparece en hijos de madres jóvenes) y es responsable de algunos casos de llamados mongolismo hereditario ó familiar, su aberración cromosómica es la llamada translocación.

Al escribir este tema es el de aportar un poco de lo que este tema que es tan extenso y bello y tratarlo dentro de la Odontología, para -- que otros que se sientan con el deseo de esclarecer las causas locales en la cavidad oral de estos niños con este síndrome y el tratar de corregir defectos dentro de esta cavidad y darles felicidad y bienestar.

Y así como Médicos, Psicólogos, Maestros -- especializados en la enseñanza y cuidado de es--tos niños, Trabajadoras Sociales, Pediatras, -- Odontopediatras, que se dedican al cuidado y tratamiento y bienestar de su salud, es notorio que nosotros como Cirujanos Dentistas demos y aporte mos felicidad a estos pequeños dentro de nues---tras limitaciones humanas.

C A P I T U L O I

HISTORIA

En 1866 Landon Down dió la primera descripción clara de los niños a los que llamó mongoloides, llamándoles así, por el muy parecido, superficial por cierto, que tienen los niños afectados por este síndrome con los orientales normales y en particular con los calmucos.

Así, con el tiempo e interés de otros y el progreso del campo de la genética en la década de 1950. En Suecia en 1956 Levan, trabajando con técnicas moderadas y modernas descubrieron que en el cariotipo humano normal había 46 cromosomas en lugar de 48; número que se había considerado normal.

En 1959 en París, Lejeune y sus colaboradores comunicaron que el paciente mongoloide tenía 47 cromosomas. Así durante el mismo tiempo Jacobs Strong y Ford, identificaron las anomalías cromosómicas asociadas con los síndromes de Turner y de Klinefelter, lo cual, por tal motivo se consideran a los cromosomas portadores de las características hereditarias; así cualquier desviación cromosómica dentro de la normalidad, nos puede dar como resultado caracteres anormales que se reconocen clínicamente con ciertos trastornos del ser humano, las aberraciones cromosómicas mejor conocidas son las que anteriormente causan estados tales como el síndrome de Down, de Klinefelter y de Turner.

El estudio realizado aquí; se va a enfocar en el Mongolismo estudiado y descrito por primera vez por Landon Down en 1866 él estableció, --

yo he podido encontrar entre el gran número de - personas con este síndrome que estuvieron bajo - mi observación.

Que una considerable porción puede ser referida abiertamente a una de las grandes divisiones de la familia humana. La gran familia mongoloide tiene numerosos representantes; un número grande de idiotas congénitos son mongoloides típicos.

Y está marcado, que cuando se estableció, - lado a lado se vió que es difícil creer que los especímenes no son niños de los mismos padres.

Como muchas observaciones en el mongolismo, este último ha sido rechazado. Levinson, -- Fridman y Stamps han estudiado la variabilidad - del mongolismo, entre 50 individuos.

Entre otros artículos ellos notaron que -- los mongoloides mantienen erecta ó arriba su cabeza a edades de 2 meses a 30 meses se pueden -- sentar a edades de 6 meses a 36 meses.

Primero caminan al año ó hasta los cuatro y medio años de edad y así no obstante éstos autores incluyen el siguiente concepto en su estudio: "Nosotros por supuesto concurremos en la opinión general, que un notable grado de similitud entre los mongoloides, difieren de uno a --- otro por lo menos al mismo grado que entre los - normales y en muchos aspectos hasta en una o más grande extensión.

Los niños mongoloides ocurren en pequeños números y en cualquier comunidad moderna. Ha sido encontrado que un niño mongol aparece cerca de - 600 nacimientos en Europa. Ha sido estimado que-

los mongoles constituyen uno en 500 a 1,500 entre la población mundial. Todavía pero poco más he sabido acerca de la etiología de la condición y del tratamiento de los pacientes.

C A P I T U L O I I

ETIOLOGIA

Las especulaciones de la etiología de este síndrome han sido tratados desde 1846 siendo difícil imaginar un factor que no haya sido incrementado.

La etiología cromosómica fue vislumbrada - mucho antes de 1856; cuando se comprobó la causa de la trisomía 21.

El estudio sistemático de los cromosomas - en los niños con síndrome de Down, fue hecho por primera vez por Woch en 1852; para esto fue imperfecto, ya que las técnicas no permitieron llegar a ninguna conclusión; ya que en la biopsia - testicular había 24 masas cromosómicas.

En aquel entonces se consideraba que el número normal de cromosomas era de 48 cromosomas; dedujo que había un complemento cromosómico normal.

En París, en 1959 Lejeune y sus colaboradores comunicaron e informaron el primer caso estudiado, revelaba la existencia de cromosomas sobre número de 47 y en lugar de 46 consideró la posibilidad de un fragmento con fractura en un lugar particular de un cromosoma; un año después se estudiaron dos casos con síndrome de Down que permite confirmar la existencia de un cromosoma de más.

Desde el punto de vista genético.- Se pudo observar que en gemelos univitelinos, ambos indí

vídúos están afectados, pero en gemelos biviteli nos solo uno presenta la enfermedad; éstas mal--formaciones se deben a la trisomia 21; entendiendo por trisomia 21 a una meiosis disyuntiva del--cromosoma 21.

El cromosoma extra se encuentra en pocos - sacos adheridos a otros autosomas. La causa más común de trisomia es la falta de separación en - un par de cromosomas durante la división reduc--cional o meiosis, al formarse el óvulo o los espermatozoides como resultado de esta aberración--llamada falta de disyunción meiotica una célula--germinativa contiene los dos cromosomas de un --par y la otra carece de este par y la otra carece de este cromosoma, la adherencia a otros auto--somas se le conoce con el nombre de trasloca----ción.

En el síndrome de Down la aberración auto--sómica como antes se indicó, es la agregación de un autosoma, de modo que el cariotipo es de 47 - cromosomas en vez de 46. Este es un cromosoma - acrocéntrico de tamaño más pequeño, semejante al cromosoma sexual y se trata de un caso de franca trisomía, es decir, existe el cromosoma mongóli--co.

A veces existe el número normal de 46 cro--mosomas pero uno de los normales 13 - 15 ha sido sustituido por otro más largo lo que induce a su poner que hay un tercer cromosoma número 21 y se a fusionado con uno de los anteriores determina--do así la presencia de un cromosoma de mayor lon--gitud o que se ha producido una traslocación por intercambio de sustancia entre dos cromosomas --sin que sea una verdadera fusión.

Así podemos hablar de mongoles trisómicos y mon--

goles por traslación.

Hay otras trisomías en el recién nacido, - una en el grupo 17 - 18 de autosomas y la otra - en el grupo 13 - 15. Por lo general los niños - con esta anomalía mueren durante el primer -- año de vida, debido a las malformaciones graves.

Si una célula germinativa con un cromosoma menos se une a una célula germinativa normal, el nuevo individuo tendrá sólo 45 cromosomas; a este estado se le denomina monosomía.

La pérdida de un cromosoma completo es un defecto genético grave; cuando falta un autosoma el huevo fertilizado aparentemente sobrevive, la pérdida de un cromosoma y es también fatal, la aberración X es la anomalía que se encuentra con más frecuencia en el aborto espontáneo; pero alrededor de 1 en 40 embriones sobrevive y nace con la aberración X o monosomía X, que se le --- identifica con el Síndrome de Turner.

En madres de menos de 25 años de edad, hay una frecuencia de Síndrome de Down de uno por cada 2,000 nacimientos, mientras que en las madres de más de 40 años de edad es de uno por cada 100 nacimientos.

INCIDENCIA

Es mucho decir ahora (1866) que nosotros - no sabemos porque algunos niños nacen con los -- signos característicos del mongolismo Jervich es estableció que la literatura es rica en hipótesis- y pobre en datos verdaderos y detallados. De di cho parecer ser bastante bien establecido, sin - embargo la creciente frecuencia del mongolismo - en una edad materna avanzada.

Pero se ha demostrado que el 40% de los ni ños mongolides han nacido después de que la ma-- dre ha pasado de los 40 años de edad, el riesgo- del nacimiento de un mongoloide para las madres- de 30 años de edad ha sido calculado como menor- en una proporción de una por 2000 casos de ma--- dres.

Bock y Reed observaron que la edad maternal el riesgo estadístico de tener un niño mongoloi- de es de 3.2% aproximadamente.

Goldsteing encontró que entre 206 madres - de mongoloides el 79% oscilaba entre 30 y 45 años de edad. Lazár reportó que de entre 209 madres- de mongoloides aproximadamente el 50% tenía en-- tre 31 y 50 años de edad, siendo el resto entre- 30 y 40 años de edad.

Friedman ha establecido sin excepción to-- dos los casos de gemelos mongoloides de diferen- tes sexos con discordantes y todos los gemelos - concordantes reportados son del mismo sexo; con- la excepción de 3 casos, todos los gemelos mongo loides reportados en la literatura son monocigó- ticos; después de un estudio considerable, Fried- man a dicho que todo el material disponible no - hay conclusiones definidas que puedan ser atri--

buidas a la etiología del mongolismo sobre una base del estudio de los gemelos.

Oster expresó el mismo acuerdo en 1957, -- sin embargo Nicholson y Keay reportó el caso de un mongolismo en los gemelos de sexo opuesto. Oster discutió los factores exógenos y notó que -- ningún significado etiológico puede ser atribuido a la sífilis, tuberculosis ó alcoholismo y en fatizó en la edad de la madre.

Geyer investigó sobre la insuficiencia ovárica, pensando que podrá ser responsable de esta enfermedad pero no ha sido demostrado.

Engler dió la opinión de la anormalidad de la mucosa uterina diciendo; que un óvulo mal implantado podrá ser causa del mongolismo; hasta ahora no ha sido probado.

Como una indicación de como las corrientes séricas difieren los siguientes y estan en los estudios realizados por dichos investigadores citados "A juicio del resultado de la presente recopilación probablemente no es una enfermedad hereditaria".

Este juicio fue establecido por Osten en 1953, después de un cuidadoso estudio de 1006 casos en Dinamarca, por otro lado Jervis en el mismo año después de un intensivo estudio a un caso señalado que desde "Idénticos gemelos mongoloides son siempre concordantes y los gemelos desiguales son siempre discordantes; es difícil aplicar ésto en las teorías de genética y del medio ambiente están sobre la causa del mongolismo, está cargado de dificultades, pero que la explicación genética parece ser del medio ambiente.

FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES CROMOSOMICAS.

Se conocen muy poco con respecto a los factores que causan las anormalidades cromosómicas en el hombre. El hallazgo más importante es la asociación entre la edad materna avanzada y los síndromes por no disyunción como el síndrome de Down, (trisomía 21) y el de Klinefelter (47, --XXY).

Se ha sugerido también el posible papel -- etiológico de otros factores tales como predisposición genética, alteraciones autoinmunes (que comprende la glándula tiroides, en particular), virus mutágenos químicos y radiación.

La frecuencia de aberraciones cromosómicas detectadas en cariotipos de recién nacido no seleccionados es 1 en 200 (0.5 %), mientras que en abortos espontáneos del primer semestre la frecuencia de defectos cromosómicos alcanza el 50%.

Por lo tanto, la gran mayoría de las anormalidades cromosómicas se pierde en la vida fetal temprana. Sin embargo, se ha observado una alta frecuencia de anomalías cromosómicas asociadas con alteraciones clínicas graves que incluyen:

- 1) Malformaciones congénitas múltiples (5 a 20 %).
- 2) Infertilidad y esterilidad en diferentes grupos de pacientes (1 a 10 %).
- 3) Retrazo mental (1 a 3 %).
- 4) Algunas formas de neoplasias.

En la mayor parte de las ocasiones las alteraciones cromosómicas son mutaciones nuevas -- (frescas). Ambos padres son generalmente normales, y el riesgo de recurrencia para los familiares es bajo. Sin embargo, en los casos en los que uno de los padres es portador de un rearrreglo cromosómico, como en el síndrome de Down por translocación, el riesgo de recurrencia en niños subsecuentes puede ser hasta del 20 %.

DIAGNOSTICO PRENATAL.

El uso de la amniocentesis transabdominal permite el diagnóstico de ciertas enfermedades genéticas en una etapa suficientemente temprana para terminar el embarazo y prevenir el nacimiento de un niño defectuoso.

Este procedimiento proporciona a parejas con alto riesgo la oportunidad de tener niños no afectados siempre que ellos deseen terminar el embarazo en caso de que se detecte un feto anormal.

La amniocentesis consiste en la aspiración transabdominal de líquido amniótico del útero. El procedimiento se realiza, preferentemente entre la decimocuarta y la decimosexta semanas del embarazo.

Cuando la realiza un ginecólogo adiestrado, la técnica es relativamente segura para la madre y el feto. El examen directo del líquido amniótico mismo puede dar el diagnóstico. Por ejemplo, la elevación de feto-proteína es un indicador relativamente bueno de la presencia de espina bífida, de alguna otra anomalía relacionada con el tubo neural.

Más frecuentemente, el diagnóstico prenatal requiere del cultivo, in vitro, de las células fetales, un proceso que usualmente tarda 3 semanas. Con este método se puede determinar el cariotipo del feto, para conocer su sexo y detectar varias alteraciones cromosómicas.

Más aún, se puede detectar múltiples errores congénitos del metabolismo por medio de prue

bas adecuadas de actividades enzimáticas específicas en las células fetales cultivadas.

El diagnóstico prenatal por amniocentesis-esta indicado en las siguientes situaciones de -alto riesgo:

1) Parejas que han tenido un niño con espina bífida ó anencefalia (riesgo de recurrencias-del 5%).

2) Parejas que han tenido un niño con una-alteración cromosómica como el Síndrome de Down-por trisomía 21 (riesgo de recurrencia del 1 a -2%).

3) Matrimonios en los que el esposo o la -esposa es portador de una translocación cromosómica, balanceada por el Síndrome de Down (riesgo de recurrencia de 5% para los portadores masculinos y 20% para los femeninos.

4) Parejas con alto riesgo de tener un niño con un error congénito del metabolismo detectable (riesgo de recurrencia de 25 a 50 %).

5) Una mujer embarazada de treinta y ocho-años ó más que tiene una probabilidad mayor de 1 a 2% de tener un niño con Síndrome de Down.

6) Mujeres cuyos fetos masculinos tienen -un 50% de riesgo de estar afectados por una en--fermedad recesiva grave ligada al X, como la dis-trofia muscular tipo Duchenne ó la hemofilia clásica.

Muchas de estas parejas elegirán dejar ---avanzar el embarazo si el feto es femenino, pero abortarían si se encontrara que el feto es masculino.

La meta del tratamiento de las enfermedades genéticas es modificar la historia natural - del carácter genético de tal manera que la persona afectada pueda vivir una vida confortable y - sana a pesar de su genotipo mutante.

Se puede lograr tal tratamiento en un cierto número de enfermedades hereditarias usando diferentes enfoques que incluyen:

- 1) Exclusión ó restricción de alimentos tóxicos.
- 2) Complementación metabólica.
- 3) Eliminación de productos tóxicos.
- 4) Cirugía.
- 5) Transplante de órganos.

INDICACIONES PARA EL ESTUDIO CROMOSOMICO:

Un análisis cromosómico completo está clínicamente indicado en las siguientes situaciones:

1) En niños con malformaciones congénitas-múltiples, con retraso mental de causa desconocida y con detención en el crecimiento por razones desconocidas.

2) En niños con sospecha de Síndrome de -- Down y en sus padres si existe la posibilidad de una translocación balanceada.

3) En parejas con abortos repetidos.

4) En familias que han producido varios niños con defectos congénitos.

5) En mujeres con amenorrea primaria.

6) En hombres y mujeres con genitales externos ambiguos.

7) En pacientes con procesos hematológicos malignos como la leucemia mielocítica crónica.

Los padecimientos causados por la transmisión de un solo gen mutante muestran alguno de tres patrones de herencia simple (mendeliana).

1) Autosómica dominante.

2) Autosómica recesiva.

3) Ligada al X.

La distinción entre "dominante" y "recesivo" es conveniente para el análisis del pedigrí-

y no implica una diferencia fundamental en el mecanismo genético.

El término dominante implica que una mutación será clínicamente manifiesta cuando un individuo tenga una dosis única de esa mutación (o sea heterocigoto para ella), mientras que recesivo implica que se requiera una doble dosis (u homocigosidad) para la identificación clínica.

Los genes nunca son dominantes ó recesivos sus efectos, sin embargo producen patrones clínicos que se clasifican como dominantes ó recesivos. A pesar de su normalidad clínica superficial, los individuos heterocigotos anormalidades bioquímicas demostrables en el laboratorio; por otra parte, los homocigotos para genes dominantes están en general más afectados que los heterocigotos.

Con pocas excepciones, cada una de las -- aproximadamente 1200 enfermedades mendelianas, -- es rara. Sin embargo, como grupo estos padecimientos constituyen una causa importante de morbilidad y muerte y responden por más del 5 por ciento de todas las admisiones hospitalarias.

La demostración de que una enfermedad ó -- síndrome particular muestre uno de estos tres patrones de herencia mendeliana, implica que su patogénesis, sin importar que tan compleja sea, es debida a una anormalidad en una solo molécula -- protéica.

En multiples padecimientos mendelianos, -- por lo común en los autosómicos dominantes, no -- es posible demostrar en forma directa la proteína alterada primariamente por la mutación.

En estos casos (por ejemplo la enfermedad de riñones poliquísticos en adultos y la esclerosis tuberosa) sólo se reconocen los efectos fisiológicos distales de la mutación. No obstante se debe suponer siempre con seguridad que una enfermedad se transmite a través de un mecanismo monogénico, el defecto primario es único y las diferentes manifestaciones de la enfermedad pueden relacionarse con la mutación a través de un pedigrí de causas más o menos complicado.

C A P I T U L O I I I

SIGNOS GENERALES:

CARACTERISTICAS FISICAS.

La descripción original de Down de estos niños es muy exacta y francamente inclusive.

El cabello no es negro como el mongol real pero sino que es de color castaño lacio o poco abundante y delgado en su consistencia.

La cara es gorda y ancha y exenta de prominencias y las mejillas y extendidas lateralmente muy sonrosada que a veces es de rojo vivo. Sus ojos están oblicuamente situados y la comisura interna, está más distante una de otra que lo normal, la fisura palpebral es más estrecha, la frente es arrugada transversalmente desde la constantes función que los elevadores palpebrales derivan del músculo occipitofrontal, en un abrir de ojos; los labios son largos y compactos con fisuras transversales, la lengua es larga, ancha, compacta y muy áspera, con presencia de fisuras con forma geográfica, la dimensión de la lengua mantendrá abierta la boca del niño mongoloide dándonos una expresión de acuerdo a su mentalidad; su nariz es pequeña, debido en un 50% a la falta de uno ó de ambos huesos nasales.

La piel tiene un ligero tono amarillento y es deficiente en elasticidad dando la apariencia de ser demasiado grande para el cuerpo a pesar de que lo establecido por Down de que todos los niños eran idiotas ha sido encontrado desde 1866 que su estado mental está por lo regular en el campo de la imbecilidad y ocasionalmente al ni--

vel idiota.

Aunque nunca en el campo normal y las características adicionales han sido reorganizadas. El cráneo es pequeño, aplanado antero-posteriormente dándole un aspecto redondo; su estatura -- corta, con acortamiento del cuello, el abdómen-- prominente presenta frecuentemente hernia umbilical.

Las falanges son cortas, siendo las manos-- y los pies anchos, gordos y cuadrados, el quinto dedo de la mano es pequeño y tiende a curverse-- hacia dentro con la segunda falange rudimentaria en cerca de la mitad de los casos su piel de las manos es áspera y seca.

Los genitales son subdesarrollados y el desarrollo de las características sexuales secundarias, es diferido o tardado, frecuentemente los-- oídos están mal formados sus pabellones y con so la circunvolución.

Otras anormalidades pueden ser asociadas -- como la enfermedad congénita del corazón en el -- septum interventricular e interauricular, siendo relativamente común y ocasionalmente, las cataratas y opacidades congénitas han sido vistas y la hernia diafragmática ha sido descrita en peque--ños casos.

Frecuentemente se presenta en los niños -- mongoloides recién nacidos, una palidez muy marcada, llanto, debilidad, apatía y una posición -- muy característica son ambas piernas en abduc---ción.

Ha sido descrito que los signos y trastor-

nos son causados en el desarrollo fetal, ó sea - que el factor causal sea cual sea va a actuar -- por la octava semana del embarazo, lo cual se -- presenta principalmente en madres de edad avanza da, los antecedentes de estos embarazos presen-- tan hemorragia uterina, amenaza de aborto y otros trastornos del útero y tal vez dichos trastornos pueden ser la causa de las malformaciones feta-- les.

CARACTERISTICAS DE LA TRISOMIA 21

A R E A	HALLAZGOS
GENERAL	Igual distribución de sexo, sobre vida variable.
NEUROLOGICO	Hitomia, retraso psicomotor.
CABEZA	Facies característica, los pacientes se asemejan más a otros pacientes con trisomia 21 que a sus mismos hermanos, occipusio - aplanado.
OJOS	Fisuras mongoloides epicanto interno, manchas de Brushfield.
PABELLONES	Pequeños y frecuentemente de implantación fija.
ARTICULARES	
NARIZ	Puente nasal aplanado.
BOCA Y MENTON	Lengua fisurada protuyente por hipoplasia de maxilar y paladar-alto.
CUELLO	Ancho, frecuentemente alado.
CORAZON	Cardiopatía congénita en el 50% de los casos, las masas comunes son la comunicación interventricular y el canal atriventricular.
ABDOMEN	Diastasis de rectos, hernia umbilical, atresia duodenal.
MANOS	Manos y dedos cortos y anchos, clinodactilia de quinto dedo.

PIES	Separación entre el primero y <u>se</u> gundo ortejos con pliegue interdigital plantar.
UROGENITAL	Criptoquidia ocasional.
RAYOS X	Indice iliaco menos de 60 hipoplasias de la falange media del quinto dedo.
DERMATOGRIFOS	Pliegues simiano, trirradio - -- axial distal, diez asas cubitales o asas radiales en el cuarto y quinto dedo.
INCIDENCIA	1 en 660.

SIGNOS ORALES DE DIAGNOSTICO:

INFANCIA.

Benda consideró varios criterios para el diagnóstico en detalles y remarcados, que lo usual o imperceptible; no necesariamente presenta en el recién nacido y que un bebé mongólico no puede ser reconocido; uno solo buscó los signos que son característicos en niños mayores, él compara al mongoloide con el cretino y enfatiza la apariencia de sus ojos, la boca, los dientes y las extremidades.

El mongoloide tiene cortas e inclinadas fisuras palpebrales, un doblés epicantal en el ángulo medio, que difiere sin embargo del verdadero epicanto mongólico.

La mucosa de la boca tiende a ser seca y fisurada, sus encías con pérdida de forma, color y tamaño que lo normal, las papilas gingivales agrandadas, su pérdida natural del puntilleo de las encías y su superficie lisa y brillante, el epitelio no se adhiere firmemente a los tejidos subyacentes.

La lengua, que es relativamente de tamaño grande, tiende a ser fisurada también con largas papilas.

La erupción de los dientes es usualmente tardía y no sigue el patrón normal, debido a una mala circulación. Los dientes son pequeños y anormales en forma irregular; la posición de los dientes dentro de las arcadas es incorrecta, debido a que la lengua está agrandada anormalmente.

Su paladar es ovular, presentando en una gran mayoría torus palatino. Su laringe desarrollada insuficientemente causando ronquera.

Las extremidades son cortas, especialmente las manos y los dedos, los pies y sus dedos están en forma de cono y tienen una curva media -- del quinto dedo que ocurre en un 60% de los individuos, las manos tienden a ser gordas y flojas-- y las dos líneas transversales de la palma de la mano tienden a formar una línea derecha aunque no en todos los casos.

Los dedos de las manos y los pies muestran similares malformaciones, con frecuencia un ancho hueso entre el dedo gordo y el segundo dedo.

DERMATOGRAFICOS PALMARES:

El diagnóstico puede ser facilitado por el estudio de los dermatográficos palmares, ésto -- fue subrayado por Cummins, Talley y Patou.

Quienes compararon los diagnósticos clínicos y dermatográficos en 270 individuos y encontraron que las características cambian el grado de altura ó graduación (85%) entre los marcados defectos del mongolismo; ellos no son medios de -- diagnóstico, pero son útiles para establecer un diagnóstico temprano, los autores descubren un método de hacer impresiones palmares y señalaron que las arrugas epidérmicas son formadas durante el tercero y cuarto mes fetal.

Los hallazgos son consistentes con la sugereⁿcia que los factores responsables para que el mongolismo ocurre antes del tercer mes de vida -- intrauterina.

DIFICULTADES:

El diagnóstico del mongolismo es difícil -- como una regla, pero puede ser problemático en -- la temprana infancia antes de que las características faciales se han hecho obvias y en estos casos el estado mental es dudoso.

Generalmente la apariencia de la cara y -- las manos y la fluidez de la musculatura, hará -- el diagnóstico bastante fácil para uno que ha -- examinado tan pocos niños. No hay ningún signo -- simple ni procedimientos de laboratorio certero, aunque Yannet a establecido que el desarrollo peculiar del cráneo, particularmente de los huesos bacilares, como expresado por las característi-

cas típicas faciales, el reborde orbitario y el-
patognomónico.

C A P I T U L O I V

ESTADOS MENTALES Y OTRAS CARACTERISTICAS DEL MON
GOLOIDE.

INTELIGENCIA:

Parece que todo lo observado está de acuerdo en que los mongoloides son siempre retrasados mentales, aunque la mayoría de ellos no están en el grado de idiota.

Matzberg estudió las pruebas (tests) de inteligencia en Nueva York y encontró que de 24.5% de los individuos fueron idiotas, 71.5% fueron retrasados mentales. Quaytman descubrió en una serie de niños mongoloides que en un 5% estuvieron en un grado (Grado de Inteligencia = I.Q.) - (I.Q. 0. 24) 70%; en un grado imbécil (I.Q. 25 a 49) 25.5% fueron en un estado de retraso mental (I.Q. 50 a 69) y 2.5% estuvieron en el límite -- (I.Q. 70 a 79).

El Establecimiento que había una alta concentración (43%) en un grupo alto de imbéciles (I.Q. - 40 a 49); algunos mongoloides aprenden a leer y escribir en un grupo de Oster; cerca del 4% pudo leer con provecho y unos pocos leyeron cosas pequeñas de algunos periódicos, algunos pudieron poner sus propios nombres, pocos pudieron escribir letras intengibles.

Ninguno de ellos pudo hacer cuentas, la mayoría de los mongoloides platicaron muy comprensivamente y entienden cuando se les habla con un lenguaje simple. El desarrollo del lenguaje es retardado y su progreso es despacio y queda algo imperfecto.

El vocabulario y el entendimiento están sobre un nivel más bajo que el de los niños normales frecuentemente los mongoloides son buenos para la imitación y esto puede dar un falso sentido de su nivel de inteligencia por lo general -- ellos estan de buen humor y ellos gozan de la música y el canto.

PERSONALIDAD:

Los niños mongoloides son tranquilos y más bien afectuosos y con poca frecuencia se le observa mala conducta.

Cuando cometen desorden ellos lo demuestran con inestabilidad emocional, disgusto, malhumor y estado de ansiedad.

Unos pocos mongoloides son destructivos y en sólo muy pequeños casos demuestran conducta violenta.

ACTIVIDAD SEXUAL PROCREACION RASGOS HEREDITARIOS:

Sexualmente los mongoloides son menos activos que los normales. Oster encontró que a la edad del empiezo de la menarca (en Dinamarca) -- calculó el 13.9 años y que el caso más tempranos de los 11 años y el más tardado a los 20 años probó todo esto en 916 casos.

Actividad sexual; es mas pronunciada a las edades de 15 a 20 años, entonces declina gradualmente. Los mongoloides por lo general se consideran estériles y hay muy pocos que han alcanzado a tener hijos.

Sowyer describió otro diferente típico mongoloide a la edad de 25 años quien tuvo un niño concebido por intervención cesárea, este niño no fue mongoloide y tuvo un grado de inteligencia - (I.Q.) 123 a los tres años tres meses, a los 11 años ella era estudiante de grado "A" en 6o. --- año.

Lelón y sus colaboradores reportaron el caso de un muchacho mongoloide de 30 años, el presunto padre tenía ya una mentalidad de un niño - de 5 a 7 años y no era mongoloide. Schlaug recientemente reportó el nacimiento de un niño atrofiado y retrasado de una mujer mongoloide.

La madre había sido la octava de su familia que había sido saludable y de 10 hijos. Su niño era bastante retrasado mental en alto grado pero no mostró las características peculiares -- del mongoloide.

Hay otros reportes dispersos, pero el diagnóstico de los mongoloides es dudoso en la mayoría de ambos, puede ocurrir más de un caso en una familia, pero tal suceso es considerado relativamente raro.

Turpin y Lejeune reportó 4 mongoloides en una sola familia, otros dos niños en otra familia normal. Pero se reportó una familia con -- tres muchachos mongoloides (no reportados), Oster apuntó los casos familiares de la literatura de 1908 a 1949.

Una interesante observación puede ser notada aquí dentro de 6 años pasados un número de casos de mongolismo y leucemia han sido reportados y el estudio por todo el país han sido descritos por Krivity Good en los años de 1952 - 55, por lo menos 34 casos ocurrieron en Estados Unidos.

La incidencia actual de estas condiciones juntas, es aproximadamente más alto que una incidencia de leucemia congénita, se ha visto que es nueve veces más entre los recién nacidos mongoloides, que todas las leucemias desde el naci---

miento hasta los 4 años de edad, así parece que un factor común está operando en el resultado de leucemia en niños mongoloides y esta muy lejos - de que ocurra esta enfermedad en la población general.

C A P I T U L O V

TRATAMIENTO Y MANTENIMIENTO:

En la actualidad no hay tratamiento satisfactorio y aceptado para el mongolismo. El extracto de tiroides ha sido usado por muchos clínicos siendo reportado un mejoramiento con respecto a la actividad, obesidad, constipación, etc., pero sin efecto en el estado mental o algún efecto definitivo en estatura.

El extracto de tiroides fue usado por primera vez por Smith en 1896.

Zimmerman, Burgermeister y Putnam creyeron que el ácido glutámico mejoraba la inteligencia de los mongoloides. Este tratamiento, sin embargo se ha probado que es inefectivo en verdad, -- los propios datos de los autores fueron inconvincentes al decir al menos.

Se ha probado que el tratamiento roentgenológico y la administración de extracto de timo, -- son totalmente inefectivos.

Benda trata 50 mongoloides con polvos de -- pituitaria colectado de animales prematuros combinados con pequeñas cantidades de extracto de -- tiroides.

Con escasos resultados una terapéutica hormonal tiroidea en los casos en que se aprecie un lipotiroidismo claro.

Es clásico tratarle, tiroidina y ácido glutámico.

Algunos de sus datos fueron publicados pero los detalles del tratamiento como la cantidad de polvo; el tiempo que se lleva la dosis de extracto de tiroides y como fueron preparados; no fueron incluidos.

El estableció que algunos de los niños tuvieron "asombroso progreso" y que 15 niños (30%) alcanzaron edades mentales de más de 5 años, --- mientras que entre 200 casos sin tratar, solamente uno alcanzó tal mentalidad.

El escribió que el niño tratado con substancias de pituitaria y tiroides "mejoraba mucho físicamente y quedaba dentro del campo normal, - en crecimiento físico y peso".

Mentalmente los niños hacen progresos y lo gran niveles mentales más altos que en el grupo tratado, si el tratamiento es continuado en un largo período; esto es difícil de entender y aceptar como los endocrinólogos están unánimes, - en que el poder de la pituitaria no tiene efecto en el crecimiento del niño, la publicación de todos los detalles van a ser esperados con interés.

Desde que no hay un tratamiento satisfactorio probado para estos niños, le toca al médico-ayudar a la familia y al niño, tanto como es posible planear un manejo a largo plazo.

Ha sido sugerido sugerido por algunos que si el diagnóstico puede ser hecho al nacer como puede ser frecuentemente, el infante debería ser separado de la familia al momento, realmente que hasta la madre no debe ver al niño.

Esto era el consejo dado frecuentemente pa

ra el retrasado Aldrich. La mayoría de los autores no están de acuerdo en esto.

Yannet la mayoría de los pacientes con adecuada orientación tendrán éxito en encontrar una manera satisfactoria.

El expresó lo que él sintió por muchos --- años, que el niño mongoloide aprovecha de su madre en los primeros días de su infancia y no interviene con el desarrollo normal de los hermanos más grandes o más chicos.

Además Beddie y Osmond han sentido que las posibles consecuencias psicológicas serían para la madre, por la separación de su niño. El cuidado de los mongoloides no es una tarea difícil, entre los primeros años el cuidado de un mongoloide de no puede competir con un niño normal, sin embargo ellos deben continuar viviendo en un medio protegido, porque la mayoría no alcanza una edad mental de más de 5 a 6 años de edad.

Ellos no tienen necesidad importante de -- una educación académica adecuada.

Así a la edad cuando por término medio los niños empieza la escuela, un nuevo plan tendrá -- que ser hecho para el mongoloide.

Pequeñas escuelas privadas o del estado -- son útiles en entrenar tales niños y de determinar sus posibilidades educacionales y en años -- más tarde muchos mongoloides individuales necesitarán continuo cuidado educacional, principalmente porque ellos son incapaces de competir para -- un empleo con los cuidados de término medio, pero ellos pueden hacer varias clases de trabajo, --

bajo observación y dirección en una comunidad -- competitiva.

Además las familias pueden ser renuentes o incapaces de cuidar tales individuos.

Los mongoloides tienden a ser más que susceptibles usualmente a superar las infecciones respiratorias, pero responden a los antibióticos como lo hacen la mayoría de los niños.

El mongoloide hace difícil el tratamiento dental por su índice mental, por debajo de los 5 a 6 años de edad, teniendo el odontólogo que tratarlo con mucho tiento, tratando de ganarse primero su confianza e identificarse con él, y sepa que no le causaremos ningún daño ó malestar, teniendo esto en cuenta, el niño coopera con el -- odontólogo y se le podrán tratar sus causas orales como cualquier niño normal de 5 a 6 años.

REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA GENERAL EN ODONTOPEDIATRIA.

La odontopediatría cuenta en la actualidad con una serie importante de procedimientos terapéuticos para satisfacer la necesidad de tratamientos bucodentales cada vez más creciente población infantil.

Los adelantos tecnológicos y científicos - desarrollados por cada una de las especialidades de la medicina dedicadas al paciente pediátrico - exigen integrar un equipo multidisciplinario con el fin de proporcionar tratamiento al individuo afectado por estados patológicos.

Una de las especialidades con la que se ha combinado la Odontopediatría es la anestesiología pediátrica, una disciplina cada día más solicitada para la atención dental de aquellos niños que por condiciones es imposible tratarles en forma convencional.

Esto da como resultado el procedimiento de nominado:

REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA GENERAL:

Sin embargo este sistema de gran utilidad - en la odontología moderna no debe ser empleado - irracionalmente, ya que implica una serie de factores y riesgos que debemos plantear antes de tomar la decisión final.

El objetivo que nos proponemos es analizar los factores que deben ser considerados para poder tomar la decisión de someter a un paciente a rehabilitación bucal bajo anestesia general y --

mostrar el sistema empleado por el servicio de -
Odontología Pediátrica.

Troutman, Mayer y Allen coinciden en que -
el empleo de la anestesia general debe ser el úl
timo recurso a nuestra disposición para efectuar
tratamientos odontológicos, aunque recientes es-
tudios han enfatizado la popularidad de los tra-
tamientos dentales bajo anestesia general.

Sin embargo Fox menciona que siempre debe-
mos iniciar el tratamiento con una actitud de cui-
dados tiernos y amorosos que crearán las condi-
ciones necesarias para comprender al niño.

Finn menciona que la reacción del niño, es-
pecialmente si está bajo premedicación, es gene-
ralmente de cooperación, siempre y cuando el ---
Odontólogo sea paciente y comprensivo.

Debe tenerse en cuenta que al emplear al--
gún anestésico general se incurra en el riesgo -
de vómito, espasmos y apnea.

Wilhelmy y Album han sugerido una serie de
indicaciones para identificar al paciente, que -
deberá recibir atención odontológica bajo aneste-
sia general ya que no todos los pacientes requie-
ren de este método para ser tratados satisfacto-
riamente de su padecimiento dental.

Los factores que deben ser considerados pa-
ra decidir el empleo de la anestesia general son
los siguientes.

Aunque el tratamiento dental bajo aneste--
sia general es un procedimiento de gran valor te-
rapéutico en la Odontopediatría es necesario que

se realice sólo en aquellos casos en que está -- realmente indicado. Se analiza los factores que deben ser considerados para ello y se mostrará -- el sistema empleado por los servicios dedicados -- a este índole de tratamiento.

1.- El paciente ¿Está realmente incapacitado física y mentalmente como para no cooperar?.

Esta pregunta es contestada una vez que intentamos el manejo en el consultorio, poniendo -- toda nuestra capacidad y paciencia para tratar -- de solucionar el problema odontológico. De no -- ser posible y después de haber intentado varios -- métodos de manejo debemos analizar si nuestro pa -- ciente reúne ciertos requisitos que posteriormen -- te se indicarán.

2.- El procedimiento dental: Demos evaluar cuidadosamente si el tratamiento es muy extenso -- y si necesitamos de varias sesiones para reali -- zarlo, teniendo en cuenta que el paciente no co -- opera.

3.- El lugar: Debe reunir ciertos requisitos tales como equipo completo de anestesia, dro -- gas de emergencia, medios de resucitación, equi -- po odontológico completo, (Rx, airotor, materia -- les, instrumental, etc.), y contar con una sala -- de recuperación adecuada.

4.- El personal: Debe ser un equipo humano especializado y que tenga ámplios conocimientos -- sobre este tipo de maniobras, ya que la aneste -- sia general constituye un riesgo cuyo aumento ó -- disminución depende del personal que intervenga.

5.- La preparación: Es muy importante te -- ner en cuenta el estado emotivo del niño, ya que

no solo debe enfrentarse a un sistema complicado y desconocido, sino también a la separación de la madre.

El sistema empleado en Odontología Pediátrica, y que presentaremos a ustedes, es el resultado de la integración de recursos humanos y materiales altamente especializados, con el fin de brindar a los pacientes infantiles el tratamiento necesario.

La principal ventaja de un hospital pediátrico es que el personal que labora en el trata- de comprender al niño en su situación de paciente, con el fin de hacer su estancia lo más positiva y agradablemente posible.

Cabe señalar la importancia de que los ser- vicios de Pediatría, Anestesiología y Enfermería trabajen en grupo para el buen manejo de el pa- ciente pediátrico que será sometido a tratamien- to bajo anestesia general.

El sistema lo dividiremos en tres etapas a saber:

- 1.- Procedimientos preoperatorios
- 2.- Procedimientos operatorios
 - a) Procedimientos preliminares
 - b) Acto quirúrgico
- 3.- Procedimientos postoperatorio de inme- diatos.

PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS

Como se mencionó anteriormente, el paciente que será sometido a tratamiento dental bajo anestesia general debe reunir ciertos requisitos que lo conviertan en un paciente apto para este tipo de maniobras.

Para que se considere como candidato a la rehabilitación bucal bajo anestesia general deberá reunir una serie de indicaciones elaboradas por el servicio de Estomatología Pediátrica.

Ellas son las siguientes:

INDICACIONES:

1.- Pacientes menores de cuatro años con caries múltiples.

Son aquellos niños entre dos y tres años de edad que presentan un gran número de órganos dentarios con lesiones cariosas extensas en donde se requiere un tratamiento amplio y que la comunicación con el paciente no es lograda satisfactoriamente.

2.- Pacientes con apresión severa en los cuales se ha intentado la medicación sedante sin resultados.

Son los pacientes que presentan alteraciones de la conducta y en los cuales se han agotado las técnicas de manejo indicadas en estos casos.

3.- Pacientes alérgicos a los anestésicos locales y que requieren tratamientos extensos.

Son aquellos que presentan alergias medical

mentosas y que el empleo del anestésico local -- puede desencadenar una crisis alérgica severa.

4.- Pacientes con problemas físicos y mentales severos.

Son los niños que padecen parálisis cerebral infantil que se caracteriza por una hipercontractilidad muscular, movimientos atetósicos y ataxia, lo cuál hace imposible su control.

Todos aquellos que padecen retraso mental, secuelas de meningitis tuberculosa o crisis convulsivas, ya que no pueden racionalizar sobre su tratamiento dental.

En estos pacientes se encuentra otra indicación importante, ya que por lo general el pobre estado de higiene oral propicia la presencia de grandes destrucciones dentarias.

5.- Pacientes que requieren tratamiento en una sola sesión.

Son los niños que requieren de tratamiento, pero que por el hecho de vivir en un lugar apartado no pueden permanecer períodos largos en la ciudad, ya que afectaría considerablemente su aspecto económico. También pacientes de corta edad que necesitan con urgencia la erradicación de focos de infección agudos y crónicos y en quienes se iniciará terapia inmunosupresora o que serán sometidos a cirugía cardiovascular, renal, etc.

Una vez analizadas las indicaciones anteriores y habiendo quedado nuestro paciente incluído en cualquiera de ellas, procederemos a otra serie de requisitos con los que debe cumplir.

Ellos son los siguientes:

- a) Examen bucal
- b) Examen radiográfico
- c) Exámenes de laboratorio
- d) Interpretación de los exámenes de laboratorio
- e) Valoración pediátrica
- f) Internamiento.

Examen bucal. Deberá ser lo más completo y exacto posible claro que dependiendo de la cooperación del paciente, con lo cual podremos diseñar un plan tentativo de tratamiento lo más cercano a la realidad.

Examen radiográfico. Deberá internarse -- con el fin de tener todos los datos necesarios -- para la elaboración de un diagnóstico correcto -- que evite pérdidas de tiempo posteriores.

Si no es posible obtenerlo, se hará en el momento en que el paciente se encuentre bajo la medicación sedante preanestésica.

Exámenes de laboratorio. Los exámenes preoperatorios de rutina que se deben efectuar a un paciente que será sometido a anestesia general -- son:

1.- Biometría hemática.

Valores normales:

Hemoglobina.....13 a 14 g/100 ml.

Hematocrito.....43 a 46 %.

Leucocitos.....6 a 13 miles.

Neutrófilos.....60 a 70 %.

Linfocitos.....30 a 35 %.

Eosinófilos..... 1 a 3 %.

2.- Examen general de orina: Valores normales.

Densidad..... 1005 a 1020.

Leucocitos por campo 1 a 3.

Cilindros..... 0.

Aspecto..... Suigéneris.

3.- Pruebas de tendencia hemorrágípara.

Valores normales:

Tiempo de sangrado..... 2 a 4 min.

Tiempo de coagulación..... 6 a 12 min.

Cuenta de plaquetas.....200 a 400 -
miles.

La biometría hemática es requerida para -- comprobar que el nivel de oxigenación celular es el adecuado. Este nivel nos lo da la hemoglobina, que debe tener un mínimo de 10 g/100ml. para que no exista peligro de hipoxia. Si el paciente presenta menos de este porcentaje deberá ser manejado por el pediatra quien diagnosticará y -- brindará el tratamiento adecuado.

Cuando se producen cambios en el número de leucocitos en base a los neutrófilos, eso nos -- otorga un indicio de alguna infección piógena lo calizada o generalizada.

Cuando se presenta neutrofilia puede deberse a infecciones bacterianas, especialmente de piel y mucosas.

Cuando se presenta Linfocitosis se asocia a un proceso viral.

Cuando los eosinófilos se encuentran alterados puede significar que existe una parasitosis.

Tiempo de sangrado. Depende principalmente del número y eficiencia de las plaquetas y de la contractilidad capilar. Se presentan alteraciones generalmente en las púrpuras trombocitopénicas.

Tiempo de coagulación. Indica el estado de los factores plasmáticos que intervienen en el mecanismo de la coagulación.

Se encuentran alteraciones en las hipoprotobinemias y Hemofilias.

Cuenta de plaquetas. Las plaquetas están íntimamente relacionadas con la formación del coágulo. No deberá realizarse ningún tratamiento dental si la cuenta de plaquetas está por debajo de 50 mil. Se encuentran alteraciones en la trombocitopenia, púrpuras y leucemia.

Examen general de orina. Este examen puede reportar una serie de complicaciones sugestivas que contraindiquen la administración de anestesia general, como son: Diabetes mellitus, diabetes insípida, oliguria, hematuria, glomerulonefritis e infecciones piógenas.

Si se encuentra reportada una infección piógena puede causar aumento de la temperatura y

contraindicar la intervención quirúrgica, ya que presenta el riesgo de hipertermia incontrolable con posibilidad de arritmias y daño cerebral.

Ahora bien, no todas las alteraciones en los análisis son indicativos para la suspensión del tratamiento, ni se solicitan con ese único fin. Se efectúan como un procedimiento que va en favor de la seguridad de nuestro paciente, ya que si se encuentra alguna alteración debe valorarse con el ánimo de efectuar lo más pronto posible nuestro tratamiento ya que la alteración que nos reporta el laboratorio puede tener solución con el propio tratamiento dental, por ejemplo una leucocitosis debida a una infección buco dental grave.

Una vez completados y analizados los exámenes de laboratorio preoperatorios, citaremos al paciente para llevar a cabo su internación.

El día de la internación se realiza una valoración pediátrica adecuada, observando si no existen infecciones de vías respiratorias altas, cuadros enterales, etc.

Además se valora el estado de hidratación del paciente, ya que cualquiera de estos datos presentes contraindican la administración de --- anestesia general.

Si no se presentan contraindicaciones en el momento de la valoración pediátrica, se procede a llenar las formas requeridas para el trámite de internación.

1.- Orden de admisión: Consta del nombre del paciente, número de registro, diagnóstico, -

fecha y hora de intervención, número de cama y -
firma del médico tratante.

2.- Hoja de evolución: Es la nota de ingre-
so que lleva los datos generales del paciente, -
motivo del internamiento, resumen del estado ac-
tual y medicamentos que toma.

3.- Ordenes médicas: Se debe anotar en or-
den numérico las indicaciones necesarias, tales-
como valoración por anestesiología, dieta según-
las condiciones del paciente, medicamentos que -
toma el paciente con dosis y horario.

4.- Aviso de intervención quirúrgica: Debe
llenarse con los datos generales del paciente, -
diagnóstico, anestesia propuesta, tipo de opera-
ción, fecha y hora solicitada para la interven-
ción, tiempo probable de duración, nombre y fir-
ma del cirujano.

Debe llevarse esta forma al quirófano el -
día de la intervención.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS:

a) Procedimientos preliminares: Se inician cuando el paciente es llevado desde su cama al quirófano con la medicación sedante previamente administrada y ordenada por el anesthesiologo la noche anterior.

Dentro del quirófano se encuentran el cirujano, primer ayudante, anesthesiologo, instrumentista y circulante, los cuales han cambiado la ropa de calle por ropa de quirófano no estéril (gorro, cubrebocas, camisa, pantalón y botas).

El hecho de no usar ropa estéril para realizar la intervención, es que este procedimiento no se considera estéril debido a la contaminación de la cavidad oral y porque un gran número de nuestros materiales dificilmente pueden ser esterilizados.

No obstante que el procedimiento por realizar no es estéril. Debemos realizar el lavado de las manos con la misma técnica que un lavado quirúrgico para la técnica estéril, más que por la necesidad de la sepsia estricta por la doctrina y respeto a los procedimientos que se efectúan en los quirófanos.

Una vez que el paciente se encuentra en el quirófano, el anesthesiologo con la ayuda de la circulante transportan al paciente de la camilla a la mesa de operaciones, donde se le colocará venoclisis, relajantes musculares e inducción a la anestesia, para posteriormente colocar la intubación nasotraqueal. Es conveniente que el tubo sea colocado por nariz con el objeto de que nos permita trabajar con libertad y no tener el-

riesgo de extubar al paciente con las maniobras-operatorias.

Completada la intubación, el anesthesiologo fija el tubo y coloca un agente protector soluble en los ojos del paciente para evitar la irritación en caso de que algunos líquidos o fluidos (agua, sangre, saliva) lleguen a caer en ellos.

Se coloca en la zona precordial un estetoscopio y en el brazo un esfigmomanómetro, con el objeto de seguir detalladamente los signos vitales del paciente, iniciando así la anestesia general.

b) Acto quirúrgico: Se empieza por la colocación de los campos que tienen por objeto cubrir el tórax y la cara del paciente. Estos campos se colocan en forma parimidal, con el vértice hacia la nariz y la base por debajo del mentón.

Colocamos una gasa humedecida en solución salina de 4 por 4 pulgadas en la orofarínge con el objeto de evitar el paso de restos de materiales a la farínge y de tapar la salida de gases anestésicos. Debe colocarse suavemente para evitar irritación posterior.

En este momento debe planearse rápidamente el tratamiento, si es que el paciente no cooperó para hacerlo con anterioridad. Si tenemos efectuado el plan de tratamiento, comenzaremos por colocar el abre bocas en el opuesto al que trabajaremos y colocaremos el dique de hule en el cuadrante en el cual efectuaremos todos los procedimientos de operatoria dental requeridos.

Cabe señalar en este momento que no debemos realizar tratamientos conservadores de los dientes con pronóstico dudoso, ya que otro tratamiento acarrearía una nueva administración de anestesia general.

Una vez terminados los cuatro cuadrantes con tratamiento de operatoria dental, se efectúa una limpieza adecuada para eliminar restos de materiales o de tejido dentario que puedan incluirse en los alveolos dejados por las extracciones dentarias que se efectúan al final de la operatoria dental con el uso de vaso constrictor (epinefrina).

Antes de reanimar al paciente debe haberse cohibido perfectamente la hemorragia posterior a la exodoncia y retirar el paquete faríngeo, con lo cual damos por terminado el acto quirúrgico.

PROCEDIMIENTOS POSTOPERATORIOS

Una vez concluido el acto quirúrgico se retiran los campos y el anestesiólogo termina de reanimar al paciente con una buena oxigenación. Es muy importante el hecho de aspirar secreciones, sangre, saliva y agua que se encuentran acumulados en el paciente. Este paso lo ejecuta el anestesiólogo.

El paso siguiente lo constituye la extubación del paciente, al cual se le mantiene con venoclisis. El niño es conducido a la sala de recuperación donde permanece hasta que se recupera totalmente de la anestesia y es trasladado a su cama nuevamente.

Procedemos a llenar las formas requeridas en donde realizaremos un resumen de la intervención y generalidades de la misma, nombre del cirujano, ayudante, anestesiólogo, duración de la anestesia y duración de la intervención.

Llenamos la forma de órdenes médicas en la cual colocaremos las indicaciones pertinentes, tales como el empleo de antibióticos (si esta indicado), analgésicos o algún otro medicamento -- con dosis y horarios claramente escritos; debe retirarse la venoclisis cuando el paciente haya tolerado vía oral (líquidos claros y licuados).

La hoja de evolución debe contener un resumen de la intervención. Una vez que el paciente se encuentra en su cama, el residente de guardia vigilará que las órdenes médicas sean llevadas a cabo; debe resolver los problemas pendientes o que se presenten en el momento con la ayuda del pediatra si fuera necesario.

Si al día siguiente el paciente no ha presentado complicaciones y su evolución es satisfactoria, será dado de alta.

En el carnet de citas se anotará su cita de control y en una receta las indicaciones y, ó medicamentos necesarios.

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

A pesar de la familiaridad con la apariencia y al desarrollo del mongoloide, parece que pequeños progresos han sido en determinar la causa de esta condición o en aprender como prevenir su ocurrencia o tratar a tales individuos exitosamente.

En la actualidad dos líneas de investigación pueden cambiar luces en la etiología del -- mongolismo.

El primero es un estudio detallado en gemelos.

El segundo es concernir con muchos factores en el porcentaje el medio ambiente que influye en las primeras semanas del desarrollo del feto, ha habido considerable estudio de animales, cuyo desarrollo puede ser estudiado experimentalmente; posiblemente más adelante los estudios indicarán factores que influyan en el feto, hay un amplio campo para ambas observaciones experimentales y clínicas que pueden eventualmente darnos la respuesta.

El tratamiento dental bajo anestesia general es un procedimiento de gran valor terapéutico en la Odontopediatría siempre que se realice en aquellos casos en que está realmente indicado.

Este tipo de procedimientos debe ser efectuado por un grupo especializado en las distintas ramas médicas dedicadas al pediátrico.

Se ha enfatizado sobre los factores que de

ben tenerse en cuenta para decidir el manejo del paciente infantil bajo anestesia con lo cual su empleo no se efectuará en forma indiscriminada.

Se han descrito las indicaciones y el sistema empleado por el hospital pediátrico que --- cuenta con una serie de recursos humanos y materiales necesarios para devolver la integridad de su salud al niño afectado por estados patológi---cos.

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

Nombre: Anomalías Autosómicas
Autor: Boyd. W.
Edición: Tercera
Editorial: Ateneo.

Nombre: Diccionario Médico Teide
Autor: Dr. Luigi Segatore
Edición: Quinta
Editorial: Teide.

Nombre: Embriología Humana
Autor: Patten B. M.
Edición: Cuarta
Editorial: Ateneo.

Nombre: Embriología Médica
Autor: Lagman Jan
Edición: Cuarta
Editorial: Interamericana.

Nombre: Manual de Pediatría
Autor: R. H. Valenzuela
J. Luengas
Edición: Novena
Editorial: Interamericana.

Nombre: Medicina Interna
Autor: Dr. Farreras Valenti
Edición: Octava
Editorial: Marin, S. A.
Tomo: II.

Nombre: Odontología para el niño y el
adolescente.

Autor: Mc. Donal

Edición: Cuarta

Editorial: Mundi.

Nombre: Odontología Pediátrica

Autor: Finn, B.S.

Edición: Cuarta

Editorial: Interamericana.

Nombre: Patología Básica

Autor: Stanley L. Robbins

Edición: Segunda

Editorial: Interamericana.

Nombre: Tratado de Medicina Interna

Autor: Beesan Mc. Dermott

Edición: Décima Cuarta

Editorial: Interamericana

Tomo: II.

Nombre: Tratado de Patología Bucal

Autor: William G. Shafer.

Edición: Tercera

Editorial: Interamericana.