



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES ZARAGOZA**



**IDIOCIA FURFURACEA
Y SU TERAPIA ODONTOLOGICA**

TESIS

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

MARTINEZ VAZQUEZ INDALECIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION	.....	1
PROTOCOLO	.....	4
1) Fundamentación de la elección del tema.....		4
2) Planteamiento del problema	.....	6
3) Objetivos	.....	6
4) Hipótesis	.....	7
5) Material y método	.....	7
CONSIDERACIONES PREVIAS	.....	9
CAPITULOS		
I .- Características generales de la Idiocia	.....
Furfurácea	.....	10
A. Alteraciones morfológicas y funcionales del sistema musculoesqueletico	.....	12
B. Bibliografía de libros	.....	24
C. Bibliografía de revistas	.....	27
II .- Factores genéticos en la Idiocia		
Furfurácea	.....	28
A. Trisomía 21 regular	.....	29
B. Trisomía 21 por mosaico	.....	31
C. Trisomía 21 por translocación	.....	34

... Bibliografía de libros	.....	40
III.- Aspectos del sociodesarrollo del niño		
con Idiocia Furfurácea	.....	43
A. Consideraciones emocionales	.....	43
B. Consideraciones pragmáticas	.....	45
C. Aspectos que deben tomarse en cuenta sobre la comunicación	.....	49
D. Consideraciones sobre la persona que es paciente especial	.....	51
E. Consideraciones sobre la familia del paciente especial	.....	52
F. Bibliografía de libros	.....	57
G. Bibliografía de revistas	.....	59
IV.- Desarrollo mental y características psicológicas en la Idiocia Furfurácea	.....	61
A. Conducta del niño	.....	61
B. Magnitud del tratamiento necesario	.....	61
C. Situación y aprendizaje	.....	62
D. Coeficiente de inteligencia	.....	62
E. Edad mental	.....	63
F. Bibliografía de libros	.....	67

G. Bibliografía de revistas	68
V .- Manifestaciones orales de la Idiocia	
Furfurácea	70
A. Erupción dentaria	70
B. Desarrollo del diente	71
C. Alteraciones dentales	71
D. Esmalte	72
E. Alteraciones del periodonto	72
F. Lengua	75
G. Paladar	76
H. Saliva	77
I. Voz	77
J. Bibliografía de libros	79
K. Bibliografía de revistas	82
VI .- Manejo del paciente con Idiocia Furfurá-	
cea dentro del consultorio dental	86
A. Medicación preoperatoria utilizada	88
en el consultorio dental	
B. Oxido Nitroso	105
C. Anestesia General	106
D. Bibliografía de libros	109

B. bibliografía de revistas	.....	110
RESULTADOS	.....	111
DISCUSION	.....	113
CONCLUSIONES	.....	115
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES	.....	117
BIBLIOGRAFIA GENERAL DE LIBROS	.....	118
BIBLIOGRAFIA GENERAL DE REVISTAS	.....	122

INTRODUCCION.

El conocimiento de los incapacitados es de sumo interés, tanto para el cirujano dentista como para profesionales dedicados a otras ciencias de la salud.

Este trabajo de tesis enfocará la Idiocia Furfurácea, y considerando necesario investigar y dar a conocer los adelantos -- que se han obtenido en los últimos años de la atención odontológica del niño impedido. Al igual que ampliar los conocimientos acerca de las alteraciones físicas que llegan a presentar, tanto dentales como psicológicas.

Para dar atención en toda la extensión de la palabra a los mencionados pacientes se requiere que el cirujano dentista, se coloque en el papel de amigo, maestro, médico, etc., para lograr entablar la comunicación; y como consecuencia la colaboración de estos pacientes.

A esta anomalía se le denomina de varias formas como son: Idiocia Furfurácea, Síndrome de Down, mongolismo, Trisomía 21, Trisomía 21, etc.

La Idiocia Furfurácea es la más común de los graves problemas de desarrollo observados en un recién nacido. Ocurre más a menudo que los otros tipos específicos de deficiencia mental o cualquier otro error que participa en el desarrollo temprano. Por término medio un niño de cada 640 nace con Idiocia Furfurácea. -- Para madres jóvenes el riesgo es menor que en mujeres de mayor edad. Usualmente se presenta en niños de madres adultas, generalmente mayores de 35 años.

Dentro de los trastornos cromosómicos, en la Idiocia Furfurácea encontramos el índice de supervivencia más alto.

La afección puede ocurrir en cualquier familia, raza o clase social.

En estos pacientes encontramos aberraciones cromosómicas de trisomía, translocación y mosaïcismo.

El niño con Idiocia Furfurácea tiene su potencial como cualquier otro niño, pero un potencial limitado; Esta limitación existe ya antes de su nacimiento, desde el comienzo mismo de su gestación, puesto que en las primeras fases de su crecimiento en el útero materno, el ser en desarrollo con Idiocia Furfurácea es portador de un desequilibrio genético; es decir que por un simple error, posee un grupo de genes extra en un cromosoma extra. Este último se suma al número normal de 46 cromosomas que se encuentran en una célula de su organismo. Por lo general es un cromosoma perfectamente normal, por los genes adicionales se causa un desequilibrio genético fundamental que, a su vez, provoca las alteraciones de crecimiento y desarrollo observadas en el niño con Idiocia Furfurácea y es el factor más importante para determinar cuál será su potencial.

Los pacientes especiales, en virtud de sus afecciones que los incapacitan, tienen un nivel de resistencia que suele ser bajo. Son propensos a las diseminaciones infecciosas y enfermedades, debido a las malas condiciones; a la falta de atención bucal, y que sólo un porcentaje pequeño de estos pacientes reciben tratamiento dental adecuado. Este hecho se correlaciona con el

gran número de dentistas reacios a aceptarlos como pacientes.

PROTOCOLO

I .- TITULO DEL PROYECTO:

IDIOCIA FURFURACEA Y SU TERAPIA ODONTOLOGICA.

II .- AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO:

CLINICA INTEGRAL.

III.- PERSONAS QUE PARTICIPAN:

MARTINEZ VAZQUEZ INDALECIA.

ASESOR:

DRA. MA. GUADALUPE SANCHEZ VILLERS.

IV .- FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA:

Se eligió el tema de " Idiocia Furfurácea " porque es de sumo interés el conocimiento de los niños incapacitados, tanto para el cirujano dentista como para profesionales dedicados a --- otras ciencias de la salud. . .

Se optó por el tema con la finalidad de investigar y -- dar a conocer los adelantos que se han obtenido en los últimos -- años de la atención odontológica del niño impedido. Considerando-- necesario ampliar los conocimientos acerca de las alteraciones fi sicas que llegan a presentar; como ser pacientes más pequeños que el promedio en estatura para su edad, caminar pesado e inclinados hacia adelante y presentar dedos cortos y fofos, etc., también -- presentan alteraciones dentales; erupciones perturbadas, varia--- ciones en tamaño e irregularidades, maloclusiones, problemas para o ntales, al igual que presentan alteraciones psicológicas.

Otra de las causas por las que se pretende desarrollar el tema es que la mayoría de los odontólogos no aceptan a los incapacitados como pacientes, tienen un nivel de resistencia que -- suele ser bajo, son propensos a las infecciones y a las enfermedades, las cuales son debidas a las malas condiciones de la boca y a su atención bucal inadecuada, por lo que el odontólogo argumenta que son pacientes problema.

Por lo tanto un pequeño porcentaje de éstos reciben un tratamiento dental adecuado.

Otra de las causas por las que gran número de dentistas se presentan reacios a aceptarlos como pacientes por sus defectos físicamente desagradables, difíciles o molestos que hacen que el dentista se sienta incómodo y la eliminación de éstos pacientes de su práctica es una manera de evitar sus sentimientos.

Por otra parte el rechazo familiar y social a los pacientes especiales va a ocasionarles serios problemas; van a convertirse en pacientes dentales nerviosos, inseguros, callados, y difíciles de tratar. Esto se debe evitar, porque un paciente especial es un ser humano que necesita del odontólogo, médico, cardiólogo, trabajadores sociales etc., de todo un equipo multidisciplinario que comprenda todas las especialidades.

Porqué como ya se dijo éste paciente es un ser y el ser es social por naturaleza.

Y por último otro de nuestros objetivos es que nuestra preparación es insuficiente para atender cualquier tipo de incap

citados y por lo tanto con éste tema se desea motivar a los futuros profesionistas para lograr una mejor preparación a éste respecto.

V .- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ Pueden ser atendidos los pacientes con problema de Idiocia Furfurácea en el consultorio dental?.

VI.- OBJETIVOS:

- | | |
|---------------------|--|
| Objetivo General | I .- Describir las características generales de la Idiocia Furfurácea. |
| Objetivo Especifico | I.1.- Describir las alteraciones morfológicas y funcionales del sistema musculoesquelético. |
| Objetivo Especifico | I.2.- Mencionar las manifestaciones clínicas de la misma. |
| Objetivo General | II .- Identificar los factores genéticos que influyen en la Idiocia Furfurácea. |
| Objetivo General | III.- Describir los aspectos del sociodesarrollo del niño con Idiocia Furfurácea. |
| Objetivo General | IV .- Describir el desarrollo mental y las características psicológicas en la Idiocia Furfurácea |
| Objetivo General | V .- Explicar las manifestaciones orales de la Idiocia Furfurácea. |

Objetivo General

VI.- Explicar el tratamiento del paciente dentro del consultorio dental.

VII .- HIPOTESIS DE TRABAJO:

Los pacientes con Idiocia Furfurácea pueden y deben ser atendidos en el consultorio dental.

VIII.- MATERIAL Y METODO:

La recopilación del material será basada en las técnicas de investigación documental.

Una de las fuentes que se va a utilizar en la técnica de investigación va a ser, documentos bibliográficos esto es, ir a las bibliotecas para consultar los libros sobre el tema a tratar y con ello elaborar las fichas bibliográficas para la recolección del material necesario para la realización de la tesis.

Otra fuente que se utilizará es la documental hemerográfica en la cual se irá al centro nacional de información y documentación en la salud.

Para la recabación de fuentes recientes sobre el tema de interés.

Una vez reunido todo el material en fichas de trabajo se examinará y ordenará conforme al esquema de trabajo, procediendo a analizarlo, en donde se aceptará o rechazará el material.

Habiendo realizado lo anterior se hará una redacción inicial la cual se modificará conforme las revisiones que se le hagan por parte del asesor y de la institución (ENEP. "ZARAGOZA")

En vez que se haya revisado y aceptado el trabajo de tesis por la institución, se imprimirá y se harán los trámites -- para el examen profesional.

CONSIDERACIONES PREVIAS.

Tomando en cuenta las cifras de frecuencia, el aumento de los casos con Idiocia Furfurácea, el no lograr resolver la mayor necesidad de salud dental, problema de los pacientes impedidos, los tratamientos dentales inadecuados; ya que un gran número de odontólogos se presentan reacios a aceptarlos como pacientes, y los dentistas que llegan a atender a estos pacientes les hacen a la mayoría sólo exodoncias para aliviar el dolor, y nuestra preparación insuficiente para atender cualquier tipo de incapacitados.

Dándoles la importancia debida a los puntos anteriormente mencionados considero necesario que el odontólogo de práctica privada general tome conciencia de este problema Médico-Social; - mediante la investigación, ampliación y estudio adecuado de estos pacientes con Idiocia Furfurácea.

Además considero que es de sumo interés el conocimiento de los niños incapacitados, tanto para el cirujano dentista como para los profesionales dedicados a otras ciencias de la salud, ya que un paciente especial como lo es el paciente con Idiocia Furfurácea necesita de todo un equipo multidisciplinario que comprenda todas las especialidades; odontólogo, médico, cardiólogo, trabajadores sociales, psicólogos, etc.

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA IDIOCIA
PURPÚREA.

El doctor Lejeune en el año de 1959 observó en sus investigaciones que los pacientes con Idiocia Purpúrea presentaban un cromosoma extra, el cual en el cariotipo de éstos pacientes, es un pequeño acrocéntrico que pertenece al grupo "G", según la clasificación de Denver y se le ha llamado cromosoma veintiuno

Su descripción se ha considerado por expertos como clásica e ingeniosa, en relación a las características físicas de la deficiencia en el desarrollo del niño trisómico.

Posteriormente, el término Mongoloide fue introducido por Langdon Down de acuerdo a su hipótesis de tipo racial en la que se sugería que este síndrome estaba relacionado con la reaparición de taras de las razas mongólicas. La sugestión de eliminar el término de mongolismo de la literatura y sustituirlo por el término de "Síndrome de Down" podría aceptarse, sino fuera por el error que implica el concepto histórico y etiológico: Down no fue el primero en describir el síndrome y su concepto etiológico está equivocado.

Actualmente la denominación de trisomía 21, no es toda-correcta puesto que no es posible distinguir entre los 21 y 22.

El niño con Idiocia Purpúrea, tiene muchas características que lo distinguen del normal. Generalmente es más pequeño que el promedio en estatura para su edad, un proceso gradual que es menos evidente en el niño más pequeño que en el mayor. Es re-

gordete camina pesadamente e inclinándose hacia adelante. Sus dedos son cortos y fofos y su piel puede ser seca y áspera.

Existen algunas anomalías médicas de especial relevancia. Aparecen defectos cardíacos congénitos en aproximadamente un tercio de éstos niños y puede haber cianosis. Puede ser posible un trastorno en la tiroides, con deficiencia, y también se menciona el hipopituitarismo. Los niños con Idiocia Furfurácea -- son especialmente propensos a las infecciones, sobre todo bronquitis y otras enfermedades respiratorias y esto es una de las principales razones de porque tan pocos sobreviven hasta una edad --- avanzada. Se observa incidencia de leucemia más elevada que lo -- normal.

Llegan a presentar fragilidad capilar anormal.

Habitualmente el diagnóstico se hace poco tiempo después del nacimiento por el aplanamiento del occipucio, ojos oblicuos con pliegues epicánticos internos, implantación baja de pabellones auriculares, nariz aplanada y pequeña, lengua saliente, -- cuello corto y amplio, manos y dedos cortos, pliegues de simio en las palmas de las manos, hipotonía muscular, así como eje trirrádico distal y arcos cubitales en los dermatoglifos de los dedos; -- el diagnóstico se confirma mediante el análisis cromosómico.

La apreciación clínica continúa siendo un requisito fundamental por ciertas razones: en primer lugar, las pruebas cromosómicas no siempre son del todo accesibles y cuando lo son, la decisión inicial de practicarlas depende del juicio clínico. En segundo término, los pacientes con el mismo proceso trisómico están

15
Las variaciones se reflejan en sus síntomas, en la capacidad de incapacidades y en su pronóstico. Se sabe también que hay numerosos grados de mosaicismos que dan origen a todas las formas incompletas de síndrome y de conexión entre la proporción de células trisómicas en los diferentes tejidos y la extensión de la manifestación clínica está todavía lejos de haber sido confirmada. Por último, hay muchos casos conocidos en que una trisomía aparente o una trisomía parcial de un pequeño cromosoma acrocéntrico no conduce a un estado clínico identificable con la Idiocia Furfurácea. Así, pues, las investigaciones clínicas y citológicas han de complementarse unas con otras para alcanzar una valoración tan exacta como sea posible. Alteraciones morfológicas y funcionales del sistema musculoesquelético.

Existen características particulares para los diferentes segmentos del cuerpo como son:

CABEZA: El causante de la facies característica es el desarrollo anómalo del cráneo. La circunferencia de la cabeza suele estar entre el tercero y vigésimo percentil y la cabeza tiende a adquirir forma aplanada en sus partes anteriores y posteriores con una cara ancha y el hueso de la mejilla prominente. El cráneo es braquicefálico y en algunos hasta hiperbraquicefálico y hay un menor desarrollo del tercio medio de la cara, encontramos el occipucio aplanado.

Aunque en la Idiocia Furfurácea las características faciales son únicas, el examen cuidadoso revelará una semejanza con

Los antecedentes clínicos y familiares del individuo con trisomía 21.

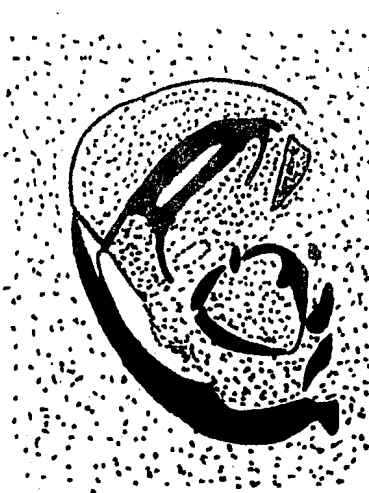
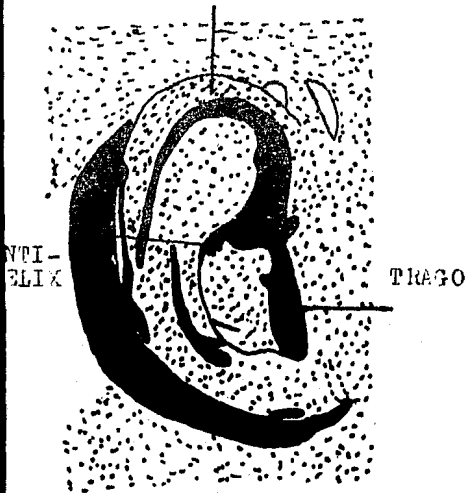
OÍDOS: Acerca del oído y del pabellón auricular se han hecho varias discusiones: en el tamaño, en la implantación y en algunos otros aspectos. El pabellón auricular es generalmente pequeño igualmente pasa con el doblez del antihélix, que es grueso y grande. La implantación es baja, sin embargo Oster rebate este punto. También se ha encontrado, en estudios médicos realizados en México en 1973 por el doctor Tomás I. Azuara, que estos niños presentan malformaciones en el conducto auditivo interno y otitis crónica; también se detectaron deformidades de cócleas y conductos semicirculares. (fig. A).

OJOS: Las órbitas son más pequeñas de lo normal. Existe una inclinación lateral hacia arriba de los ojos; y en los niños pequeños existe un pliegue epicántico que difiere de las razas asiáticas por estar limitado al ángulo interno en lugar de incluir la mayor parte del párpado superior. El epicanto tiende a desaparecer durante la pubertad. Las alteraciones inflamatorias crónicas de la conjuntiva son los bordes palpebrales. En ocasiones se encuentran cataratas, es frecuente el estrabismo, el nistagmus, así como el moteado del iris (manchas de Brushfield) y pestañas escasas y finas. Las órbitas se encuentran separadas y sesgadas. (fig. B).

NARIZ: Su forma es variable, sin embargo, una de sus características es el puente nasal aplanado ya sea por el subdesarrollo de los huesos nasales o su ausencia. La parte cartilaginosa

FIGURA "A"

HELIX



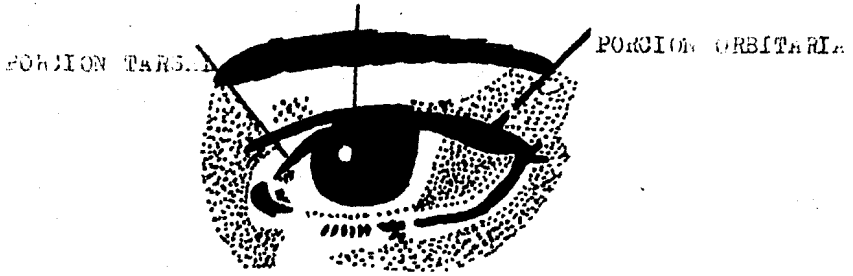
OREJA NORMAL

SUPERPOSICION ANGULAR
 DEL HELIX Y DEL
 LOBULO DE LA
 OREJA PEQUERA,
 EN LA IDIOCIA F



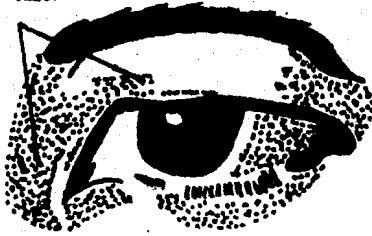
ANTIHHELIX PROMINENTE Y SUPER
 POSICION DEL HELIX.

RIEDEL 1930
SUEÑO ORBITOPALPEBRAL SUPERIOR



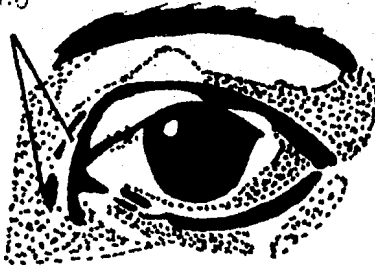
(a)

PORCION ORBITARIA



(b)

PLIEGUE EPICANTICO



- (a) Ausencia de pliegue epicántico.
- (b) Pliegue epicántico en las poblaciones orientales.
- (c) Pliegue epicántico en el síndrome de Down.

lo
de la boca y triangular. La mucosa es gruesa, fluyendo al roce -
constantemente. Por lo general la nariz es pequeña y chata.

BOCA: La lengua generalmente hace protusión con conse-
cuencia de la pequeñez de la cavidad bucal. Su superficie puede -
estar fisurada y llena de surcos (lengua escrotal) debido a la su-
succión y a la respiración bucal.

Existe hipotonía en los músculos labiales y el labio in-
ferior habitualmente cuelga flojo, muy a menudo con grietas per-
sistentes.

En estudios recientes se encontró que el maxilar supe-
rior en relación al tamaño del cráneo es normal y el maxilar infe-
rior es grande. Se observa que el paladar tiene forma ojival en -
un 60 %. En los niños con Idiocia Furfurácea, se encuentra pala-
dar y labio hendido.

CUELLO: Tiende a ser corto y ancho y existe laxitud de-
la piel en las caras laterales, situación propiciada por la pre-
sencia de piel redundante en las superficies laterales y dorsal -
del cuello, simulando además aplanamiento y pérdida excesiva de -
piel en la región de la nuca. El crecimiento del pelo empieza muy
abajo.

TRONCO: El pecho parece ser redondo o en forma de qui-
lla generalmente hay aplanamiento del esternón. La espina dorsal
no presenta la curvatura normal y tiene tendencia a ser muy recta
o con xifosis dorsolumbar. A veces sólo tiene once pares de costi-
llas.

CORAZON: Las anomalías cardíacas son más frecuentes que en la población en general, afectando especialmente a la estructura atrioventricular. También es relativamente frecuente la arteria duodenal.

La incidencia de cardiopatías congénitas varía de 7.1 - al 70.3 %.

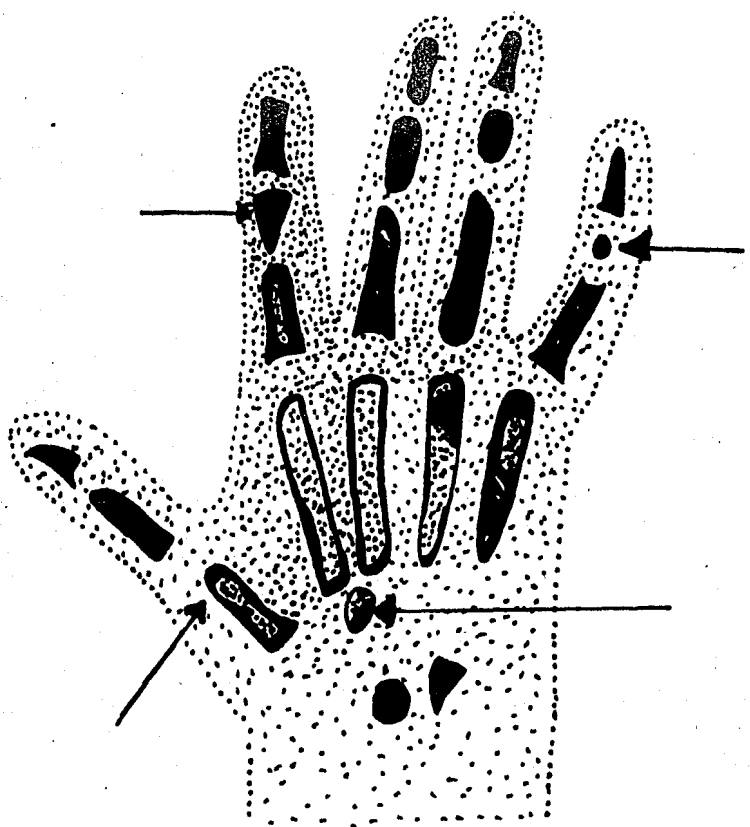
COLUMNA VERTEBRAL: Se puede presentar una configuración anómala de las vértebras lumbares; algunos pacientes presentan fusión incompleta de los arcos de la porción inferior de la columna vertebral.

ABDOMEN: Este órgano lo tiene en forma de masa, viéndose prominente en función de la ausencia de tono muscular.

El hígado se puede palpar, en muchos casos debajo de -- las costillas dado que el pecho es pequeño y por la atonía muscular. Es muy frecuente la hernia umbilical.

EXTREMIDADES: Están acortados, especialmente las falanges, de modo que las manos y los pies acostumbra a ser anchos y planos (cuadrados). El quinto dedo es proporcionalmente pequeño y tiende a incurvarse hacia dentro. En casi el 40% de los niños --- afectados la segunda falange del quinto dedo es rudimentaria (fig C). Están aumentados los espacios entre el primero y segundo dedo de las manos y de los pies; esto se acompaña a menudo de un pliegue cutáneo prominente y la sindactilia parcial. El patrón de las líneas dérmicas de las manos y de los pies es con frecuencia anormal.

FIGURA "C"



Huesos de la mano en la Idiocia Puffurácea, vistos a -
rayos X. En el quinto dedo, el hueso de la segunda falange es pe -
queño y hay un ligero desplazamiento del hueso terminal. Se ve -
una epifisis proximal en el segundo metacarpiano y una distal en
el tercero. La falange media del índice es pequeña.

Frecuentemente se observa un pliegue palmar transverso-único en lugar de los dedos que existen normalmente. Es frecuente observar una línea palmar transversa (línea simia), un solo pliegue de flexión del quinto dedo en combinación con clinodactilia; un trirradius distal axial de las palmas; asas ulnares en todos los dedos y arco tibial en el área del dedo gordo de la porción carnosa del pie, encima de la cabeza del primer metatarsiano.

Los dibujos de las crestas y canales de las manos y de los pies se constituyen permanentemente durante el tercer mes de la vida fetal y permanecen inmodificados, excepto por lo que respecta al aumento de tamaño con el crecimiento físico. Se encuentran variaciones normales de estos dibujos, que representan principalmente diferencias hereditarias, entre poblaciones separadas, individuos de las mismas poblaciones y miembros de la familia. Se encuentran también diferencias entre varones y hembras de la misma población, entre las manos y los pies del mismo individuo.

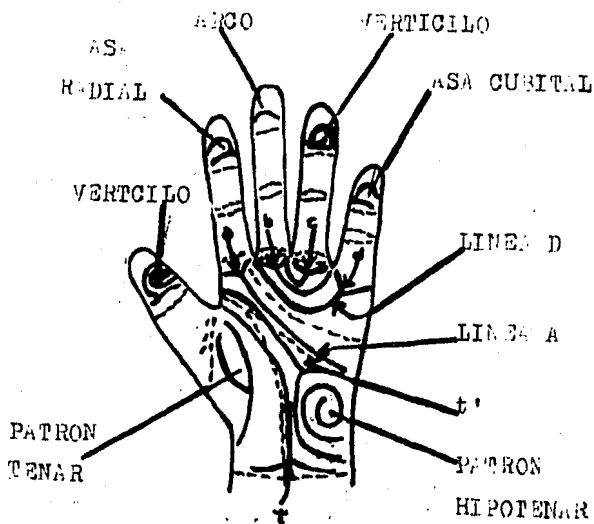
En la Idiocia Furfurácea, y en algunos otros procesos en que el desarrollo está retardado, las crestas dérmicas están defectuosamente formadas. Esto es particularmente notable en el momento del nacimiento. En vez de crestas parece haber proyecciones irregulares de la piel.

Estas se ven a menudo en la región hipotenar y aparecen también en otras áreas de las palmas de las manos y las plantas de los pies. A medida que el niño va creciendo, las crestas se hacen visibles en las placas irregulares. Las irregularidades co-

responden en gran parte, a poros imperfectamente formados de las glándulas sudoríparas.

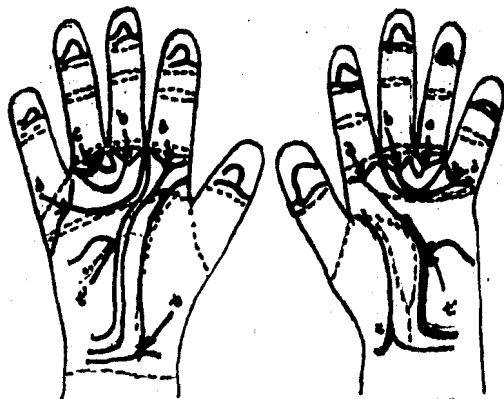
Una de las manifestaciones más características de la Idiocia Púrpúrea es la insólita marca de las crestas dérmicas de las palmas de las manos, especialmente en la región hipotenar. Normalmente las crestas hipotenares tienen una inclinación diagonal paralela a la línea principal "A", que se origina desde el trirradio "a", localizado a nivel de la base del segundo dedo. El trirradio "t", en las palmas normales, suele encontrarse cerca de los pliegues de flexión de la muñeca. En la Idiocia Púrpúrea, sin embargo, las crestas hipotenares y la línea "A" la principal, tiende ser transversa y es común que exista un trirradio distal (t' o t'') en el área central. Asociada al trirradio t' o t'', en el área hipotenar, hay una gran asa cubital y existe también t. La presencia o ausencia de patrón sobre el área hipotenar de la palma de la mano, se ha demostrado que es un rasgo familiar (fig. D)

PIEL: La piel de los niños, según estudios hechos por el doctor Macotella-Ruiz, 1973, "es inmadura al nacer, especialmente fina y delgada con reacciones vasomotoras exageradas; se infecta fácilmente por las bacterias saprófitas normales de la piel. Con el tiempo se observa fotosensibilidad intensa y eritema exagerado en las superficies expuestas al sol. El aspecto general de la piel es más pálido que el equivalente a individuos de la misma raza y edad, sin que pueda afirmarse que exista un trastorno definido de la pigmentación, consistente, ya sea en una disminu---



(a)

(a) Características normales de la mano.



(b)

(b) Características del síndrome de Down.

cida de melanocitos en la capa basal de la epidermis o en alteraciones en la producción de la hormona hipofisiaria estimulante de los melanocitos o de hormonas hipotalámicas. Se presenta el curis marromata -la piel parece enroscada- el eritema facial, las teleangiectasias palpebrales y del dorso, la calvicie de la epidermis en los primeros años de la vida y la verosis y estrofos ictiocifos mas posteriormente, así como la hiperqueratosis palmo-plantar y las características especiales de los dermatoglifos. La piel tiene de un envejecimiento prematuro, sobre todo a nivel de las zonas expuestas a las radiaciones solares. Existe engrosamiento de la piel en las rodillas y en los surcos transversales en el dorso de los dedos de los pies. Las infecciones cutáneas son muy frecuentes, debido a una higiene defectuosa".

PELVIS: los huesos pelvicos de los niños afectados -- muestran aplanamiento de los bordes internos del ilion, ensanchamiento de las alas del cuerno ilíaco, ramos isquiáticos pequeños y coxa valga del fémur. En 1908, Andrén y Hall notificaron un aumento de la curva hacia afuera de la parte posterior del ilion de los niños con Idiocia Furfur'cea, en comparación con los controles y consideraron éste como un signo diagnóstico radiológico útil.

La pelvis en los afectados por dicho padecimiento es pequeña. La pequeñez de los ramos isquiáticos y la coxa valga, suelen ponerse de manifiesto después de los 6 meses de edad y se cree que representan una hipoplasia y una deformidad difusa.

En los pacientes mayores, se ha observado un aumento en la incidencia de luxación de cadera. (fig. 2.).

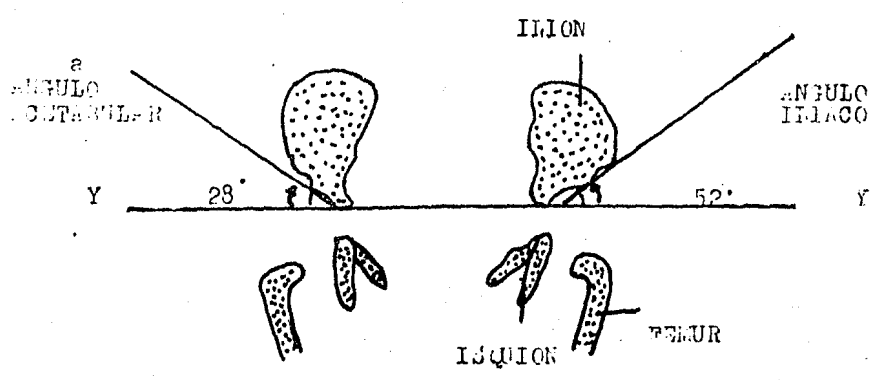
GENITALES: Los caracteres de los órganos genitales en los hombres con Idiocia Furfurácea, se tipifican por tener el pene muy pequeño en su mayoría, así como también, de cada cien casos sólo a cincuenta de ellos les deciden los testículos y aunque se ven normales, nunca alcanzan su pleno desarrollo. El vello púbico es escaso y en las axilas se carece de él. Cuando adultos tienden a acumular tejido adiposo en el pecho y alrededor del abdomen. En un alto grado de pacientes, la libido se encuentra disminuída.

En las mujeres éstos caracteres aparecen tardíamente. - La menarquia se presenta posterior al periodo normal a diferencia la menopausia que es a temprana edad y, en todo éste período, la menstruación es un tanto irregular. El vello púbico es lacio y es caso, destacando el clítoris por su tamaño, sin embargo, algunos investigadores opinan que lo más común es la hipoplasia en el mismo.

HIPOTONIA MUSCULAR: El 21% de los pacientes presentan hipotonía muscular lo que explica el retardo del desarrollo motor la hipotonía muscular mejora a través de los años.

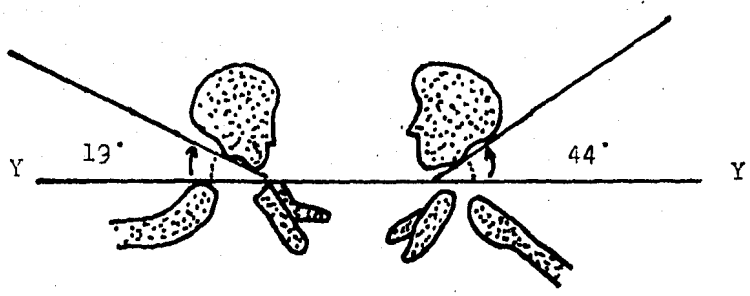
HIPERLAXITUD ARTICULAR: La hiperlaxitud de las articulaciones está presente en un 89% de los pacientes hasta los 4 años y el 2.5% en edades mayores, dicha alteración predispone a inestabilidad articular y luxaciones, como la de la rodilla.

FIGURA "B"



NIÑO NORMAL

NIÑO CON IDIOCIA FURFURACERA



Dibujos de radiografías mostrando la medición de los ángulos; acetabular e iliaco.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

LIBROS.

C. LAMOTE DE GRIGNON

1930 NEUROLOGIA EVOLUTIVA.
MEXICO: ED. DIANA
P. 175.

CECIL LOEB

1981 TRATADO DE MEDICINA INTERNA.
MEXICO: ED. INTERAMERICANA.
P. 140-143.

ELSA MARIA GAMBOA, LILIA M. PACHO S., SARA PENHOS M.

1982 TRISOMIA 21; ASPECTOS CLINICOS,
SOCIAL Y HUMANO.
MEXICO: ED. MUNDI S.A.

G. E. SMITH, J.M. BERG.

1978 SINDROME DE DOWN "MONGOLISMO".
BARCELONA: ED. MEDICA Y TECNICA.

JOAN WEYMAN.

1976 ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS.
ARGENTINA: ED. MUNDI S.A.
P. 97-100.

LAWRENCE A. FOX.

1982 ODONTOLOGIA PARA NIÑOS INCAPACI-
TADOS.
BARCELONA: ED. INTERAMERICANA.
P. 540-559.

DE SALES Y COLART.

- 1981 SINDROMES PEDIATRICOS FISIOPATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA.
MEXICO: ED. PRENSA MEDICA MEXICANA.
P. 52-62.

ROBINS

- 1980 PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.
MEXICO: ED. INTERAMERICANA.
P. 183, 1348.

SHAFFER G. WILLIAMS

- 1982 TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
MEXICO: ED. INTERAMERICANA.
P. 632-633.

SIDNEY FINN

- 1982 ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
MEXICO: ED. INTERAMERICANA
P. 552-553.

SMITH-WILSON

- 1976 EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN (--- MONGOLISMO).
BUENOS AIRES: ED. MEDICA PANAMERICANA.

STANLEY ROBINS

1982 TRATADO DE PATOLOGIA.
MEXICO: ED. INTERAMERICANA.
P. 446, 591-592.

STELLA--ARRAS JAVIER, RUY PEREZ TAMAYO.

1981 TRATADO DE PATOLOGIA.
MEXICO: ED. LA PRENSA MEDICA ME-
XICANA.
P. 466-471, 591-592.

SYLVIA G. E. DE LOPEZ FAUDO A.

1983 EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.
MEXICO: ED. DIANA.
P. 42-47.

WALDO E. NELSON, VICTOR C. VAUGHAN.

1973 TRATADO DE PEDIATRIA.
ESPAÑA: ED. SALVAT.
P. 133-140.

WILLIAM A. SODEMAN J. N. WILLIAM A. SODEMAN.

1981 PATHOLOGIC PHYSIOLOGY MECHANISMS
OF DISEASE
BUENOS AIRES: SAUNPERS COMPANY.
P. 57-58, 105-115.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I
REVISTAS.

BRADLEY, JOHNSON; FRIEDRICH DD.

1981 EXPLORATORY BEHAVIOUR IN DOWNS-
SYNDROME AND NORMAL INFANTS.
VOL. III, NO. 2.
EXTRANJERO: ED. APPL RES MENT RE
TARD.
P. 213-228.

GRAHAM J. M.

APR; 1981 CHOANAL ATRESIA WITH DOWN SYNDRO
ME (LETTER).
VOL. IV, NO. 98.
EXTRANJERO: J. PEDIATRIC.
P. 664-670.

KLINE LS; HUTCHINSON

SEP; 1980 ACOUSTIC AND PERCEPTUAL EVALUA--
TION OF HIPERNASALITY OF MENTA--
LLY RETARDED PERSONS.
VOL. II, NO. 85.
EXTRANJERO: AM J MENT DEFIC.
P. 53-60.

CAPITULO II
FACTORES GENETICOS QUE INFLUYEN EN
LA IDIOCIA FURFURACEA.

La Idiocia Furfurácea es un estado que ahora se sabe está asociado con una anomalía cromosómica. Es uno de los síndromes de malformación más fácilmente reconocible, y tiene una frecuencia de aproximadamente uno de cada 600 recién nacidos. Es un estado que se presenta en todas las razas. Dentro de los trastornos cromosómicos, éste es el síndrome que presenta mayor número de supervivencia.

La anomalía cromosómica se presenta habitualmente en forma de tres en lugar de un par de cromosomas 21, de allí el nombre "trisomía 21". En algunos casos están presentes 46 cromosomas normales, pero hay una translocación de un cromosoma 21 extra a otro sitio. Es más frecuente en estados de niños nacidos de madres mayores, sobre todo en aquellos quienes han pasado de los 35 años, aunque se han encontrado otros casos producidos por trisomía 21:

- 1.- Había un caso familiar.
- 2.- Las madres eran jóvenes.
- 3.- El niño afectado tenía 46 en lugar de 47 cromosomas, pero uno sería peculiarmente más largo.
- 4.- La madre tenía 45 cromosomas pero uno de estos sería el mismo cromosoma peculiarmente largo que el niño presentaba.

De las mujeres trisómicas la mayoría de ellas son fértiles en la edad adulta, en las cuales se han encontrado segrega---

ción mendeliana de sus cromosomas supernumerarios, lo tal suerte que sus gametos pueden tener uno o dos cromosomas del par 21, con la producción de cigotos normales en el primer caso y trisómicos en el segundo; esto resulta, en una proporción semejante entre niños normales y niños afectados. Los hombres con trisomía no llegan a virilizarse en forma completa por lo que se consideran estériles.

Al clasificar las trisomías 21 por su cariotipo, se observa que aproximadamente el 95% son trisomías 21 regulares, donde el cromosoma 21 extra se encuentra libre y el resto son mosaicos o trisomías por translocación.

Trisomía 21 Regular:

Un número anormal de cromosomas puede resultar de una no disyunción en la meiosis; una falta de la separación usual de dos cromosomas de un par, así que una célula hija recibe ambas y la otra célula hija no recibe cromosomas del par. Un gameto con un cromosoma extra (24 cromosomas) fertilizando a un gameto normal (23 cromosomas) resultó un cigoto trisómico. Como una anomalía vista en la Idiocia Puffurácea, en la cual hay una trisomía de uno de los cromosomas autosómicos, número 21, con el resultado que hay un total de 47 cromosomas en este individuo.

La asinapsis, la desinapsis, la separación precoz y la no disyunción en la meiosis, son algunos de los mecanismos posibles subyacentes al origen de la trisomía del acrocéntrico pequeño. En términos generales, la asinapsis es el fallo de los cromosomas

comas homólogos en emparejarse, mientras que, en la lasinapsis, -- los cromosomas se separan después de emparejarse en el zigoteno, -- en ausencia de formación del quiasma. En la separación precoz, -- hay una separación temprana de los cromosomas, debida probablemente a una reducción de las fuerzas de atracción dentro del quiasma después de haberse completado la terminalización del mismo, la no disyunción implica, estrictamente, el fallo de los cromosomas homólogos en separarse durante la primera de las dos divisiones -- meióticas, o el fallo de las cromátidas en separarse durante la -- segunda división meiótica.

Como en el hombre no es posible distinguir todavía entre tipos diferentes de comportamiento cromosómico aberrante por la observación del producto final de la división meiótica, éstos se incluye por comodidad, bajo la denominación general de no disyunción. En todos estos tipos de comportamiento cromosómico aberrante, la célula germinativa retiene los dos miembros del par de cromosomas, de manera que el número de cromosomas gaméticos es de 24 en vez de 23.

Parecería que la no disyunción está relacionada con la edad creciente de la madre, con respecto a ambos autosomas y los cromosomas sexuales. Se ha estimado que, aproximadamente en el -- 50% de las madres de individuos con Idiocia Furfurácea, hay un -- factor causal dependiente de la edad.

En la Idiocia Furfurácea, existen otras teorías acerca de la no disyunción cromosómica, que se centran en los efectos so

bre el óvulo del envejecimiento, la radiación, los virus, y los trastornos tiroideos. Se ha podido observar una constelación de nacimientos de niños con epidemias de hepatitis infecciosas y de rubéola. Aunque se sabe que los virus producen roturas cromosómicas, no existe evidencia de que vayan a producir estado aneuploide in vivo. (Fig. F.).

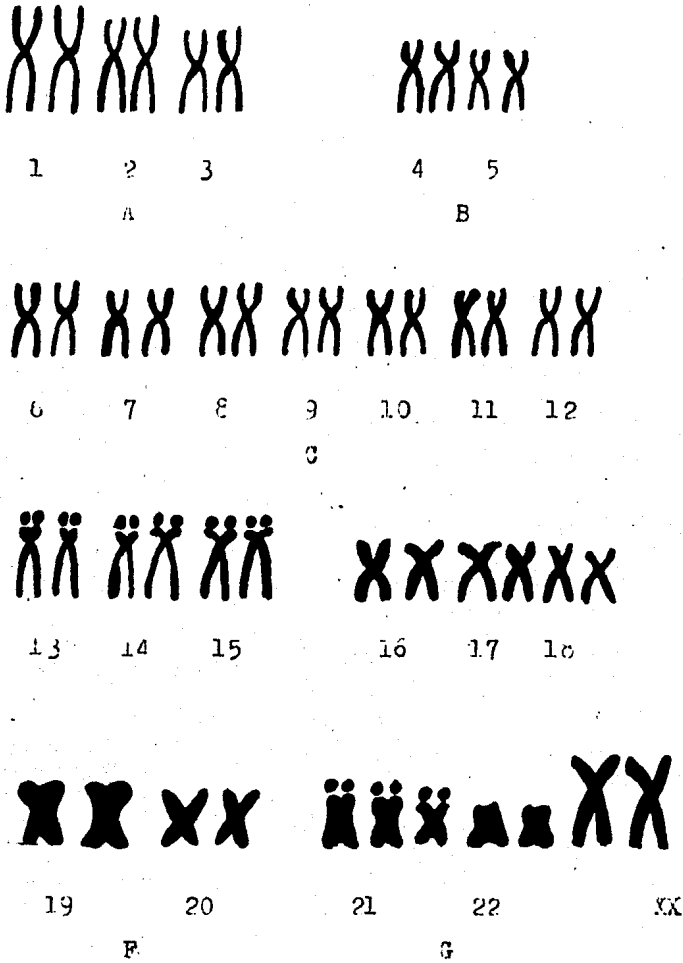
Trisomía 21 por Mosaico:

El mecanismo de la no-disyunción que se realiza durante la meiosis, también puede ocurrir en el curso de una mitosis después de la formación de un cigoto normal de 46 cromosomas. La no-disyunción pos-cigótica del cromosoma 21, produce una célula con 47 cromosomas, trisómica y una monosómica de 45 cromosomas. La célula trisómica sigue dividiéndose y forma una población de células trisómicas, mientras que la monosómica que no es viable muere sin reproducirse, por otro lado, las células normales forman una población normal. El resultado final es un producto con dos poblaciones normales y trisómicas, es decir, un mosaico celular.

También podemos encontrar células con cierto porcentaje que poseen 46 cromosomas (46 XX) en la mujer y son normales, y el resto son trisómicos (47 XX + 21) la mujer.

El cuadro fenotípico es variable según sea la proporción de células normales y de células trisómicas, desde un individuo con Idiocia Furfurácea completa hasta un individuo normal. -- Aparentemente la no disyunción pos-cigótica no tiene relación con la edad de la madre (fig. G).

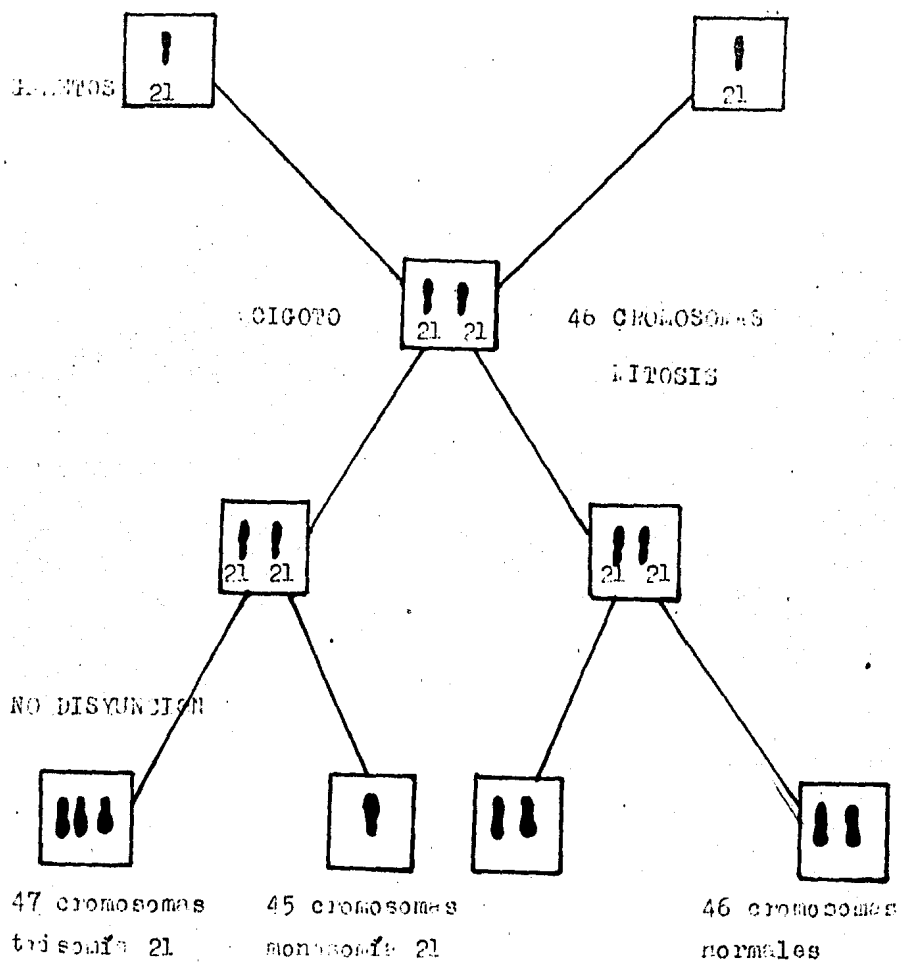
FIGURE 170



Cariotipo de una hembra con Idioci-Parafurcos por --
trisomía 21 regular.

FIGURA "3"

NO DISYUNCIÓN POST-CIGÓTICA



uerte celular

Cariotipo de trisomía 21 por mosaico.

Trisomía 21 por translocación:

Esta aneuploidía cromosómica ocurre por fusión céntrica en tróica cromosomas acrocéntricos de los grupos "D" o "E", donde - la mayor parte de los brazos largos de un cromosoma acrocéntrico - se traslocan a los brazos cortos del otro acrocéntrico. El producto de la traslocación que contiene una pequeña porción de los brazos largos de uno y los brazos cortos del otro, es pequeño y generalmente se pierde. En los casos de trisomía 21 por traslocación, la más frecuente es la traslocación 21, pero también puede encontrarse una traslocación entre dos "F" veintiuno/veintidós o bien veintiuno/veintiuno. Durante la meiosis, la sinapsis entre las -- porciones homólogas es incompleta y se forma una cadena de tres -- cromosomas cuyo comportamiento durante la separación anafásica, -- producirá cuatro tipos de gametos.

Si el gameto recibe los dos cromosomas normales y es fe cundado, el producto será genotípica y fenotípicamente normal. Si recibe el cromosoma traslocado, su fecundación producirá un individuo genotípicamente portador de una traslocación balanceada y -- fenotípicamente normal. Si por el contrario el gameto fecundado -- contiene el cromosoma traslocado, más el homólogo 21, el producto de la fecundación será trisómico veintiuno, y si tiene únicamente el homólogo "D", será monosómico veintiuno.

Si este accidente ocurre durante la meiosis, se dice -- que la traslocación es de novo y el cariotipo de los padres es -- normal. Cuando la traslocación es familiar, el cariotipo de los --

para la vida y la procreación es portador de la traslocación balanceada.

Teóricamente, para el portador de esta traslocación balanceada, la probabilidad de tener un hijo normal, un portador y un trisómico, es de uno en tres, además de un número de abortos correspondientes a las monosomías; pero los resultados de las investigaciones en familias con traslocaciones continúan sin concordar con lo esperado.

Si la madre es portadora de la traslocación, el riesgo de tener un hijo trisómico, es de uno a cinco por ciento. Por el contrario, en los casos de portadores masculinos, el riesgo es de uno a dos por ciento. Esto podría explicarse por la diferente mecánica de la meiosis en el hombre que, como sugiere Lajeune, al ser continuo facilita la separación balanceada de los homólogos. Otra explicación puede ser la propuesta por Kiessler, quien encontró una cuenta espermática baja y múltiples espermatozoides anormales en un individuo portador de una traslocación D/D. Este investigador concluye que posiblemente los espermátides cromosómicamente desbalanceadas sean incapaces de transformarse en espermatozoides funcionantes (3).

Cuando se trata de traslocaciones D/G, los riesgos para los portadores serán los mencionados anteriormente, sin que esto influya en que el cromosoma "D" sea trece, catorce o quince. Es conveniente mencionar que hasta la fecha en la mayoría de las traslocaciones D/veintiuno, el "D" involucrado ha sido el catorce

; se han reportado algunos casos de traslocaciones quince/veintiuno pero ninguno de trece veintiuno.

En los casos de portadores de una traslocación balanceada entre dos cromosomas del grupo "E", la probabilidad de tener hijos afectados será muy diferente si se trata de una traslocación, veintiuno/veintidós, o veintiuno/veintiuno. Para las traslocaciones veintiuno/veintidós, los riesgos son los mismo que los descritos para las traslocaciones 0/veintiuno; mientras que para los posibilidades durante la gametogénesis serán únicamente dos; que el gameto reciba el cromosoma traslocado y su fecundación produzca un niño trisómico o en su defecto, el producto monosómico será un aborto.

Por lo tanto, en este tipo de traslocación el riesgo -- para un portador es de 50% de que sea un aborto, sin que existan posibilidades de tener un hijo normal.

Las nuevas técnicas que permiten distinguir los dos cromosomas veintiuno y veintidós, son de utilidad en este tipo de -- traslocaciones.

En realidad existe todavía desconocimiento sobre la mecánica de la meiosis y una mejor comprensión de su fisiología y sus mecanismos. Será en un futuro cuando se corrijan y prevengan sus alteraciones y sus funestas consecuencias.

Hasta ahora, la prevención en los casos de Idiocia Furfurcea, se limita a proporcionar consejo genético, el cual podrá

empezar limitando los embarazos en las parejas de más de 35 años.

Otra forma preventiva que está en discusión en todos -- los países por los problemas étnicos y morales que suscita, es el diagnóstico prenatal por medio de amniocentesis. Esta puede realizarse en mujeres con un alto riesgo de tener un hijo con Idiocia Furfurácea, como son las mayores de 40 años y las portadoras de -- una traslocación balanceada D/G ó G/G.

Por medio de la amniocentesis realizada entre la duodécima y la decimosexta semana, se obtiene líquido amniótico y células de descamación del producto y su cultivo permite analizar el cariotipo del feto. En caso de que éste revele trisomía veintiuno se puede plantear el aborto terapéutico.

En los pacientes con Idiocia Furfurácea, se han realizado múltiples estudios bioquímicos y enzimáticos tanto en vivo como in vitro en busca de alteraciones biológicas de las células -- trisómicas, que ayudan a determinar si algún gene que controla la síntesis de una enzima u otro parámetro biológico se encuentra lo calizado en el cromosoma extra. Los hallazgos han sido variados y en ocasiones contradictorios, mencionándose los siguientes; en ge neral en los pacientes con trisomía veintiuno se ha encontrado -- que los niveles de serotonina en sangre están disminuídos, el metabolismo del triptofano está alterado, la síntesis del "DNA" in vitro está disminuída, la respuesta inmunológica celular es anormal y los niveles de diferentes enzimas como la fosfatasa alcalina, galactosa-1-fosfato uridil transferasa, glucosa-6-fosfato ---

deshidrogenasa están elevados.

Otra relación importante es la que se ha observado entre la Idiocia Purfurácea y la autoinmunidad tiroidea. Fialkow estudió 483 casos con este síndrome y encontró un aumento de la frecuencia de anticuerpos tiroideos en los pacientes en sus madres y en los hermanos normales. Los estudios realizados en estas familias sugieren una alternativa: que los anticuerpos tiroideos por sí mismo favorezcan anomalías cromosómicas o que estos anticuerpos reflejen la presencia de algún factor causante de alteraciones cromosómicas (3).

A pesar de que se han realizado algunos estudios sobre la trisomía veintiuno, es evidente la necesidad de continuar las investigaciones, puesto que todavía es incierto por qué, cómo o cuándo aparecen las anomalías cromosómicas, ni debido a qué mecanismos actúa el material génico extra en el fenotipo y la biología de los pacientes con Idiocia Purfurácea. (Fig. H.).

FIGURA "110"



Cariotipo de una hembra con Idiocia Púrpúrea por translocación.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO II

LIBROS.

ANDREW E. POOLE.

1975

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NOROCCIA
MEXICA.

MEXICO: ED. INTERAMERICANA

P. 537-538.

CECIL LOEB.

1981

TRATADO DE MEDICINA INTERNA.

MEXICO: ED. INTERAMERICANA.

P. 140-143.

ELSA MARIA GANBOA, LILIA M. PACHO S., SARA PENHOS M.

1982

TRISOMIA 21; ASPECTOS CLINICOS,-
SOCIAL Y HUMANO.

MEXICO: ED. MUNDI S. A.

G. E. SMITH, J.M. BERG.

1978

SINDROME DE DOWN " MONGOLISMO ".

BARCELONA: ED. MEDICA Y TECNICA.

JOAN WEYMAN.

1976

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS

ARGENTINA: ED. MUNDI S. A.

P. 97-100.

LAURENCE A. FOL.

1982

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS INCAPACITADOS.

BARCELONA: ED. INTERAMERICANA.

P. 540-559.

MAX SALAS Y COLABI

1981

SINDROMES PEDIATRICOS FISIOPATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA.

MEXICO: ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA.

P. 52-62.

ROBINS

1980

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

MEXICO: ED. INTERAMERICANA.

P. 183, 1348.

SMITH WILSON

1983

EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN " - MONGOLISMO ".

ARGENTINA: ED. MEDICA PANAMERICANA.

P. 13-31.

STANLEY ROBINS

1982

TRATADO DE PATOLOGIA.

MEXICO: ED. INTERAMERICANA.

P. 446, 591-592.

STELLA-ARRAS JAVIER

1981 TRATADO DE PATOLOGIA.
MEXICO: ED. LA PRENSA MEDICA ME
XICANA.
P. 466-471, 591-592.

SYLVIA G. E. DE LOPEZ FAUDO A

1983 EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN..
MEXICO: ED. DIANA.
P. 42-47.

WALDO E. NELSON, VICTOR C. VAUGHAN

1973 TRATADO DE PEDIATRIA
ESPAÑA: ED. SALVAT.
P. 133-140.

CAPITULO III

ASPECTOS DEL SOLICITANTE ESPECIAL
NIÑO CON ENFERMEDAD BUCALE.

Consideraciones Emocionales:

Los pacientes especiales, en virtud de sus afecciones que los incapacitan, tienen un nivel de resistencia que suele ser bajo. Son propensos a las distorsiones infecciosas y enfermedades, debido a las malas condiciones bucales y a su atención bucal inadecuada, porque solo un porcentaje pequeño de estos pacientes reciben tratamiento dental adecuado. Este hecho se correlaciona con el gran número de dentistas reacios a aceptarlos como pacientes. Muchos dentistas no comprenden porque reaccionan en forma negativa al ingreso de cierto tipo de personas a su población de pacientes. Las serias consecuencias que implica la atención limitada para pacientes dentales especiales deberían incitar al dentista a comprender los motivos que lo alejan y le impiden proporcionar este servicio dental tan necesario.

Los pacientes especiales son rechazados porque el dentista es un ser humano producto de su cultura. Ha sido influido y socializado por la sociedad, por la comunidad y por la familia de la que es parte integrante. Muchos de los valores que posee lo hacen más propenso a disfrutar del contacto con personas atractivas y amables cuyos valores y creencias sean lo más parecidas a las suyas. Sin estar totalmente consciente de lo mismo, los dentistas, como el resto de la gente, incluyendo el personal de su consultorio, presentan fuertes obstáculos emocionales. Estos obs-

táculos emocionales. Estos obstáculos o bloqueos pueden hacer que se resista a estar con pacientes con defectos físicamente desagradables, difíciles o molestos que pueden hacer que el dentista se sienta reprimido e incómodo. La eliminación de estos pacientes de su práctica es una manera de evitar estos sentimientos.

Los estudios de investigación revelan que las personas reaccionan violentamente a personas con estigmas, especialmente a las que tienen defectos visibles como paladar hendido y desfiguraciones. Pocas personas son psicológicas y emocionalmente indiferentes a las personas lisiadas o baldadas. Todos reaccionamos con -- mayor o menor grado de intensidad. Algunos dentistas que aceptan pacientes especiales suelen identificarse emocionalmente con ---- ellos hasta el grado de tomarse ineficaces en su capacidad profesional para proporcionar servicios dentales. Otros dentistas se -- transtornan con los pacientes incapacitados hasta el punto de ser demasiado cuidadosos y temerosos. Frecuentemente, trabajan lentamente o con poca eficacia, haciendo que el tratamiento del paciente sea prolongado. Algunos dentistas tratan de negar estos sentimientos de molestia e inconscientemente emplean mecanismos de defensa psicológicos que los tornan más insensibles, retraídos y -- con poca simpatía hacia el paciente y su familia. Si el dentista reconoce sus reacciones y se hace sensible a ellas, podrá sobrepnarse a estos bloqueos emocionales hasta cierto grado. Entonces -- podrá encontrarse suficientemente tranquilo para reaccionar a sus necesidades y a las de sus pacientes y ya no necesitará excluir -- de su práctica a los pacientes especiales.

Otros dentistas incapaces de reconocer y enfrentarse a sus prejuicios y preferencias, no serán eficaces profesionalmente con los pacientes especiales. Estos profesionistas harían bien en limitar su práctica, eliminando a los pacientes especiales que son incapaces de trabajar. No deberá haber estigma o censura con respecto a la decisión de tomar este curso de acción.

Se trata de un patrón de comportamiento profesional legítimo que el dentista pueda escoger cuando sea necesario. Este es el método preferido y el que ofrece máximo beneficio tanto para el paciente especial como para el dentista en circunstancias especiales. Sin embargo, cuando el dentista decida que no tratará a un paciente especial, como miembro de las profesiones encargadas de cuidar la salud, tiene la responsabilidad de remitir al paciente a otro dentista o medio profesional. Al igual tiene la obligación profesional de seguir el proceso de remisión hasta que se asegure de que el paciente posea un medio de obtener atención dental, ya que no hacer esto significa abdicar de su responsabilidad profesional.

Consideraciones Pragmáticas:

Otros aspectos de la atención a pacientes especiales es la preocupación del dentista por la impresión que estos pacientes pueden causar a otros pacientes dentro de la sala de recepción. También están inseguros respecto al programa de visitas. Algunos pacientes especiales se comportan en forma similar y presentan el mismo aspecto que todo el resto de la gente que entra al consultorio dental. Estos pacientes pueden requerir poco o ningún trato -

especial. Sin embargo, existen pacientes, que no se comportan --- igual y presentan un aspecto diferente. El dentista teme que sus pacientes "normales" puedan molestarse por estos pacientes espe- ciales o que pueden trastornarse lo suficiente para considerar - el marcharse a otro consultorio. Existen muchos métodos pragmatí- cos para el manejo de este problema en potencia, y uno de ellos - es que el dentista fije una mañana o una tarde para la atención - de pacientes especiales. Al hacer el programa de visitas, el den- tista deberá saber si el paciente reserva algún período especial- para descanso o si existen algunas horas del día en que se encuen- tra en mejores condiciones. Si el dentista aprovecha esta informa- ción y elabora el programa de visitas de acuerdo con la misma, la situación dentro del consultorio dental seguramente progresará -- con mayor fluidez. Es muy valioso también si el dentista y su per- sonal se familiarizan con los recursos de la comunidad que ofrez- can servicios educacionales; de bienestar, de recreo, médicos y - sociales para estos pacientes y sus familias. Otras consideracio- nes que afectarán a la atención dental son la disposición de la - sala de recepción del dentista, la existencia de una persona para ayudar al paciente hasta que pase al consultorio, la posibilidad- de programar visitas que limiten el tiempo de espera, la existen- cia de un sitio privado para el paciente y el dentista. Estas son dimensiones de la atención de pacientes especiales que pueden ma- nejarse eficazmente mediante la programación por adelantado y la- organización.

Los dentistas organizados y experimentados han aprendi- do que muchos pacientes especiales pueden ser tratados con poco o

ningún cambio en su sistema habitual. En el cuidado de pacientes-incapacitados se recomienda proceder con el tratamiento en la forma más adecuada a lo normal que sea posible hasta que esté indicada una medida especial en forma específica. El punto importante es que aunque existen muchas diferencias entre los pacientes "normales" y especiales también existe mucha similitud.

El dentista como los demás, deberá evitar generalizaciones respecto a sus pacientes y sus afecciones particulares. Al clasificarse rígidamente a los pacientes según su tipo promueve la inflexibilidad en el tratamiento dental. Tiende a limitar la capacidad del profesional, le impide mantener criterio abierto sobre las necesidades de cada paciente individual y representa un obstáculo para el tratamiento correcto del paciente. La extensión y gravedad de la lesión y las reacciones de los pacientes a sus afecciones varían considerablemente. Mientras que un deficiente mental puede portarse bien y ser un paciente ideal, otro con un defecto mayor, o con menor capacidad de adaptación, puede constituir un problema para el dentista, imposibilitando el ser tratado en un consultorio dental. El tratamiento dental y las decisiones-terapéuticas solo podrán hacerse con base individual después de obtener conocimientos adecuados sobre el paciente.

Existen pacientes especiales cuyas afecciones requieren preparativos especiales para ser tratados. El grado de percepción por el dentista de las necesidades de éstos pacientes se correlaciona directamente con sus posibilidades de realizar un buen tratamiento. El dentista deberá ser sensible a la gran variedad de -

preocupaciones que varían desde la más elemental hasta la más complicada. El dentista necesita ser capaz de hacer lo que el paciente no quiere hacer. Salvo que el dentista sea capaz de hacer una valoración realista de la capacidad del paciente, lo que espera de él no estará de acuerdo con el desempeño del mismo y su capacidad para enfrentarse a la situación dental. Para trabajar bien -- con un paciente, el dentista necesita conocer la capacidad del -- mismo para comprender y seguir sus instrucciones. El método del -- dentista deberá variar según el factor que motiva el comportamien-- to.

Mientras más sepa el dentista acerca del paciente, me-- jor podrá tratarlo. Aunque esto es cierto para todos los pacien-- tes, es aún más importante con los pacientes especiales. Hacer -- una historia médica y social global del paciente constituye la -- clave para conocer al paciente y para establecer comunicación y -- confianza.

Por lo tanto, un aspecto inicial y fundamental del tra-- tamiento de los pacientes especiales es la elaboración de la his-- toria clínica.

El dentista necesita invertir tiempo para hablar con el paciente, con su familia o ambos, para poder conocer el estado o la afección del paciente, su personalidad, características, estilo de vida, relaciones, la utilización de los datos para establecer una buena relación con el paciente y su familia constituye la diferencia crítica entre el tratamiento dental apropiado o des--

afortunado.

Aspectos que deben tomarse en cuenta sobre la Comunicación:

Una gran preocupación de los dentistas es la incapacidad de algunos pacientes especiales para comunicarse en forma normal como otros pacientes. Los pacientes especiales, como los demás, presentan una gran variedad de diferencias y de capacidades de comunicación. Algunas de estas diferencias son; la incapacidad física, aspectos mentales y factores emocionales. Si el dentista puede identificar la etiología de los problemas de la comunicación del paciente, podrá utilizar técnicas de comunicación más eficaces.

Los cirujanos dentistas que tratan a pacientes con deficiencias mentales deben emplear una gran variedad de técnicas para la comunicación; por ejemplo, emplear palabras sencillas y evitar la utilización de instrucciones dobles tales como: "inclina la cabeza hacia atrás y abre la boca". La técnica de "decir", "encontrar" y "hacer" es valiosa para el proceso de comunicación. El hablar con los pacientes acerca de sus intereses especiales tiende a rebajarlos y propicia el buen entendimiento con el dentista. El aprenderse y utilizar el nombre que más le agrada al paciente o el que está más acostumbrado ayuda a que el contacto con el profesional sea más personal. El adaptar la visita dental al ánimo del paciente y al tiempo disponible resulta fructífero. Es prudente que el odontólogo le brinde al paciente su atención total durante el tiempo que se encuentran juntos. Lo cual ayudará al paciente a saber que el odontólogo se encuentra realmente interesa-

do por él como individuo.

Con pacientes especiales, los aspectos verbales de comunicación pueden no producir una reacción. En dicho caso, el odontólogo deberá emplear técnicas no verbales para comunicarse con este tipo de pacientes. El empleo de la comunicación táctil es -- una de las técnicas más satisfactorias para establecer contacto con el paciente. Mediante este método, el paciente que no responda a ningún otro tipo de comunicación, podrá enterarse de la preocupación del odontólogo al sentir una mano tranquilizadora sobre el hombro o un movimiento repetido de la mano sobre la cabeza. Este tipo de contacto permite que el paciente comprenda que el odontólogo está interesado por él.

Los odontólogos como las demás personas, en ocasiones -- confunden los conceptos de limitaciones mentales e insensibilidad emocional. Las personas con defectos mentales aún poseen sensaciones emotivas. Los ya mencionados pacientes comprenden si son tratados con bondad o no, y si el odontólogo es amigo o enemigo. La percepción del odontólogo y de su personal puede hacer que las visitas sean fructíferas o desagradables. Se presentan momentos, -- durante el proceso terapéutico en que el odontólogo inadvertidamente puede provocar dolor al paciente. Algunos pacientes especiales no pueden expresar el dolor verbalmente ni explicar la localización del mismo. Por consiguiente, se hace indispensable para el odontólogo que desea evitar un episodio doloroso para el paciente conocer la forma mediante la cual el paciente le indique que se encuentra molesto. El observar las siguientes señales como: apre-

tamiento de los puños, rigidez del cuerpo, llanto y sudación, indicará al odontólogo las reacciones del paciente al tratamiento.

Consideraciones sobre la persona que es paciente Especial:

Además de presentar reacciones específicas a sus problemas dentales, al odontólogo y al ambiente dental, cada paciente se presenta con sentimientos indefinidos respecto a sí mismo como una persona. La imagen propia del paciente presenta ramificaciones dentales significativas. Es ventajoso para el odontólogo conocer los factores que forjan las personalidades y los comportamientos de sus pacientes, así como algunas tensiones que afectan especialmente al paciente especial.

Un paciente cuyas experiencias hayan sido predominantemente positivas, podrá adquirir un sentido adecuado de valor, seguridad y confianza. Estas características afectarán a su capacidad de enfrentarse bien a las situaciones encontradas. Por el contrario, el paciente cuyas experiencias hayan sido fundamentalmente desagradables y negativas es menos capaz de enfrentarse a todos los elementos de experiencia dental. Sus exposiciones circunscritas a los estímulos normales, aunados a los efectos de experiencias que los individuos perciben como rechazos (de las personas significativas de su medio), impiden que muchos pacientes especiales desarrollen su máximo potencial como seres humanos. Se les niega la oportunidad de participar completamente hasta el límite de su capacidad en la vida misma.

Todos éstos sentimientos se relacionan con el comporta-

siento del paciente. Algunas de las sensaciones negativas son reflejo de experiencias médicas traumáticas experimentadas por el paciente. Por esto, se requiere motivación, compasión, paciencia e ingenio por parte del dentista para establecer la relación de confianza necesaria para comprender al paciente.

Algunos pacientes con afecciones debilitantes similares pueden reaccionar en forma diferente. Un paciente puede ser tratado sistemáticamente; otro no podrá serlo. El hecho fundamental no es la incapacidad misma del paciente, sino la capacidad del paciente para controlar sus sentimientos respecto a sí mismo y su afección incapacitante. Muchos pacientes son capaces de reducir sus dificultades, diferencias utilizando fuerzas y recursos en el medio dental. Otros pacientes especiales se encuentran demasiado molestos para relacionarse bien con el dentista y podrían rechazar el tratamiento. Se facilitará el trato con los pacientes si el dentista sabe lo que se puede hacer con su paciente y los motivos de que el paciente se comporte en forma determinada. El estar consciente permite al dentista ajustar sus técnicas a los pacientes con necesidades diferentes. La atención dental a pacientes especiales deberá ser valorada y suministrada en forma individual.

Consideraciones sobre la familia del paciente especial:

La familia de estos pacientes desempeña un papel especial en la situación dental. El grado de su participación varía desde marginal hasta indispensable, pero su contribución, su impacto y sus problemas merecen ser examinados.

Muchos pacientes especiales presentan afecciones que -- exigen gran dependencia de los padres y otros miembros de la familia. Con frecuencia, la familia del paciente especial deberá controlar las disposiciones prácticas implícitas en fijar y organizar las visitas dentales. Las disposiciones para el transporte al consultorio dental pueden ser complicadas, y en ocasiones un miembro de la familia deberá perder tiempo de su trabajo y llevar al paciente al consultorio. También es la familia lo que condiciona al paciente, consciente o inconsciente, afectando el nivel de aceptación o rechazo de la experiencia por el paciente. También con frecuencia la familia es la que proporciona al dentista los antecedentes sociales y médicos para la historia clínica. El dentista puede emplear a un miembro de la familia como un participante activo en el manejo de algunos de los aspectos de la atención del paciente durante el proceso terapéutico. En algunos casos, los miembros de la familia son los que deberán asumir la mayor responsabilidad para la higiene del paciente en casa. Como la familia reacciona con el dentista y el paciente en muchos niveles que afectan a la salud bucal del paciente, el conocimiento de la familia y la dinámica de las reacciones familiares pasa a formar parte de los dominios del facultativo responsable.

Los familiares de una persona incapacitada comparten -- los riesgos y efectos de su enfermedad. La presencia dentro de una familia, de alguien con una afección crónica causa cambios -- fundamentales en la estructura, los patrones, las relaciones y el

funcionamiento de la unidad familiar. La relación conyugal entre los padres y los hijos, serán afectadas. Será necesario hacer continuamente los ajustes necesarios para dar cavidad a las ramificaciones emotivas y los aspectos de manejo difícil e inherente a este tipo de medio familiar. Compartir las responsabilidades, los problemas y las satisfacciones pueden unir y enriquecer a la familia. Las presiones continuas pueden también ser demasiado pesadas para la familia, lo que podría causar la ruptura de las relaciones familiares sólidas y amables. Es difícil asegurar quién es el que sufre más, si el paciente afectado o la familia. En el mejor de los casos, esta situación aumentará las exigencias y será causa de un gran impacto en la vida y en el estilo de la vida de estas familias. El odontólogo podrá tener mejor relación con el paciente y la familia si conoce sus tensiones y realidades.

En espera del nacimiento de su hijo los padres, dan gran importancia a la producción de un niño sano y normal. Resulta extremadamente difícil y constituye una experiencia emocionalmente trastornante cuando los padres se enfrentan a la realidad de que de alguna forma su hijo recién nacido no es perfecto. En este momento cuando los padres necesitan el mayor apoyo y seguridad, sus preocupaciones son con frecuencia aumentadas por la forma en que las personas a su alrededor reaccionan respecto al niño "lisiado". El médico y demás personal del hospital, la familia y los amigos estarán molestos. Esta situación embarazosa de incomodidad se comunica en forma franca u oculta a los padres. A su vez, la inseguridad y los temores de los padres respecto a su hi-

jo mal formado o defectuoso son intensificados en forma significativa. La atención profesional y auxiliar se fija en la patología del niño. Los padres ahora dirigen con mayor intensidad su atención hacia el defecto del niño, no hacia lo que es sano y normal. Si al madurar el niño se sigue manteniendo este enfoque, provocará efectos deformantes sobre su crecimiento y desarrollo psicológico. Y es entonces cuando el niño presentará aún más desventajas ya que además de su trastorno o afección original se encontrará emocionalmente privado y en desventaja. Los efectos de esta cadena de hechos se reflejarán en la situación dental.

Los padres de un niño defectuoso luchan con su sentimiento respecto a sí mismo y a su hijo. Existen algunos padres -- con madurez emocional y estabilidad que aceptan al niño, amándolo y criándolo, buscando su desarrollo normal. Otros padres reaccionan como " martires " y sienten que fueron " elegidos " para llevar este tipo de carga especial. Estos y otros padres pueden sentir gran hostilidad hacia su hijo mal formado. Y están incapacitados para reaccionar hacia el niño de manera amorosa y socialmente aceptable, lo cual aumenta aún más sus sentimientos de culpabilidad. Sus tensiones son enormes por lo que emplean numerosos mecanismos de defensa para permitir hacer llevadera la vida. El odontólogo capaz de distinguir entre la madre sinceramente cariñosa -- hacia el paciente especial y la madre básicamente hostil y excesivamente protectora, será también capaz de valorar inteligentemente su utilidad para él y para el paciente durante el proceso dental.

El odontólogo que reconozca esto y simpatice con sus di lemas, tratará a los padres, así como a los pacientes, con com--
prensión, bondad y respeto.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO III

LIBROS.

ELSA MARIA GAMBOA, LILIA M. PACHO S., SARA PENHOS M.

1982 TRISOMIA 21; ASPECTOS CLINICOS,
SOCIAL Y HUMANO.

MEXICO: ED. MUNDI S. A.

GALINDO MORAN MARIA DEL SOCORRO.

1982 ALTERACIONES ORALES EN EL SINDRO
ME DE DOWN.

TESIS PROFESIONAL.

G. E. SMITH, J. M. BERG.

1978 SINDROME DE DOWN " MONGOLISMO ".

BARCELONA: ED. MEDICA Y TECNICA.

JOAN WEYMAN.

1976 ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO IMPEDI-
DO.

ARGENTINA: ED. MUNDI. S. A. .

P. 97-100.

LAWRENCE A. FOX.

1982 ODONTOLOGIA PARA NIÑOS INCAPACI-
TADOS.

BARCELONA: ED. INTERAMERICANA.

P. 540-559.

SMITH WILSON

1976

EL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN --
" MONGOLISMO " .

BUENOS AIRES: ED. PANAMERICANA.

P. 46-55, 107-114.

SYLVIA G. E. DE LOPEZ FAUDOÁ.

1983

EL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN.

MEXICO: ED. DIANA.

P. 91-97.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO III

REVISTAS.

CORWEN, H. C., AND BIRCH, H. G.

1969-1974 PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL DEVELOPMENT IN HOME-READED CHILDREN WITH DOWNS SYNDROME (MONGOLISA). VOL. IV, NO. 3. EXTRANJERO: ED. J. MENT. DEFICT. P. 341-350.

QUAYTMAN, W.

1953-1958 THE PSYCHOLOGICAL CAPACITIES OF MONGOLOID CHILDREN IN A COMMUNITY CLINIC. VOL. III, NO. 7. EXTRANJERO: ED. QUARTELY REVIEW OF PEDIATRICS. P. 255-267.

SHOTWELL, A. M. AND SHIPE, D.

1968 EFFECT. OF OUT-OF-HOME CARE ON THE INTELLECTUAL AND SOCIAL DEVELOPMENT OF MONGOLOIDS CHILDREN. VOL. V, NO. 13. EXTRANJERO: J. MENT. DEFIC. P. 693-699.

STEDMAN, O. J., EICHORNA D. H.

1964

A COMPARISON OF THE GROWTH AND -
DEVELOPMENT OF INSTITUTIONALIZED
AND HOME-READED MONGOLOIDS DURIN
G INFANCY AND EARLY CHILDHOOD.

VOL. II, NO. 22.

EXTRANJERO: J..MENT. DEFIC.

P. 69, 391-401.

CAPÍTULO IV

DESARROLLO MENTAL Y CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

EN LA IDIOCIA FURFURACEA.

Conducta del niño:

Una consideración que suele ser obvia en ocasiones de la conducta del niño al llegar al consultorio. " Evidente en ocasiones " no está indicada en este caso, ya que la conducta inicial -- del niño no suele ser la verdadera conducta que muestra la mayor parte del tiempo. Por lo tanto, en un niño que resulte hiperactivo e hiperquinético o que se comporte en forma similar, nos brinda indicios reales de lo que será necesario preveer respecto al tratamiento. Tales indicios son los que deberán desencadenar una reacción inmediata, permitir elegir las modalidades terapéuticas necesarias para el tratamiento del niño. Dichas modalidades pueden ser comportamiento típicamente adaptable y modificación del comportamiento para comenzar, seguidas de otras, lo que depende del éxito o fracaso de los factores mencionados con anterioridad.

Magnitud del tratamiento necesario:

La magnitud del tratamiento restaurador indicado para un niño constituye un factor importante para la elección del método -- del tratamiento mismo. El paciente infantil que se presenta con caries rampante, lo que requiere de varias visitas de larga duración puede ser tratado más adecuadamente con anestesia general en una -- sola visita, restaurando la boca hasta alcanzar condiciones ópti-- mas. Desde luego, esta decisión solamente se hará después de consi-- derar el estado médico del paciente, buscando cualquier posible --

contraindicación de un anestésico general.

Contrariamente, el niño que sólo requiere una cantidad mínima de tratamiento con frecuencia puede ser tratado más eficazmente en el ambiente normal, utilizando una o más modalidades de tratamiento. Si en ese momento el operador ha recurrido sin éxito a todos los demás métodos, la anestesia general puede ser el mejor recurso.

Situación y aprendizaje:

La situación y el aprendizaje constituyen un factor importante que deberá ser considerado antes de tratar al niño en el consultorio dental, de igual importancia es también su capacidad para aprender alguna cosa de la situación dental y salir de esta experiencia con actitud pasiva. El lograr que un niño tenga una experiencia dental grata y aprenda de dicha situación, resulta fructífero. Claro que en algunos casos, esto es posible y en otros no lo es. En conclusión el objetivo final es el lograr crear un mejor paciente.

Coefficiente de inteligencia:

El considerar que un niño llegue a experimentar una situación de aprendizaje en el ambiente dental depende en parte de si posee la capacidad mental para aprender. Es decir, un niño con retraso mental grave, con un coeficiente de inteligencia muy bajo no se beneficiará intelectualmente al someterse a la odontología en condiciones de anestesia local, para convertirse en un mejor paciente dental.

Edad mental:

Un segundo factor que deberá considerarse con respecto a una experiencia potencial de aprendizaje es la edad mental del niño. Un niño menor de dos años con problemas dentales obtendrá muy poco beneficio al someterse a un tratamiento dental extenso durante cuatro o cinco visitas. Este paciente apreciará muy poco el hecho de sentarse en un sillón dental, y en realidad no comprenderá el motivo de su estancia en ese lugar. Con esto no se quiere decir que a corto plazo o en una experiencia limitada de una o dos visitas, el niño no deberá ser tratado en el consultorio dental con -- anestesia local. Sin embargo, en una situación de visitas múlti---ples, el anestésico general puede ser el tratamiento de elección. Obviamente, aquí nos referimos a casos en que el comportamiento de el niño incapacitado impide el tratamiento en el ambiente dental - normal.

Como en todos los niños, también en el afectado por la - Idiocia Furfurácea el desarrollo mental corre paralelo al creci---miento del cerebro. Este, en el momento del nacimiento tiene un -- desarrollo incompleto, pero en la medida en que el cerebro se desa---rolla velozmente en los primeros años de la vida, el niño se capa---cita para hacer cada vez más cosas. A determinado nivel de desarro---llo cerebral, empieza a sonreír. Luego aprenderá a sentarse y a ca---minar y más tarde aún, a hablar, a prescindir de los pañales y veg---tirse solo. En el curso de la infancia, a medida que se lo permite el nivel progresivo de su desarrollo mental, el niño aprende nue---vas habilidades y pasa, desde las simples actividades motrices a -

otras más complicadas como la de hablar, escribir, resolver problemas, hasta lograr la adaptación social y la independencia.

En los niños con Idiocia Furfurácea el índice de desarrollo mental tiende a disminuir el ritmo del retardo en el desarrollo cerebral. En los primeros años dan la sensación de alertas y capaces para el aprendizaje de algunas manualidades básicas, -- pero más tarde es difícil continuar aprendiendo. Su potencial de desarrollo intelectual queda a nivel más bajo. Es importantísimo alentarlos para que al menos logren alcanzar el máximo que su bajo potencial les permite. La mayoría de estos niños aprecian el estímulo y tienen el sentido de adquisición del aprendizaje. La educación los capacita para ser útiles a la sociedad en cierta medida para hacer más plena su existencia, para reducir en algo la pesada carga que representan para quienes son responsables de su cuidado para sentir el orgullo de sus realizaciones por limitadas que ellas sean. Pero es importante recordar que dicho límite está marcado por el desarrollo cerebral y que no conviene forzarlo. -- Hasta ahora no se conoce método alguno eficaz para aumentar el desarrollo cerebral o para mejorar la capacidad innata de un niño para su desarrollo mental. Ningún niño es igual, y las posibilidades de cada uno son diferentes. Existen grandes diferencias en el grado de deficiencia mental, desde el profundamente afectado hasta aquél que presenta un C.I. de 60 y aún más. Pero la mayoría entra dentro de ciertos límites.

Cuando nace un niño con Idiocia Furfurácea, lo probable

deficiencia mental no siempre resulta manifiesta para quienes lo observan. Al niño se le ve algo flojo, con poca fuerza en las articulaciones y escaso tono muscular. Quizás no tendrá dificultades para alimentarse, y aunque la succión sea algo débil la madre podrá amamentarlo si así lo desea. Al principio no caminará, pronto podrá mantener erguida la cabeza y comenzará a barbotear y a sonreír en la misma etapa de un niño normal. La capacidad para sentarse y caminar se desarrolla más tarde que en los niños normales.

El niño con Idiocia Furfurácea aprende a hablar con mayor retraso que a caminar. Hablar supone mucho más que la habilidad de pronunciar palabras. En primer término el niño debe entender el sentido de las palabras, saber lo que quiere expresar y comprender lo que se le contesta.

En el hogar, el niño afectado podrá realizar pequeñas tareas, si se le estimula y se le enseña. Por lo general se trata de actividades simples que exigen una coordinación ojo-mano y considerable repetición y práctica. Generalmente aprende a vestirse y a comer solo, a hamacarse y a nadar, a poner la mesa, a barrer, pero las actividades que requieren una coordinación ojo-mano más fina, el uso del lenguaje y otras más " intelectuales ", es muy difícil que pueda realizarlas. Aún después de los trece años hallará dificultad en tareas que le exijan independencia y responsabilidad no será capaz de leer o escribir correctamente, ni conducir un vehículo, ni cuidar un niño más pequeño que él. Parece como si no alcanzara la madurez y el discernimiento que logran los demás con los años y la experiencia.

Un adolescente o adulto con Idiocia Furfurácea tiene, - por lo general, la inteligencia de un niño pequeño.

Por lo común, el coeficiente intelectual desciende progresivamente a medida que pasa el tiempo. El C.I. promedio de niños y adultos con Idiocia Furfurácea se encuentra entre 25 y 50. Esto no significa que los objetivos se deterioren con el paso de los años, sino que mantienen el ritmo inicial ya que llegan a su nivel máximo de desarrollo intelectual mucho antes que las personas normales.

La terquedad es la característica más desagradable de su personalidad. Suelen ser muy obstinados y decididos a hacer lo que les parece.

En los casos con deficiencia mental, ésta es más profunda en algunas áreas de desarrollo y la función mental, aunque a veces ellas están más desarrolladas que en las personas normales.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO IV

LIBROS.

- ELSA MARIA GAMBOA, LILIA M. PACHO S., SARA PENHOS M.
1982 TRISOMIA 21; ASPECTOS CLINICOS,
SOCIAL Y HUMANO.
MEXICO: ED. MUNDI S. A.
- JOAN WEYMAN
1976 ODONTOLOGIA PARA NINOS IMPEDIDOS
ARGENTINA: ED. MUNDI.
P. 97-100.
- LAWRENCE A. FOX
1982 ODONTOLOGIA PARA NIÑOS INCAPACI-
TADOS.
BARCELONA: ED. INTERAMERICANA.
P. 540-559.
- SMITH WILSON
1970 EL NINO CON SINDROME DE DOWN " -
MONGOLISMO ".
BUENOS AIRES: ED. PANAMERICANA.
P. 46-55, 107-114.
- SYLVIA G. E. DE LOPEZ FAUDO A.
1983 EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.
MEXICO: ED. DIANA.
P. 91-97.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO IV

REVISTAS.

BRADLEY, JOHNSON S; FRIEDRICH D. D.

1981

EXPLORATORY BEHAVIOUR IN DOWNS
SYNDROME AND NORMAL INFANTS.

VOL. III, NO. 2

EXTRANJERO: ED. APPL RES MENT -
RETARD.

P. 213-228.

CORNWELL, A. C., AND BIRCH, H.G.

1964-1974 PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL DEVE-
LOPMENT IN HOME-READS CHILDREN
VOL. XXIV, NO. 31.

EXTRANJERO: ED. J. MENT. DEFIC.

P. 341-350.

QUAYTMAN, W.

1963-1968 THE PSYCHOLOGICAL CAPACITIES OF
MONGOLOID CHILDREN IN A COMMUNI-
TY CLINIC.

VOL. XIX, NO. 16.

EXTRANJERO: ED. QUARTELY REVIEW
OF PEDIATRICS.

P. 255-267.

SHOTWELL, A. M. Y SHIPS, D.

1964-1968. EFFECT OF OUT-OF-HOME CARE ON
THE INTELLECTUAL AND SOCIAL -
DEVELOPMENT OF MONGOLOID CHIL
DREN.

VOL. XVIII, NO. 11.

EXTRANJERO: ED. J. MENT. DEFIC
P. 693-691.

STEDMAN, O. J., EICHORN D.H.

1964

A. COMPARISON OF THE GROWTH AND
DEVELOPMENT OF INSTITUTIONALI-
ZED AND HOME-READED MONGOLOIDS
DURING INFANCY AND EARLY CHIL-
DHOOD.

VOL. XVI, NO. 19.

EXTRANJERO: ED. J. MENT. DEFIC
P. 69, 391-401.

CAPITULO V
 MANIFESTACIONES ORALES
 DE LA
 IDIOCIA PURPURACEA .

Erupción dentaria:

Frecuentemente son tardíos en su erupción los dientes de la primera dentición y el patrón puede ser diferente del que se produce en los normales. Los incisivos centrales pueden no aparecer hasta los 9 meses, mientras que en los niños normales, suelen aparecer hacia los 6 meses. La erupción del incisivo central puede estar retardada hasta los 20 meses o más. La primera dentición puede no completarse hasta los 3-5 años de edad. El patrón de erupción es diferente a el de los niños normales, a veces aparecen primero los molares o los caninos antes de que hayan hecho erupción los incisivos. En alguno de los casos, el patrón de erupción es peculiar, porque ciertos dientes de la primera y segunda dentición faltan.

Se ha encontrado de un cuarenta a un cuarenta y cuatro por ciento de casos donde faltan los incisivos laterales y según Spitzer, Rabinowitch y Wybar, el ochenta y seis por ciento de los niños con Idiocia Purpurácea presentan cambios en la estructura dental.

McMillan y Kashgarian encontraron que la raíz es más pequeña que en los normales. (2).

Los dientes de la segunda dentición tienden a aparecer más regularmente que en los de la primera dentición. Sin embargo,-

numerosos observadores han notado una erupción retardada o irregular de los dientes permanentes.

Tamaño del diente:

En pacientes con Idiocia Furfurácea se han observado dientes pequeños, tanto en la primera dentición como en la segunda.- La frecuencia de la microdoncia es de 35 a 55%. También se ha informado de la existencia de dientes enanos con coronas y raíces pequeñas. Sin embargo, en el primer estudio realizado por Cohen y Wimer, la microdoncia se presentaba con mucha más frecuencia que en estudios anteriores. En el estudio realizado por Kisling, los diámetros dentarios mesiodistales fueron menores en todos los dientes permanentes, salvo los primeros molares superiores y los incisivos centrales inferiores. Observó que los dientes individuales presentaban mayor variabilidad en tamaño en pacientes con Idiocia Furfurácea que en individuos "normales".

En hipodoncia se ha demostrado que el tamaño de la corona de los dientes restantes, se reduce y surge un nuevo perfil y tamaño de la corona, que el gradiente de reducción disminuye a lo largo de un eje de mesial a distal. Gran y Col. demostraron un aumento de la magnitud de la asimetría bilateral (izquierda-derecha) en el tamaño de la corona de los dientes permanentes. En los dos sexos se demostró que la asimetría en el tamaño de las coronas era cercana al doble de la de una población "normal".

Alteraciones dentales:

No es insólita en los niños con Idiocia Furfurácea la au

nencia congénita o la fusión de dientes de la primera dentición.- Se realizaron estudios, y los hallazgos implicaron siempre los incisivos laterales. Una caída precoz de los dientes de la primera dentición, especialmente de los incisivos laterales y centrales es muy común. También se ha comunicado la ausencia congénita de ciertos dientes permanentes. Los incisivos permanentes laterales superiores están a menudo afectados.

En la Idiocia Furfurácea los dientes muestran anomalías de forma, tales como " en clavija " o con malformaciones de la corona. La examinación de los dientes extraídos indicó que las raíces eran mucho más cortas de lo que podía esperarse, dicho examen lo realizaron McMillan y Kashgarian.

Esmalte:

Radiográficamente se ha descubierto hipocalcificación del esmalte (erróneamente llamada hipoplasia).

Las líneas de crecimiento de Retzius aparecen como bandas de color pardo y quizá representan calcificación rítmica, en cortes por desgaste de dientes de individuos " normales ".

Dichas bandas son más prominentes cuando la aposición normal del esmalte es trastornada por alguna anomalía metabólica. La mineralización del esmalte prenatal se distingue de la mineralización posnatal por una línea neonatal prominente que parece ser el resultado de cambios en el medio ambiente del recién nacido.

Alteraciones del periodonto:

Se ha comprobado la alta prevalencia de enfermedad gin-

gival y periodontal en una temprana edad en pacientes con Idiocia Parfunción, ésto es relativo hacia el grado de retardo mental, -- edad, desarrollo dental, extensión de institucionalización, medicaciones e higiene oral.

Generalizando la enfermedad parodontal es la destruc--- ción de los tejidos circundantes de sostén de los dientes. Los -- cuales son: la membrana periodontal, que está localizada entre la raíz del diente y la pared ósea del alveolo, la apófisis alveolar que es una proyección del hueso que forma un encaje para la raíz_ del diente y la encía.

Según Benda, el estado anormal de los tejidos blandos y la rápida destrucción del hueso alveolar, puede ser explicada por ciertos factores primarios, tales como; la circulación anormal -- (es decir la combinación de la baja presión sanguínea, poco desa- rrollo del sistema periférico vascular y los defectos congénitos_ del corazón), la susceptibilidad a las infecciones, es debido a -- la anoxia celular como resultado de una circulación anormal de -- una insuficiencia endócrina general por control deficiente de la_ glándula pituitaria. Otro de los factores son las alteraciones -- que se presentan en la sangre como la linfopenia.

Las ulceraciones que se presentan en la encía puede ser resultado de alguna irritación donde pueden encontrarse bacilos - fusiformes y Borrelia Vinventil, considerando estos como factores secundarios.

En niños de 2 a 5 años, ésta enfermedad es más aguda que en pacientes adultos. El niño con enfermedad periodontal se encuentra irritable, con ligero aumento de temperatura, la encía está -- adolorida, haciéndose la alimentación y la higiene oral difíciles. En pacientes adolescentes, la pérdida de hueso y la encía, constituyen las manifestaciones más ostensibles.

La enfermedad periodontal puede producir la pérdida de -- los incisivos inferiores de la primera dentición antes de la edad de 5 años. La gravedad del proceso parece aumentar uniformemente -- con la edad, y los incisivos inferiores suelen ser los primeros en ser afectados. Más tarde, el proceso se propaga a los otros dientes. En los pacientes jóvenes, la primera indicación de su iniciación suele ser una gingivitis intensa, con ulceraciones y escaras -- en las papilas interdientarias y en los márgenes gingivales. En las personas mayores, hay una grave pérdida ósea y recesión gingival, -- las cuales son las manifestaciones más notables. En ocasiones, la pérdida de hueso alveolar y el consiguiente desprendimiento de los dientes precede a la iniciación de la gingivitis.

Estos pacientes pueden reaccionar exageradamente a la infección bacteriana en la superficie de los dientes, que se disemina a lo largo de las superficies radiolares e infectan al hueso -- alveolar, dando como resultado enfermedad parodontal destructiva.

La encía en el área afectada tiene un color más rojo y -- es flácida debido a el edema inflamatorio, sangra a la más ligera -- presión y los márgenes y áreas interproximales forman una banda --

continua de úlceras. El márgen gingival invariablemente se encuentra flácido y desprendido del diente, dando origen a la formación de bolsas parodontales que determinan secundariamente aumento en la movilidad dentaria, particularmente de los incisivos centrales-inferiores.

Los problemas de la higiene bucal, se ven acentuados por la pérdida de tejido interproximal, con la formación consecuente de áreas retentivas (falsas bolsas), el sangrado y el exudado forman un medio apropiado para la retención de restos alimenticios. - En casos avanzados estas condiciones no parecen ser dolorosas cuando existen ulceraciones grandes, el niño no parece estar enfermo.-

Radiográficamente, hay una 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. La mala higiene bucal y los factores locales como materia-alba, sarro, aunque agravan la afección periodontal, no pueden considerarse como agentes primarios en la etiología de la enfermedad periodontal observada en Idiocia Púrpúrea.

Lengua:

La forma de la lengua es redondeada o roma en la punta, - en el momento del nacimiento, pero más tarde aparece una hipertrofia de las papilas calciformes. La hipertrofia papilar no suele empezar antes de los dos años ó cuatro años y la fisuración se supone que empieza de los seis meses de nacido.

La causa de la hipertrofia papilar es desconocida. Una -

de las razones que se dan es frecuentemente la excesiva succión de la lengua. Varios autores coinciden en que es producto de un movimiento permanente de la lengua interno y externo entre el paladar y los labios.

Algunas veces, se observa macroglosia y microglosia, aunque la mayor parte de los casos, la lengua es de tamaño normal. -- La protusión de la lengua y la boca abierta suelen observarse en la trisomía G_1 . La falta de desarrollo del maxilar superior contribuyen al aspecto de la boca abierta y la lengua en protrusión.

La lengua escrotal es considerada como signo patognomónico de la Idiocia Furfurácea.

La lengua escrotal, plegada, disecada, se designa a una forma de lengua caracterizada por una abundante exageración de surcos con intensa localización (bordes, dorso o total), y direcciones diferentes.

La lengua escrotal es un trastorno congénito, suele aumentar de intensidad sin la colocación de influencias ambientales o factores exógenos hasta finalizar el crecimiento corporal.

Paladar:

Se observa que el paladar tiene una forma ojival en un 60%, como caso excepcional los niños con Idiocia Furfurácea, llegan a presentar el paladar y el labio hendido.

Frecuentemente ha sido descrito en forma de arco alto en la Idiocia Furfurácea. En un estudio radiográfico realizado, se encontró una longitud palatina promedio de 25 ± 3 mm. (siendo la lon

7:

gitud normal de 31 ± 3 mm.), en el recién nacido con Idiocia Furfurácea.

Saliva:

Se ha observado un pH alcalino muy elevado y un aumento de la concentración de los iones sodio, calcio y bicarbonato en saliva parotídea pura. La saliva es espesa y abundante, el flujo de la saliva parotídea es menor.

Se desconoce si la mayor producción de la anhidrasa carbónica es causa de la mayor concentración de iones bicarbonato en la saliva parotídea pura. Con base en la concentración mayor de iones bicarbonato y el aumento concomitante del pH. El aumento de la capacidad amortiguadora de la saliva puede ser un factor importante en la baja frecuencia de la caries dental observada en pacientes con Idiocia Furfurácea.

Un análisis de la actividad enzimática en la saliva parotídea reveló una actividad inespecífica de esterases significativamente mayor en los pacientes con Idiocia Furfurácea.

Voz:

La mayoría presentan voz gutural y grave, ésta carece de una explicación adecuada; "La fonación es habitualmente áspera, -- profunda y amelódica, las cuerdas vocales hipotónicas producen una frecuencia vibratoria más baja de lo normal y el timbre de la voz es áspero por falta de contacto uniforme de los bordes libres de -- ambas cuerdas vocales: las cavidades de resonancia destendidas y -- configuradas con poco tono muscular, apagan el sonido haciéndolo --

profundo y sombrío. Por la conjugación de los factores hipotónicos de cuerdas vocales y de cavidades de resonancia se obtiene con dificultad la armonía melódica en la emisión vocal. A estos factores hay que agregar la deficiente energía de contracción entre el velo del paladar y la pared posterior de la faringe, lo que agrega una cierta hipernasalidad en la voz de estos niños, que algunas veces se ve compensada por la hipertrofia de cornetes nasales que frecuentemente se encuentra presente".

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO V
LIBROS.

ANDREW E. POOLE.

1975 CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NOROCCIA
MERICIA " GENETICA ".
MEXICO: ED. INTERAMERICANA.
P. 537-538.

ELSA MARIA GAMBOA, LILIA M. PACHO S., SARA PENHOS M.

1982 TRISOMIA 21; ASPECTOS CLINICOS,
SOCIAL Y HUMANO.
MEXICO: ED. MUNDI.

GALINDO MORAN MARIA DEL SOCORRO.

1982 ALTERACIONES ORALES EN EL SINDRO
ME DE SEGUIN Y DOWN.
MEXICO: TESIS.

G. F. SMITH, J. M. BERG.

1978 SINDROME DE DOWN " MONGOLISMO ".
BARCELONA: ED. MEDICA Y TECNICA.
P. 36.

JOAN WEYMAN

1976 ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS
ARGENTINA: ED. MUNDI S. A.
P. 97-100.

LAWRENCE A. FOX.

1982

ODONTOLOGIA PARA NINOS INCAPACITADOS.

BARCELONA: ED. INTERAMERICANA.

P. 540-559.

MAX SALAS Y COLABI

1981

SINDROMES PEDIATRICOS FISIOPATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA.

MEXICO: ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA.

P. 62.

PELAYO CORREA, RUY PEREZ TAMAYO.

1978

TEXTO DE PATOLOGIA.

MEXICO: ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA.

P. 466-471, 591-592.

ROBINS

1980

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

MEXICO: ED. INTERAMERICANA.

P. 123, 1348.

SHAFFER

1982

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

MEXICO: ED. INTERAMERICANA.

P. 632-633.

SIDNEY FINN

1982

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

MEXICO: ED. INTERAMERICANA.

P. 552-553.

SMITH WILSON

1976

EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

" MONGOLISMO " .

BUENOS AIRES: ED. PANAMERICANA.

P. 13-31.

STANLEY ROBINS

1982

TRATADO DE PATOLOGIA.

MEXICO: ED. INTERAMERICANA.

P. 591-592,

SYLVIA G. E. DE LOPEZ FAUDO A.

1983

EL NINO CON SINDROME DE DOWN.

MEXICO: ED. DIANA.

P. 39-41.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO V

REVISTAS.

BARDEN

FEB; 1980 FLUCTUATING DENTAL ASYMMETRY: A
 MEASURE DE DEVELOPMENT INSTABI-
 LITY IN DOWN SYNDROME.
 VOL. II, NO. 52.
 EXTRANJERO: ED. J. PHYS ANTHRO-
 POL.
 P. 169-173.

BARDEN: H. S.

MAY; 1980 MESIODISTAL CROWN SIZE DIMENSI-
 ONS OF PERMANENT AND DECIDUOS -
 TEETH IN DOWN SYNDROME.
 VOL. II, NO. 52.
 EXTRANJERO: ED. J. HUM. BIOL.
 P. 247-253.

BROWN, RH.

JUL; 1978 A LONGITUDINAL STUDY OF PERIO--
 DONTOL DISEASE IN DOWN'S SYNDRO
 ME.
 VOL. 74, NO. 337.
 EXTRANJERO: ED. NZ. DENT. J.
 P. 137-144.

DE LEIKI, BH.

JUL-DEC; 1977 ORAL CHANGES IN DOWN'S SYN--
DROME.

VOL. II, NO. 9

CORDOBA: ED. JORNADA MEDICA.

JASPERS M. T.

JUN; 1981

TAURODONTISM IN THE DOWN SYN
DROME.

VOL. VI, NO. 51.

EXTRANJERO: ED. ORAL SURG.

P. 632-636.

LOEY H.I.

MAR; 1979

PERIODONTAL DISEASE IN PATI-
ENTS WITH DOWN'S SYNDROME.

VOL. III, NO. 72.

EXTRANJERO: ED. CDS. REV.

P. 23-26.

MIDDLEMOST, SHIFER M.

MAY; 1977

ORAL AND RELATED FINDINGS IN
DOWNS SYNDROME.

VOL. V, NO. 32.

AFRICA: ED. J. DENT. ASSOC.S

P. 255-268.

MILLER SHIP, M.

JAN-MAR; 1977. PERIODONTAL DISEASE IN THE
INSTITUTIONALIZED MONGOLOID
VOL. I, NO. 32.
EXTRANJERO: ED. J. ORAL. --
MED.
P. 9-13.

SAX; ENL.

MAR; 1982 PERIODONTAL BONE LOSS IN PA
TIENTS WITH DOWN'S SYNDROME
: A FOLLOW-UP STUDY.
VOL. III, NO. 53.
EXTRANJERO: ED. J. PERIODON
TOL.
P. 158-162.

SAX. WESTERMARCK, T.

JUN; 1977 PERIODONTOL DISEASE ASSOCIA
TED WITH DOWN'S SYNDROME: -
AN ORTHOPANTOGRAPHIC EVALUA
TION.
VOL. VI, NO. 48.
EXTRANJERO: ED. J.M.
P. 337-348.

STEINBERG, D.

DEC; 1978 THE LINCOLN DENTAL CARIES STUDY
: A THREE YEAR EVALUATION OF --
DENTAL CARIES IN PERSONS WITH V
VARIOUS MENTAL DISORDERS.
VOL. VI, NO. 97.
EXTRANJERO: ED. J. A. M. DENT.
ASSOC.
P. 961-984.

TESINI, D.A.

MAR-APR; AN ANNOTATED REVIEW OF THE LITE
1981 RATURE OF DENTAL CARIES AN PE--
RIODONTAL DISEASE IN MENTALLY -
RETARDED INDIVIDUALS.
VOL. II, NO. 1.
EXTRANJERO: ED. J. M.
P. 75-87.

CAPITULO VI

MANEJO DEL PACIENTE CON IDIOCIA FURFURACEA
DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.

El cirujano dentista deberá conocer las características tanto orgánicas como mentales de los niños con Idiocia Furfurácea. Esto será con el objeto de saber como podrá tratar a cada uno de los pacientes según su estado lo requiera.

Una vez que el odontólogo lo ha examinado decidirá el -- tratamiento a seguir. Posteriormente el cirujano dentista tendrá -- una plática con los padres del niño para explicarle cual será el -- tratamiento que se realizará.

Así mismo se les comunicará que en caso de ser necesario se le administrará la medicación preoperatoria, indicándole las -- ventajas y reacciones que se pudieran presentar.

El niño con Idiocia Furfurácea se caracteriza por ser en su mayoría hiperquinético por lo que el odontólogo deberá ganarse la confianza y el aprecio del paciente para lograr un tratamiento-satisfactorio. (5).

Al tratar este tipo de paciente encontraremos que dentro de la Idiocia Furfurácea hay varios grados de retraso mental. De acuerdo a la Asociación de Deficiencia Mental, tenemos la siguiente clasificación de retardación mental; leve ó educable, moderada ó - adiestrable, severa ó profunda. Por lo que a cada niño se le dará una atención particular y específica. (5).

Existen pacientes con un retraso leve, los cuales aunque sean inquietos cooperarán con el odontólogo en su tratamiento.

Para esto en las primeras consultas el dentista tratará de explicarle el uso del instrumental que se compone entre otras cosas del espejo, las pinzas, el explorador, las jeringas de (aire y agua), el funcionamiento del aire rotor y la pieza de mano de alta y baja velocidad. Esto se hará con él fin de que el niño se familiarice con el instrumental y de ésta manera coopere hasta donde sea posible, para así, poder realizar el tratamiento adecuado.

El niño con Idiocia Púrpúrea deberá tener su primera visita dental a temprana edad (2 1/2 a 3 años). Sus dientes deberán ser limpiados utilizando una pasta con fluoruro. Si es posible, se hará la aplicación tópica de fluoruro (fluoruro de fosfato ácido), el cual se fabrica con sabores agradables, dicha aplicación deberá hacerse con dispositivos especiales, como las llamadas cubetas para fluoruro, las cuales se aplican a los dientes dentro de la boca.

La madre o auxiliar deberá recibir instrucciones para la utilización de tabletas reveladoras de placa dental. Debe informársele que el niño con Idiocia Púrpúrea tiene una gran susceptibilidad a la enfermedad periodontal y el control de la placa retardará el proceso de la enfermedad periodontal. Los padres y las auxiliares necesitan capacitación para aplicar medidas de higiene oral para el niño hasta que pueda realizar el cepillado dental y gingival permanente.

La mayoría de los niños con Idiocia Furfurácea, pueden ser tratados en el consultorio o clínica dental. Como ya se mencionó anteriormente, aquellos que no están afectados con gravedad física y mental pueden ser capacitados para hacer que el paciente coopere.

Se encontrará, otro tipo de pacientes con un retraso más profundo, en los cuales no vamos a encontrar cooperación, por lo que se recurrirá a la medicación preoperatoria.

Medicación preoperatoria utilizada en el consultorio dental:

Un enfoque psicológico adecuado es de importancia primordial en el manejo de la conducta del paciente odontológico infantil, para aliviar las aprehensiones del niño y promover una buena relación entre él y el odontólogo.

Cuando estamos frente a un paciente de difícil manejo, con el cual las técnicas de persuasión, control de voz, mano-boca, etcétera, han resultado ineficaces, una de las alternativas con que cuenta el odontólogo es la sedación preoperatoria.

El principal objetivo de la premedicación es facilitar el tratamiento dental y conseguir que los enfermos cooperadores y aquellos con falta de habilidad para cooperar, se tranquilicen o acepten los procedimientos operatorios, o ambas cosas.

La premedicación viene a utilizar parcialmente el uso de anestesia general permitiendo al cirujano dentista tratar toda clase de pacientes.

Stucky ha enumerado las ventajas de la medicación en -- combinación con la anestesia local:

- 1.- Permite el procedimiento en el consultorio con el paciente se miconciente el cual puede cooperar.
- 2.- Relativamente poca cooperación y equipo necesario.
- 3.- No se necesita anestesiólogo ni equipo especial.
- 4.- Menos gastos a los padres.
- 5.- Mejor calidad en el tratamiento dental practicado.

Cuando el cirujano dentista va a tratar niños con pro-- blemas diversos deberán encontrar un buen agente de premedicación (droga).

Características de un agente ideal:

- 1.- Ha de mitigar un estado de ansiedad sin causar inhibición de-- las funciones vitales.
- 2.- Brindará un margen de seguridad amplio.
- 3.- Deberá producir su efecto después de administrar una sola dó-- sis.
- 4.- Será de absorción rápida.
- 5.- Su duración, bastante larga, para que pueda llevarse a cabo - el tratamiento.
- 6.- El periodo de recuperación, es rápido.
- 7.- La toxicidad y las reacciones secundarias tienen que ser mínimas.
- 8.- El medicamento debe ser barato, estable en solución y permi-- tir su conservación durante algún tiempo.

- 9.- No producir hábito.
- 10.- Deberá tener buen sabor.
- 11.- Fácil de administrar.

Indicaciones generales de la premedicación:

- 1.- Niños menores de 3 años de edad.
- 2.- Niños con disturbios emocionales.
- 3.- Niños incapacitados psicológica o mentalmente "con quienes no es posible comunicarse".
- 4.- Niños con historia previa de experiencias médicas o dentales - traumáticas.

La premedicación es utilizada para producir una sedación física antes del tratamiento dental, para que el paciente esté --- tranquilo, libre de ansiedad y temor, la medicación preoperatoria_ suele ser indispensable para que muchos pacientes dominen la a--- prehensión, y reduzcan la tensión muscular. Es importante administrar una dosis adecuada para un tratamiento eficaz.

Sin embargo, es importante reconocer el valor de la premedicación para el niño incapacitado, también es indispensable familiarizarse con la administración de drogas, sus limitaciones y capacidades alérgicas. Como también es indispensable que el facultativo familiarice al personal del consultorio con los efectos de las drogas y les enseñe las técnicas de urgencias necesarias en caso de alguna reacción indeseable.

La discriminación es una palabra que mejor describe el cuando debe utilizarse la premedicación con el niño incapacitado, _

ya que el uso indiscriminado de drogas ofrece gran cantidad de -- riesgos. El uso indiscriminado también debe ser definido como la -- prescripción al azar de medicamentos a todos o a la mayor parte -- de los pacientes aunque el niño requiera sedación o no.

La discriminación de las drogas es cuando se hace una -- distinción precisa o diferenciación entre aquellos niños que re-- quieren premedicación y los que no la requieran. Los niños incapaces caen dentro de alguna de estas categorías cuando no es po-- sible tratarlos por métodos normales en la utilización de drogas. Sin embargo, el niño merece primeramente la oportunidad de demos-- trar si puede tolerar o no un procedimiento dado sin el auxilio -- de una droga.

Solamente después de que el niño manifieste un comporta-- miento negativo deberá tomarse la decisión de emplear premedica-- ción, y en ese momento deberá hacerse la elección cuidadosa de la droga adecuada, lo que dependerá del comportamiento demostrado y-- la situación médica del niño.

De acuerdo a las diferencias en las características físicas y mentales de los niños con Idiocia Furfurácea, el tipo de medicamento y la dosificación deberán ser en forma individual. -- Cuando se administra el medicamento deberá pedirse a los padres o familiares que eviten que el niño realice actividades vigorosas -- después del tratamiento y que podrá dormir varias horas.

Se ha escrito mucho acerca de la efectividad de varias -- drogas usadas para la sedación preoperatoria, ya sea solas o en --

combinación con otras.

Carfin y Olsen indicaron que la premedicación debe ser usada sólo en situaciones excepcionales. (1).

Album en 1958, prescribió el uso de barbitúricos solos, basándose en que son hipnóticos. (1).

Kopel y otros indicaron las drogas tranquilizantes, pro metazina e hidroxizina, también como barbitúricos de acción breve (1).

Lampshire en 1961, discutió sobre la medicación balanceada y usó varios tranquilizantes, como la meperidina. (1).

Barre en 1977, diseñó un estudio para demostrar la efectividad del hidrato de cloral al compararlo con un placebo. (1).

McDonald recomienda el uso de la prometazina usada sólo como potencializador en combinación con otras drogas. (1).

Por lo tanto, existen amplias variedades de opiniones -- respecto al uso de drogas, ya sea solas o combinadas.

Los barbitúricos son hipnóticos que producen sueño, actuando sobre la corteza cerebral y deprimiéndola y no tiene influencia sobre los factores de dolor, sin embargo se encontró, que los barbitúricos son usados en combinación completa y balanceada.

Otra combinación que se emplea es una droga hipnótica y una antihistamínica.

Drogas útiles para el tratamiento del paciente con Idiocia Furfurácea:

- 1.- Hidrato de Cloral..... Noctec
- 2.- Prometazina..... Fenegan
- 3.- Hidroxizina..... Atarax-Vistaril
- 4.- Diazepan..... Valium
- 5.- Clorhidrato de Meperidina..... Demerol

Vías de administración:

Oral

Ventajas

- Los padres pueden administrar el medicamento.
- Sencillez y comodidad.
- Puede ser administrado antes de la cita para que alcance su nivel más efectivo al momento de la cita.
- La administración no produce miedo.
- No necesita ningún instrumental especial.

Desventajas:

- El dentista depende de los padres para la administración de la droga, en forma relativa.
- Pequeños movimientos del estómago o del intestino y el contenido gástrico pueden retardar la absorción de la droga o su efecto puede retardarse o prolongarse.
- Al niño puede no agradaerle el sabor del medicamento y negarse a tomarlo.
- El dentista no ejerce control absoluto sobre la medicación.

- Muchos medicamentos tienen efecto reducido al tomarse oralmente.

Intramuscular

Ventajas:

- Tiene efecto más rápido.
- Posee un efecto sedativo mayor.
- Se recibe toda la dosis.

Desventajas:

- Es dolorosa.
- Produce miedo.
- Requiere habilidad para su administración.
- Una vez inyectado el medicamento, su acción es irreversible.

Intravenosa

Es poco usada, porque los efectos adversos se presentan muy potencializados.

1.- Hidrato de Cloral (Noctec).

Es un hipnótico no barbitúrico. Excelente sedante, pero tiene pobre efecto analgésico.

Se presenta como una sustancia cristalina, con aroma, -- olor penetrante y sabor amargo. Soluble en agua, aceite, éter y -- cloroformo. Es absorbido rápidamente por el tracto gastrointestinal y es irritante de la mucosa gástrica.

Actúa sobre la corteza cerebral para calmar las excitaciones motoras y sensitivas e inducir al sueño.

Acción

- Sedante.
- Hipnótico.
- No produce depresión respiratoria.

Indicaciones

Es aplicable en niños;

- Aprehensivos.
- Ansiosos.
- Con problemas de conducta.
- Con problemas físicos o mentales.
- Con lesión cerebral.

Contraindicaciones

No es recomendable en pacientes con;

- Gastritis.
- Úlcera duodenal.
- Daño hepático o renal.
- Previa hipersensibilidad a la droga.

Reacciones Secundarias

- Irritación gástrica.
- Náuseas y vómito.
- Reacciones cutáneas (ocasional).
- Excitación.
- Delirio.

Duración

Se administra 45 minutos antes de la cita.

Su efecto dura de 3 a 5 horas.

Presentación, administración y dosis

- Cápsulas de 250 y 500 mgr.
- Jarabe c/5 ml = 500 mgr. (1 cucharadita).

Dosis sedante 50 mg/kg peso.

Dosis hipnótica

75 mg/kg peso: recomendada por el fabricante (laboratorio).

100 mg/kg peso: recomendada por el doctor Kopel.

No administrar más de 2 gramos.

2.- Prometazina (Fenergan).

Es un derivado de las fenotiacinas. Otros miembros de la misma familia son la clorpromazina, promazina y proclorperazina.

Acción

- Antihistamínico.
- Tranquilizante-antipsicótico (sedante).
- Antihemético.
- Potencializa otros depresores del sistema nervioso central (alcohol, barbitúricos, sedantes, narcóticos).

Indicaciones

- Niños con problemas de la conducta.

Contraindicaciones

- Pacientes con daño hepático.
- Pacientes con epilepsia.

- Pacientes con hipersensibilidad a la droga.

Reacciones Secundarias

- Taquicardia.
- Hipotensión (por vasodilatación).
- Parkinsonismo.
- Intranquilidad.
- Visión borrosa.

Duración

Su efecto máximo se dá a la hora de haberlo administrado.

Duración de 4 a 5 horas.

Presentación, administración y dosis:

Oral:

En tabletas de 25 mgr.

Jarabe, frasco de 150 ml; 1 cucharadita (5mg).

Intramuscular e intravenosa:

Ampolletas 2ml = 50 mg.

Dosis:

El doctor Kopel recomienda 12.5 mg, para niños menores de 2 a 5 años y 25 mgr para niños de más de 5 años.

3.- Hidroxizina:

Atarax -Clorhidrato de hidroxizina.

Vistaril -Pamoato de hidroxizina.

Es un psicosedante menor que actúa suprimiendo la actividad de ciertas áreas de la región subcortical del sistema nervioso central.

Acción

- Antihistamínico.
- Antiemético.
- Anticolinérgico.
- Antiespasmódico.
- Disminuye la respuesta a los estímulos externos e internos sin embotar la sensibilidad.
- No induce el sueño.

Indicaciones

Es particularmente recomendable para:

- Niños tímidos.
- Niños ansiosos.
- Niños pequeños.
- Pacientes cardiopatas.
- Pacientes con problemas de conducta.
- Pacientes con lesiones cerebrales.

Contraindicaciones

- Reacciones alérgicas a la droga.
- Miastenia.

Reacciones Secundarias

- Somnolencia.
- Laxitud.

Duración

Su efecto empieza a los 30 minutos de haber sido administrado.

- Efecto máximo a las 2 horas.
- Duración de 3 a 6 horas.

Presentación, administración y dosis

Atarax:

- Tabletas-anaranjadas de 10 mg.
- verdes de 25 mg.
- amarillas de 50 mg.
- Jarabe de 10 mg/5 cc.

Vistaril:

Cápsulas de dos tonos de

- verde 25 mg.
- verde/blanco 50 mg.
- verde gris 100 mg.
- suspensión 25 mg/5cc.

Dosis

50 mgr. 2 horas antes de la cita.

50 mgr. 1 hora antes de la cita.

Niños hiperquinéticos, con ansiedad mayor:

25 mgr. la noche anterior a la cita.

50 mgr. 2 horas antes de la cita.

50 mgr. 1 hora antes de la cita.

La dosis se debe basar tomando en cuenta el estado emocional, mental y físico del paciente. No edad, ni peso.

4.- Diazepam (Valium).

Pertenece al grupo de las benzodiazepinas.

Es un polvo pálido, blanco amarillento cristalino, casi sin olor, soluble en cloroformo y acetona y escasamente en agua.

Actúa sobre el sistema nervioso central, bloqueando las respuestas emocionales frente a los estímulos externos.

Potencializa la acción hipotensiva de los narcóticos.

Acción

- Anticonvulsivo.
- Relajante muscular.
- Sedante.

Indicaciones

- Pacientes aprehensivos.
- Pacientes con deficiencias mentales.

Contraindicaciones

- Pacientes con daño hepático o renal.
- Pacientes con hipersensibilidad a la droga.

Reacciones Secundarias

- Obstrucción lingual.
- Somnolencia.
- Ataxia (perturbación de las funciones del sistema nervioso central).

- Peradillas.
- Confusión.
- Depresión respiratoria y circulatoria.

Duración:

Entre 3 y 4 horas.

Cuando es administrado por vía oral, empieza su efecto a la hora de haber sido administrado.

Presentación, administración y dosis

En tabletas de 2.5 y 10 mg.

2 mg. son de color blanco

5 mg. son de color amarillo:

10 mg. son de color azul.

En suspensión: 5 mg/5 cc.

En ampolletas de 2ml (cada ml = 5 mgr.).

Dosis

Para efecto tranquilizante:

1 a 5 años: 0.5 mg. , 4 veces al día.

6 a 12 años: 1 mg. , 4 veces al día.

Para efecto sedante:

1 a 5 años: 4 mg, antes de dormir.

6 a 12 años: 8 mg, antes de dormir.

Repetir la dosis una hora antes de la cita.

La dosis más usada es de 0.2 a 0.8 mg/kg peso.

5.- Clorhidrato de meperidina (Demerol).

Es una sustancia cristalina. Es fácilmente soluble en agua, de reacción neutra y sabor ligeramente amargo.

Acción

El clorhidrato de meperidina es un analgésico narcótico de acción múltiple, similar en cantidad a la de la morfina; su acción preponderante es la que afecta el sistema nervioso central y a los órganos formados por músculos de fibra lisa. Las principales propiedades terapéuticas de la meperidina son la actividad analgésica y la sedante.

Hay alguna evidencia de que la meperidina tiende a producir menos espasmo del músculo liso, menos estreñimiento y menos depresión del reflejo tusígeno que dosis equianalgésicas de morfina. La dosis parenteral de 60 a 80 mg de meperidina equivale aproximadamente, en efecto analgésico, a 10 mg de morfina. El efecto de la meperidina se inicia algo más rápidamente que el de la morfina, y su duración es algo más corta.

Indicaciones

- Para el alivio del dolor de mediana a gran intensidad.
- Como medicación preoperatoria.
- Como complemento de la anestesia.
- Para la analgesia en obstetricia.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a la meperidina. En enfermos en tratamiento con agentes inhibidores de la monoamino oxidasa (I M A O) o

que los han recibido anteriormente. Dosis terapéuticas de meperidina precipitada, en ocasiones, de manera inesperada e imprevisible, reacciones severas y a veces mortales en pacientes que han recibido dichos agentes en los 14 días previos o durante el tratamiento con Demerol. El mecanismo de estas reacciones es confuso. - Algunas se han caracterizado por coma, depresión respiratoria grave, cianosis e hipotensión, y han sido similares al síndrome de sobredosis aguda de narcóticos. En otras reacciones las manifestaciones predominantes han sido hiperexcitabilidad, convulsiones, taquicardia, hiperpirexia e hipertensión, Aunque no se sabe si -- otros narcóticos están libres del riesgo de tales reacciones, casi todas las reacciones que se han registrado han ocurrido con meperidina en caso de necesitar un narcótico para estos pacientes, - deberá realizarse una prueba de sensibilidad que consiste en la administración de dosis pequeñas y repetidas de morfina, cada vez en aumento, durante un período de varias horas, vigilando cuidadosamente el estado del paciente y signos vitales (se ha utilizado hidrocortisona o prednisolona por vía intravenosa para el tratamiento de las reacciones graves, agregando elorpromazina por vía intravenosa en aquellos casos que presenten hipertensión e hiperpirexia). No se sabe si los antagonistas de los narcóticos son -- útiles e inocuos en el tratamiento de éstas reacciones.

Reacciones Secundarias

Excepcionalmente, depresión respiratoria y, en grado menor, depresión circulatoria, para respiratorio, shock y paro cardíaco. Las más frecuentes son ofuscación mental, mareo, sedación -

náuseas, vómito y transpiración.

Dosis y administración:

Alivio del dolor: la dosis debe ajustarse a la severidad del dolor y a la respuesta del paciente. Aunque la administración subcutánea es aprobada de vez en cuando, se debe preferir la inyección intramuscular especialmente cuando hay que repetir las dosis. Para la administración endovenosa, se debe disminuir la dosis, y aplicar la inyección muy lentamente, de preferencia en solución diluida.

La dosis de Demerol debe disminuirse proporcionalmente (generalmente en un 25 a 50 %) cuando se administra concurrentemente con fenotiacinas y otros tranquilizantes, ya que éstas drogas potencializan la acción del Demerol.

Adultos: dosis usual 50 a 150 mg por vía intramuscular o subcutánea, cada 3 ó 4 horas según el caso.

Niños: dosis usual 1 a 1.5 mg por kg de peso corporal, por vía intramuscular o subcutánea, hasta la dosis de adultos, cada 3 ó 4 horas según sea necesario.

Medicación Preoperatoria:

Adultos: dosis usual de 50 a 100 mg por vía intramuscular o subcutánea, de 30 a 90 minutos antes de empezar la anestesia.

Niños: dosis usual de 1 a 2 mg por kg de peso corporal, por vía intramuscular o subcutánea, hasta la dosis de adulto, 30-

a 90 minutos antes de la anestesia.

Presentación

Cajas con una ampolleta de 2 ml (50 mg/ml).

Oxido Nitroso.

El óxido nitroso y oxígeno pueden ser empleados en los pacientes más gravemente retardados con buenos resultados. El uso prudente del óxido nitroso y el oxígeno reduce el número de pacientes afectados con la Idiocia Furfurácea, quienes debido a su deficiencia mental y física requieren el uso de un anestésico general.

El óxido nitroso también deberá ser empleado con discriminación. Por lo tanto, es indispensable que consideremos uno de los requisitos principales para la utilización de óxido nitroso o sea que conservemos siempre cierto grado de comunicación con el paciente en todo momento. Al tratar esto, es importante observar que se habla de analgesia a base de óxido nitroso en su forma verdadera, y no anestesia, como suele usarse.

Por esto si nos adherimos a las normas de mantener comunicación constante para determinar y vigilar sistemáticamente los síntomas del efecto analgésico, evitaremos a su vez la utilización en todos los niños incapacitados. Aunque su efecto es limitado, el óxido nitroso es un auxiliar valioso donde está indicado y lo podemos agregar a nuestra lista de elementos para el tratamiento del niño incapacitado. Resultaría casi imposible enumerar todas aquellas afecciones en que el óxido nitroso estaría indicado, ya que resulta difícil generalizar y catalogar los diferentes ti-

pos de afecciones y deficiencias. Por ejemplo, existen niños con Idiocia Furfurácea que son capaces intelectualmente de comunicarse con el operador, mientras que existen aquellos que no pueden hacer ésto. Así cada niño deberá ser tratado como una entidad separada en el momento de la valoración dental.

La psicosedación con óxido nitroso y oxígeno ofrece un enfoque apropiado para la atención del paciente que se somete a tratamiento odontológico. Correctamente administrada constituye un importante coadyuvante para controlar la ansiedad del paciente consciente. Esto se consigue gracias a los efectos suscitados en el sistema nervioso central por la inhalación de cantidades controladas de óxido nitroso y oxígeno, y por su poderoso efecto como placebo. Investigaciones recientes demostraron que este procedimiento reduce la sensibilidad a los estímulos nocivos en el paciente consciente que responde a las preguntas, aunque no haya verdadera analgesia, pero en cambio no sustituye a la analgesia local, si el proceso que se anticipa va a ser doloroso, y tampoco permite prescindir de la anestesia general completa cuando es necesario llevar a paciente a la inconsciencia.

El empleo de analgesia con óxido nitroso es útil en niños con Idiocia Furfurácea difíciles y con retraso mental grave; la dosis recomendada es de óxido nitroso 20 y oxígeno 80.

Anestesia General.

La rehabilitación bucal con anestesia general para los pacientes gravemente afectados con Idiocia Furfurácea, también es

posible. El halotano (Fluothane), combinado con óxido nitroso y oxígeno, también puede administrarse. Se administra Succinil Colina por vía intramuscular para facilitar la intubación bucal o nasal. El Pentotal puede ser empleado como un procedimiento de inducción y emplear después otros agentes anestésicos para la rehabilitación completa en la boca.

El halotano es un anestésico muy potente y, probablemente el agente más utilizado en los consultorios odontológicos por la rapidez y suavidad característica de la inducción y recuperación, así como por ser inflamable, y a pesar de que su uso requiere de vaporizadores de precisión calibrada y con termo-compensación.

La depresión del miocardio puede producir una disminución del gasto cardíaco, bradicardia y, durante la anestesia profunda, arritmias (en particular, extrasístoles ventriculares). La bradicardia, que se observa con mayor frecuencia durante la inducción en los niños, podría ocasionar un paro cardíaco. La disminución de la presión sanguínea que varía según la concentración inspirada, tiende a ser más pronunciada durante la inducción que durante el mantenimiento. El uso concomitante de Epinefrina u otra amina presoras puede provocar una arritmia, y está contraindicado.

Durante la anestesia profunda el centro respiratorio se encuentra inhibido y puede producirse un paro respiratorio (afortunadamente, antes de un paro cardíaco). Sin embargo, durante el -

mantenimiento a niveles menos profundos, es más probable que la depresión respiratoria sea debida a los premedicamentos más que a el efecto del halotano.

La irritación de la mucosa respiratoria no es grave; no estimula de tal forma a un espasmo bronquial. La relajación muscular es conveniente para operaciones quirúrgicas de importancia.

La clave de la seguridad y uso de anestesia general para el paciente gravemente retardado con Idiocia Furfurácea es un anestesiólogo clasificado. Esta es la persona que determina qué anestésicos deberán ser empleados y vigilar sistemáticamente al paciente durante toda la rehabilitación bucal. Se recomienda usar el dique de caucho con la anestesia general para la rehabilitación bucal.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO VI

LIBROS.

GALINDO MORAN MARIA DEL SOCORRO.

1962. ALTERACIONES ORALES EN EL SINDROME DE SEGUIN Y DOWN.
MEXICO: TESIS.

FRUK M. MA. CURTHY.

1976 EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.
ARGENTINA: ED. EL ATENEO.
P. 169.

GEORGE BALENSEN

1973 MANUAL DE TECNICAS SEDATIVAS.
MEXICO: ED. LABOR.
P. 99-110, 241.

GEORGE BALENSEN

1976 RELAJACION DEL PACIENTE EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.
ESPAÑA: ED. LABOR S. A.
P. 99-110, 241.

JOAN WEYMAN

1976 ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS
ARGENTINA: ED. MUNDI S. A.
P. 97-100.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO VI

REVISTAS.

OJEDA LEON SERGIO, VAZQUEZ DE LARA SAAVEDRA LUCERO
Y CADENA ANTONIA.

1983

PREMEDICACION EN ODONTOLOGIA--
TRIA.

VOL. XL, NO. 1-2.

MEXICO: ED. ADM.

P. 10-12.

RESULTADOS.

Desde el punto de vista odontológico los resultados obtenidos son los siguientes:

En cuanto a labios, durante la infancia es imperceptible la diferencia con los niños normales; en ésta época los cambios son secundarios; los labios se ponen secos y con fisuras, -- ocasionado por tener la boca mucho tiempo abierta, ya que el puente nasal es estrecho y tienen problemas al respirar; durante la tercera década de vida es cuando los labios se vuelven blancos y gruesos, característica que sólo presentan los varones.

Con respecto a la cavidad bucal podemos decir que ésta es pequeña; en estudios recientes se encontró que el maxilar superior en relación al tamaño del cráneo es normal y el maxilar inferior es grande. Se observa que el paladar tiene forma ojival en un 60%, como excepción en los niños con Idiocia Furfurácea, se encuentra el paladar y labio hendido.

La lengua es redondeada o roma en la punta. Presenta -- dos anomalías; fisuras e hipertrofia papilar, la primera se presenta desde los 6 meses de nacidos y la segunda alrededor de los 4 años. En cuanto al tamaño presenta macroglosia a la pequeñez de la cavidad bucal.

En lo que se refiere a la dentición se presenta tardíamente, apareciendo de los nueve a los veinte meses se completa a veces hasta los tres o cuatro años. El patrón es diferente al de los niños normales, a veces aparecen primero los molares o los caninos antes que todos los incisivos y la raíz es más pequeña que

en los niños normales.

Es muy raro encontrar caries, lo frecuente es encontrar parodontosis, lo cual causa la pérdida de algunos dientes destruyendo el tejido alrededor de la pieza dental debiéndose muchas veces a una higiene bucal deficiente.

Son manifiestas las maloclusiones en un alto porcentaje de los dientes superiores sobre los inferiores.

A pesar de que bibliográficamente se dice que es un problema atender a estos pacientes, considero que con un poco de estudio, paciencia y cariño es posible ganarse la confianza de dichos pacientes y a su vez que permitan su atención dental sin mucha dificultad.

Es de suma importancia hacer mención de que hasta ahora no se ha logrado cubrir la mayor necesidad de salud de los niños-incapacitados, lo cual hace de esto un problema Médico-Social.

Se encontro en la recopilación bibliográfica, que diversos autores han tratado hasta la fecha a dicha enfermedad como algo individual e independiente.

Bibliográficamente se pretendió abarcar diversas investigaciones tanto en español como en inglés.

DISCUSION.

No obstante de que bibliográficamente se dice que es un problema atender a dichos pacientes, considero que con un poco de estudios y paciencia y cariño es posible ganarse la confianza de dichos pacientes y a su vez que permitan su atención dental sin mucha dificultad, claro que para ésto, debemos tomar en cuenta todos los problemas a los que podemos enfrentarnos. Además de que contamos con la valiosa ayuda de los diferentes fármacos que podemos utilizar como coadyuvantes dentro del tratamiento.

La salud dental de estos pacientes es muy importante y algunas instituciones que se dedican al cuidado de los pacientes impedidos presentan rechazo hacia el Cirujano Dentista, lo cual constituye un problema de mayor importancia, pues le dan más preferencia a la ayuda de psicólogos y trabajadores sociales sin tomar en cuenta que debe ser un equipo multidisciplinario, que comprenda todas las especialidades.

Lamentablemente, muchas personas no logran valorar las consecuencias que pueden acarrear actitudes negativas hacia estos pacientes, como el rechazo familiar y social, lo cual debemos tomar en cuenta ya que un paciente que es rechazado por su familia y es arrojado a una sociedad que no lo va a aceptar por no ser "normal", es una consecuencia muy grave para estos pacientes; pues los van a convertir en niños nerviosos, inseguros y difíciles de tratar; contrariamente, si son bien tratados y se les da afecto, serán unos niños muy cariñosos y por consiguiente, resultará sencillo nuestro trato a ellos.

Es digno de tomar en cuenta que alguno de estos pacientes llegan a percibir nuestro estado de ánimo de tal manera, que pueden llegar a no aceptar nuestra presencia cuando nuestro estado de ánimo no es bueno, aunque tratemos de ocultarlo, por consiguiente, esto es muy importante ya que su coeficiente intelectual es muy bajo.

La mayoría de los odontólogos rechazan a estos pacientes por fuertes obstáculos emocionales o bloqueos que presentan al estar frente a estos pacientes y esto puede hacer que se resista a estar con pacientes con defectos físicamente desagradables, difíciles o molestos que pueden hacer que el dentista se sienta reprimido e incómodo. Y la eliminación de estos pacientes de su práctica es una manera de evitar estos sentimientos y considero que a éstos pacientes se les debe proporcionar atención en todos los aspectos ya que el también es un ser y el ser es social por naturaleza, por lo tanto debe estar integrado a la sociedad en que vive.

Y por último las serias consecuencias que implica la atención limitada para pacientes dentales especiales deberán incitar al dentista a comprender los motivos que lo alejan y le impiden proporcionar este servicio dental tan necesario.

CONCLUSIONES.

La frecuencia de la Idiicia Furfurácea se debe a un desequilibrio genético por la presencia de un juego extra de genes cromosómicos 21.

En tiempos pasados muchos afectados por la Idiicia Furfurácea morían en los dos primeros años de vida. Actualmente, alcanzan un nivel de vida mayor, que en años anteriores. La disminución de las cifras de mortalidad obedece a un descenso general de la frecuencia de enfermedades infecciosas graves en infantes, al moderno empleo de antibióticos y a todas las técnicas avanzadas de ejercicios físicos.

Es de suma importancia convivir con los ya mencionados pacientes, ya sea en las escuelas como en las instituciones que se encargan de estos niños; pues no es nada sencillo enfrentarse a esta situación por primera vez y no demostrar emociones, pudiendo provocar una reacción adversa en ellos.

El paciente con Idiicia Furfurácea puede ser tratado -- dentro del consultorio dental.

Las técnicas de reforzamiento positivo o negativo juegan un papel muy importante en el manejo del comportamiento de éstos pacientes.

Con la enseñanza de una técnica de cepillado adecuado y los cuidados necesarios, podemos conservar los órganos dentarios de éstos pacientes durante un periodo de tiempo más largo.

Los pacientes con Idiocia Furfurácea tienen menos ca---
ries que los "normales", pero mayor frecuencia de enfermedad para-
dontal y un alto porcentaje de maloclusiones.

El alto porcentaje de enfermedad parodontal se debe a -
factores primarios, tales como; la circulación anormal, es decir -
a la combinación de la baja presión sanguínea, al poco desarrollo
del sistema periférico vascular y a los defectos congénitos del -
corazón, a la susceptibilidad a las infecciones, es decir a la --
anoxia celular como resultado de una circulación anormal de una -
insuficiencia endócrina general por control deficiente de la glán-
dula pituitaria, y otro de los factores son las alteraciones que-
se presentan en la sangre.

Por medio de un buen conocimiento y manejo de las dro--
gas empleadas en odontología; es posible disminuir el nivel de an-
siedad.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.

Es bueno tener una idea clara de las serias consecuencias que implica la limitada atención para pacientes incapacitados; para ello proponemos una revisión concienzuda a fondo de las características generales, aspectos genéticos, aspectos del sociodesarrollo mental, características psicológicas y manifestaciones dentales del paciente con Idiocia Furfurácea, realizar una historia clínica médica y social global del paciente ya que esta constituye la clave para conocer al paciente y para establecer comunicación y confianza, porque la historia clínica es fundamental para el tratamiento de pacientes especiales.

Y con ello podremos darnos cuenta de que la mayor parte de los pacientes con Idiocia Furfurácea, pueden ser tratados en el consultorio o clínica dental con poco o sin ningún cambio. Pero claro que para lograr cualquier objetivo, debemos contar con los recursos necesarios tanto a nivel privado como a nivel institucional.

Considero que en la medida en que se concientice a el Cirujano Dentista de el alto índice de pacientes impedidos sin atención odontológica disminuirá considerablemente el alto porcentaje.

Pienso que en la terapéutica de esta enfermedad se puede hacer uso de una técnica de estudio individual de casos conjuntamente con el Médico General o Especialista y a través de proyectos específicos no sólo Institucionalmente sino a nivel privado -

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

LIBROS.

1.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA " GENETICA ".

ANDREW E. POOLE.

ED. INTERAMERICANA

MEXICO, 1975

Págs. 537-538.

2.- EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN " MONGOLISMO ".

SMITH WILSON

ED. MEDICA PANAMERICANA

Págs. 13-31.

3.- EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

SYLVIA G.E. DE LOPEZ FAUDO.

ED. DIANA

Págs. 27-36.

4.- EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA, PREVENCION Y TRATAMIENTO.

FRANK M. MC. CARTHY

ED. EL ATENEO

Pág. 169.

5.- MANUAL DE TECNICAS SEDATIVAS

GEORGE BAILENSON

ED. LABOR

MEXICO 1973

Págs. 99, 110, 241.

- 6 .- NEUROLOGIA EVOLUTIVA.
C. LAMOTE DE GRIGNON
ED. SALVAT
MEXICO 1980
Pág. 175.
- 7 .- ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS.
JOAN WEYMAN
ED. MUNDI S.A.
ARGENTINA 1976
Págs. 97-100.
- 8 .- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
SIDNEY FINN
ED. INTERAMERICANA
MEXICO 1982
Págs. 552-553.
- 9 .- PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.
ROBINS
ED. INTERAMERICANA
Págs. 183, 1348.
- 10.- PATHOLOGIC PHISIOLOGY MECHANISMS OF DISEASE.
WILLIAM A. SODEMAN JN. WILLIAM A. SODEMAN
SAUNPERS COMPANY
Págs. 57-58.

- 11.- RELAJACION DEL PACIENTE EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.
GEORGE BAIENSON
ED. LABOR S. A.
ESPAÑA 1976
Págs. 99-110, 241.
- 12.- RYPINS MEDICAL LICENS-URE EXAMINATION TOPICAL.
SUMARIES AND QUESTIONS
ARTHUR W. WRIGHT
LIPPINCOTT COMPANY
Págs. 97-100.
- 13.- SINDROME DE DOWN " MONGOLISMO ".
G.E. SMITH, J.M. BERG,
ED. MEDICA Y TECNICA S.A.
BARCELONA 1978.
- 14.- SINDROMES PEDIATRICOS FISIOPATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA.
MAX SALAS COLABI
ED. PRENSA MEDICA MEXICANA.
MEXICO D. F.
Págs. 52-62.
- 15.- TRATADO DE MEDICINA INTERNA.
CECIL LOEB
ED. INTERAMERICANA
Págs. 140-143.

16.- TRATADO DE PATOLOGIA

RUY PEREZ TAMAYO, PELAYO CORREA.

ED. PRENSA MEDICA MEXICANA.

Págs. 466, 591-592.

17.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

SHAPEL HIWE LEVY

ED. INTERAMERICANA

Págs. 632-633.

18.- TRATADO DE PATOLOGIA.

STANLEY ROBINS

ED. INTERAMERICANA

Págs. 466, 591-592.

19.- TRATADO DE PEDIATRIA.

WALDO E. NELSON, VICTOR C. VAUGHAN

ED. SALVAT

ESPAÑA 1983

Págs. 133-140.

20.- TRISOMIA 21; ASPECTOS CLINICOS, SOCIAL Y HUMANO.

ELSA MARIA GAMBOA, LILIA M. PACHO S., SARA PENHOS M.

ED. MUNDI S.A.

21.- ALTERACIONES ORALES EN EL SINDROME DE SEGUIN Y DOWN.

GALINDO MORAN MARIA DEL SOCORRO

TESIS

MEXICO D. F., 1976.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

REVISTAS.

1.- BARDEN.

" FLUCTUATING DENTAL ASYMMETRY: A MEASURE OF DEVELOPMENT INSTABILITY IN DOWN SYNDROME ".

J. PHYS ANTHROPOL.

EXTRANJERO NLM.

ED. H. S.

FEB; 1980

VOL II No. 52.

Págs 169-173.

2.- BARDEN: H.S.

" MESIODISTAL CROWN SIZE DIMENSIONS OF PERMANENT AND DECIDUOUS TEETH IN DOWN SYNDROME ".

HUM. BIOL.

EXTRANJERO NLM.

ED. J.M.

MAY: 1980

VOL. II, No. 52.

Págs 247-253.

3.- BRADLEY, JOHNSON; FRIEDRICH D.D.

" EXPLORATORY BEHAVIOUR IN DOWN'S SYNDROME AND NORMAL INFANTS ".

APPL. RES. MENT. RETARD.

EXTRANJERO NLM.

ED. J. M.

1981

VOL. III, No. 2

Págs. 213-228.

4.- BROWN, RH.

" A LONGITUDINAL STUDY OF PERIODONTAL DISEASE IN DOWN'S SYNDROME ".

NZ. DENT. J.

EXTRANJERO NLM.

ED. J. M.

JUL: 1978

VOL. 74, No. 337.

Págs. 137-144.

5.- CORWEN, H. C., AND BIRCH, H. G.

" PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL DEVELOPMENT IN HOME-READED CHILDREN WITH DOWNS SYNDROME (MONGOLISM) ".

J. MENT. DEFIC.

EXTRANJERO NLM.

ED. AMERICAN

1969-1974.

VOL. IV, No. 3

Págs. 341-350.

6.- CORNWELL, A.C. , AND BIRCH, H.G.

" PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL DEVELOPMENT IN HOME-READED CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME (MONGOLISM) ".

J. MENT. DEFIC.

EXTRANJERO NLM.

ED. AMERICAN
1964-1974.
VOL. XXIV, No. 31.
Págs. 341-350.

7 .- DE LEIKI, BH.
" ORAL CHANGES IN DOWN'S SYNDROME "
REV. FAC. ODONTOL. UNIV. NAC.
CORDOBA
ED. J. M.
JUL-DEC; 1977.
VOL. II, No. 9.
Págs. 71-78.

8 .- GRAHAM J. M.
" CHOANAL ATRESIA WITH DOWN SYNDROME (LETTER) "
J. PEDIATRIC.
EXTRANJERO NLM.
ED. J. M.
APR; 1981
VOL. IV, No. 98.
Págs. 664.

9 .- JASPERS M.T.
" TAURODONTISM IN THE DOWN SYNDROME "
ORAL SURG.
EXTRANJERO NLM.
JUN; 1981
VOL. VI, No. 51.
Págs. 632-636.

10.- KLINE LS; HUTCHINSON

" ACOUSTIC AND PERCEPTUAL EVALUATION OF HIPERNASALITY OF MEN
TALLY RETARDED PERSONS ".

J. MENT. DEFIC.

EXTRANJERO NLM.

ED. J. M.

SEP; 1980

VOL. II, No. 85.

Págs. 53-60.

11.- LOEVY H. I.

" PERIODONTAL DISEASE IN PATIENTS WITH DOWN'S SYNDROME ".

GDS. REV.

EXTRANJERO NLM.

ED. J. M.

MAR; 1979

VOL. III, No, 72.

Págs. 23-26.

12.- MIDDLEMOST, SHIER M.

" ORAL AND RELATED FINDINGS IN DOWN'S SYNDROME ".

J. DENT. ASSOC. S.

AFRICA

ED. S. M.

MAY; 1977

VOL. V, No. 32.

Págs. 255-268.

- 13.- MILLER SHIP, M.
" PERIODONTAL DISEASE IN THE INSTITUTIONALIZED MONGOLOID ".
J. ORAL MED.
EXTRANJERO NLM.
ED. J. M.
JAN-MAR; 1977.
VOL. I, No. 32.
Págs. 9-13.
- 14.- OJEDA LEON SERGIO, VAZQUEZ DE LARA SAAVEDRA LUCERO Y CADENA-
ANTONIA.
" PREMEDIACION EN ODONTOPIEDIATRIA ".
REV. ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA.
MEXICO D. F.
ED. ADM.
ENERO-FEBRERO-MARZO-ABRIL.
1983.
VOL. XL, No. 1-2.
Págs. 10-12.
- 15.- QUAYTMAN, W.
" THE PSYCHOLOGICAL CAPACITIES OF MONGOLOID CHILDREN IN A --
COMMUNITY CLINIC ".
QUARTELY REVIEW OF PEDIATRICS.
EXTRANJERO NLM.
ED. AMERICAN
1953-1958.
VOL III, No. 7.

Págs. 255-267.

16.- SAX; ENL.

" PERIODONTAL BONE LOSS IN PATIENTS WITH DOWN'S SYNDROME: A-FOLLOW-UP STUDY ".

J. PERIODONTOL.

EXTRANJERO NLM.

MAR; 1982.

VOL. III, No. 53.

Págs. 158-162.

17.- SAX. WESTERMARCK, T.

" PERIODONTAL DISEASE ASSOCIATED WITH DOWN'S SYNDROME: AN -- ORTHOPANTOGRAPHIC EVALUATION ".

J. PERIODONTOL.

EXTRANJERO NLM.

ED. J. M.

JUN; 1977.

VOL. VI. No. 48.

Págs. 337-348.

18.- SHOTWELL, A.M. Y SHIPE, D.

" EFFECT OF OUT-OF-HOME CARE ON THE INTELLECTUAL AND SOCIAL-DEVELOPMENT OF MONGOLOID CHILDREN ".

J. MENT. DEFIC.

EXTRANJERO NLM.

ED. AMERICAN.

1964-1968.

VOL. XVIII, No. 11.

Págs. 693-699.

19.- STEDMAN, O.J. , EICHORN D.H.

" A COMPARISON OF THE GROWTH AND DEVELOPMENT OF INSTITUTIO--
NALIZED AND HOME-READED MONGOLOIDS DURING INFANCY AND EARLY-
CHILDHOOD. "

J. MENT. DEFIC.

EXTRANJERO NLM.

ED. AMERICAN

1964.

VOL. II, No. 22.

Págs. 69, 391-401.

20.- STEINBERG. D.

" THE LINCOLN DENTAL CARIES STUDY: A THREE YEAR EVALUATION --
OF DENTAL CARIES IN PERSONS WITH V WARIOUS MENTAL DISORDE---
RS "

J. A.M. DENT. ASSOC.

EXTRANJERO NLM.

ED. J. M.

DEC; 1978.

VOL. VI, No. 97.

Págs. 981-984.

21.- TESINI, D.A.

" AN ANNOTATED REVIEW OF THE LITERATURE OF DENTAL CARIES AN-
PERIODONTAL DISEASE IN MENTALLY RETARDED INDIVIDUALS "

SPEC. CARE DENTIST.

EXTRANJERO NLM.

ED. J. M.

MAR-APR; 1981.

VOL. II, No. 1

Pags. 75-87.