



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA**

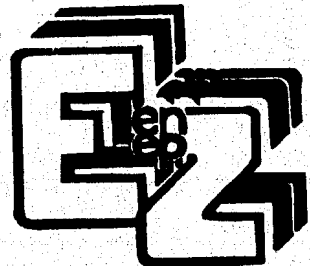
**TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICO DEL PACIENTE INFANTIL
CON ALTERACION NEUROPSIQUIATRICO.**

Tesis Profesional

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a

LETICIA CORTES SORIANO



México, D. F.

1984



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.

PROTOCOLO _____	I
FUNDAMENTACION Y LA ELECCION DEL TEMA _____	II
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	III
OBJETIVOS _____	IV
HIPOTESIS _____	V
MATERIAL Y METODO _____	VI
BIBLIOGRAFIA _____	VII

INTRODUCCION _____	1
--------------------	---

CAPITULO I

1.- Parálisis Cerebral _____	3
a) Introducción _____	3
b) Etiología _____	4
c) Características _____	5
d) Diagnóstico _____	6
e) Pronóstico _____	8
f) Tratamiento _____	9
g) Profilaxis _____	12
2.- Manifestaciones bucales en niños con Parálisis Cerebral _____	14
a) Caries dental _____	14
b) Hipoplasia del esmalte _____	14
c) Enfermedad periodontal _____	14
d) Maloclusión _____	15
e) Trauma _____	15
f) Bruxismo _____	16
3.- Tratamiento dental _____	17
a) Introducción _____	17
b) Atención odontologica _____	18
4.- Introducción al paciente al consultorio _____	20
a) Postura _____	20
b) Exámen _____	21
c) Conservación _____	22

d) Ortodencia	_____	23
e) Prótesis	_____	23
4.- Problemas del tratamiento	_____	24
a) Dificultades mentales	_____	24
b) Dificultades físicas	_____	25
5.- Prevención	_____	26

CAPITULO II

1.- Trastornos Convulsiones	_____	27
a) Introducción	_____	27
b) Etiología	_____	28
c) Características Clínicas	_____	29
d) Diagnóstico	_____	29
e) Pronóstico	_____	30
f) Tratamiento	_____	31
2.- Trastornos convulsivos crónicos o recurrentes	_____	32
a) Introducción	_____	32
b) Etiología	_____	32
c) Características Clínicas	_____	33
c.1) Ataques del gran mal	_____	33
c.2) Ataques del pequeño mal	_____	34
c.3) Ataques Psicomotores	_____	35
c.4) Ataques Mioclonicos	_____	35
d) Diagnóstico	_____	36
e) Pronóstico	_____	36
f) Tratamiento	_____	37
g) Farmacoterapia	_____	39
g.1) Fenobarbital	_____	40
g.2) Dilantín	_____	41
h) Dieta Cetogena	_____	42
3.- Manifestaciones Bucales en niños con trastornos Convulsivos	_____	43
a) Tratamiento	_____	45

CAPITULO III

1.- Deficiencia Mental	46
a) Introducción	46
b) Consideraciones Psicológicas	46
c) Etiología	47
c.1) Prenatal	47
c.2) Natal	48
c.3) Posnatal	48
d) Características Clínicas	48
d.1) Retraso familiar subcultural	48
d.2) Fenilcetonuria	49
d.3) Ectodermis Congenita	50
d.4) Aberraciones cromosómicas	51
d.5) Mongolismo	52
d.6) Transtornos del lenguaje y del habla	55
d.7) Efectos de la privación	55
d.8) Rubéola	55
d.9) Irrradiación	55
d.10) Sífilis Congénita	56
d.11) Parálisis Cerebral	56
e) Diagnóstico	57
f) Pronóstico	57
g) Tratamiento y Cuidados	57
g.1) Grupo educable	58
g.2) Grupo Custodiable	59
2.- Manifestaciones en niños con retraso mental	60
a) Tratamiento dental	60
3.- Estado bucal del paciente Mongoloide	61
a) Anomalias	61
b) Caries Dental	62
c) Estado periodontal	62
d) Maloclusión	62
e) Tratamiento odontológico	63

CAPITULO IV

1.- Niños Psiquicamente anormales _____	64
a) Introducción _____	64
b) Oligofrenia _____	64
c) Psiconeurosis _____	66
d) Psicopatfa _____	67

CAPITULO V

1.- Desarrollo Psicológico del Infante _____	69
a) Introducción _____	69
b) Factores Psicológicos que influyen en la odontología infantil _____	70
b.1) Temor _____	70
b.2) Ansiedad _____	72
b.3) Resistencia _____	73
b.4) Timidez _____	74
b.5) Temperamentales _____	74
b.6) Niño incorregible _____	75
2.- Introducción del niño a la odontología _____	76
a) Reacciones a la experiencia odontologica _____	77
b) La lucha contra el temor y angustia _____	78
3.- Manifestaciones bucales en niños con problemas psicológicas _____	79
a) Niños de 2 años _____	80
b) Niños de 3 años _____	81
c) Niños de 4 años _____	81
d) Niños de 5 años _____	81
e) Niños de 6 años _____	82
4.- Tratamiento odontológico del niño difícil _____	82
a) Causas no dentales _____	84
b) Causas dentales _____	84

5.- Prevención de los problemas dentales _____	85
a) Procedimientos de examen _____	86
b) Métodos Psicológicos _____	88

CAPITULO VI

1.- Fármacos para tratar la ansiedad _____	91
a) Benzodicepinas _____	92
a.1) Efectos farmacológicos _____	92
b) Diazepan (Valium) _____	93
c) Clordiazepoxido (Librium) _____	94
d) Meprobamato (Miltow) _____	95

CAPITULO VII

1.- Artículo (Revista ADM) _____	97
a) Paciente Psiquiátrico y su relación con la hiperplasia gingival Hidantoinica _____	97
b) Manifestaciones bucales provocadas por la defenilhidanto ina y otros anticonvulsivos _____	98
c) Hiperplasia gingival Hidantoinica _____	99
d) Cuadro Clínico _____	99

RESULTADOS _____	
CONCLUSIONES _____	102
PROPUESTAS Y O RECOMENDACIONES _____	104
BIBLIOGRAFIA _____	105

TITULO DEL PROYECTO

TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICO DEL PACIENTE INFANTIL CON
ALTERACIONES NEUROPSIQUIATRICAS.

AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO.

ATENCION SECUNDARIA V Y VI

PERSONAS QUE PARTICIPAN

A L U M N O: CORTES SORIANO LETICIA

ASESOR: C.D. ROBERTO A. PACHECO ZUÑIGA.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

El tema que desarrollo en ésta tesis tratará de dar conocimiento más amplio a las generaciones estudiantiles subsiguientes, sobre la forma de tratar odontológicamente a pacientes infantiles que presenten alteraciones neuropsiquiátricas.

Debido a que el odontólogo no tiene un conocimiento amplio sobre estas entidades nosológicas por carecer de información, ya que no es frecuente el manejo de este tipo de pacientes, esta investigación tratará de capacitar al Cirujano Dentista en el reconocimiento e interpretación de la semiología en este tipo de alteraciones y para poder aplicar las medidas preventivas y terapéuticas odontológicas necesarias.

El tratamiento adecuado a este tipo de pacientes, dará al odontólogo la oportunidad de evitar al máximo problemas subsiguientes, debido a que mediante técnicas ya establecidas se procurará con éxito mediar, establecer métodos para el diagnóstico en pacientes que presentan este tipo de problemas ya que se deben de tratar desde el punto de vista intelectual, físico, emocional y social.

Con este tipo de niños existen problemas para comunicarse adecuadamente en el consultorio dental ya que estos llegan a tener reacciones diferentes, ocasionadas por experiencias propias o contadas por otras personas o por su propia enfermedad ya sea adquirida o natural.

Con esta investigación podrá enriquecer el material bibliográfico de la escuela, así el estudiante y profesional de la odontología podrá tener un documento actualizado y si es posible que sirva de material de apoyo para aquellos módulos donde se desarrolle estos temas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del ámbito de todo Cirujano Dentista dispuesto a ofrecer su paciencia y comprensión, además de admitir ciertas modificaciones en su forma habitual de pensar, cabe suponer un cierto interés para resolver y solucionar el problema mediante el cumplimiento de ciertos objetivos tanto generales como personales.

Debido a lo anterior el principal problema al que se enfrenta el odontólogo interesado en los niños con problemas conductuales es el siguiente; ¿ Como poder establecer un diagnóstico y tratamiento odontológico adecuado e integral, a los niños con problemas neuropsiquiátricos, en los niveles de servicio público y privado? .

Por lo que cada año los avances de la medicina influyen de manera directa en la disminución de la mortalidad infantil, aumentando consecuentemente el número de niños con anomalías (subnormalidad mental, problemas de conducta, etc.) .

La odontología para pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas, es aquella que tiene el objeto de encontrar medios para proporcionar tratamiento humano y científico a cualquier tipo de niños con anomalías sea cual fuere su deficiencia.

Los niños con anomalías constituyen un grupo de población desprotegida en muchos aspectos, sobre todo en lo que se refiere a la atención odontológica. En la República Mexicana, por ejemplo, tal vez no existan más de 40 profesionales adiestrados en el tratamiento odontológico de estos niños.

Por lo que la educación odontológica de los pacientes anormales involucra ciertos aspectos para la vida cotidiana en relación a la salud

bucal, por lo que este problema merece mayor atención.

Una de las determinaciones en ésta tesis es que la falta de conocimientos en la forma de tratar a estos pacientes puede llegar a ocasionarnos serios problemas tanto al Cirujano Dentista, como al mismo paciente, uno con respecto a su calidad de médico y el otro respecto a su salud.

Una de las limitantes puede ser la falta de conocimiento o información acerca de los casos, en que el Cirujano Dentista haya provocado una distrofia en la atención y tratamiento de estos pacientes.

Una recomendación de mi particular punto de vista es que debe de existir dentro de los módulos de la carrera una enseñanza es como de bemos dar un trato a todo este tipo de pacientes, para así poder llevar un conocimiento más amplio en las clínicas y en la actividad privada de cada Cirujano Dentista.

OBJETIVOS:

GENERAL: Analizar los procedimientos terapéuticos estomatológicos en pacientes infantiles con alteraciones neuropsiquiátricas.

ESPECIFICOS:

- 1).- Enunciar la clasificación de los principales problemas neuropsiquiátricos y de conducta en infantes.
- 2).- Explicar la etiología y características clínicas de las alteraciones neurológicas.
- 3).- Explicar la etiología y características clínicas de las alteraciones Psiquiátricas.

- 4).- Explicar la etiología y características clínicas de las alteraciones conductuales.
- 5).- Explicar los procedimientos terapéuticos odontológicos en el paciente infantil con alteraciones neurológicas.
- 6).- Explicar los procedimientos terapéuticos odontológicos en el paciente infantil con alteración psiquiátricas.
- 7).- Explicar los procedimientos terapéuticos odontológicos en el paciente infantil con alteraciones de conducta.

HIPOTESIS:

El conocimiento acerca del tratamiento estomatológico y Biopsicosocial del niño con manifestaciones neuropsiquiátricas permitirán al odontólogo ya sea a nivel particular e institucional establecer un diagnóstico y tratamiento integral adecuado a su alteración.

MATERIAL Y METODO:

- MATERIAL:**
- 1.- Artículos de revistas de carácter internacional publicadas de 1980 a la fecha, que contengan información sobre estos temas.
 - 2.- Libros editados de 1978 a la fecha.

METODO:

Siguiendo los lineamientos del método Científico se desarrollará una investigación de tipo documental, la selección de los documentos se hará en base al carácter científico que ellos contienen respaldos por el nombre de la revista o por la editorial; los cuales deben tener reconocimiento Internacional.

La información contenida en estos documentos se recopilará en tarjetas de trabajo, en donde se plantearán premisas, a partir de estas y utilizando el método inductivo se obtendrán conclusiones las cuales servirán para confirmar la investigación y comprobar la hipótesis.

BIBLIOGRAFIA QUE APOYA EL PROYECTO.

J. NOWARK ARTHUR.

Odontología para el paciente Incapacitado

Edit. Mundi

1979

LEDSS J.J.

Clinical Modifications for treatment of handicapped children.

J. Dent. for child 63; 42 -43

January - february 1976

Revista de la ADM.

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA

Odontología para el niño incapacitado

Interamericana, Julio 1974.

SHAFFER W.

Patología Bucal

Edit. Interamericana

México, 1980

HARRISON

Medicina Interna

Edit, Interamericana

México 1979

GOODMAN, L.

GILMAN, A.

Bases Farmacológicas:

Edit, Interamericana

México, 1980.

MEYERS, F.

JAWEST, E.

GOLDFIEN A.

Manual de farmacología clínica

Edit. El manual Moderno

México , 1978

LAWRENCE COHEN

Medicina para estudiantes de

Odontología

Edit El manual Moderno

México 1980.

N O T A : La bibliografía será ampliada
conforme transcurra la investi-
gación del tema.

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

Este trabajo tiene como propósito presentar en forma general y breve el papel del odontólogo pediatra en la prevención y tratamiento de las enfermedades dentales en el niño con problemas neuropsiquiátricos.

No se puede profundizar en los aspectos científicos de los diversos problemas que plantea este tipo de pacientes sino proporcionar información, lo más práctica posible, respecto a la causa y desarrollo de las diversas enfermedades dentales y a la forma de prevenirla o rehabilitarla.

Una de las facetas más frecuentemente olvidada en la asistencia médica del niño inválido es, sin duda alguna la referente a odontología. Esto depende de causas múltiples, siendo con toda seguridad las más frecuentes que las familias dedican atención muy especial a los problemas médicos que el niño presenta, quedando en segundo lugar la asistencia odontológica. A menudo desempeñan un papel importante, los sentimientos personales de los padres respecto a la odontología, pues es bien sabido que el 50 % aproximadamente de la población se abstiene de acudir al dentista salvo en casos de urgencias. Por lo tanto no debe sorprender cierto abandono en el cuidado odontológico del niño inválido.

Gracias a los incansables esfuerzos de la profesión médica y de varias agencias, se ha eliminado casi totalmente el velo de superstición y vergüenza antes asociado con los impedidos, y se acepta ahora, generalmente, el hecho de que estos desafortunados individuos, son seres humanos con requerimientos especiales de habilitación.

No sólo corresponde al público, toda la responsabilidad para el estado actual de salud bucal entre la población incapacitada. Hasta hace muy poco tiempo el dentista recibía muy escasa instrucción, quizá ninguna, en relación con pacientes inválidos, y a menudo incluso los odontólogos más afamados mostraban preocupación y ansiedad cuando se veían obligados a examinar a un " niño especial " y todavía más cuando tenían que practicar cualquier tipo de terapéutica.

Actualmente la situación está cambiando, médicos y dentistas reconocen que todos los niños inválidos o no necesitan cuidados al respecto, ya que una buena salud dental constituye parte vital del bienestar - del individuo.

La odontología para el incapacitado, siempre ha tenido una aura — " mística " a su alrededor, a los profesionales capaces de proporcionar atención a éstos niños y aun a los sanos, se les consideraba poseedores de algún poder mágico. Sin embargo, para proporcionar atención eficaz a éstos pacientes solamente se requiere estar equipado con una variedad de técnicas seleccionadas de esta gran variedad, el método o los métodos particulares necesarios para el caso bajo consideración.

La odontología para el incapacitado proporciona grandes recompensas y no es necesario alterar el sistema habitual de consultorio si se encuentran dispuestos a adaptar sus procedimientos y personalidad para dar cabida al paciente excepcional.

Básicamente nuestra meta principal, será tratar al niño en la forma más eficaz; esto es, eficacia para el niño, el facultativo y todo el personal con el menor traumatismo posible al niño, en lugar del menor grado posible para el dentista o para los padres.

El dentista que atiende a pacientes incapacitados deberá aceptar el concepto de sesiones terapéuticas de toda la boca en una sola visita, ya que muchos de los pacientes problemáticos no son candidatos para citas múltiples. La mayoría de los pacientes con deficiencias moderadas, pueden ser tratados en el consultorio, con la ayuda de técnicas seguras y confiables.

PARALISIS CEREBRAL

INTRODUCCION

El término parálisis cerebral tal como se emplea, engloba un grupo de trastornos no progresivos resultantes de la disfunción de los centros motores y vías del cerebro, caracterizado por parálisis, debilidad, incoordinación u otras observaciones de la función motora, que tiene su origen antes del parto, en el momento del parto o antes que el sistema nervioso central halla alcanzado una relativa madurez. La parálisis cerebral abarca las manifestaciones neuromotoras de lesión cerebral orgánica y ocurre la conjunción con otras manifestaciones, - tales como ataques, retraso mental, diversos defectos sensoriales y trastornos de la conducta y la efectividad.

No es un tipo específico único de lesión cerebral sino que resulta de malformaciones congénitas, lesiones mecánicas, químicas e infecciosas. Los hallazgos anatomopatológicos y clínicos son variados. En un proceso no fatal e incurable ya que a menudo puede someterse a tratamiento y educación.

La parálisis cerebral es una de las principales causas de invalidez en la infancia, se calcula que con frecuencia oscila entre 100 y 1000 casos por cada 100 000 habitantes (Nelson), la mayoría de enfermos - conocidos son menores de 21 años de edad, los niños que sufren ésta enfermedad mueren en la infancia o sufren lesiones tan graves que hacen necesario su internamiento en una institución, el paciente que no muere de la lesión cerebral dentro del primer mes de edad puede sobrevivir en condiciones aparentemente normales, pero al llegar a la segunda o tercera infancia presenta cuadros de epilepsia.

Los cuidados y sostenimiento de estos niños, que en general presentan múltiples deficiencias, representan un problema importante en los aspectos económicos, social y médico.⁽¹⁾

b.- ETIOLOGIA

A.- Prenatal

- 1.- Hereditario: Transmitida genéticamente en el momento del nacimiento o poco después. Ejem. Atetosis hereditaria temblor familiar, paraplejía espástica familiar.
- 2.- Adquirida en el útero.
 - a) Infección prenatal; por ejem. Toxoplasmosis, rubéola.
 - b) Anoxia prenatal : Anoxia o hipotensión maternas.
Patología placentaria
 - c) Hemorragia cerebral prenatal
Toxemia gravídica
Traumatismos
Diatesis hemorrágica materna
 - d) Factor Rh
 - e) Trastornos metabólicos, por ejem. diabetes materna
 - f) Exposición a las radiaciones
 - g) Desnutrición materna

B.- Natal: Desde el comienzo del parto hasta la viabilidad del feto

1.- Anoxia:

- a.- Obstrucción respiratoria mecánica.
- b.- Atelectasia.
- c.- Narcotismo, administración de medicamentos tranquilizantes a la madre durante el parto.
- d.- Placenta previa o desprendimiento de la placenta.
- e.- Anoxia o hipotensión maternas, por ejem. raquiánesia.
- f.- Partos en representación de nalgas con retención de la cabeza.

C.- Posnatal

1.- Traumatismos

- a.- Contusiones cerebrales
- b.- Fracturas del cráneo
- c.- Hematoma subdural

2.- Infecciones

- a.- Agudas, por ejem. sífilis, absceso cerebral, granulomas

3.- Intoxicaciones

- a.- Plomo
- b.- Arsénico
- c.- Querníctero de diversas causas

4.- Accidentes Vasculares

- a.- Hemorragia
- b.- Embolos
- c.- Trombosis

5.- Anoxias

- a.- Intoxicación por monóxido de carbono
- b.- Estrangulación
- c.- Anoxia por gran altitud y por baja presión
- d.- Hipoglicemia

6.- Neoplasias

7.- Anomalías de desarrollo tardío. ⁽¹⁾

c.-CARACTERISTICAS CLINICAS

I.- Clasificación de la alteración motora.

- A.- Espasticidad
- B.- Atetosis
- C.- Rigidez
- D.- Ataxia
- E.- Temblor
- F.- Atetonia
- G.- Mixta

Los temblores pueden ser intencionales o involuntarios de tipo rítmico.

La atonía o hipotonía se caracteriza por músculos blandos y generalmente por hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos. Suele ser un precursor de otros tipos de afección. En casi todos los tipos de afectación existen trastornos del tono muscular.

Los tipos mixtos existen, desde luego, pero generalmente con predominio de una forma. La espasticidad es el tipo más frecuente y junto con la atetosis constituyen el 75 % de todos los casos, los ataques - se producen en el 25 % aproximadamente y en la infancia son con frecuencia del tipo mioclónico.⁽¹⁾

d.- DIAGNOSTICO

I.- Valoración comprensiva del paciente

A.- Estado Físico:

- 1.- Crecimiento físico comparado con las normas de edad.
- 2.- Nivel del desarrollo.
- 3.- Edad ósea.
- 4.- Contracturas.

B.- Valoración psicológica

- 1.- Nivel y potencial intelectual
- 2.- Estado emocional

C.- Crisis convulsivas

D.- Tipos de comportamiento postural y locomotor

E.- Tipos de comportamiento manual ocular

- 1.- Dominio ocular
- 2.- Movimiento ocular
- 3.- Fijación
- 4.- Convergencia
- 5.- Presión
- 6.- Manipulación
- 7.- Dominio Manual

F.- Estado visual

1.- sensorial

a) Ambliopía

b) Alteraciones del campo visual

2.- motor

a).- esotropía

b).- desviaciones conjugadas

c).- pseudoparálisis de los extremos

d).- otros

G.- Estado Auditivo

H.- Trastornos del lenguaje y del habla

I.- Valoración neuroanatómica

II.- Estado del paciente en relación con la capacidad funcional.

CLASE I : Enfermos con parálisis cerebral sin limitación práctica de la actividad.

CLASE II : Enfermos con parálisis cerebral con limitación ligera o moderada de la actividad.

CLASE III: Enfermos con parálisis cerebral con limitación moderada o intensa de la actividad.

CLASE IV : Enfermos con parálisis cerebral, incapaces de realizar ninguna actividad física útil.

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

Cuando se conoce una manifestación de la lesión cerebral cabe sospechar la presencia de otras, los niños que tienen una historia de cualquiera de los factores antes citados deberían de ser observados cuidadosamente en busca de desviaciones del crecimiento y desarrollo normales. La presencia de cualquier trastorno durante el periodo neonatal como problemas de alimentación, irritabilidad o somnolencia, -cianosis, ictericia, dificultades respiratorias, tono muscular anor-

mal o ataques debería inducir a una atención cuidadosa del sistema - nervioso central.

Los casos de lesión o déficit más graves se manifiestan generalmente de un modo precoz, los de menor gravedad deberían sospecharse cuando se observa una desviación significativa de los ritmos normales de desarrollo y crecimiento, cuando exista una persistencia en los reflejos fisiológicos infantiles como los de Moro o tónico del cuello más allá de los 6 o 8 meses de edad. Los patrones neurológicos típicos - del adulto puede desarrollarse durante el 1º o 2º año de vida aún - cuando la lesión exista desde el nacimiento o anteriormente una clara plasticidad aparecida antes de los 12 a 15 meses requiere una hemiparesia.

El diagnóstico diferencial puede incluir la consideración de estados más agudos tales como, trauma cerebral o de los nervios periféricos, envenenamientos, infección o tumor del sistema nervioso central enfermedades degenerativas, hay que recordar que los niños con disfunción motora asociada con lesión cerebral orgánica, las demás manifestaciones como ataques, retraso, alteraciones sensoriales y perceptivas y conducta anormal aparecen también con frecuencia.⁽¹⁾

e.-PRONOSTICO

El pronóstico depende de una valoración cuidadosa de todos los factores relacionados con cada niño, su familia y la comunidad. Sabiendo que el defecto básico no puede curarse, que existen a menudo condiciones asociadas o complicaciones, que los factores social, económico y psicológico son generalmente más difíciles que los médicos, la perspectiva para el grupo como todo no es favorable en cuanto a la agotamiento o habilidad para competir con sus iguales.

Solo un porcentaje de niños afectados logra la independencia y un modo de vida satisfactorio. Los objetivos deberían ser menos ambiciosos en la mayoría de los casos y sólo la observación del crecimiento y la maduración da respuesta al tratamiento y a la educación y la a-

preciación de la capacidad del niño a la familia para usar sus recursos y de la sociedad que permitan establecer un objetivo realista. En general, la inteligencia del niño es la mejor guía pronóstica, de suerte que deberá emplearse la mejor ayuda psicométrica disponible.⁽¹⁾⁽²⁾

f.- TRATAMIENTO

I.- Estado del paciente en relación con las necesidades terapéuticas.

CLASE A : Los que no requieren tratamiento.

CLASE B : Los que requieren una prótesis y un tratamiento mínimo.

CLASE C : Los que requieren tirantes y aparatos y los servicios de un equipo terapéutico de parálisis cerebral.

CLASE D : Limitados a semejante grado que requieren un internamiento y un tratamiento prolongado.

Los rasgos generales del tratamiento de un niño deficiente se describen y comprenden en un plan realista a corto o largo plazo, asistencia al niño para que pueda hacer pleno uso de sus dotes residuales, evitación de problemas emocionales secundarios, sostén y consejos para la familia y empleo de los recursos de la comunidad disponibles. Los objetivos deben ser revisados, periódicamente a la luz de los progresos realizados, y a la terapéutica debe ajustarse al estado de desarrollo del niño. En general la finalidad del tratamiento debe consistir en asegurar al enfermo una infancia feliz y una vida adulta bien adaptada en la que se desenvuelva perfectamente de acuerdo con sus aptitudes.

En los niños más gravemente afectados, el tratamiento puede ser fundamentalmente de sostén y orientado hacia la prevención de complicaciones tales como contracturas, deficiencias nutritivas, úlceras por comprensión, infecciones y problemas emocionales.

Si el niño tiene suficiente inteligencia para tratar de aprender

deben hacerse entonces los esfuerzos necesarios para desarrollar la fuerza muscular, el equilibrio y la coordinación, la postura funcional y la capacidad de comunicación y ayuda. Dado que es generalmente imposible valorar cuidadosamente los efectos relativamente nocivos de varios déficits, todos los defectos que se prestan a la corrección deberían de ser tratados. Con frecuencia es satisfactorio el resultado final de todos los esfuerzos, aun cuando son muy pocos los ensayos clínicos bien comprobados de cualquier régimen terapéutico individual o de una combinación de tratamiento a que tales niños se someten.

El grado que aparece menos gravemente afectado puede no alcanzar su plena capacidad debido a la falta de atención a los factores emocionales que pueden ser más perturbadores que el propio defecto motor.

Más que nada, el niño en condiciones de inferioridad y sus padres, necesitan el continuo cuidado de un médico, cuyo juicio no esté embotado por el contacto demasiado íntimo con un aspecto particular del problema. El niño con parálisis cerebral tiene un cerebro lesionado cuya función no es la de un cerebro normal. No debe permitirse que el niño y los padres tengan un optimismo bien intencionado, pero tiránico encaminado a obtener un mejor rendimiento de las actividades funcionales sin tener en cuenta el límite impuesto al niño en conjunto por su inferioridad orgánica.

El resultado final, en busca de un adulto feliz, bien adaptado y en el máximo de sus realizaciones, se consigue mejor reconociendo precozmente la amplitud de esta inferioridad y procediendo hacia un objetivo razonablemente posible.

La aceptación por el niño, los padres y el medio de esta parte, que no puede alterarse, debería ser lograda por lo menos durante los primeros años escolares. Los planes para una vida adulta concebidos en éstos términos hacen mucho más en favor del niño y de los padres que todos los recursos mecánicos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos conocidos.

El ortopedista se encarga de desarrollar y mantener la perfecta - mecánica corporal. Esto se lleva a cabo por medio de tónicos, terapéu- tica física y quirúrgica la cual se limita en gran parte a alargamien- to de tendones, artrodesis y a transferencias musculares en niños - mayores.

El adiestramiento para obtener una mejoría funcional de la mecáni- ca corporal, dominio muscular, marcha, uso de las manos y comunica- ción verbal puede ser llevada a cabo eficazmente por los padres bajo la dirección de terapeutas físicos, ocupacionales y del lenguaje.

El éxito es proporcional al grado de afectación física, mental y emocional del enfermo, a los conocimientos del terapeuta, al uso de medidas fisiológicas y a la integración de semejantes tratamientos con una vida hogareña equilibrada y con otros servicios prestados al niño. La fisioterapia en gran parte a cargo del padre (después de - oportuna instrucción), debería iniciarse en la infancia para evitar el desarrollo de contracturas y estimular el dominio de los movimien- tos. Las articulaciones afectadas generalmente los tobillos, rodillas, caderas, muñecas y dedos son manipulados en dirección opuesta a lado de la máxima contracción, hasta conseguir finalmente una total ampli- tud de movimientos. Los breves períodos de tratamiento repetidos a - intervalos durante el día son más efectivos que unas pocas sesiones, más prolongadas, el procedimiento beneficia al niño físicamente y a los padres desde el punto de vista emocional. Deben estimularse los movimientos activos de uso funcional. Posteriormente pueden añadirse toda clase de esfuerzos para mejorar la coordinación mediante el em- pleo de juegos, tableros especiales, ejercicios de dentarse y mante- nerse de pie en sillas de apoyo o en mesas para estar de pie, de andar con medios auxiliares, como barras paralelas, esquifes o muletas, según estén indicados y bajo la guía de terapeutas suficientemente - entrenados y con imaginación.

Actualmente son todavía escasos los terapeutas destacados en las clínicas de parálisis cerebral por lo que de ordinario, los niños - afectados reciben escasa atención. La mayoría de los procedimientos son relativamente simples y la mayor parte del equipo de fácil cons-

trucción por aficionados, El entusiasmo por la clínica no debería - relegar al olvido los recursos del hogar, poderosos y muchos más asequibles. Debería estimularse a los padres y entrenarlos a que se encargen de la mayor parte del tratamiento posible como si fuera un - juego, que ha de terminar en el éxito y no como un ritual que no ha de servir para nada.

. La neurocirugía puede desempeñar un papel en un pequeño número de cosas. El tratamiento de las colecciones líquidas subdurales, de la hidrocefalia, de las craneosinostosis, de las anomalías vasculares - intracraneales o hemorrágicas y traumatismos agudos, puede desempeñar un papel en el sentido de modificar o prevenir algunos de los procesos que conducen a la parálisis cerebral. Se encuentran todavía en - período de investigación clínica, diversos procedimientos, destinados a eliminar focos, a interrumpir vías en el cerebro con el fin de reducir la actividad no inhibida.

Los niños con problemas visuales, auditivos y dentarios se tratan esencialmente, lo mismo que los otros niños con semejantes problemas mediante las apropiadas modificaciones de sus invalideces y limitaciones sobreañadidas.

Se han empleado muchas drogas con variadas acciones farmacológicas y otras se encuentran actualmente bajo estudio. Ninguna de ellas ejerce efectos clínicos satisfactorios sobre el tono muscular con inconvenientes significativos. Varios tranquilizantes mitigan la tensión secundaria y pueden servir a veces para mejorar la función total. -- Los fármacos anticonvulsivos deberían emplearse tal como se ha indicado.⁽¹⁾

g.- PROFILAXIS

Una revisión de las muchas causas de la lesión cerebral antes reseñadas revela que cierto número de ellos son susceptibles de prevención. El médico práctico puede colaborar útilmente al aplicar los principios conocidos de profilaxis y la terapéutica.⁽¹⁾

II.- Distribución.

- a.- Monoplejía : Rara, afectación de una sola extremidad.
- b.- Paraplejía : Afecta a las piernas solamente.
- c.- Hemiplejía : Afecta a la mitad del cuerpo.
- d.- Triplejía : Rara, por lo general afecta a ambas piernas y un brazo.
- e.- Tetraplejía: Afecta a las cuatro extremidades.
- f.- Diplejía : Se aplica a veces a los tetrapléjicos en los que hay mayor afectación de las extremidades inferiores que de los superiores.

La espasticidad se caracteriza por la existencia de un reflejo de extensión patológica, hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos, marcha en tijera y contractura de los músculos antigravitatorios. Entre los primeros signos figuran la catatonía, a menudo opostótono o la persistencia parcial del reflejo tónico del cuello. La elevación brusca del niño puede producir el cruzamiento de las piernas en tijera. Los reflejos tónicos del cuello se desencadenan con gran facilidad o bien son asimétricos y el tronco y la pelvis pueden dejar de seguir a la cabeza.

Los reflejos de la marcha y posturales faltan o se realizan mejor con un pie que con otro. El levantamiento del niño echado con una mano en el occipusio produce extensión del cuello y retracción de los hombros. En decúbito prono no se produce la vuelta protectora de la cara y el niño permanece con la nariz dirigida hacia abajo.

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

La ataxia se manifiesta por la falta de coordinación debida a trastornos de los sentidos cenestésicos y del equilibrio. Puede acompañarse de hipotonía.⁽¹⁾

2.- MANIFESTACIONES BUCALES EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

a.- CARIES DENTAL.

La mayoría de los niños con parálisis cerebral tienen índice de ataque carioso más elevado que los niños normales. Este aumento puede atribuirse a su incapacidad de mantener buena higiene bucal, a la ttendencia de sus padres a mimarlos con alimentos blandos y cariogénicos, y a la mayor frecuencia de defectos hipoplásicos del esmalte en las piezas.

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

Por lo que los investigadores han informado, que existe una notable diferencia entre las proporciones o.e.o. y C.A.O. con una cifra más elevada para dientes cariados y ausentes en éstos niños.⁽⁵⁾

b.- HIPOPLASIA DEL ESMALTE

Hay una incidencia más elevada de hipoplasia de esmalte en la dentición primaria sobre todo en aquéllos pacientes con una historia dde prematuros, como era de esperar.⁽⁵⁾

c.- ENFERMEDAD PERIODONTAL

El 75 % de los pacientes paralíticos cerebrales tienen algún grado de gingivitis, siendo la incidencia más elevada, en los niños mayores que en los más pequeños. Se presenta más en el grupo espásticos y menos en los atetoides. La enfermedad periodontal severa en formación de bolsas ocurre en el 10 % de los casos. Aquéllos pacientes cuyos problemas médicos incluyen episodios convulsivos pueden estar tomando una de las drogas del grupo dilantina y como resultado, se producen casos de gingivitis hipertrófica y una cantidad de afecciones periodontales severas. La higiene bucal en los paralíticos cerebrales suele ser bastante pobre, el problema de mantener una higiene -

bucal en muchos de esos niños puede ser muy grande. El despeje bucal con la lengua, labios y carrillos, suele ser anormal, la deglución puede ser difícil y puede ocurrir babeo. La mecánica del cepillado dentario puede ser tan difícil como para desanimar al paciente o al padre de su perseverancia. El tipo de dieta puede también estar contra el despeje bucal, ya que los niños con los músculos de la masticación y la deglución afectados tienden a comer alimentos blandos - que se tragan con facilidad, con una proporción muy alta de hidratos de carbono. Los que están en sus hogares sin una supervisión correcta, pueden mostrar alguna deficiencia vitamínica a consecuencia de una dieta mal balanceada, con algunos signos periodontales.⁽⁵⁾

d.- MALOCCLUSION

Los pacientes paralíticos cerebrales tienen más elevada incidencia de maloclusión que lo habitual, debido a la actividad muscular anormal. Puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales, masticatorios o de la deglución, y con la función anormal o movimiento involuntario de estructuras que influyen los arcos dentarios. Así, el tipo espástico, con hipertonicidad del labio y la musculatura facial, tiene preponderancia de maloclusión de Clase II de Angle división 2 con apiñamiento y a veces una mordida cruzada unilateral. El atetoide, por otra parte, tiene labios hipotónicos, a veces babeo, tiende a presentar una maloclusión de Clase II división I, con un paladar angosto y alto y empuje lingual, produciendo una mordida abierta anterior. Además, cada caso puede complicarse por la pérdida temprana de dientes primarios y permanentes.⁽⁵⁾

e.- TRAUMA

El estado dentario puede empeorar, además por trauma. Las caídas no son infrecuentes en niños con controles musculares incompletos y se producen traumatismo a los incisivos. Es probable que esto sea más común en el atetoide con incisivos en labioversión, siempre más susceptibles a un daño de este tipo.⁽⁵⁾

1.-BRUXISMO

Puede ser severo en algunos pacientes muy común en el atetoide.⁽⁵⁾

3.-TRATAMIENTO DENTAL

a.-INTRODUCCION

El tratamiento odontológico encuentra obstáculos especialmente en niños paralíticos e hipercinéticos. La premedicación con grandes dosis de sedantes, si bien puede aminorar los movimientos involuntarios, no es suficiente, y no queda otro recurso que inmovilizar al niño en el sillón y asegurar la apertura de la boca mediante algún dispositivo mecánico o un dedo metálico. Esto desde luego, tiene un efecto psicológico desfavorable. La fijación más favorable es tener al niño en la falda de la asistente. Al usar instrumentos para conductos radiculares, hay que asegurar éstos como siempre para evitar una deglución o aspiración. Para la anestesia por inyección usaremos una aguja larga, para prevenir su rotura por un movimiento brusco del niño. En los epilépticos la excitación, a veces puede provocar un ataque, y por eso es necesario tenerlo en cuenta en la premedicación.

Pero debe tenerse presente que epilépticos y niños mentalmente enfermos toman regularmente sedantes, y por eso debe aumentarse considerablemente la dosis normal para obtener el efecto deseado. En tales casos siempre debe consultarse al médico de cabecera. La terapéutica conservadora de dientes desvitalizados en niños espásticos debe ser restringida, pues requiere una colaboración que tales niños no pueden prestar. Por eso se elige bien el camino radical.

Los subnormales mentales o con disturbios neuropsiquiátricos son los que presentan la patología específica.

- a) Presentan más caries y éste aumento es mucho mayor en la primera dentición (influencia de los disturbios psicomáticos).
- b) Mayor incidencia de enfermedades periodontales, principalmente en niños subnormales mentales.
- c) Maloclusión.

- d) Prognatismo.
- e) Macroglosia.
- f) Anomalías de número, forma y erupción de los dientes.
- g) Dientes ectópicos.
- h) Anodoncia.
- i) Hipotonía muscular.

Los problemas odontológicos por falta de masticación correcta, sumados a la dentición atípica, promoverán innumerables disturbios orgánicos, principalmente digestivos y gastrointestinales. La atención odontológica podrá ser efectuada de las siguientes maneras:

- a) Convencional.
- b) Con sedación medicamentosa.
- c) Con analgesia.
- d) Con anestesia general.

Medios auxiliares.- Encaminamiento precoz del paciente atípico al consultorio, orientación a los padres y profesores sobre refuerzos positivos y negativos, y educación sobre higiene de la cavidad oral.⁽⁴⁾

b.- ATENCION ODONTOLOGICA

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

- 1.- Tienen dificultad masticatoria que aumentan con la pérdida de dientes. Esto contribuiría más a deficiencias nutricias.
- 2.- Muchos de estos pacientes nunca podrán usar dentaduras por su incapacidad muscular.
- 3.- Los problemas fonéticos aumentan por la pérdida de dientes.
- 4.- Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto. Un niño cuyas necesidades dentales son dejadas de lado o descuidadas, estará más frustrado que aquel que cuida su estética dental.

A excepción del mayor grado de caries dental y enfermedades periodontales, la mayoría de los niños con parálisis cerebral no presentan problemas dentales específicos. La principal preocupación del odontólogo responsable de su salud dental es lograr ajustar sus procedimientos a las condiciones físicas y mentales del paciente individual. El odontólogo podrá lograr éxito siempre que obtenga una historia personal minuciosa del niño antes de la primera visita de éste al consultorio dental. Debe conseguirse esta información de los padres o tutores, así como del médico que normalmente atiende ese paciente.

Los trabajos dentales en niños impedidos pueden lograrse sólo gracias a trabajo de equipo bien coordinado entre el odontólogo y sus auxiliares. Para lograr la cooperación requerida, el odontólogo debe proporcionar a su ayudante dental toda la información de ~~su~~ tratamiento que afecte a su paciente, para que la ayudante pueda prepararse adecuadamente para su importante papel en el tratamiento dental del niño.

Después de conseguir toda la información disponible respecto a las características físicas y mentales del niño paralítico cerebral, el odontólogo deberá hacer su evaluación personal durante la primera visita del niño al consultorio. Esta visita también deberá emplearse para planear el tratamiento y dar oportunidad al paciente de familiarizarse con el medio y con las personas que participarán en su cuidado dental.

Como muchos de estos niños llevan vidas retraídas y están acostumbrados a tratar con personas extrañas a su medio, el odontólogo puede prever en sus pacientes gran aprehensión. En los casos en que se aconseje quimioterapia para premedicación, deberá consultarse al médico que atiende al niño sobre la elección de fármacos. El medicamento más empleado para reducir ansiedades y espasmos musculares es el clorhidrato de clordiazepóxido (librium).

Deberá acomodarse lo mejor posible a los niños en la silla dental. Una silla inclinada en posición hacia atrás da más apoyo y sensación

de seguridad al paciente, cualidad especialmente importante para niños afectados de ataxia. Los espásticos pueden requerir aún más apoyo y control, lo que será tarea de la ayudante dental. Los procedimientos restrictivos, como empleo de correas, raramente son necesarios y podrán dificultar el manejo del niño, en vez de facilitarlo, ya que restricciones excesivas pueden provocar espasmos musculares involuntarios.

Si se pueden administrar de manera segura, no existen contraindicaciones al empleo de anestesia local en niños con parálisis cerebral. El odontólogo deberá prever posibles movimientos bruscos de la cabeza del paciente, y la jeringa deberá ser mantenida firmemente en su lugar en el momento de inyectar.

Se aconseja el empleo sistemático de apoyos bucales protectores durante procedimientos restaurativos, ya que evitarán lesiones al paciente y al dentista si las mandíbulas se cierran violentamente. Estos protectores deberán retirarse de la boca del paciente para proporcionarle frecuentes períodos de descanso, ya que los músculos del niño se cansan con facilidad.

Todo tipo de ayudas, como apoyos bucales, torundas de algodón y grapas de dique de caucho, que pueden ser fácilmente desalojadas de la boca del niño, deberán ligarse firmemente a un pedazo de seda dental para poder extraerlas rápidamente en caso de que el paciente hiciera movimientos de deglución o aspiración. En estos niños, el reflejo tusígeno frecuentemente está retrasado, por lo que es esencial el empleo liberal de equipo de aspiración para eliminar cualquier desecho de la cavidad bucal.

Nunca podrá ser excesiva la importancia concedida a la odontología preventiva para niños impedidos. Poder dar servicios dentales satisfactorios a estos pacientes requiere explicación amplia de parte del odontólogo a los padres o tutores, para informales sobre las medidas para realizar odontología preventiva. Deben mostrarse repetidamente las técnicas de cepillado adecuadas, y debe recalcarse la importancia de limitar alimentos cariogénicos. Si el niño vive en una área donde el agua potable está fluorinada deberá usarse tabletas.⁽⁵⁾

4.-INTRODUCCION DEL PACIENTE AL CONSULTORIO

Antes de ver al niño por primera vez, el odontólogo debe buscar información del médico sobre su condición. Necesita conocer el tipo de complicaciones neuromotoras y su gravedad, cualquier historia de convulsiones, terapia con drogas, otros defectos sensoriales, visuales o auditivos, y una estimación de defectos sensoriales en su nivel de inteligencia. Con este conocimiento, el odontólogo puede educar su actitud a las necesidades de ese paciente en particular. El acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero firme y siempre con plena confianza. Cualquier falla de seguridad es percibida por el niño y produce una actitud adversa. Paciencia y persistencia son de capital importancia y si es necesario hay que establecer varias visitas para lograr una relación amistosa y de confianza, con exámenes y explicaciones sencillas, antes de iniciar tratamientos. El objetivo debe ser un trabajo en equipo entre el odontólogo y el niño, haciendo egte su parte dándose cuenta cabal de ello.⁽⁵⁾

a.-POSTURA

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

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

Hay pacientes quienes pueden ser controlados más fácil y completamente si se sienta en el regazo de un padre o una asistente, si el padre es sensible y cooperador y entiende verdaderamente que se está

haciendo, entonces resultará una persona adecuada para brindar control y el niño está más seguro. Si el considera que el padre no es la persona indicada ese soporte puede brindarlo una asistente. El niño se sienta en las rodillas de la persona con las piernas entre las de ella, para controlarlas si es necesario, se inclina hacia atrás con la cabeza apoyada en el hombro de quien le ayuda o en el cabezal, y es sostenido tranquilamente con los brazos del niño. Puede necesitarse otra asistente para mayor soporte o control de la cabeza.⁽⁵⁾

b.- EXAMEN

Se debe estimular al paciente para que se relaje, explicando y demostrando primero todas las acciones propuestas. Los movimientos repentinos pueden precipitar una acción muscular y por eso es esencial un acercamiento suave. En el espástico, el intento de abrir la boca puede producir una contracción muscular intensa, pero si el odontólogo le enseña a hacerlo con presión suave, aveces se puede vencer esa contracción no hay que poner los dedos entre los dientes en los casos en que los maxilares puedan contraerse, salvo que se use protector digital metálico. Es recomendable un trozo de caderita o un cordón, perforando de manera que si se sale del dedo no hay peligro de que se trage, en esos casos, un espejo de vidrio puede resultar peligroso para el paciente, porque si se astilla, puede no ser posible recobrar los trozos de vidrio sin hospitalizar al niño y sin anestesia general. Es aconsejable un espejo de acero. Hay que tener cuidado en la colocación de un explorador agudo para que, si se cierra la boca intempestivamente, la punta no constituya un riesgo para los tejidos blandos. Las películas radiográficas son difíciles de ubicar y mantener sin movimientos y quizá habrán que omitirlas, aunque posiblemente las interproximales pueden tener mejor éxito. De ser así se puede simplificar mucho el descubrimiento de caries intergenciales.⁽⁵⁾

c.- CONSERVACION

Con la comprensión y confianza del paciente, la conservación debería ser posible, con o sin anestesia local, y por cierto en quíjlos con cierta inteligencia. Habitualmente, resulta esencial un separador bucal, pero hay que cuidar que sean de un tipo, y se encuentren en posición tal, que dificulte su desplazamiento. El separador sencillo no ajustable debe usarse en su máxima apertura, para que el paciente no lo desaloje si abre un poco más su boca, o por la presión de la lengua. Un separador tipo trinquete con manijas de tijera es útil, especialmente si las superficies que contactan con los dientes están cubiertas con metal blando, o con goma dura, para minimizar la incomodidad y el deslizamiento sobre los dientes están cubiertas con metal blando, o con goma dura, desmontables. El separador puede ser controlado por el asistente quien sostiene la cabeza del niño. Al paciente hay que permitirle descansos frecuentes de la posición de boca abierta.

Un atomizador de agua y un eyector de saliva, son esenciales para limpiar rápidamente el campo de restos, ya que no es factible enjuagarse la boca. En algunos casos, puede necesitarse un retractor para la lengua, especialmente cuando se trata de dientes inferiores. Al colocar cemento y obturaciones plásticas suele ser útil mantener el campo limpio y seco colocando una grapa para goma de dique, sobre el diente a tratar o el vecino, puede colocarse y retirarse muy rápidamente según la necesidad, y controla la posición de los rollos de algodón del eyector de saliva y hasta de la lengua en alguna medida.

Si bien la mayoría de los paralíticos cerebrales pueden ser tratados con buen éxito en esta forma, hay una cantidad en quienes esto no es posible por razones físicas o emocionales. Como alternativa, toda la conservación puede hacerse bajo anestesia general.

Este es el método preferido, sobre todo en el tratamiento inicial, porque se elimina una larga serie de visitas y el niño queda con su problema dental resuelto. Una vez que esto se logra se hace más fácil.⁽⁵⁾

d.- ORTODONCIA

El tratamiento ortodóntico sencillo debe realizarse siempre que sea posible dentro de los límites de la tolerancia del paciente, y no olvidando los riesgos de roturas en algunos de los casos. La consulta con un ortodoncista sobre tratamiento de compromiso suele ser útil.⁽⁵⁾

e.- PROTESIS

La proporción de caries es sólo marginalmente más elevada que lo normal, pero la conservación es por lo tanto más importante debido a los mayores problemas que pueden encontrarse en relación con una prótesis, desafortunadamente cuanto mayores sean las dificultades de conservación, menos probable es que el paciente pueda usar un aparato, pero si los problemas físicos y mentales puedan superarse, entonces la conservación misma no presenta verdaderos inconvenientes. Los pacientes con bruxismo intenso y tendencia a apretar no son adecuados para un aparato protésico u ortodóntico, salvo que puedan hacer irrompibles.

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

El odontólogo puede ser invitado a ayudar en la rehabilitación de un paciente cuadripléjico con la construcción de una pieza bucal — para sostener una herramienta. Se hace de acrílico y se parece a un aparato de (Andersen). Después de las impresiones en alginato y un registro de la mordida, se hacen los modelos en yeso piedra y se articulan en oclusión, se eliminan las retenciones y se tallan en cera, bloques de mordida con una cubierta oclusal plana pero delgada. Se procesan en acrílico por separado y luego se ajustan en la boca adaptándolas según su necesidad. Las superficies se desgastan hasta que la separación vertical de los dientes se reduzca aproximadamente a 1, 0 mm.

Se juntan con cera dura y se retira de la boca. Se completa la unión de los bloques de acrílico con acrílico del curado en frío. Las superficies anteriores del aparato entre los labios, puede construirse - ahora con acrílico curado en frío, como un sostenedor para instrumento requerido. Se puede hacer en forma de un prisma para presionar - las teclas de una máquina de escribir, en cuyo caso se perfora con - fresa la extensión de acrílico en la angulación requerida, habitualmente a unos 45° debajo de la horizontal, para insertar el prisma. - Otra posibilidad consiste en perforar el acrílico por completo para pasar una pajilla, de manera que el paciente pueda alimentarse sólo, además de entrenar y ejercitar los músculos en la succión y el sopli⁽⁵⁾do.

4.- PROBLEMAS DEL TRATAMIENTO

El niño afectado tan ligeramente que puede concurrir a la escuela normal es posible tratarlo como a un paciente normal en el consulto^{rio}, mientras aquéllos tan severamente impedidos, física y mentalmente, como para estar internados en instituciones especiales, sólo son adecuados para extracciones y un buen cuidado con relación a su higiene bucal. Es quienes se encuentran entre esos extremos que debe dirigirse la atención odontológica especial. Si un niño está en condiciones de asistir a una escuela o control especial, entonces se le puede ayudar.

El niño con algún grado de complicación en la cabeza o en el cuello presenta problemas para su atención odontológica y quizás las dificultades sean de orden mental, físico y dental.⁽⁵⁾

a.- DIFICULTADES MENTALES

1.- Aprehensión: Puede ser un gran problema al principio hasta que el niño se familiarice con el odontólogo y con el tipo de tratamiento. Se refiere especialmente a un niño retenido en su hogar y quien raramente ve a na^{die} que sea miembro de su propia familia. El niño -

quien concurre a una escuela o centro especial está más acostumbrado a conocer a otras personas. El espástico es esencialmente propenso a la aprehensión.

2.- Dificultad de comunicación:

Pueden existir defectos auditivos o visuales que dificulten la conservación y explicaciones junto al sillón, o el niño puede tener un defecto de dirección que hace sus respuestas incomprensibles. En esos casos, el odontólogo no debe suponer ninguna deficiencia en la inteligencia sin otra evidencia.

3.- Baja inteligencia:

En pacientes de inteligencia por debajo de lo normal la comunicación y el entrenamiento pueden ser difíciles de alcanzar cuando se intenta obtener cooperación.

4.- Distracción:

En algunos pacientes con disfunción cerebral hay inquietud y una deficiente capacidad para concentrarse. Las cosas triviales tienden a distraer la atención.

5.- Convulsiones:

Una cantidad de niños parafíticos cerebrales sufren de algún grado de convulsiones. Aunque la ansiedad puede precipitar un ataque, es casi seguro que el paciente está recibiendo drogas que controlan el estado, y un episodio así es raro en el sillón dental.⁽⁵⁾

b.- DIFICULTADES FISICAS

1.- Posición:

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

2.- Capacidad para cooperar:

Como regla general, un niño que puede entrar al consultorio, aún con ayuda, sentarse en el sillón y abrir su boca, puede ser tratado sin mayor dificultad. Los niños con complicaciones, mayores sobre todo de la cabeza y el cuello y puede presentarse serios problemas de cooperación no por falta de voluntad, sino por su incapacidad para producir las adecuadas acciones musculares. En el espástico la rigidez muscular tiende a desaparecer cuando se sienta quieto y relajado, pero cuando se intenta accionar los músculos para abrir la boca, hay una reacción excesiva y los músculos labiales aunque producen un cierto grado de apertura pueden estar tan fuertemente contraídos y tensos como para presentar una barrera en el examen de la cavidad bucal. Producir suficiente separación de los arcos dentarios constituyen un problema similar. En el atetoide, los constantes movimientos musculares involuntarios dificultan el tratamiento, los músculos faciales y masticatorios producen contracciones y quizás el cierre repentino de la boca.⁽⁵⁾

5.- PREVIENCION

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

La prevención de la caries en estos pacientes es tan importante que debe recomendarse el aporte de tabletas con fluoruro en las áreas no fluoradas, comenzando tan pronto como el síndrome es evidente. Pueden tomarse fácilmente en la dosis recomendada.⁽⁵⁾

II.- TRASTORNOS CONVULSIVOS

Los fenómenos convulsivos son signos frecuentes en los niños y aparecen algunos trastornos del sistema nervioso central, pueden clasificarse de acuerdo a su:

- a) Etiología
- b) Manifestaciones clínicas
- c) Imágen electroencefalográfica

Las convulsiones son más frecuentes durante los dos primeros años de la vida que en cualquier otro período de edad. El traumatismo obstructivo intracraneal y las malformaciones congénitas del cerebro son las principales causas en recién nacidos; ocupando las infecciones agudas, un importante lugar en el resto de la edad infantil.⁽¹⁾

A.- TRASTORNOS CONVULSIVOS AGUDOS O NO RECIDIVANTES.

a.- INTRODUCCION

Las causas de los ataques convulsivos agudos de los niños son muy variadas. Cualquier tipo de ataque puede ocurrir como manifestación transitoria de una enfermedad aguda que afecte al cerebro, pero las convulsiones tónicas y clónicas generalizadas similares al ataque de gran mal epiléptico son los más comunes. Prácticamente todos los ataques resultantes de trastornos extracraneales pertenecen a este tipo.

Aproximadamente del 6 a 8 % de todos los niños tienen convulsiones febriles, la mayoría de las cuales aparecen después de los 6 primeros meses de edad, pero dentro de los 2 ó 3 primeros años. La frecuencia disminuye progresivamente hasta los 6 a 8 años de edad, después de la cual tales ataques son raros. Los varones se afectan más a menudo que las mujeres.⁽²⁾

b-ETIOLOGIA

I.- Formas agudas o no recidivantes.

- a).- Convulsiones Febriles (por ejem. al principio de infecciones extracraneales, o en el caso de temperatura ambiental elevada).
- b).- Infecciones Intracraneales (por ejem. meningitis aguda, encefalitis tromboflebitis sinusal, absceso cerebral, tétanos, paludismo, tífus exantemático).
- o).- Hemorragia intracraneal (por ejem. por traumatismo obstétrico o de otra naturaleza, enfermedad hemorrágica del recién nacido, ruptura de vasos defectuosos, drenopanocitosis)⁽¹⁾.

TOXICAS

- 1.- Medicamentos convulsionantes (por ejem. alcanfor, tujón metrazol, estriocina, fenotiacina y esteroides).
 - 2.- Quernífero.
 - 3.- Encefalopatía saturnina aguda.
 - 4.- Shigelosis, salmonelosis.
-
- a.- Anóxicas (por ejem. asfixia grave súbita, anestesia por inhalación).
 - b.- Metabólicas o nutritivas (por ejem. tetania hipocalcémia aguda, alocalosis, hipoglucemia terapéutica, deficiencia de piridoxina, fenilcetonuria, glucinemia).
 - c.- Edema cerebral agudo (por ejem. en la nefritis glomerular aguda o edema alérgico del cerebro).
 - d.- Tumor cerebral.
 - e.- Diversas (por ejem. lupus eritomatoso generalizado).

c.- CARACTERISTICAS CLINICAS

Las convulsiones febriles ya sea por infecciones extracraneales o intracraneales, se caracterizan por presentarse cuando la fiebre es aumentada por más de 40° (corporal), por lo que el paciente comienza a ponerse rígido a tener alucinaciones visuales, táctil y gustativas.

El comienzo es brusco, y las convulsiones son tónicas y clónicas, por lo que el enfermo suele estar entonces completamente inconsciente y pueden producirse contusiones graves u otras lesiones importantes.

Este tipo de convulsiones son breves y terminan espontáneamente dejando al individuo cansado estuporoso y soñoliento, el paciente no suele darse cuenta de él.⁽¹⁾

d.- DIAGNOSTICO

Aunque la mayoría de las convulsiones que ocurren en el último período de la lactancia y en los primeros años de la niñez presentan sólo un síntoma inicial de una enfermedad febril aguda.

Todo niño que haya tenido una convulsión debe de ser examinado en busca de otra causa posible. Debe tomarse en consideración en el diagnóstico diferencial, la edad del niño como un factor que ayuda al diagnóstico.

Una historia cuidadosa de ataques previos, y síntomas inmediatamente anteriores, tales como hiperexcitabilidad, fiebre, espasmos musculares, cefalea, vómitos y vértigos, de un posible déficit dietético, intoxicación de cualquier clase, lesión crancal, diátesis hemorrágica, predisposición hereditaria a los ataques, es valiosa para la orientación diagnóstica.

La inspección de los fondos del ojo pueden dar el primer dato acerca de la naturaleza de la enfermedad primaria al revelar una neuritis óptica o borrosidad de las pupilas. Esto puede suceder en presencia de una lesión intracraneal expansiva.

Las zonas rojizas de degeneración en la región macular en la enfer

medad cerebro macular degenerativa y los tubérculos coroides de la tuberculosis miliar son sumamente característicos.

Si la enfermedad primaria es de carácter infecciosa, hay que oer-ciorarse de si la infección es extracraneal o intracraneal. Es necesario determinar el tipo de infección intracraneal, encefalitis, absceso, tromboflebitis sinusal o tétanos.

Algunas otras enfermedades de naturaleza infecciosa, tales como - fiebre tifoidea, shigelosis, salmonelosis y malaria pueden ocasionar convulsiones; en algunos casos las convulsiones están relacionadas con trastornos del equilibrio hidroelectrolítico. Las determinaciones de las cifras de calcio sérico, glucemia y de nitrógeno ureico en sangre favorecerán el diagnóstico de la hipocalcemia tetánica hipoglucemia y nefritis aguda respectivamente.

El hallazgo de hipertensión albuminuria y cilindruria apoya el diagnóstico de nefritis.⁽¹⁾

e.- PRONOSTICO

Si un acceso es consecuencia de algún trastorno físico o metabólico, la probabilidad de que se reproduzcan las convulsiones depende de que se consiga o no la eliminación o mitigación de la afección causante. Después de un acceso único de este tipo debe manifestarse a la familia que la probabilidad de que el niño se convierta en un epiléptico crónico es remota. Existe una probabilidad relativamente elevada de que se desarrollará una epilepsia idiopática en niños - que tienen más de cinco convulsiones febriles en un periodo de 12 meses, ataques aislados que duran más de una hora o anomalías electrocefalográficas persistentes.

Los hechos actuales parecen indicar que la terapéutica anticonvulsiva diaria no reduce el número o la duración de las convulsiones - febriles.

Un lactante o niño pequeño que haya tenido uno o más ataques febriles debe tratarse con medidas antipiréticas más rápidas, como aspirina o esponjas tibias y establecer una terapéutica antiinfecciosa tan

pronto este indicada.

Algunos médicos administran profilácticamente fenobarbital a tales niños durante los episodios febriles.⁽¹⁾

f.- TRATAMIENTO

Para controlar las convulsiones " febriles " que en algunas ocasiones sobrevienen al principio de infecciones extracraneales agudas suele bastar una dosis sedante de fenobarbital (3 mg por Kilogramo) de peso corporal, y la reducción de la hiperpirexia.

Si la convulsión es prolongada o si el niño tiene otra convulsión antes de que esté totalmente recuperado de la primera, estará indicado un tratamiento anticonvulsivo más enérgico. Los ataques consecutivos a los trastornos electrolíticos requieren una terapéutica especial.⁽¹⁾

2.- TRASTORNOS CONVULSIVOS CRONICOS O RECURRENTES.

a.- INTRODUCCION

Los términos epilepsia y trastornos convulsivo recurrente pueden usarse indistintamente. Estos términos designan un variable complejo sintomático caracterizado por los accesos recurrentes o proximales - de inconsciencia o alteraciones de la conciencia con sucesión o no - de espasmos musculares tónicos o clónicos u otro comportamiento anómalos. Si la causa de los ataques de un enfermo no puede hallarse, se puede decir entonces que tiene una epilepsia IDEOPATICA O CRIPTOGENETICA, si se puede demostrar una anomalía cerebral, se habla entonces de epilepsia orgánica o SINTOMATICA.⁽¹⁾

b.- ETIOLOGIA

II.- Formas crónicas o recidivantes

Epilepsia:

- 1.- Idiopática (por ejem. epilepsia primaria, criptogenética, esencial o genuina).
 - a) Tipo hereditario o genético.
 - b) Tipo no genético o idiopático adquirido.
- 2.- Orgánica (por ejem. epilepsia secundaria o sintomática, coexistente con lesión cerebral consecutiva a lesiones focales o difusas anteriores).
 - a) Postraumática (por ejem. por desgarro directo del tejido cerebral).
 - b) Poshemorrágica (por ejem. debida a traumatismos obstétricos o en épocas ulteriores, enfermedades hemorrágicas, paquimeningitis, rotura de aneurisma miliar).
 - c) Posanóxica (por ejem. debida a grave asfixia del recién nacido).

- d) Postinfecciosa (por ejem. subsiguiente a encefalitis, meningitis, tromboflebitis sinusal o absceso).
- e) Posttóxica (por ejem. querníctero, encefalopatía subsiguiente a intoxicación por el plomo, arsénico u otros envenenamientos crónicos).
- f) Degenerativa (por ejem. atrofia, degeneración cerebromuscular, encefalitis periaxial difusa y neurofibromatosis intracraneal).
- g) Congénita (por ejem. aplasia cerebral, porencefalia, esclerosis tuberosa, hidrocefalia, anomalías vasculares tales como el tipo Sturge - Weber y Aneurisma arteriovenoso).
- h) Enfermedad cerebral parasitaria (por ejem. cisticercosis, sífilis).
- i) Lesión posthipoglucémica.

3.- Reflejo (lectura, contacto, luz, sonido, música).

Estados pseudoepilépticos.

a.- Narcolepsia y cataplexia.

b.- Histerismo (epilepsia psicógena)

c.- Tetania

1.- Hipocalcémia (por ejem. idiopática, postoperatoria, neonatal, deficiencia de vitamina D, deficiencia de la absorción intestinal).

2.- Por Alcalosis (por ejem. vómitos, administración de bicarbonato, hiperventilación pulmonar).⁽¹⁾

c.- CARACTERISTICAS CLINICAS

c.l.- ATAQUES DE GRAN MAL.- Estos ataques pueden ir precedidos de una aura momentánea, pero menos de un tercio de los niños epilépticos pueden dar una descripción definida de semejante experiencia. En

algunos casos un espasmo o sacudida muscular preliminar localizada puede proceder a un ataque generalizado. Los ataques del gran mal - consisten en convulsiones generalizadas, especialmente con fase toni clónicas de espasmos musculares, el comienzo del próximo es brusco y el espasmo tónico puede ocurrir simultáneamente con la pérdida de la conciencia. El enfermo, si está sentado o de pie, cae al suelo, su rostro palidece súbitamente, las pupilas se dilatan, las conjuntivas son insensibles al tacto, los glóbulos oculares giran hacia arriba o a un lado, el rostro se deforma, la glotis se ocluye, la cabeza puede ser rechazada hacia atrás o bien volverse violentamente hacia un lado, los músculos abdominales y torácicos se hallan rígidos y las - extremidades se contraen de modo irregular o se ponen rígidas, puede percibirse un breve grito de espanto, puede ser mordida gravemente la lengua a consecuencia de la rápida contracción de los músculos ma seteros. La contracción forzada y súbita de los músculos abdominales puede provocar la evacuación de la vejiga y menos a menudo la del rec to, la palidez facial va seguida rápidamente de congestión y esta a su vez de cianosis, en ocasiones muy intensa, debido a la detención de todos los movimientos respiratorios. Al final de esta fase, que dura por lo general sólo de 20 a 40 segundos, se inicia la fase clónica cuya duración es muy variable. El enfermo puede despertarse de su sueño postconvulsivo con cefalea intensa generalizada y en un eg tado de confusión. Puede errar en un estado de semifuscación o estu poroso, durante el cual es capaz de ejecutar actos más o menos auto máticos sin que logre recordar después de lo ocurrido.

Un ataque de gran mal puede ocurrir de noche, sin que el enfermo se haya dado cuenta de ello. La mordedura de la lengua o labios, la cefalea, la presencia de sangre en la almohada o la cama mojada de ori na, pueden ser la única pista de ataque.⁽¹⁾

c.2.ATAQUES DEL PEQUEÑO MAL.- Consisten en una pérdida transitoria de la conciencia pueden existir manifestaciones leves, como fijeza de la mirada o dirección de la misma hacia arriba, movimientos de los párpados, inclinación de la cabeza o movimientos salutatorios rítmicos de la misma o ligero temblor de los músculos, tronco y extremidades.

Las niñas resultan más a menudo afectadas que los niños. El desarrollo intelectual raramente resulta perturbador en los niños que tienen solamente simples ataques del pequeño mal, duran menos de 30 segundos. El enfermo rara vez se cae, pero por lo regular deja caer los objetos que pueda tener en las manos o en la boca en dicho momento. Puede no darse cuenta de que ha sufrido un ataque, tales varían en -- cuanto a frecuencia desde uno o dos por mes hasta varios centenares por día. Los distintos ataques de pequeño mal pueden, excepcionalmente, hacerse progresivamente más prolongados y parecerse cada vez más a una forma leve de gran mal.⁽¹⁾

c.3.-ATAQUES PSICOMOTORES.- Son los más difíciles de reconocer y tratar, en el niño de corta edad se manifiesta muy a menudo una ligera aura -- por medio de un grito agudo o un intento de correr en busca de ayuda. A veces el niño está soñoliento o duerme durante un breve tiempo después de la crisis, consiste en una pérdida gradual del tono postural. Con frecuencia presenta alteraciones vasomotoras, como una palidez -- circunscrita, unos cinco minutos, el niño puede reanudar su actividad normal o puede dormir.⁽¹⁾

c.4.-ATAQUES MIOCLONICOS INFANTILES.- Este término designa un tipo de crisis convulsiva que aparece en la primera infancia y recibe también los diversos nombres de espasmos infantiles, " espasmos fulgorantes " y " sacudidas convulsivas ", estos episodios aparecen antes de los 2 -- años de edad y afectan a varias clases de músculos. El tipo más frecuente de miclono masivo consiste en una brusca caída de la cabeza -- con flexión de los brazos, éstos pueden repetirse centenares de veces en un día.

Por lo general, las crisis mioclónicas infantiles desaparecen espontáneamente antes de los 4 años de edad posteriormente pueden producirse otras crisis convulsivas. Está indicado ensayar un tratamiento con corticotropina, un corticosteroide o peridoxina.⁽¹⁾

d.- DIAGNOSTICO

El diagnóstico de las convulsiones crónicas se elabora mediante una historia clínica cuidadosa, en el cuál por las características que manifiestan los diferentes tipos de ataques ya que cada uno de ellos presenta diferentes manifestaciones clínicas.

Por lo que se puede presentar a cualquier edad y que suele estar asociada con movimientos tónicos - clónicos generalizados, generalmente son de 5 a 10 minutos de duración y presentan datos específicos, en el electroencefalograma se dice que estamos hablando de ataques del gran mal (motor mayor).

El que suele presentarse entre los 4 y los 14 años de edad, son ataques que se caracterizan por momentos de fijación de la vista que dura algunos segundos, asociados en ocasiones con movimientos clónicos de las extremidades superiores y se pueden presentar diariamente se pensará que son ataques del pequeño gran mal.

Si observamos que con frecuencia los niños mayores u adolescentes y adultos, las manifestaciones varían considerablemente y constan principalmente de automatismo (por ejemplo mov. masticatorios, chaguido de los labios, movimientos motores extraños y en ocasiones ademanes raros) duran aproximadamente algunos minutos y pueden ocurrir diariamente, se tratará de la epilepsia psicomotora (del lóbulo temporal).⁽¹⁾

e.- PRONOSTICO

El pronóstico depende del retraso mental, de las deficiencias físicas de una posible lesión orgánica y de la impropiedad del tratamiento en su aspecto médico y ambiental. A un cuando es posible que un ataque grave prolongado durante una o más horas pueda reducir grandemente los depósitos de glucosa disponibles y dificultar la oxigenación y causar así alteraciones cerebrales secundarias, existen motivos para creer que el episodio convulsivo habitual no provoca daños irreversibles.⁽¹⁾

Los pacientes epilépticos que presentan otras anomalías rara vez mueren o sufren graves lesiones a consecuencia de un trastorno convulsivo si bien el curso de la enfermedad varía de gran manera en diferentes enfermos, la tendencia corriente de los ataques es hacerse más numerosos, a menos que se modifique el curso terapéuticamente. Los enfermos que están bien tratados médicamente rara vez tienen ataques durante su participación en actividades atléticas. Los resultados del tratamiento pocas veces son satisfactorios en lactantes y niños pequeños con ataques mioclónicos.⁽¹⁾

1.- TRATAMIENTO

Terapéutica del ataque aislado.- Prácticamente todo lo que puede hacerse en favor de un paciente durante un ataque es protegerlo de traumatismo corporales. Esto requiere de una vigilancia constante - en los casos graves, al comienzo de un ataque benigno o de gran mal deben aflojarse las ropas que rodean el cuello, después hay que colocar al enfermo en decúbito lateral a fin de que no aspire sus secreciones acumuladas. Se observará cuidadosamente en busca de cambios de color, la administración de oxígeno está indicada durante las convulsiones prolongadas. Es más probable que durante una convulsión las lesiones, de cualquier orden, en la lengua y en otros tejidos - de la cavidad bucal se produzcan en momento de iniciarse la crisis, debe aconsejarse a la familia que no coloque un palo u otro objeto entre los dientes del paciente.

La administración de oxígeno está indicada durante las convulsiones prolongadas y la administración intravenosa de pequeñas cantidades de glucosa al 5 % en solución salina al 0.45 % puede abreviar - el plazo de recuperación.

En el tratamiento general son factores importantes, un ambiente de quietud, tranquilizar al enfermo y evitarle nuevas molestias, especialmente durante la fase de recuperación.⁽¹⁾

Tratamiento continuo del niño epiléptico.- Los objetivos que se persiguen con el tratamiento consisten en reducir el número de las crisis convulsivas, para estimular el funcionalismo del niño hasta un nivel adecuado a sus dotes naturales, y promover la aceptación del niño en casa y en la comunidad sobre la base de sus facultades. Las responsabilidades del médico comprenden el diagnóstico y el servicio terapéutico para el niño, información y consejo en lo que respecta a los padres, y guía hacia la comunidad y la escuela. El éxito del médico en cada una de estas misiones afectará con frecuencia tanto el número de las crisis como la adaptación del niño. Existe cierto número de factores limitantes, tales como la duración y la gravedad de los síntomas, característica de los ataques, presencia de las lesiones cerebrales complicantes y la capacidad que puedan tener el paciente y su familia para cooperar.⁽¹⁾

Orientación del niño.- La actitud del niño hacia su enfermedad suele ser un reflejo de la actitud de sus padres, incluso en el caso de que los términos le resulten vagos, el niño captará la filosofía del médico. Si en ella se combina el realismo con el optimismo, pueden esperarse resultados beneficiosos a largo plazo.

Las preguntas que puede hacer el niño resumen y relacionan con la actividad en la escuela, deportes, o la duración del tratamiento. La mayor parte de los niños se muestran satisfechos al saber que su participación en las actividades regulares es estimulada. Las habituales restricciones prohibiéndole calbagar y nadar, excepto cuando es vigilado por un adulto responsable, son aceptadas de buena gana.

Orientación de los padres.- Entre las preguntas pertinentes que se le hacen al médico por parte de los padres una vez que se ha llegado al diagnóstico de epilepsia tenemos las siguientes ¿ El castigo del niño podrá desencadenar una crisis convulsiva? ¿ Que puede saberse sobre el porvenir del niño? ¿ Es probable que su desarrollo mental quede retrasado a consecuencia de su enfermedad? ¿ Se producirá deterioro mental? ¿Debe asistir a la escuela? ¿Debe casarse y tener hijos Si el niño recibe mayor atención directa o indirectamente por tener

convulsiones, es probable que resulte difícil regular la enfermedad con la medicación sólo.

Es muy importante restablecer la confianza tanto en los padres como en el niño. Los adultos necesitan tener la impresión de que son personas competentes y capaces que pueden hacer frente a sus responsabilidades adecuadamente.

Si el niño recibe medicación en cantidad adecuada, el tratamiento no influirá de ninguna manera sobre su capacidad mental o sobre su personalidad ni le convertirá en un adicto a la droga. Aunque puede producirse una convulsión después de que el niño haya sido ridiculizado o se le haya hecho sentir inadecuado, es preferible educar al niño de un modo normal. Premiarle o castigarle sólo por el hecho de que tiene ataques, da lugar a problemas de conducta.

El paciente necesita un medio ambiente que le permitirá desenvolverse con éxito a su propio nivel. Cuando se trata de ciertos pacientes es aconsejable que el médico asuma temporalmente la responsabilidad del cuidado del niño. A medida que los miembros de la familia se hacen más maduros en sus actitudes y menos preocupados, irán enterándose cada vez más de las dificultades subyacentes.⁽¹⁾

g.- FARMACOTERAPIA

Desde la introducción de los bromuros para el tratamiento de la epilepsia por Lescock en 1858, el tratamiento farmacológico ha sido lo mejor y generalmente la única forma de tratamiento. La tendencia a confiar solamente en la medicación fué estimulada por la introducción del fenobarbital en 1912. Subsiguiente la dietoterapia se puso en práctica al descubrirse que el ayuno, la dieta cetógena y la restricción del consumo de líquidos tienden todos ellos a prevenir los ataques epilépticos. Desde el descubrimiento por Putman y Merrit en 1937 de que el DILANTIN (definilhidantoinato) era eficaz en algunos enfermos tratados sin éxito con el fenobarbital, ha vuelto a imponerse la tendencia a confiar solamente en la terapéutica medicamentosa.

Para la eficacia del tratamiento del niño epiléptico se requiere la determinación del fármaco anticonvulsivo o combinación de fármacos - más apropiados para él, así como de las dosis convenientes. Para conseguirlo es necesario plantear un programa sistemático de ensayo de - las diversas sustancias anticonvulsivas. Las modificaciones introduci- das en la dosificación de un medicamento a otro deben efectuarse con intervalos menores de dos semanas.⁽¹⁾

g.1.- FENOBARBITAL

El fenobarbital fué el primer agente epiléptico orgánico eficaz, es el menos tóxico, costoso y sigue siendo uno de los más eficaces y más empleados. Es el fármaco de elección para uso prolongado en el caso - corriente con ataques del gran mal. Sus principales propiedades radican en su relativa eficacia e inocuidad a dosis terapéuticas por un largo período de tiempo, su facilidad de administración y bajo costo. Las dosis oscilan entre 8 mg una a tres veces al día para lactantes - hasta 10 cg una a tres veces al día para un niño mayor afecto de una forma grave de la enfermedad, puede prescribirse también, basandose en el peso, una dosis inicial de 3 mg / Kg. / día fraccionada en dos a cuatro tomas, con (frecuencia) incrementos graduales hasta alcan- zar la dosis de sostenimiento necesaria. Más de 6 mg/ Kg. / día, pue- den originar somnolencia.

En algunos casos los enfermos pueden mostrar ideosincrasia al feno- barbital, una erupción maculopapulosa en la piel o mucosa, somnolen- cia excesiva y fiebre, pueden indicar sensibilidad o hiperdosifica- ción. Tales signos desaparecen pronto, sin acción nociva permanente, cuando se reduce la dosis o se retira la medicación. En algún caso - excepcional, especialmente cuando los accesos son en un principio de pequeño mal, empeoran los enfermos con el fenobarbital y presentan - variantes del pequeño mal o ataques psicomotores. En tal caso puede administrarse también el Dilantin. Es rara vez necesario suprimir la medicación, lo cual debe hacerse siempre de un modo gradual, y sus- tituirla por otro fármaco.⁽¹⁾⁽¹⁾

g.2.- DILANTIN

Las únicas drogas que rivalizan con los barbitúricos en el tratamiento de los ataques de gran mal son ciertos compuestos de hidantofina, como el difenilhidantoinato sódico, de la farmacopea de los Estados Unidos, conocido también como fenitofina sódica (dilantin). Se administran a los niños mayores en cápsulas y a los más pequeños en forma de tabletas diluidas en un poco de alimento o de zumo de fruta. Las dosis oscilan entre 15 mg dos o tres veces al día en los niños pequeños y 10 mcg. de una a dos veces al día en los niños mayores. La droga puede prescribirse también basándose en el peso del niño con una dosis inicial de 3 mg/ kg. de peso corporal al día que se fraccionará en dos tomas, aumentando gradualmente la cantidad hasta llegar a la dosis de sostenimiento que sea necesaria más de 8 mg / Kg / día, puede originar manifestaciones tóxicas. La ventaja principal de los compuestos de hidantofina sobre los barbitúricos es que actúan como anti convulsivos eficaces sin producir somnolencia excesiva.

Por lo tanto, deben ensayarse en todos los casos de gran mal que no responden satisfactoriamente al fenobarbital administrado a dosis no depresivas. No obstante, las sustituciones deben hacerse de un modo gradual ya que a menudo los cambios súbitos pueden originar una mayor reactividad convulsiva.

La administración de Dilantin va generalmente seguida de una hipertrofia no dolorosa ni hemorrágica de las encías. Por lo general no requiere de más tratamiento especial que una buena higiene dentaria. Si resulta desagradable estéticamente, debe sustituirse entonces por otro fármaco.

Cuando la dosis inicial es excesiva, pueden aparecer ataxia y somnolencia, lo mismo que si aumenta demasiado rápidamente o si la dosis diaria total rebasa los 8 mg/ Kg. Reacciones tóxicas tales como náusea o vómito, eritema o erupción morbiliforme de la piel, manifestaciones nerviosas tales como temblor de las manos, ataxia, diplopía con nistagmo, parálisis y psicosis leves, no son hechos frecuentes. Estas manifestaciones desaparecen tras la reducción de la dosis a dos tercios - aproximadamente de la que se venía empleando. El dilantin no debe ad-

ministrarse a los lactantes y niños pequeños en forma de suspensión ya que la mayor parte de los padres no tienen habilidad para administrar la pequeña dosis con exactitud.⁽¹⁾⁽³⁾

h.- DIETA CETÓGENA

El ayuno determina el cese de los ataques de gran mal en la mayoría de los niños epilépticos, manifestandose generalmente su efecto tras la aparición de la cetosis al tercer día. Una severa dieta cetógena ejerce un efecto anticonvulsivo comparable después de haberse producido la cetosis. La enérgica restricción del consumo de agua, incluso cuando la dieta no es cetógena, determina el cese de los ataques de gran mal en la mayoría de aquéllos enfermos que responden favorablemente al ayuno o a la dieta cetógena.

La administración de sales alcalinas en cantidades suficientes para neutralizar el efecto acidógeno del ayuno o de la dieta cetógena anula la acción anticonvulsiva, mientras que la administración de ácidos inorgánicos o sales acidógenas refuerza o intensifica esta acción. La dieta cetógena es beneficiosa tanto para la epilepsia de pequeño mal como de gran mal.

Puede ser útil a los niños que padecen frecuentes ataques no dominados por dosis moderadas de uno o más de los medicamentos anticonvulsivantes. Debido a las diversas dificultades que presenta la dieta ya no se sigue empleándose a gran escala. Es necesario que tanto el niño como la familia acepten de buen grado el régimen dietético recomendado y sin que sea motivo de conflictos emocionales.⁽¹⁾

3.- MANIFESTACIONES BUCALES EN NIÑOS CON TRASTORNOS CONVULSIVOS.

Con excepción de la hiperplasia fibrosa de la encía producida por el medicamento anticonvulsivo dilantina, el paciente epiléptico no sufre problemas dentales especiales debido a su enfermedad. En la mayoría de los casos, se puede eliminar quirúrgicamente la hiperplasia gingival, después controlarse con procedimientos bucales profilácticos adecuados. Si tiende a recurrir el problema periodontal, deberá consultarse al médico del niño, para considerar un cambio de régimen de medicamentos para el paciente.⁽³⁾

Frente a cicatrices o traumatismos amplios de la cara y los labios y en particular de la lengua, el dentista deberá de pensar en epilepsia. Debe preguntarse a cualquier paciente joven con cicatrices linguales si ha sufrido "desmayos". Los enfermos epilépticos muchas veces rechinan los dientes durante la noche (bruxismo).

Es importante reconocer cualquier tendencia epiléptica en un paciente que deberá someterse a anestesia por óxido nitroso, pues la fase de excitación puede presentarse durante la inducción, y la anoxemia que acompaña frecuentemente este tipo de anestesia, predisponen a la crisis, si sobrevienen convulsiones en un paciente cuyos movimientos están estrechamente limitados, son de temer lesiones personales graves y un daño importante al equipo del consultorio. Estos suelen ser buenos pacientes bajo anestesia local, si no están cansados y si han recibido una premedicación adecuada.

Si los epilépticos presentan una crisis mientras se encuentran en el consultorio dental, deben tomarse medidas inmediatas para evitar que el paciente se lastime. Se quitará del sillón y se acostará en el piso donde no hay peligro de que se golpee contra las paredes, los muebles o el equipo del consultorio. Es aconsejable colocar un protector bucal durante el ataque para evitar así las lesiones linguales, pero debe hacerse con mucho cuidado, pues hay más peligro para el dentista de ser mordido accidentalmente por el epiléptico, que de posible lesión de la lengua del paciente. No es raro que los dientes se fracturen o desplacen durante un ataque. En los epilépticos son preferibles las prótesis fijas a las removibles.

Hiperplasia gingival por DILANTIN.- Se utiliza mucho en el tratamiento de la epilepsia el difenilhidantoinato de sodio (dilantín). Uno de los efectos laterales de este fármaco es una hiperplasia gingival considerable. Se ignora la causa de ésta alteración de las encías aunque existen varias hipótesis al respecto. Los únicos tejidos que muestran estas respuestas son los de las encías. Glickman produjo una hipertrofia gingival experimental en la mitad de un grupo de pacientes con los que se administraron 16 gotas de dilantín. Las lesiones experimentales desaparecieron después de la extracción de los dientes Baccok y Nelson encontraron una correlación significativa entre el contenido de dilantín de la saliva y la frecuencia de la hiperplasia gingival en pacientes que recibían éste medicamento.

La hiperplasia gingival por dilantín se observa fundamentalmente en niños y adultos jóvenes, y no se presenta en las zonas anodontas. Es raro encontrar la alteración al poco tiempo de iniciar la terapéutica. Pero Nurgens publicó un caso en que se desarrolló hipertrofia gingival tras sólo dos semanas de tratamiento.⁽⁸⁾

Estas modificaciones gingivales se presentan inicialmente en las papilas interdenciales. Pero en las lesiones avanzadas, la proliferación es tanta que la encía cubre casi completamente los dientes. Suele existir una línea de separación muy recta entre la encía normal y el tejido hiperplásico. El paciente tiene pocas quejas, el tejido hipertrofiado es duro, de color rosa pálido, con una superficie queratinizada gruesa. Es raro el sangrado, inflamación e infección secundaria.

En caso de hiperplasia de larga duración por dilantín, puede aparecer maloclusión progresiva. Como cambio tardío e inconstante, puede mencionarse la resorción del hueso interseptal.

La hiperplasia por dilantín tiene consecuencias estéticas indeseables y además dificulta la higiene bucal y en ocasiones la propia masticación. Sin embargo, las alteraciones de encía no justifican la suspensión de la terapéutica. Panieska y colaboradores observaron que los pacientes que recibían fenobarbital sin dilantín mostraban una mayor frecuencia de hiperplasia gingival que los enfermos sin tratamiento; la medicación a base de dilantín y fenobarbital combinado daba una cifra mucho mayor de hiperplasia gingival. La lesión se observó generalmente en las regiones anteriores de la boca.⁽⁹⁾

a.-TRATAMIENTO

Las medidas encaminadas a combatir la aparición de hiperplasia gingival son más eficaces que el tratamiento de la lesión avanzada. Zigkin y Putnam, mencionan que una higiene bucal sumamente estricta en el epiléptico, a partir del inicio de la terapéutica, constituyen una profilaxis de gran estabilidad. En la atención casera son importantes un uso disciplinado del cepillo y del estimulador interdental. Se deben eliminar todos los factores predisponentes locales mediante tratamiento de consultorio. A veces es difícil conseguir del paciente la cooperación necesaria.

Cuando la hipertrofia gingival se limita a las zonas interdenciales y antes de que el tejido se halla vuelto fibroso, el uso del estimulador interdental, una higiene bucal esmerada, y la supresión de factores irritativos locales, logra a veces la regresión de la hipertrofia o impide que siga progresando. Los estudios de Brinker, Ingle y Bregno confirmaron los primeros artículos en el sentido de la utilidad - de los antihistamínicos en el tratamiento de la hiperplasia gingival por dilantín.

En la hiperplasia por dilantín, el único tratamiento satisfactorio es la extirpación quirúrgica del tejido. Es importante iniciar pronto maniobras de cepillado vigoroso y estimulación interdental, después de la intervención para que no hallan recaídas, de cualquier manera éstas son frecuentes, porque es difícil que el paciente coopere en estos aspectos.

Periódicamente hay que hacer un raspado y limpieza escrupulosa y se les enseña tanto al padre como al paciente la técnica de cepillado.⁽⁸⁾

1.- DEFICIENCIA MENTAL

a.- INTRODUCCION

La deficiencia mental puede definirse como un estado de desarrollo mental inadecuado que produce, o del que cabe esperar que produzca, una incapacidad para la adaptación social independiente. Constituye un síntoma de disfunción cerebral durante la vida prenatal o la lactancia. Aunque el paciente se tratará aquí principalmente como un problema médico, presenta importantes implicaciones sociales que no deben ser pasadas por alto.⁽¹⁾⁽²⁾

b.- CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS

La inteligencia no es el resultado de un sólo proceso mental, sino que está compuesta de muchas capacidades diferentes, incluyendo conceptos tales como el pensamiento abstracto, memoria visual y auditiva, razonamiento causal, expresión verbal, capacidades de manipulación, comprensión especial y probablemente muchas otras.

La práctica actual de describir cuantitativamente la inteligencia según la edad mental o cociente de inteligencia que es la relación entre la edad mental y la edad cronológica, proporciona un promedio de los componentes adquiridos por la mayoría de las capacidades mentales. Con frecuencia los niños menores seriamente atrasados, algunas de las funciones mentales pueden estar dentro de los límites normales.

La importancia de este concepto en relación con el diagnóstico de la deficiencia mental se hace evidente cuando se comprueba que no todas las diferentes facultades mentales desempeñan un papel igual en lo que respecta a influir la subsiguiente adaptación social.

Desde el punto de vista académico y administrativo, el cociente de inteligencia sirve como un medio útil para clasificar a los niños deficientes en relación con el grado de defecto.⁽¹⁾

c.-ETIOLOGIA

La clasificación siguiente se basa en la medida de lo posible, en la etiología. Sólo incluye aquellos procesos que se presentan con - suficiente frecuencia para tener importancia práctica.

c.I. PRENATAL

A. Determinado genéticamente.

- 1.- Familiar o subcultural.
- 2.- Fenilcetonuria.
- 3.- Galactosomia.
- 4.- Lipidosis cerebral.
- 5.- Enfermedades desmielinizantes cerebrales.
- 6.- Gargolismo.
- 7.- Anomalias craneales (microcefalia primaria, craniosinosis, hipertelorismo, hidrocefalia, congénita).
- 8.- Ectodermosis congénitas (esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, angiomatosis cerebral).
- 9.- Mal desarrollo cerebral hereditario, no clasificable clínicamente.
- 10.- Aberraciones cromosómicas (mongolismo, síndrome de Kline felter, síndrome de trisomía X hermafroditismo y otros diversos procesos).

B. Prenatal, de causas conocida.

- 1.- Infección (sífilis, rubéola, toxoplasmosis, enfermedad de inclusión citomegálica).
- 2.- Irradiación fetal
- 3.- Quernictero (inmunización materna Rh y ABO hiperbilirrubinemia neonatal inespecífica).
- 4.- Cretinismo.

C. Prenatal de causa indefinida o desconocida y no clasificable clínicamente.

- 1.- Asociadas con anomalías placentarias, toxemias del embarazo prematuidad, medicación materna, déficit nutritivos, anoxia intoxicación, traumatismos etc.

c.II.- NATAL

- A. Traumatismos obstétricos (traumatismo cerebral directo, he morragia, anoxia).

c.III.- POSNATAL

- A. Infecciones cerebrales (miningoencefalitis, abscesos).
- B. Traumatismo cerebral.
- C. Intoxicaciones (plomo, monóxido de carbono y otras).
- D. Accidentes cerebrovasculares, oclusiones y hemorragias de causas variables o desconocidas.
- E. Encefalopatías postinmunización (tosferina, viruela, rabia y otras).⁽¹⁾

d.- CARACTERISTICAS CLINICAS

d.I.-Retraso familiar o subcultural .- El componente más importante de la población mentalmente retardada. Constituyen el grupo mayor que comprende del 25 al 40 % de los retrasados internados y del 60 al 75% de todos los deficientes mentales de la comunidad, por lo que estos pacientes tienen una doble desventaja: No sólo tienen su capacidad intelectual disminuida sino que la mayoría proceden de familias en las que uno o ambos o la mayoría de los hermanos tienden a ser intelectualmente inferiores o incluso retrasados y por consiguiente estos se pueden encontrar en cualquier estrato económico y cultural.⁽¹⁾

El examen físico no revela la existencia de ninguna anormalidad, - mientras el examen neurológico y el comportamiento general y la estructura de la personalidad indiquen que existe un sistema nervioso-central esencialmente normal. Por lo común, el perfil psicológico re vela que el principal defecto se sitúa en la esfera verbal y abstrac

ta, con una consecución relativamente mejor en las acciones de una naturaleza concreta dependiendo de la destreza manual y de la coordinación visual - motora.

El C.I. raramente es inferior a 50 %. El impedimento de estos pacientes se hace cada vez más evidente durante los años escolares, - que esencialmente constituyen una experiencia verbal, y menos notable en los años posteriores en que se dedican a adquirir una experiencia ocupacional en la cual la verbalización y la abstracción son menos importantes que la capacidad de ejecución. Cuando se dispone de secuelas especiales y de facilidades de educación e incluso se - realizan pequeños esfuerzos para la supervisión de la comunidad, y el pronóstico en cuanto a la futura integración social es bueno.⁽¹⁾

d.2.- Fenilacetaturia.- Es importante esta causa de deficiencia mental, - fué identificada en 1934 por Folling cuando demostró la existencia de ácido fenilpirúvico en la orina de 10 enfermos mentales. Estudios posteriores establecieron que el defecto enzimático básico residía - en la posibilidad de hidroxidación de la fenilalanina a tiroxina.

Esto da lugar a la acumulación de fenilalanina en la sangre y en - los líquidos orgánicos que, después de sufrir la transición, aparecen en la orina en forma de ácido fenilpirúvico.

La enfermedad se transmite por un gen recesivo. De cada 100 personas, aproximadamente una o dos son portadoras heterocigóticas, asintomáticas la mayoría de los niños afectados son de ojos azules y tienen el cabello rubio. Con frecuencia presentan cierta tendencia a - los procesos dérmicos seborreicos y eccematosos y tienen un olor mohoso. Un tercio de estos niños sufren crisis epilépticas, las manifestaciones neurológicas, que comprenden hipertonia y temblores, no son corrientes, pero la mayoría presentan graves trastornos de la - personalidad.

Los niños con fenilacetaturia ofrecen un aspecto normal en el momento del nacimiento y durante el período neonatal, en el momento del - parto, las cifras de fenilalanina son normales (los valores normales son 4 a 2 mg/ 100cm³). Y el ácido fenilpirúvico no hace su apari

ción en la orina hasta que los niveles plasmáticos de fenilalanina - se elevan unos 15 mg/ 100 cm³, ésto aproximadamente. Esto ya puede - producirse a los 6 días o no ocurrir hasta los 35 días después del - nacimiento. En este momento empieza la alteración cerebral progresi- va que alcanza su máximo de los 2 a 3 años de edad.

Por regla general, el aumento de los niveles hemáticos, de fenila- lanina se acompaña de deficiencia mental. Sin embargo, existen casos comprobados de personas con niveles de fenilalanina persistente ele- vados que tenían una inteligencia normal. Por lo contrario, se encuen- tran casos de retraso mental en personas pertenecientes a familias - fenilcetonúricas, que no tienen fenilcetonuria. El nacimiento de ni- ños retrasados mentales sin fenilcetonuria de madres fenilcetonúricas hace pensar que la alteración cerebral puede ser producida en el úte- ro mediante transferencias placentarias de cantidades elevadas de fe- nilalanina procedentes de la circulación materna.⁽¹⁾

d.3. Ectodermosis congénita.- En este grupo se incluye la esclerosis tu- berosa, la neurofibromatosis y la angiomatosis cerebral. Todos ellos presentan, más o menos, en común: a) lesiones dérmicas característi- cas, b) displasia celular, c) cierta tendencia a la formación tumo- ral que puede afectar a muchos sistemas orgánicos aparte el sistema nervioso central, d) una transmisión genética de tipo dominante, - e) una gran variabilidad en la expresión del gen o genes mutantes - que va desde la producción de pequeñas lesiones dérmicas como signo único hasta un estado de completa insuficiencia que requiere asisten- cia total. La imbricación de la sintomatología en este grupo, particu- larmente en la esclerosis tuberosa y en la neurofibromatosis, sugie- re la posibilidad de que exista un mecanismo genético unitario. Sólo una minoría de las personas que padecen estos trastornos sufren re- traso mental o crisis epilépticas.

Numéricamente en lo que respecta al retraso mental, la esclerosis tuberosa constituye el miembro más importante de este grupo. La le- sión dérmica característica, que raramente se hace aparente antes - del quinto al octavo año de vida, está constituida por una pápula pe- queña, con ligera prominencia de color rosa pálido o rojizo, casi -

siempre observable en las mejillas formando una imagen en forma de mariposa a través de la nariz. Histológicamente, se trata de fibroangiomas que casi imperceptiblemente aumenta de tamaño con la edad. En la adolescencia o en los años próximos a ella se encuentra ocasionalmente los pequeños tumores cutáneos en forma de racimos localizados en los pliegues nasolabiales, erróneamente llamados adenomas sebáceos.

La deficiencia mental es aún corriente en la neurofibromatosis, el neurofibroma puede afectar cualquier nervio y ser de tamaño variable desde la estructura más pequeña en forma de cuenta hasta grotescas - excrecencia de las partes o de las extremidades enteras, dando lugar a elefantiasis sintomática.

Mal desarrollo cerebral hereditario no clasificable clínicamente.- Este grupo representa cierto número de procesos, originados por diversos genes mutantes generalmente transmitidos de modo recesivo. La deficiencia mental, que por lo general es grave, pero que puede ser de cualquier grado, es con frecuencia el único signo de consideración. Sin embargo, en algunos casos existe microcefalia, peculiaridades, en la cara y otros signos que indican la naturaleza prenatal de los factores causales.⁽¹⁾

d.4.-Aberraciones cromosómicas.- La demostración por Le Jeune y Colabs, del trastorno cromosómico del mongolismo, trisomía del cromosoma 21, abrió un amplio y prometedor campo de investigación que está empezando a proporcionar tentados de consideración, especialmente en el campo de la deficiencia mental. La mayoría de las descripciones publicadas de procesos asociados con los diferentes tipos de aberraciones cromosómicas se han limitado a ejemplos aislados. Gran parte de éstos han representado, además de gran variedad de defectos congénitos, signos de anormalidad cerebral en forma de defectos mentales, las peculiaridades cromosómicas han afectado a los autosomas como a los cromosomas sexuales. En la actualidad los siguientes síndromes clínicos - tienen importancia práctica debido a su relativa frecuencia.⁽¹⁾

d.5.-Mongolismo (Síndrome de Down).- El síndrome de Down o mongolismo en una de las categorías de retraso mental clínicamente clasificable, más corrientes. De los pacientes mongólicos estudiados hasta ahora, casi siempre todos presentaban un cromosoma 21 extra, según la clasificación de Denver, totalizando 47 cromosomas, en un escaso número de pacientes se había producido una translocación de una de las partes de un cromosoma 21 sin que existiese ningún cromosoma extra. En estos casos la porción principal de un cromosoma 21 se le había adherido a otro cromosoma, generalmente sólo al número 15 actuando en lo sucesivo la unión cromosómica 15/21 resultante como una sola unidad en estas circunstancias el número total de cromosomas sería de 46. - Sólo en raras ocasiones la translocación a afectado a un cromosoma distinto al 15.

Se sabe desde hace muchos años que la edad media de las madres (21 /22 años) en el momento del nacimiento de un hijo mongolóide es casi 10 años superior a la edad media de las madres con hijos mongoloides la demostración de la trisomía en el mongolismo amplía el hecho biológico previamente establecido de que en los animales la tendencia a la no disyunción cromosómica que origina una trisomía aumenta con la edad materna. En los animales también puede ser determinada genéticamente.

Este factor también puede actuar en el hombre y posiblemente puede explicar la observación hecha hace años por Penrose de que la incidencia del mongolismo en algunos grupos familiares es mucho mayor que la población general. El proceso de translocación con afectación del cromosoma 21 puede producirse también como una aberración cromosómica aislada sin que dé lugar a una anomalía clínica reconocible. Sin embargo, observaciones recientes sugieren que la presencia de una translocación en mujeres normales aumenta la tendencia a que se produzca la no disyunción cromosómica. Esto puede explicar la observación de que entre jóvenes que dan a luz a niños mongoloides existe una incidencia mucho mayor de translocaciones 15/21 que en madres de una mayor edad.

en una de estas mujeres hace posible calcular que en cada embarazo - subsiguiente habría una posibilidad de entre cuatro de que exista una trisomía 21 (mongolismo) y la misma probabilidad de que se produzca la transmisión de la translocación en una forma equilibrada. Aunque éste último proceso es, tal como indicámos anteriormente, compatible con un crecimiento y desarrollo normales, resulta evidente que se trata de un proceso genético no deseable. El conocimiento de este dato es importante para poder aconsejar apropiadamente a aquellas familias que sean portadoras de la translocación cromosómica.

Una nueva confirmación de la importancia primordial de la trisomía 21 en la etiología del mongolismo viene indicada por las observaciones hechas de que 4 de los 11 niños pertenecientes a 11 madres mongoloides eran también mongoloides, hecho que concuerda razonablemente con las predicciones genéticas medelianas. Finalmente, la trisomía - 21 explica fácilmente la observación conocida de cuando el mongolismo se produce en partos gemelares, si los gemelos son univitelinos, resultan afectados casi siempre, y sólo rara vez sucede así en el caso de gemelos bivitelinos.

El diagnóstico se basa en la presencia de un grave retardo mental unido a ciertos aspectos clínicos patognomónicos consecutivos a un crecimiento desordenado del sistema esquelético, especialmente del - cráneo y los huesos largos. A menudo, pero no invariablemente se presentan signos y síntomas originados por el desarrollo defectuoso de otros tejidos y órganos. Los trastornos en el crecimiento de los huesos del cráneo ocasionan la mayoría de los aspectos característicos. El cráneo es pequeño y su circunferencia, del 10 al 20 % menor de lo normal, tiende a ser aplanada anterior y posteriormente. Las órbitas óseas, como demuestran las radiografías, son menores que las normales, hay una desviación en los ojos hacia arriba y afuera. En los párpados de los niños muy jóvenes se observa un repliegue de epicanto diferente del que presentan las razas asiáticas, por estar limitando al ángulo interno en vez de comprender la mayor parte del párpado superior. Este epicanto tiende a desaparecer después de los 10 años de edad. Son frecuentes las alteraciones inflamatorias crónicas

que afectan las conjuntivas y bordes palpebrales. Se han encontrado cataratas en un 5 a 8 % de los casos, el estrabismo es común, como - asimismo las anomalías de desarrollo del oído externo. La lengua suele ser proyectada al exterior, debido generalmente a la pequeñez de la cavidad bucal. La succión de la misma origina por lo regular su agrietamiento y arrugamiento (lengua escrotal) que no se hace evidente hasta que el niño cuenta alrededor de 6 meses de edad. La nariz es corta, con un dorso plano debido a falta de desarrollo del - hueso nasal. Los dientes se retrasan en su aparición, son pequeños y están alineados anormalmente el cuello es corto y ancho y la piel, laxa en las caras laterales. En los niños menores el abdomen es prominente a causa de la hipotonía de los músculos abdominales. Las extremidades están acortadas, especialmente las falanges, de modo que las manos y los pies tienden a ser anchos, planos y cuadrados. El dedo meñique es proporcionalmente pequeño y tiende a curvarse hacia - dentro, la segunda falange de este dedo, en un 40 % de los niños mongoloides, es muy rudimentaria, según se observa en las radiografías. Los espacios entre los dedos primero y segundo de las manos y los - pies están aumentados. En el pie éste defecto va unido a una arruga cutánea prominente, los órganos genitales están poco desarrollados, y los caracteres sexuales secundarios aparecen asimismo retrasados.

Una observación interesante es la calidad del vello púbico, recto y bastante sedoso. Caffey ha descrito alteraciones en la pelvis ósea reconocibles radiológicamente en la primera infancia. Los ilíacos son anchos los ángulos acetabulares pequeños y los isquiones alargados.

Las anomalías del desarrollo más frecuentes asociadas son las de los ojos y el corazón.

El estado mental se encuentra comprendido, generalmente en la clase de los imbéciles; la idiocia es poco frecuente y son raros los que alcanzan el nivel de debilidad mental.

El desarrollo emocional del niño mongoloides es en extremo simple. Estos niños son educados y atendidos fácilmente en instituciones. - Por lo regular son amables y cariñosos y rara vez tienen rabietas o muestran trastornos de comportamiento. En ausencia de graves defectos extracerebrales y cardíacos, y cuando reciben cuidados médicos bastan

te buenos, la duración de su vida no es tan corta como se supuso anteriormente. Probablemente a causa de la sequedad de la piel y del agrietamiento de ésta durante el tiempo frío, la erisipela y la furunculosis son más comunes que en niños normales. El niño mongoloide es también más susceptible a las infecciones de las vías respiratorias altas, incluyendo los senos y oído medio, que el niño corriente, probablemente a causa de que el desarrollo anormal del cráneo afecta - adversamente el drenaje de tales regiones. Sin embargo, responde bien a la terapéutica por antibióticos. La frecuencia de trastornos convulsivos es aproximadamente la misma que en la población general.

El diagnóstico en los niños mayores es relativamente sencillo, pero puede presentar notables dificultades en las primeras semanas de vida, cuando la mayoría de los signos no son evidentes.⁽¹⁾

d.10.-Sifilis Congénita.- En la actualidad la sifilis congénita es una causa relativamente rara de deficiencia mental. En los pacientes - afectados en el nivel mental suele corresponder a la categoría de grado alto y prácticamente todos ellos presentan además signos de afectación del sistema nervioso central en forma de serios trastornos de la personalidad, parálisis, incoordinación, alteraciones pupilares y sordera. El líquido cefalorraquídeo de los pacientes no tratados o tratados inadecuadamente es casi siempre anormal.⁽¹⁾

d.11.-Parálisis Cerebral.- En el lactante, la valoración del desarrollo depende, en gran parte de ciertas consecuencias motoras, tales como aguantar la cabeza, mantenerse sentado, manipulaciones motoras, arrastrarse, detenerse de pie, caminar, etc.. Los bajos cocientes de desarrollo basados en estas consideraciones pueden ser atribuidos - erróneamente a deficiencia mental en presencia de defectos motores tales como la parálisis cerebral. En el niño mayorcito estos defectos motores pueden dificultar efectivamente las oportunidades. Esto sucede especialmente en los niños con atetosis. Dicha reducción de las oportunidades de aprendizaje pueden dar lugar a un cuadro que se confunde con facilidad y la disminución de la capacidad intelectual.⁽¹⁾

d.6.- Trastornos del lenguaje y del habla.- Comprenden los mecanismos - corticales que regulan el lenguaje, tanto el expresivo como el receptivo, que en los casos en que resulta completamente afectados, - presentan el cuadro de la afasia congénita. Pueden presentarse dificultades de menor grado, tales como trastornos de la lectura y posiblemente alteraciones del habla. Dichas dificultades pueden afectar seriamente el potencial de aprendizaje, dando lugar a problemas diagnósticos.⁽¹⁾

d.7.-Efectos de la Privación .- La carencia de las adecuadas oportunidades de aprendizaje pueden dar lugar a un cuadro que no se diferencia del que se observa en los niños retrasados, especialmente de aquellos que ocupan el extremo inferior de la curva de inteligencia. La privación de los estímulos emocionales pueden también dar lugar a la disminución de las motivaciones y a la alteración del proceso de aprendizaje, se trata, por lo general de procesos reversibles si su corrección se realiza en un momento razonable.⁽¹⁾

d.8.-Rubéola.- Ha quedado bien establecida la importancia de la rubéola materna durante el primer trimestre del embarazo como causa de deficiencia mental grave, microcefalia, cataratas, anomalías cardíacas, microftalmía y sordera en el hijo. En algunos casos puede haber como síntomas aislados grados menos graves de deficiencia mental sin microcefalia, así como cualquiera de las otras anomalías.

La presencia en la madre de otras infecciones prenatales es muy probable que dé lugar al desarrollo en el niño de un defecto mental y de otros signos de anomalías congénitas, pero la confirmación definitiva no resulta tan evidente como en las citadas con anterioridad.⁽¹⁾

d.9.-Irradiación.- La irradiación de la pelvis materna durante las primeras semanas del embarazo puede causar serias anomalías en el desarrollo del feto. El acentuado retardo mental que se produce va unido por lo común a microcefalia y otros defectos.⁽¹⁾

e.- DIAGNOSTICO

Al hacer el diagnóstico hay que tener en cuenta aquellos procesos más corrientes que pueden confundirse con una deficiencia mental o que pueden dificultar la capacidad de aprendizaje, dando lugar a un cuadro clínico caracterizado por una depresión de la función intelectual. Teniendo en cuenta que las pruebas psicológicas están basadas, por regla general, en la adquisición de experiencias aprendidas, los siguientes procesos, al afectar el proceso de aprendizaje, pueden igualmente ejercer un efecto adverso sobre el resultado de éstas pruebas creando nuevas dificultades diagnósticas.⁽¹⁾

f.- PRONOSTICO

El pronóstico dependerá del grado de retraso mental del paciente ya que algunos pacientes presentan grados muy bajos como C.I. (idiotia o grado bajo), como altos grupos educables, son instruibles para adaptación social en mayor o menor medida.

Y en el grupo custodiable dependerá de factores como el estado económico y la disponibilidad de plaza en una institución estatal, por lo que el pronóstico variará; por que no llevan el mismo tratamiento, en todos los pacientes.⁽¹⁾

g.- TRATAMIENTO Y CUIDADOS

Se ha propuesto una gran variedad de métodos para estimular o acelerar el desarrollo de la inteligencia. En el tratamiento se incluye la administración de ácido glutámico, vitamina B₁₂, diversas hormonas, diversas clases de fármacos y un procedimiento quirúrgico para aumentar la circulación cerebral. En general no se reconoce a ninguno de ellos una eficacia significativa.

El cuidado y dirección de los deficientes mentales se basa en dos importantes consideraciones:

- 1).- Si se acepta que el lactante normal requiere las experiencias de una relación madre - hijo para el desarrollo satisfactorio de la estructura inherente y potencial de su personalidad.
- 2).- La adecuada dirección del niño retrasado dependerá de la responsabilidad conjunta del hogar, de la escuela, de la comunidad y del estado. Teniendo en cuenta que estos cuatro factores varían enormemente, el problema sólo puede discutirse en términos generales.

Sin embargo el médico tiene la responsabilidad de convertir estas generalidades en recomendaciones específicas en cada caso concreto. Los deficientes pueden dividirse en:

- a).- Un grupo educable, que comprende la mayoría de los morones e imbeciles de mayor coeficiente intelectual.
- b).- Un grupo que debe someterse a custodia permanente.⁽¹⁾

g.1.-GRUPO EDUCABLE

Salvo en presencia de serios trastornos efectivos, los deficientes mentales del grupo más alto son educables e instruibles para una adaptación social en mayor o menor medida. No cabe esperar que el aprovechamiento escolar pase del nivel del cuarto o quinto grado. Son necesarias técnicas docentes especializadas para el desarrollo completo de sus limitadas capacidades. Por lo general el propósito de estos programas de instrucción especializadas no es el de producir artesanos - empleables totalmente calificados. Rara vez se alcanzan niveles superiores a los de la etapa del aprendizaje. Sin embargo, el grado alcanzado de destreza profesional no es de primordial importancia.

La instrucción y la educación se lleva a cabo mejor en el hogar y en la comunidad, si es posible. Para la mayoría de los retardados, los cuidados de la sociedad serán útiles en las siguientes condiciones:

- 1).- La familia debe aceptar y comprender las deducciones del diagnóstico del defecto mental y la necesidad de una inspección o vigilancia durante un plazo relativamente largo.

2).- En la población debe haber instalaciones para el tipo especial de educación, instrucción y recreo que estos niños requieren. Aunque éstas instalaciones suelen formar parte del sistema de las escuelas públicas, numerosas escuelas privadas ofrecen este servicio.⁽¹⁾

g.2.-GRUPO CUSTODIABLE

En el caso del niño idiota y de la mayor parte de los imbeciles, el problema es simplemente proporcionar un tipo satisfactorio de cuidados y vigilancia. El problema de internamiento, cuando se presente, es de fundamental incumbencia de los padres y sólo rara vez corre el médico con esta responsabilidad. Dependerá de factores tales como:

- a).- El estado económico de la familia y la disponibilidad de plaza en una institución estatal.
- b).- La presencia de otros niños en la familia.
- c).- La estabilidad afectiva de los progenitores especialmente la madre.⁽¹⁾

2.- MANIFESTACIONES BUCALES EN NIÑOS CON RETRASO MENTAL

Con excepción de los mongoloides, los niños retardados mentales no sufren problemas dentales característicos. Sin embargo, por la mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos, sufren índices de caries y enfermedades periodontales más elevados que los niños normales. Por lo que incluyen lengua escrotal, macroglosia con protrusión y mordida abierta, anomalías palatinas (son prominentes las rugosidades anteriores, el proceso lateral en el maxilar engrosado, aparecen dos surcos en el paladar), hipoplasia del maxilar, ángulo gonial oblicuo (tendencia a clase III), disarmonias oclusales (mordida cerrada posterior) microdoncia, patrones aberrantes de erupción, esmalte hipoplásico, anodoncia y dientes supernumerarios.⁽³⁾

a.- TRATAMIENTO DENTAL

Antes de formular un plan racional para tratar a pacientes mentalmente retardados, el odontólogo debe conocer la edad mental del niño para saber qué grado de cooperación puede esperar de él y hacer los ajustes necesarios en los procedimientos de tratamiento.

El tratamiento estomatológico en esta clase de pacientes se debe hacer básicamente de dos formas: Pacientes menores de 3 años con pocas lesiones cariosas, se puede premedicar con hidrato de cloral y prometazina, utilizando para estos sujetadores especiales (como el papeboard o babe-fix), abre bocas de Molt y haber realizado una previa interconsulta con el pediatra del niño. Pacientes mayores de 3 años con retardo mental y caries rampante son candidatos a ser reabilitados bajo anestesia general en una sesión, previa interconsulta con el pediatra y anestesiólogo y una vez que se han realizado los análisis de laboratorio previos como son: Biometría Hemática, pruebas de tendencia hemorrágica y examen general de orina.

La mayoría de los pacientes retardados mentalmente que llegan al consultorio entran en la categoría denominada subnormalidad leve, y

puede tratarse a la mayoría de estos niños con algo más de firmeza y comprensión que las requeridas para tratar a pacientes de 8 a 10 años. Haciendo de alarde de comprensión y paciencia, el odontólogo puede generalmente ganar la confianza de estos niños. Si se lograra el nivel de cooperación necesaria para poder realizar trabajos restaurativos ordinarios o si el niño retardado necesita tratamiento dental extenso y de habilitación, la única esperanza de tratar con éxito al paciente será recurrir al empleo de anestesia general.

Los niños con daño cerebral por anoxia, o quienes están propensos a convulsiones pueden no ser considerados por el anestesista como sujetos adecuados. Habrá que pensar entonces en la terapia con drogas anticonvulsionantes o tranquilizadores, y así existe alguna duda, consultar con el médico.

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

El niño más disminuido probablemente nunca tolerará dentaduras — para reemplazar los dientes perdidos y cuanto más dientes pierda, — mayor será la dificultad para comer alimentos correctos. Por lo tanto el tipo de dieta será pobre. La posibilidad de rehabilitación bucal bajo anestesia general debe considerarse seriamente en estos casos.⁽⁴⁾

3.- ESTADO BUCAL DEL PACIENTE MONGOLOIDE.

a) ANOMALIAS.— Casi un tercio o más de estos pacientes pueden tener dientes congénitamente ausentes, siendo los más frecuentes uno o ambos lados los incisivos laterales superiores.

La morfología también puede estar afectada. Son más pequeños que lo normal en los dientes y tienden a ser redondeados o bulbosos. Los patrones fisulares pueden ser de una forma más simple, con menor desarrollo de los mamelones laterales. Hay retardo de erupción.⁽⁵⁾

b) **CARIES DENTAL.**- Los niños mongoloides tienen una notable resistencia a la caries y por lo menos la mitad de ellos están libres de caries. En quienes desarrollan caries, el número de cavidades es aún - mucho menor que lo que se esperaría en un niño normal. Esto puede relacionarse en parte con la forma más simple de los dientes con menos fisuras profundas, pero esto es la razón principal de que las cavidades intersticiales sean infrecuentes.⁽⁵⁾

c) **ESTADO PERIODONTAL.**- Casi todos los niños mongoloides sufren de un grado moderado o severo de enfermedad periodontal. La comparación con deficiencias mentales no mongoloides en la misma institución - muestra que el mongoloide tiene una incidencia más elevada de enfermedad periodontal y que es considerablemente más grave. Es muy frecuente en la zona incisiva inferior y aún en la edad de 3 años puede haber desmoramiento tisular y pérdida de los incisivos temprana - de los centrales primarios. Y la de sus sucesores permanentes, antes de promediar la pubertad, es común.

Hay una separación del borde gingival insertado con formación de bolsas y pérdida progresiva del hueso de soporte, esto continúa con la edad, la complicación de los incisivos inferiores es seguida por la de los superiores y más tarde por mucho del resto de los arcos - dentarios. Radiográficamente hay falta de claridad de la lámina dura y las trabéculas óseas parecen más cortas y gruesas, con espacios medulares más pequeños. Las raíces de los incisivos son cortas. Aunque la higiene bucal suele ser pobre, tiene poca correlación con el grado de enfermedad periodontal. La presencia de cálculos no es una - característica.⁽⁵⁾

d) **MALOCCLUSION.**- El tamaño pequeño del maxilar superior con su falta de desarrollo hacia adelante y abajo suele resultar en una maloclusión de Clase III de Angle, en un tercio más de esos niños. Puede haber una mordida cruzada posterior en uno o ambos lados, agregada a - una sobremordida incisiva invertida. La mitad de los pacientes tiene

un empuje lingual debido a unos pocos casos a una lengua agrandada, pero en la mayoría a una falta de espacio para la lengua de tamaño aparentemente normal. Esto puede producir una mordida abierta anterior. Suele haber falta de sellado labial y posible labioversión de los incisivos inferiores, acentuando la relación incisiva invertida.⁽⁵⁾

e.- TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El grado de cooperación depende mucho del nivel de inteligencia. El mongoloide más inteligente puede ser tratado en el sillón dental en forma razonablemente normal para procedimientos conservadores.

Para los de grado más bajo, el tratamiento debe ser adaptado a las necesidades inmediatas y puede limitarse a extracciones en el caso de niños internados. No hay contradicción de la anestesia local.

Los niños con enfermedad cardíaca congénita necesitan un plan de tratamiento especial que tome en cuenta esa condición. En esos casos las extracciones y los raspajes profundos deben hacerse bajo cobertura antibiótica y la terapia de conductos radiculares está contraindicada. Esto y la susceptibilidad a la infección torácica influirá cualquier decisión para usar un anestésico ya sea para extracción o para conservación.

El estado periodontal constituyen la dificultad principal en logro de la salud dental.

La enfermedad es progresiva y aún en el mongoloide de alto grado, la extracción puede ser inevitable. El tratamiento gingival, la lengua relativamente grande, el tono muscular pobre hacen difícil la retención y la cooperación suele ser completa, inadecuada. Las raíces cortas también son desventajas para el movimiento dentario ortodónico.⁽⁵⁾

IV.- NIÑOS PSIQUICAMENTE ANORMALES

a.- INTRODUCCION

Nos encontramos con cierta dificultad para el tratamiento de niños retardados. Las alteraciones en el cerebro hacen a las personas que las padecen, ser objeto de una atención medrosa de las gentes y existen sobre ellas una serie de mitos los más difundidos son su peligrosidad y lo que comúnmente se denomina " seguirle la corriente ".

La locura y la mente destruyen el yo, el sólo pensamiento de que - nos pueda suceder genera angustia, ante la idea de la muerte, hay - una horrible sensación de miedo.

Existen diferentes clasificaciones de las enfermedades mentales y según Mirá López las Clasifica en :

Síndromes de déficit mental	(Oligofrenia)
Síndromes desarmonicos	(Psicópatas)
Síndromes Morbopáticos	(Neuróticos, psicóticos) ⁽⁶⁾

b.- OLIGOFRENIA

La oligofrenia es una enfermedad mental más o menos acentuada del desarrollo psíquico general, se distinguen de los psicopatías, en - las cuales el trastorno del desarrollo corresponden el terreno de la voluntad y del afecto, en cambio en los oligofrenios la alteración ataca preferentemente a la inteligencia y causa también alteración - en el caracter.

En algunas ocasiones se puede influir psicológicamente sobre idiotas y retardados, algunos niños se comportan pasivamente durante el tratamiento, sin embargo en su mayoría son exitables y sólo será posible su tratamiento por medio de la anestesia general.

Los estados de debilidad mental se pueden clasificar de acuerdo con las causas que los producen.

- 1.- Sin causa demostrable
- 2.- A consecuencia de trastornos del cerebro
- 3.- Cretinismo

Whygandt distingue los siguientes procesos por los cuales puede producirse una debilidad mental.

- a.- Inferioridad del desarrollo intelectual producto de defectos sensoriales (sordera, ceguera).
- b.- Detención del desarrollo de los substratos orgánicos de la inteligencia consecutiva a lesiones de las células germinativas (microcefalia).
- c.- Mongolismo
- d.- Hidrocefalia
- e.- Encefalitis
- f.- Oligofrenia meningítica
- g.- Infantilismo
- h.- Debilidad mental heredo alcoholica.

Algunos oligofrenicos presentan además, trastornos neurológicos, - tales como, parálisis, alergias, diversas jaquecas, crisis epilépticas, etc. numerosas y diversas causas del patrimonio hereditario o del medio ambiente son responsables del origen de la debilidad mental.

Los síntomas de debilidad mental (oligofrenia) es su apariencia corporal suele ser completamente normal, algunas veces ni el reconocimiento médico logra comprobar algún síntoma morboso más si se observa detenidamente y se compara con un niño sano, menos los síntomas - de degeneración (como en el nacimiento del pelo, los ojos, forma de oídos, en el esqueleto) aparecen en los debiles mentales.

Los niños pequeños que sufren de graves trastornos psiquicos debido a una encefalitis o a una enfermedad degenerativa es decir que sufren debilidad mental secundaria, puede no ser detenida en sus facies -- mientras se mantienen quietos o inmoviles, el odontólogo debe observar detenidamente y asi establecer métodos para el diagnóstico. Las deformaciones de la cabeza requieren una atención especial pues algu

na de ellas son típicas de la debilidad mental, los más conocidos y llamativos son las medidas excesivas o deficientes del contorno de la cabeza siendo éstas el macrocéfalo y microcéfalo.

Su tratamiento va a ser bajo control psiquiátrico.⁽⁶⁾

c.- PSICONEUROSIS

El odontólogo va a encontrarse frente a muchas dificultades con niños psiconeuróticos, cuyas reacciones son bastante desfavorables .. ante el tratamiento odontológico, su angustia muchas veces es sólo la consecuencia de algún, trauma psíquico que data de un anterior tratamiento médico u odontológico, estos niños muestran temor al ser sometidos al tratamiento dental y se resisten activamente.

La conducta psicótica representa la forma más grave de orden emocional, en muchos casos incapacita más al individuo que la conducta neurótica. La conducta psicótica resulta de la pérdida del contacto con la realidad, de desordenes de pensamiento e incapaz de ajustarse a las responsabilidades diarias de la vida.

Se reconocen 2 tipos distintos de procesos psicóticos uno es aquel que demuestra enfermedad o lesión orgánica, el siguiente demuestra desorden funcional o psicológico y actúa influenciados directamente por fuentes emocionales.

El paciente psiconeurótico siempre oculta a los demás de sus molestias, es caprichoso y a veces se dejara tratar y otras no, es muy variable. Existe depresión que está siempre presente, este paciente a pesar de su enfermedad y carácter cooperará, si se observa una reacción temerosa se finaliza el tratamiento y se debiera preparar psicológicamente al niño para la proxima sesión.

Los niños angustiados se ven rodeados de impresiones desagradables durante el tratamiento que resultaran traumatizantes en los cuales algunos niños reaccionan con temor no tanto al tratamiento propiamente dicho, si no contra alguna circunstancia determinada por ejemplo, con un instrumento especial.

Siempre resultará beneficioso hacerle conocer al niño normal y anormal, los instrumentos.

El cirujano Dentista debe comprender la situación anímica del pequeño paciente y nunca alterarse con manifestaciones de inquietud, la reacción neurótica que escapa al control del paciente, no deben juzgarse despectivamente, porque la necrosis se desarrolla generalmente sobre la base de una sensibilidad aumentada, si logramos establecer contacto con el pequeño paciente, nuestros esfuerzos y entendimientos psicológicos serán recompensados con la cooperación del mismo.⁽⁶⁾

d.- PSICOPATIA

Si se considera la psicopatía como un trastorno condicionado por la disposición, ya debe encontrarse en el niño, pero deberá tenerse presente la personalidad infantil, aún no este desarrollada enteramente, nunca puede mostrar la misma riqueza y diferenciación de síntomas del adulto.

Las formas psicopáticas más importantes que ya se observan antes de la edad escolar en general son: Miedosos, susceptibles, irritables, depresivos, con vida afectiva pobre, antisociables por lo cual necesitan ayuda en su enfrentamiento con el medio ésta le dará el pedagogo terapéutico con educación especial que estos pequeños necesitan así mismo les enseña a colaborar con el dentista, los impulsivos también que se dejan dominar por sus instintos.

En edad escolar los mentirosos, enfermizos, los que carecen de voluntad, inestables y al aproximarse a la pubertad, los excéntricos, no se debe sospechar que todo niño psicopático es miedoso, el miedo es la reacción más frecuente del inmaduro en general.

Según la definición de miedo psicopático tiene que ser anormalmente grande y producido por una causa insignificante. Los niños psicopáticos irritables, suelen ser malhumorados y excesivamente susceptibles a todo que los rodea; tienen impulsos apremiantes directos y desbordantes de movimientos y actividad.⁽⁶⁾

PSICOPATIA AUTISTA

Segun Asperger, el autismo infantil aparece evidentemente como su nombre lo indica, en forma de psicopatía; éstos pacientes físicamente llaman la atención por su pobreza de gestos y mímica, no obstante la abundancia de sus movimientos, son poco practicos y torpes; el lactante no sonrío a respuestas de cariño y manifestación de amor de la madre, éstos niños aprenden hablar muy tarde o no aprenden en absoluto viven en un mundo estrecho a menudo en mejor relación con los objetos que con los hombres, sin la capacidad de construir y participar en un mundo común, algunas de sus formas de la psicopatía sólo pueden ser captadas de manera unívoca en la pubertad mientras que el autismo de la primera infancia en el sentido que le da Asperger, ya puede ser reconocida en época muy temprana.

El tratamiento odontológico de tales niños puede resultar un verdadero problema. Habrá que colaborar estrechamente con el psiquiatra, quien determinará el momento oportuno y prescribirá la premedicación correspondiente.⁽⁶⁾

V. DESARROLLO PSICOLOGICO DEL INFANTE

a. INTRODUCCION

Se entiende por desarrollo psicológico a una serie complicada de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta, también se refiere a la adquisición por parte del niño de conocimientos, destreza e intereses.

Este desarrollo psicológico, de la misma manera que la maduración física está programada de acuerdo a un plan y a una secuencia que son innatos y no fácilmente susceptibles a influencias aceleradores. Apesar de que la maduración está determinada por factores inherentes, el medio ambiente, sirve para conservar o modificar el "grado" de desarrollo. Un ambiente favorable, garantiza la óptima expresión de su potencial innato y un medio ambiente desfavorable, por el contrario, puede retardar o modificar su expresión completa. Siendo así que cada individuo, es una personalidad separada cuyas experiencias en la infancia temprana son importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes.

Cada niño, posee un límite psicológico para su adaptación y está dotado de determinadas cualidades constitucionales, así como tendencias que determinan, cómo, qué y cuándo aprenderá o reaccionará ante una determinada circunstancia.

Los niños crecen en tres dimensiones Física, Mental, y Socialmente. La conducta en todos los niveles cronológicos depende de la interacción de esas tres dimensiones del conocimiento. Si cualquiera de éstos se acelera o retarda, el patrón de conducta se acelera o retarda, el patrón de conducta se ve marcadamente afectado.⁽⁷⁾

b.- FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA ODONTOLOGIA INFANTIL

Dada la importancia, que tiene el dejar una buena impresión en la mente del niño que se presenta por primera vez a consultar con el dentista es necesario que todo miembro de la profesión odontológica asuma responsabilidades adicionales para brindar una atención esmerada a los niños. El logro de este fin requiere de un sólido programa de educación y prevención para incrementar la cooperación de los padres y el niño.⁽⁷⁾

b.1.- TEMOR

El temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañino.

Watson y Lowery, estiman que el temor es en su mayor parte "cultivado en el hogar" tales como los estallidos de amor o las rabietas. - Creen además, que hacia los 3 años, la vida emocional del niño ha quedado establecida y que los padres han determinado ya, si el niño se convertirá en una persona feliz, íntegra y de buen carácter, o en una persona llorosa y quejosa, una cuya vida estará por el temor. Los niños, sin embargo, parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad.

Gesell e Ilg (1949) afirmaron que un niño llora si se golpea en una súbita pérdida de apoyo. Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor adquirido y desarrollado por imitación de aquéllos que temen.

La persona que imita puede temer las tormentas con truenos, la visita al odontólogo o a una gran variedad de situaciones. Un tercer temor expresado por un niño es el resultado de experiencias desagradables con un animal, un compañerito, quizás un médico o tal vez un dentista. No debemos suponer por lo tanto, que todos los niños temen al consultorio odontológico, en cambio quienes reaccionen así pueden estar

imitando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio dental, el odontólogo debe primero procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él. Algunos niños llegan al consultorio dispuestos a responder con tensión y temor, sobre todo a causa de la manera en que la odontología les fue presentada en su hogar. En casos aislados, el temor a un odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica traumática que dejó sensibilizado al niño y desarrolló en él sus propios temores a partir de padres, familiares y relaciones.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la profesión dental en cuanto al problema de eliminar el temor. Incluyen la postergación de la sesión, intentos de razonar con el niño, ridiculizarlo, retarlo o dejar que observe la atención dental del otro niño.

Ninguno de estos métodos ha tenido gran éxito para resolver el problema. La mayor parte de los niños llegan al consultorio necesitados de algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventiva; por lo tanto, no es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso en la esperanza de que finalmente superará su temor a la odontología y se tornará más cooperativo. Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado y controlar su temor. El ridículo o la comparación con un niño normal que pasó por la experiencia odontológica sin problema alguno sólo podrán complicar la vida emocional del niño asustado por lo general no conduce a un grado satisfactorio de cooperación. La mayor parte de los dentistas encontraron también que es muy poco práctico dejar que el niño miedoso observe mientras otro se atiende. Rara vez se mostrará menos temeroso o más lógico parece ser el reacondicionamiento del niño temeroso. Si el niño es realmente miedoso, el abordaje sin apuros del problema rendirá altos dividendos. La mitad de la batalla estará ganada si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa del temor. Amenuado el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó.

En este caso, el profesional podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones.

En la primera sesión, el odontólogo no debe intentar más que procedimientos simples, debe explicar cuidadosamente lo que está haciendo y el uso de todos los instrumentos, y gradualmente debe ir construyendo hasta llegar a los procedimientos normales de rutina que son necesarios para el servicio de salud. Si bien el control por la voz suele ser suficiente para superar los temores del niño, ocasionalmente puede ser necesario emplear alguna forma de restricción, en particular en una emergencia, con el fin de dominar ya los temores del niño. Los padres, sin embargo, deben tener conciencia de que el odontólogo y sus asistentes tendrán que retener al niño para cumplir siquiera un exámen superficial y probar al niño que el procedimiento es placentero y en verdad bien distinto de lo que esperaba o se le había dicho.

Existe un tipo especial de niños que presentan un temor más intenso con respecto a los demás, debido a que capturaron o experimentaron en forma exagerada las causas anteriormente señaladas.

Estos niños, fáciles de reconocer por su actitud un tanto agresiva o negativa se presentan con cuerpo tenso, los niños sudorosos y tratan de convencer a sus padres para que abandonen, junto con ellos el consultorio, aunque su principal arma es el llanto. Lo primero que se hace en estos casos es tratar de calmarlo con paciencia y buena voluntad para así ganar su confianza y convencerlo de que no se le hará daño; se le mostrarán los instrumentos y se le explicará su funcionamiento.⁽⁷⁾

b.2. ANSIEDAD

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor. Edelston estima que algunos niños desarrollan la necesaria seguridad con lentitud y permanecen inseguros y ansiosos mucho tiempo después que superaron esos sentimientos. Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; su -

reacción puede ser violentamente agresiva por ejemplo, una exhibición de rabietas en el consultorio dental. Benjamín estima que los niños - con rabieta suele ser una reacción que oculta lo que pasa entre bambalinas un estado de ansiedad o de inseguridad. Si el niño que hace demostraciones de rabieta en su hogar se le recompensa, las rabietas pueden convertirse en hábito. Cuando este niño se comporta de modo similar en el consultorio odontológico, el profesional deberá decidir - si la reacción es de temor agudo o es una rabieta. Por supuesto, si - el niño está realmente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud. Si el niño está claramente en una demostración de una rabieta, en cambio, el odontólogo puede demostrar su autoridad y su dominio de la situación.⁽⁷⁾

b.3 - RESISTENCIA

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad y de hecho el niño se rebela contra el medio. Puede hacer despliegue de rabietas o darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse. La regresión puede ser otra manifestación, en cuyo caso el niño se rehúsa a desarrollarse. Puede seguir mojando la - cama puede no intentar hablar bien o puede seguir con sus hábitos de juego más infantiles. La retracción es otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño, rehúsa participar en el juego y no hablará con extraños y ni siquiera con conocidos. El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con éste tipo de pacientes; el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier ocasión.

Si bien no entra en la responsabilidad del odontólogo tratar los eg - tados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio dental está - condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el medio.

Wright y Alpern estudiaron las variables que influyen sobre la conducta cooperativa del niño en su primera visita odontológica. Encon-

traron que las causas de conducta negativa aumentan si el niño cree que tiene un problema dentario. Dedujeron que un niño que tiene conciencia de un problema dentario puede encarar la sesión con un mayor nivel de aprehensión que el niño que no tiene esa conciencia. La aprehensión pudo ser transmitida al niño por la madre, en particular si ella ya había reconocido que ese problema necesitaba tratamiento.⁽⁷⁾

b.4.- TIMIDEZ

La timidez es otra reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso del paciente de primera vez, otras causas pueden ser, falta de contacto con otras personas fuera de su casa, poco afecto de los padres, excesiva autoridad paterna, ser hijo único o estar en una etapa de dependencia.

Suele estar relacionada con una experiencia social limitada por parte del niño, éste niño es el que va a tratar siempre de esconderse detrás de su madre, ve fijamente hacia el suelo o algún otro lado rehúsa a entablar una conversación. En estas condiciones, el comportamiento para los niños será acercarse primero a la madre y después al niño, para que ambos logren tranquilizarse lo más pronto posible, aprender el nombre del niño indagar cuales son sus intereses en cuanto al medio que lo rodea, poner interés a su conversación etc.

El niño tímido necesita pasar por un período de "precalentamiento" esta es una instancia en la que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio mismo por otro niño paciente bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo. Por otra parte la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aun lo protegen en exceso.⁽⁷⁾

b.5.- TEMPERAMENTALES

No es difícil que este tipo de niños, que por lo regular son poco

expresivos o callados se presentan con el dentista de práctica general, algunas de las causas que dan por resultado la conducta de esos niños, son las siguientes: Falta de algunos de los padres y excesivo consentimiento por parte del otro, padres poco afectuosos, debido a que trabajan o son demasiado jóvenes y no deseaban al niño, padres indulgentes puede ser porque haya tenido problemas económicos en su juventud no quieren que sus hijos lo tengan, abuelos demasiados consentidores.

Estos niños son los que tienen la actitud de dejarse atender hoy y mañana no, es en estos casos cuando se debe tener paciencia y aprovechar el tiempo en que el niño se encuentra dispuesto a cooperar, procurando hacer un tratamiento rápido y apropiado, con estos niños el tiempo es el que cuenta.⁽¹⁰⁾

b.6. NIÑO INCORREGIBLE

Las causas del niño incorregible son las siguientes: Sobreprotección de los padres, el haber padecido enfermedades largas, en donde el niño se acostumbró que sus padres le cumplieran todos sus deseos.

Se presentan manifestaciones con arranques de mal humor pateando, llorando o que traten de persuadir a sus padres para que lo saquen del consultorio, en muchas ocasiones la actitud de los padres de prometer cosas, aunque tales promesas no surten efecto porque el niño está acostumbrado a hacer lo que desea.

Este tipo de niños se les divide en 2 grupos que son:

Resistencia Activa.- Son los niños que en la 1º consulta no presentan problemas, pero en las siguientes pretextan que algo les disgusta y no dejan que se les atienda, por lo que se les tiene que convencer al niño, cuando lllore o patee se le calmará y se les dará otra cita.

Resistencia Pasiva.- Son los que presentan con actitud de reto, no lloran no hacen berrinche no hablan, por lo que simplemente no abren la boca.

En ambos casos los problemas dentales se deberán tratar con cuidado procurando no lastimar innecesariamente al niño, para no aumentar su resistencia a ser atendido.⁽⁷⁾

2:INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA

El adoctrinamiento sobre odontología consiste esencialmente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones del personal odontológico. El proceso suele cumplirse con mucha facilidad si el odontólogo permite al niño inspeccionar el consultorio, al odontólogo y al medio como por casualidad, pero al mismo tiempo tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de la situación. El odontólogo y sus colaboradores deben recordar que el niño, en particular el paciente de primera vez, desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o una infección periapical plantean una amenaza al bienestar. En cambio, el niño puede ver en el odontólogo y sus colaboradores la verdadera amenaza. Si el personal odontológico toma bien en cuenta este hecho, le servirá para comprender la reacción del niño normal en el consultorio.

El primer objetivo para un manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados por ayudarlo. Pueden hacerlo logrando que el niño, tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos.

Ha de aceptarse el proceso de aprendizaje como proceso irregular, con ascensos, mesetas y quizá hasta períodos de descanso. Hay períodos en los que los niños aprenden con gran rapidez o cumplen gran cantidad de labores, seguidos por otros en los que hacen muy poco o hasta parecen retroceder. Lo mismo es cierto en sus hábitos y juegos, comportamiento en la mesa, habla y también en su relación con el odontólogo y sus asistentes.

Hay una cantidad de situaciones que pueden influir sobre el proceso de aprendizaje. No obstante hay una en la cual el odontólogo debe tener plena conciencia: es un estado de enfermedad físico prolongado. El encierro por mucho tiempo en el hogar o en el hospital pueden influir -

mucho en el proceso de aprendizaje. El período de actividad y socialización interrumpido crea un esquema anormal. Un niño confinado por largo tiempo en la sala de un hospital pediátrico presenta un esquema mejor y es quizá más receptivo debido al medio social activo que encontró allí que el niño estuvo en su hogar por mucho tiempo o aun en la sala privada de un hospital. Larson observó que las experiencias preescolares de los niños físicamente disminuidos estaban por debajo de lo normal en casi todos los aspectos, fuera o no ese aspecto limitante en lo físico. En ningún caso la diferencia favoreció al grupo disminuido, pese a este hecho, la mayor parte de los niños con una historia de enfermedad prolongada son bastante cooperativos. Pero presentan grados variables de rechazo que dependen del estado de ansiedad creado en el hogar o en el hospital por padres sobreprotectores o angustiados.

El odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente muy pequeño. Benjamín llama a éste "período de resistencia" y lo consideró normal en el crecimiento o proceso de aprendizaje del niño. El niño puede reaccionar contra cualquier procedimiento porque carece de la capacidad de comunicarse con el odontólogo y el personal de su consultorio. Es importante que el profesional tenga presente que esta reacción puede ser considerada normal y que es parte del proceso de aprendizaje y no una reacción provocada por él o su personal. Con esto en la mente debe trabajar con rapidez, suavidad y aun así con firmeza. Quizá no deba contar con una cooperación.⁽⁴⁾

a. REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA

Hay por lo menos 4 reacciones a la experiencia odontológica; temor, Ansiedad, Resistencia, y Timidez. El odontólogo que trata niños se dará cuenta rápidamente de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única. En vez, puede darse una combinación de varias de estas reacciones, ésta combinación torna más complejo el problema, en particular dado que el odontólogo debe diagnosticar la reacción con rapidez y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño con miembros de las profesiones de la salud.⁽⁴⁾

b.- LA LUCHA CONTRA EL DOLOR TEMOR Y ANGUSTIA.

Dolor, temor y angustia dificultan el tratamiento odontológico. La lucha contra ellos, ni aproximadamente es siempre exitosa, pese a que precisamente los mismos constituyen el núcleo de la problemática psicológica de la paidoestomatología.

En primer plano de todos nuestros esfuerzos está la lucha contra el dolor. Si el niño, en varias sesiones sucesivas no tiene experiencias desagradables, pierde todo temor y se somete con toda la tranquilidad al tratamiento, sin necesidad de anestésicos. No sólo es una exigencia psicológica, sino también ética, que el profesional debe eliminar el dolor, donde quiera que éste se produzca, y más todavía debe esforzarse por no provocarlo.

Más difícil es la lucha contra el temor y la angustia. Con temor reaccionan el hombre frente a un peligro inmediato; con angustia frente a peligros que lo amenazan en un futuro cercano o lejano, cuando el niño ve, por ejemplo, que el dentista se acerca con la jeringa en la mano, reacciona con temor cuando oye las molestias por tratamientos odontológicos siente angustia.

Temor y angustia se condicionan y complementa entre sí. La mayoría de los niños llegan al consultorio con una angustia que intensifica su reacción de temor. El temor soportado durante el tratamiento aumenta la sensación general de angustia de los niños por el tratamiento odontológico, en todo tratamiento médico y también por muchos más objetos. A veces el temor y la angustia pueden llegar a tal intensidad, que el niño reacciona psicóticamente. Se llega a un trauma psíquico, cuyas consecuencias nocivas, pueden inhibir por mucho tiempo el desarrollo, el objeto del temor y la angustia es preparar al paciente contra el peligro. No es conveniente que el tratamiento dental provoque estos efectos, ya que el objetivo es el mismo, a saber: eliminar el peligro que amenaza al organismo por la lesión de la dentadura.

Desgraciadamente, hay muchos factores en todo el tratamiento odontológico que pueden provocar aquellas reacciones. Por eso ya dimos tanta importancia al amoldamiento del consultorio, y al comportamiento -

del profesional y de la enfermera, y desde luego también al modo del tratamiento mismo. Cuando el niño ha llegado a conocer oportunamente el ambiente, el dentista y el modo del tratamiento y cuando sus experiencias no han sido desagradables, pueden esperarse que no tengan temor ni angustia. Pero si el niño ha tenido malas experiencias, el temor y la angustia aumentarán ante el tratamiento, aún cuando éste sea conocido por el niño, entonces ya no se trata de sensaciones primitivas, infundadas, sino de temor y angustia fundados. El objeto de la educación, de que ya se habló consiste ante todo en liberar al niño de la angustia ante el tratamiento odontológico.

Aún cuando el dentista se esfuerza por eliminar todos los factores que pueden provocar temor en el niño, no puede negarse que su situación es difícil; trata con instrumentos duros en objeto duro y sensible, y emplea aparatos temibles. En su consultorio, de todos modos, hay más razones para tener temor, dolor y angustia, que el consultorio de cualquier otro médico.

Debemos tener siempre presente que los niños reaccionan de diferentes maneras frente a la misma situación y que el niño puede estar distintamente dispuesto psíquica y somáticamente en cada sesión, de modo que a veces soporta mal el tratamiento normal y otras veces soporta tranquilamente un tratamiento complicado.⁽⁶⁾

3.-MANIFESTACIONES BUCALES EN NIÑOS CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

El odontólogo que guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además de físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Este cambio consultor es quizá una razón para que la reacción del niño pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra. Es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay dos niños, ni siquiera en la misma familia, que sigan exactamente el mismo esquema. Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica

gica. Esta, en verdad, no tiene importancia para el dentista. Sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento, debe considerar ambas edades, fisiológica y psicológica. Mediante el aprendizaje, la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y condiciona los fenómenos del medio.⁽⁶⁾

a.- NIÑOS DE DOS AÑOS

A veces, el odontólogo deberá examinar o tratar a un niño de 2 años por lo tanto es conveniente que el odontólogo preste atención a las pautas de conducta y al grado de desarrollo que pueda esperar a cierta edad, y debe procurar determinar si el niño se está desarrollando según la norma. A los 2 años, los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación; sobre todo, porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Según Gesell e Ilg (1949), a los 2 años el vocabulario varía entre doce y mil palabras. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil, por ésta razón, se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de 2 años mientras que en otros la cooperación es limitada. A menudo se dice del niño de 2 años que está en la etapa "precooperativa", prefiere el juego solitario, pues no aprendió a jugar con los otros niños. Es demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente y debe tocar y manejar los objetos con el fin de captar plenamente su sentido. A esta edad, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huelga la pasta dentífrica o sienta la tacita de goma. El hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el dentista intenta hacer. Al niño le suele intrigar el agua y el lavado. Se lleva bien con los miembros de su familia, sin embargo, el padre parece ser en muchos casos el favorito. Puesto que a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los lugares y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio.⁽⁷⁾

b.- NIÑO DE TRES AÑOS

Con el niño de tres años el odontólogo suele poder comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica. Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al dentista y a su asistente. En esta etapa, el personal odontológico puede comenzar a servirse de un acercamiento positivo. De todos modos a cualquier edad es conveniente señalar los factores positivos antes que los negativos. En particular para el más pequeño, es cierto que tenderá a hacer las cosas que se le dice que no haga.

Hymes informó que niños de 3 años y menos, en situaciones de stress o cuando se lastiman, están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad, tienen dificultades para aceptar la palabra de nadie por nada y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos.⁽⁷⁾

c.- NIÑO DE CUATRO AÑOS

El niño de 4 años por lo común escuchará con interés las explicaciones y, normalmente, responderá bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conservadores aunque tienden a exagerar en su conservación. En algunas situaciones el niño de 4 años puede tornarse bastante desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras. En general sin embargo, la criatura de 4 años que haya vivido una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperador.⁽⁷⁾

d.- NIÑO DE CINCO AÑOS

El niño de 5 años ha alcanzado la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y la social están mejor definidas y el niño

suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción, si el niño de 5 años ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como las relaciones, como ir al jardín de infantes o al consultorio del médico o del dentista. Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y ropas, responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre su aspecto, sobre los vestidos pueden ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente.⁽⁷⁾

e. NINO DE SEIS AÑOS

A los 6 años la mayor parte de los niños se separa de los lazos muy estrechos con la familia. Es aún, una época de transición importante y puede aparecer una ansiedad considerable. Gesell e Ilg (1949) se refieren al niño cambiado.

Manifestaciones tensionales alcanzan a esta edad un poco con lo que pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los elementos o aún a los seres humanos. Algunos niños de esta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo. Un ligero rasgano a la vista de sangre pueden causar una respuesta desproporcionada con la causa. Con la debida preparación para la experiencia odontológica, - se puede esperar, sin embargo que el niño de 6 años responda de manera satisfactoria en estos tratamientos.⁽⁷⁾

4.- TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL NINO DIFÍCIL

La personalidad del niño presenta una gran habilidad emocional. Si bien por medio de una buena preparación psíquica, es posible evitar una manifiesta falta de cooperación, todo resulta más difícil cuando el niño de antemano toma una posición negativa.

El dentista debe enfrentar a menudo a niños porfiados. Su obstinación muchas veces es debida a la educación equivocada. Padres muy indulgentes e inconsecuentes raras veces son capaces de dominar a sus

hijos, y menos aun cuando se trata de una situación tan delicada, como se presenta a veces durante el tratamiento odontológico, cuando se trate a un niño así por primera vez, se meditará bien si se influirá mejor sobre el niño procediendo enérgicamente, o si sería preferible premedicar, para no comprometerse con un eventual fracaso. No solamente una educación débil, sino también una dura y autoritaria, pueden originar una obstinación en el niño, que luego se manifiesta en el consultorio. En algunos niños, ésta es una ocasión bien venida — para vengarse de la dureza de los padres; ellos quedan en ridículo — ante un extraño, y además la presencia de éste les impide tomar represalias en el acto. Debe intentarse siempre entender los motivos de la obstinación infantil, para poder adaptar correspondientemente el tratamiento. Un proceder enérgico o autoritario, puede resultar eficaz frente a un niño educado demasiado indulgentemente, como sería equivocado en un niño cuya obstinación es sólo la defensa contra una educación demasiado dura.

En este caso se debe intentar el acercamiento comprensivo y amable al niño, para vencer su obstinación. La edad porfiada está entre los 3 y 4 años de edad. pero sobre estos niños también es muy fácil influir de modo que no les cuesta olvidar su porfía cuando se distrae su atención hacia algo interesante. Por principio no se cuentan entre los "niños difíciles de tratar", pero pueden llegar a serlo si el dentista o los padres son demasiados severos, o son inconsecuentes y demasiado indulgentes. Las reacciones temerosas y la obstinación son el resultado de influencias externas, y ante todo de una educación equivocada. Estas consecuencias muchas veces se manifiestan sólo durante el tratamiento odontológico, algunos padres, entonces parecen sorprendidos por la reacción tempestuosa, y ven la causa en el tratamiento odontológico. El dentista debería aprovechar la situación, con la mayor tacto posible, para dar algunos consejos a los padres respecto de la educación, cada dentista que trata niños, debería ser al mismo tiempo educador. En algunos niños existe cierta predisposición psíquica, condicionada por experiencias traumatizantes anteriores y que se intensifica todavía por errores de la educación. Muchas veces resulta muy difícil lograr que tales niños se dejen tratar.

Condición previa muy importante es ganarse la confianza de ellos, rigiéndose, desde luego, por principios arriba mencionados. En esto nos pueden ayudar ciertas medidas específicas, tanto del tipo psicológico, como el farmacológico.

Los problemas emocionales que convierten a los niños en pacientes difíciles pueden ser de origen dental o no dental.⁽⁶⁾

a.-CAUSAS NO DENTALES

Estas no pueden discutirse sino brevemente y el odontólogo interesado puede consultar en la pequeña lista de referencia generales, - los que a su vez, proporcionan listas de lecturas sustanciales, por lo que este punto lo mencionamos más adelante junto con sus causas - y manifestaciones clínicas.⁽⁵⁾

b.-CAUSAS DENTALES

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

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

Debe decirse aquí que la incapacidad para obtener cooperación de un paciente niño determinado, no debe considerarse como una culpabilidad de la capacidad de un odontólogo, sino como que no ha logrado tener "la misma longitud de onda" que el paciente. El tratamiento odontológico es esencialmente cuestión de cooperación entre odontólogo y paciente y si a uno le disgusta o es indiferente al otro, entonces no se logra la mejor cooperación.⁽⁵⁾

5. PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DENTALES

El enfoque más eficaz de los problemas dentales del impedido se basa en el programa de prevención. El énfasis en la odontología preventiva es muy importante para el paciente impedido porque sus capacidades físicas y mentales pueden ser tales que se hace difícil brindarles un tratamiento dental satisfactorio. Todas las posibles medidas preventivas deben instituirse a edad temprana, la colaboración entre las profesiones médicas y odontológicas, permitirá al paciente obtener el beneficio del consejo interprofesional precoz que pueda prevenir problemas serios.

Cualquier programa dental preventivo para el niño impedido debe incluir instrucciones para el cuidado en el hogar, la recomendación de la restricción de hidrato de carbono refinado en la dieta, nutrición correcta, exámenes dentales periódicos y tratamiento precoz.

Las instrucciones para el cuidado en el hogar, la recomendación de gravedad del impedimento. Los pacientes cuyas funciones mentales y físicas no están perturbadas severamente pueden seguir un programa de cuidado en el hogar idéntico al que se recomienda a los pacientes normales. Para el niño con un impedimento grave, algún otro debe asumir la responsabilidad del cepillado dental diario y de los enjuagatorios bucales que se requieren. Debe explicarse a los padres que el objetivo del cuidado en el hogar es proporcionar al niño la correcta higiene bucal que le ayude a prevenir el desarrollo de trastornos periodontales y de la caries.⁽⁴⁾

Los padres de niños impedidos tienden a ser demasiado indulgentes con ellos. Una manifestación de esta actitud, parece ser la expresión de amor del padre y el hijo en forma de un aporte abundante de hidratos de carbono refinados. El padre bien intencionado no se da cuenta que está contribuyendo directamente al desmoronamiento dentario de su hijo, por lo tanto, una parte esencial del programa preventivo es la educación del padre sobre el papel de los hidratos de carbono fermentables en el avance de la caries. Desde un punto de vista ideal, esos hidratos de carbono fermentables debieran eliminarse de la dieta. Si esto no se puede lograr, quizás puede discutirse con el padre un programa de compromiso e iniciarlo para beneficio del paciente. El odontólogo puede recomendar un sustituto para esos hidratos de carbono refinados fermentables, como las frutas frescas (manzanas, naranjas) o vegetales crudos (apio, zanahoria), que tendrán también un efecto beneficioso de masaje sobre los tejidos blandos.

El examen periódico de rutina de los pacientes impedidos debe incorporarse como parte del plan total del cuidado dental, evaluación que permitirá al odontólogo brindar un cuidado óptimo consistente con el impedimento y prevenir el desarrollo de problemas dentales gruesos.⁽⁴⁾

a.- PROCEDIMIENTOS DE EXAMEN

Un preliminar importante al examen del paciente consiste en registrar cuidadosamente la historia médica y odontológica pasada, los resultados de los tests de aptitud mental o psicológica que puedan haberse realizado, y la información referente a las drogas que el paciente puede estar tomando de rutina. Durante la conversación con el padre es posible, en muchas circunstancias, evaluar la relación entre el niño y el padre. Algunos padres son demasiado solícitos con su hijo impedido mientras otros pueden albergar un sentimiento de rechazo hacia él. Una comprensión lo más completa posible de la situación ayudará al odontólogo a acercarse al niño más inteligentemente, y discutir las comprobaciones, diagnóstico y tratamiento de manera más eficaz con el padre.

Habitualmente se permite al padre permanecer en la habitación durante el exámen inicial para permitir al profesional presentar y comentar - lo que se encuentra. El exámen se efectúa con ayuda del espejo bucal explorador. El examinador debe explicarle al niño de manera firme y - positiva qué hará durante el exámen, en términos que puedan entender - se. No todos los pacientes comprenderán plenamente la explicación, pe - ro este acercamiento debe utilizarse como intento para calmarle. Duran - te el exámen puede resultar necesario restringir al niño debido a sus movimientos atetósicos. Cuando la correcta posición en el sillón y del operador, se puede controlar el movimiento para permitir el exámen. - El odontólogo puede colocarse detrás del paciente y colocar su brazo izquierdo (si es diestro) rodeando la cabeza para sostenerla y dejar la mano izquierda libre. Habrá menos tendencia para que el niño se - deslice si el sillón es inclinado hacia atrás.

Durante el exámen el dentista puede notar anomalías periodonta - les, caries, maloclusión y bruxismo extremo. Todas estas comprobacio - nes deben anotarse debidamente en una ficha para permitir una evalua - ción completa del estado de la boca.

No debe instituirse ninguna terapia dental antes de hacer un diag - nóstico y plan de tratamiento completos. Un diagnóstico adecuado para un paciente normal no puede lograrse con seguridad sin el beneficio - de un estudio roentgenográfico, y el niño impedido no constituye excep - ción los estudios preliminares antes de planear ningún programa de tra - tamiento. Mientras se exponen los roentgenogramas, si el paciente no - puede cooperar por sí mismo, el operador o una asistente puede soste - ner la película firmemente, pero solamente si se provee protección de los ojos emitidos por el aparato. La protección adecuada se logra por medio de delantales y guantes forrados de plomo.

Durante el intento de examinar algunos niños resultará evidente que el acercamiento descrito no es práctico. El dentista puede entonces - considerar las posibilidades de la premedicación y sedación del pacien - te para permitir el tratamiento en el consultorio, o realizar la tarea en la sala de operaciones de un hospital con el paciente bajo la influ - encia de un anestésico general.⁽⁴⁾

b.-METODOS PSICOLOGICOS:

Debido a los grandes progresos en la farmacología el dentista tiene a su disposición no solamente una serie de anestésicos muy eficaces - y de acción rápida, sino también medicamentos de considerable acción psíquica. El dentista, sin duda, recurrirá más bien a estos medios, que son familiares en vez de exponerse a las dificultades y peligros con otro tipo de tratamientos (hipnosis).

En el caso de la sugestión verbal, dirigida hacia un fin determinado se emplea con énfasis y con efecto persuasivo tales palabras, que influyan sobre el comportamiento del niño en el sentido deseado. En tales casos, es sugerente no sólo el contenido de la palabra, sino - también la modulación de la voz. A veces es imprescindible elegir la voz imperativa, especialmente si observamos que el niño se pone intranquilo o empieza a actuar con resistencia activa. En tales casos mezclamos entre la conversación amigable con voz imperativa (ejem. ¡ quédate quieto ! ¡ Abre la boca! ¡quita la mano!). Y seguimos hablando en tono amable, la intercalación de la orden severa en una - conservación amable, realza el efecto de aquélla, sin que se pierda la confianza del niño porque nuestras siguientes palabras son nuevamente amables.

Para algunos niños, especialmente los angustiados, es conveniente dirigirles algunas palabras de consuelo; pues éstas tranquilizan al niño. En tales niños no empleamos órdenes severas, sino que hablamos en forma trnquilizante, con frases como: " ahora nos quedamos bien quietecitos " ahora abre más la boca " u otras similares. La suges-: tión es eficaz en niños preescolares, y en los de primer grado, en niños que todavía no dominan bien el ideoma, desde luego no emplearemos la sugestión verbal en niños mayores, el dentista la eligirá según su criterio, combinándola con una psicoterapia racional. Si en ciertos - niños, especialmente en los angustiados y también en los cardiacos o similares, habrá que esperar dificultades se empieza ya desde el principio con el tratamiento por sugestión. No es aconsejable emplear de antemano el método persuasivo racional, con el cuál difícilmente seremos capaces de suprimir la sensación de angustia, porque podría ser -

que luego también fracasara la sugestión verbal. La preparación farmacológica son sedantes, facilita la sugestión verbal.

En la práctica dental lo más usual es la sugestión verbal no específica, en fin, todo el ambiente odontológico y el proceder del dentista actúan sugestivamente.

En niños mayores se puede influir muy bien por medio de la psicoterapia racional. Se les explica el sentido de la intervención o la acción del instrumento, convenciéndolos con argumentos lógicos de que no hay que tener miedo. Los razonamientos son inútiles si los niños se encuentran emocionados o su inteligencia es débil.

Cada dentista fija sus prioridades personales según sus necesidades individuales y su personalidad. Organiza su práctica para lograr sus fines, por lo que cada facultativo dental atiende a las personas que realmente desea tener como pacientes e inconscientemente eliminar de su práctica a los indeseables. Existen diversas formas de organizar este proceso selectivo, algunos mecanismos empleados para alejar a los pacientes son directos, otros son sutiles: unos tienen un motivo, otros no se han planeado conscientemente. El paciente indeseable puede ser enviado a otra parte, podrá encontrar gran retraso para obtener una cita en algún consultorio quizá sea necesario que acepte citas en momentos inconvenientes, podrá encontrar que su atención dental es exageradamente costosa y pensar que el dentista es desagradable y falta de interés, podrá encontrar que los procedimientos mismos del tratamiento son especialmente dolorosos.

El dentista, como un facultativo privado tiene el derecho de controlar a sus pacientes en la forma en que se acomode a sus necesidades profesionales, a su temperamento y su estilo de vida. En su capacidad profesional, también tiene la responsabilidad de preocuparse de que todas las personas que quieren o necesitan atención dental sean atendidos y los sea proporcionada esta oportunidad. Con frecuencia, esta dicotomía en conflicto presenta un dilema que provoca que muchos dentistas experimenten molestia en sus momentos de reflexión.

El dentista que decide dedicarse a la atención de niños estará en contacto con un ser inmaduro y en pleno desarrollo, que posee características propias, es por lo tanto importante que cuando menos en una

forma general, se conocen sus lineamientos de conducta y sus capacidades mentales y emocionales, para que así sea posible encauzarlos y canalizarlos de tal manera que la íntima relación que idealmente debe existir entre el niño y su dentista, sea altamente positiva y satisfaga ampliamente tanto las necesidades del profesionista como las del paciente.⁽⁶⁾

VI. FARMACOS PARA TRATAR LA ANSIEDAD

Los cambios del estado de ánimo son variaciones naturales que todo el mundo conoce. Cuando estos cambios, sean por aumento o depresión del estado de ánimo, exceden de la gama normal y se tornan intolerables para el individuo, son enfermedades incapacitantes. Dado que el estado de ánimo varía sobre un continuo y la tolerancia de la persona o la sociedad a la depresión o la euforia pueden variar.

Para tratar la ansiedad los medicamentos sedantes ansiolíticos o - contra la ansiedad, se recetan más frecuentemente que cualquier otro tipo de agentes terapéuticos. La diversidad clínica de estos compuestos impide una descripción coherente. Las dos clases más empleadas - son los carbamatos de propanodiolos y las benzodiazepinas (diazepam, congéneres). Los sedantes antihistamínicos se explicarán brevemente en este sitio en otros.

Son eficaces por vía oral para sedación preoperatoria, parenteralmente para sedación profunda, como sedantes preanestésicos y para - provocar sueño.

Los derivados de las benzodiazepinas, tienen claras ventajas sobre los barbitúricos. La reducción de la ansiedad con drogas para este propósito ocurre en dosis que producen menos efectos colaterales indeseables en el SNC que lo que se observa con los barbitúricos, como somnolencia, ataxia y pérdida de la coordinación. También hay menos impedimento mental y físico cuando se usan drogas contra la ansiedad para sedación preoperatoria oral.

Estas drogas también producen relajación del músculo esquelético por medio de su acción sobre el SNC. Este efecto central de relajación muscular es más evidente cuando la droga se administra parenteralmente. Todas estas drogas producirán cierto grado de relajación muscular que está relacionado con sus efectos sedantes.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

a. BENZODIAZEPINAS

El diazepam (Valium) y el clordiazepóxido (Librium) son las drogas más populares contra la ansiedad, a la fecha en uso en Estados Unidos. Otros derivados populares de la benzodiazepina incluyen oxazepam (Serax) y clorazepato (Tranxene). El flurazepam (Dalmane) es una droga relacionada que se usa principalmente como hipnótico. Las diversas benzodiazepinas tienen efectos farmacológicos similares pero varían sobre todo en potencia, inicio y duración de la acción.⁽¹²⁾

a.1.- EFECTOS FARMACOLOGICOS

Cuando las benzodiazepinas fueron administradas a los animales, se produjo incremento en la actividad espontánea y exploratoria. Otros síntomas de tensión y aparente frustración fueron disminuidos.

Aunque el meprobamato y los barbitúricos pueden producir este efecto sólo lo hacen en dosis que también producen somnolencia y ataxia.

Por lo general, tanto en animales como en el hombre se reduce el comportamiento hostil y agresivo. Sin embargo, paradójicamente, en algunos casos y en ciertos individuos este comportamiento aumenta. Esto es similar a la liberación de un comportamiento hostil que se observa ocasionalmente en personas bajo la influencia del alcohol. Estos efectos clínicos y de comportamiento animal también pueden ser equiparados con ciertas acciones de estas drogas sobre estructuras cerebrales. Los barbitúricos afectan tanto al sistema límbico como a la formación reticular en un margen de dosificación muy estrecho.

No se conoce por completo la manera en que las benzodiazepinas producen relajación muscular esquelética, pero parecen participar varios sitios. Estas drogas facilitan la acción de neuronas que tienen efecto inhibitorio en el músculo esquelético. Esto ocurre tanto a nivel del tallo cerebral como de la médula espinal. Además estas drogas pueden deprimir directamente los nervios motores y la función muscular.⁽¹²⁾

Las benzodiazepinas tienen una fuerte actividad anticonvulsionante. Son eficaces en convulsiones causadas por choque eléctrico, drogas analépticas, anestésicos locales y en convulsiones epilépticas. También lo son para suprimir el llamado terror nocturno, las pesadillas que a veces nos asaltan durante el sueño.⁽¹²⁾

b.- DIAZEPAM (VALIUM)

Se utiliza principalmente para el tratamiento de la ansiedad neurótica. Es más eficaz para este propósito cuando la dosis terapéutica usada está cerca de la dosis que produce efectos colaterales de sedación, como somnolencia.

El diazepam es más potente que el clordiazepóxido en sus propiedades de relajación muscular y anticonvulsionantes. Se usa clínicamente para tratar la espasticidad muscular que acompaña a varias enfermedades, como la parálisis cerebral, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, no se ha demostrado su superioridad sobre los barbitúricos y otros sedantes para producir relajación muscular cuando se administra por vía oral. Sin embargo, cuando se usa diazepam IV es muy eficaz en el tratamiento de la espasticidad muscular debida a varias causas. También es una excelente droga para evitar accesos convulsivos repetidos. En odontología, el diazepam y otras benzodiazepinas se usan de preferencia sobre los barbitúricos para sedación. Un tratamiento eficaz para reducir la tensión o la ansiedad y para relajar a un paciente antes de una operación se basa en el uso de 5 mg de diazepam la noche anterior, 5 mg al levantarse y 10 mg dos horas antes del procedimiento dental. El diazepam también puede utilizarse como sedante preanestésico para técnicas que utilizan barbitúricos de acción ultracorta, como el methohexital (Breuilal).

El diazepam IV se usa para procedimientos dentales que duran aproximadamente 1 hora. Produce buena sedación, relajación muscular y amnesia después de la inyección, pero no antes de la misma. La amnesia ocurre aproximadamente a los 10 minutos y dura más o menos 45 minutos.

El diazepam se puede inyectar IM, pero la absorción por esta vía es

lenta y errática. Cuando se administra oralmente, los niveles sanguíneos máximos ocurren aproximadamente a las dos horas y la distribución a todos los tejidos es rápida. La biotransformación es lenta y se necesitan aproximadamente 1 o 2 días.

La biotransformación de dimetildiazepam ocurre lentamente en un período de varios días, el lento metabolismo del diazepam y la acumulación de metabolitos activos pueden producir efectos residuales que duran varios días. Es de especial importancia que se advierta al paciente que estos efectos residuales pueden ser peligrosos para conducir automóvil o utilizar maquinaria y que pueden presentarse efectos aditivos con el alcohol y otros depresores del SNC durante este período.

El diazepam puede provocar la presencia de paladar hendido en ratos neonatos, por lo que no debe administrarse a mujeres embarazadas, ya que no se sabe si este efecto puede ocurrir en el ser humano.

Los efectos colaterales más comunes del diazepam son resultado de la depresión del SNC e incluyen una sensación de ligereza en la cabeza, mareo, somnolencia, debilidad muscular y ataxia. Es más probable que estos efectos ocurran en personas debilitadas o viejas después de la administración IV. El diazepam causa dolor localizado cuando se inyecta IV o IM. El dolor puede ser inducido por el vehículo propilén-glicol, o por las partículas precipitadas en solución que se inyectan.

Otros efectos colaterales incluyen xerostomía, salpullido, náusea, bloqueo de la función sexual e irregularidades menstruales.⁽¹²⁾

c.- CLORDIAZEPOXIDO (LIBRIUM)

Esta droga es similar al diazepam en cuanto a efectos sedantes y contra la ansiedad, pero es menos eficaz en sus efectos de relajación muscular central y anticonvulsionantes. Es la principal droga para aliviar los síntomas de abstinencia de alcohol, aunque otras benzodiazepinas son igualmente eficaces. En odontología, el clordiazepóxido es tan eficaz como el diazepam como sedante preoperatorio pero la ab-

sorción es más lenta y requiere de 4 horas para alcanzar su efecto pi
co. La vida media biológica varía entre 6 y 30 horas. La biotransfor
mación ocurre en el hígado para formar dos metabolitos, el dimetilclor
diazepóxido y el demoxepam. Su prolongada vida media y sus metabolitos
activos pueden producir efectos residuales y la dosificación repetida
producirá la acumulación de la droga.

Esta droga debe administrarse a excepción de mujeres embarazadas, ya que algunos estudios indican que pueden estar relacionadas ciertas anomalías fetales con el consumo de clordiazepóxido en los primeros tres meses de preñez. Los efectos colaterales que ocurren con mayor frecuencia son somnolencia, ataxia y letargo. Prevalcen especialmente en los pacientes viejos o debilitados. También ocurren bochornos, náusea y cambios en el apetito sexual. Puede haber agranulocitosis (disminución en el número de leucocitos) y se caracteriza por debilidad, fiebre y dolor de garganta. De la misma manera si se presenta ictericia, se deben ordenar pruebas de función hepática.⁽¹²⁾

d.- MEPROBAMATO (MILTOWN)

Esta droga contra la ansiedad fue desarrollada inicialmente con la esperanza de obtener un producto de marcadas diferencias y propiedades de relajante muscular central. Sin embargo, al igual que otros relajantes musculares centrales, el meprobamato oral no se ha demostrado superior a los sedantes hipnóticos en este aspecto. El meprobamato se usa principalmente por vía oral como sedante diurno para el tratamiento de la ansiedad, y como hipnótico. Al igual que las benzodiazepinas produce un efecto contrario a la ansiedad en dosis que producen poco bloqueo de las funciones físicas y mentales. También tiene un amplio margen de seguridad entre la dosis terapéutica y la tóxica.

En odontología el meprobamato a razón de 400 mg, 4 veces al día se ha usado como agente contra la ansiedad, lo que facilita la aceptación del paciente de nuevos aparatos prostéticos.

El efecto máximo se alcanza a las dos o tres horas y la vida media

es de 10 horas. La dosis usual diaria de sedación es de 200 a 400 mg tomados 1 a 3 veces al día. Hay pocos efectos colaterales en estas dosis. Los más comunes son la somnolencia y la ataxia. Ha habido informes aislados de anemia aplásica, así como otras discrasias de la sangre. Se han comunicado varios tipos de dermatitis alérgica y en ocasiones hay hipotensión, especialmente en los viejos. Al igual que los barbitúricos, los meprobamatos están contraindicados en la porfiria. La dosis letal de meprobamato es de aproximadamente 40 gr y el envenenamiento se parece al producido por barbitúricos.⁽²⁾

VII.- A R T I C U L O

3.- EL PACIENTE PSIQUIATRICO Y SU RELACION CON LA HIPERPLASIA GINGIVAL HIDANTOINICA.

Hidantoinas.- Dichas drogas son de origen sintético y derivan de la hidantoina, núcleo semejante al de los barbitúricos, pentagonal y que es la glicolilurea. Las hidantoinas poseen propiedades anti-convulsivas selectivas, en el caso del gran mal o epilepsia mayor principalmente y también en la epilepsia psicomotora.

Las hidantoinas no benefician la triada del pequeño mal, pudiendo aun empeorar dichos accesos.

No tiene acción sedante, siendo un depresor central selectivo en las epilepsias y muy pocas veces las dosis elevadas provocan en el hombre un estado de apatía y somnolencia. La droga puede afectar el cerebelo con producción de ataxia, temblor y nistagmus.

Posee también una potente acción antirritmica cardíaca, que obedece seguramente a la estabilización de la membrana de las células - miocárdicas, tal como sucede en el sistema nervioso.

Las hidantoinas se absorben perfectamente en el tracto digestivo, la difenilhidantoina es muy soluble en agua, es excretado por el riñón. Una pequeña porción se excreta por la saliva, lo cual puede relacionarse con la hiperplasia gingival que es una frecuente reacción adversa a las hidantoinas, la medicación defenilhidantoina sódica se contraindica en pacientes con afecciones hepáticas o sanguíneas y - cuando existe sensibilidad.

Las vías de administración usual es la oral, empleándose la I.V. en el estado del mal epiléptico. La dosis deben adaptarse caridosamente para cada enfermo.

En los ataques psicomotores, las hidantoinas también son eficaces, aunque mucho menos que para el gran mal.⁽¹³⁾

b-MANIFESTACIONES BUCALES PROVOCADAS POR LA DEFENILHIDANTOINA Y OTROS ANTICONVULSIVOS.

PATOGENESIS.

La difenilhidantoína es capaz de producir reacciones adversas que en general no son graves y permiten continuar la medicación; sin embargo, algunas veces, se producen fenómenos serios que requieren de la suspensión del tratamiento.

Según Aas, un estudio en 177 epilépticos tratados con Dph mostró que un 30 % desarrollaban la hiperplasia gingival hasta un grado tal que ameritaba la gingivectomía o la sustitución de la droga. Sin embargo, también existe una "variabilidad individual definitiva" en la tendencia a desarrollar hiperplasia gingival, que proviene de otras influencias como la edad, la dosis de Dph y la duración de la medicación deben tomarse en cuenta, ya que el aumento en el conocimiento parece ser más rápido durante el primer año de terapia. Después de la introducción de la droga algunos autores como Kimball, Frankel Drake, han relacionado los cambios gingivales con el déficit de vitamina C, sin embargo, Thoma, Grubitz, Ziskin y Zagarelli, a base de investigaciones clínicas, histológicas y químicas, han demostrado que no existe tal conexión.

Brandon, sugirió que la alteración gingival es causada por las secreciones de los productos secundarios del dilantín sódico en las glándulas salivales que tienen contacto con el epitelio y causando así una proliferación gingival.

Noach, Noodburry y Goodman en 1958, con la investigación hecha sobre absorción, distribución y excreción del Dph con carbono 14, encontraron un alto contenido de Dph libre en la saliva de los animales de laboratorio y sugirieron que podría ser un factor en la etiología de la hiperplasia gingival.

Estas hipótesis no han sido comprobadas, ya que existe objeción sobre los cambios gingivales, que de acuerdo a esta premisa debería estar localizada en la región de la salida de los conductos salivales

o sea en la porción anterior e inferior lingual y bucalmente en las regiones de los molares superiores y existe el hecho de que la hiperplasia gingival está primariamente localizada en las superficies labiales de los dientes anteriores.

Staple, propuso la teoría de que la hiperplasia gingival es debida a una respuesta exagerada del tejido conectivo a los factores irritantes locales en pacientes con función adrenocortical trastornada -

Se han encontrado cambios orales en pacientes con deficiencias de ácido fólico precipitado por la terapia de drogas anticonvulsivas y reportados por Stein y Lewis.

Casos de anemia megaloblástica en pacientes epilépticos tratados - con drogas antipilépticas han sido descritos por Mannheim en 1952 con derivados de hidantoína⁽¹³⁾

c. HIPERPLASIA GINGIVAL HIDANTOINICA

En 1947 el Comité de la Academia Americana de Parodontología, consideró el término de " hiperplasia gingival" como el más preciso para el crecimiento de la encía, ya que el aumento se debe al número - de células individuales, Tracks Dorf, propuso el término de gingivitis hiperplásica por hidantoína siendo utilizado también por Thoma.

Aas los designa como " hiperplasia gingival difenilhidantoinica" ya que los cambios histológicos son de la variedad hiperplásica causados por la difenilhidantoína.⁽¹³⁾

d.- CUADRO CLINICO

Los primeros signos clínicos de la hiperplasia gingival hidantoinica se manifiestan días después de la administración del medicamento, observandose hiperemia gingival y tendencia aumentada a sangrar. En etapas avanzadas, las coronas pueden estar completamente cubiertas - por una masa sólida de tejido firmemente elástico que no sangra fácil

mente. Las radiografías no revelan ningún signo de resorción ósea, aunque ocasionales casos que implican rápidos debilitamientos del hueso alveolar han sido reportados por Trackdorf y Ziskin, sin embargo, el cuadro clínico puede ser modificado por cambios inflamatorios con decoloración hiperémica, edema y exudado.

Según estudios de Panuska, Corlin, Bearman y Michel, en un análisis de 1048 pacientes epilépticos, clasificaron en cuatro categorías a la hiperplasia, según el aspecto clínico:

- 1).- Mínima: Caracterizado por un aumento en densidad de la encía con punteado marcado y una apariencia granular.
- 2).- Moderado: Aumento en la papila interdental y un efecto " enrollado del margen gingival".
- 3).- Marcado: Existe invasión de tejido gingival en la corona clínica del diente.
- 4).- Muy severa: Crecimiento suficiente de los tejidos para interferir con la función.

No hay diferencia de sexo con respecto a la incidencia de hiperplasia gingival, sin embargo, la incidencia es más alta en niños y jóvenes que en los adultos. La higiene oral y los irritantes locales, están íntimamente implicados en el desarrollo de condiciones patológicas de los tejidos periodontales.

Glickman sostuvo que la remoción del cálculo dental y otras fuentes de irritación local, reducen la inflamación complicante, sin embargo, los cambios hiperplásicos debido al Dph persisten. Algunos han sugerido que la variación en el desarrollo de la hiperplasia gingival en epilépticos bajo la terapia de Dph, puede en algún grado, ser debido a las diferencias en el estado mental, ya que los pacientes dementes se consideran incapaces de mantener una higiene oral satisfactoria.

La lesión gingival, causada por la administración de dilantín, puede ser clasificada en tres diferentes grupos:

- 1.- Un tipo fibroso caracterizado por el predominio de fibras primariamente colágenas en el tejido conectivo subcutáneo y submucoso.
- 2.- Un tipo inflamatorio, rico en células inflamatorias invasoras -

que llenan el espacio intersticial, que frecuentemente muestra - cambios edematosos.

3.- Un tipo que podría ser considerado como intermedio, que tiene - tanto fibras colágenas bien desarrolladas, numerosas células inflamatorias que infiltran el espacio entre las fibras.

El signo más comúnmente observado de regeneración es la formación de vacuolas en asociación con los núcleos.

El tratamiento de la hiperplasia gingival inducida por drogas en pacientes oligofrénicos severos es completamente complejo. Estos pa- cientes son incapaces de mantener un nivel de higiene oral, lo que - da por resultado una hiperplasia con una infección gingival crónica que trae como consecuencia tejidos edematosos desmoronables que tien- den a sangrar profusamente con la más ligera provocación. Por lo tan- to, si se combina este problema con una diátesis sangrante como la - hemofilia, el tratamiento más factible será las odontectomías comple- tas. Sin embargo, Murphy Nersasian y Clark, reportaron dos casos de hemofilia en pacientes con retardo mental severo y con hiperplasia - gingival hidantónica tratados con remoción quirúrgica del tejido, - utilizando una técnica de bisel invertido, para permitir el cierre - primario de las heridas, ya que estos pacientes no toleran los mate- riales periodontales de empaque que son requeridos en gingivectomías convencionales.

Los resultados que se obtuvieron fueron: que redujo la hemorragia post- Quirúrgica inmediata, permitió la cicatrización de primera in tención; redujo el riesgo y la hemorragia recurrente durante el pe- ríodo de cicatrización, es necesario que el tratamiento de la hiper- plasia gingival hidantónica sea valorado individualmente, según la gravedad de la alteración, del aspecto mental del paciente.⁽¹³⁾

RESULTADOS

De acuerdo a lo anterior, tenemos como resultados que; no todos los niños con manifestaciones neuropsiquiátricas reciben el mismo tratamiento estomatológico, ya que éste, depende de la alteración o la severidad de la enfermedad. El odontólogo debe de tomar actitudes diferentes en cada caso, encaminadas a proporcionar la terapéutica adecuada a determinada situación. Sin embargo existen diferencias para cada paciente - en particular.

Estas diferencias estriban en el horario de consulta, ya que estos - pacientes se atenderán a horas de consulta diferentes a los que se dan para el tratamiento de niños normales, este se debe a que este tipo de pacientes suelen recibir rechazo o causan desagrado a personas normales, y que algunas veces, por lo general casi siempre, sus tratamientos se prolongan durante un tiempo mayor al programado.

También cuenta entre las diferencias la posición del niño en el sillón durante el tratamiento, ya que la posición se va a adecuar al tipo y - gravedad de alteración y/ o enfermedad que sufra el paciente, y en algunas ocasiones o casos (ejem. paciente con ataques epilépticos de menor grado) el paciente por sí solo se sentará en el sillón dental sin ayuda de ninguna especie, sin embargo los pacientes que tienen retraso mental agudo, muchas veces necesitan de la ayuda en el sillón dental o en algunas ceses de sentarse en las piernas de sus padres o de alguna asistente.

Otra diferencia es la comunicación, ya que el tratamiento de un paciente depende en mucho de como el Cirujano Dentista se va hacer entender - con el niño para que este comprenda lo que se le pide y se logre el objetivo que es llevar a cabo un tratamiento integral y adecuado al paciente. La comunicación en este caso dependerá de la edad tanto física como mental del niño, así como de la disponibilidad y comprensión que ofrezca el cirujano a cada paciente. Esta diferencia es de primer orden en el - tratamiento ya que en él no existiría tal labor.

Entre otras diferencias tenemos la de programar e elaborar un plan de

tratamiento, este será diferente para cada paciente, debido a que se dará un programa especial y adecuado de acuerdo al grado de afectación y a la disponibilidad que presente cada paciente. Es decir en algunos casos habrá niños que no se muestren cooperativos con el odontólogo y tendrá éste darle tratamiento en varias sesiones para que paulatimamente vayan aceptando su tratamiento. Sin embargo habrá pacientes en los cuales su plan o programa únicamente sea de un día siendo su tratamiento completo e integral en esa sesión.

Otra diferencia es el tipo de anestésicos o de fármacos que prescribe el odontólogo ya que el grado de cooperación dependerá mucho del nivel de inteligencia, por ejem. el mongoloide más inteligente puede ser tratado en el sillón dental con anestésicos convenientes para el paciente pero los grados más bajos se tratarán bajo anestesia general.

En los epilépticos la excitación, a veces puede provocar un ataque y por eso es necesario tenerlo en cuenta la premedicación aunque son pacientes que por lo regular son tratados con sedantes, Diazepam por ejem. llega a causar hiperplasia, gingival y aun el fenobarbital aunque es menos tóxico y costoso puede causar una erupción maculopapulosa en la piel e náusea, somnolencia excesiva y fiebre.

Los cambios de estado de ánimo, cuentan en cada paciente ya que muchos llegan a presentarse tan nerviosos, que se tienen que premedicar antes de la consulta entre ellos tenemos el Diazepam (Valium), por lo regular se utiliza en pacientes con ansiedad neurótica, en tratamientos odontológicos de una hora aproximadamente.

Liabrium (Clordiazepóxido) Es similar al diazepam en cuanto a efectos sedantes pero es menos eficaz en sus efectos de relajación muscular central y anticonvulsivos.

C O N C L U S I O N

Debido a que el odontólogo puede llegar a encontrarse con este tipo de pacientes " especiales " en cualquier zona donde este colocado su consultorio o la Institución donde trabaje o practique sus actividades.

Aunque en la actualidad, es interesante observar que a pesar de los adelantos tecnológicos y científicos en múltiples áreas del conocimiento se presentan, en forma paralela, vivencias de complejas situaciones de crisis urbanas, económicas y sociales que repercuten en la conducta humana y en sus actitudes cotidianas y por ende, en la estabilidad mental de los seres humanos que integramos una población, estas situaciones causan en algunos individuos estados de depresión o emocionales, mientras que en otros, estados de agresividad hacia el prójimo, así como su integridad personal.

Actualmente los padres de niños " especiales " saben que estos necesitan expertos cuidados dentales restaurativos y preventivos, por lo que la profesión dental se debe esforzar enormemente por satisfacer esta necesidad.

El odontólogo puede resolver los problemas dentales más graves y - complejos que afecten a individuos " niños con problemas neuropsiquiátricos ", siempre que tengan los conocimientos, la paciencia y la comprensión requerida para el tratamiento dental de éstos por lo que no debe olvidarse que de las primeras impresiones que el niño tenga respecto al dentista, dependerá de su futuro comportamiento.

Para el odontólogo que reconozca la necesidad en este campo y logre desarrollar las técnicas adecuadas, los servicios dentales para estos niños serán una experiencia satisfactoria.

Por lo que considero que cada odontólogo que atiende a niños tiene como obligación interesarse por el desarrollo físico y mental de cada paciente para poder manejarlo a base de un estudio adecuado y técnicas específicas, y de esta manera mimizar o irradiar los temores y actividades negativas que padres e hijos presentan hacia la odontología.

Concluyendo sobre mis objetivos personales podría afirmar que al -
introducirme más en este tema puede reafirmar parte de mis conocien-
tos, ya que este tema lo vi en la Universidad muy superficialmente,
por lo que al profundizarme me di cuenta de la importancia que repre-
senta este tema, para no caer en el error de los profesionales que li-
mitan sus prácticas, ya sea eliminando a los pacientes especiales por
sentirse incapaces de tratarlos.

PROPUESTAS Y / O RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo realizado a través de la elaboración de la tesis, de ver como el odontólogo puede atravesar por una situación difícil al atender a un niño " Especial ", me parece conveniente dar algunas recomendaciones que pueden llegar a mejorar el nivel de aprendizaje en el odontólogo y poder llevarlo a la práctica cuando lo vea necesario y se presente la ocasión.

Por lo que mis recomendaciones serían las siguientes:

- a).- El de tratar de motivar al odontólogo a que tenga más interés - en estos temas, y no sólo piense que necesita ser especialista para poder manejar a éste tipo de pacientes.
- b).- En el que la escuela donde se curse la carrera, no sólo sea un tema, como objetivo para terminarla, sino para ampliar y realizar estos mismos.
- c).- Para que el odontólogo aprenda a encarar la situación de manera positiva y amistosa porque debe transmitir la idea de que el - trabajo es extremadamente importante y esencial para el bienestar del niño.
- d).- Del odontólogo dependerá el manejo exitoso del niño ya que con cariño y firmeza, el sentido del humor y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no - cooperación, por lo que este debe alentar todos los beneficios hábitos con elogios y esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

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

- 1) Dr. Waldo E. Nelson
Tratado de Pediatría
Edit. SALVAT
Edición 5º, Tomo II, Año 1980
- 2) Dr. Valenzuela - Lugas - Marquet
Manual de Pediatría
Edit. INTERAMERICANA
Edición 9º, Año 1979
- 3) Dr. Sindney B. Finn
Odontología Pediátrica
Edit. BUENOS AIRES
Edición 4º, Año 1978
- 4) Dr. J. Newark Arthur
Odontología para el Paciente Incapacitado
Edit. MUNDI S.A.
Edición 2º, Año 1980
- 5) Dr. Joan Weyman, colaborador G. H. Steel
Odontología Pediátrica
Edit. MUNDI S.A. A. I. C. y F.
Edición 2º, Año 1978
- 6) Dr. Ewald Harndt y Heldmut Weyers
Odontología Pediátrica
Edit. MUNDI S. A.
Edición 1º, Año 1975

- 7) Dr. Ralph E. Mc Donald
Odontología para el Niño y el Adolescente
Edit. COMPANÍA MOSBY
Año 1970
- 8) Dr. Burket, Lester W.
Medicina Bucal
Edit. INTERAMERICANA
Edición 5ª, Año 1980
- 9) Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Odontología para el Niño Incapacitado
Edit. INTERAMERICANA
Edición 1ª, Año 1974
- 10) Clínicas Pediátricas de Norteamérica
Rehabilitación del Niño Inválido
Edit. INTERAMERICANA
Año - Febrero de 1973
- 11) Goodman, L.
Gilman, A.
Bases Farmacológicas
Edit. INTERAMERICANA
Edición 9ª, México 1980
- 12) Sebastián G. Ciancio
Priscilla C. Bourgault
Farmacología Clínica para Odontólogos
Edit. El Manual Moderno S. A.
Edición 1ª, México 1982
- 13) Revista de la A. D. M.
Enero - Febrero 1982
Volúmen XXXIX - No 1