

1 G. No. 20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

E. N. E. P.

ZARAGOZA

**"EL NIÑO INCAPACITADO EN EL ESCENARIO
ODONTOLOGICO"**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

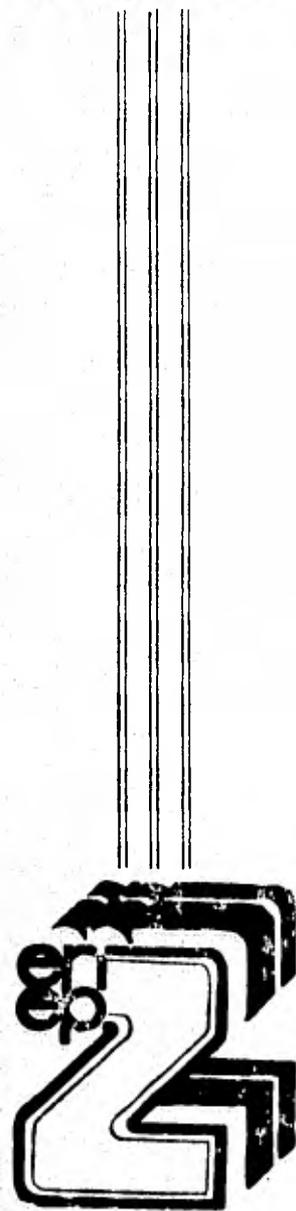
Mauricio Barrera Cárdenas

Humberto Gómez Sandoval

Sergio Alfredo Reza Navarrete

México, D. F.

1982





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

* Protocolo.....	1
a) Fundamentación de la elección del tema	
b) Planteamiento del problema	
c) Objetivos	
d) Hipótesis	
e) Material y Métodos	
* Introducción.....	5
Capítulo I	
Conceptos del paciente incapacitado.....	10
- Clasificación de los pacientes incapacitados	
- Bibliografía	
Capítulo II	
Pacientes incapacitados físicos.....	14
Clasificación	
- Artritis Reumatoide: Prevalencia; Etiología, Cuadro clínico (General y Bucal) Tratamiento.	
- Artritis Reumatoide Juvenil o Enfermedad de Still, Etiología; Cuadro Clínico (General y Bucal) Tratamiento.	
- Escoliosis; Etiología, Cuadro Clínico, Tratamiento.	
- Miastenia Grave: Etiología; Prevalencia: Cuadro Clínico -- (General y Bucal), Tratamiento.	
- Osteogénesis Imperfecta u Osteopsatirosis: Etiología, Cuadro Clínico (General y Bucal), Trata-	

miento.

Enfermedades que afectan el Sistema Neuromuscular

- Parálisis Cerebral: Etiología; Frecuencia; Clasificación -
Diagnóstico, Cuadro Clínico (General-
y Bucal) Tratamiento.
- Síndrome de Parkinson. Prevalencia: Etiología, Cuadro Clí-
nico (General y Bucal), Tratamiento.

Bibliografía.

Capítulo III.

Retardo Mental.....39

- Características Generales: Clasificación, Etiología, Sig-
nos y Síntomas.
- Síndrome de Down: Frecuencia, Cuadro Clínico (General y Bu
cal): Tratamiento.
- Tratamiento del Retardo Mental y Síndrome de Down.

Bibliografía.

Capítulo IV

Malformaciones Congénitas.....51

- Introducción
- Definición; Etiología.
- Defectos Orofaciales Congénitos: Labio Leporino y Paladar-
Hendido: Etiología: Recurrencia, Cua-
dro Clínico (General y Bucal), Trata-
miento.

Bibliografía.

Capítulo V

Trastornos Metabólicos y Sistémicos71

- Trastornos Cardiovasculares: Etiología, Cuadro Clínico (General y Bucal) Tratamiento.
- Trastornos Cardiovasculares Adquiridos: Fiebre Reumática, Etiología, Cuadro Clínico (General y Bucal), Tratamiento.
- Enfermedades Respiratorias Crónicas: Asma, Definición, Etiología, Manifestaciones (Generales y Bucales), Tratamiento.
- Trastornos Endocrinos: Diabetes Sacarina, Etiología, Frecuencia, Manifestaciones (General y Bucal), Tratamiento.

Hipotiroidismo: Etiología, Manifestaciones (General y Bucal) Tratamiento.

Hipertiroidismo: Etiología, Manifestaciones (Generales y Bucales), Tratamiento.

Bibliografía.

Capítulo VI

El Niño Ciego.....87

- Introducción
- Etiología, Frecuencia, Cuidado y Adiestramiento, Consideraciones Odontológicas, Tratamiento.

Bibliografía.

Capítulo VII

El Niño Sordo.....92

- Definición
 - Clasificación, Etiología, Consideraciones Odontológicas, -
Tratamiento.
- Bibliografía (Anexada la del Niño Ciego).

Capítulo VIII

El Niño Autista.....97

- Introducción
- Signos y Síntomas, Etiología, Consideraciones Odontológicas,
Tratamiento.

Bibliografía.

Capítulo IX

Trastornos Convulsivos.....104

- Introducción
- Etiología, Tipos de Manejo, Consideraciones Odontológicas;-
Tratamiento.

Bibliografía

Capítulo X

Hemofilia118

Introducción

- Prevalencia, Etiología, Signos y Síntomas, Diagnóstico, Ma
nifestaciones Bucales, Tratamiento.

Bibliografía.

Capítulo XI

Relación Dentista-Paciente-Padres.125

- Consideraciones Generales y Conclusiones.

- Elaboración de una Historia Clínica para el Paciente Incapacitado.
- Especificaciones Clínicas para el tratamiento Estomatológico del Niño Incapacitado.

Bibliografía.

* Resultados Generales	144
* Conclusiones Generales.....	145
* Propuestas Generales.....	146
* Bibliografía General.....	148

* P R O T O C O L O

1) T E M A :

"EL NIÑO INCAPACITADO EN EL ESCENARIO ODONTOLOGICO"

2) PERSONAS QUE PARTICIPAN:

Alumnos: BARRERA CARDENAS MAURICIO
GOMEZ SANDOVAL HUMBERTO
REZA NAVARRETE SERGIO A.

Asesor: C.D. JORGE M. BARONA CARDENAS

3) FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA:

Desde hacía ya algún tiempo, habíamos estado reuniéndonos los integrantes del tema, sin llegar a un acuerdo de cual sería el más apropiado a éste, en acorde a nuestro modo de pensar. Llegamos a la conclusión de que en algunas ocasiones en nuestra práctica clínica y teórica, nos habíamos tropezado con algunos problemas, y uno de ellos sin lugar a dudas era el hecho de atender un paciente con algún tipo de incapacidad ya que teníamos ciertas nociones de su patología, pero en realidad no sabíamos ni el tipo de conducta a seguir con él, ni mucho menos el tipo de tratamiento a utilizar y en algunas ocasiones simplemente lo remitíamos a un Centro de Salud cercano ya que no contábamos con el instrumental, ni el material necesario en esos casos. Sabiendo de antemano, que no sabíamos ni que instrumental, ni que tipo de material se tenía que utilizar en este tipo de pacientes.

Esto más que nada ocurrió cuando íbamos aproximadamente a-

mediados de la carrera, ya que en el último semestre llevamos la Unidad llamada "Odontología para el niño incapacitado", que en realidad se vió simplemente al "vapor", ya que se dió en un curso aproximado de tres semanas. Por eso es de común importancia entre nosotros, profundizarnos más en el tema, buscar una serie de objetivos más acorde al plan de estudios contemplado. Así como también, tratar de educar a la población, de que un niño con cualquier tipo de incapacidad, no es un "objeto", que sólo se mantiene haciendo sus necesidades vitales, sino que también puede aprender, amar, sentir y vivir que es lo importante, y no por tener algún tipo de incapacidad no deja de ser una persona pensante.

4) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La salud bucodental en el individuo incapacitado, no es únicamente un problema nacional, sino internacional. Sabemos que existe mayor susceptibilidad de las enfermedades en estos grupos de individuos mas que en cualquier otro , por lo que la resolución de estos problemas, hace que este sea muy difícil por parte del Odontólogo de práctica general, ya que desconoce las técnicas adecuadas de tratamiento, por lo que origina que le sea negada la consulta a los pacientes, o bien este sea deficiente.

Mientras estos problemas existan, el paciente sufrirá además de su incapacidad original, una incapacidad en funciones de alimentación, habla, estética, etc., impidiéndole con esto, un mejor desarrollo biopsicosocial al individuo.

5) O B J E T I V O S:

- Explicar que es un niño incapacitado
- Describir la clasificación de los diferentes tipos de incapacidades y su conceptualización.
- Señalar las etiologías más comunes de los diferentes tipos de incapacidades.
 - a) Incapacitados Físicos
 - b) Retardo Mental
 - c) Defectos Congénitos
 - d) Trastornos Metabólicos y Sistémicos.
 - e) El Ciego y el Sordo.
 - f) Autismo en la Niñez.
 - g) Trastornos Convulsivos
 - h) Hemofilia
- Describir los signos y síntomas más comunes: tanto generales, como bucales de cada uno de los diferentes tipos de incapacidad.
- Explicar la interrelación Dentista-Paciente-Padres
- Elaboración de una Historia clínica adecuada al tipo de necesidades de esta población.
- Describir las distintas especificaciones clínicas para el tratamiento estomatológico del niño con algún tipo de incapacidad.

6) H I P O T E S I S:

El Odontólogo de práctica general desconoce las técnicas de tratamiento ó de manejo del paciente incapacitado.

7) MATERIAL Y METODOS:

Por medio de investigación en:

- Libros de Consulta
- Artículos actualizados (79-80)

Los libros de consulta fueron extraídos básicamente de la Biblioteca de la ENEP Zaragoza, de la Facultad de Odontología de C.U., y otros.

Los artículos nos fueron proporcionados por el CENIDS, en su mayoría fueron artículos de las Universidades de los Estados Unidos.

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

INTRODUCCION

Desde épocas remotas, la gente casi siempre rechazaba - en forma evidente y sarcástica a los niños o personas con al gún tipo de impedimento físico, mental, psicomotor, etc., - como si se tratase de algo contagioso ó algo "incurable".

En los últimos años se han estado creando equipos inter multidisciplinarios (médico, odontólogo, padres, maestros, - etc.), organizándose y esforzándose para mejorar la situación de estos tipos de personas incapacitadas.

Estos equipos se han documentado e informado sobre diver sos tratamientos que se pueden aplicar a los pequeños. Dentro de estos esfuerzos han mejorado las condiciones de educación- social y consecuentemente se observa una mejoría notable de - sus trastornos.

En la rama odontológica es importante diseñar programas- para niños impedidos, ya que por sus mismas alteraciones su - comportamiento puede intervenir negativamente para que el Den tista no pueda trabajar en forma adecuada.

Es frecuente encontrar que este tipo de pacientes no -- tiene hábitos de higiene, pues además de sus limitaciones psi cofisiológicas sus familiares tienden a sobreprotegerlos o re chazarlos, provocando con lo consiguiente que sus repertorios conductables sean muy restringidos.

Muchos autores opinan que la atención odontológica co- - rrecta para las personas impedidas es inadecuada. Esto puede- atribuirse a dos factores básicos: primero; ignorancia y te--

mor de la situación odontológica por parte de las personas impedidas y sus padres; segundo y, posiblemente el más importante, ignorancia y temor a tratar a la población impedida por parte de la profesión odontológica.

Nosotros como personas pensantes, ya no como profesionistas debemos de abrir esa ventana al mundo infernal en el que viven los seres humanos que han tenido el inmenso infortunio de nacer o convertirse en personas incapacitadas o impedidas, pero también hay que abrir la otra ventana hacia la vida de esas personas que desarrollan un valor extraordinario y son un magnífico ejemplo, para los que asumen su condición de "normales" sin darse cuenta de su parte. No para esto, tomen ejemplo de los minusválidos, para estructurar su propia conducta si no para que se enteren de lo que sufren, de lo que requieren, de todo aquello que les podríamos dar para hacerles la vida ya de por sí muy difícil para ellos un poco más fácil.

"Un joven estudiante inválido en silla de ruedas nos dice con tristeza y con una muy comprensible amargura y rebelión lo siguiente:

"Un inválido es un ser aislado por su propio problema, pero también por la indiferencia y el olvido de los demás. Un inválido está destinado a la reclusión, a permanecer en su casa, por que casi en ninguna parte hay elementales medios en los cuales pueden llegar a ser tratados como personas normales".

Todos tenemos la obligación de abrirles las puertas del mundo, de permitirles que participen en todas las actividades-

comunitarias posibles, Bastante tienen los incapacitados con la cruz que les depara el destino, como para que la sociedad por indiferencia y por falta de atención, los refunda en un cuarto.

Gran parte de la atención odontológica cree que el atender a algún paciente incapacitado requiere entrenamiento especial y cantidades considerables de equipo adicional. Además muchos odontólogos piensan que esos pacientes deben de ser hospitalizados para recibir el tratamiento necesario.

Ciertamente hay un sector de esa población que necesitara ser hospitalizado para el tratamiento odontológico; sin embargo la gran mayoría puede ser tratada en el consultorio privado por el odontólogo general. Muchos creen que los factores importantes en el manejo del impedimento en el consultorio, son comprensión y paciencia. Como profesionales, los odontólogos deben considerar a las personas impedidas como individuos con problemas dentales, que tienen además una condición médica.

Para tal efecto hemos dividido éste trabajo en once capítulos, entre los cuales se destacan primordialmente las características más sobresalientes de las incapacidades más comunes en nuestro medio como son: Parálisis Cerebral, Retardo Mental, Hemofilia, etc.

Esta tesis no solamente hace una referencia de los tipos de incapacidades a tratar, sino que, se adentra, más allá de un aspecto bucal, ya que ve a todas las incapacidades, como las debe ver un odontólogo general; que es ver antes que nada-

el aspecto médico, el aspecto psicológico y posteriormente el aspecto bucal. Así como también su tratamiento.

Además trata de enfocar a la Medicina Comunitaria como un equipo interdisciplinario, el cual nos otorgue un beneficio en pro del paciente impedido. Ya sea creando centros o escuelas de educación especial para éste tipo de pacientes, Y más que nada educar a la población de que un paciente impedido es un individuo como todos, ya que piensa, siente, ama y sobre todo tratan de vivir la vida en condiciones "normales" sabiendo de antemano que les falta algo, para eso que las demás personas llaman "normal".

* Reportaje realizado por:

Manú Dornbierer

Periódico Novedades 10/Dic./1981.

Pag. 4.

C A P I T U L O I

CONCEPTOS DEL PACIENTE INCAPACITADO

CONCEPTOS DEL PACIENTE INCAPACITADO

No es posible dar una definición o concepto preciso de lo que es un paciente incapacitado, ya que hay diferentes autores que lo conceptúan de una manera u otra, y podíamos caer en controversias en una o más definiciones.

Se dará el concepto y clasificación más apropiada, según sea el tipo de incapacidad a tratar.

-Paciente Incapacitado.- Las personas con limitaciones físicas causadas por herencia, enfermedad, daño traumático o -- proceso de envejecimiento.

- Paciente Excepcional.- El niño (ó persona) que se desvía del niño promedio o normal en sus características, físicas o sociales, en tal medida como para requerir una modificación en las prácticas escolares o servicios educacionales especiales, a fin de poder desarrollar su capacidad máxima.

-Paciente Impedido.- Son considerados impedidos los niños (persona) que no puede dentro de los límites, jugar, aprender trabajar ó hacer cosas, que otros de su edad pueden hacer, ó si están trabados para alcanzar sus potenciales completas físicas mentales y sociales.

Los individuos que, debido a una incapacidad física ó mental, están en desventaja para realizar una o más actividades principales de la vida, incluyendo comunicación, movimiento, empleo, educación, socialización y autocuidado.

- Paciente Mentalmente retardado.- Las personas con un funcionamiento intelectual general significativamente por debajo del promedio normal coexistente con déficit en la conducta adaptativa y manifestados durante el período de desarrollo.

- Pacientes Incapacitados por Desarrollo.-Personas con una incapacidad atribuible a: 1) Retardo Mental, Parálisis Cerebral, Epilepsia ó Autismo; 2) cualquier otra condición es--

trechamente relacionada con Retardo Mental que resulta de un deterioro del funcionamiento intelectual general, o de la conducta adaptativa similar al de las personas mentalmente retardadas o que requieren tratamiento y servicios similares a los de esas personas, ó 3) Dislexia resultante de una incapacidad descrita en 1) ó 2), que se origina antes de que la persona alcance los 18 años de edad.

Esta clasificación y los demás conceptos mencionados anteriormente, no es más que una serie de recopilación de opiniones de algunos autores. Cabe mencionar que son un tanto generales, ya que en el transcurso de ésta tesis, se dará el concepto y clasificación muy en particular, de cada uno de los tipos de incapacidad de la que se esté tratando.

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

- 1) Arthur J. Nowak, D.M.D., M.A.
Odontología para el paciente impedido.
Buenos Aires, Argentina.
Edición Mundi S.A.I.C. y F.
Pág. 3,6,26-38, 41-44, 86-87,106,131, 133,
141-142,150,197,255-256,364.

- 2) Bakwin, Harry
Niños Problema
México; Interamericana, 1974.
4ta. Edición 25-30

- 3) Bulliger, Hans
Niños Anormales y Atrasados
Madrid: Morata, 1976
2da. Edición. Pág. 34-35

- 4) Tarnopol, Laster
Niños Incapacitados
México: Prensa Médica Mexicana, 1976.
Pág. 13- 15

- 5) Zulliger, Hans
El Niño Normal y su entorno
Madrid: Morata, 1976
Pág. 83-87

C A P I T U L O I I

PACIENTES INCAPACITADOS FISICOS

PACIENTES INCAPACITADOS FISICOS

Es aquella persona que está afectada del sistema músculo - esquelético o neuromuscular, que interfiere de una manera u otra, el estado de salud del individuo.

CLASIFICACION:

A.- Enfermedades que afectan el sistema músculo esquelético:

- 1) Artritis Reumatoide.
- 2) Artritis Reumatoide Juvenil.
Funcional
- 3) Escoliosis
Estructural
- 4) Miastenia Grave.
- 5) Osteogénesis Imperfecta.

B.- Enfermedades que afectan el Sistema Neuromuscular:

- | | |
|--|-----------|
| | Espacidad |
| | Atetosis |
| | Rigidez |
| 1) Parálisis Cerebral (tipos) | Ataxia |
| | Tremor |
| | Atonía |
| | Mixtos |
| 2) Accidentes Cerebrovasculares (ACV). | |
| 3) Enfermedad de Parkinson. | |

A.- Enfermedades que afectan el Sistema Músculo esquelético:

- 1) Artritis Reumatoide.

En realidad es difícil dar una definición de ésta enfermedad, debido a la variedad de formas en que se presenta, así como por su curso, por lo tanto se tratará de describirla como un cuadro inflamatorio poliarticular no supurativo, que afecta

principalmente las pequeñas articulaciones, frecuentemente con distribución simétrica y con evolución subaguda o crónica. Pueden ocurrir manifestaciones sistémicas (por ejemplo, anemia, -astenia, pérdida de peso o fiebre discreta), así como manifestaciones extraarticulares del tejido conectivo en diferentes órganos del cuerpo.

Prevalencia.

La distribución de ésta enfermedad es universal, con mayor prevalencia en climas templados y en comunidades más civilizadas. Afecta aproximadamente al 3% de la población, con un promedio del 70% del sexo femenino.

Suele afectar a jóvenes y adulto en la tercera y cuarta década de su vida, aunque puede aparecer a cualquier edad.

Etiología.

La Artritis Reumatoidea y Reumatoidea Juvenil son enfermedades sistémicas de origen desconocido. Se han considerado múltiples causas y factores que pueden actuar conjuntamente para producir la enfermedad, así como factores ecológicos desencadenantes en individuos con cierta predisposición genética. Dichas causas son las siguientes: clima, dieta, efectos psicossomáticos, trauma, enfermedades endocrinas, bioquímicas, genéticas, autoinmunidad e infecciones.

Aunque en muchos casos se presentan dentro de algunas familias, y se ve una mayor incidencia de seropositividad del factor reumatoide entre parientes de enfermos que la padecen, aunque no se ha podido encontrar un claro patrón genético hereditario. Hay duda de que dicha incidencia se deba a características hereditarias, sin embargo estudios en gemelos idénticos sugieren que los factores hereditarios desempeñan un papel predisponente importante.

La evidencia de alteraciones autoinmunes en la Artritis Reumatoide se basa primordialmente en la presencia del factor reumatoide en el suero de la mayoría de los pacientes que su-

fren esta enfermedad. Este es un anticuerpo del tipo IgM que reacciona con inmunoglobulinas del tipo IgG. Por tanto, parece que es una "antiglobulina" o un verdadero anticuerpo.

Los complejos inmunológicos del tipo del factor reumatoide y del tipo IgG se han encontrado dentro de los leucocitos, así como la disminución del complemento. El conjunto de las observaciones anteriores sugiere que los factores reumatoides pueden desempeñar un papel importante en la inflamación reumatoide.

Hay bases para pensar que los eventos que convierten al IgG antigénico (que provoca la producción del factor reumatoide) es la combinación de éste con el antígeno, y la distorsión molecular probablemente deje expuestos sitios antigénicos que estaban ocultos. Si esto resulta cierto es de pensar que el antígeno pueda ser de origen microbiano. Recientemente se ha informado de la indentificación del micoplasma y de difteroides en el líquido y tejido sinovial; pero la especificidad de esta investigación todavía es dudosa.

Otra teoría es de que la Artritis Reumatoide, puede resultar de un mecanismo autoinmune en que los individuos son sensibles o alérgicos a componentes de sus propios tejidos.

Cuadro Clínico (General).

Es extremadamente variable, se inicia con rigidez poliarticular, dolor e inflamación que afecta las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas de los dedos y a las metatarsofalángicas es muy común, con subsecuente extensión a las articulaciones de las muñecas, rodillas, articulación temporomandibular, hombros, tobillos, codos, etc.

Hay rigidez matutina que es prácticamente prolongada y puede haber atrofia muscular difusa, además de la local. En aproximadamente el 15% de los casos se inicia por poliartritis aguda. Puede empezar por grandes articulaciones. Las lesiones tendinosas son frecuentes, así como los nódulos. Los síntomas prodómicos de la enfermedad son frecuentes y se caracterizan por aste-

nia, anorexia, mialgias, anemia y aceleración de la eritrosedimentación.

Al evolucionar la enfermedad, los cambios destructivos y las deformidades de las articulaciones se tornan más evidentes en la cual los síntomas pueden ser el resultado de factores mecánicos, como presión sobre los nervios, ligamentos u otra estructura, añadiéndose a las manifestaciones de la inflamación.

Virtualmente, todos los tejidos u órganos pueden estar -- atacados; sin embargo debe presentarse especial atención a la anemia que ocurre por lo menos en el 50% de los casos.

Cuadro Clínico (Bucal).

El paciente suele tener limitación al abrir ó cerrar la boca, rigidez matutina en la articulación temporomandibular, dolor a la presión o palpación en la A.T.M., dolor espontáneo, tumefacción en la articulación, puede haber fiebre, casi siempre se presenta un crecimiento anormal de alguno de los cuerpos de la mandíbula, dando como consecuencia una mordida cruzada unilateral. Al exámen de exploración articular encontramos signos y síntomas como son rubor, calor, crepitación, atrofia muscular. En algunas ocasiones puede haber una hipoplasia de la mandíbula sin afección de las articulaciones temporomaxilares.

Tratamiento.

Se ha notado que los pacientes que presentan artritis reumatoide reaccionan mucho, física y mentalmente ante una situación tensionante. Este hecho debe ser tenido en mente cuando se efectúan procedimientos odontológicos que pueden tensionar a éste tipo de pacientes. La sensación de rigidez y fatiga articular y muscular por las mañanas, hará de una cita odontológica matutina de larga duración, una experiencia penosa para el paciente. Las citas para individuos con artritis reumatoide, deberá de ser lo más breve posible y preferentemente durante la última parte del día (cuando a lo largo de la jornada los músculos y articulaciones han disminuido su rigidez), no se de

de de mantener la boca abierta por períodos prolongados, ya que están restringidos en sus movimientos maxilares.

Como ya se había mencionado con anterioridad en el cuadro-clínico, la anemia a menudo está asociada con la artritis reumatoide que tendrán como resultado dos factores: La reducción del tiempo de supervivencia de los eritrocitos y su formación inadecuada ante la mayor demanda del cuerpo, como resultado de la reducción en el tiempo de supervivencia normal de los glóbulos rojos. El odontólogo que está tratando a éste tipo de pacientes debe de estar al tanto de las posibles anormalidades hematológicas asociadas con la artritis reumatoide y programar los procedimientos quirúrgicos con cuidado, teniendo en mente la posibilidad de una efusión sanguínea anormal y la cicatrización deficiente de las heridas en los sitios de la extracción. Debe de evitarse la aparición de cualquier hemorragia adicional cuando el recuento sanguíneo ya está disminuído.

La medicación que el paciente con artritis reumatoide está recibiendo debe ser considerada por el odontólogo, quién debe de tener en cuenta los efectos laterales que esos diversos medicamentos causaran. La forma más útil y confiable de analgésicos empleados en el tratamiento de la enfermedad son los salicilatos en forma de aspirina. Los salicilatos son eficaces en el control del dolor articular, músculos adoloridos y espasmos musculares. Aunque los salicilatos son drogas relativamente seguras, el odontólogo debe de estar alerta ante el paciente en este tipo de terapia ya que puede tener un tiempo de sangría aumentado (porque los salicilatos bajan la concentración de protrombina en sangre), lo que aumenta la tendencia a la hemorragia después de la extracción.

Diversos tipos de medicaciones con corticoesteroides, como la cortisona y la prednisona, han sido eficaces en el tratamiento inflamatorio de esta enfermedad. Si un paciente con artritis reumatoide está en terapia esteroidea prolongada, o lo ha estado durante los dos años previos, el odontólogo debe de considerar la posibilidad de que exista una supresión adrenocortical. No prescribir esteroides para un paciente con insuficiencia a--

drenal cortical pre y posoperatoriamente a un procedimiento dental (extracción dentaria, cirugía periodontal, etc.), que puede someterle a una situación tensionante, puede llegar a -- síntomas serios como el colapso cardiovascular. Es imperativo que el odontólogo consulte al médico del paciente cuando premedite una intervención de cirugía bucal, o un procedimiento dental, que debe ser hecho con anestesia general. Además de la terapia mencionada, los pacientes con medicación corticoesteroides que van a ser operados de la boca deben recibir terapia antibiótica para controlar infecciones que pueden difundirse como consecuencia de la supresión del proceso inflamatorio.

El odontólogo necesitará un conocimiento básico de la enfermedad, y mucha tolerancia para conducir a estos pacientes, ya que son un tanto difíciles de manejar y tratar en el consultorio dental. Porque se crean en el transcurso de la enfermedad una disminución de la agudeza mental, junto con la condición física incapacitante.

Si por una u otra manera el tratamiento odontológico fué prolongado, y presenta dolor en la articulación temporomandibular, se le prescribirá el uso de almoadillas eléctricas o rayos infrarojos en la zona adolorida.

2) Artritis Reumatoide Juvenil o Enfermedad de Still.

Se describe como un cuadro poliartrítico crónico, que tiende a ser más agudo que en la forma adulta. La enfermedad puede aparecer en cualquier edad hasta los 14 años de edad: la mayoría de los casos se presenta entre los 18 meses y los 3 años de edad. Ambos sexos son afectados aunque en el femenino es ligeramente más acentuada.

Etiología.

No hay evidencia firme del papel etiológico que desempeñan las infecciones ó los traumas; la presencia de células plasmáticas en el tejido sinovial, así como la gama globulina, sugiere una reacción autoinmune. No debe de excluirse la posibili--

dad de predisposición hereditaria, puesto que ésta puede determinar alguna falta bioquímica en especial que permita la auto-sensibilización de algunos componentes del cuerpo.

Cuadro Clínico (General).

Aunque el cuadro más común es el poliartrítico crónico, - la enfermedad puede presentarse de varias formas. Puede permanecer monoarticular durante varios meses o manifestarse como - fiebre y eritema macular durante largos períodos. Hasta que la presencia de dolor, rigidez y edema articular pongan de manifiesto el diagnóstico. En estos pacientes hay llanto excesivo o retraso para empezar a caminar, hinchazón de varias articulaciones, agrandamiento del bazo y de los ganglios linfáticos, - desarrollo rápido de deformidades de flexión fijas, desgastemuscular y anquilosis de las articulaciones. Las articulaciones afectadas con más frecuencia son las rodillas, muñecas y - columna cervical. Las perturbaciones en la velocidad de crecimiento en la placa epifisaria, adyacente a la articulación -- afectada, puede resultar de un menor desarrollo de un hueso -- por el cierre epifisario prematuro o un sobrecrecimiento de la parte afectada.

El resultado de ésta enfermedad es imprescindible, puede haber remisiones y exacerbaciones, o los síntomas continuar por años con artritis leve que causa incapacidad mínima o una inflamación articular grave con destrucción progresiva y deformidad permanente.

El 75% de los pacientes van eventualmente a la remisión, - sin tener ninguna deformidad residual significativa o pérdida de la función.

Cuadro Clínico (Bucal).

La complicación de la articulación temporomandibular es - un hallazgo común en la artritis reumatoide juvenil y se caracteriza por la capacidad limitada para abrir la boca. El niño - pequeño puede referirse al dolor experimentado en la zona como un "dolor de oídos", cuando la articulación temporomandibular-

está afectada puede producir una maloclusión clase II, división I con protusión de incisivos superiores y mordida abierta anterior, también se puede presentar la micrognasia (provocada por un impedimento en el desarrollo normal de la mandíbula), - se presenta como una deformidad de la niñez, típica de la artritis reumatoide juvenil.

Tratamiento.

El tratamiento para la artritis reumatoide juvenil es similar al de la artritis reumatoide en adultos. Las precauciones que el odontólogo debe de tomar en el tratamiento son también similares. Además, el niño que tiene alguna complicación de la articulación temporomandibular con una micrognasia resultante puede requerir tratamiento ortodóncico.

3) Escoliosis.

La escoliosis es una curvatura lateral o desviación de la columna, que puede dividirse en dos formas: 1) Escoliosis Funcional: Que es una curvatura dentro del margen normal de movimiento de la columna que puede ser corregida voluntariamente por el niño. Este tipo de Escoliosis funcional puede ser causada por una pierna más corta que la otra y se puede corregir colocando un elevador bajo la pierna corta o que el niño se incline hacia el lado convexo de la curva de la columna. Una Escoliosis Funcional también puede ser producida por un trauma que resulte en un espasmo muscular de la espalda. 2) Escoliosis Estructural: Es una curvatura fija de la columna causada por una deformidad de la misma que no puede ser corregida voluntariamente por el niño. La Escoliosis Estructural puede deberse a lesiones como hemivértebra, fusión de costillas, ausencia o parálisis de los músculos de la espalda, destrucción vertebral por infección o tumores. Más comunmente, este tipo de Escoliosis es idiopática y se presenta durante el período de crecimiento, sobre todo en niñas preadolescentes y adolescentes que han madurado rápidamente. La Escoliosis Estructural requiere tratamiento después del cual el pronóstico es excelente utilizando el Corset Milwaukee o mediante otros medios de co-

rrección mecánica de la curvatura espinal, seguida por fusión espinal.

Los sistemas digestivos, respiratorios y cardíacos pueden estar tan seriamente afectados por la escoliosis que el individuo se convierte en un impedido grave, salvo que se le trate.

El cirujano ortopédista ha usado con buen éxito el Corsee-Milwaukee o algún otro dispositivo de fijación extraesquelética, como un molde Risser, para influir y modificar el crecimiento del individuo y establecer una columna vertebral recta. El corsee Milwaukee ejerce una fuerza recíproca de 25 a 4.5 Kg. por un período de 18 a 22 horas por día sobre la mandíbula en desarrollo, a medida que guía el crecimiento de la columna vertebral.

Pero se ha demostrado que los efectos de la fuerza intensa ejercida sobre la mandíbula por el soporte mentoniano del Corsee Milwaukee producen resultados indeseables en la dentición. Los dientes anteriores superiores e inferiores son inclinados hacia labial y los molares son instruídos, especialmente los inferiores; esto resulta en una profundización de la mordida, con una disminución de la distancia de la nariz del mentón.

El Corsee Milwaukee combina las fuerzas más eficaces necesarias para corregir la escoliosis. Está hecho de tal manera que un ceñidor pélvico ajusta la cintura y apoya sobre la cresta iliaca, y a el están unidas barras verticales; una está colocada en la parte anterior y dos en la parte posterior, y se extienden hasta el cuello del paciente, donde encajan en los soportes para la mandíbula y el occipucio. A medida que la curvatura de la columna disminuye durante el tratamiento, las barras pueden alargarse para ejercer una mayor presión sobre la mandíbula y el occipucio. Es esta fuerza ejercida sobre la mandíbula durante el período de crecimiento del paciente lo que causa efectos perjudiciales sobre la oclusión dentaria y el desarrollo normal de la parte inferior de la cara.

Durante el tratamiento activo con el Corsee Milwaukee, y --

por un corto período después, los pacientes experimentan dificultad para abrir la boca normalmente, probablemente a causa de la inactividad de la articulación, con los cambios resultantes en la elasticidad de las cápsulas articulares. La acción de la articulación temporomandibular vuelve a la normalidad poco tiempo después que el paciente deja de usar el Corse Milwaukee, por lo que el tratamiento odontológico puede esperar en casos como operatoria dental. En casos de urgencia odontológica se le atenderá al paciente con cierto grado de paciencia, y tranquilidad ya que como se dijo anteriormente el paciente tendrá ciertas dificultades para la apertura bucal.

4) Miastenia Grave.

Es una enfermedad prolongada que se caracteriza por dos factores principales: 1) Debilidad muscular ó fatiga variable de los músculos estriados voluntarios del cuerpo y un recobramiento rápido de la debilidad muscular que se atenúa con el reposo, y 2) la mejoría de ésta debilidad muscular mediante las drogas de acción colinérgica y anticolinesterasa.

La enfermedad es causada por un defecto en la reacción normal de acetilcolina y colinesterasa en la unión mioneural. Se podía conceptuar a la Miastenia Grave como un mecanismo anormal en la unión entre el nervio y el músculo, que en forma completa o en parte bloquea la acción de la acetilcolina en el músculo y en el receptor terminal. La potencia muscular puede ser restaurada temporalmente dando a los pacientes una droga anticolinesterasa que impide que la colinesterasa descomponga la acetilcolina esencial en la unión mioneural, permitiendo así la transmisión de la acción potencial del nervio al músculo. El uso de estas drogas ha reducido la tasa de mortalidad desde 50% y 75% a menos del 20%. Esta reducción ha resultado en muchos más pacientes que buscan tratamiento odontológico rutinario.

Según datos estadísticos esta enfermedad, por debajo de los 30 años de edad afecta a las mujeres más que a los hombres después de los 30 años de edad afecta más a hombres que a mujeres.

En el cuadro clínico habitual de la Miastenia Grave, la debilidad muscular suele predominar en la musculatura ocular - extrínseca produciendo con lo consecuente la caída de los párpados superiores y la visión doble. Algunos pacientes experimentan dificultades al hablar, masticar y tragar y respirar -- puede hacerse difícil. La complicación bilateral de los músculos faciales resulta por debilidad de los músculos de la expresión causando un aspecto facial vacío.

La complicación más seria es la crisis miasténica, durante la cual el paciente no responde a la droga colinérgicas y - hasta dosis intravenosas grandes no mejoran la debilidad muscular. El paciente es incapaz de expulsar las secreciones de la garganta o de respirar adecuadamente y deben de efectuarse procedimientos dramáticos de emergencia como la traqueotomía para mantener su vida.

Tratamiento.

Antes que nada el odontólogo debe de tener en cuenta algunas de las complicaciones asociadas con quienes presentan la - Miastenia Grave. Si el paciente está en tratamiento de mantenimiento con drogas colinérgicas, hay pocas complicaciones a considerar, los pacientes pueden recibir cualquier tratamiento --- quirúrgico, pero éste debe de realizarse conjuntamente con el médico que lo está tratando, quien puede considerar más aconsejable una terapia intravenosa que una medicación bucal regular y si éste fuera el tratamiento se requiere la hospitalización para el procedimiento quirúrgico. Hay que tener demasiado cuidado en administrar una droga del tipo relajante muscular a esos pacientes antes de una anestesia general, porque puede - presentarse repentinamente una falla respiratoria. Todas las - drogas que tengan una acción depresora respiratoria deben de - ser evitadas en el consultorio odontológico para los pacientes con Miastenia Grave. Y en caso de que el paciente requiera un sedante, el odontólogo debe de consultar con el médico del mismo para juntos establecer el tipo de droga a usar para ese caso particular.

Es importante que los dientes y el tejido gingival estén libres de infección. Ya que los trastornos emocionales y las infecciones que pueden presentarse, tienen un efecto adverso en los pacientes con Miastenia Grave. -- En caso de presentarse cualquier tipo de infección, hay que aumentar en -- forma apreciable la ingestión diaria de drogas colinérgicas.

5) Osteogénesis Imperfecta u Osteopsatirosis.

Es fundamentalmente una falla en la actividad osteoblástica, sobre todo en las capas profundas del periostio, que son las que aseguran el crecimiento del hueso en espesor, siendo la manifestación esencial de la enfermedad una gracilidad de los huesos que les confiere una fragilidad excesiva con las secuelas de deformidades y fracturas consiguientes, como resultado de solamente un trauma leve.

La osteogénesis imperfecta u osteopsatirosis es un defecto congénito en la formación del hueso que hace que la cortical no sea compacta, sino muy delgada y porosa. Aparece principalmente en las edades juveniles. Y se combina a veces con la existencia de escleróticas azules y sordera por alteraciones óseas en el oído interno. Su transmisión es autosómica dominante y en algunas familias se ha repercutido hasta en cinco generaciones; también se presenta en casos aislados.

Las fracturas óseas en los huesos de los pacientes con osteogénesis imperfecta ocurren principalmente en la niñez y con menos frecuencia después de la pubertad. Cuando ocurre una fractura hay una consolidación rápidamente con un callo normal, pero el hueso nuevo que reemplaza al callo es anormal en estructura e inferior al hueso original. Como ya habíamos mencionado con anterioridad de que estos pacientes pueden también mostrar una coloración azul de las escleróticas, sordera progresiva por otoesclerosis, y además también ligamentos flácidos que resultan en una tendencia a dislocaciones faciales de las articulaciones y un trastorno estructural en la formación de la dentina (Dentinogénesis imperfecta). En realidad no se conoce una terapia para la mejoría o cura de ésta enfermedad, que se ve como un defecto del mesénquima y sus derivados.

En los casos graves, las fracturas de los huesos ocurren en el útero y el infante nace con deformidades existentes (osteogénesis imperfecta congénita). En otros casos, las fracturas no son diagnosticadas hasta varios-

años después del nacimiento (osteogenesis imperfecta tardía).

Tratamiento.

La principal dificultad para el odontólogo en el tratamiento de pacientes con osteogénesis imperfecta, es la extrema fragilidad del hueso en ambos maxilares. Una extracción sencilla fácil puede resultar con la fractura de la mandíbula o del hueso alveolar. Hasta simplemente en un procedimiento -- odontológico que el paciente requiera abrir bien la boca puede producir una dislocación de la articulación temporomandibular. Si bien es un tanto fácil reducirla, hay que tener excesivo cuidado de no ejercer demasiada fuerza -- para volver la mandíbula a su posición normal por el peligro de una fractura condilar, debido a lo frágil y delgada que es la estructura del hueso -- condilar. Una gran cantidad de pacientes también muestran la anomalía que -- afecta a la dentición primaria como a la permanente la dentinogénesis imperfecta o dentina opalescente hereditaria. Los dientes son más traslúcidos -- que lo normal, presentan cambios de color y sufren una mayor atracción durante la función normal de la masticación. Los dientes primarios suelen desgastarse hasta la encía antes de exfoliarse. Esta falta de resistencia al -- desgaste normal es muy notoria en la dentición permanente, planteando con -- esto un serio problema para el tratamiento odontológico de pacientes con esta enfermedad. Además de que las raíces de los dientes permanentes son cortas y delgadas, las cámaras pulpares y conductos radiculares suelen estar -- obliterados u "obturados", lo que practicamente hace imposible la terapia -- de conductos. Los dientes suelen ser muy quebradizos de modo que al momento de extraerlos del hueso suele ser un procedimiento quirúrgico difícil.

Los pacientes que sufren de esta particular enfermedad incapacitante -- (osteogénesis imperfecta), suelen ser buenos pacientes, a pesar de sus deformidades físicas y aprecian el tratamiento que se pueda hacer. Por lo tanto, los procedimientos odontológicos de rutina no presentarían graves problemas tomando en consideración las complicaciones que estas pueden tener o -- presentar en el transcurso del tratamiento.

B) Enfermedades que afectan el Sistema Neuromuscular:

1) Parálisis Cerebral.

La parálisis cerebral se refiere a una alteración no progresiva del movimiento o función motora resultante de defectos intracraneales, lesión o enfermedad, producidos antes, durante o poco después del nacimiento. Además

de deficiencias motoras, hay a menudo deficiencias sensoriales y perceptuales, dificultad en el aprendizaje, intensos problemas emocionales y de la personalidad, y retraso intelectual, que se caracteriza por parálisis, debilidad muscular, incoordinación y otros trastornos de la función motora.

Frecuencia.

Es alarmante la frecuencia de las personas con parálisis cerebral. En Estados Unidos de Norteamérica se hizo un estudio en el cual hay 550 000 personas con Parálisis Cerebral. Aunque está dicho que ésta frecuencia no es afectada por factores económicos, sociales o geográficos. La tercera parte de las personas afectadas son menores de 21 años de edad. Aproximadamente un tercio de los niños nacidos con Parálisis Cerebral están tan afectados que no tienen posibilidad de mejorar. Su promedio de vida es de 6 años de edad. Aproximadamente, un tercio están tan mínimamente afectados que no acuden a un centro para el tratamiento de la Parálisis Cerebral hasta que comienza a tener dificultad en el aprendizaje y en mantenerse a la altura de los otros niños de su edad en sus juegos, debido a la ligera incoordinación o andar anormal. El otro tercio de la población afectada por Parálisis Cerebral son los pacientes que se encuentran en tratamiento de rehabilitación de dicha afección.

Etiología.

Los factores etiológicos son múltiples se dividen en: prenatales, perinatales y posnatales que representan el 80 por 100 de los casos. Las principales causas prenatales son: defectos congénitos, algunos de los cuales son genéticos, prematuridad e infección (rubeola), sífilis congénita. De los factores perinatales, el más importante es lesión al nacer, especialmente en el prematuro, lesión anóxica y lesiones de isoimmunización (ictericia nuclear). La causa más importante de Parálisis Cerebral adquirida después de nacer es la infección. Otras causas son traumas, ACV, tumor y complicaciones surgidas después del ataque (convulsiones) y la cirugía.

Existen una serie de datos en los cuales una alta frecuencia de abortos, parto prematuro, parto con producto muerto y enfermedad grave antes de la gestación con el paciente, es frecuente en historias de madres de niños con Parálisis Cerebral. Muchas mujeres sufren náuseas, anemia y sangrado durante el embarazo. Gran número de niños que después exhiben Parálisis Cerebral se encuentran en malas condiciones en la primera hora de vida.

Una demora de seis minutos o más antes de que se produzca la respiración espontánea no es rara.

Clasificación.

La parálisis cerebral es clasificada comúnmente de acuerdo al tipo de perturbación motora presente tomando en cuenta: 1) La clase y extensión del déficit neurológico, 2) La capacidad intelectual, 3) Los defectos sensoriales asociados e incapacidades del aprendizaje debido a los defectos en la percepción, y 4) la capacidad emocional.

La siguiente clasificación del defecto motor ha sido propuesta por la American Academy for Cerebral Palsy:

- a) Espacidad.- Caracterizada por incoordinación en la marcha y exageración del reflejo de extensión en la parte afectada (50 % de los casos).
- b) Atetosis.- Caracterizada por movimiento lentos, en forma de gusano, involuntarios, incontrolables y sin objeto (25 % de los casos).
- c) Rigidez.- Los músculos están hipertónicos; hay notable resistencia al movimiento pasivo, y los reflejos de tendones profundos son normales (15 % de los casos).
- d) Ataxia.- La principal manifestación es un trastorno de equilibrio- el paso es describiendo eses, como un beodo (9 % de los casos).
- e) Tremor.- Puede ser intencional o no-intencional; son movimientos involuntarios que siguen un patrón rítmico regular (1 % de los casos).
- f) Mixto.- En los casos en que existe más de un tipo de trastornos motor, y en los cuales es difícil hacer un diagnóstico bien definido (1 % de los casos).

Diagnóstico.

La capacidad mental en los niños con Parálisis Cerebral es difícil de valorar. Existen muchos factores que pueden reducir la función intelectual aparte de la lesión neurológica propiamente dicha.

Aunque en algunos casos desafortunadamente se dice que el niño con Parálisis Cerebral nació con Retardo Mental en muchos de estos pacientes no lo es, ya que existen otra serie de factores que pueden predisponer o de--

terminar que el niño se haga en un futuro un Retardo Mental. Estos factores los determinaremos en cuatro puntos: 1) Lesión en las áreas corticales que se relacionan con las funciones del lenguaje, 2) Alteraciones en la dominancia lateral necesaria para establecer dominancia cerebral clara. 3) Defectos auditivos y visuales asociados y 4) Vida en un medio ambiente carente de estímulos. Cuando, además, el trastorno motor afecta a los músculos del habla, la expresión verbal es lenta, laboriosa, fatigante o al mismo tiempo, comprensible con dificultad. La función mental puede reducirse también por el uso excesivo de drogas depresoras.

Signos y Síntomas (Generales).

En una quinta parte de los pacientes con Parálisis Cerebral existen problemas visuales significativos y muchos tienen una pérdida en la percepción auditiva, especialmente los atéticos. Por lo menos el 50% de los Paralíticos Cerebrales funcionan a un nivel de inteligencia significativamente retardado. El diagnóstico precoz del daño cerebral es importante para el niño y la familia, ya que muchas complicaciones físicas y emocionales pueden ser controladas o evitadas si los padres reciben ayuda durante el primer o segundo año de la vida del niño.

Signos y Síntomas (Bucales)

Los individuos con Parálisis Cerebral suelen tener problemas dentales mayores que en la población normal. Muy a menudo encontramos hipoplasia del esmalte de los dientes primarios en los niños con parálisis cerebral. El defecto hipoplásico en el esmalte de los dientes primarios puede ser una indicación de la época del daño cerebral al feto en desarrollo. Otro tipo de problemas dentarios que se encuentra más en este tipo de pacientes que en los normales son: una proporción ligeramente más elevada de caries, mayor incidencia de gingivitis, especialmente en aquellos pacientes con un trastorno convulsivo asociado y que esta tomando fenitoína (Dilantina) y una mayor incidencia de maloclusiones, especialmente en el tipo atetoide. El bruxismo intenso es un hallazgo común en el atetoide y en el espástico y esto puede llevar a un cierre de la mordida y a un problema en la articulación temporomandibular.

Los defectos en la dicción y dificultades en la articulación de las palabras son comunes en los paralíticos cerebrales. Los pacientes con ate-

tósis grave, a menudo no pueden hablar, ni tampoco escribir debido a sus movimientos involuntarios incontrolables de los miembros, de modo que no pueden comunicar sus pensamientos, a los otros. Esta situación infortunada puede ocasionarles algunos problemas psicológicos y emocionales grave.

Tratamiento.

El odontólogo general está en condiciones de brindar a estos enfermos un gran servicio, confeccionando una varilla bucal con la que pueda escribir en una máquina eléctrica y comunicarse así con las demás personas. Este sencillo procedimiento puede brindar un enfoque más positivo de la vida y evitar una posible desviación psicológica.

Desafortunadamente el despeje bucal de partículas alimentarias y el evitar la retención prolongada de alimentos en la boca son difíciles para los individuos con Parálisis Cerebral, debido a la función anormal de la lengua, labios y carrillos y a la presencia de un patrón anormal de deglución. Debido a la gran dificultad de masticación y deglución, los Paralíticos Cerebrales tienden a comer alimentos blandos, fáciles de tragar, con mayor contenido en hidratos de carbono. Esto por lo general dificulta también el despeje bucal. La incapacidad para controlar la función muscular hace difícil el cepillado de los dientes, lo que se puede mejorar con el uso de un cepillo eléctrico o si el odontólogo modifica el mango del cepillo para que el paciente pueda tomarlo con más precisión y seguridad.

Mantener una buena atención bucal para individuos con Parálisis Cerebral es una fase importante de su cuidado y tratamiento integral. Una buena dentadura influye favorablemente la nutrición, dicción, salud general y desarrollo emocional del paralítico cerebral. La atención odontológica debe ser iniciada temprano en la niñez y ser mantenida regularmente durante toda la vida. Los procedimientos preventivos deben incorporarse precozmente y no permitir que avance sin tratamiento.

Al paciente con Parálisis Cerebral en el tratamiento den--

tal, se le debe de manejar muy comprensivamente, y con conciencia de que va ha ser un paciente "mimado" y que todo lo que ha ga por él mismo casi siempre estará dado o hecho por las demás personas cercanas a él. Y ya con esto darnos una idea de poder ayudarnos con un reforzamiento por parte de sus padres o familiares cercanos a él. Y en el transcurso del tratamiento - ayudarnos con un eyector quirúrgico (por la rapidez de aspiración) para el babeo anormal que presenta esta clase de pacientes, además de ser más rápidos en la operatoria dental, y tener demasiada paciencia con ellos. Y estar de común acuerdo -- con su médico general de que es lo que se le está haciendo, -- que tipo de medicación, si la hay, está tomando, para no caer en errores que en el futuro puedan afectar a nuestro paciente.

La mayoría de los parálíticos Cerebrales pueden ser tratados bastante bien por el odontólogo general en su consultorio-particular, con sólo un poco más de tiempo, cuidado y paciencia que para los individuos normales.

La Parálisis Cerebral es uno de los trastornos principales que causan impedimentos físicos en niños. La Parálisis Cerebral no es curable, pero tampoco es mortal, y normalmente se hace más tolerable para el paciente mediante tarapia de varios tipos; Ya sea entrenándolos para realizar tareas o labores dentro de sus limitaciones de sus propias capacidades y educando al público sobre los diversos problemas que presentan los pacientes con Parálisis Cerebral.

2) Accidentes Cerebrovasculares (ACV), Ataque o Apoplejía.

Es la interrupción aguda del aporte sanguíneo al cerebro. Este rompimiento de la irrigación vascular puede ocurrir como consecuencia de una hemorragia intracraneal espontánea por una arteria afectada que se rompe, una oclusión vascular causada por una trombosis o la formación de un coágulo o un blocaimiento vascular resultante de una embolia. Una hemorragia cerebral se encuentra habitualmente asociada con arterioesclerosis y ocurre muy comunmente después de los 50 años de edad. La trombosis suele estar asociada también con arterioesclerosis y un --

ataque causado por una trombosis es más común después de los 60 años. Un ataque producido por embolia o un coágulo suelto no es común pero puede ocurrir en cualquier edad.

Un paciente que sobrevive a un ACV puede quedar con algún tipo de impedimento permanente como hemiplejía, epilepsia, ceguera, vértigo, ataxia al caminar, deterioro intelectual, impedimento en la dicción, cambios de personalidad e incoordinación de los miembros. En caso de que la lesión cerebral causada por la interrupción del aporte sanguíneo sea menor, el defecto físico residual será mínimo, permitiendo con esto al paciente funcionar de una manera relativamente normal.

La neurosis de ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes que encontramos en los pacientes con antecedentes de ACV. Los pacientes que antes del ataque eran socialmente bien adaptados, muestran ahora cambios de personalidad y estados depresivos, y en algunos casos muy alarmantes, como para requerir la atención psiquiátrica de un experto.

Si la epilepsia aparece como síntoma después de un ACV, el médico recetará a menudo Difenilhidantoina para controlar los ataques convulsivos. En este caso el odontólogo debe tener en cuenta la posible presencia de hiperplasia del tejido gingival, como resultado de la ingestión regular de esa droga, y por lo mismo examinar y controlar al paciente para el control de esa hiperplasia.

Es primordialmente necesario que si el odontólogo programa tratar a un paciente con antecedentes de ACV consulte a su médico actual, - antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento.

Ningún tratamiento odontológico debe comenzar por lo menos 6 meses después de la enfermedad. Las citas deberán de ser lo más breve posibles para no agotar al paciente. Cuando el odontólogo consulte al médico del paciente debe de investigar qué tipo de medicamento está tomando actualmente el enfermo. Ya que casi siempre en el tratamiento médico de los ACV por trombosis cerebral la terapia anticoagulante es la que se utiliza más a menudo; por lo tanto, estos pueden estar tomando dro--

gas anticoagulantes y el odontólogo tendrá que saber de qué tipo es el medicamento que está tomando y programar su tratamiento de acuerdo a éste. Los anticoagulantes del tipo cumarina tienen un efecto aumentado por los antibióticos y salicilatos, de modo que el odontólogo debe de tener mucho cuidado cuando receta esos medicamentos a pacientes que pueden estar tomando anticoagulantes relacionados con cumarina.

Alejar cualquier tipo de apresión y prevenir la elevación de la presión sanguínea, ya que esto es de mucha importancia durante el tratamiento de un paciente con ACV. Esto podemos prevenirlo recetando un sedante. No obstante, hay que tener mucho cuidado, ya que la sedación intensa puede deprimir la circulación cerebral y causar con lo consiguiente una trombosis cerebral.

Al paciente con antecedentes de un accidente cerebrovascular no hay que negarle atención odontológica en el consultorio, ya que el odontólogo debe de conocer los problemas que pueden presentarse y la manera de hacer para evitarlos.

3) Síndrome de Parkinson.

La enfermedad de Parkinson, ó también denominada parálisis agitante, que resulta casi siempre de destrucción difusa de la sustancia negra, es descrita como un movimiento de temblor involuntario, con fuerza motriz disminuída, en partes que no están en acción y aún cuando reciban apoyo, con propensión a doblar el tronco hacia adelante y al pasar de la marcha a la carrera, estando inafectados los sentidos y el intelecto.

Prevalencia y Etiología.

El Parkinsionismo ocurre más frecuentemente en personas entre 50 y 60 años de edad, aunque otros autores mencionan que es de 45 a 65 años. Esta enfermedad casi siempre es producida por un ataque de encefalitis o deberse a la arterioesclerosis cerebral, intoxicación por CO₂ ó manganeso, traumatismo craneoencefálico, neurosífilis o accidentes cerebrovasculares. La causa - en realidad es a menudo desconocida; en estos casos, la enferme

dad es atribuida a la degeneración de la substancia negra del cerebro.

Se han reportado concentraciones anormales bajas de dopamina, en los ganglios basales después del exámen post-mortem de encéfalos de pacientes con padecimientos de Parkinsonismo.

Signos y Síntomas (Generales)

Al iniciar ésta enfermedad es usualmente insidioso y gradual, y la evolución es lenta. El paciente puede quejarse de rigidez creciente y temblor, expresión del rostro fijo (inmovilidad), tipo máscara, lentitud de movimientos, oscilación disminuida de los brazos y pesadez en los miembros al caminar. La postura es comunmente agachada, con los brazos a los lados, - los codos ligeramente flexionados. Usualmente suceden temblores rítmicos de los dedos, manos y muñecas, algunas veces con temblor a uno y otro lado de la cabeza. La voz tiende a volverse débil, de bajo volumen y monótona. Ocurre temblor intermitente (de 2-61 seg.) el cual empeora cuando el miembro esta en reposo. Estos pacientes suelen tener trastornos emocionales y tratar de intensificar los síntomas de la enfermedad, - debido a la depresión causada por falta de éxito en el tratamiento, ya que casi siempre están inactivos, impedidos solitarios y tienen por lo tanto tiempo de pensar sobre su pronóstico que en algunos casos es reservado.

Las características principales de esta enfermedad son:- 1) La rigidez de la musculatura, en zonas amplias o limitadas del cuerpo, 2) el temblor de reposo de las zonas interesadas, aunque no siempre lo hay, y 3) la pérdida completa de los movimientos y asociados llamada "Acinesia". Así mismo puede haber aumento de la salivación, de la sudación y de la secreción -- seborreica.

Signos y Síntomas (Bucales).

Como se dijo anteriormente estos pacientes tienden a tener movimientos involuntarios incoordinados rítmicos. Por lo-

tanto la musculatura de la masticación estará hasta cierto punto afectada y presentará estos movimientos, por otra parte la lengua también estará afectada por lo mismo. Otro signo será la salivación excesiva, así como la depresión en que encontremos a nuestro paciente.

Tratamiento.

Casi siempre éste tipo de pacientes estarán siendo administrados con el medicamento L-dopa que se creó que es un sustituto de la dopamina, que ya no es secretada por las neuronas destruidas. Esto por lo tanto alivia en gran parte tanto a la rigidez como a la acinesia del paciente Parkinsiano.

Los medicamentos en un momento dado pueden producir sequedad de la boca, que cuando es intensa producen dificultad en la deglución. Si el odontólogo observa que los tejidos bucales están excesivamente secos hay que quedar de común acuerdo con su médico general, para que reduzca la cantidad de medicamentos o lo cambiará por otro más en acorde a nuestro tratamiento. Normalmente, a los enfermos con bocas secas se les indica que chupen caramelos de limón o lima, antes de entrar a consulta, aunque tenemos el problema de descalcificar la dentadura y por lo tanto aumentar las precauciones para producir la caries. -- Por lo tanto el odontólogo debe de tomar las indicaciones necesarias para prevenir la destrucción de los dientes por caries. El tratamiento odontológico en realidad puede ser difícil debido a los temblores comunes en los músculos de la masticación y la lengua.

El paciente como se mencionó anteriormente al momento en que entra en estados depresivos por su enfermedad, descuida un tanto por ciento, la administración de sus medicamentos, pero nosotros como profesionistas que somos debemos de observar esos síntomas. Y tratar de estimular a nuestros pacientes para que no descuiden su asistencia médica y por lo mismo, tomen sus medicamentos.

La actitud del odontólogo en este tipo de pacientes Parkinsianos debe de ser estimulante, mostrar un interés propio -

de su enfermedad y brindarle la más alta cooperación para lograr un bienestar tanto para el mismo paciente como para nosotros como profesionistas.

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

- 1) Apley, John
El Niño y sus síntomas
Barcelona; México, Salvat, 1970
- 2) Brewer, Earl J
Artritis Reumatoide Juvenil
Barcelona: Científico-Médica, 1971
Pág. 8-11, 38-41.
- 3) Finnie, Nancie R.
Parálisis Cerebral Infantil
México; Prensa Mexicana, 1976
Pág. 11-83
- 4) González Mas, Rafael
Tratado de Rehabilitación Médica
Barcelona: Científico-Médica, 1970
- 5) Swallow J.N.
Odontología para el niño físicamente deficiente
en el año Internacional del Niño.
Aust Dent J 1980
Pág. 1-5
- 6) Toole, James F.
Enfermedades Cerebrovasculares
México: Panamericana, 1976.
- 7) Wasserman, Edward
Pediatría Clínica
México: Interamericana, 1975

C A P I T U L O I I I

RETARDO MENTAL

El Retardo Mental o Deficiencia Mental esta caracterizado por la maduración intelectual incompleta o lenta desde los primeros años. Puede ser causado por factores genéticos, biológicos u otros y usualmente da por resultado un desajuste social.

Existen una serie de opiniones con lo que respecta al dar un concepto o definición apropiada del Retardo Mental. La Asociación Americana para la Deficiencia Mental (AADM) señala que:

"El Retardado Mental se refiere al funcionamiento intelectual general significativamente menor que el promedio, coexistente, con deficiencia en el comportamiento adaptativo manifestado durante el período de desarrollo" .

El Retardo Mental es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría como "un funcionamiento intelectual general subnormal que se origina durante el período de desarrollo y está asociado con deterioro de aprendizaje y adaptación social ó maduración ó ambos.

Otros autores afirman que el término "Retraso Mental" es inapropiado porque supone que el desarrollo intelectual simplemente se ha hecho lento, por una razón u otra, pero que podrá acelerarse después. Deficiencia Mental es una designación más precisa, pero muchos la encuentran desagradable y despectiva.

El Retraso Mental en un niño significa que el nivel de madurez intelectual medio probablemente nunca se alcanzará y que el desarrollo intelectual avanzará a un ritmo más lento que el normal.

El grado de la deficiencia mental puede ser valorizada por pruebas psicométricas y clínicas, pudiendo variar desde frontera hasta severa. El Retardo Mental se considera existente si el Coeficiente Intelectual (CI) es inferior a 70. La frontera es aquella con CI entre 70 y 50 que corresponden en inteligencia al promedio de un niño de 10 años de edad. Ellos a menudo pueden aprender a leer y escribir y posiblemente ser autodependientes. Los imbeciles son aquellos cuyo CI esta entre 50 y 20-

y corresponden en inteligencia al promedio normal de un niño de 7 años de edad. Ellos son adiestrables y pueden aprender -- cierto grado de autocuidado. Los idiotas tienen un CI de 20, -- corresponden en inteligencia a un promedio de un niño normal de 3 años de edad y a menudo presentan un problema severo de -- custodia durante toda su vida.

Clasificación de Retardo
M e n t a l

	C I	Grados de Retardo Mental
Asociación Psiquiátrica Americana (APA)	70-85 50-70 0-50	Deficiencia Mental Ligera Moderada Grave
Organización Mundial de la Salud (OMS)	50-69 20-49 0-19	Subnormalidad Ligera Moderada Grave
Asociación Americana para la deficiencia Mental (AADM)	68-83 52-67 36-51 20-35 0-20	Fronterizo Leve Moderada Grave Profundo

Cuadro No. 1

En el caso de las personas que tienen Retardo Mental, sus capacidades intelectuales siempre están por debajo de la media pero en algunos casos, el Retardo Mental es más profundo que en otros.

Existen varias organizaciones o asociaciones en las cuales toman el criterio del Retardo Mental desde leve a grave -- (Ver cuadro No. 1). Al investigar los diferentes análisis de -- las diversas asociaciones llegamos a la conclusión de que la -- Asociación Americana para la Deficiencia Mental (AADM) era la-

más acertada en cuanto a sus estudios en el Retardo Mental.

La AADM basándose en la prueba Stanforbinet ha dividido - la inteligencia o el CI en 5 niveles que son:

1) Fronterizo.- Sujetos con CI entre 68 y 83 que pueden - no mostrar problemas en el desarrollo, socialmente adaptables, capaces de cursar algunos grados escolares y sostenerse económicamente así mismo pero nunca llegaran a alcanzar el nivel -- normal.

2) Leve.- Sujetos con un CI entre 51 y 67. Durante los -- primeros años pueden adquirir habilidades sociales, tienen un Retardo mínimo en las áreas sensomotoras, y con frecuencia no se distinguen del niño normal hasta después de los 5 años de - edad. Al llegar a la adolescencia, es capaz de cursar la prima ria, es adaptable socialmente y puede ser entrenable para que aprenda a sostenerse económicamente así mismo.

3) Moderado.- Sujetos dotados con un CI entre 36 y 51. En su infancia puede hablar y aprender a comunicarse, tiene dificultad para establecer relaciones interpersonales, y no se adapta fácilmente a nuevos ambientes. Generalmente no puede estudiar más del 2do. año de primaria, pero logran sostenerse -- económicamente así mismo, realizan trabajos semi-especializa-- dos o no especializados. Puede presentar: lesiones cerebrales-- desordenes metabólicos y anormalidades genéticas. Su coordina-- ción motriz es deficiente, además su peso y estatura son infe-- riores a lo normal.

4) Grave.- Poseen un CI entre 20 y 35. Tienen un escaso - desarrollo motor y su lenguaje es mínimo. Generalmente hablan y aprenden a caminar tardíamente, pero logran aprender algunos hábitos elementales como el aseo y la limpieza. Si se le super-- visa constantemente es capaz de contribuir parcialmente a su - propio sostenimiento, además presentan desordenes de tipo neu-- rológico.

5) Profundo.- Casi siempre su CI es menor a 20. En sus -- primeros años hay un retraso total en su desarrollo sensomotor,

Necesita de cuidados especiales, ya que no pueden bastarse así mismo. Tienen múltiples defectos corporales y neurológicos. Generalmente tienen que estar en la cama o permanecer en un silla de ruedas.

El CI se obtiene dividiendo la edad mental (EM), que representa el nivel de realización, por la edad cronológica (EC) y multiplicando el resultado por 100. De modo que un niño de 8 años (EC=8,0) para quien la prueba psicométrica demuestra un nivel de realización equivalente a 4 años de edad (EM=4,0) tendría un cociente intelectual de 50:

$$\frac{(EM) \quad 4,0}{(EC) \quad 8,0} \times 100 = 50$$

Basado en este método de medición, la clasificación diagnóstica de Retardo Mental se relacionará con el CI.

Etiología.

Ya que enumerar todas las entidades que podían provocar el Retardo Mental, sería un tanto ahondarnos más en el tema, por lo que únicamente haremos referencias, a los factores más relevantes que determinan esta patología.

- I.- Defectos Cromosómicos.
- II.- Defectos Congénitos (anomalías congénitas del cerebro)
- III.- Defectos Metabólicos de origen hereditario.
- IV.- Adquiridos.
 - a) Prenatales
 - 1.- Infecciones
 - 2.- Irradiación
 - 3.- Prematurez
 - 4.- Toxemia de la Gestación
 - b) Perinatales
 - 1.- Lesión Anóxica del cerebro
 - 2.- Laceración del cerebro
 - c) Postnatales

- 1.- Infecciones
- 2.- Trauma Cerebral
- 3.- Hipoglucemia
- 4.- Accidentes cerebrovasculares espontáneos
- 5.- Nutrición Inadecuada, factores culturales y sociales-
que pueden producir cierto grado de mal funcionamiento intelectual.

Signos y Síntomas (Generales).

No está dentro del propósito de éste capítulo tratar de dar un diagnóstico diferencial exhaustivo de los centenares de síntomas conocidos que influyen en las enfermedades que provocan el Retardo Mental. Se tratará simplemente el síndrome más común y conocido en nuestro medio, llamado síndrome de Down a nivel sintomatológico (General y Bucal). Para posteriormente hablar de los aspectos bucales, pero limitandonos exclusivamente al Retardo Mental como tal.

Síndrome de Down.

El mejor conocido y más frecuente de los defectos cromosómicos es el Síndrome de Down o Mongolismo. Se ve en todas las razas y grupos étnicos y en todos los niveles socioeconómicos. La frecuencia exacta no se conoce, principalmente porque no se reconoce a menudo durante el período neonatal, y muchos niños mueren antes de que lleguen a una edad para que puedan ser considerados. En un estudio de 14 000 nacimientos se encontró que la frecuencia era de uno en 300 nacimientos. Investigaciones de los certificados de nacimientos de mongoloides en Instituciones muestran que solo la mitad se reconocen al nacer. -- Los niños en el Síndrome de Down representan 10 por 100 de la población de institutos para defectuosos mentales. Los niños son afectados más frecuentemente que las niñas.

Signos y Síntomas (Generales en Síndrome de Down).

Hay cuatro características clínicas principales en el Mongolismo: una facie distintiva, retraso Mental, Hipotonía gene-

realizada y cardiopatía congénita.

La cabeza es pequeña, pero no anormalmente, y braquicefálica, los ojos tienen sesgo hacia arriba y hacia afuera, hay pliegues en el epicanto. Es prominente el Maxilar Inferior. -- Son frecuentes los cambios en los ojos y aparece inflamación de las conjuntivas y los párpados, estrabismo y, ocasionalmente cataratas. Se ven comunmente manchas de Brusfield (manchas blancas en la periferia de la iris). La lengua es grande, basta y con estrias (lengua geográfica), y a menudo sobresale. El cuello es corto y ancho, y puede haber pliegues en la piel -- (pliegues simianos), cabello fino y delgado. Suele haber clino dactilia del dedo meñique.

Los padecimientos orgánicos más frecuentes en este tipo de Síndrome son: alteraciones cardiacas, trastornos de la tiroides, son personas muy propensas a infecciones, y frecuentemente presentan enfermedades de tipo respiratorio.

Un síntoma constante es el Retraso Mental, pero no es aparente **hasta varios** meses después del nacimiento. El desarrollo avanza a un ritmo bastante bueno durante los primeros meses de vida, pero se produce una desaceleración de la velocidad del desarrollo durante el segundo semestre, y algunas veces antes.

Como lactantes, los mongoloides son tranquilos y plácidos. El desarrollo está grandemente retrasado, y muchos no hablan hasta los seis años o más. Se vuelven más activos y despiertos durante los años escolares y a menudo muestran gran afición -- por la música. Como regla, son de disposición alegre y solo raramente sufren ataques de irritabilidad. Pero se han efectuado estudios de observación en el hogar en que los mongoloides poseen una gran capacidad social relativamente alta. Y en algunos casos un desarrollo Mental mayor que el insospechado.

En gran porcentaje de los casos las huellas de las manos muestran características diferentes con relación a las normales (pliegues simiano). En los niños se ve con frecuencia pene escroto y testículos pequeños. En los mongoloides de más edad el pequeño tamaño de los órganos genitales no es tan evidente.

En un estudio realizado llamó la atención una deficiencia del tejido mamario en el mongoloide varón recién nacido. Al nacer, la piel generalmente es blanda y aterciopelada al tacto. En otro estudio realizado se vieron cambios en los huesos pélvicos.

La expectativa de vida es notablemente reducida. Aunque se han producido ciertas mejorías en años recientes. La cuarta parte muere durante los seis primeros meses de vida y a la mitad en el primer año. La mitad del resto mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Un número considerable sobreviven hasta la madurez. Las causas principales de muerte prematura son enfermedad cardíaca y neumonía. Son un tanto, un caso incierto, pero muchos niños que se encuentran bien en su hogar mueren poco después de ingresar a una institución.

Signos y Síntomas (Bucales en el Síndrome de Down).

En niños con Síndrome de Down es frecuente encontrar ausencia de algunos dientes por ejemplo ambos incisivos laterales superiores o bien presentar algún retardo de erupción.

La morfología dentaria también puede estar afectada, pues las piezas dentarias tienden a ser más pequeñas que lo normal (microdoncia) y son de una forma redonda o cónica. Por otro lado los incisivos inferiores temporales suelen tener forma de clavija.

Suele presentarse macroglosia con protusión de la lengua, lengua escrotal, mordida abierta anterior, anomalías palatinas (paladar alto y rugas anteriores prominentes), maxilas superior hipoplástico, tendencia del maxilar inferior a oclusión clase III Angle (prognatismo), dientes primarios que no se exfolian, patrones de erupción aberrantes, hipoplasia del esmalte, anodoncia, dientes supernumerarios.

Numerosas investigaciones han revelado que los niños mongoloides tienen una notable resistencia a el ataque de la caries, se ha observado que el número de caries que presentan es inferior al de los niños normales. Sin embargo también han encontrado que este tipo de sujetos presentan enfermedades parodontales como gingivitis crónica generalizada, que consecuente

mente a medida que pasa el tiempo se va agudizando llegando - casi a formarse bolsas parodontales y pérdida de tejido óseo - en niños de temprana edad.

Un gran número de mongoloides tiene empuje lingual debido a: 1) Macroglosia (lengua agrandada), y 2) Espacio reducido de la boca (con una lengua normal).

Signos y Síntomas (Bucales en niños con Retardo Mental).

Las lesiones cariosas avanzan más rápidamente en los niños que presentan Retardo Mental por alguno de los siguientes factores: 1) La configuración de sus piezas dentales inadecuada (malposición dentaria), 2) No tienen hábitos de higiene, o su cepillado es defectuoso, y 3) Existe falta de Calcio, en el desarrollo.

La enfermedad parodontal es uno de los principales padecimientos que presenta este tipo de niños, la gingivitis crónica generalizada con hemorragia gingival puede ser observada en la dentición primaria. En la dentición mixta, las pigmentaciones - el tártaro dentario y la materia alba con sangrado gingival -- son trastornos que se observan con mayor frecuencia. Durante la adolescencia, la enfermedad parodontal se acentúa de manera crónica.

Los factores que constituyen en la incidencia de trastornos parodontales son:

- Falta de higiene bucal
- Falta de estimulación interdientaria que se realiza con el cepillo.
- Falta de tratamiento proliferático.
- Ausencia de un estímulo funcional como serían los movimientos de la masticación de los alimentos..
- Comida incompactada.
- Tártaro dental.
- Materia alba.

Entre los hábitos comunes de los niños con Retardo Mental tenemos:

- Bruxismo.
- Respiración bucal.

El bruxismo generalmente se manifiesta durante el sueño, y puede deberse a una gran tensión emocional en el niño. Escausante a esto, la atracción de la pieza dentaria, dolor en la articulación temporomandibular, y traumas oclusales.

La respiración bucal es la que el niño hace por medio de la boca durante el período del sueño, en algunas ocasiones se presenta durante todo el día y puede ser causada por obstrucción del Aparato Respiratorio o por hábito.

Tratamiento (del Síndrome de Down) .

Los sujetos con Síndrome de Down, pueden recibir un tratamiento igual que los niños normales, y al parecer no hay -- contraindicaciones para el anestésico local.

Estas personas a pesar de las deficiencias mentales que presentan pueden ser entrenados para que se cepillen los dientes adecuadamente, ya sea con un cepillo normal, con un eléctrico, o con uno de pilas. Cuando el Retardo Mental es profundo, se recomienda el entrenar a su familia para que pueda proporcionarle esta asistencia.

En estos casos, los aparatos ortodónticos y protésicos - están contraindicados por las siguientes razones:

- El mal estado gingival.
- La lengua grande (Macroglosia) .
- El tono muscular pobre que hace difícil la retención.
- Falta de cooperación.
- Raíces cortas.

Los niños con enfermedades cardíacas congénicas necesi--tan un plan de tratamiento especial, ya que este variará de--pendiendo del estado de salud en que se encuentre.

Tratamiento (Del Retardo Mental) .

Para poder iniciar cualquier tipo de tratamiento es nece

sario conocer el grado de Retraso Mental que tiene el paciente, pues en el caso de los niños educables, el odontólogo puede tratarlos como a los niños normales mostrándose cariñosos pero a la vez con fineza.

Cuando el retardo mental es severo y no se puede ejercer control sobre el niño, entonces se recomienda utilizar la anestesia general o cualquier otro método que permita trabajar -- sin la necesaria cooperación del paciente.

Es importante entrenar a los niños a cepillarse los dientes adecuadamente, sin embargo cuando esto no se logra se debe responsabilizar a los padres de éste cometido.

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

- 1) Backwin, Harry

Desarrollo Psicológico del Niño Normal y Patológico
México: Interamericana, 1974.
Pág. 118-121, 140-144, 146-47, 149-52, 155-57, 159-60, 169, 290-94, 579-83.

- 2) Nystron, E.

Un programa preparado para el tratamiento en el cepillado de dientes en las Escuelas de Niños - Retrasados Mentales
Austria, 1979.
Pág. 323-324.

- 3) Richard Roch

Cepillado en Niños con Retraso Mental.
J. Dent Child, 1979
Pág. 7-16.

C A P I T U L O I V

MALFORMACIONES CONGENITAS

Para poder definir el concepto de Malformación Congénita- necesitamos recordar el origen etimológico del término y enmarcarlo en las modificaciones que le ha impuesto el dinamismo de recientes investigaciones.

Malformación etimológicamente significa anormalidad de la forma (anatomía) de un organismo, y congénita que significa -- presente al nacer.

Esta definición probablemente fué suficiente para la medicina antigua, pero el mejor estudio de la anatomía profunda -- (por ejemplo el descubrimiento de las malformaciones y, más recientemente, de la bioquímica como base de las alteraciones metabólicas congénitas) han llevado a una ampliación del concepto.

Así con el tiempo llegamos a la definición de Brent: "Malformación Congénita es un defecto permanente anatómico, histológico o químico que no puede ser reparado por el crecimiento o desarrollo del organismo".

Etiología.

El desarrollo embrionario es un proceso evolutivo y su división esquemática en períodos obedece más bien a razones didácticas o de investigación, que a verdaderas etapas definibles.

Por tanto, es importante la diferencia de sensibilidad -- que presenta el feto, según el momento de su desarrollo, a los agentes potenciales teratógenos:

a) El embrión es más susceptible a los agentes ambientales durante las primeras 8 semanas de gestación pero ocasionalmente los efectos teratógenos pueden producirse en etapas más tardías.

b) La constitución genética del embrión influye en la respuesta al agente.

c) Los agentes teratógenos disminuyen la sobrevida del em

brión.

d) Los agentes que afectan el desarrollo embrionario generalmente no producen efectos clínicos en el organismo materno.

De cualquier modo conviene recordar en un cuadro, como -- puede fragmentarse el desarrollo intrauterino para fines de este estudio:

Estudios embrionarios y alteraciones del desarrollo.

Estadio embrionario	Día de evolución	Fisiología	Fisiopatología
Gametos	8-1	Gámotogénesis	Gamatopatías
Huevo	1-15	Blastogénesis	Blastopatías
Embrión	16-72	Organogénesis	Embriopatías
Feto	73-280	Maduración	Fetopatías

En general los defectos congénitos pueden deberse a diversas causas:

Causas de la malformaciones congénitas:

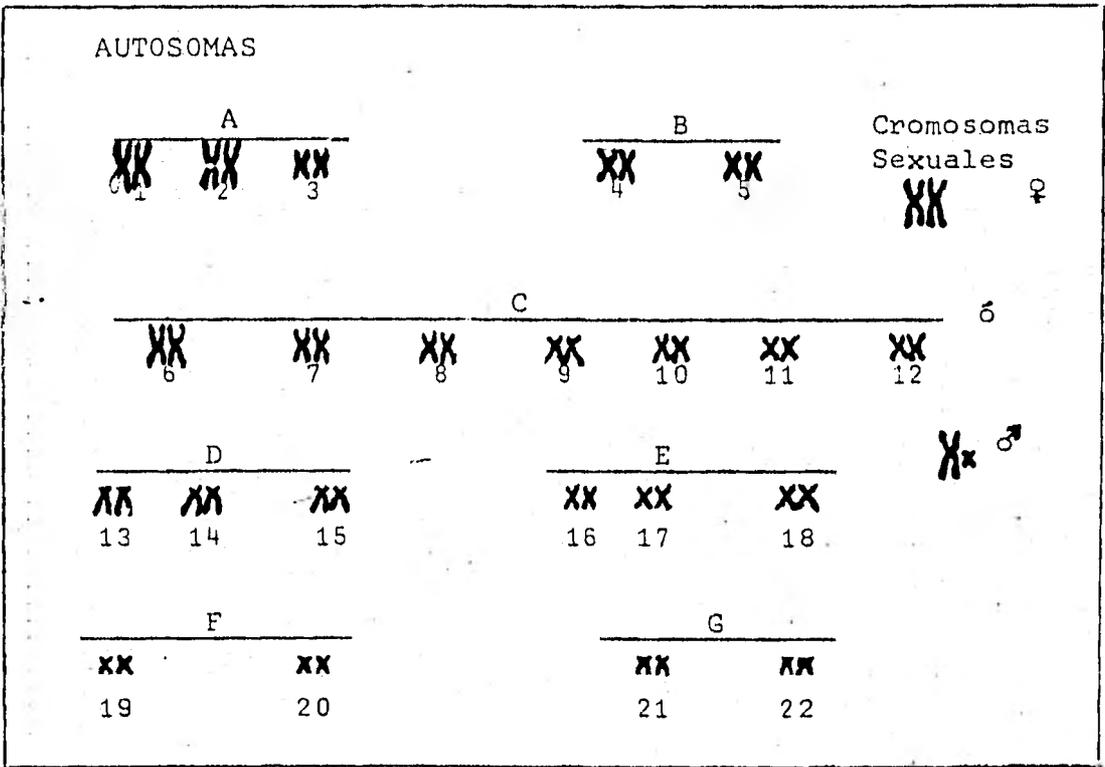
Alteraciones cromosómicas	3-5%
Mutaciones génicas	20%
Agentes ambientales	
radiaciones	1%
infecciones	2-3%
alteración metabólica materna	1-3%
drogas y agentes químicos	2-3%
Desconocida (incluye herencia multifactorial)	60-70%

A continuación enumeraremos cada una de ellas:

1) Alteraciones Cromosómicas:

El número de cromosomas en la especie humana es de 46, 44 autosomas y 2 cromosomas sexuales: XX en la mujer y XY en -

el varón.



* Esquema que muestra los 44 autosomas, con los respectivos cromosomas sexuales situados a la derecha.

Los cambios en el número de éstos cromosomas pueden originar una aneuploidia, que se define como una desviación del número diploide de un cromosoma; las células pueden ser hipodiploides (45) ó hiperdiploides (47 a 49); también puede originar una monosomía que es cuando falta un cromosoma; éstos embriones suelen morir.

Dentro de las alteraciones numéricas más conocidas están las hiperploidías, y en éste grupo las más frecuentes son las llamadas trisomías, o sea un cromosoma extra de un determinado par. De éstas la más común es la del cromosoma 21, que origina el Síndrome de Down, que se caracteriza por retraso mental, hendiduras palpebrales oblicuas, epicanto interno bilateral, depresión del puente nasal, protrusión lingual, pabellones auriculares malformados, anomalías cardíacas, pliegue de simio-

en las palmas de las manos, clinodactilia e hipotonía muscular generalizada.

¿A qué se deben estas alteraciones? Normalmente como ya se explicó todas las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas, menos las células sexuales que tienen 23, esto es porque dichas células están hechas para que se unan con otra célula sexual y formen un nuevo ser con el número cromosómico de nuestra especie 46.

Sin embargo éstas células sexuales no siempre han tenido 23 cromosomas, antes de alcanzar su proceso completo de maduración tenían 46 cromosomas y pasan por un período de división reduccional llamado meiosis mediante el cual a partir de una célula madre de 46 cromosomas van a quedar 2 células hijas con 23 cromosomas. Después estas dos células hijas vuelven a dividirse (meiosis II) pero ahora generan 2 células hijas con el mismo número cromosómico de la célula madre (23). De tal manera que al terminar la meiosis quedan 4 células con 23 cromosomas.

¿Qué factor ocasiona que durante éstas divisiones se vaya un cromosoma de más de una célula y de menos a la otra?. Desafortunadamente se desconocen las causas. Sin embargo se ha visto que la frecuencia de productos que presentan trisomías en especial la 21 (que es la más frecuente), aumenta considerablemente con la edad materna, especialmente después de los 35 años de edad.

2) Mutación de un gen o un par de genes:

Los factores hereditarios o genes que determinan todas las características de las personas se encuentran distribuidos por pares y están localizados en los 46 cromosomas característicos de la especie humana.

Los genes están constituidos por DNA (ácido desoxirribonucleico) y de hecho un gen es una porción de DNA que contiene la información específica para la síntesis de un polipéptido.

De esta forma los genes controlan la síntesis de todas las proteínas del organismo ya sean estructurales o enzimáticas.

cas. Cuando un gen muta, se altera la secuencia de aminoácidos del polipéptido y en consecuencia la función de la proteína correspondiente. La manifestación de esta anomalía genéticamente determinada puede ser una enfermedad metabólica, defectos funcionales en diversos órganos y sistemas o bien malformaciones congénitas.

¿Qué causa una mutación de estos genes?

Muchas de ellas son espontáneas sin que se encuentre una correlación directa de alguna causa, sin embargo, se ha visto que el índice de mutaciones en células en cultivo in vitro aumenta con la exposición a radiaciones ionizantes como son los rayos X, radiaciones de luz ultravioleta, el uso de ciertos -- agentes químicos que influyen de manera directa en la síntesis de DNA, como los antimetabólicos (alquilantes, actinomicina D, - mitomicina) y los inhibidores de la síntesis proteica (puromicina) y de la mitosis (colchicina).

3) Herencia Multifactorial:

Por otra parte, tenemos defectos en el desarrollo causados por varios genes (poligénicas) en los que también influye para que aparezcan, la presencia de factores ambientales, por esto se les conoce como multifactoriales. La gran parte de las malformaciones únicas mas comunes son debidas a éste tipo de herencia y entre ellas se encuentra el labio leporino y paladar hendido, los defectos del cierre del tubo neural (anencefalia, mielomeningocele), la luxación congénita de la cadera, etc.

En estos como se ve, la influencia del medio ambiente es muy importante, para ilustrar citaremos como ejemplo la diabetes, influye mucho tener una carga genética para ésta enfermedad, como el tener dos abuelos, dos tíos maternos diabéticos - etc, pero si además propiciamos un ambiente favorable para que se desarrolle la enfermedad como es el sobrepeso, situaciones de stress físicos y emocional (muchos embarazos), es más fácil que se desarrolle en una persona que ya tiene una carga genética para dicha enfermedad.

4) Agentes Ambientales:

Múltiples agentes físicos, químicos, biológicos, maternos y mecánicos pueden afectar el desarrollo normal del embrión y en consecuencia producir malformaciones congénitas. Estos agentes se denominan Teratógenos.

Es decir una agresión ambiental durante las dos primeras semanas que siguen a la fecundación interfiere en la implantación del Blastocito, produce muerte temprana, y por lo mismo aborto.

Se trastorna el desarrollo del embrión con más facilidad sobre todo entre los días 13 y 60 (Período Organogénético); -- aquí los agentes teratógenos pueden ser mortales, pero existen más posibilidades de producir anomalías morfológicas de primer orden. Es muy probable que los trastornos que ocurren en el período fetal produzcan defectos de tipo fisiológico, anomalías morfológicas menores y trastornos funcionales a nivel de sistema nervioso central.

a) Agentes físicos.

Radiaciones:

Las radiaciones a las cuales está más expuesto el ser humano son los rayos alfa, beta y gama emitidos por sustancias radiactivas, y los rayos X generados por aparatos de diversos tipos. Estos son capaces de interferir con el crecimiento, producir muerte embionaria y déficit fisiológico postnatal, si se utilizan en dosis altas generalmente muy superiores a las empleadas para diagnóstico radiológico.

Las consecuencias de los importantes cambios físico-químicos que se producen en la materia viva por acción de la radiación se pueden estudiar en tres distintos niveles; los efectos sobre todo el organismo, sobre el mesénquima, sobre la célula individual.

Cada órgano o tejido es particularmente sensible a la acción teratógena de la radiación cuando está en proliferación o en proceso de diferenciación. En la mayoría de los tejidos esto ocurre en un período de organogénesis. Pero el tiempo res

tante hasta el nacimiento, y aún después de él, todavía algunos órganos se encuentran en la etapa de diferenciación y por lo tanto son más susceptibles a presentar lesiones. Esto es -- cierto en el Sistema Nervioso Central y en especial en el cerebelo.

La lista de lesiones descritas es bastante extensa: nis--tagmo, amaurosis, microftalmía, cataratas, retinitis, estrabismo, defectos de coordinación y deficiencia mental, defectos de osificación craneana, hidrocefalia, microcefalia, hendidura -- del paladar, espina bífida, pie zambo y deformidades de los antebrazos.

Los más recientes estudios (investigación animal y obser--vaciones sobre seres humanos) puede concluirse que:

- 1) No se han observado alteraciones somáticas en embrónes irradiados antes de las dos semanas de vida. Esto se debe probablemente a que una mínima lesión en tejidos tan radiosensibles |produce una muerte precoz y la gestación pasa inadvertida por lamadre.
- 2) El período crítico", es decir el que comprende entre las 2- a 6 semanas de vida, es el momento durante el cual se produce una amplia gama de malformaciones.
- 3) El problema puede observarse aún después del "período crítico", hasta el término de la gestación. Debemos recordar que -- por su pequeño tamaño el feto recibe la radiación sobre todo - el cuerpo y por ello las consecuencias mayores son a menor dosis.
- 4) Parece ser que las dosis capaces de producir daños somáti--cos tienen umbral. No se han observado malformaciones en seres humanos con dosis menores de 25r. Sin embargo los datos obtenidos se refieren a lesiones graves y no pueden descartarse le--siones más sutiles, que se pondrán de manifiesto mucho tiempodespués, como sería el caso de la leucemia.
- 5) La lesión embrionaria no produce fatalmente el aborto. Solo dosis mayores de 360ro pueden provocar el aborto en el 90% de los casos.

6) La única dosis genéticamente segura es cero. La posibilidad de producir mutaciones no tiene umbral. El efecto es acumulativo y aún la dosis más pequeña tiene probabilidades de producir una o varias mutaciones.

Dosis de Radiación Absorbida por el Feto

Tiempo de gestación	0 a 1r	1 a 10r	10 a 25r	25 a 100r	100 a 400r	de 400
2 semanas	Dosis admisible.	Posible muerte. En caso contrario nace sano.	Muerte precoz	Muerte precoz	Muerte precoz	Muerte precoz
El aborto puede pasar inadvertido						
2 a 6 semanas	Dosis admisible.	No hay alteraciones morfológicas.	Posibles malformaciones.	Probables malformaciones graves.	Seguras malformaciones graves.	Muerte
Más de 6	Dosis admisible.	No hay alteraciones morfológicas.	No hay alteraciones morfológicas.	Probables lesiones graves.	Seguras lesiones graves.	Muerte

Posible: Que puede suceder.
 Probable: Hay buenas razones para creer que sucederá.
 Seguros: Sucederá infaliblemente.

b) Agentes biológicos:

En la intimidad del ámbito materno, el feto está relativamente protegido de los agentes infecciosos ambientales, si la-

infección llega al feto, lo hará por una de las dos vías posibles: la hemática (transplacentaria) y la amniótica (transovular).

De los agentes infecciosos, son los virus (muy pocos de ellos) los que han demostrado capacidad para producir malformaciones fetales. Las bacterias y los espirilos pueden afectar la morfología fetal por el proceso inflamatorio que desencadenan y otro tanto cabe decir para pocos microparásitos como el toxoplasma. La información existente en la actualidad en cada una de las infecciones conocidas como probables teratogénicas merece especial atención la Rubéola.

Rubeola:

Se dice que de un 15 a 20% de niños nacidos de madres que contrajeron rubeola en el primer trimestre de embarazo tienen deformaciones congénitas, las cuales pueden ser: cataratas, malformaciones cardíacas y sordera, en algunos ocasiones también anomalías como: gláucoma, microcefalia, defectos dentales como hipoplasia dental, etc.

Entre más pronto ocurra la rubeola en el embarazo, mayor será el peligro de deformación en el embrión. En la mayoría de los lactantes hay malformaciones congénitas, si la enfermedad ocurre en las primeras cuatro a cinco semanas siguientes a la fecundación y es que en éste lapso encontramos los períodos organogénéticos más susceptibles de ojos, oídos, corazón y cerebro. El peligro de malformaciones debidas a la rubeola en el segundo y tercer trimestre de embarazo son relativamente bajos pero defectos funcionales del Sistema Nervioso Central pueden deberse a infecciones que ocurren inclusive en la vigésima quinta semana.

Toxoplasma Gondii:

Es un protozoario tipo parásito intracelular puede contraerse de la carne comestible cruda o mal cocida o por el contacto con los animales ifestados. Este germen puede cruzar la membrana de la placenta e infectar el producto, y de ésta forma produce cambios destructivos en cerebro y ojo que dan como

resultado microcefalia, microftalmía e hidrocefalia.

Otros microorganismos:

Después de numerosas pruebas se explica que el virus del herpes genital puede producir malformaciones congénitas tales como: microcefalia, hidrocefalia, microftalmía etc.

Por otra parte el germen de la sífilis puede producir agotamiento de los tejidos fetales, hipoplasia dental, meningitis fetal, retraso mental, hidrocefalia y sordera.

c) Factores Maternos:

Las enfermedades maternas endócrinas o metabólicas pueden afectar el desarrollo del embrión, y repercutir en patología fetal, por ejemplo la diabetes no tratada, hipertiroidismo que causan: Meningocele, hidrocefalia, fisura palatina etc.

Medicamentos teratógenos:

* Las sulfonamidas pueden representar un riesgo para el recién nacido por su competencia con la bilirrubina para ocupar los sitios de ligadura con la albúmina, sin embargo tienen poco efecto teratógeno.

* La estreptomycinina y la dihidroestreptomycinina se han empleado extensamente como agentes antituberculosos. La conocida Ototoxicidad en los adultos aparentemente puede ocurrir también en el feto y se reportan más de 30 casos de deficiencia auditiva y lesión del octavo par craneal en niños expuestos a derivados de la estreptomycinina en útero.

* La tetraciclina forma un complejo quelado con el ortofosfato de calcio y se incorpora a los huesos y los dientes si está presente durante el período de calcificación. Los dientes deciduos (pero no los permanentes) comienzan a calcificarse durante el quinto mes de vida fetal; si se exponen a la tetraciclina aparecerán amarillos y producen fluorescencia amarilla brillantes, cuya intensidad es directamente proporcional a la dosis total de tetraciclina. Después de varios años de exposición a la luz, los dientes amarillos serán de color gris a par

do. Además de éste problema cosmético, los dientes que contienen tetraciclina presentan hipoplasia del esmalte y son más propensos a las caries. Los huesos comienzan a calcificarse a los dos meses de gestación y si se exponen a la tetraciclina en útero también pueden incorporarla; no obstante los huesos que contiene tetraciclina no parecen ser más propensos a las fracturas.

Substancias consumidas Socialmente:

Uno de los más importantes riesgos teratógenos para el feto se deriva de la ingestión de alcohol por la madre, ya que puede causar retraso en el crecimiento intrauterino, anomalías oculares, anomalías articulares, soplos cardíacos, etc.

La ingestión moderada de alcohol durante el embarazo puede acarrear un riesgo significativo. De 16 mujeres que bebían 60 ml. de alcohol o más diariamente, el 19% tuvo hijos con estigmas del Síndrome del alcoholismo fetal; de 54 mujeres que bebían entre 30 y 60 ml. de alcohol diariamente, el 11% de sus hijos tenía por lo menos rasgos parciales del síndrome de alcoholismo fetal.

El tabaquismo materno es una causa bien establecida de retraso en el crecimiento intrauterino. También hay pruebas de que el tabaquismo aumenta el riesgo de nacimientos de fetos muertos. La influencia del tabaquismo materno sobre la incidencia de malformaciones congénitas es confusa: la mitad de los estudios comunica una incidencia aumentada y la otra mitad afirma una incidencia disminuida.

e) Factores Mecánicos:

El desarrollo fetal normal puede alterarse por la acción de fuerzas mecánicas aberrantes. Así, en los embarazos múltiples la incidencia de malformaciones es más alta que en los embarazos únicos ya sea por el proceso de gemelaridad mismo o por falta de espacio intrauterino.

f) Causas desconocidas.

Desafortunadamente en un alto porcentaje de casos no es

posible determinar la etiología de los defectos del desarrollo por una parte, porque todavía no se han aclarado los mecanismos que regulan la morfogénesis y por otra se desconocen las interacciones sutiles entre herencia y medio ambiente.

Defectos Orofaciales Congénitos:

Las fisuras faciales se pueden producir a lo largo de diferentes planos de la cara, y se deben a las fallas o defectos de desarrollo, o a alguna anomalía en la maduración de los procesos embrionarios. Y se pueden reconocer anomalías como las hendiduras oblicua y transversal de la cara, que van desde el labio superior o ala de la nariz hasta el ojo y desde la comisura labial hasta el oído respectivamente, de éste tipo de fisuras faciales es el labio leporino y paladar hendido, que es el más frecuente de los defectos orofaciales congénitos mayores.

El labio y paladar hendido.

Labio leporino.- Esta hendidura se presente por la falta de penetración mesodérmica y a la obliteración de los surcos ectodérmicos que separan éstas masas mesodérmicas que en realidad constituyen las protuberancias faciales. La ausencia o deficiencia de ésta masas, como su falta de penetración en los surcos ectodérmicos lleva a la destrucción del ectodermo y produce la Hendidura.

Paladar Hendido.- Es reconocido como un trastorno de la fusión normal de las protuberancias palatinas; ésto se puede deber a la ausencia de la fuerza, interferencia de la lengua o disparidad de tamaño en las partes afectadas.

Etiología.

La Etiología de labio o paladar hendido se desconoce; sin embargo debido a diversas investigaciones se acepta que existen diversos factores, a los cuales se les puede atribuir ésta anomalía.

1.- Factores Exógenos:

Solo en algunos casos aislados se demostró que síndromes tales como la Rubeola, o bien una droga como la Talidomida, producían hendiduras del labio, hendiduras de paladar o bien, combinación de éstas dos hendiduras.

2.- Genes Mutantes y Aberraciones Cromosómicas:

Las hendiduras del labio, o del paladar, o de ambos, son características de algunos síndromes raros atribuibles a: 1) - Genes mutantes, tales como labio y paladar hendido con displasia ectodérmica. y 2) Aberraciones Cromosómicas (trisomía "D" y trisomía "E").

3.- Causas de Factores Múltiples

Se considera que la mayoría de éstas hendiduras son causadas por una combinación de factores exógenos y un patrón genético predispuesto a éstas malformaciones.

4.- Riesgo de recurrencia (No. 2):

a) Si padres no afectados tienen un hijo con labio hendido con, ó sin paladar hendido, el riesgo de recurrencia en cada hijo subsecuente es de 1 probabilidad entre 25. Con paladar hendido el riesgo disminuye a 0.5 de probabilidad entre 25.

b) Si uno de los padres está afectado, el riesgo de que su hijos se vean afectados de igual manera, es de 4 a 6 por 100. Sin un padre afectado tiene un hijo afectado, el riesgo para cada hijo subsecuente aumenta a una posibilidad entre seis.

Características Generales y Bucales.

Existen diversas clasificaciones de ésta anomalía, presentaremos a continuación la más práctica:

Grupo I (Hendiduras del paladar primario).

Este grupo comprende todas la hendiduras localizadas antes del agujero incisivo, es decir, todas las formas y grados de labio hendido, y combinaciones de labio hendido y proceso alveolar hendido (L H).

Grupo II (Hendiduras posteriores al agujero incisivo) .

Se comprenden todos los grados de hendiduras del paladar duro y blando, (P H).

Grupo III (Combinaciones de hendiduras en paladares primarios y secundarios).

Este grupo comprende una combinación de los grupos I y II (P L H).

Características del labio hendido con o sin paladar hendido (L H).

a) Frecuencia.

La frecuencia del L H, entre los recién nacidos vivos - en una maternidad del Distrito Federal fué de 0.81 por mil. - Esta frecuencia es comparada con la de otras poblaciones. -- Sin embargo, como sucede también en otras poblaciones, la -- frecuencia del L H es mucho mayor que la del P H .

El L H es más frecuente en el sexo masculino (68% de los casos), y más frecuente también el unilateral (67% de los casos) y de éstos el del lado izquierdo se encuentra con una -- frecuencia de doble con respecto al del lado derecho.

b) Malformaciones Congénitas Asociadas.

Entre el 9 y 25% de los niños con L H tienen alguna malformación congénita asociada.

c) Riesgo de recurrencia.

Hay evidencia de que la edad de los progenitores influye en el riesgo de tener un hijo con L H y se ha sugerido -- que el efecto de la edad de los progenitores es en función - de la edad paterna.

También se ha sugerido que el orden de nacimiento tiene relación con la presencia del labio hendido, independiente-- mente de la edad de los progenitores.

d) Efecto de la gemelaridad.

Los resultados de algunos estudios sugieren que la gemelaridad representa un factor que favorece el que se presenta la mal-formación, .

Características del Paladar Hendido solo (P H).

a) Frecuencia.

La frecuencia del P H entre los recién nacidos en una muestra de la población mexicana fué de 0.12 por mil, la cual es muy inferior a la observada en otros grupos étnicos.

El PH es más frecuente en el sexo femenino (65% de los casos), fenómeno inverso al observado para el LH.

b) Malformaciones congénitas asociadas.

En alrededor del 13% de los casos con PH se encuentra alguna otra malformación asociada.

c) Riesgo de recurrencia.

El riesgo de recurrencia para los hermanos de los niños afectados es de aproximadamente el 4%.

Manejo y Tratamiento Generales.

Con frecuencia, tanto los padres del niño como el médico y la enfermera, si carecen de experiencia, suelen abrigar serios temores para alimentar al recién nacido con defectos de cierre del labio y del paladar. A estos temores se deben, en gran parte, los problemas que presenta estos niños los primeros días al tomar el biberón, ya que ante la menor dificultad manifestada por el niño rechazando la mamila el pezón y regurgitando parte de lo ingerido por la nariz, junto con abundantes secreciones, los padres se asustan, se ponen nerviosos, e inclusive llegan a angustiarse seriamente.

Para eliminar este cuadro, en primer lugar se debe tener mucha paciencia, desechar temores y brindar seguridad al niño

es indispensable tomar al niño en los brazos y mantenerlos en posición erguida durante todo el tiempo que esté comiendo y -- hasta que expulse el aire ingerido.

Cuando el defecto se limita al labio, sin que esté involucrado el paladar, la alimentación no presenta dificultad alguna.

* El manejo quirúrgico del labio hendido es relativamente fácil y tiene como objeto fundamental el restablecer el aspecto estético del paciente.

La intervención quirúrgica puede llevarse a cabo desde el momento mismo del nacimiento, aunque la mayor parte de los cirujanos prefieren esperar unos días para tener la seguridad de que no existan otras malformaciones congénitas asociadas.

Otros consideran conveniente esperar dos o tres meses antes de operar, con el fin de que crezcan los tejidos y así, su puestamente, obtener mejores resultados.

El tratamiento quirúrgico del paladar hendido presenta ma yores dificultades que el del labio hendido, ya que en ese caso el objetivo de la operación no es obtener un buen resultado estético, sino que busca restituir la función del paladar. De sgraciadamente, la mayor parte de los procedimientos quirúrgicos, a pesar de las diferentes técnicas empleadas, no proporcio -nan al paladar blando la longitud y movilidad suficiente para que cumpla satisfactoriamente su función fundamental, que es - la de proporcionar una fonación adecuada.

Por las consideraciones anteriores el tratamiento del paladar hendido no debe limitarse a la corrección quirúrgica del defecto exclusivamente, sino que el paciente debe ser manejado integralmente desde el nacimiento por un grupo de especialistas constituido por: Pediatra, Cirujano Pediatra, Odontólogo, Ortodoncista, Terapeuta del Lenguaje, Psicólogo y Trabajador Social.

El ortodoncista debe vigilar la primera dentición desde - los 6 meses de edad del paciente hasta que ésta se complete al rededor de los dos años, momento en el cual se procede a formu

lar el programa global del tratamiento.

Solamente con la participación conjunta de los citados especialistas en el tratamiento y manejo del paciente con paladar hendido puede lograrse la completa integración del individuo a la sociedad.

Tratamiento Dental.

Muchos odontólogos se niegan a tratar a éste tipo de pacientes, argumentando que son "pacientes problema".

Estos pacientes debido a su incapacidad son por lo general, de ánimo deprimido y muy sensibles, pero con paciencia y comprensión podremos brindar una atención adecuada.

Cuando existe hendidura palatina se indica un instrumento semejante a una base de dentadura superior, la cual tiene dos objetivos primordiales: 1.- Facilitar la alimentación del lactante; 2.- Evitar la caída del maxilar superior.

Como regla general, el paciente empieza a visitar al dentista después de 1, 2 ó 3 años de edad, en las primeras visitas se deberá examinar al niño, administrar una ligera profilaxia, y permitirle que se familiarize poco a poco con su odontólogo, las citas deberán ser lo más cortas posibles, el plan de tratamiento será diseñado para iniciar con lo menos complicado y traumático, para finalizar con lo más laborioso.

Las preparaciones de cavidades en este tipo de pacientes no difieren de procedimientos seguidos en pacientes normales.-

Deberá emplearse anestesia tópica y local en caso necesario. En la mitad de éstos pacientes podemos observar piezas congénitamente ausentes, también podemos observar a menudo hipoplasia dental, por lo cual se indican coronas totales, pues protegen a las piezas afectadas contra las lesiones cariosas y sirven en determinado momento para postes de prótesis.

Se ha estimado que la mitad de éstos pacientes tienen problemas en el lenguaje, esto en determinado momento podría alterar la relación Dentista/Paciente, por lo cual es necesario hacer sentir al paciente seguro de sí mismo, con una actitud fina, -

pero de ninguna manera complaciente.

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

- 1) Angelica Collado
Normas de Socialización y Manejo en el Hogar
para Niños con Riesgo Establecido: Síndrome
de Down (0 a 6 años).
Copyright 1981 por UNICEF
Pág. 13-1, 23

- 2) Berumen Amor Edna
Labio y Paladar Hendido
Gen (Grupo de Estudios del Nacimiento)
Edición Ceutes 1981.
Pág. 1-11

- 3) Berumen Amor Edna
Prevención de los defectos al Nacimiento
Ceutes Octubre, 1981.
Pág. 17-28.

- 4) Jan, Langman
Embriología Médica
México: Interamericana, 1976
3ra. Edición.

C A P I T U L O V

TRASTORNOS METABOLICOS

Y

SISTEMICOS

Trastornos Cardiovasculares.

Cardiopatía Congénita (tipo cianótico y acianótico).

La enfermedad cardiaca congénita se define como una malformación en la estructura del corazón o bien de los grandes vasos próximos al corazón, presente ya en el nacimiento. En general es el resultado de un desarrollo embriogénico anormal, de la falta de desarrollo de una estructura, o bien de la persistencia de una estructura fetal que normalmente involuciona.

Las cardiopatías congénitas ocupan un 8 por 1000 de los nacimientos con vida, se dice que ocurre con más frecuencia en prematuros y gemelos.

Se distinguen diversos tipos de cardiopatía congénita y puede ser: de tipo Obstructivo (pueden afectar el lado derecho e izquierdo del corazón); Comunicaciones Extracardiacas e Intracardiacas ("corto-circuitos" de izquierda a derecha, o sea, desde la circulación sistémica a la pulmonar: o bien "corto-circuitos" de derecha a izquierda, es decir, de la circulación pulmonar a la sistémica, en ésta afección se presenta Cianosis): desplazamientos de Cámaras Cardíacas, Vasos o válvula, enfermedades del Miocardio, enfermedades del Endocardio, etc.

Etiología.

No se puede determinar con seguridad la etiología de la mayoría de las Cardiopatías congénitas, sin embargo, en una pequeña parte de los casos se sabe que el que originó la afección -- fué un factor ambiental, o bien de tipo genético, o ambos a la vez.

Se sabe con exactitud que aproximadamente el 10% de las cardiopatías congénitas se deben a infecciones víricas sufridas por las madres gestantes, sobre todo durante las semanas 3a. a 9a. del embarazo; la Rubéola genera un 4% de Cardiopatías Congénitas.

Otros factores no menos importantes causantes de Cardiopa--

tías congénitas son la Hipoxemia y las Radiaciones. Los factores Genéticos ocupan un papel mínimo, existen Trisomías con -- ciertos "corto-circuitos", y el Síndrome de Turner en el que - se observa coartación de la Aorta.

Manifestaciones Generales.

En la cianosis de origen cardíaco encontramos dedos en - forma de palillo de tambor que aparecen a los tres meses de edad; éstas Cardiopatías Cianóticas llevan a una serie de complicaciones como: Trombosis Cerebral (secundaria a la poliglobulia y precipitada a veces por la deshidratación), el Absceso cerebral (se debe al paso de sangre infectada de la circulación venosa a la arterial, sin atravesar el filtro pulmonar),- Hemorragia Cerebral, Endocarditis Bacteriana, etc.

A la inspección Precordial es característica la gran prominencia del pecho con depresión muy marcada a nivel de la cintura en aquellos niños que sufren insuficiencia cardíaca izquierda.

El hígado aunque normalmente se palpa hasta los dos años de edad se agranda con mucha facilidad, esto ocurre tanto en la insuficiencia cardíaca izquierda como derecha.

Se puede presentar edemas alveolares, síncope o angina de esfuerzo, fatiga o disnea.

Manifestaciones Bucales.

Podemos encontrar manifestaciones bucales tales como labios cianóticos es decir con una tonalidad violácea; con respecto a la cavidad oral puede también mostrar una cianosis gingival; en relación a órganos dentarios se mantienen en cuanto a estructura y cualidades igual que en un paciente normal; sin embargo podemos resaltar que aproximadamente el 70% de éstos - pacientes muestran una incidencia notablemente alta de lesiones cariosas y gingivitis que va de leve a moderada; esto está directamente propiciado por la sobre-protección ejercida por - los padres, es decir se crea un círculo vicioso en la relación padre-hijo; pues los padres en una relación francamente compla

ciente, trata de mantener al niño en un estado emocional conveniente para él, caen en los excesos proporcionando en su dieta bastantes carbohidratos y dejan pasar por alto hechos tales como no efectuar el aseo oral.

Tratamiento Odontológico.

Las consultas deberán ser lo más breves posibles, a menudo se deben prescribir barbitúricos como premedicación para reducir la ansiedad y la tensión; aplicando dicho medicamento media hora antes de la atención odontológica; otro medio para contrarrestar la ansiedad sería la analgesia con óxido nitroso-pues con éste método alternativamente lograremos relajación.

Debemos recordar que nuestros pacientes con defectos cardiacos o vasculares Congénitos, o que aportan una prótesis cardiaca; o que padecen alguna cardiopatía adquirida como el caso de la enfermedad cardiaca reumática pueden desarrollar una Endocarditis Bacteriana; Segunda, por lo tanto debemos tener siempre en mente una medida profiláctica con antibióticos; éste punto lo aclararemos más a fondo cuando tratemos: (Fiebre Reumática) Cardiopatía Adquirida.

Tengamos en mente que la mayoría de nuestros pacientes con enfermedad arterial coronaria utilizan terapia anticoagulante; por lo tanto es importante discutir con el médico acerca del plan de tratamiento de nuestro paciente; para poder determinar si disminuimos el anticoagulante y mantener el tiempo de Protrombina, más sin embargo se dice que la mayoría de los procedimientos, aún los quirúrgicos pueden realizarse sin disminuir el nivel antiocoagulante.

Se recomienda utilizar anestesia local con epinefrina en concentración de 1:50, 000.

Como último punto y no por eso el menos importante debemos resaltar la importancia de una buena evaluación clínica, pues por medio de ella podemos descubrir precozmente y prevenir alguna alteración cardíaca.

* Trastorno Cardiovascular Adquirido *

Fiebre Reumática.

En México la fiebre Reumática afecta principalmente a los niños de 5 a 14 años en proporción del 4.5 por mil habitantes.

Esta enfermedad a su vez causa el 90% de las lesiones cardiacas en menores de edad.

De acuerdo con un estudio realizado por la Dirección General de Salud Pública en el D.F., el 33% de los menores que padecen el primer ataque de Fiebre Reumática sufren lesiones cardiacas que van aumentando a medida que se repiten los cuadros de infección, ya sean faringoamigdalitis, ya sean abscesos dentales crónicos, etc.

Etiología.

Aún no se aclara por completo la etiología de la Fiebre Reumática, al parecer se relaciona con una hipersensibilización indirecta surgida después de una infección ocasionada por estreptococos (Beta Hemolítico del grupo "A"); y que afecta a todo el tejido conjuntivo del organismo.

Los productos metabólicos de las bacterias Estreptocóccicas se unen a la proteína del tejido conjuntivo para formar un antígeno que estimula la formación de anticuerpos; después el antígeno y el anticuerpo reaccionan produciendo zonas focales de necrosis alérgica. Por lo general se ven afectados el tejido conjuntivo del corazón, las articulaciones y piel.

Manifestaciones Generales.

La Fiebre Reumática se desarrolla luego de padecer continuamente un cuadro de Faringoamigdalitis, se estima que los niños entre los 5 y 14 años padecen de ésta infección por lo menos tres veces al año, un número mayor hace del niño candidato viable a la Fiebre Reumática.

Las manifestaciones de la Fiebre Reumática se caracterizan por Nódulos Subcutáneos (Bolitas cerca de las articulaciones): Poliartritis, que es la inflamación de las articulaciones, Fiebre elevada, y normalmente éstos síntomas se presentan

una o dos semanas después del cuadro de Faringoamigdalitis. La poliartritis como su nombre lo dice tiene carácter migratorio; a medida que el dolor y la tumefacción ceden en una zona, se afectan otras articulaciones.

Se pueden observar también síntomas tales como anorexia, pérdida de peso, depresión y fatiga. Puede producirse una inflamación del Miocardio, Pericardio ó Endocardio. En los pacientes en que la lesión del corazón es notable se puede producir una insuficiencia cardiaca congestiva. Otra complicación que podemos observar frecuentemente es la lesión de las válvulas cardiacas, en especial la Mitral.

Manifestaciones Bucales.

En este tipo de pacientes no encontramos hallazgos de importancia y que difieran de los encontrados en un paciente común.

Tratamiento Dental.

Las citas las deberemos acortar lo más posible.

Como mencionamos podemos encontrarnos con una válvula Mitral lesionada; cuando se produce la cicatrización de ésta después de la fase aguda de la Fiebre Reumática, constituye un buen terreno para el desarrollo de las bacterias y así producir una Endocarditis Bacteriana Subaguda. Es importante que nosotros identifiquemos a los pacientes que han padecido un episodio de Fiebre Reumática, para protegerlos con Antibióticos, de la Bacteremia que se produce a consecuencia de algunas intervenciones dentales tales como procedimientos quirúrgicos, endodoncia, aparatología ortodóncica, e inclusive una profilaxis. Tenemos la obligación de eliminar cualquier tipo de caries, pues un diente cariado, por incipiente que sea la caries, se considera foco de infección, en órganos dentarios con pronóstico dudoso algunos autores aconsejan medidas drásticas, como podría ser la odontectomía.

Para poder establecer una cobertura Antibiótica Profiláctica previa al tratamiento Dental, el mejor fármaco de elección

es la Penicilina.

Se recomienda administrar por vía oral 500 000 de unidades cuatro veces al día, comenzando el día de la intervención y continuando dos días más. Una hora antes de la intervención se administrará una dosis extra. Si existe alguna imposibilidad para el empleo de éste fármaco lógicamente se sustituirá por Eritromicina en dosis de 500 mg, una hora y media antes del procedimiento y después, 250 mg cada seis horas por el resto del día y los dos siguientes días.

Debemos recordar que éstas dosis son de refuerzo, ya que la mayoría de este tipo de pacientes tienen un tratamiento de mantenimiento a base de penicilina la cual se les administra a intervalos de 15 días a un mes dependiendo de cada caso.

Enfermedades Respiratorias Crónicas.

Asma.

Esta enfermedad se caracteriza por ataques más o menos -- frecuentes de intensa Disnea, que surgen por fenómenos de espasmo de las paredes Bronquiales en personas predispuestas y casi siempre en estado alérgico, o también como respuesta a estímulos irritativos no específicos. A medida que se repiten los ataques, la enfermedad presenta complicaciones persistentes y -- graves del aparato respiratorio primero y posteriormente del -- aparato Cardio-Circulatorio.

Para que se comprenda mejor ésta enfermedad describiremos mediante un sencillo esquema la forma en que se desarrolla un ataque Asmático:

Causas desencadenantes de un Ataque Asmático _____ encuentro: Antígeno-Anticuerpo en el organismo _____ Liberación abundante de Histamina por parte de los tejidos _____ acción Espásmica de dicha histamina sobre los anillos musculares de la pared bronquial _____ reducción de la luz de éstos anillos musculares _____ reducción del calibre del bronquio _____ dificultad del -

aire respiratorio para pasar por los conductos bronquiales reducidos en su calibre.

Etiología.

1.- Causas determinantes verdaderas:

Son aquellas sustancias (Alérgenos), que sensibilizando - contra sí mismo al organismo del Asmático, provocan la formación de anticuerpos específicos que actúan contra la sustancia sensibilizante específica y no contra otras; y así cuando se produce la segunda exposición de la misma sustancia que ha sensibilizado al organismo, éste le descarga los anticuerpos y -- del choque antígeno-anticuerpo, se origina el acceso bronquial.

2.- Causas predisponentes:

Es decir, algunos individuos están constitucionalmente pre dispuestos para recibir la acción sensibilizante de alguna sustancia; esta predisposición se transmite hereditariamente.

3.- Causas desencadenantes:

Estas inciden sobre el estado alérgico Asmático y desencadenan un ataque de Asma, y se dividen en:

*Endógenos: Factores psíquicos y emotivos, trastornos digestivos, fenómenos de la vida sexual, etc.

*Exógenos: Variaciones bruscas de temperatura, humedad, presión, vientos, bruma, etc.

Manifestaciones Generales.

La mayoría de los enfermos refieren que antes de sufrir un ataque asmático, padecen durante meses o años ligeros trastornos respiratorios; cuando el acceso asmático es inminente, existe una pérdida brusca del olfato (anosmia) por congestión de la mucosa respiratoria nasal, dificultad a la respiración profunda tos seca (irritativa), flatulencia, humor inquieto y preocupación, urticaria ó herpes labial; después de éstos signos el ataque surge con su característica violencia; pues el paciente intenta captar el aire de cualquier forma.

Manifestaciones Bucales.

No existen variaciones especiales en estos pacientes; si el paciente está en tratamiento a base de Corticoesteroides, - puede existir un cierre temprano en los sitios de crecimiento de los huesos.

Por el simple hecho de que éstos pacientes están en tratamiento de mantenimiento prolongado por la vía oral (aerosoles, comprimidos, muchas veces azucarados para proporcionar un sabor más agradable al fármaco), debemos insistir en una buena higiene oral.

Tratamiento Odontológico.

Como el estado anímico juega un papel muy importante, debemos controlar a toda costa la ansiedad, una buena alternativa de analgesia es el uso de óxido nitroso; pues es beneficioso para relajar a nuestro paciente.

Si nuestro paciente presenta resfrío, o infección respiratoria superior, se suspenderá la cita, pues se puede presentar una secuencia de ésta afección.

La Epinefrina de la anestesia local, es bien tolerada por estos pacientes que tomen Broncodilatadores, a menos, desde luego; que esten en período de ataque y se mediquen con Efedrina, Epinefrina.

Por otra parte, se dice que una infección oral, tiene una influencia agravante en los pacientes Asmáticos, debido a su sensibilidad microbiana: algunos autores determinan tratamientos drásticos.

Un ataque Asmático nos puede sorprender en el consultorio y lo podemos controlar de la siguiente manera:

*Efedrina bucal o Epinefrina por vía sub-cutánea con concentración de 1: 1000 sin exceder de 0, 5 ml.

Se habla también del Isoproterenol y un bulbo aerosol, sin embargo, se aplicará con cautela, pues se han informado casos de paros cardíacos.

Como existe Cianosis o dificultad respiratoria, debe te--

nerse a la mano oxígeno intermitente.

Trastornos Endócrinos.

Requerimos de una Historia Clínica detallada para poder - determinar al diagnóstico, o que tan grave es el trastorno, o cómo se está controlando la enfermedad; ésto es con el fin de construir una imagen concreta de la afección, planear su tratamiento y discutirlo con el médico.

Diabetes Sacarina.

Esta afección es causada por la destrucción, o función insuficiente, de las células Beta de los islotes de Langerhans - en el Páncreas; lo cual provoca niveles elevados de glucosa en sangre, pues no se produce suficiente insulina.

Diabetes Primaria:

Existen algunos individuos mayormente predispuestos para - enfermar de Diabetes por debilidad congénita de constitución y adquieren la enfermedad en la juventud sin el curso de factores diabetógenos exógenos, es decir sigue una línea hereditaria.

La edad más predispuesta es la madura (40-50 años), afecta más al sexo masculino, y están más predispuestos los individuos con vida sedentaria.

Diabetes Secundaria:

Esta afección se puede presentar debido a las lesiones del tejido pancreático, provocadas por enfermedades infecciosas agudas (parotiditis epidémica, tifus, escarlatina, pulmonía, gripa etc.) ó crónicas (sífilis, tuberculosis), también a lesiones -- propias del páncreas como pancreatitis, cirrosis pancreáticas, tumores pancreáticos, etc.

Entre los factores diabetógenos tenemos: abusos alimenticios, traumas psíquicos (emociones intensas), traumas físicos -- (contusiones craneales, contusiones pancreáticas).

Manifestaciones Generales.

Los signos y síntomas de la Diabetes Mellitus son: poliuria

polidipsia, polifagia, pérdida de peso, pérdida de fuerzas, prurito, infecciones cutáneas, retraso en la cicatrización de las heridas, somnolencia, etc. Cuando se descubre uno ó más -- signos de los enumerados, el odontólogo ha de pensar en la diabetes.

Una diabetes notable puede descubrirse con un exámen sencillo de orina que revela la presencia de glucosa.

En la diabetes moderada podemos encontrar los signos y -- síntomas mencionados, aún sin detectar glucosa en el exámen de orina.

Manifestaciones Bucales.

Encontramos enfermedad periodontal progresiva en la mayoría de estos enfermos, abscesos apicales y periodontales múltiples, caries múltiples y profundas, sobre todo a nivel del cuello de los dientes, aliento cetónico, gingivitis.

Tratamiento Odontológico.

Es de suma importancia tener en cuenta que:

En la diabetes no controlada estan afectados muchos procesos metabólicos inclusive los que actúan en la resistencia a la infección o el trauma, así mismo también disminuye la efectividad del proceso de cicatrización y coagulación, todo esto se debe probablemente al trastorno en el metabolismo de carbohidratos.

Un diabético no tratado con una infección oral aguda plantea un difícil problema para el tratamiento; se practicará un antibiograma de la zona afectada, para encontrar el antibiótico más adecuado.

Inclusive un diabético tratado con insulina puede causar serios problemas, todo diabético que sufre infección oral requiere de un tratamiento a base de insulina para mantener compensada su diabetes.

Otro problema con el cual nos podemos encontrar; shock insulínico, puede existir un exceso de insulina, pues el paciente-

se medica, y puede ocurrir por ejemplo, que no desayuna, y - está citado por su dentista en la mañana, se produce por tan to una hipoglucemia, que provoca inclusive, un shock insulí- nico, se administra entonces cualquier forma de carbohidratos.

Por otra parte, podemos encontrarnos con lo contrario, es decir, - acidosis, o coma diabético. El tratamiento de emergencia in- cluye la administración de insulina cristalina y agentes hi- dratantes alcanizantes.

Para poder diferenciar entre un shock insulínico y el - coma diabético, nos podemos auxiliar del siguiente cuadro:

* Diagnóstico diferencial del shock insulínico y del coma -- diabético.

	COMA DIABETICO	SHOCK INSULINICO
Síntomas	(Comienzo generalmente lento, pero puede ser brusco) Temblor Debilidad Náuseas Cefalea Confusión Ilusiones Desorientación Coma	(El comienzo puede ser brusco o insidioso) Debilidad Cansancio Malestar general Sed exagerada Cefalea sorda Coma
Signos	Palidez Taquicardia Sudoración Profunda	Aliento con olor cetó- nico. Taquicardia, pulso débil hambre de aire, sequedad de piel y mucosa, enroje- cimiento o palidez.
Tratamiento	Terrón de azúcar Jugo de naranja Glucosa intravenosa	Insulina, si se tiene la seguridad que es coma dia- bético, si no dar gluco- sa y observar.

Hipotiroidismo.

El hipotiroidismo es un padecimiento raro: es de 4 a 7 veces más frecuente en la mujer que en el hombre, se caracteriza por un principio insidioso e incluso, pueden pasar varios años con sintomatología inespecífica y poco aparente.

Etiología.

En el siguiente cuadro se mencionan las diversas causas de ésta afección después de los dos años de edad.

a) Congénito (Cretinismo)

- 1 Disgenesia del tiroides
- 2 Errores congénitos enzimáticos
- 3 Deficiencia de yodo (endémico)
- 4 Ingestión materna de drogas antitiroideas.

b) Adquirido (hipotiroidismo juvenil).

- 1 Idiopático
- 2 Post-quirúrgico
- 3 Tiroiditis
- 4 Defectos tardíos anatómicos y de hormonogénesis.

Manifestaciones Generales.

En la mayoría de los pacientes, la piel es gruesa, seca, áspera, las uñas son gruesas y quebradizas, el pelo es lacio, escaso y débil o frágil, engrosamiento de los rasgos faciales, cuando la deficiencia es grave, podemos encontrar; disnea, bradicardia, cardiomegalia; también puede estar afectada la motilidad, secreción y absorción gastrointestinal; es común observar anemia.

Manifestaciones Bucales.

Podemos encontrar rasgos tales como: macroglosia, parestesias dolorosas, alto índice de lesiones cariosas profundas, acompañadas de gingivitis generalizada.

Tratamiento Odontológico.

Definitivamente el tratamiento será lo más conservador posible, debido a el estado tan crítico de éstos pacientes y -- siempre realizando una interconsulta previa con el médico del paciente.

Entre las complicaciones que más llaman nuestra atención-- tenemos el coma Mixedematoso, este se puede provocar en pacientes que reciben sedantes o anestésicos (debe recordarse que el hipotiroideo metaboliza lentamente las drogas), por lo tanto -- es importante acordar con su médico cual es nuestro plan de -- tratamiento, si se aplica o no anestésicos y cual es el más indicado en su tipo.

* Hipertiroidismo..

Como su nombre lo indica es un estado en que la glandula-tiroides funciona con demasiada actividad. Predomina en el sexo femenino y es más frecuente en personas jóvenes y maduras.

Etiología.

Se dice que es una enfermedad familiar, multisistémica, -- de etiología desconocida.

Manifestaciones Generales.

Estos pacientes suelen ser nerviosos e impresionables. -- Tienen tendencia a la pérdida de peso, a la disnea y a la sensación de debilidad, duermen mal. Pueden presentar exoftalmos, -- tienen el pelo liso y fino, perspiración excesiva en la cara -- y en las manos, toleran mal el calor.

Para realizar el diagnóstico de ésta afección se usan las siguientes pruebas: metabolismo basal, índice de yodo radiactivo, etc.

El hipertiroidismo suele tratarse con Tiorucilo, o inclusive algunas veces se indica la tiroidectomía.

Manifestaciones Bucales.

En general no se detectan hallazgos que difieren de los --

encontrados en un paciente normal.

Tratamiento Odontológico.

Como explicamos anteriormente éstos pacientes presentan una irritabilidad superior a la normal, por lo tanto, aquí si es posible administrar sedantes previos a la cita; la cual procuraremos sea lo más corta posible.

Estos pacientes son hipersensibles a la acción de la Adrenalina, por lo cual será empleada con cautela y moderación, los tratamientos orales de tipo quirúrgicos, la mayoría de los autores los contraíndican, pues se han reportado casos de muerte.

Deberemos también tener en mente que como el metabolismo basal está elevado, el consumo de sustancias nutritivas es mayor; y por lo tanto puede desarrollarse un déficit de nutrientes secundarios; por lo cual habrá que añadir un suplemento a la dieta.

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

- 1) Chavarría Bonegui, César
Enfermedades Tiroideas en el Niño y en el Adolescente.
México: Prensa Médica Mexicana, 1975

- 2) Friedberg, Charles Kays
Enfermedades del Corazón
México, Interamericana, 1970

- 3) Hall R. K.
Manejo del Niño Crónicamente Enfermo
Aust Dent J. 1980
Pág. 334-341.

- 4) Hevxheimer, H
Asma Bronquial
México, Marin, 1977

- 5) Malacara, García Viveros, Valverde.
Fundamentos de Endocrinología
México: Prensa Médica Mexicana, 1977
Pág. 248-249, 60-63, 66-71.

C A P I T U L O V I

EL NIÑO CIEGO

Introducción.

El órgano visual puede considerarse como un estuche que guarda una delicada joya, la retina capaz de transformar ciertas ondas electromagnéticas en impulsos nerviosos que en el cerebro se registran como una impresión sensorial, como una imagen de la realidad que nos circunda.

Los ojos forman un órgano par, midiendo cada globo unos 24 mm de diámetro. Una cavidad ósea u órbita les confiere amplia protección que se completa por delante mediante los párpados y sus pestañas. Unas glándulas especiales segregan las lágrimas, con una misión humificadora y de arrastre de pequeños cuerpos extraños.

El ojo es un globo que descansa en un cojín suave de tejido grasoso dentro de una cuenca ósea situada en el cráneo. El globo ocular mantiene su forma por medio de la presión que ejerce dentro de sí mismo y que es igual a la presión de los tejidos que lo rodean. Por otra parte, una dura membrana exterior, llamada esclerótica, quita la deformación del globo del ojo.

La siguiente membrana es la coroides, la cual contiene muchos vasos sanguíneos. El ojo, como el resto de nuestro cuerpo, está formado de tejido viviente, abastecido de oxígeno y de sustancias nutritivas, llevadas hasta él por la sangre. La membrana que queda más al interior se llama retina, y en ella hay muchas células nerviosas que reciben la imagen y la transmiten al centro visual del cerebro por medio del nervio óptico.

En la parte delantera del ojo, la esclerótica se transforma en una membrana transparente llamada córnea, la que protege el ojo. La cámara que queda atrás de la córnea está llena de un líquido llamado humor acuoso.

Cuando decimos que una persona tiene ojos azules, verdes ó castaños sólo estamos describiendo el color que presenta el iris. El iris cambia de tamaño de manera semejante a como se mueve el diafragma de una cámara fotográfica. En un medio donde la luz es tenue, el iris se contrae y agranda el orificio que tiene en el centro, llamado pupila, permitiendo por lo tanto,

que entre más luz en el ojo. Bajo la luz brillante, el iris se dilata y la pupila se reduce, al grado de que algunas veces el tamaño de esta última no sobrepasa al de un agujero hecho por un alfiler, protegiendo así la retina contra la luz.

Detras del iris está situado el cristalino, cuya estructura es suave y transparente. La córnea, el humor acuoso y el cristalino refractan los rayos de luz que entran en el ojo, enfocándolos sobre la retina.

Como podemos observar, todos y cada uno de los elementos que forman el ojo, son de gran importancia para el buen funcionamiento del sentido de la vista, y cualquier alteración en alguno de ellos puede provocar la pérdida total o parcial de ésta.

Etiología.

La pérdida de la vista puede ser congénita o adquirida la primera es debida a las malformaciones embrionarias o a las enfermedades oculares del período fetal: la segunda se debe a diversas causas patológicas que afectan a los ojos, al nervio óptico o a los centros visuales del cerebro. Entre las causas relacionadas directamente con los ojos tenemos: los traumatismos oculares graves; conjuntivitis blenorragica del recién nacido, las úlceras corneales perforantes, etc. entre las causas que afectan al nervio óptico, el cual transmite a los centros cerebrales de la visión las impresiones de la retina tenemos las atrofias, las degeneraciones y las inflamaciones del nervio óptico de origen infectivo, tóxico o tumoral, etc.

Como se mencionó antes, la pérdida de la visión puede ser temporal o definitiva, parcial o total, a cargo de un solo ojo o de ambos.

Existen además formas particulares de ceguera, como la ceguera para los colores (Daltonismo) que puede ser congénita o adquirida (los objetos externos se ven desprovistos de color).

Frecuencia.

Las estadísticas hasta ahora tomadas varían ampliamente - debido a las diferentes definiciones usadas y a la falta de precisión de los métodos para determinar el grado de impedimento visual. La agudeza visual es difícil de medir en los niños-pequeños debido a que en ellos no se pueden aplicar los exámenes correspondientes.

Cuidado y Adiestramiento:

Los padres del niño ciego tienen un papel muy importante en la vida de éste. Deben aprender a aceptar a su hijo y no asustarse o aturdirse a causa de su defecto.

Deben comprender que, con ayuda del aprendizaje, el niño-ciego podrá realizar parte de lo que realiza un niño vidente, pero a una edad ligeramente mayor, porque se necesita mayor paciencia e imaginación.

Debe tener libertad para moverse, manipular objetos, para jugar con niños normales, etc.

Debe tener posibilidad de obtener éxito, necesita ayuda y confianza y al mismo tiempo, debe dársele la responsabilidad, dentro de los límites de su desarrollo y su impedimento.

El niño ciego aprende por medio del sonido, el tacto y la manipulación, por lo tanto, necesita objetos que estimulen estos sentidos.

Se le debe de dar una explicación amplia y clara de los objetos que se le presentan, así el niño reconocerá el objeto-nuevamente.

Aprender a comportarse en forma aceptable es un serio problema para el niño ciego, como no puede ver como se comportan otros, no sabe si se está comportando apropiadamente.

A muchos niños ciegos debe enseñarseles técnicas de conducta que adquiere naturalmente el niño vidente quien aprende por medio de la observación. Deben andar con la cabeza erguida y dar la cara a la persona a quien estan hablando. Ciertos movimientos habituales son desagradables y deben disuadirse. E-

jemplo: frotarse repetidamente los ojos, agitar y enrollar el cuerpo, agitar las manos cuando se está excitado etc. Tan pronto como aparezcan estos hábitos, los padres ó el maestro deben tratar de detenerlos con amables recordatorios y particularmente manteniendo al niño ocupado, porque estos hábitos son menos frecuentes cuando tiene algo interesante que hacer.

Tratamiento.

En cuanto al tratamiento de la ceguera, se dirige contra la enfermedad fundamental que la ha provocado, ya que la pérdida de la visión no es una enfermedad de por sí, sino la consecuencia de un estado patológico que afecta al ojo, al nervio óptico, a los centros visuales del cerebro y a todo el organismo en general.

En lo que a la atención odontológica se refiere, el médico al igual que a los padres debe dar confianza a su paciente y ambientarlo en cuanto al consultorio e instrumental se trate. - Por medio de una explicación además de la palpación del instrumental con el cual se va a trabajar, el niño adquiere confianza en el odontólogo, y por lo tanto, facilitar el tratamiento y al mismo tiempo agiliza su atención.

Debe explicársele detalladamente el por qué de las sensaciones que experimentará cuando se le aplique la anestesia o se le haga la preparación de una cavidad o alguna extracción, etc., ya que debemos de tomar en cuenta que estos sentidos están más desarrollados en un niño ciego que en un niño normal.

La higiene bucal en estos pacientes puede ser realizada fácilmente por ellos mismos solamente requieren de otra persona mayor que supervise que la limpieza fué hecha correctamente y corregirle, en caso necesario, la tónica o deficiencia que se observe. Es importante que el niño realice sólo este procedimiento, ya que como mencionamos antes, debe dársele libertad y hacerlo responsable de sus necesidades dentro de sus posibilidades.

C A P I T U L O V I I

EL NIÑO SORDO.

La sordera, es la pérdida parcial (hipoacusia) ó total (anacusia) del oído, que puede ser congénita o adquirida y estar provocada por causas diversas.

La sordera congénita que inevitablemente se convierte en sordomudez, (al no poder el niño a aprender a pronunciar los sonidos de las diversas palabras que no oye), se debe a la falta congénita (aplasia) del nervio coclear (que transmite las vibraciones sonoras del oído interno a los centros acústicos cerebrales) o del órgano de Corti (órgano de la percepción sonora situado en el oído interno), o a malformaciones congénitas del oído medio o interno que no se adaptan a su función auditiva.

La sordera adquirida ó sea, la que se adquiere después del nacimiento puede estar provocada por numerosas alteraciones o enfermedades del conducto auditivo externo, que queda obstruido y por lo tanto imposibilitado para conducir las vibraciones sonoras hacia el oído medio por tapones de cerumen, cuerpos extraños etc. Del oído medio (otitis medias agudas y crónicas, rigidez o destrucción por infección de la cadena de huesecillos contenidos en el oído medio, cierre de la trompa de Eustaquio).

- Del oído interno (laberintitis, lesiones de los vasos sanguíneos, otosclerosis, traumas, etc.

- Del nervio coclear, que transmite a los centros acústicos cerebrales las impresiones sonoras captadas por el oído, (neuritis, es decir, inflamación de dicho nervio por causas tóxicoinfecciosas -sobre todo por sífilis, por intoxicaciones externas o por la propagación de inflamaciones meningíticas, etc.)

- De los centros acústicos cerebrales (tumores y otras afecciones cerebrales).

También las fuertes contusiones en la cabeza pueden provocar la pérdida o la debilitación temporal o pasajera del oído.

No siendo la sordera una enfermedad de por sí, sino un

síntoma de numerosos estados patológicos, el tratamiento, para que sea eficaz, debe intentar abolir la afección fundamental - que provoca la pérdida o la debilidad de la facultad auditiva.

Una vez individualizada la afección que ha provocado la sordera, se intentará anularla; y así según los casos, se procurará la otitis media recuperar la movilidad de la cadena de huesecillos del oído medio con aplicaciones eléctricas de alta frecuencia, con onda corta o con diatermia se desobstruirá la trompa de Eustaquio (que mantiene la faringe y el oído medio) mediante cateterismos o con insuflaciones de aire; se curará la laberintitis y así sucesivamente. Cuando la sordera este provocada por un tapón o un cuerpo extraño (semilla, piedrecilla, insectos, etc.) situados en el fondo del conducto auditivo externo, se proyectará mediante una jeringa un chorro de agua tibia en el interior del conducto auditivo externo, al objeto de extraer el tapón de cerumen o cuerpo extraño con la corriente de reflujo del agua lanzada con cierta intensidad, (no demasiada fuerza para no romper la membrana del tímpano situada en el fondo del conducto auditivo externo).

Existen también curas quirúrgicas especiales de ciertas formas de sordera, como la que se debe a la rigidez de la cadena de huesecillos del oído medio.

Al igual que la ceguera las estadísticas en cuanto a frecuencia varían mucho debido a 1) imprecisiones en la medición de la pérdida de la audición; y 2) falta de una definición clara de la extensión del menoscabo de la audición para incluirse en las diferentes categorías.

Excepto cuando la comunicación es necesaria, el niño pequeño sordo no tiene una gran desventaja. Puede aprender a andar y correr, alimentarse, vestirse, y desvestirse. Debe permitírsele que crezca y se haga independiente de igual modo que cualquier niño normal. Al niño sordo deben dárseles muchas cosas para que las haga. Puesto que las ideas abstractas son difíciles de comprender para él, debe comenzar temprano los juegos constructivos. Debe hacerse lo posible por proporcionarle escapes por medio del juego y la compañía, de este modo, adquiere-

confianza y aprende a sentirse a gusto en la sociedad de muchas personas. Debe permitírsele usar gestos y movimientos durante el juego en grupo, porque le proporcionan un sentimiento de libertad que sería imposible con otros medios de expresión.

Señalar, hacer gestos, hablar y dramatizar tienen importancia en el medio ambiente del niño sordo. Le ayudan a comprender lo que sucede, y desempeña un gran papel en la socialización -- que es necesaria para el desarrollo óptimo de la personalidad.

En cuanto a la relación médico-odontólogo se refiere, el profesional debe platicar con los padres acerca de la relación -- que en cuanto a comunicación se refiere, mantienen con su hijo, ya que es aconsejable que el odontólogo trata de comunicarse directamente con el paciente, así adquiere confianza más fácilmente y podrá realizar el tratamiento satisfactoriamente.

Además debe tener cierta información para, a su vez, saber orientar a los padres acerca de una mejor comunicación y relación con su hijo en caso de que esta sea inadecuada.

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

* El Ciego y el Sordo

- 1) Ballantyne, John, Ed.
Enfermedades del Oído
Ed. London: Butterworths, 1976
- 2) Dixter C. Tunis, W.
Odontología para el niño debilitado en el oído
J. Dent Handicap 1978.
Pág. 321-334
- 3) Legent y G. Offeret
Enfermedades del Oído y Ojo
México: Interamericana, 1976
Pág. 3-6, 43-57.
- 4) Roberth. Ana Silvia, F.J.
La Expresión Corporal y los Ciegos
Copyright 1981 por: UNICEF
Pág. 3-5

C A P I T U L O V I I I

EL NIÑO AUTISTA

El autismo en la niñez, es un trastorno muy complejo de lenguaje, socialización y dificultades perceptomotoras. Este trastorno se conoce también como síndrome de Kanner, autismo infantil temprano.

La observación de Kanner en un grupo de niños lo llevó a proponer que ellos constituían un síndrome único de un "trastorno autístico" innato de contacto afectivo. Fué su concepto que el individuo está dañado desde el comienzo mismo de la vida, de allí la designación "infantil". El autismo -que deriva de la palabra autos, que significa ser- enfatiza lo que Kanner considera un síntoma patognomónico para el diagnóstico: la "incapacidad de relacionarse en la forma corriente con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida". El otro rasgo principal es el deseo ansiosamente obsesivo por el mantenimiento de la identidad.

En realidad esos niños, a menudo "diferentes" desde el nacimiento, pero los padres raramente se preocupan hasta que parece un retardo significativo en las pautas del desarrollo.

Los infantes pueden parecer estar en movimiento constante -golpeando sus pies o su cabeza contra la cuna- o haciendo gestos repetitivos con sus manos. Pueden ser resistentes al contacto físico con sus padres, llorar excesivamente y ser inquietamente temeroso de los extraños.

Signos y Síntomas.

De desarrollo:

- 1.- Inmadurez neurológica.
- 2.- Edad ósea retardada.
- 3.- Trastornos del dormir
- 4.- Dificultades de alimentación, succión pobre, hábitos y preferencias alimentarias inusuales.
- 5.- Llanto desordenado (aumento, disminución).

Sensoriales, perceptual-motoras:

- 1.- Retardo mental con islotes ocasionales de capacidad.
- 2.- Maneismos autoestimulantes.
- 3.- Autoagresión.
- 4.- Aumento relativo en el uso del tacto, gusto, olfato.
- 5.- Insensibilidad relativa a la temperatura y el dolor.
- 6.- Respuesta impredecible a los sonidos.
- 7.- Dificultad para percibir objetos fuera del alcance.
- 8.- Problemas de imitación.
- 9.- Rotación repetitiva extraña de un objeto de juego.
- 10.- Pobre coordinación.

Lenguaje:

- 1.- Comienzo demorado.
- 2.- Pronunciación pobre y control de la voz.
- 3.- Pérdida de habilidades de lenguaje previamente adquiridas
- 4.- Reversión de pronombres.

Problemas con la conducta y la socialización:

- 1.- "Incapacidad para relacionarse en la forma corriente con personas y situaciones".
- 2.- "Soledad" autista.
- 3.- Resistencia a ser sostenido.
- 4.- Afecto inapropiado; risa, llanto.
- 5.- Destruktividad agresiva.
- 6.- Temores no realistas
- 7.- Sin sentido del peligro.

Etiología.

Causas psicológicas:

Durante el período en que el autismo en la niñez alcanzó interés, la psiquiatría seguía considerando la mayoría de las enfermedades como producto de una mecánica familiar alterada. La observación de Kanner que señala que los padres de familia de sus pacientes parecían ser mecánicos en la crianza de sus hijos llevó a la conclusión de que el niño autista era consecuencia de la patología de los padres. Estudios controlados más recientes no encuentran diferencia significativa en la sociabi

lidad, calidez o incidencia de diversos trastornos psiquiátricos en los padres de niños autistas.

Causas Biológicas:

La evidencia de causas biológicas del autismo es más sustancial, pero todavía no hay una comprensión clara de los mecanismos implicados.

La elevada proporción en nacimientos de varones a mujeres (4 a 1), y la ausencia de familiares con múltiples niños autistas, también sugieren causas físicas. Es así que se ha sugerido la disfunción de la formación reticular del pedúnculo cerebral que está asociado con el estado de despertar general.

No hay hallazgos médicos específicos que parezcan ser especialmente comunes en niños autistas, excepto un número significativo de ellos que eventualmente desarrollan un trastorno convulsivo. Parece bastante improbable que el autismo sea causado por una lesión específica del sistema nervioso, pero como el retardo mental, el autismo puede surgir de una cantidad de estados anormales.

El cuidado de los niños autistas es multidisciplinario y debe seguir siendo así debido a la complejidad del trastorno.

La modificación de la conducta, que es una forma de psicoterapia es actualmente la técnica más útil para ayudar a los niños autistas. Es un instrumento con el cual todos los profesionales deben estar familiarizados, y aunque la terapia puede mejorar el estado del niño autista, los más de ellos permanecen siempre algo deteriorados.

Hay relativamente pocos problemas médicos que un odontólogo debe considerar al tratar con un niño autista. Esos niños suelen ser bastante sanos. Sin embargo, un porcentaje significativo tiene un trastorno convulsivo y por supuesto, la hiperplasia gingival secundaria a la medicación (fenitoína) anticonvulsionante puede ser entonces un problema odontológico.

Cuando se considera la medicación para estos niños, deben señalarse algunos puntos. Esos pacientes suelen ser impredecibles.

bles en sus respuestas a los depresores cerebrales de todos los tipos y pueden necesitar más o menos de lo: esperado. Por esta razón, puede ser útil intentar varios medicamentos y dosis mientras el niño está en el hogar para ahorrar tiempo de consulto rio.

Mas importantes son las dificultades que impiden la buena higiene bucal, la conducta difícil del niño, la falta de comunicación y la inteligencia disminuida son factores importantes. -

Las dificultades motoras pueden complicar la masticación y la deglución ó una pobre coordinación de la lengua impide el movimiento del alimento de alrededor de los dientes y las encías, con el empaquetamiento alimentario que complica el problema. Todas estas posibilidades deben ser tomadas en cuenta al establecer el programa de tratamiento.

La relación entre el odontólogo y los padres del niño autista es muy importante, ya que además de orientarlos y prepararlos debe ser un apoyo en la ardua tarea de modificación de la conducta en un programa de higiene bucal, como por ejemplo: modificar los hábitos alimentarios, como es la inclinación a alimentos dulces ó a algunos otros específicos. Es útil mezclar pequeños bocados del alimento no familiar con porciones notables de la preferencia alimentaria. La cantidad del favorito es disminuida gradualmente a medida que se va aceptando el sabor y la textura del nuevo alimento.

También es importante motivar a los padres para que de la misma forma enseñen al niño a cepillarse los dientes; este procedimiento es más complicado y requiere de mucha paciencia (utilizando los reforzadores de conducta). Al niño debe dársele tiempo para que se familiarice con el cepillo, cualquier interés en él o su manipulación exploratoria, como tocarlo y sostenerlo debe ser reforzada. El movimiento hacia la boca al igual que --chupar o masticar el cepillo debe ser especialmente reforzado, y así sucesivamente hasta comenzar el acercamiento al cepillado dental de rutina.

El odontólogo debe considerarse como parte integrante de -

un equipo y en la mejor posición para dirigir la salud bucal - del paciente autista.

Lleva tiempo y esfuerzo tratar con éxito a esos niños, pero es un esfuerzo que se justifica, a fin de evitar la infortunada necesidad de una restauración completa con anestesia general, el trauma para el niño y la frustración de los padres y - del odontólogo.

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

- 1) Bakwin, Harry
Autismo Infantil Temprano
México, Interamericana 1976
Pág. 520-526.

- 2) Nealon L. Braff M.H.
Calmante para el padecimiento dental del
Paciente autista
J. Dent Child 1980
Pág. 404-407

- 3) Pearson, Gerald Hamilton
Trastornos Emocionales en los Niños
2da. Edición Buenos Aires: Beta 1974

- 4) Tustin, Frances
Autismo y Psicosis Infantil
Buenos Aires: Paidós 1977.

C A P I T U L O I X

TRASTORNOS CONVULSIVOS

Entre los problemas de tipo neurológico más frecuentes en los niños se encuentran las crisis convulsivas,

Sin embargo, pocos Odontólogos conocen el proceso básico de su patogénesis, también se desconocen las drogas más comúnmente utilizadas para el tratamiento de ésta afección, así como su acción y efecto de las mismas; lo cual dificulta e imposibilita lógicamente al Odontólogo brindar una atención adecuada a éste tipo de pacientes.

Como dato de importancia, reciente estudio certifica que aproximadamente el 0.5% de la población humana padece éste tipo de desequilibrio neurológico.

Un trastorno convulsivo se puede definir como aquel estado en que existe un complejo sintomático transitorio o periódico de disfunción cerebral, que es consecutivo a una descarga neuronal anormal y que puede ser acompañado de las siguientes situaciones:

Alteraciones de la conciencia e intelecto, del comportamiento y de la actividad motora, ahora bien, un paciente con una crisis convulsiva puede reunir todos los fenómenos característicos mencionados o simplemente alguno de ellos.

Las crisis convulsivas son frecuentemente la manifestación de un proceso morboso, cuya etiología se desconoce, el cual -- por sí sólo, puede ocasionar daño cerebral irreversible.

Para que un niño presente crisis convulsiva es necesario que su sistema nervioso central sea o haya sido agredido durante la gestación, el nacimiento o cualquier época de la vida extrauterina y la crisis convulsiva se puede acompañar de deterioro mental, detallando lo anteriormente expuesto tenemos:

1.- Factores Prenatales.

Pueden ser la consecuencia de anomalías congénitas en la estructura del sistema nervioso central (ejem. Porencefalia, Malformaciones Vasculares, síndromes Neuro-Cutáneos y otros de

fectos del cerebro). Por lo general existe deterioro mental y la vida del niño depende en grado directo de su anomalía.

2.- Factores Perinatales.

Son las manifestaciones de agresión al SNC durante el período perinatal, ya analizadas como causas de crisis convulsivas en el recién nacido.

3.- Factores Postnatales.

a) Errores congénitos del metabolismo como son:

1.-Carbohidratos.-Enfermedades en las que existe almacenamiento anormal de glucógeno y que ocasionan Hipoglucemia, se reportan algunos casos de crisis convulsivas en pacientes con Galacteo-semia y en alteraciones tales como intolerancia hereditaria a la Fructosa.

2.- Proteínas.- Como principales padecimientos tenemos Fenilcetonuria, la enfermedad de Miel de Maple, niños sensibles a la Leucina e Hiperprolinemia.

3.-Grasas.- Entre las cuales se encuentra la enfermedad de Tay Sachs (la Idiocia Amaurótica Familiar tipo Juvenil).

b) Enfermedades infecciosas que implican al Sistema Nervioso Central (Encefalitis o Meningitis de etiología viral, bacteriana, micótica o parasitaria).

También algunos cuadros de Shigelosis y de Salmonelosis pueden desencadenar Crisis Convulsivas, fundamentalmente secundarias a la toxina, sin causar propiamente infección del cerebro.

c) Enfermedades Vasculares con hemorragia intracraneal -- (Hematoma Subdural y Extradural), Malformación y Vascular de tipo congénita y en Encefalopatía de tipo Hipertensiva.

d) Intoxicaciones.- Pueden ocasionar Crisis Convulsivas por la gravedad de agresión al Sistema Nervioso Central la intoxicación por plomo, talio, aspirina, alcohol, digoxina.

También se informan casos de desarrollo de Crisis Convulsivas en pacientes que reciben Esteroides, Vincristina y Penicilina.

e) Tumores intracraneales en infiltraciones del Sistema Nervioso Central, por Leucemia o por otras Neoplasias.

f) Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central que además de ocasionar deterioro mental, ocasionan crisis convulsivas (Lupus Eritematoso Sistémico).

g) Convulsiones febriles.- Estas ocurren cuando el niño -- presenta fiebre generalmente elevada; éstas duran menos de una hora. Se presentan en pacientes cuyas edades oscilan entre seis -- meses y cinco años y no deben presentarse con frecuencia mayor de cinco episodios al año. Se dice que el 70% se asocian a infecciones de las vías respiratorias altas usualmente la temperatura se eleva hasta 40°C.)

Si no reúne todas estas características, no podrá decirse que el niño presenta crisis convulsiva por Hipertermia.

Tipos mas frecuentes de Crisis Convulsivas.

Podemos clasificar cinco tipos de Crisis convulsivas mayores. Estos se pueden presentar solos o combinados en el mismo paciente y hasta es posible que cualquier tipo de Convulsión sea reemplazada por otra. Entonces tenemos:

- 1.- Crisis Convulsivas (Gran Mal)
- 2.- Crisis Convulsivas (Pequeño Mal)
- 3.- Psicomotoras
- 4.- Focales
- 5.- Focales Menores
 - a) Convulsiones Acinéticas
 - b) Mioclónicas, y
 - c) Espasmos Masivos Infantiles (tipo Salam)

A continuación detallaremos cada uno de los diferentes tipos de Crisis Convulsivas mencionados:

Crisis Convulsivas Tipo Gran Mal.

Es el tipo más común en la niñez, pueden estar precedidos

de "Aura" (término introducido por Galeno para determinar una sensación subjetiva que el individuo con Crisis Convulsivas advierte cuando va a sufrir el clásico ataque Convulsivo), lo que sugiere su origen focal con rápida diseminación de la descarga a otra área. Frecuentemente el recuerdo de dicha "Aura" puede perderse.

A continuación explicamos detalladamente un caso clásico de Crisis Convulsivas de Gran Mal.

Se puede presentar en diversos tipos de "Auras" por ejemplo: Motora.- se realizan contracciones involuntarias de grupos musculares (temblor de manos, actos involuntarios de rasarse etc.). Aura sensitiva.- Sensación de hormigueo, adormecimiento etc.; Aura sensorial.- percepción de silbidos, zumbidos Aura secretora.- sudoración, salivación; Aura psíquica.- temor angustia, acciones violentas etc. Después de una de éstas "Auras" (incluso se pueden presentar asociadas), se inicia el ataque convulsivo; el paciente lanza un grito agudo y penetrante (provocado por una violenta espiración de aire de los pulmones éste aire atravieza las cuerdas vocales laríngeas bruscamente contraídas), el rostro palidece intensamente, pierde completamente la conciencia y cae al suelo; ésta caída es imprevista e inconciente, con frecuencia el paciente se muerde la lengua -- por el trismus (contractura violenta de los músculos masticatorios).

Cuando apenas ha caído al suelo, el cuerpo del paciente se contrae por el espasmo de todos los músculos, adquiere una posición característica: la cabeza dirigida hacia atrás y hacia un lado, los globos oculares dirigidos hacia arriba y hacia el lado donde se dirigió la cabeza, los párpados presentan un temblor rápido, las pupilas se dilatan (Midriasis) y no reaccionan a la luz, rasgos faciales inmóviles, cuello y tronco dirigidos hacia atrás, brazos y piernas rígidos en extensión, las manos cerradas en forma de puño con el pulgar flexionado hacia la palma de la mano.

A consecuencia de la detención de la respiración (Apnea) provocada por la contractura de los músculos respiratorios, el-

rostro que era palido se vuelve cianótico.

Esta fase descrita es la Tónica y dura aproximadamente de 10 a 30 segundos, sigue la fase Clónica que dura de 5 a 8 minutos y se caracteriza por sacudidas convulsivas más o menos violentas y rápidas por todo el cuerpo. La cabeza y los ojos presentan movimientos bruscos y rápidos de tipo rotatorio a derecha e izquierda; la mandíbula se abre y se cierra bruscamente la lengua se exterioriza y se introduce a la cavidad oral, el tronco, brazos y piernas se agitan con convulsiones violentas y desordenadas, las pupilas se dilatan al máximo; aparece una salivación espumosa y abundante y el rostro cianótico se vuelve rojizo y congestionado, la respiración se entrecorta y se hace más o menos sonora. Son frecuentes las emisiones de orina y de heces (por relajación de los esfínteres Vesical y Anal), terminada ésta fase comienza la tercera y última que consiste en el coma, éste es un sueño patológico y profundísimo, los músculos están relajados y agotados después de los esfuerzos convulsivos anteriores: éste coma puede durar hasta una hora; después el enfermo se despierta sin recordar nada, presenta vómitos, dolor de cabeza y cansancio más o menos profundo.

Este acceso convulsivo descrito se presenta en cualquier momento del día o la noche, en estado de vigilia o de sueño, con o sin "Aura" premonitoria, la causa desencadenante puede ser incluso excitación psíquica intensa, un arrebató fuerte, un susto, un esfuerzo físico, etc.

Crisis Convulsivas Tipo pequeño Mal.

Son característicos episodios de brusca y momentánea pérdida de la conciencia con la suspensión de actividades voluntarias. El niño presenta una expresión pérdida en su mirada y la duración de cada ataque raramente excede de 15 a 20 segundos y bruscamente el niño recupera la conciencia y reanuda su actividad como si no hubiera ocurrido nada. Se ha observado en algunos casos que el paciente puede realizar ciertos movimientos automáticos durante los dos primeros segundos o bien en los dos últimos segundos de la crisis.

Este tipo de convulsión se puede desencadenar por la fatiga, stress, menstruación, estimulación luminosa etc.

Se observa que se puede iniciar entre los cuatro y los -- diez años, y es más frecuente en mujeres que en hombres, éste tipo de ataques tiende a disminuir con el tiempo y desaparece completamente en el 50% de los pacientes en el 2o. decenio de vida.

Por otra parte un tercio o la mitad de éstos pacientes -- pueden desarrollar crisis convulsivas tipo gran mal simultánea mente.

Psicomotoras. .

Se manifiestan como episodios de alternancia del comportamiento, del afecto o de la percepción.

La alteración de la conciencia, movimientos automáticos y total amnesia del fenómeno ocurrido son datos característicos. El Niño se "desconecta" del medio ambiente, pero no cae.

Los movimientos que se presentan puede ser simples y cortos como por ejemplo: aplaudir, movimientos en los labios tipo "chupeteo", pero también se puede encontrar que exista la forma de una secuencia de comportamiento anormal como podría ser levantarse de una silla y atravesar el cuarto para realizar -- una actividad sin propósito. En ocasiones caminar sin trayecto ría, estado de ausencia, o bien súbita alteración del estado - de humor, rara vez se observa agresividad y actos violentos.

Focales.

En este tipo, la manifestación clínica está dada de acuerdo al sitio de la descarga cerebral. Cuando el ataque se limita a un segmento de la corteza cerebral el término focal es -- aplicable. Como ejemplo podríamos citar las contracciones de - la porción distal de un miembro, como son los dedos y su pro-- gresión hasta involucrar el resto de la mano, el brazo y el -- pie del mismo lado, la conciencia se conserva.

Focales Menores.

Este tipo de convulsiones tienen en común su breve duración, su repetida presentación y la ausencia de alteraciones Post-Convulsivas. Frecuentemente se asocian con otro tipo de convulsiones así como daño cerebral difuso y se reconocen tres tipos:

a) Convulsiones Acinéticas.- Súbita pérdida del tono muscular en la espalda, el niño cae lesionándose la cara o cabeza, después de esto como regla general el niño está inmediatamente alerta y listo para continuar su actividad a menos que se produzca daño de tipo incapacitante.

b) Crisis Convulsivas Mioclónicas.- Existe contracción involuntaria y súbita de un grupo muscular, puede ser del tronco o de las extremidades, son lo suficientemente fuertes como para mover el segmento afectado, incluso si se involucra musculatura del tronco se llega a perder el equilibrio.

c) Espasmos Masivos Infantiles (Tipo Salam), es un tipo de convulsión muy peculiar en los niños, en el primer año de vida. - Se puede presentar en niños que al nacer, aparentemente, estaban sanos, o bien en niños con alguna alteración obvia desde el nacimiento.

La etiología es múltiple y desconocida en la mitad de los casos. A veces se puede establecer el dato de lesión durante el embarazo, nacimiento o después de éste, algunas de las causas conocidas son: trauma al nacimiento, anoxia neonatal, aminoacidurias, esclerosis tuberosa, meningoencefalitis, etc.

La edad de inicio oscila entre los 3 y 6 meses aunque pueden presentarse más tempranamente e inclusive a los dos años pueden cambiar a convulsiones de tipo pequeño o gran mal.

Estos ataques pueden ser únicos o en descargas.

Estos ataques se caracterizan por una súbita e intensa contracción Mioclónica que involucra los músculos del tronco, cuello, extremidades, a manera de flexión de las mismas sobre tronco, de esta forma semeja la posición de oración Mahometana

(por eso se llama Salam). Un grito puede acompañar los ataques más severos, su duración nunca excede un minuto, y la frecuencia va de unos pocos a cientos durante el día.

Este tipo de convulsiones son las que más daño ocasionan al Sistema Nervioso Central y las que más frecuentemente se presentan en Esclerosis Tuberosa.

Status Epilepticus.

Se dice que un paciente se encuentra en Status Epilepticus cuando tiene una serie de crisis convulsivas de manera continua y no recupera la conciencia entre dichos episodios. Esto puede ocurrir con cualquier tipo de convulsiones y por tanto es una urgencia que requiere atención médica inmediata, para evitar la muerte del paciente, o daño neurológico irreversible. - La muerte ocurre en el 15% de los casos y puede deberse al mismo estado convulsivo o al efecto de la medicación sedativa que produce depresión del centro Cardio-respiratorio.

Manejo de una Crisis Convulsiva.

Como se explico anteriormente, una crisis convulsiva se nos puede presentar inesperadamente en el consultorio y creamos conveniente manejar los puntos básicos de éste aspecto:

Terapéutica supresora.-Existen diversos medicamentos útiles para controlar una crisis convulsiva, sin embargo, siempre deberá, utilizarse el menos tóxico y con la dosificación mínima necesaria.

El Diazepam ha sustituido varios de los medicamentos que antes se utilizaban, en virtud de que es el menos tóxico, a la dosis de 0.2 mg/Kg, sin pasar de 10 mg. Se administra lentamente por vía intravenosa y se puede repetir la dosis 15 minutos más tarde. Siempre se tendrá en cuenta la posibilidad de provocar un paro respiratorio, por tanto la administración será muy lenta, en caso de que la convulsión ceda antes de terminar el total de dosis, la aplicación debe ser suspendida.

Cuando éste medicamento no ha controlado la convulsión, -

se puede recurrir al Fenobarbital a dosis de 5/10 mg/Kg. por vía intravenosa y también lentamente; se puede repetir a los 30 minutos teniendo siempre en mente la cantidad de medicamentos utilizados previamente para evitar paro respiratorio o hipotensión.

Cuando fallan éstos medicamentos es necesario recurrir a anestésicos ó barbitúricos de acción rápida (esto se efectuará a nivel hospitalario), y será ejecutado por anestesistas, por la posibilidad de paro respiratorio.

Medidas Generales.

- a) Mantener permeables las vías respiratorias.
- b) Administración de oxígeno en caso necesario.
- c) Hidratación por vía parenteral.
- d) El niño debe ser manejado en una sala de terapia intensiva.

Este tipo de pacientes obviamente una terapéutica de mantenimiento, en pacientes que padecen de Convulsiones tipo Gran Mal los medicamentos utilizados son: Fenobarbital (5 a 10 mg/Kg/día, vía bucal dividido en tres dosis), la Difenhidantoína (3 a 8 mg/Kg/día, repartida en una o dos tomas, por vía bucal).

Si las convulsiones son de tipo Pequeño Mal se recurre a la Etosuximida (Zarotín) en dosificación de 250 mg 2 a 3 veces al día (20-50 mg/Kg/día).

Para crisis como tipo Salam se utilizan esteroides más piridoxina, últimamente el uso de Nitrazepam (Mogadon) (0.5 a 3-mg/kg/día), ha dado magníficos resultados.

La mayoría de los investigadores consultados señalan que si después de cuatro años seguidos no se han presentado crisis convulsivas, este es un periodo razonable para suspender la medicación.

Manifestaciones Bucales. Tratamiento Odontológico y Aspecto Psicosociales de un Niño con Crisis Convulsiva.

Manifestaciones Bucales.

Como se recordará se menciona que la Dilantina (Difenilhidantoína Sódica) es un medicamento anticonvulsivo muy utilizado para el control de crisis convulsivas, pero, desgraciadamente un efecto colateral negativo de ésta droga es la aparición de una Hiperplasia Fibrosa en la encía, ya que esta substancia estimula la proliferación de tejido fibroso gingival, la Hiperplasia Gingival, puede aparecer a las dos semanas de iniciado el tratamiento con Dilantina, aunque por lo general esto sucede al cabo de dos ó tres meses.

La primera modificación que se observa es un aumento de tamaño indoloro de la encía, que comienza con el agrandamiento de una o dos papilas interdetales. La encía en su superficie presenta un mayor punteado y finalmente una superficie verrucosa, guijarrosa o con aspecto de coliflor.

A medida que el agrandamiento continúa, el tejido gingival se lobula quedando grietas entre cada sector de la encía agrandada. A la palpación el tejido se revela denso, elástico e insensible e incluso presenta poca tendencia a la hemorragia.

La Hiperplasia en mucosa bucal esta más bien confinada a tejidos gingivales que rodean los dientes.

En cuanto a los órganos dentarios, no se revelan datos de importancia y se concideran normales, es decir, con ~~las~~ mismas alteraciones que cualquier otro paciente.

Tratamiento Odontológico.

Se dice que la Hiperplasia Gingival se produce en menos de la mitad de los casos, pero adiestrando al paciente mediante pláticas y ejemplos concretos sobre higiene bucal y cepillado dental, se conseguirá una buena higiene bucal, y la frecuencia de esta Hiperplasia gingival llega a ser inferior incluso al 10%.

Cuando la Hiperplasia Gingival se presenta no se necesita tratamiento hasta que el agrandamiento se torna objetable desde el punto de vista estético, también se pueden originar pro-

blemas desde el punto de vista funcional debido a este agrandamiento gingival, entonces, se aconseja su eliminación quirúrgica, pero lo más probable es que la Hiperplasia reincida.

La suspensión del medicamento disminuye gradualmente el volumen de la encía, pero, la mayoría de los pacientes obviamente prefieren continuar con la terapéutica mencionada y tener la Hiperplasia en vez de recurrir a alguna droga menos eficaz como tratamiento de mantenimiento.

Aspectos Psicosociales.

Para poder brindar una tención Odontológica adecuada a este tipo de pacientes debemos esforzarnos por entenderlos un poco más y analizar los aspectos del medio ambiente que lo rodea e influyen de alguna forma para moldear su conducta, su manera de sentir, sus pensamientos y su relación para con los demás.

En primer lugar el término "Epilepsia" deberá ser modificado por el de "Trastornos Convulsivos", que es mas aceptado por el niño, familiares, médico y la sociedad, en virtud de que -- provoca menos impacto emocional.

Ahora bien, la mayoría de los niños, durante los años escolares desarrollan un incremento en la independencia del pensamiento y de la acción, la que es estimulada en la escuela y en el hogar. Pero el niño con Crisis Convulsivas, es víctima del medio ambiente, ya que son frecuentemente protegidos por sus familiares y amigos, con una natural tendencia a restringirles de situaciones peligrosas que puedan motivar serias lesiones. Como consecuencia de esto, tienden a aislarse de una actividad física normal que lo lleva a la inseguridad y naturalmente marginado de la sociedad, sobre todo si dichas restricciones son llevadas a extremos. El odontólogo deberá ser lo suficientemente hábil para ganarse su confianza y hacerle sentir la seguridad de que no es un niño diferente, las citas deberán ser lo más cortas posibles y espaciadas.

El niño deberá librar diversos obstáculos, en la edad preescolar, el problema de crisis convulsivas se limita al efecto del diagnóstico sobre los familiares, al entendimiento del pro

blema, su relación con el médico, así como al apoyo y entendimiento por parte del niño. Bajo circunstancias ideales esta etapa no significa problema, pero el niño desafortunadamente tendrá que superar otra serie de obstáculos cuando entre a la escuela, ya que una convulsión en casa es aceptada por los padres, pero puede ser una experiencia desagradable en la escuela.

Ahora bien la adolescencia presenta un período difícil de ajuste, para muchos niños. La maduración psicológica empieza con la seguridad y el paciente tiene que enfrentarse a diversos problemas que le presenta la sociedad tales como: drogas, alcoholismo, etc.

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

- 1) Peterson, Harnold Oscar
Neurologia
Medical Dept. Harper Row, 1972
Pág. 201-21.

- 2) Walton, John Nicolas
Neurología Básica
México: Salvat 1976

C A P I T U L O X

H E M O F I L I A

La hemofilia, o enfermedad hemorrágica, enfermedad de los Habsburgo, enfermedad de los reyes, es una enfermedad sanguínea caracterizada por un tiempo de coagulación prolongado y -- tendencias hemorrágicas. Este tipo de enfermedad es de origen hereditario, el defecto esta presente en el cromosoma X y es -- transmitida como rasgo recesivo dominante ligado al sexo, por -- ello la hemorragia se presenta solo en personas del sexo masculino, pero es transmitida por una hija no afectada a un nieto. Los hijos de un hemofílico son normales y no presentan ninguna sintomatología o rasgo, las heterocígotas transmiten la enfermedad a la mitad de los hijos y como un rasgo recesivo a la mi -- tad de las hijas. Según estudios de casos realizados, es teóri -- camente posible la hemofilia en una mujer homocígota, ya que -- se han registrado algunos casos raros.

Prevalencia.

Son enfermedades raras. La frecuencia de la hemofilia se cifra en 1 caso por cada 3 000 a 7 000 varones. En cerca de un -- 30% de casos de hemofilia no hay historia familiar previa de -- este trastorno, por lo tanto, es difícil establecer un diagnós -- tico previo a esta enfermedad.

Etiología.

La hemofilia, el más común y mejor conocido de los tras -- tornos hereditarios de la coagulación de la sangre, resulta de la deficiencia del factor antihemofílico (factor VIII), cons -- tituyente del plasma normal. La anomalía es atribuible a un -- gen mutante recesivo unido al sexo, de manera que la enferme -- dad ocurre casi exclusivamente en varones. La coagulación de -- defectuosa ya existe al nacer, y en período neonatal puede haber hemorragias graves o mortales después de operaciones quirúrgi -- cas, traumatismos, etc.

Signos y Síntomas (Generales).

La forma en que se presenta la hemofilia en un grupo fami -- liar es muy similar, y se halla íntimamente relacionada con el

déficit del factor de la coagulación. (véase la tabla siguiente).

Nivel sanguíneo del Factor VIII.

% Normal	Manifestaciones
50 - 100	Ninguna
25 - 50	Tendencia a las hemorragias tras grandes traumatismos o heridas.
5 - 25	Hemorragias severas -- tras intervenciones qui- rúrgicas y pequeños -- traumatismos.
1 - 5	Hemorragias graves tras mínimas heridas y lige- ros traumatismos. A ve- ces, hemorragias espon- táneas.
0	Hemorragias espontáneas en músculos y articula- ciones. Lesiones inva- lidantes.

El síntoma principal es la aparición de hemorragias difíciles de cohibir por traumatismo cuya intensidad no corresponde a la grave pérdida de sangre. Normalmente la enfermedad suele presentarse durante la infancia, pero pocas veces antes de los tres a seis meses de edad. La hemofilia se muestra cuando el niño, al aprender a caminar, recibe los primeros golpes y caídas, o con la aparición de los primeros dientes.

La clínica y gravedad depende de la zona y la cantidad de hemorragia. La sangre se extiende con gran facilidad por los tejidos musculares. Algunos grandes hematomas pueden contener una considerable cantidad de sangre, con el consiguiente peligro de anemia aguda. Cuando la hemorragia se localiza en el cuello o suelo de la boca, hay peligro de asfixia por compresión. En condiciones normales, la sangre extravasada en las partes blandas tiende a reabsorberse, pero si no es así, pueden formarse calcificaciones en las masas musculares, con com-

presión de los vasos sanguíneos o troncos nerviosos, con el -
consiguiente déficit de riego o neurológico.

Las hemorragias articulares, hemartrosis, constituyen una -
manifestación típica de la hemofilia. Las articulaciones con -
más frecuencia afectadas son las rodillas, tobillos y codos.

Si no se corrige, al cabo de unos días puede aparecer una -
artritis, fiebre y atrofia muscular refleja. Las hemorragias -
articulares repetidas pueden conducir a una anquilosis.

En la historia natural de los hemofílicos no es raro encon-
trar cambios en el ritmo y la gravedad de las hemorragias de--
pendiendo de las estaciones del año, ó incluso en desplazamien--
tos geográficos, hechos que no pueden explicarse satisfactoria
mente actualmente. Del mismo modo, y sin que se sepa la razón,
la gravedad de las manifestaciones hemorrágicas de algunos he-
mofílicos tiende a disminuir cuando se alcanza la edad adulta.

Diagnóstico.

Básicamente es con la historia clínica y la demostración -
por medio de exámenes de laboratorio de la deficiencia del fac-
tor VIII, ya que en pacientes con una deficiencia mínima del -
factor, el tiempo de coagulación puede ser normal o moderado.
Es preciso descartar la presencia de anticoagulantes circulan-
tes.

Manifestaciones Bucales.

En la hemofilia, la hemorragia en muchos sitios de la cavi-
dad oral es un rasgo frecuente, y la gingival puede ser masiva
y prolongada.

Hasta los procesos fisiológicos del brote y caída de los dien-
tes se producen con una hemorragia prolongada.

Con frecuencia las alteraciones bucales son las primeras se-
ñales de una afección hematológica, pero no es posible confiar
en ellas para el diagnóstico del problema del paciente. Los ha-
llazgos bucales indican existencia de una afección sanguínea, -
el diagnóstico específico demanda examen físico completo y es-

tudios hematológicos minuciosos.

En más de una discrasia sanguínea se presentan cambios bucales comparables, y los cambios inflamatorios secundarios producen una amplia gama de signos bucales. Por estas razones, los trastornos gingivales y periodontales correspondientes a discrasias sanguíneas serán consideradas en función de interrelaciones fundamentales entre los tejidos bucales y la sangre y los órganos hematopoyéticos, y no como una simple asociación de cambios bucales llamativos con la enfermedad hematológica.

Tratamiento.

En las heridas leves, la hemorragia cede fácilmente al aplicarle presión. En hemorragias serias, lo ideal es mantener un nivel del factor VIII adecuado (más de 30%), por medio de la aplicación intravenosa de este. Hay que tomar en cuenta que el factor VIII es rápidamente metabolizado por el cuerpo, por lo tanto en casos de reincidir la hemorragia, puede administrar una nueva dosis del factor. Es recomendable una nueva aplicación varios días después, y evitar en lo posible presión sobre la zona afectada.

Existen varios productos sanguíneos comerciales disponibles contienen de 10 - 25 ml. en ampolletas de vidrio. Para administrarlo, se diluye en agua o solución salina y se administra por vía intravenosa. Algunos nombres son: Profilate (Abbott), Factorate (Armour), Koate (Cutter) y Hemofil (Hyland).

Al realizar una extracción dental, es recomendable administrar una dosis del factor VIII, unos minutos antes de realizar la extracción, y si en un lapso razonable de 12 horas, persiste la hemorragia se administrará una nueva dosis del factor hasta llegar a controlar esta mediante la formación completa del coágulo. Ya después de algunos días se volverá a aplicar al factor VIII para asegurar la cicatrización.

Sin embargo, algunos procedimientos como las restauraciones deben de realizarse con el fin de evitar la extracción dental.

En conclusión se dará atención especial al cuidado dental - profiláctico en pacientes con hemofilia para disminuir riesgos aunque los dientes caducos se extraen sin dificultad, en el caso de los dientes permanentes se requiere tratamiento de restitución, Las medidas preventivas son muy importantes en este caso y por lo tanto, se recomendará al paciente la importancia - de su higiene bucal y la atención de cualquier caries a fin de evitar problemas o complicaciones futuras para este tipo de individuos.

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

1) Evans, B.E.

El papel del Dentista en el tratamiento exhaustivo de la Hemofilia.

Aust Dent J. 1980

Pág. 285-294

2) Leavell, Byrd Stuart

Hematología Clínica

México: Interamericana, 1978

Pág. 10-12, 13-38.

3) White, G.C.

Factor VIII Deficiencia y Parodoncia

Aust Dent J. 1979

Pág. 176-192

C A P I T U L O X I

RELACION DENTISTA-PACIENTE-PADRES.

Todo niño inválido o incapacitado tiene derecho a la consideración no solo de aquellos que son responsables de su atención, sino de todos aquellos en quienes establece contacto directo. Ya que debido a la singularidad de la vida de la persona impedida, hay una cantidad de gente involucrada en su tratamiento. Durante toda su vida, las personas incapacitadas tendrán la necesidad de cuidado personal, mantenimiento de la salud, recreaciones y empleo, estos son tal ó parcialmente planificados y controlados por otras personas.

Esas personas son quienes constituyen el equipo multidisciplinario o de atención en los pacientes incapacitados. Es importante que el odontólogo y su personal esten familiarizados con los distintos miembros del equipo y cuales son sus contribuciones al mismo. Cualquiera de todos los siguientes puede ser integrante de un equipo; Padres, Médicos, Terapeutas, Trabajadores Sociales, Maestros, Nutricionistas, Enfermeras, Psicólogos y Odontólogos.

Necesariamente en todos los equipos son los padres o cuidadores de la persona impedida quienes deciden buscar el consejo del equipo y seguir sus recomendaciones.

El papel del médico en el equipo comienza habitualmente con el reconocimiento de que el desarrollo o que la actuación del paciente es anormal. La búsqueda permanente de una causa y un plan de tratamiento, muchas veces impone al médico como coordinador del equipo.

Nosotros como odontólogos tenemos la obligación de conjuntarnos con el equipo multidisciplinario de modo que los planes para la salud dental del paciente impedido complementen el plan de rehabilitación integral.

La aceptación pública del niño impedido es una de las condiciones necesarias para el éxito de los programas de rehabilitación, por lo que es indispensable la educación de la comunidad con el fin de desarrollar un conocimiento del problema de la inválidez en la infancia.

El niño incapacitado, al igual que el niño sano tiene derecho a ser puesto en las condiciones de desarrollarse lo más -- normalmente, a recibir la mejor alimentación y asistirlo en su enfermedad.

Debemos recordar que los niños con incapacidades pueden tener una gran variedad de problemas médicos algunas sin relación con la incapacidad, otros contribuyendo de un modo obvio o perjudicial, pero que deben determinarse para el planteamiento y éxito de los programas de rehabilitación.

Cuando la inválidez se establece, su solución se plantea -- entonces en base a un tratamiento integral, entendiéndose por tratamiento la búsqueda constante de la restauración del individuo incapacitado, para tratar de dar la más completa utilidad física, psicológica, odontológica, social, educacional, vocacional y económica de que pueda ser capaz.

Por otra parte, debemos de señalar que en el manejo del niño impedido todos tenemos algunas responsabilidades que cumplir tanto en la salud, como en la rehabilitación, en la educación, en la economía y aún más como ciudadanos integrantes de -- una comunidad que debe aceptar con amor y cuidados a este tipo de pacientes.

La inválidez repercute no sólo sobre quien la sufre impidiéndole el desarrollo de sus potenciales, sino que también influye sobre la familia afectando su integridad y economía, interfiriendo con esto su desarrollo. Obviamente lo que afecta a miles de familias también interfiere en la evolución y el progreso de la comunidad.

Es frecuente que el impedimento sin tratamiento inicie o acelere el colapso de una familia, que previamente estaba con -- una economía frágil, y que el grado de privación social y económico son causas fundamentales de empeorar la incapacidad y -- hacerla a esta permanente.

Por estudios llevados a cabo, en la etapa postnatal se ha llegado a la conclusión de que un gran porcentaje de padres de pacientes impedidos muestran un cierto rechazo a estos. Y otros

por el contrario se sienten un tanto culpables al problema por lo que actúan tratando al niño "mimosamente" y hasta cierto -- punto "lastimero". En el primer grupo de padres el problema es creciente y que descuida completamente la salud del paciente - impedido, creándole a éste, una gravedad de sus síntomas que - en cierto momento pueden llegar a ser fatales para éste. En el segundo grupo de padres crean en su ambiente familiar una serie de conflictos entre los miembros de ésta, ya que el hermano pequeño o mayor se va a sentir relegado a estos y puede -- crearles problemas de la conducta en un futuro. Otro grave problema en estos es como lo mencionamos anteriormente de que el paciente pueda tener problemas médicos pero sin relación a su enfermedad.

Nuestro equipo multidisciplinario como ya se mencionó, debe de estar conjuntado más que nada con los padres o los responsables del niño, y con el mismo paciente. Creándole desde que llegue al consultorio un ambiente tranquilo y armonioso. Hacer una -- Historia Clínica profunda y minuciosa, sobre su tipo de impedimento, saber quien es su médico familiar, y hablar con los padres del paciente mencionándole que tipo de tratamiento le vamos a realizar y saber que contamos con su apoyo para que el -- paciente incapacitado realice tareas con relación a la odontología (técnica del cepillado dental, uso de pastillas reveladoras, cólutorios de agua etc.), y tratar al paciente con cariño y comprensión sabiendo de antemano que no nos va a responder -- como algún niño normal.

El día que el público en general aprecie el amplio significado del término "niño incapacitado", conozca las causas de su impedimento, el modo de prevenir y tratar de curar y rehabilitar al niño, ese día, el misterio que envuelve a estas desafortunadas condiciones quedará revelado. Los estigmas sociales -- sobre los padres, hermanos y el propio niño, se borrarán y el niño quedará aceptado como parte de la comunidad. El público de -- be saber que la rehabilitación integral del paciente reduce el número de personas a mantener y descargar de su costo a la sociedad ya que la comunidad se beneficiara con valores positi--

vos cuando las personas incapacitadas reciban la ayuda apropia
da.

Elaboración de una Historia Clínica para Niños Incapacitados.

La anotación de la Historia clínica Médica, no se debe considerar como un mero trámite, pues definitivamente es un elemento indispensable para poder atender eficazmente a nuestros pacientes impedidos, llegar a un diagnóstico, elaborar un plan de tratamientos, especificar exactamente el tipo de procedimiento que se va a usar, y de las etapas o citas en que se dividirá la atención Odontológica.

La historia clínica es un cuestionario basado en la interrogación, inspección, palpación, percusión, exploración y exámenes de laboratorio.

Existen cuatro poderosas razones por las cuales tomamos dicha Historia:

- 1.- Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente impedido, ni su bienestar.
- 2.- Para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general ó la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento, pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado al paciente.
- 3.- Para detectar una enfermedad ignorada que requiera de un tratamiento especial.
- 4.- Para conservar un documento; que en determinado momento nos sirva como amparo jurídico.

HISTORIA CLINICA

I.- Ficha de Identificación.

Nombre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Dirección _____
Calle Núm. Colonia

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

II.- Motivo de la Consulta.

III.- Fuentes de Información:

IV.- Antecedentes Familiares

Padre:

Madre:

Nombre _____

Edad _____

Direc. y Telf. _____

Ocupación _____

No. de hermanos _____

Lugar que ocupa entre ellos _____

V.- Antecedentes Patológicos Familiares.

VI.- Antecedentes Prenatales y Postnatales.

VII.- Enfermedades padecidas por los Pacientes en su desarrollo.

Sarampion _____	Tosferina _____
Rubeola _____	Varicela _____
Amigdalitis _____	Viruela _____
Escarlatina _____	Difteria _____
Tosferina _____	Parotiditis _____
Tuberculosis _____	Fiebre Reumática _____
Fiebre eruptiva _____	Hepatitis _____
Parálisis Cerebral _____	Poliomelitis _____
Retardo Mental _____	Síndrome de Down _____
Otras _____	

VIII.- Enfermedades de Carácter Hereditario.

Diabetes _____
Hematológicas _____
Cardiopatías _____
Bocio _____
Neuropatías _____
Trastornos Convulsivos _____
Otras _____

IX.- Antecedentes Quirúrgicos y Traumáticos.

Intervenciones Quirúrgicas _____

Fracturas _____

Golpes _____

X.- Alergias a Medicamentos ó Alimentos _____

XI.- Nombre del Pediatra _____

Dirección _____

Calle No. Colonia Téf.

XII.- Atención Dental en otros lugares.

Servicio particular _____ Servicio de Institución _____

_____ Se han tomado Rayos X _____

El tratamiento ha sido bajo anestesia:

General _____ Local _____ Otros _____

Reacción al tratamiento _____

XIII.- Impresión Inicial _____

Area intelectual _____

Características de Personalidad _____

Coordinación Motora _____

XIV.- Consumo de Carbohidratos

	si	no
Dulces	_____	_____
Refrescos	_____	_____
Chicle	_____	_____
Postres	_____	_____
Helados	_____	_____

XV.- Hábitos Orales

Toma mamila? _____

Cuantas? _____

	si	no
Succión Pulgar	_____	_____
Succión de otro dedo	_____	_____
Succión de la lengua	_____	_____
Succión labial	_____	_____
Morderse la lengua	_____	_____
Morderse los labios	_____	_____
Respiración bucal	_____	_____
Otros _____		

XVI.- Exámen Bucal.

Labios _____

Uvula _____

Carrillos _____

Lengua _____

Piso de Boca _____

Ganglios Linfáticos _____

Oclusión:

- Normal _____
- Neuroclusión _____
- Distoclusión _____
- Mesioclusión _____
- Sobremordida _____
- Mordida abierta _____
- Mordida cruzada anterior _____
- Mordida cruzada posterior _____
- Apiñamiento Anterior _____
- Articulación Temporomandibular _____

Exámen de Rayos X

- Interproximal
- Periapical
- Oclusal
- Otros _____
- Diagnóstico Radiográfico _____

XVII.- Diagnóstico:

ESPECIFICACIONES CLINICAS PARA EL
TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICO
DEL NIÑO INCAPACITADO

Existen una serie de conflictos que se han ido observando en la práctica odontológica, y uno de ellos se refiere a la -- inadecuada atención a los pacientes impedidos por parte del -- Odontólogo general.

El objetivo principal del odontólogo en el tratamiento -- del impedido es brindar la mejor atención posible a cada pa- - ciente, de acuerdo con sus necesidades.

La relación del odontólogo con los padres del niño incapa- citado es muy importante, ya que estos en un momento determina- do pueden volverse sobreprotectores y tratar de evitar los -- riesgos percibidos que una cita odontológica implica. Las acti- tudes encontradas en experiencias odontológicas, con frecuen- -- cia dan al padre renuente amplia justificación para el descui- do del tratamiento.

Es con el conocimiento de estos antecedentes que el odon- tólogo debe enfocar al individuo impedido y a sus padres. Esto debe hacerse con cuidado y sinceridad para ganar la confianza. Una vez superadas las barreras iniciales y ganada la confianza el apoyo de los padres es un elemento valioso para la realiza- ción de los servicios odontológicos.

Es importante contar con un consultorio adecuado para el- tratamiento de este tipo de pacientes, ya que la comodidad y - comfort es esencial para obtener cooperación y confianza.

Además lo suficientemente espacioso para evitar proble- -- mas a un paciente en silla de ruedas o con muletas.

También es importante programar debidamente las citas to- mando en cuenta lo siguiente:

- 1) No hacer esperar demasiado al paciente.
- 2) Tiempo de tratamiento corto.

El odontólogo debe poseer un conocimiento de psicología - básica el cual le permitirá tratar con facilidad las ansieda- -- des del individuo "anormal" en la situación odontológica.

Debido a una incapacidad para comunicarse o a un impedi- -- mento físico, las reacciones de un individuo impedido ante la-

situación odontológica suelen ser diferentes a las de un paciente común. Si el odontólogo no está preparado para estas reacciones, pueden aparecer sentimientos de tensión e incomodidad, esto puede aumentar el estado de ansiedad general del paciente y hasta provocar temores específicos, con la resultante de crear un círculo vicioso difícil de sobrepasar por el mismo odontólogo y su paciente.

Para disminuir la posibilidad de que esto ocurra, el odontólogo debe estar familiarizado con las características comunes de las condiciones incapacitantes y tener también información sobre cada paciente en particular, antes de comenzar un tratamiento.

Es imprescindible contar sobre todo en el tratamiento de este tipo de pacientes, con un botiquín de urgencias, el cual contenga los medicamentos necesarios como son: adrenalina, corticoides, oxígeno, antihistamínicos, relajantes musculares, etc., ya que como se mencionó antes, la respuesta de pacientes a los medicamentos puede ser distinta a la de un individuo común.

Esencialmente, la diferencia principal en tratar al individuo impedido y al normal, es el manejo del paciente. Se han descrito varios tipos de pacientes y las acciones apropiadas a seguir en el tratamiento de estos, los más frecuentes son:

- Los pacientes que permiten los procedimientos odontológicos sin vacilación. Son excelentes y mucho mejores que la mayoría de los pacientes que se ven a diario en el consultorio.
- Los pacientes que no permitirán los procedimientos debido a su incapacidad para razonar. El uso de restricciones físicas menores, como cinturones de asiento ó inmovilizadores de brazos, está indicado en esos individuos. Además con frecuencia, son necesarios abre bocas. Después de un tiempo, estos pacientes se convertirán a menudo en buenos pacientes.
- Otro tipo de pacientes son los que constituyen problema, aún cuando se utilicen inmovilizadores físicos y la terapia con drogas está indicada para controlar su conducta. Con frecuen-

cia estos individuos estan internados y no figuran entre los -
pacientes en una práctica privada.

No obstante, pueden ser tratados eficientemente con una-
combinación de promedicación y restricción.

Para el odontólogo es primordial los procedimientos pre--
ventivos en el paciente impedido ya que esto facilitará y evi-
tará problemas tanto el paciente como al odontólogo.

Un programa de prevención para niños impedidos es básica-
mente el mismo que en los pacientes de rutina, en cuanto a sus
objetivos y contenido, hay unas pocas modificaciones básicas -
en lo que se refiere a las necesidades individuales de cada pa-
ciente.

En cuanto a la higiene bucal puede ser difícil para el ni-
ño impedido físico o mental. En la mayoría de los casos, otra-
persona debe de aceptar la responsabilidad de la higiene bucal
del paciente, y habrá que hacerle una demostración paso por pa-
so y darle la oportunidad de realizar las técnicas. Por ejem-
plo: para niños que utilizan sillas de ruedas, la persona res-
ponsable se coloca detrás del paciente, usando un brazo para -
sostener la cabeza mientras con el otro manipula el cepillo o
el hilo de seda dental. Y así se pueden adaptar varias técni-
cas de higiene tomando en cuenta las necesidades y la condi-
ción en que se encuentre nuestro paciente.

En cuanto a la dieta, es importante educar a los padres -
para que ellos sepan balancear la dieta del niño impidiendo -
la ingestión exagerada de carbohidratos y saber sustituirlos -
por alimentos menos cariogénicos.

También es importante la aplicación de flúor ya que es --
muy eficaz en la reducción de caries. La aplicación diaria des-
pués de una limpieza minuciosa resultará con la consecuente ma-
yor protección contra el ataque de la caries. Es primordial --
que se utilicen solamente como agentes tópicos y no se traguen
ya que de lo contrario podemos provocar serios problemas de in-
toxicación al paciente.

La utilización de selladores de fosetas y fisuras deben utilizarse después de las medidas preventivas antes mencionadas.

Los selladores deben ser revisados regularmente y reaplicados cuando desaparecen.

Como podemos observar, el paciente impedido puede ser atendido con igual éxito que un paciente normal, y el eficaz tratamiento o adaptación está en la actitud, disposición y preparación, que en la técnica del profesional. Es responsabilidad del odontólogo darse cuenta de los problemas que enfrenta la población impedida y ayudarle a obtener buena salud aceptándoles tanto en la práctica privada como en la pública.

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

- 1) Campos Parra Lidia

Tesis Profesional: Cuidados Odontológicos
para niños con problema psicomotor
San Juan Iztacala 1979
Pág. 51-59

NOTA: Bibliografía extraída de todo el material anteriormente
presentado.

RESULTADOS GENERALES

Consecuentemente de este trabajo podemos señalar que el Cirujano Dentista está apto para tratar a cualquier tipo de paciente incapacitado, pero por falta de preparación y de "temor" al fracaso lo deja a la deriva remitiéndolo al especialista, no tratando en cambio de solventar el problema, tratando de revalorar sus conocimientos por medio de estudios investigaciones o reuniones con otros especialistas en el ramo.

En lo que respecta a la readaptación social, la comunidad margina a los pacientes impedidos, ya que hasta la fecha creen que puede ser algo "contagioso" y que su capacidad intelectual, educacional y social está por debajo de las demás personas "normales".

Otro de los aspectos fundamentales es el de tratar de ayudar de alguna manera, a los familiares de estos, ya que estarán un poco desconcertados de como deben de proceder en estos casos. Menos palabras de ¡pobrecito!, ¡que lástima!, ¡si hubiera nacido normal!. Sino más que nada el problema ya está y la solución la tenemos nosotros mismos y si no la queremos aprovechar ha de ser por la poca humanidad y conciencia de lo que es nuestro deber ya no de profesionales sino de seres humanos.

CONCLUSIONES GENERALES

Se desprende en la elaboración de esta tesis que el personal profesional, familiar y comunitario tiene los "conocimientos" y medios necesarios para tratar de solventar los problemas que requiere un paciente incapacitado, pero por apatía o por falta de educación para la salud, tratan de sobreprotegerlo o rechazarlo de una manera u otra. No tratando de darle una mejor salida al "problema", como sería llevandolo a un centro de readaptación para el tipo de incapacidad que presente el niño, o adentrarse más al tema para saber como puede este aprovechar al máximo su capacidad motora, intelectual, social, educacional, etc.

Más en cambio como se mencionó anteriormente hace falta información más a fondo de este problema y difusión por medios publicitarios para ayudar tanto al paciente impedido como a sus familiares ya que de una forma u otra repercute en estos. Por esto al hablar sobre educación para la salud se está hablando de un todo en general, ya sea aspectos psíquicos, médicos, odontológicos, educacionales, culturales y sociales.

La trayectoria de este trabajo más que nada trata de ayudar de alguna manera al estudiante de odontología que al empezar su gama profesional tendrá dificultades y tropiezos al atender a este tipo de pacientes. El plan de ésta es de tener nociones sobre lo que es un paciente impedido, como saber valorarlo y la manera de aplicar el tratamiento oportuno y apropiado según sea el tipo de incapacidad presente.

P R O P U E S T A S

En lo que se refiere a propuestas o medidas superadoras - de como podíamos tratar o brindar un tratamiento más acorde al paciente incapacitado, las podríamos concretar en las siguientes:

1).- Los odontólogos deben de tener los conocimientos necesarios para brindar el mejor tratamiento a los pacientes incapacitados e impedidos.

2).- Los odontólogos deben estar equipados tanto de instrumental como de material para cualquier tipo de paciente incapacitado que llegara a la consulta (de Urgencia o tratamiento).

3).- Debe de haber una estrecha relación en el manejo del paciente entre padres-odontólogo-paciente. Para que con ayuda de esta relación realizar un programa más adecuado de tratamiento.

4).- Los padres o parientes cercanos del paciente deben de tratar de aprovechar al máximo sus capacidades motoras e intelectuales, no refundiéndolos en el olvido pensando únicamente en el momento que suceda el desenlace fatal. Haciendo todo lo posible por tratarlo como cualquier persona "normal" aunque su condición no lo sea.

5).- Las Instituciones, Dependencias descentralizadas, como los consultorios privados deben de hacer una coordinación interdisciplinaria o integral en la cual se haga un sistema de atención odontológica que responda a las necesidades primordiales que requiera un paciente incapacitado.

6).- Se debe de hacer una historia clínica apropiada y completa a cada uno de nuestros pacientes para saber si hay o no alguna alteración incapacitante y no interferir con el tratamiento médico a que está sometido este paciente.

7).- Se debe hacer en ocasiones reuniones o juntas con especialistas en el ramo, para deliberar sobre los casos clínicos que en cierto grado nos crean incognitas sobre el diagnóstico y tratamiento a seguir.

8).- Las instituciones Gubernamentales y descentralizadas, de-

ben de incluir por medio de publicaciones, tratamientos y experiencias odontológicas en el manejo del paciente incapacitado, para llegar a tomar de estas las maneras más actualizadas y renovadas en pro de nuestros conocimientos para saber las nuevas técnicas a utilizar en los mismos.

9).- Elaborar un plan educacional a nivel nacional sobre adiestramiento para la salud en el cual se le haga difusión por medios publicitarios de lo que es un paciente incapacitado, las maneras más concretas de sobrellevarlo tanto al paciente, como a sus mismos familiares y sobre todo a la comunidad (que casi nunca muestra interés por este tipo de población).

10).- En el plan de estudios contemplado en ENEP Zaragoza debe de llevarse la Unidad "Odontología para el Niño Incapacitado" en dos Unidades: una en los primeros semestres llamada "Aspectos Fundamentales en el Manejo del Paciente Incapacitado", y la segunda en el último semestre llamada: "El tratamiento Odontológico del Paciente Incapacitado". Para con esto tener más conocimiento acerca de lo que es un paciente impedido o incapacitado, y saber en cierto momento la manera más apropiada de tratarlos satisfactoriamente.

LIBROS DE CONSULTA GENERAL

- 1) Alvin L. Morris y Harry M. Bohannan
Las especialidades Odontologicas en la práctica general.
Barcelona: Ibero-Americano Labor 1978
Pág. 70-84, 93-106, 115-17, 145-48, 167-69.
- 2) Diccionario Terminológico Médico Teide
Barcelona: Salvat Mexicana 1979
Pág. 147-52, 222, 600-01, 1131-32.
- 3) Farreras Rozman
Medicina Interna (Tomo I y II)
Ed. Buenos Aires, Marín
Pág. Tomo I.-178, 679-88, 943-62, 988-89, 993-98.
Pág. Tomo II- 95-98, 229-33, 395-97, 482-503, -
607-10, 632-35, 655-59, 664.
- 4) Mc. Donald, Ralph E.
Odontología para el Niño y el Adolescente
2da. Edición Buenos Aires: Mundi, 1975
- 5) Shafer, Williams G.
Tratado de Patología Bucal
México: Interamericana, 1977
Pág. 35-36, 48-62, 605-18, 624-48, 667-97.
- 6) Thoma Kurt Herman
Patología Oral
Barcelona: Salvat 1973