



260
2dy
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TERAPEUTICA ODONTOLOGICA EN EL NIÑO
DEFICIENTE MENTAL.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ANGELINA RAMOS MACIAS

Ante mí

C.D. Ramón Rodríguez L.

MEXICO, D. F.

1987.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	GENERALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	4
	A. Embriología	
	B. Función del Sistema Nervioso	
	C. La Memoria	
III.	GENERALIDADES DE LA DEFICIENCIA MENTAL	16
	. Algunos antecedentes de tipo Histórico	
	. Deficiencia mental, definición.	
	. Las etapas fundamentales del desarrollo del niño normal	
	. Manifestaciones Clínicas del niño con Deficiencia Mental	
	. Variedades especiales de la Deficiencia-Mental	
	. Clasificación Clínica de las variedades de la deficiencia mental no progresiva	
	. Frecuencia	
	. Problemas dentales que presenta el Deficiente Mental	
	. Etiología y Enfermedades asociadas a la Deficiencia mental.	
	a) Deficiencia mental del metabolismo del Crecimiento y la Nutrición	
	b) Errores genéticos	
	c) Clasificación de la Deficiencia mental	

por diferentes causas.

IV.	CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS Y SOCIOLOGICAS	109
	A. El Odontólogo	
	B. El paciente	
	C. El paciente y su familia	
V.	EL MANEJO PSICOLOGICO DEL NIÑO DEFICIENTE - MENTAL Y SUS PADRES EN EL CONSULTORIO DEN- TAL	122
VI.	TRATAMIENTO BAJO ANESTESIA GENERAL	126
	. Definición de Anestesia General	
	. Indicações y Contraindicaciones de la - Anestesia Períodos y planos de la Aneste- sia.	
	. Métodos de Anestesia General	
	. Tipos de Anestesia usados en estos niños	
	. Tratamiento. Odontológico	
VII.	CONCLUSIONES	140
VIII.	BIBLIOGRAFIA	142

I. INTRODUCCION

I. INTRODUCCION

La importancia en los últimos años de la terapéutica odontológica en los niños Deficientes Mentales es que se han producido enormes cambios en la actitud general hacia los niños nacidos con impedimentos físicos o mentales.

Mas ahora por los incansables esfuerzos de la profesión, se ha eliminado casi totalmente el velo de la vergüenza asociados a estos niños y se acepta que son seres humanos con requerimientos especiales de rehabilitación.

Siendo que actualmente los padres de estos niños se dan cuenta que necesitan cuidados dentales restaurativos y preventivos, por lo cual nuestra profesión se está esforzando por satisfacer las necesidades del niño Deficiente Mental, ya que están incluyendo técnicas de tratamiento especiales.

Dichos tratamientos están relacionados directa o indirectamente con sus impedimentos tanto físicos como mentales, ya que sus mismas incapacidades a menudo impiden hábitos dentales adecuados, creando por ello serias amenazas a la salud.

Por lo tanto de acuerdo a lo mencionado anteriormente destaca la importancia del cuidado de estos niños, el cual gene

ralmente puede llevar a cabo con los procedimientos seguidos para niños normales, y aunque presenten incapacidades físicas o mentales no requieren de singulares esfuerzos, sino como lo mencionamos, del conocimiento, paciencia, comprensión y cariño requerido para estos casos.

Por lo cual este trabajo ha sido elaborado esperando que pueda servir de orientación para algunos Odontólogos que se interesen por el tratamiento de este tipo de niños, ya que mencionamos las causas principales de la Deficiencia Mental y las enfermedades asociadas a dicho padecimiento.

Estos pacientes pueden presentar o no alteraciones bucales específicas; los problemas que acarrear al tratar a éstos pacientes no son de restauración o rehabilitación de las estructuras bucales, sino problemas para el manejo del paciente y control de las variaciones emocionales y físicas que pudiera presentar el mismo.

II. GENERALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

EMBRIOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso central del embrión humano aparece al comienzo de la tercera semana de desarrollo como placa alargada y en forma de zapatilla de ectodermo engrosado, la placa neural, situada en la región dorsal media, por delante de la fosita primitiva.

Los bordes laterales de esta placa se elevan formando los pliegues neurales, los cuales circunscriben una depresión - llamada: surco neural.

Al continuar el desarrollo, estos pliegues neurales se elevan, se acercan a la línea media y experimentan fusión, así que se forma el: tubo neural. Dicha fusión comienza en la región del cuarto somita y continúa en dirección cefálica y caudal. Sin embargo los extremos caudal y craneal del embrión, la fusión se retarda algo, lo que forma dos neuroporos anterior y posterior que comunican el interior del tubo neural con la cavidad amniótica circundante.

El neuroporo anterior se oblitera en el período de 18- a 20 somitas. En dichas circunstancias el sistema nervioso central es una formación tubular cerrada que presenta una porción caudal larga, siendo la futura médula espinal, y una porción cefálica más ancha que se convertirá en encéfalo.

Después en el extremo cefálico del tubo neural aparecen tres dilataciones netas; las vesículas cerebrales primarias.

De adelante atrás se llaman: 1) Prosencéfalo o cerebro anterior; 2) Mesencéfalo o cerebro medio; 3) Rombencéfalo o cerebro posterior.

Simultáneamente con aparición de estas vesículas, el tubo neural se encorva en dirección ventral y presenta dos acodaduras; acodadura cervical, en la unión de rombencéfalo y médula espinal, y acodadura cefálica, situada en la región del mesencéfalo.

En el embrión de cinco semanas de edad, el Encéfalo ha progresado y se distinguen cinco componentes; aquí en esta etapa el Procencéfalo consiste en dos porciones: 1) Porción anterior el Telencéfalo, compuesto por una parte media y dos evaginaciones laterales, los hemisferios cerebrales primitivos.

2) Porción posterior, el Diencéfalo se caracteriza por la evaginación de las vesículas ópticas. El Mesencéfalo tiene pocos cambios y está separado del Rombencéfalo por un surco profundo: el Istmo Rombencefálico. El Rombencéfalo está ahora formado por: a) Porción anterior del Metencéfalo, que más tarde formará el puente y el Cerebelo, b) Porción poste-

rior, el Mielencéfalo, destinado a convertirse en el Bulbo raquídeo.

El límite entre estas dos porciones está caracterizado por una acodadura llamada: Acodadura pontina o protuberancial.

El interior de la médula espinal llamado: Conducto del Epéndimo o conducto central, continúa con la parte hueca de las vesículas cerebrales, lo que permite que el líquido cefalorraquídeo circule entre los hemisferios cerebrales y el extremo más caudal de la médula espinal.

La cavidad del Rombencéfalo se llama: Cuarto ventrículo, la del Diencéfalo: tercer ventrículo o ventrículo medio, y las de los hemisferios cerebrales, ventrículos cerebrales laterales.

El tercero y cuarto ventrículos en etapa inicial comunican por la luz externa del Mesencéfalo, en etapa ulterior, el interior del Mesencéfalo se torna muy angosto y aquí se le llama: Acueducto de Silvio, los ventrículos laterales comunican con el tercer ventrículo por los agujeros interventriculares de Monro.

EL SISTEMA NERVIOSO Y SU FUNCIONAMIENTO

El sistema nervioso es el conjunto de elementos anatómicos encargados de regir el funcionamiento de distintos aparatos del cuerpo.

En la más simple acción interviene un elemento nervioso (neurona) la que recoge las impresiones del medio ambiente y del interior del cuerpo y las transmite en forma de influjo nervioso por sus prolongaciones a otra neurona o célula efectora, esta envía dicho influjo por medio de sus prolongaciones al órgano efector (músculo, glándula, etc.) donde se producirá la reacción específica como: movimiento, secreción.

Las células sensitivas que recogen las impresiones del exterior pueden estar situadas en la periferia, como las células olfatorias, agrupadas en ganglios o bien estar más profundamente colocadas como en el espesor del Sistema Nervioso Central.

Con frecuencia entre neurona sensitiva y neurona motora se intercalan en el trayecto del influjo nervioso otras neuronas, en ocasiones en gran número formando el funcionamiento del Sistema Nervioso muy complejo. La acción de las neuronas intercalares permite la regulación de respuestas efectuadas con arreglo a impulsos nerviosos, las neuronas intercalares cu-

yo número es elevado forman un gran sistema de coordinación que liga todas las partes del organismo.

Del sistema nervioso depende el funcionamiento unitario del organismo.

Fisiológicamente:

El Sistema Nervioso humano está dividido en dos partes, pero que no son totalmente independientes entre sí.

- a) El Sistema Nervioso de la vida de relación.
- b) El Sistema Nervioso de la vida vegetativa.

a) El Sistema Nervioso de la vida de relación comprende el: sistema nervioso cerebroespinal, compuesto de una porción central formada por dos segmentos: uno superior, el encéfalo, contenido en la cavidad craneana, y otro inferior, la médula espinal, albergado en el conducto vertebral.

El sistema nervioso Central cerebroespinal se pone en relación con los órganos que inerva por medio de cordones nerviosos, parte de los cuales se desprende del encéfalo y constituye los nervios craneales mientras que los otros emanan de la médula y forma los nerviosos raquídeos. Los cordones nerviosos llamados "nervios" forman el sistema nervioso periférico.

b) El Sistema Nervioso vegetativo llamado por la escuela inglesa Autónoma, regula la actividad funcional de los órganos internos y actúa con cierta independencia del Sistema Nervioso cerebroespinal que sirve para ponernos en comunicación con el mundo exterior.

Su función consiste en regir los procesos metabólicos, secretores y las contracciones de los órganos dotados de musculatura de fibras lisas, por lo tanto regula todos aquellos procesos que se verifican con independencia de la voluntad. Las investigaciones fisiológicas han permitido diferenciar en el territorio del sistema nervioso vegetativo dos grupos: uno ha recibido el nombre de: Sistema Simpático, pues sus fibras derivan del gran simpático, el otro se llama sistema Parasimpático y sus fibras proceden de centros parasimpáticos colocados en el espesor del sistema cerebroespinal.

L A M E M O R I A

La memoria mecánica, es ya conocido que el impulso nervioso, al pasar por un cordón del sistema por primera vez, en una segunda repetición pasa sin mucho trabajo y en una tercera con mayor facilidad.

A esto que pasa por repetición se le llama: "facilitación por acumulación". Esta facilitación es en lo que consiste toda la memoria, tanto desde el punto de vista físico como psíquico.

Por lo cual podemos decir que un cordón nervioso tiene memoria ya que recuerda lo que ha pasado una vez con él.

Ewald Hering. Habla de la memoria como de un fenómeno general de la sustancia orgánica y dice: "el equivalente inconsciente de la memoria se encuentra en toda la materia viva; y se puede afirmar que también en la materia muerta".

La memoria, estudiada en sus actividades simples, puede compararse en aparatos mecánicos que imitan la conducta de un ser inteligente con esta capacidad.

La memoria en el hombre, la vida psíquica es de índole espacio temporal, decimos sencillamente que viene del pasado;

se manifiesta o actualiza en el presente, proyectándose al por venir.

La memoria "es la capacidad de poder revivir estados-
psíquicos pretéritos, reconocerlos como pertenecientes a nues--
tra propia experiencia y localizarlos en determinados momentos
en nuestro pasado".

La memoria es una función activa de todo nuestro organ
nismo; la conciencia misma en tanto que realiza su propia contin
nuidad.

Funciones básicas de la memoria:

Estas forman cuatro fases:

a) Adquisición: consiste en adquirir el material psí
quico que va a memorizarse (conocimientos, experiencias, prác--
ticas). Está relacionada con la atención.

b) Retención o conservación latente: el individuo re
tiene el material psíquico adquirido, consciente o inconscienteme
mente.

c) Reconocimiento: para reconocer un estímulo, es im-
prescindible que ya lo hayamos experimentado con anterioridad y

Algunas personas conservan la materia de alguna cosa - más fácilmente por imágenes visuales, auditivas.

4) Equilibrio: el principio selectivo de la memoria - aparece en la integración del material y su eliminación. La integración se manifiesta en el recuerdo, la eliminación en el - olvido.

LA MEMORIA EN LOS NIÑOS

La memoria empieza a desarrollarse en el niño aproxima- damente después de los quince días. (Bejterev y Scholovanov).

Del cuarto al quinto mes, el niño reconoce a su ma-- dre por la voz y, a partir de ese momento, empieza también a - reconocer a las personas y objetos que lo rodea.

El período "latente de conocimiento" o sea, el tiempo máximo que puede haber entre la primera percepción y la segun- da, para que ésta se reconozca como igual a la primera, es muy- pequeña: se reduce a unos cuantos días.

A los dos años aumenta hasta unas cuantas semanas y - el tercero hasta unos cuantos meses.

Existe el recuerdo al año, el recuerdo en el niño se -

fijado en nuestra mente.

d) **Recuerdo:** consiste en que espontánea o intencionalmente evoquemos de manera precisa la situación, el momento, el estímulo mismo ligado a todo proceso de nuestra vida.

El desarrollo de la memoria.

Este tiene gran utilidad en el aprendizaje también -- comprende cuatro fases: desarrollo, integración, organización y equilibrio.

1) **Desarrollo:** el organismo en general está en continuo crecimiento, aunque el desarrollo físico y psíquico hayan alcanzado el máximo en el organismo se desarrollan nuevas células y nuevas pautas psíquicas a lo largo de la vida.

2) **Integración:** ¿Por qué hay una actividad selectiva en la memoria? Una de las fuerzas directrices para integrar el material en la memoria es el "interés" este es distinto en cada persona y el resultado de muchos factores de la personalidad.

3) **Organización:** la memoria lo mismo que la atención, no pueden ser valoradas con relación a la frecuencia o duración sino de acuerdo con los intereses de la persona, preferencias y principios selectivos.

inicia después que sabe "reconocer" el lenguaje refuerza el recuerdo.

Los primeros recuerdos se refieren a la edad de cuatro a cinco años únicamente en casos aislados pueden referirse a edades anteriores con influencias emocionales muy fuertes.

En la primera infancia y la primera época preescolar, la memoria es involuntaria y sin un fin determinado.

Solo en la edad preescolar (a los cuatro o cinco años) empieza a retener en la memoria el modo voluntario.

La memoria infantil se caracteriza por ser de tipo objetivo; es decir, debido a una falta de conceptos generales, su memoria se apoya en la percepción de las relaciones concretas entre objetos.

La memoria se desarrolla y perfecciona con el lenguaje a medida que enriquece su experiencia.

III. GENERALIDADES DE DEFICIENCIA MENTAL

ALGUNOS ANTECEDENTES HISTORICOS

Con lo que respecta a la Deficiencia Mental se sabe que es conocida desde tiempos bíblicos.

Tanto la literatura griega como la romana tienen referencia de ella. Sin embargo el interés sobre esta afección, se presentó en la primera mitad del siglo pasado.

Dicho interés fue en Francia y Suecia, luego se diseminó a otras ciudades de Europa, posteriormente a los Estados Unidos.

Aquí el médico Samuel Gridley Howe, empezó a fundar instituciones residenciales para el cuidado de los deficientes mentales.

Se sabe que las primeras instituciones no tenían gran éxito en la rehabilitación de los niños afectados, presentándose los principales problemas de dichos malos resultados, eran la falta de una evaluación mutlidisciplinaria y de prescripción terapéutica.

Después de la segunda guerra mundial, algunos padres organizaron asociaciones con el objeto fundamental de rehabilitar a los niños afectados por la deficiencia mental.

Así los padres como profesionales dedicados a dicho cuidado de los niños deficientes mentales, sugirieron que estos deberían ser cuidados y rehabilitados en sus propias comunidades o al menos cerca de ellas, estableciendo así centros de Salud mental.

Para poder lograr la rehabilitación dentro de la comunidad se requieren de recursos y actividades, reconociéndose así la necesidad de contar con más profesionales capacitados para lograr dicho objetivo.

DEFICIENCIA MENTAL

DEFINICION

El concepto de Deficiencia Mental es referido a un rendimiento intelectual por debajo de un promedio general y se manifiesta durante el período de crecimiento del niño se caracteriza por una Conducta Adaptativa Inadecuada.

La deficiencia es un déficit intelectual el cual se origina y manifiesta en el período de desarrollo.

Se caracteriza por la dificultad en el aprendizaje y una inadecuada adaptación social, en ocasiones ambos.

La deficiencia mental se hace aparente antes de la edad escolar, el niño muestra atraso en caminar, hablar, comer solo, en fin ser útil a sí mismo.

El niño al crecer tiene dificultades para aprender y en la vida adulta es incapaz de ser independiente.

La incapacidad es en relación con el medio ambiente y el déficit intelectual.

La Asociación Americana en un estudio de la deficien--

cia mental ha clasificado diferentes tipos de deficiencia mental, según el criterio psicométrico, usando el Coeficiente Intelectual, así se consideran seis tipos de deficiencia.

Fronterizo	C.I.	68-63
Discreto	C.I.	52-67
Moderado	C.I.	36-51
Severo	C.I.	20-35
Profundo	C.I.	20

ETAPAS FUNDAMENTALES DEL DESARROLLO DEL NIÑO NORMAL

Para que el Odontólogo pueda apreciar el desarrollo anormal, atípico tendrá que familiarizarse primeramente con las Etapas del Desarrollo Fundamentales.

Así que no confundir los términos de Crecimiento y Desarrollo estos se podrán definir así.

a) Crecimiento: es el aumento de volumen debido a la multiplicación celular, que ocasiona en aumento corporal de la persona.

b) Desarrollo: serán las transformaciones que tiene un organismo desde el momento de la fecundación, lo que viene siendo, la diferenciación de los diversos componentes del organismo que conduce a una madurez de las distintas funciones psíquicas y físicas del individuo.

Como el crecimiento y el desarrollo siguen un orden establecido, el niño de cierta edad podrá realizar ciertas funciones estandarizadas dentro de la población normal.

El desarrollo se rige según ciertos parámetros:

a) Desarrollo motor

- b) Desarrollo del lenguaje
- c) Adaptación social

El desarrollo motor se presenta en un orden, realizándose, las funciones más simples integradas antes que las más complicadas.

Tenemos que las pautas motrices son:

- 1.- Mantenimiento cefálico
- 2.- Coordinación de la mirada
- 3.- Enderezamiento
- 4.- Marcha
- 5.- Transferir un objeto
- 6.- Caminar sin ayuda

Mas sin embargo, las etapas fundamentales motoras son poco valiosas para establecer el estado actual de desarrollo y por lo tanto la predicción del desarrollo futuro.

Así que lo anterior se debe a: las variaciones en la edad en que aparecen las etapas fundamentales motoras.

Las etapas fundamentales del desarrollo, particularmente, sentarse y caminar, aparecen frecuentemente a la edad promedio en el niño deficiente mental.

En desarrollo del lenguaje veremos que los sonidos vocales se adquieren antes los sonidos consonantes.

Por lo tanto tenemos que el desarrollo incluye un Período prenatal el cual se dividirá en los siguientes tres períodos, que a continuación están.

E T A P A S

1) Período de formación

- De huevo a mórula, el cual va desde el momento de la fecundación, hasta el día 14.

- En dicho período se formaran las tres capas de células germinativas las cuales son: Ectodermo, Mesodermo y Endodermo.

2) Período embrionario

- Va desde el día 14 al día 56

- En dicho período se formaran los distintos órganos y tejidos o partes de las células germinativas, y el embrión adquiere la forma en que permanecerá posterior natalmente.

3) Período fetal

- Va del día 56 al día 280 o bien el día de nacimiento.

- En dicho período los órganos aumentarán de volumen adquiriendo las proporciones y relaciones que persistirán -

después del nacimiento.

En varias observaciones y experiencias han podido establecerse, una serie de valores que se pueden usar como guía para así poder juzgar la normalidad o anormalidad en esta importante época del niño.

CARACTERISTICAS

Primer mes

- El peso suele oscilar entre 3,600 y 4,500 grs. al final de las cuatro primeras semanas de vida.

- Todavía no se presentan movimientos coordinados de los brazos y piernas, solamente aparecen reflejos de aprehensión de los objetos.

- El niño acusa de dolor y también manifiesta sensibilidad de tacto y gusto, también reacciona a la luz cerrando los párpados, igual responde a los sonidos.

- Su mirada se presenta vaga e indirecta, puede levantar la cabeza, momentáneamente.

- El lactante sano de esta edad suele dormir entre -

16 y 18 hrs. diarias, despertandose para ser alimentado.

Segundo mes

- Su peso oscila entre 4,300 y 5,500 grs. al final de la octava semana de vida.

- El lactante empieza a ejercitar el juego mímico, -- puede sonreír y también emitir sonidos de balbuceo, sigue con sus ojos las fuentes de luz, al igual que los ruidos, pero su musculatura ocular no es aún lo suficientemente potente.

- Al finalizar este período de vida, el niño podrá -- mover sus miembros agitadamente y es capaz de sostener la cabeza levantada al estar en posición prona.

Tercer mes

- Su peso oscila entre 4,800 y 6,800 grs.

- Sus movimientos son más coordinados.

- Instintivamente el niño agarra cualquier objeto, dirigiéndose así su mirada al objeto que ha llamado su atención.

- Empieza a dirigir sonidos diferenciados.

Cuarto mes

- Pesa entre 5,500 y 7,000 grs.
- Sostiene su cabeza ya sentado.
- Los movimientos de aprehensión serán totalmente -- coordinados y mantenidos, comienza a desarrollarse su memoria, - sabe reconocer a las personas.

Quinto mes

- Su peso está entre 6,000 y 7,500 grs.
- Realiza primeros ensayos para sentarse y hace movi- mientos de gateo.
- Muestra sentimientos de placer o de aversión.
- Analiza detenidamente los objetos mediante el gus-- to y también el tacto.

Sexto mes

- Su peso es entre 6,500 y 8,000 grs.
- El niño también se apoya sobre sus piernas cuando - se le coloca en posición erecta, también puede sentarse ya li-- bremente.

- Tiene manifestación de interés por personas y objetos.
- Responde a su nombre.
- Juega con los pies y se los lleva a la boca.
- Puede tomar alimentos, pasa también objetos de una mano a otra.

Tercer trimestre de vida

- Peso final del séptimo mes 7,000 a 8,000 grs.
- Peso final del octavo mes 7,500 a 8,700 grs.
- El niño puede rodar por el suelo y también avanzar gateando, a partir del octavo mes efectúa los primeros ensayos para poder mantenerse de pie.

Décimo mes

- Los primeros pasos son ya posibles, primero con ayuda.
- Se perfeccionan los movimientos de aprehensión y también acrecenta su vocabulario con palabras comprensibles.
- Comenzando a inventar palabras.

Duodécimo mes

- Camina tomado de la mano.
- Entrega el objeto que se le pida expresamente.
- Manifiesta sentimientos de simpatía, afecto o bien- de ira.
- Su vocabulario aún es muy reducido.

Quinto y sexto trimestre

- El niño puede andar solo y permanecer de pie sin -- apoyo.
- Empieza a repetir algunas frases.

Séptimo y octavo trimestre

- Hacia el final del segundo año el niño tiene gran- des progresos en el lenguaje pudiendo construir algunas oracio- nes.
- Imita actividades de los mayores.

Segundo a cuarto año

- A partir del segundo año el niño deberá ser educado

para la evacuación voluntaria de orina y heces, proceso formativo el cual debe ser complementado al tercer año.

- El niño utiliza los pies alternativamente al subir las escaleras.

- Su léxico es cada vez más rico, al cabo de los cuatro años ya conoce todos los objetos y personas de su medio ambiente.

- Su memoria ya está bien desarrollada.

Quinto y sexto mes

- Se complementa el proceso formativo del niño.

- Edad en la que ya puede ir solo al colegio pues se hace receptivo para algunas enseñanzas.

Pero existen otras clasificaciones:

Categorías	C.I.	Edad mental
Subnormalidad leve	50-69	8 a 12 años
Subnormalidad moderada	20-49	3 a 7 años
Subnormalidad grave	0-19	0 a 2 años

Neurólogos:

Categorías	C. I.	Características
Retardo mental <u>fisiológico</u> .	50 a 70	Sin otra evidencia de defecto neurológico.
Retardo mental <u>patológico</u> .	50 a 0	En forma moderada o grave, también presentan otros defectos sistemáticos o bien neurológicos.

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL NIÑO CON DEFICIENCIA MENTAL

Los padres con cierta capacidad, no tardan en darse cuenta de cualquier signo anormal del niño, alarmándose así al ver que el desarrollo de su hijo no es normal.

Existe retraso para sentarse, ponerse de pie, caminar, pronunciar las primeras palabras, así como la dificultad para adquirir los hábitos de higiene, soliendo ser signos reveladores de debilidad mental.

Siendo necesario investigar la existencia de trastornos como: sordera, ceguera, defectos congénitos de lenguaje y defectos motores, cualquiera de ellos puede ser responsable de un retraso aparente del desarrollo mental, al entorpecer el proceso de aprendizaje.

La inestabilidad emocional y el abandono también pueden provocar algún grado de deficiencia.

Es necesario que contemos con los datos clínicos como: historia clínica cuidadosa, con el objeto de determinar si el trastorno es de carácter progresivo o no, examen físico para así investigar anomalías del desarrollo del cráneo, esqueleto, etc.

La deficiencia mental se manifiesta tanto en actividades motoras como el lenguaje, comportamiento social, al igual que el desarrollo intelectual.

El niño con deficiencia mental grave (idiotia) el coeficiente de inteligencia (C.I.) es de menor de 20 y por lo tanto nunca será capaz de bastarse así mismo, siendo incapaz de sentarse, caminar, incorporarse, pero si acaso logra cualquiera de estas actividades motoras lo hará en forma imperfecta.

No domina el lenguaje a lo mucho aprende y pronuncia unas cuantas palabras más no oraciones.

No se relaciona con otras personas ni tampoco les comunica sus necesidades de alimento, no haciendo nada en su bienestar.

Su crecimiento físico se demora, la nutrición es insuficiente, frecuentemente hay susceptibilidad a infecciones -- respiratorias.

Las deformaciones físicas, las que hacen sospechar -- que la enfermedad comenzó en el período prenatal, por una alteración genética o bien un padecimiento que se desarrolló durante -- las primeras doce semanas de embarazo.

Algunas afecciones del Sistema Nervioso, se presentan en períodos más avanzados de la vida no ocasionan deformaciones físicas.

Si la deficiencia mental es menos intensa, con un C.I. de 20 a 50, o de 50 a 70 (Morón) y tampoco se acompaña de trastornos motores específicos, el niño así aprenderá a sentarse, caminar y también hablar aunque sea en forma tardía.

Habiendo una lesión o defecto cerebral suele revelarse cuando el niño es incapaz de hablar normalmente, a los dos o tres años de edad, pareciendo no estar en condición de aprender las cosas comunes del hogar.

El retraso en el desarrollo del lenguaje no se considera por si solo como un signo de Deficiencia Mental, ya que varios niños obviamente inteligentes y que además demuestran talento para expresarse por medio de ademanes son tardados para hablar.

En el niño Deficiente Mental su aspecto es característico, dejando ver su expresión la apatía y el embotamiento y actitud motora esta disminuída o bien por el contrario exagerada. Algunos son dóciles y efectivos, otros bien adoptan manías raras, siendo irritables y tienden a una actitud de destrucción.

Siendo el grado de esta hiperactividad se ve para designar al niño el cual se mueve incesantemente, es incorregible, golpeando o mordiendo a toda persona u objeto que se tropieze en su camino y el cual destruye cuando está a su alcance.

Algunos de los niños tienen extraordinaria agresividad y no hay manera de convencerlos, ni con halagos ni con castigos.

Otros niños, tienden a estar balanceándose con movimientos rítmicos, dando saltos y sacudir la cabeza, estos movimientos pueden ser efectuados hora tras hora, a menudo son acompañados de sonidos semejantes a chillidos u otras exclamaciones.

La ejecución de estos movimientos no son anormales, puesto que muchos niños con desarrollo normal, también los practican, pero en este caso, la anormalidad está en la insistencia.

La música tiende a estimular estos movimientos rítmicos a menudo agrada a muchos niños.

Los niños con Deficiencia Mental ligera con un C.I. que tiene de 50 a 70, crecen y se desarrollan en forma no muy

distinta de la normal, siendo posible adiestrarlos en algunas -
ocupaciones. Pudiendo algunos trabajar bajo la supervisión cu
dadosa de una persona capacitada.

VARIEDADES ESPECIALES DE DEFICIENCIA MENTAL

TRISOMIA 21 - SINDROME DE DAWN

Este es el único trastorno que aunque solo representa el 1% de todas las enfermedades mentales, es causa que del 30 - al 50% de los niños afectados ingresen a escuelas para deficientes.

Se advierte en la mayor parte de las células somáticas de pacientes con este síndrome de Dawn (retardados mentales).

Durante la meiosis los miembros de los pares cromosómicos se separan, de manera que la célula hija recibe la mitad de los cromosomas que presenta la madre. Si en lugar de separarse los miembros del par se desplazan hacia la misma célula (falta de disyunción) la célula poseerá 24 cromosomas en lugar de los 23 normales.

En la fecundación se añaden 23 cromosomas al gameto anormal, de lo cual resultan 47 cromosomas, tres de ellos idénticos (trisomía).

La frecuencia del síndrome de Dawn aumenta según la edad materna se considera que la falta de disyunción ocurre du

rante la oogénesis y no en la espermatogénesis.

La triada clínica característica es: Deficiencia Mental Moderada o Intensa, sus rasgos faciales son parecidos a los de la raza oriental con ojos oblicuos y baja estatura.

Las manifestaciones clínicas son como: la cabeza tiende a ser pequeña y ovalada, con la frente inclinada, las orejas son de inserción baja son redondeadas con lóbulos pequeños.

Los ojos son ligeramente oblicuos, debido a la presencia de epicanto que cubre el ángulo medio de la fisura palpebral, con frecuencia el iris muestra manchas de despigmentación de color blanco.

La nariz es ancha, la cara ancha y aplanada. A veces presenta el labio superior con arrugas, la lengua es grande, escrotal sobresale de la boca la cual tiende a estar abierta.

Presentan ausencia de dientes laterales o lo presentan en forma de barril.

Las manos son anchas y simiescas, la placa solo presenta un pliegue transversal, el dedo meñique suele ser corto y ligeramente encorvado hacia adentro a causa de la hipoplasia de la falange media.

El niño recién nacido presenta dimensiones normales, los rasgos orientales son notables ya que nos permiten reconocer el trastorno en estos niños.

La tasa de mortalidad es alta en los primeros años de vida, la muerte generalmente se debe a infecciones respiratorias, lesiones cardiacas intraventriculares con insuficiencia o bien casos que llegan a presentar leucemia.

Dentro del grupo de estos pacientes, solo algunos que dan bajo el cuidado médico, ya que pueden llegar a la pubertad o aún a edades avanzadas.

Entre las anomalías que se encuentran en el niño con síndrome de Dawn en cuanto al cerebro son: forma redonda igual que el cráneo, peso subnormal y una arquitectura de circunvoluciones relativamente simple, en particular las circunvoluciones temporales y frontales que son demasiado pequeñas.

CRETINISMO

Este padecimiento se debe a una deficiencia congénita de la secreción de la hormona por la Glándula Tiroides.

En cuanto a frecuencia es raro, pero se calcula 1 por 1500 pacientes.

Refiriéndose a su etiología el Hipotiroidismo puede ser primario (Insuficiencia de la Glándula tiroides), o secundario (Insuficiencia de Lóbulo anterior de la Hipófisis).

El primario es de tipo congénito y origina el cuadro clínico del cretino.

Se pueden distinguir dos variedades de Cretinismo; -- por Atireosis (ausencia completa de la Glándula Tiroides) y el Bocio.

Existen tres tipos de cretinismo que son:

Endémico, el Esporádico y de Familia y además puede existir el Hipotiroidismo Neonatal transitorio como un resultado de una sobredosis materna con medicamentos antitiroideos durante el embarazo.

Los síntomas y signos son pocos ya que la apariencia del niño es normal porque está bajo la influencia de las hormonas secretadas por la madre.

Los niños suelen tener un peso y talla de nacimiento normal o superior a la normalidad; su comportamiento y características son normales y solo en ocasiones presentan lengua agrandada.

El cuadro clínico después del nacimiento el Hipotiroidismo Congénito se manifiesta en forma gradual, por lo general en los 3 a 6 meses de vida.

- CRETINISMO ESPORADICO

Este aparece en zona donde hay suficiente yodo y los padres son normales.

Entre su etiología puede mencionarse:

Agenesia tiroidea

Defectos enzimáticos en la Biosíntesis hormonal

Bocios hipofuncionales

Entre sus manifestaciones clínicas encontramos principalmente; suspensión del crecimiento especialmente en tejido longitudinal, (enanismo). Abertura de las fontanelas, disminución del metabolismo basal, peculiares alteraciones de la piel, insuficiente desarrollo de genitales o Idiotismo.

Su cráneo es voluminoso y rechoncho, la raíz de la nariz es hundida, es muy frecuente la sordera e incluso la tartamudez.

CRETINISMO ENDEMICO

Este padecimiento suele presentarse en algunas regiones de tipo montañoso, etiológicamente guarda relación en la mayoría de los casos, con el agua bebida en esas comarcas, las cuales son carentes de yodo, puesto que modificando el agua desaparece el Cretinismo.

Dicha carencia yódica o bien la dificultad de su aprovechamiento a causa de sustancias bociógenas, impide la síntesis normal de la tiroxina, lo cual permite una hipersecreción de hormona hipofisiaria, cuya génesis es prenatal.

Las manifestaciones clínicas son: letargo, tendencia a quedarse dormido durante los alimentos y estreñimiento creciente.

Estas personas tienden a ser gorditos y bajos de estatura, sus tejidos son infiltrados de material mucinoso.

Sus faciales presentan aspecto arrugado y senil, con un hundimiento de la raíz de la nariz, ojos porcinos y una expresión de mal humor sus cejas y pelo son escasos.

Los signos y síntomas del Cretinismo se advierten desde el nacimiento o bien en el curso de los primeros meses de

período neonatal, lo cual depende de la Insuficiencia tiroidea.

Los niños son enanos, gruesos, obesos con nariz chata y ancha, sus ojos están separados debido a la anomalía nasorbital.

Los rasgos faciales muestran labios gruesos, protusión de la lengua, piel jaspeada y pálida, la actividad muscular es tá disminuida, las manos son cortas y anchas, también se presen ta retardo en la erupción de los dientes y mala oclusión debido a la macroglosia.

En la infancia llama la atención las facies caracterís ticas como son: llanto ronco, la lengua grande, vientre abultado y la hernia umbilical.

Lo que sugiere la Deficiencia tiroidea.

El diagnóstico y el tratamiento deben efectuarse lo -- más pronto posible ya que el desarrollo general y mental está -- en una relación directa con la edad en que se inicia el trata miento.

El resultado será satisfactorio solo cuando el diagnós tico se establece en forma temprana incluyéndose así de inmedia to el tratamiento.

Mientras que cuando la terapéutica es aplicada en forma tardía es posible aún suprimir muchas de las manifestaciones clínicas del Cretinismo, pero suele quedar algún grado de Deficiencia Mental.

Los grados más graves del Cretinismo se acompañan de imbecilidad completa y los más leves, el pequeño es flojo, plácido cuando está tranquilo. Si no se somete al niño al tratamiento el pequeño tendrá pocos adelantos de crecimiento o desarrollo mental.

Entre las manifestaciones bucales encontramos: los cam bios bucales más importantes se ven en forma congénita del Hipo tiroidismo, que afecta al niño en un momento en la que la mayoría de las estructuras orales se están desarrollando.

También frecuentemente la cabeza del Cretino es desproporcionalmente grande cuando se compara en relación con su cuerpo.

La Sinostosis de las suturas craneales están retrasadas normalmente, existe prognatismo maxilar, debido al poco desarrollo del mentón y a que el crecimiento condilar está notablemente alterado, la exploración radiográfica de la mandíbula se puede ver una hipocalcificación.

En ocasiones se ve un desarrollo anormal de los senos frontales y maxilares, la característica principal es el retraso en la erupción dentaria.

En los recién nacidos atiróticos hay un retardo neonatal, en la lactancia, y en los primeros años de la infancia se produce un retraso en la erupción de la dentición primaria, en una fase posterior a la infancia, el retraso en la caída de los dientes primarios da origen al retraso de la erupción de la dentición secundaria.

Los dientes pueden presentarse poco desarrollados, desviados de su posición y poco calcificados, generalmente hay - - diastemas.

La desarmonía al cerrar la boca es tanto por el anormal desarrollo de los maxilares, como por la erupción irregular y retrasada de los dientes.

En algunos pacientes seriamente afectados las cámaras pulpares son claramente mayores de lo normal debido a la posición de la dentina que está notablemente retrasada.

Puesto que la formación de la dentina se produce antes del momento del funcionamiento de la glándula tiroidea fetal y no resulta afectada por la Atireosis, pero los ameloblastos son-

sensibles a la ausencia de esta hormona.

Todos los niños que padecen Cretinismo presentan un aumento en la susceptibilidad a la caries, la lengua y los labios del Cretino están agrandados y pálidos, debido a la acumulación de material proteico en los tejidos intersticiales, esto da dificultad para comer y hablar.

El tratamiento profiláctico debe aplicarse a mujeres embarazadas en zonas de bocio endémico y aplicar también tomas de yoduro de potasio, debe evitarse la sobredosificación con medicamentos antitiroideos durante la época de embarazo.

El tratamiento curativo es administrar Tiroxina durante toda la vida del enfermo, la dosis debe ser controlada y vigilada a intervalos frecuentes durante los primeros seis meses y de ahí dos o tres veces al año hasta que pase la pubertad.

ANOMALIAS DEL METABOLISMO DE LOS GLUCIDOS.

La génesis de la mayoría de los defectos metabólicos - congénitos parecen influir, en una parte, factores de herencia-cromosómica y por otros factores químicos y biológicos capaces de dañar el huevo fecundado causando en él embriopatías cuya uterior repercusión es de índole química.

La mayoría de las metabolopatías congénitas obedecen a perturbaciones de carácter hereditario las cuales son consistentes en modificaciones experimentadas por los sistemas enzimáticos celulares.

Ya establecida, suele dificultar la persecución de los recambios metabólicos naturales hasta los productos fisiológicos terminales, quedando así diversos restos o cuerpos, eslabones químicos intermedios, no del todo desintegrados, que al -- ser anormalmente eliminados o depositados en exceso, dan lugar a que el trastorno metabólico logre traducción clínica.

GARGOLISMO (ENF. DE HUNTER - HURLER).

Esta enfermedad suele comenzar durante el primero o segundo año de vida, en una forma de Retraso estatural, piel muy gruesa, cifosis dorsolumbar, hepatomegalía, el cráneo se presenta grande y el cuello es corto. Las facies son toscas, la na--

ríz es hundida y ancha, la lengua es grande.

Todo ello les da una apariencia grotesca, parecida a la de las gárgolas (bocas de fuente y tejados de las catedrales góticas)

Otras manifestaciones clínicas son: las manos se presentan en forma de pala, y en algunos casos presentan radiográficamente opacificaciones, también padecen infecciones de tipo crónico junto a la Deficiencia Mental, en ocasiones presenta sordomudez.

Radiográficamente presentan Osteoporosis a nivel de la deformación cráneal, con un aumento en la densidad de la Calota y se ve gran silla turca en forma de Omega.

En los primeros meses de desarrollo puede ser normal el niño, pero posteriormente la Deficiencia Mental se hace progresiva.

El niño así va perdiendo habilidades que ha adquirido, como sentarse en una silla, coger objetos colgantes, pero a su vez conforme va pasando el tiempo tiene que ser ayudado para caminar o tal vez ya nunca lo podrá hacer, no podrá controlar sus esfínteres, algunos niños suelen decir algunas palabras más nocivas.

La Deficiencia Mental va evolucionando hacia el deterioro, así generalmente se produce la muerte antes de la pubertad.

OSTEOCONDISTROFIA (ENF. DE MORQUIO).

Es un tipo raro de malformación ósea de tipo congénito a menudo familiar, la cual afecta los huesos largos y la columna, esta se puede manifestar en el recién nacido.

Etiológicamente la enfermedad se debe a una Alteración de los cartílagos en conjunción que trastorna el crecimiento -- normal de las extremidades.

Clínicamente, las epífisis están deformadas o bien -- fragmentadas se han descrito gran variedad de deformaciones en los huesos largos.

También se ve aumento de los espacios intervertebrales y a causa de la irregularidad o deformación de las vértebras, -- además aparece cifosis dorsolumbar, acortamiento del cuello con lo que así la cabeza parece que está hundida entre los hombros.

El diagnóstico depende del examen radiográfico, este -- es un trastorno óseo no progresivo el cual a menudo se confunde con el Gorgolismo, la causa es que el aspecto del cráneo es muy

parecido al que se ve en esta enfermedad.

En algunos pacientes la mentalidad es normal, pero en otros la deficiencia es estacionaria.

La naturaleza del defecto anatómico no se conoce, no presenta trastornos viscerales, el defecto primario se atribuye a los condroblastos.

FENILCETONURIA (OLIGOFRENIA FENILPIRUVICA)

Este es un trastorno de tipo metabólico, etiológicamente es causado por una Deficiencia hereditaria de la fenilalanina hidroxilasa, lo cual hace que la fenilalanina se acumule y algunos de sus metabolitos (sobre todo el Fenilpiruvato, Fenil-lactato, Fenilacetato y la Hidroxifenilacetato) es un Síndrome caracterizado por Deficiencia mental.

La fenilcetonuria es transmitida como tara autosómica recesiva, la cual se presenta en forma clínica homocigota.

Con frecuencia de 1 por 15,000 nacimientos con el 0.7% de los hospitalizados en las instituciones para pacientes con Deficiencia mental, esta enfermedad también recibe el nombre de Enfermedad de Felling.

La etiología consiste en un déficit hepático en el Sistema enzimático fenilalanin -4- hidroxilasa, la cual convierte a la fenilalanina en tirosina, por lo cual se acumula en el organismo la fenilalanina y sus derivados, eliminandose así por la orina, ya que parte de la fenilalanina será diseminada al pasar por el riñón convertida así posteriormente en ácido fenilpirúvico.

Y clínicamente evoluciona con Idiotez, depresiones en ocasiones agresivas, crisis de tipo epiléptico, hiperreflexia, velocidad de sedimentación, y también presenta anomalías electrocardiográficas, el cerebro presentará atrofia, al igual que las suprarrenales y la glándula hipófisis.

Los pacientes afectados por la fenilcetonuria presentan inevitablemente Demencia la que se piensa que es debida a la interferencia con la mielinización del cerebro por la excesiva concentración de fenilalanina o bien de uno de sus metabolitos.

Así el exceso de fenilalanina también es responsable de la inhibición del Sistema de la tirosinasa, lo cual da como resultado una mayor palidez del pelo y la piel.

Para la reducción del exceso de fenilalanina aumentada incluso en el L.C.R. se hará indicación de una dieta sin proteínas que contengan este aminoácido.

Pronóstico, este es malo, salvo en casos precozmente - descubiertos (recién nacidos) y tratados con la dieta sin fenilalanina.

Su principal manifestación de la fenilcetonuria es la Deficiencia Mental, por lo común grave, ya que el estado mental es estacionario y no progresivo en niños mayores.

El daño cerebral parece estar limitado a un estado particular de sensibilidad en el desarrollo del cerebro.

El Diagnóstico temprano es esencial para el éxito del tratamiento ya que las Anormalidades neurológicas, ya establecidas, son en la mayor parte irreversibles.

Las anormalidades bioquímicas se podrán corregir impidiendo la acumulación de fenilalanina.

Lo cual se hace con una dieta especial en la que las proteínas serán restituidas por una mezcla de aminoácidos escasos de fenilalanina.

Dandose alimentos complementarios para proporcionar solo la cantidad de L - fenilalanina necesaria para el crecimiento del organismo.

Así con ello se intenta mantener el peso normal y los niveles de fenilalanina normales en el plasma, así se continuará hasta que el niño tenga por lo menos 4 años.

Los resultados del tratamiento dietético deberán revisarse.

Se ha obtenido un desarrollo normal en algunos pacientes tratados desde la infancia. También se ha visto que cuando el tratamiento se efectúa tardíamente, su principal objetivo será el de prevenir que haya más deterioro de tipo intelectual.

GALACTOSEMIA.

Este será otro de los padecimientos metabólicos congénitos, que son transmitidos por un solo gen autosómico recesivo.

Esta enfermedad consiste en una alteración congénita del metabolismo, la cual es provocada por alteraciones en la conversión de Galactosa a Glucosa y sus derivados.

Etiológicamente la enfermedad se debe a la falta congénita de una enzima específica la Galactosa -fosfato-uridil-transferasa.

La manifestación de esta enfermedad empieza después --

del nacimiento, cuando el niño es expuesto a la Galactosa (en forma de lactosa) ya sea en la leche materna o bien en la de vaca.

Algunas manifestaciones clínicas serán: vómitos, diarrea, desnutrición o imposibilidad para succionar, también la ictericia es evidente, al igual que el crecimiento del hígado y bazo, este cuadro puede ser confundido con Hepatitis.

Si la ingestión dietética de leche o Galactosa continúa, aparecen cataratas, seguidas de Deficiencia Mental estas aparecerán después de 3 ó 4 semanas de vida pasando así varios meses antes de que sea reconocida la Deficiencia Mental.

Si al niño se le examina poco tiempo después de la ingestión de leche, se verá que se encuentra la Galactosa en la sangre y en la orina, en la cual a su vez también aumentan los aminoácidos (principalmente los de tipo neutro) en ocasiones albúmina.

Todo ello a excepción de la Deficiencia Mental, puede evolucionar por completo cuando la Galactosa se suprime de la dieta, mejorando la ictericia y disminuye la hepatomegalia.

En ocasiones puede verse cirrosis hepática en el paciente galactosémico no tratado, pero solo se haya fibrosis re-

sidual años después en los pacientes que han sido tratados.

Así las cataratas mejoran, y de hecho pueden desaparecer, con una dieta la cual no contenga Galactosa; más por desgracia la Deficiencia Mental perdurará por toda la vida, puesto que no es reversible.

Tratamiento. Este consiste en la exclusión de la dieta Galactosa y los alimentos que la contienen. Los sustitutos-lácteos que se han utilizado con éxito en esta enfermedad son: Dextri-Maltosa y Nutramigen.

Con estos sustitutos lácteos ya mencionados se ha visto notable mejoría, cuando se le administre al niño una dieta, la cual no contega Galactosa y todos los síntomas excepto la Deficiencia Mental mejorarán por completo.

Así los pacientes podrán continuar con su dieta hasta que hayan alcanzado su desarrollo físico y neurológico.

DISPLASIA ECTODERMICA ANHIDROTICA

Este es uno de los síndromes hereditarios, en la cual la enfermedad afecta mayor o menor grado a los tejidos, de origen ectodérmico.

Su grado de afección depende de las diferencias de expresión de la misma variación genética, aunque puede ser posible que diferentes mutaciones genéticas estén afectadas en diferentes intensidades de la enfermedad.

La enfermedad será caracterizada por:

Anhidrosis, aplasia o escaso desarrollo de estructuras ectodérmicas (glándulas sudoríparas, dientes en una forma cónica en ambas arcadas, también deformaciones en cuero cabelludo y deformaciones en uñas) sialorrea y lagrimeo.

Puede haber intolerancia al calor con presencia de fiebre paroxística, más no se relaciona con infección, sino debido a la ausencia de las glándulas sudoríparas, su sistema de enfriamiento del cuerpo se daña, así estos niños presentan incapacidad para tolerar el calor con tendencia a desarrollar temperaturas elevadas.

Por ello debido al exceso de temperatura corporal, se encuentran convulsiones en la infancia.

También puede haber ausencia de las glándulas mucosas, como la mucosa nasal, así esta membrana se encuentra constantemente afectada por infecciones y se caracteriza por la presencia de incrustaciones secas (Rinitis crónica acompañada de feti

dez y con una formación de costras, la cual origina atrofia de dicha mucosa y degeneración de los huesos).

Esta es una enfermedad difícil de curar. Su mejor Tratamiento será: lavados alcalinos, seguidos de aplicaciones de yoduros, estrógenos y cuando sea posible estrechamente quirúrgico de las fosas nasales.

Cavidad bucal. En cuanto a ella se ha visto que el número de piezas presentes varía según el individuo.

En 82 casos de Displasia Ectodérmica y Anhidrótica, se vió que el 63.5% de estos individuos tenían más piezas superiores que inferiores y el 5.4% tenían más piezas inferiores.

La gran parte de las anomalías del número, estructura y forma de las piezas tienen un origen hereditario. Su naturaleza de la anomalía depende en alto grado de la Etapa embriológica de la manifestación, de la capa germinal afectada y del efecto de varios factores modificantes.

Su frecuencia de ocurrencia estará determinada por el modo de herencia y otros factores.

Algunas de las anomalías dentales aparecen independientemente como única alteración de la enfermedad, y otras solo --

una de un grupo de anomalías que comprenden un síndrome genético o un complejo de enfermedad.

DEMENCIA INFANTIL (ENF. DE HELLER)

Este trastorno presenta una etiología de tipo dudoso, se le considera como una enfermedad cerebral con una causa indeterminada o bien una forma de Esquizofrenia temprana.

Se ha visto que por regla comienza cerca de los 3 - - años de edad, viendose cambios de caracter es sin una causa justificada.

Algunas manifestaciones son: la irritabilidad, el negativismo la desobediencia y explosiones temperamentales injustificadas, al igual que inquietud y destructividad serán los síntomas sobresalientes.

Otras manifestaciones son: el niño en pocos meses pierde el habla por completo, al igual que la capacidad para comprender las palabras.

Así el niño gesticula y adquiere movimientos los cuales remedian a un tic, más las funciones sensitivas y motoras se ven normales.

Su control esfíntero desaparece y la regresión de las funciones mentales superiores prosiguen hasta llegar a una etapa de idiota.

Muchos pacientes llegan a edad adulta, internados en instituciones adecuadas.

DEFICIENCIA MENTAL SIMPLE

Dicho tipo incluye la mayoría de los niños con Deficiencia Mental.

Con una etiología indeterminada la cual no muestra Anomalías craneovertebrales ni neurológicas.

Su grado de deficiencia tiende a ser ligero.

El aspecto físico de los niños afectados no difiere mucho del normal, ya que se caracteriza de: crisis convulsivas -- frecuentes.

La capacidad para poder valerse por sí mismos, a pesar de la poca inteligencia, dependerá de la efectividad de la enseñanza.

CLASIFICACION CLINICA DE LAS VARIEDADES DE LA DEFICIENCIA
MENTAL NO PROGRESIVA.

Se ha observado que existen tres clasificaciones:

I. Deficiencia Mental acompañada de anomalías del -
desarrollo en estructuras no nerviosas.

A) Las que afectan estructuras del cráneo y esqueleto.

- Microcefalia
- Macrocefalia
- Hidrocefalia
- Craneostosis
- Enfermedad de Morquio
- Gargolismo
- Idiocia Móglica
- Cretinismo
- Disostosis Cleidocraneal
- Acondroplasia

B) Las que afectan estructuras no esqueléticas.

- Facomatosis (Esclerosis tuberosa, Enf. de Von Recklinghau
sen, Síndrome de Sturge - Webere)

- Disgenesia gonadal (Síndrome de Turner)
- Síndrome de Klinefelter
- Distrofia Miotónica
- Displasia Ectodérmica
- Cardiopatía Congénita
- Sordera y Cardiopatía Congénita por Rubeola Materna.

II. Deficiencia Mental sin anomalías del desarrollo - en estructuras, no nerviosas, pero con lesión focal (cerebral) - y otras anomalías neurológicas.

- Diplejía cerebral epástica con movimientos involuntarios - o sin ellos.
- Hemiplejía Cerebral Unilateral o Bilateral.
- Coreoatetosis Congénita o Ataxia
 - Kernicterus
 - Estado marmóreo
- Displejía Atónica Congénita
- Rara vez acompañado de otras Anomalías Neurológicas Musculares con caracter Hereditario

III. Deficiencia Mental sin signos de ninguna otra - anomalía o trastorno neurológico.

- Deficiencia Mental Simple
- Kernicterus (en unos casos)

- Hipoxia (en unos casos)
- Enfermedad de Heller Progresiva Variable
- Defectos mentales asociados a errores del metabolismo (Ga lactosemia, Fenilcetonuria, Hipotiroidismo, Enf. de la -- orina en jarabe de arce).

FRECUENCIA

La frecuencia de la Deficiencia Mental en los Estados Unidos e Inglaterra es del 3%.

Se calcula que en los Estados Unidos, que cada año nacen 126,000 niños con Deficiencia Mental.

Las causas de esta Deficiencia Mental son variadas, y se han tratado de clasificar en dos grupos:

1).- Debido a causas ambientales (privación cultural), y el grado de deficiencia será generalmente discreto.

2).- Por padecimientos que atacan al Sistema Nervioso Central.

Aunque se sabe que el principal factor etiológico es la pobreza y la incultura.

Como factores que intervienen en el parto distósico al igual en el trauma obstétrico son variados, y todos ellos podrán causar alteraciones neurológicas y sobre todo la Deficiencia Mental; el trabajo de parto largo, el parto muy rápido, una mala presentación del producto, ellos son factores que pueden -

ser evitados con una buena atención obstétrica y por lo tanto - evitar cualquier tipo de lesión Cerebral, en el momento del parto, ya que cualquier lesión después provocará la Deficiencia -- Mental en el niño.

Por ello no es posible separar estos dos grupos, puesto que los dos se suman e interaccionan.

En Inglaterra, aproximadamente el 3.7 por 1000 de los individuos que alcanzan la edad entre los 15 y 19 años, sufren una Deficiencia Mental grave.

Por los Estados Unidos se ha visto una frecuencia análoga; 3.6 por 1000 en un grupo de 15 a 17 años y 3.3 por 1000 - en el grupo de 10 a los 14 años. Se ha dicho que en este país - según las estadísticas viven en la actualidad aproximadamente - 5 millones de Deficientes mentales y que 126,000 nacen anualmente, por ello que se le considera un problema nacional, y en una forma similar debe ser visto en todos los países del mundo.

En México, se sabe que la proporción es del 12.2 casos por 1000.

Por ello, la inteligencia no es un resultado de un solo proceso de tipo mental, sino que es un extremo complejo y está integrada por diferentes capacidades que incluyen:

El pensamiento abstracto, la memoria visual y auditiva, el razonamiento causal, la expresión verbal, la capacidad para manejar conceptos, comprensión especial y quizá muchas - - otras capacidades.

En la actualidad sabemos, que el progreso escolar normal, depende del desarrollo ordenado de la memoria visual y auditiva, de la expresión y su facilidad del razonamiento abstracto y del estado emocional, ya que ellos son capacidades de las que a veces carece el niño Deficiente.

PROBLEMAS DENTALES QUE PRESENTA EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL

Los niños deficientes mentales no sufren problemas dentales específicos, pero la gran mayoría presentan un alto índice de caries, en una relación con niños normales.

Dicho aumento puede ser por su incapacidad de mantener una buena higiene dental, la mala higiene contribuye a un aumento del número y gravedad de enfermedades parodontales.

Ya que la mayoría de los niños afectados también sufren diversos problemas dentales de diferente gravedad y complejidad.

Además pueden presentar con menor frecuencia:

- Erupción tardía
- Exfoliación temprana
- Implantación irregular de los dientes
- Separación de los dientes (diastemas)
- Anomalías en la forma dental
- Hipoplasia del esmalte
- Caries
- Macroglosia relativa
- Maloclusión

- Tendencia a las afecciones bucales.

ETIOLOGIA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA DEFICIENCIA MENTAL

1. ERRORES DEL METABOLISMO
2. GENETICOS

Solo unas cuantas enfermedades son del todo de tipo -- genético o productos directos del medio ambiente, ese en cuanto a su patogénesis.

En el grado al cual el Medio Ambiente (microbiológico, físico, psicológico, químico) es dañino, dependerá de la dotación genética del huesped.

Ello puede representar un defecto de tipo genético específico fenotípicamente expresado como función así como estructuras alteradas o bien una cantidad inapropiada de una proteína determinada.

Varios factores han contribuido al interés reciente en las enfermedades genéticas:

- Mejor control del medio ambiente ya que la enfermedad es cada vez más endógena que exógena.

- Adelantos de la Biología molecular han visualizado el mecanismo de transmisión y expresión de la información genética permitiendo así la definición de ciertas enfermedades.

- Aunque las enfermedades genéticas no pueden ser curadas en el huésped, el conocimiento de los trastornos bioquímicos a menudo permitan medios racionales de tratamiento.

Así se dirigirá más atención a las enfermedades genéticas individuales que a los tópicos más amplios referentes a la Genética de la población.

Actualmente no sabemos con exactitud cuantos errores del Metabolismo existen.

Por los cálculos comunes de la cantidad de diversas clases de proteínas en el cuerpo, un promedio de aminoácidos por proteínas y la posibilidad de que en un punto determinado cualquiera de los 20 aminoácidos puede ser sustituido.

Aunque algunas variaciones son triviales, no conducen a desventajas biológicas, constituyendo sólo la base química de la individualidad.

Algunos otros defectos son intrínsecamente mortales contribuyendo a la elevada frecuencia de abortos espontáneos.

Presentandose variaciones no solo entre diversos padecimientos sino en los caracteres de los mismos, dependiendo de su sitio de alteración de la proteína y grado de la disfunción resultante.

Así los errores congénitos del metabolismo comunes son por reducción acentuada de la actividad catalítica de una enzima, siendo que la proteína falte físicamente o este presente, - pero alterada de manera que impida su función.

Los padecimientos de tipo genético pueden producir enfermedades por la acumulación del sustrato de la enzima o alguno de sus productos, o por falta o reducción de disponibilidad del producto de la reacción catalizada por la enzima defectuosa.

DEFICIENCIA MENTAL CON ALTERACIONES DEL METABOLISMO, DEL
CRECIMIENTO Y DE LA NUTRICION

Mucho progreso ha habido en el conocimiento etiológico (metabólico y genético) con respecto a la Deficiencia Mental.

En individuos sanos las diferentes fases del metabolismo están catalizadas por enzimas. Su síntesis de dichas enzimas se regula en los cromosomas por los correspondientes genes.

En algunos enfermos con deficiencia hay un defecto enzimático, debido a una mutación genética.

Los padres e hijos de los enfermos son sanos, pero la enfermedad afecta a varios hermanos, aunque su manifestación clínica sea variable.

El porcentaje de formas metabólicas genéticas de la debilidad mental es grande, lo más interesante es que algunas son influenciadas favorablemente por el tratamiento oportuno, podemos citar la: Fenilcetonuria, la Hipervalinemia, etc.

Se calcula aproximadamente que un 3% de enfermos internados en instituciones para deficientes tienen un trastorno me

tabolico que ocasiona dicha deficiencia.

LIPIDOSIS CEREBRAL INFANTIL (Enf. de Tay-Sach o Gangliosidosis)

Su característica común de las Lipidosis, será el almacenamiento neuronal o acumulación de lípidos que están formando parte de los constituyentes del tejido cerebral.

Ya que el cerebro tiene un 50% - 70% de lípidos en la sustancia blanca desecada y un 30 - 45% en la gris.

Se sabe que los lípidos que se acumulan en las neuronas de los enfermos con lipidosis son los esfingolípidos, dicho grupo comprende las: esfingomielinas, cerebrósidos, sulfátidos y gangliósidos.

Se han descrito otras enfermedades cerebrales en las que los lípidos no han sido identificados y su característica principal es que no se acompaña de acumulación de esfingolípidos.

La lipidosis cerebral infantil, es un padecimiento autosómico recesivo, se sabe que esta enfermedad tiene su origen en la parte central y oriental de Europa.

El desarrollo motor es normal hasta los cinco meses-

de edad, luego el niño se vuelve apático, indiferente, dejando de tener contacto con el medio ambiente, las habilidades que ha adquirido durante la maduración del Desarrollo motor, se pierden.

La apatía y la deficiencia mental al igual que la pérdida de la visión son progresivas. Existe una respuesta exagerada hacia el sonido, excesivo babeo, crisis de risas sin motivo, convulsiones, con frecuencia degeneración muscular bilateral. Al principio los músculos son hipotónicos, después de los dos primeros años de edad el niño presenta hipotonía, epasticidad y los reflejos osteotendinosos están exaltados.

Durante los primeros catorce meses, el cerebro es normal o puede mostrar discreta atrofia, luego es grande por el edema y la gliosis.

La enfermedad es invariablemente progresiva, la mayoría de los niños mueren entre los 2 y 4 años de edad.

fragmentos.

- **Translocación**, es la ruptura de los cromosomas con el subsiguiente cambio recíproco y reunión de los fragmentos.- La translocación entre dos cromosomas, puede producir la formación de un nuevo con dos centrómeros.

- **Duplicación**, es la presencia de un segmento cromosómico por duplicación o sea la misma secuencia de genes puede aparecer dos veces en el mismo cromosoma.

- **Aneuploidia**, esta es la anomalía cromosómica más frecuente, consiste en un exceso o falta de uno o más cromosomas - en separarse (disyunción) adecuadamente durante una de las dos divisiones meióticas que proceden a la formación del óvulo o del espermatozoide, o durante una de las primeras divisiones del cigoto.

GENE

Es la unidad genética situada en un locus particular de un cromosoma, que es determinante de un rasgo hereditario, - se sabe que dicho factor hereditario, constituido por una partícula microscópica, está formado químicamente por ADN.

El ADN (Acido Desoxirribonucleico) consta de la cono-

ERRORES GENETICOS

DEFICIENCIA MENTAL RELACIONADA A ANOMALIAS CROMOSOMICAS

Cada día se encuentran diferentes aportaciones en las que se asocian las anomalías cromosómicas y los trastornos psiquiátricos, por lo cual es indispensable, tener conocimientos básicos de la Genética.

La Genética es una rama de las ciencias biológicas, la que se ocupa del estudio de los mecanismos de la herencia, sus variantes y problemas como fenómenos relativos a la descendencia.

Hereditario es el término que se reserva para describir la transmisión de las características biológicas de los padres a los hijos en el momento de la concepción, cuando los gametos de los progenitores se unen para formar el cigoto.

Y el término congénito significa nacido con el individuo o sea se encuentra presente en el momento del nacimiento y debe ser aplicado a los factores que actúan durante la vida intrauterina, como: rubeola, la toxoplasmosis, radiación en el embarazo.

cida espiral cuyos pasamanos están compuestos por azúcar desoxirribosa y fosfato y los peldaños por: Adenina, Citosina, Timina, Guanina.

La disposición de las bases forma la clave genética y esta información es responsable de la estructura de la proteína.

Todas las enzimas son proteínas, las cuales son producidas de acuerdo con la información derivada del ADN nuclear.

Es necesario un eslabón intermediario, la síntesis de otra macromolécula, el ácido Ribonucleico (ARN) que lleva desde el núcleo del citoplasma la información del ADN.

El ARN que transcribe la información de las bases del ADN se llama ARN mensajero y sus secuencias lineales de aminoácidos en la cadena polipeptídica de una proteína dada, vienen determinadas exactamente por secuencias lineales de las bases de la clave original.

DAÑO GENETICO

Debido a influencias nocivas las que alteran los cromosomas portadores de genes, y las alteraciones de los mismos genes como: una sustancia química puede causar el rompimiento de los cromosomas, alterar la información contenida en un ge-

La característica es considerada como hereditaria - - cuando la frecuencia entre los parientes o familiares es mayor a la frecuencia encontrada en la población.

Cromosomas; la posibilidad de que las aberraciones cromosómicas (desviación del número o de la morfología normales de los cromosomas) fueran la causa de algunas de las malformaciones humanas y defectos hereditarios, se habían señalado desde hace muchos años.

Pero fué hasta 1956 cuando Tjio y Leven establecieron que el número normal de cromosomas es de 46 y así fue posible estudiar y relacionar anormalidades cromosómicas.

Trisomía. Es el aumento de un cromosoma sobre el par normal, o sea la adición de un cromosoma.

ERRORES EN LA ESTRUCTURA DE LOS CROMOSOMAS

Estos se producen durante la división celular y son:

- Inversión, cuando una región del cromosoma se invierte sobre sí mismo.

- Delección o pérdida, es cuando se pierde una porción cromosómica, por la unión inadecuada de los extremos de sus - -

ne.

En el embrión la muerte de una célula puede bloquear todo un sector de crecimiento y producirse efectos teratogénicos, si ello ocurre en una fase precoz de crecimiento causará el aborto.

La mayor intensidad de esta acción nociva determina su persistencia en la población o su pérdida por la muerte del portador antes de la edad reproductora.

Para que se entienda la alteración cromosómica señalamos estos ejemplos: las trisomías son anomalías cromosómicas sexuales, como es el Síndrome de Klinefelter con un genotipo XXY, y la inmensa mayoría de los casos de Síndrome de Down, en los que haya una trisomía regular del cromosoma 21.

La mayoría de los errores congénitos del metabolismo, se transmiten como trastornos recesivos nocivos.

La enfermedad se manifiesta en individuos que han recibido el gene en dosis dobles, por parte del padre o de la madre.

Ahora ya se encuentra con la ayuda de un asesoramiento genético que es:

- Aconsejar a los miembros de una familia en cuyo seno se haya manifestado una enfermedad determinada genéticamente, informándole del riesgo que sufran la misma enfermedad los futuros hijos.

- Diagnóstico prenatal de una enfermedad genética para facilitar el tratamiento precoz y lograr evitar en algunos casos la Deficiencia mental.

ABERRACIONES CROMOSOMICAS

Los Síndromes que se acompañan de Deficiencia Mental, causados por anormalidad cromosómica pueden ser clasificados en dos grandes grupos:

a) Síndromes autosómicos o aberraciones autosómicas.

b) Síndromes de los cromosomas sexuales o aberraciones cromosomas sexuales.

Aberraciones autosómicas.

Síndrome de Down, trisomía 21, genéticamente se considera porque los pacientes con Síndrome de Down, el 95% de los casos tienen 47 cromosomas con un cromosoma extra 21, la mayoría de los otros tienen 46 cromosomas con traslocación de un --

brazo largo de un cromosoma extra.

Entre sus características generales encontramos:

- Retardo físico mental
- Lentitud para sentarse, hablar
- Su nivel de inteligencia varía
- Son personas dóciles
- Estatura corta
- Cráneo con braquicefalia
- Abdomen prominente
- Cabello escaso y grueso
- Frente prominente
- Cara redonda
- Nariz corta, aplanada, presentan amplio puente nasal
- Fisuras palpebrales son estrechas y oblicuas, con epicanto
- Orejas dobladas
- Pocas mujeres son fértiles
- Los hombres no son fértiles
- Presentan cardiopatía congénita
- Presentan hipotonía
- Deficiencia mental

En sus características bucales podemos ver:

- Boca entreabierta

- Erupción tardía de las piezas caducas
- Exfoliación temprana de las mismas
- Incisivos laterales defectuosos o ausentes
- Anomalías en su forma dental
- Lengua escrotal
- Diastemas
- Paladar ojival
- Enfermedades parodontales
- Caries
- Maloclusión

MONOSOMIAS

Se definen como monosomías, las afecciones cromosomáticas, que se caracterizan por la falta de un cromosoma de un par de homólogos.

ABERRACIONES DE LOS CROMOSOMAS SEXUALES

Síndrome de Turner.

Disgénesis gonádica (45, X) se caracteriza por:

Cara de una forma triangular, una mandíbula pequeña, con una falta de caracteres sexuales secundarios de la pubertad como, falta de menstruación, falta de desarrollo mamal,

los órganos genitales externos son inmaduros.

Su hecho sobresaliente del Síndrome, es la agenesia -- ovárica, en lugar de ovarios dichos enfermos tienen, bandas de tejido conjuntivo las cuales son paralelas y están situadas debajo de las trompas de Falopio.

No hay folículos o células secretoras por lo cual los niveles de gonadotropinas son elevados.

En el punto de vista genético la mayoría de los enfermos tienen cariotipo 45 X, pero puede haber otros de 45X 46, -- XX con un cromosoma X.

En general el coeficiente intelectual de estos enfermos es levemente inferior al normal, siendo temerosos, emotivos, su coeficiente intelectual verbal es superior al no verbal, porque existen dificultades en la percepción y conceptualización.

Se han descrito casos de fenotipos masculinos con algunas de las características del Síndrome de Turner en los que hay: hipogonadismo, testículos atróficos.

Su tratamiento es a base de estrógenos después de la pubertad.

- Síndrome de Klinefelter (47, XXY)

Caracterizado por: ginecomastia (volumen excesivo de mamas en el hombre), el cual puede ser bilateral o unilateral, el tejido glandular es responsable del crecimiento, testículos pequeños duros e insensibles, implantación del vello pubiano fe menino, el vello facial disminuido, la Deficiencia mental es -- frecuente, su capacidad sexual es mínima siendo frecuente que - ingresen a hospitales psiquiátricos carecen de ocupación y algu nos padecen de alcoholismo.

- Síndrome de XXXX (48, XXXX)

Caracterizado por hipertelorismo apariencia del Sín-- drome de Dawn, luxación de cadera, algunas mujeres padecen alte raciones en sus menstruaciones y presentan Deficiencia mental.

- Síndrome XXXXX (49, XXXXX)

En pocos casos que se han descrito presentan: microce- falia, hipertelorismo, cuello corto, clinodactilia (curvatura- o desviación permanente de los dedos) todos ellos presentan De ficiencia mental.

Síndrome XXY (48, XXY)

Caracterizado por aplanamiento del puente de la nariz, epicanto, prognatismo, clinodactilia, hipotonía y Deficiencia Mental.

LA DEFICIENCIA MENTAL ASOCIADA A LA PREMATURIDAD

Es considerado que un niño prematuro cuando nace vivo y su peso al nacer es igual e inferior a 2 500 kg o su vida es menor de 38 semanas.

Los factores causales son:

Se ha visto que la prematuridad, es más frecuente en grupos socio-económicos que viven en malas condiciones higiénicas.

En las causas maternas se ha señalado: desnutrición, las infecciones crónicas, infecciones agudas como hepatitis, rubeola, pueden causar prematuridad, la muerte perinatal y fetos a término pero de peso subnormal, toxamias maternas, la edad de la madre, grupo sanguíneo. La prematuridad más frecuente es el primer embarazo y después del cuarto.

Las características del niño prematuro son:

En comparación al niño que nace con el peso normal, el prematuro presenta: inactividad, llanto débil, respiraciones irregulares, piel fina, arrugada y roja, con una deficiencia de grasa, uñas blandas, debilidad de los reflejos del vómito, poco desarrollo de los alveólos y capilares de los pulmones, ten-

dencia a la ventilación inadecuada con hipoxia, disminución de saturación de oxígeno y acidosis respiratoria y metabólica, --son frecuentes los desequilibrios de agua y electrolitos, ten--dencia a anemia, además los niños prematuros son predispuestos a la hemorragia cerebral.

Niños nacidos antes del sexto mes de embarazo, mues--tran en las pocas horas de vida, una anarquía completa y discon--tinuidad de las variaciones de potencial.

Las características del prematuro ya vistas, es fácil--comprender la gran vulnerabilidad que este tipo de niños tiene--al nacer, otros son anormales desde el momento de la concep---ción por lo cual se deduce que la prematuridad obstaculiza el--desarrollo.

Los prematuros forman un grupo muy heterogéneo y por--lo tanto la frecuencia con que se presenta la Deficiencia Men--tal y la magnitud de esta varían mucho.

El diagnóstico de prematuridad, se hace únicamente en--casos que no se pueda llegar a conocer la cuasa de dicha prema--turidad.

CLASIFICACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL POR SUS DIVERSAS CAUSAS

- Deficiencia Mental como consecuencia de infecciones e intoxicaciones.

Fenopatía Citomegalovírica

Existe la enfermedad de los cuerpos de inclusión citomegálicos la cual es adquirida "in utero", pueden causar unameningoencefalitis, la cual es destructora en el cerebro del feto, la cual más tarde provocará la Deficiencia Mental.

Su etiología, es causada por el llamado virus de las Glándulas Salivales en lactantes, esta enfermedad puede ser adquirida o bien manifestarse por Hepatoesplenomegalia, Anemia con Eritoblastosis, Púrpura trombocitopénica con Petequias, Hemorragias en las encías, Edema y Ascitis.

Algunas manifestaciones clínicas son: los niños pueden tener la cabeza normal, microcefalia o hidrocefalia, convulsiones, somnolencia y en algunas ocasiones se puede encontrar calcificaciones perivascular en las radiografías de cráneo.

Los niños supervivientes suelen ser retrasados. Siendo que la transmisión intrauterina ha sido probada en varias investigaciones que dicha virus hacen que éste puede haber si-

do recogido de las glándulas salivales, riñones, orina, hígado, adenoides, faringe durante largos períodos de tiempo en individuos asintomáticos.

Existen estudios que han demostrado un gran porcentaje de recién nacidos pueden tener anticuerpos, adquiridos por vía transplacentaria.

Se ha pensado que el cuadro fundamental en el Sistema Nervioso es el de una meningoencefalitis y alteraciones subsecuentes serán:

Hidrocefalia, hemorragias cerebrales, encefalodistrofias y Deficiencia Mental.

Alteraciones histopatológicas.

Consisten en una meningoencefalitis granulomatosa, necrosante perivascular y también se ven calcificaciones perivasculares, en ocasiones los nervios craneales y médula espinal pueden ser afectados.

Su diagnóstico, podrá confirmarse con la biopsia de hígado, orina, con técnicas especiales, aislando el virus en el cultivo de tejidos.

Tratamiento. Hasta la fecha no se ha encontrado ningún tratamiento efectivo para la infección.

EMBRIOPATIA RUBEOLICA

En el año de 1941, Greg descubrió la rubeola materna - la que causa malformaciones.

En día se sabe que la Deficiencia Mental, la microcefalia, algunas lesiones de corazón, sordera y las cataratas, pueden ser originadas por la rubeola materna, en los primeros tres meses de embarazo.

Se ha visto que dicha enfermedad puede ser la causa de algunos casos de: hidrocefalia, agenesia del cuerpo calloso, -- epilepsia, y retardo en la dentición.

Cuando la madre a adquirido la enfermedad en el primer trimestre del embarazo, el 15% de los casos terminan en abortos espontáneos y otros productos nacen con defectos.

Igualmente se han observado serios trastornos neurológicos en los niños infectados después del primer trimestre. Se ve también sordera que es causada por un desarrollo defectuoso del órgano de Corti.

La rubeola causa serias lesiones del Sistema Nervioso del feto en el 81% de los casos. El déficit mental puede ser en ocasiones el único signo de la enfermedad.

En la actualidad han sido descubiertas varias vacunas que provocan inmunidad y son seguras, por ello no es difícil que en el futuro pueda ser evitada la Embriopatía Rubeólica.

Dicha vacuna puede darse en el período que va de un año en edad a la pubertad.

Por lo que las mujeres deben evitar exponerse al contagio de rubeola durante el embarazo. Lo cual es difícil ya que se ha dicho que la enfermedad suele ser asintomática en la madre y provocar por lo tanto malformaciones cerebrales en el feto.

En la madre la enfermedad puede reconocerse en casos comunes por ciertas manifestaciones como: escalofrío, fiebre de 40.6°C, dolor en el cuerpo y cara, erupciones cutáneas (máculas color rosáceo, las que luego se obscurecen) lo más común el crecimiento de ganglios suboccipitales y retroarticulares al igual que su hipersensibilidad.

Por lo tanto toda mujer embarazada que haya estado expuesta al contagio (período de incubación de 17 a 23 días) o -

bien en la que se vean los síntomas debe ser tratada con: gamma globulina, dosis de 1,500 - 3950 mg, via intramuscular en las primeras 6 semanas de embarazo 750 mg en las 6 - 12 semanas si guientes, nada en estadios posteriores.

En niños tanto las cataratas como sordera deben inves tigrarse y corregirse a tiempo para evitar privación sensorial. Las cataratas pueden operarse después de 6 meses.

Por cada 100 mujeres que hayan tenido rubeóla en las primeras 12 semanas de embarazo habrá 70 niños que sobrevivirán sin defectos congénitos, aunque 10 de estos es posible que ten gan un grado de sordera.

El exceso de muerte fetal y posnatal en el grupo con rubeóla sobre controles es de 9 y el exceso de niños que sobrevivirán con defectos es de 11 aunque unos pocos de estos niños tendrán múltiples defectos incapacitadores como: ceguera y sor dera.

Las tragedias sociales causadas por la rubeóla en el embarazo son el exceso de muerte posnatal y niños sobrevivientes con fuertes defectos sobre el riesgo normal.

Recomendándose en dichos casos el aborto terapéutico - debido al estado mental de la madre, tras de considerar trage--

dias potenciales.

Sin embargo mujeres embarazadas son las que deben decidir si deben continuar o terminar el embarazo.

SIFILIS CONGENITA

La sífilis como enfermedad adquirida ha aumentado su frecuencia en muchos países.

Por lo tanto la sífilis congénita también ha aumentado. En niños la sífilis congénita es mucho más frecuente, ya que se transmite a través de la placenta después del cuarto mes de embarazo. Su detección precoz de los casos, seguidos de tratamiento inmediato, es necesaria para disminuir la sífilis congénita y la neurosífilis (siendo en la actualidad más frecuente en el varón).

La sífilis durante el embarazo puede causar:

- a) Aborto
- b) Muerte del recién nacido
- e) Sífilis congénita

Se deben hacer pruebas serológicas en el primer trimestre y como esta enfermedad puede adquirirse durante el emba

razo deben practicarse en el tercer trimestre.

La sífilis congénita precoz se hace aparente en el niño hasta la tercera o cuarta semana, aunque algunas veces cuando el feto está seriamente infectado, nace prematuro presentando abdomen prominente y con piel seca.

En ocasiones el primer signo es una coriza y síntomas parecidos al del secundarismo en el adulto. Como: erupción cutánea, máculo popular, La erupción están en las manos, plantas de los pies, cara y porción glútea. Las lesiones son muy infecciosas.

La rinitis se manifiesta por: edema de mucosas, exudado mucopurulento, con ulceraciones que sangran, respecto al hígado casi siempre está crecido y se ictericia y anemia.

En la sífilis congénita precoz es frecuente la linfadenopatía epitroclear, hemiplejia, parálisis epástica, convulsiones.

Los signos persistentes son: nariz en forma de silla de montar, el dorso forma un ángulo entrante frente olímpica (abombamiento), tibia en sable, dientes de Hutchinson caracterizado porque los incisivos tienen forma de tonal (superiores) presentan muescas en su borde libre, muelas en forma de mora.

La manifestación frecuente de la sífilis puede aparecer de los 4 a los 20 años de edad caracterizada: por fotofobia, lagrimeo, congestión pericorneal.

La sífilis congénita tardía o parálisis general juvenil, es acompañada de los signos descritos ya, las pupilas desiguales, de forma irregular con pérdida de reacción a la luz y conservación óptica.

Nariz en forma de silla de montar presente en el 73.4%

En enfermo presenta ideas delirantes tipo infantil, se torna irritable, desobediente, grosero, con trastornos de orientación y de memoria, dificultad de aprendizaje, alteraciones de juicio, positividad de las reacciones serológicas de sangre o antecedentes de sífilis en la infancia.

Casos no tratados presentan la curva parética de Lan--ge.

El diagnóstico de la sífilis durante la gestación se practicará con pruebas serológicas, el mejor medio para descubrir la lues del embarazo, desgraciadamente los resultados no siempre proporcionan una respuesta satisfactoria al problema de la sífilis.

Las pruebas serológicas no significan necesidad de un tratamiento de la sífilis, ni siquiera la indican con seguridad.

El tratamiento a este tipo de infección es:

Sífilis de embarazo (vía intramuscular profunda) 2 400 000U- aplicar benzetacil (acción prolongada, suspensión estéril de penicilina G benzatina) frasco ampula de 2 400 000 U la mitad en cada glúteo.

Sífilis primaria o secundaria. Adultos (vía intramuscular profunda) 2 400 000 U cada semana durante dos semanas; niños menores de 6 años la mitad de la dosis.

Si la enferma durante el embarazo no tolera la penicilina se tratará con:

Eritromicina base 30 mg en un período de 10 días.

TOXOPLASMOSIS

La toxoplasmosis puede ser congénita o adquirida, es causada por la infección de un protozoo parásito intracelular, el toxoplasma Gondii, el cual fue aislado como una nueva especie en 1909 de un roedor de Noráfrica, el Gondii.

En 1959 Wolf, Cowe describieron varios casos de: encefalomielitis infantil, como resultado de infecciones congénitas causadas por este parásito, el cual al pasar a través de la placenta, resulta una causa más de Deficiencia Mental.

El toxoplasma Gondii mide 2 a 3 micras, puede tener forma redonda, o de media luna, pudiendo atacar a cualquier célula de mamífero o de ave, excepto los eritrocitos nucleados.

La toxoplasmosis humana puede ser congénita o adquirida.

En la forma congénita puede manifestarse por:

- a) Prematuridad
- b) Niño a término
- c) Niño muerto
- d) Niño con infección activa con características de fiebre, ictericia, hepatomegalia, convulsiones.

El niño nace aparentemente sano, más tarde presenta síntomas y signos de: hidrocefalia, convulsiones, epasticidad de las cuatro extremidades, calcificaciones intracraneales, anemia, ictericia, linfadenopatía, alteraciones de L.C.R. y Deficiencia Mental.

En sí los síntomas más frecuente son: Convulsiones, hidrocefalia microcefalia y Deficiencia Mental.

La forma adquirida de encefalitis aguda por el toxoplasma se caracteriza por: Convulsiones, cefaleas, vómitos, presencia de linfadenopatías.

Esplenomegalia, L.C.R. se encuentra pleocitosis de 30 a 200 células por mm cúbico.

El Sistema Nervioso Central sufre meningomielitis grave, con lesiones inflamatorias, necrosis, formación de quistes, esta enfermedad puede evolucionar en forma negativa y así el enfermo morir o bien quedar con secuelas: Deficiencia Mental, convulsiones y parálisis.

Según algunas estadísticas, la frecuencia en México de la toxoplasmosis y la Deficiencia Mental, en lapso de 9 años (1959-1968) no se registró ningún caso de dicho padecimiento en Hospital General.

Pero en el Hospital Infantil de 4,500 autopsias realizadas de (1947-1968) solo se encontraron 63 casos de toxoplasmosis con las principales lesiones de: Calcificaciones cerebrosas, hidrocefálic, focos de fibrosis cerebral; por lo que respecta a los principales síntomas fueron: Deficiencia Mental,

alteraciones en algunos pares craneales.

En un estudio practicado en un grupo de 75 niños con Deficiencia Mental, se encontró positiva la prueba de colorado de Sabin - Foldman en un 26% de los casos, lo que no demuestra que la causa de la Deficiencia Mental en este grupo de niños -- haya sido la toxoplasmosis.

Su tratamiento: se han empleado dos sustancias: Sulfonamidas (Sulfatiazol, Sulfadiazina, Sulfametoxipiridezina) - y un antipalúdico, la Pirimetamina (Daraprim) la asociación de las dos sustancias han sido efectivas en el tratamiento de la toxoplasmosis generalizada aguda, pero es ineficaz para erradicar los parásitos enquistados y por lo tanto las secuelas.

ENCEFALOPATIAS PROVOCADAS POR OTRAS INFECCIONES PRENATALES

Varias enfermedades infecciosas en el embarazo pueden alterar el desarrollo normal del producto y por ello es causa directa o indirecta de la Deficiencia Mental.

Infecciones bacterianas agudas en el tercer trimestre del embarazo pudiendo producir parto prematuro. No se ha demostrado que el virus de la influenza sea teratogénico (malformaciones congénitas), no obstante en la mujer embarazada es severa acompañada de un aumento de mortalidad.

Al adquirirse en el primer trimestre, es factible que se acompañe de muerte fetal, aborto, y trastornos neonatales.

La Hepatitis infecciosa puede provocar un aumento en la mortalidad fetal y es muy severa en la mujer embarazada.

Otra es la Mononucleosis infecciosa pudiendo ser más severa en mujeres embarazadas.

También se encuentra la Varicela y el Sarampión en el embarazo pueden causar: aborto, prematuridad, infección congénita, en el primer trimestre.

Sarampión puede causar malformaciones congénitas cuando se adquiere al comienzo del embarazo.

El virus de la Parotiditis causa mayor incidencia de muerte fetal.

El virus Coxackie causa infecciones fetales y neonatales severas como: Miocarditis y Meningoencefalitis.

El Herpes Zoster de la embarazada causa aumento en incidencia de cataratas congénitas.

Cuanto más temprana sea la infección, tanto mayor es -

el riesgo que corre el feto.

INFECCIONES PERINATALES POR VIRUS HERPES

El grupo de los virus herpes que están asociados a enfermedades del Sistema Nervioso son:

Herpes simple, Varicela - zoster, Virus citomegálico.
Virus Epstein - Barr.

El virus herpes está compuesto de DNA, tiene una envoltura de lípidos y se multiplica en el núcleo de la célula. Con la característica de causar infecciones latentes, pueden estar latentes los virus, hasta que el estímulo desencadena la infección. Varios estudios han demostrado que dicho virus causa importantes trastornos neurológicos y Deficiencia Mental, el virus puede ser adquirido por tres vías:

- De los genitales de la madre infectados en forma ascendente.
- En el paso del feto por el canal genital infectado de la madre.
- Por propagación trasplacentaria.

Hay dos tipos de herpes simple: el que infecta la mucosa

sa oral (Tipo I), y el que infecta órganos genitales (Tipo - - II).

Tipo I - es la causa de la mayor parte de infección bucal y faríngea, meningoencefalitis y dermatitis en la mitad del cuerpo.

Tipo II - se ocupa de la mayor parte de infecciones genitales.

La infección del recién nacido guarda relación con el tipo II, suele estar causada por contacto del neonato con lesiones vaginales de la madre, durante el parto.

Dichas infecciones del neonato causan: infecciones - diseminada al cerebro, hígado, suprarrenales y pulmones:

Cuadro clínico: existe conjuntivitis seguida de queratitis, cataratas y ceguera, hepatomegalia e ictericia, esplenomegalia, erupción de vesículas, el Sistema Nervioso se ve atacado por: meningoencefalitis hidrocefalia y Deficiencia Mental.

ENCEFALOPATIAS PROVOCADAS POR INFECCION CEREBRAL POSNATAL

La Deficiencia Mental puede ser causada por infecciones que atacan en la infancia a las estructuras cerebrales y --

sus cubiertas.

Así el niño se desarrolla bien hasta el momento en que padece la enfermedad o infección que ataca su cerebro. La evolución del desarrollo abarca cuatro aspectos de conducta.

- 1) Desarrollo motor
- 2) Lenguaje
- 3) Adaptación
- 4) Conducta personal y social

Entre las encefalopatías provocadas por infección posnatal cerebral tenemos:

Meningitis bacteriana o purulenta son padecimientos -- frecuentes en niños con alto grado de incidencia mortal y secuelas.

Los responsables son el Meningococo, Escherichia Coli, bacterias causantes de la meningitis la que se presenta en el período que va del nacimiento a los dos años de edad.

La infección meníngea por Estreptococo, Estafilococo, Pseudomonas Salmonella y otras provocan pus, estas se presentan con menor frecuencia.

El principio de la Meningitis purulenta es agudo, los síntomas principales en la infancia (0-2) años son: fiebre, vómito, alteraciones del estado de conciencia, prominencia de la fontanela anterior.

Aquí es necesario que se haga examen de L.C.R. En la niñez la fontanela anterior esta usualmente cerrada y por ello deja de ser un signo de aumento de la presión intracraneal y -- aquí los principales síntomas de meningitis son: Rigidez de -- cuello, cefalea, signo de Kernig, el L.C.R. por lo general está turbio contiene pus y bacterias, las proteínas estan elevadas, la glucosa está baja.

Si el diagnóstico al identificar las bacterias en el sedimento se lleva a tiempo y se hace un tratamiento enérgico - habrá así un buen pronóstico.

Las Meningitis purulentas pueden dejar secuelas severas, como:

Sordera, hidrocefalia, epilepsia y Deficiencia Mental.

Para su tratamiento a dicho padecimiento la Ampicilina es el antibiótico que se considera más efectivo.

Si el agente causal es el Meningococo, la Penicilina -

es el mejor medicamento.

Existen otros dos tipos de meningitis:

MENINGITIS TUBERCULOSA

MENINGITIS VIRAL

INFECCIONES VIRALES DEL SISTEMA NERVIOSO

Se sabe que la mayoría de los virus que atacan el Sistema Nervioso en el hombre, lo hacen luego que se han multiplicado en otros órganos, diseminándose por vía hematógica o por fibras nerviosas.

Se pueden clasificar en: virus que contienen Acido Ribonucleico y virus que contienen: Acido Desoxirribonucleico.

ENCEFALOPATIA CONGENITA PROVOCADA POR TOXEMIA MATERNA DEL EMBARAZO

Se sabe que las toxemias maternas severas en el embarazo pueden causar Deficiencia Mental.

Las manifestaciones clínicas son: Hipertensión arterial, proteinuria detención de líquidos, cefaleas, trastornos visuales, anorexia, hematuria, dolor epigástrico, insuficiencia

renal con anuria y en casos graves: convulsiones y coma.

En el embarazo que existe edema, es conveniente la restricción de sodio a menos de 2 grs. diarios.

ENCEFALOPATIA PROVOCADA POR OTRAS INTOXICACIONES MATERNAS

Se han mencionado como causa de defectos congénitos de Deficiencia Mental los siguientes tóxicos:

Quinina; ergotamina; plomo; (drogas empleadas en abortos clandestinos) talidomina; yodato de potasio; probiltiouracilo, metrotexata fenobarbital y otros.

DEFICIENCIA MENTAL CONSECUTIVA A TRAUMA O AGENTE FISICO

RADIACION

En estudios ya vistos se ha visto que los rayos X a la madre, durante el embarazo produce malformaciones. Al hablar de radiaciones debe comprenderse: Radioterapia (radiación terapéutica); Radiodiagnóstico Isopos; Desintegraciones atómicas -- (industriales).

ASFIXIA FETAL subsiguiente a anoxia, anemia e hipotensión materna

Se han puesto de manifiesto en observaciones hechas en clínica, que la asfixia fetal puede ser provocada por:

Hemorragia intrauterina; defecto de la circulación placentaria debido a desprendimiento prematuro; placenta previa; dificultad con el cordón; otras interferencias en la oxigenación placentaria; adm. de anestésicos; envenenamiento por dióxido de carbono.

ENCEFALOPATIA causada por traumatismo durante el parto

En el parto los factores que intervienen y trauma obstétrico son varios y ellos pueden causar alteraciones neurológicas y Deficiencia mental.

Distinguiremos los principales:

Trabajo de parto largo; parte demasiado rápido; mala posición del producto; aplicación de fórceps o de Vaccum; compresión del cordón; colapso circulatorio; isquemia; hemorragia; congestión; inhalación de líquido amniótico.

Durante el parto por traumatismo podemos causar:

Hemorragias intracerebrales; hematomas subdurales; isquemia (anoxia) si invade los dos hemisferios y los centros respiratorios están incluidos en la lesión, el niño muere, más si los centros vitales no son atacados y la lesión está generalizada, el niño presentará Déficit mental.

ENCEFALOPATIA subsiguiente a lesión posnatal

Traumatismos craneales pueden causar daños amplios al cerebro dejando como secuela la Deficiencia Mental.

Fracturas de cráneo; si afectan la base de éste son responsables de infección de los elementos intracraneales y así causar una Meningitis o un Absceso cerebral.

Así como consecuencia del traumatismo en el Niño, puede padecer: Conmoción; contusión cerebral (edema y hemorragias capilares localizadas en los hemisferios); laceración cerebral; compresión cerebral, subsiguiente a una hemorragia intracerebral que puede ser Extradural, Subdural o Intracerebral.

Sintomatología del hematoma subdural en niños se manifiesta por:

Dificultad para alimentarlo; vómitos; fiebre; irritabilidad; llanto intenso; y se verá que el niño no aumenta de pe-

so. Por lo tanto estos niños se debilitan, siendo invadidos por diferentes infecciones pulmonares y digestivas.

IV. CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS Y SOCIALES

INTRODUCCION AL TEMA

Partimos que tanto el odontólogo, como el paciente son seres humanos, podemos ver que existen factores Sociológicos y Psicológicos en la situación dental.

El odontólogo y el paciente son el producto de su experiencia y de un medio ambiente social. Dichas experiencias -- son diferentes para ambos y tienen diversas normas, valores y -- anhelos con respecto a la vida en general y a la situación dental en particular.

Lo cual tiene el potencial de crear problemas, así -- pues cuando el odontólogo conozca las ramificaciones de dichos factores, estará más preparado para enfrentarse a dichos problemas.

Así cuando los factores sociológicos y psicológicos, son de suma importancia en la práctica dental, estos factores -- tienen mayor influencia en el suministro de la atención dental a los pacientes incapacitados considerados como pacientes especiales.

Lo cual cada Odontólogo podrá tener su propia clasificación de manera que se ajuste a su consultorio. Una de ellas podría ser:

Los pacientes dentalmente incapacitados, son aquellos que presentan afecciones importantes o defectos en sus cavidades bucales, que requieren algún tipo de atención especial.

a) EL ODONTOLOGO

Varios de los valores culturales que el Odontólogo posee, lo convierten más propenso a disfrutar del contacto con personas atractivas y amenas, cuyos valores sean lo más parecido a los suyos sin estar conciente de ello, el Odontólogo con el resto de la gente, incluyendo al personal de su consultorio, presenta fuertes obstáculos emocionales.

Dichos obstáculos pueden provocar que se resista a estar con estos pacientes.

Los cuales tienen defectos físicamente desagradables, difíciles que pueden causar que el Odontólogo se sienta reprimido e incómodo, por lo cual la eliminación de estos pacientes de su práctica es una manera de evitar esas situaciones de incomodidad.

Los estudios de investigación, revelan que las personas reaccionen violentamente a individuos con estigmas, especialmente a los que tienen defectos visibles.

Algunos Odontólogos que aceptan a Pacientes especiales, suelen identificarse emocionalmente con ellos, al grado de tornarse ineficaces en su capacidad profesional para proporcionar servicios dentales.

Pero otros Odontólogos se trastornan con los pacientes incapacitados, al punto de ser temerosos.

Usualmente trabajan lentamente o con poca eficacia, provocando que el trabajo del paciente sea prolongado.

Existen también Odontólogos que tratan de negar estos sentimientos de molestia e inconcientemente usan mecanismos de defensa psicológica, los cuales los tornan más retraídos y con poca simpatía al paciente y su familia.

Cuando el Odontólogo reconoce sus reacciones y se hace sensible a ellas podrá sobreponerse a estos bloqueos emocionales, hasta cierto grado.

Lo cual provocará que se sienta suficientemente tranquilo, para reaccionar a sus propias necesidades y a la de su paciente.

Pero otros Odontólogos, no reconocen ni se enfrentan a sus propios prejuicios y preferencias, por lo cual no serán efi

caces profesionalmente.

En caso de que un Odontólogo no atienda a un paciente especial tiene la responsabilidad de remitirlo a otro Odontólogo o Institución.

Tendrá también la obligación profesional de seguir el Proceso de remisión, hasta que el paciente pueda recibir la atención dental adecuada.

El otro aspecto de la atención a los pacientes especiales, será la preocupación del Odontólogo por la impresión que dichos pacientes causen a los otros pacientes dentro de la sala de recepción.

Hay pacientes especiales que se comportan en forma similar y presentan el mismo aspecto que el resto de la gente que entra al consultorio. Dichos pacientes pueden requerir poco o ningún trato especial, pero hay niños con daño cerebral, con trastornos neurológicos y de coordinación motora no controlados que no se comportan igual presentando un aspecto diferente.

Así el odontólogo teme que sus pacientes "normales" puedan molestarsen por estos pacientes especiales, para marchar

se a otro consultorio, lo cual puede solucionarse fijando -- una mañana o tarde especial para la atención exclusiva de es-- tos pacientes.

b) EL PACIENTE

El paciente, además de presentar reacciones específicas a sus problemas dentales, al Odontólogo y al medio ambiente dental, se presentan con sentimientos indefinidos respecto así mismo como persona.

El paciente presenta ramificaciones dentales significativas, así que es útil para el Odontólogo, conocer factores - que forjan las personalidades y comportamientos de sus pacientes, al igual que tensiones que afectan especialmente al Paciente especial.

La persona es el producto de sus experiencias acumuladas y su medio social, y la forma en que la persona se considere asimismo está muy ligada con la manera que las personas la - consideran y se relacionan con ella, ya que el nivel de estimación del paciente, está aunado con este tipo de factores.

El paciente cuyas experiencias han sido positivas, podrá tener un sentido adecuado de valor, confianza y seguridad, dichas características incluirán en su capacidad de enfrentarse adecuadamente a las situaciones encontradas, como lo es la situación dental.

Así por el contrario un paciente cuyas experiencias --

han sido desagradables y negativas, tendrá así un concepto muy bajo de sí mismo, dicho paciente será incapaz de enfrentarse a los elementos de la experiencia dental.

En casos de pacientes con afecciones limitantes, les han sido negadas diversas experiencias estimulantes y exposiciones importantes para el crecimiento y desarrollo de los pacientes.

Las exposiciones circunscritas a estímulos normales, aunadas a los efectos de la experiencia que los individuos reciben como rechazo de las personas significativas en su medio, impidiendo que muchos pacientes especiales desarrollen su máximo potencial como seres humanos, negándoseles la oportunidad de participar en la vida misma, por lo cual suelen ser inseguros y dados a no confiar en la gente.

Siendo que la visita dental pueda ser traumática para estos pacientes y sus Odontólogos.

Con lo cual el paciente llega al Odontólogo con ciertas ideas, sobre lo que piensa de ellos y percibe la reacción del Odontólogo hacia él, todos estos sentimientos se relacionan con el comportamiento del paciente.

Entre las sensaciones negativas, son reflejo de expe

riencias médicas traumáticas padecidas por el paciente.

Por lo cual se requiere motivación, paciencia e ingenio para poder adaptarse al paciente esto por parte del Odontólogo, para así establecer la unión de confianza necesaria para atender bien al paciente.

Lo cual lo fundamental, no será la incapacidad misma que el paciente presenta, sino de este para controlar sus sentimientos respecto así mismo y a su afección incapacitante.

Estan también pacientes que son capaces de reducir sus dificultades y diferencias empleando fuerzas y recursos en el medio dental.

Otros pacientes especiales, están demasiado molestos para relacionarse bien con el Odontólogo y podrán así rechazar el tratamiento dental, se facilitará el trato con el paciente si el Odontólogo sabe lo que puede hacer con su paciente y los motivos por los cuales se comporta así, lo cual permite ajustar sus técnicas a los pacientes con necesidades diferentes.

c) EL PACIENTE Y SU FAMILIA

La familia de dichos pacientes desempeña importante papel en la situación dental, pues el grado de su participación - varía hasta ser indispensable, más su contribución, impacto y - sus problemas merecen ser examinados.

Varios pacientes especiales, tienen afecciones que exigen dependencia de los padres y otros miembros de la familia. - Frecuentemente la familia tendrá que controlar las disposiciones prácticas en fijar y observar las visitas dentales.

Las disposiciones para el transporte al consultorio - podrian ser complicadas e incluso en ocasiones, algún miembro - de la familia deberá perder tiempo de su trabajo y llevar así - al paciente al consultorio.

Al igual es la familia la que condiciona al paciente, - consciente o inconscientemente, afectarán el nivel de rechazo - o aceptación de la experiencia dental.

En la mayor parte de las veces, la familia es la que - proporciona al Odontólogo los antecedentes sociales y médicos - para la elaboración de la historia clínica, pudiendo el Odontólogo emplear a un miembro de la familia como un participante de

tipo activo en el manejo de algunos aspectos de la atención del paciente.

Habrán casos en la que los miembros de la familia serán los que asumirán la mayor responsabilidad para la higiene en la casa del paciente.

La familia de una persona incapacitada, comparte los efectos de su enfermedad, y la presencia dentro de la familia un paciente de este tipo ocasionará cambios fundamentales en la estructura, en las relaciones y funcionamiento de la unidad familiar.

Continuamente deberán efectuarse los ajustes necesarios, para las ramificaciones emotivas, a este tipo de modo familiar.

Compartiendo responsabilidades, problemas y satisfacciones pueden unir y enriquecer en núcleo familiar.

Sería difícil asegurar quien sufre más si el paciente o su familia siendo en la mejor de las condiciones esta situación aumentará las exigencias siendo causa de gran impacto en el estilo de vida de estas familias.

Por lo cual el Odontólogo puede tener una mejor rela--

ción con el paciente y su familia, si conoce sus tensiones y relaciones.

Algunos pacientes especiales presentan defectos cuya etiología proviene de afecciones congénitas prenatales o un traumatismo en el nacimiento, siendo prudente examinar las reacciones provocadas por estos hechos. †

Los padres en espera del nacimiento de un hijo, dan una gran importancia al nacimiento de un niño sano y normal, resultando extremadamente difícil y a la vez constituye una experiencia emocionalmente trastornante, cuando los padres se presentan en la realidad, en la que en alguna forma su hijo recién nacido no es normal.

Siendo en pequeños defectos corregibles, suelen ser aumentados fuera de proporción, por las reacciones de los padres se origina en bases profundamente emotivas.

En dicho momento, es cuando los padres necesitan mayor apoyo y seguridad, siendo sus preocupaciones aumentadas por la forma en que las personas, a su alrededor, reaccionan con respecto al niño "anormal".

Por lo que el Odontólogo, capaz de diferenciar entre la madre sinceramente cariñosa con el paciente especial, y la

madre hostil y muy protectora, será capaz de valorar inteligentemente su ayuda para él y también para el paciente, durante el proceso dental.

V. EL MANEJO PSICOLOGICO DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL
Y SUS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

EL MANEJO PSICOLOGICO DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL Y SUS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

El manejo del niño que es un paciente especial puede efectuarse con poco cambio en el sistema habitual.

Su orientación de la conducta en un consultorio dental será una preparación psicológica del niño para que así acepte el tratamiento dental.

Pocos padres entienden la desventaja que implica la presentación de un niño opuesto al tratamiento y examen inicial.

Siendo así que los padres desean que el odontólogo domine la situación por completo, prestando así un servicio a sus hijos en cualquiera que sea su reacción.

Un niño que ha aprendido a dominar su situación como paciente, podrá mostrar cierta flexibilidad de conducta y ser capaz de confiar en el Odontólogo y de responderle positivamente, satisfaciendo así las exigencias que se requieren.

Para lograr lo anterior es necesario seguir una especie de adoctrinamiento que consiste en enseñar al niño a encarar una nueva situación y seguir las indicaciones.

Si el Odontólogo permite que el niño inspeccione el consultorio y su manejo como por casualidad se le dara confianza.

Su manejo exitoso del niño en el consultorio, dependerá de manera importante del afecto que se le brinde.

Es importante aprender a enmascarar nuestra reacción emocional ante determinada situación, ya que hasta el niño más-pequeño puede captar la indecisión o la angustia, siendo así -- que el Odontólogo no debe mostrar ira, cualquiera que sea la -- provocación del hecho del niño, más si mostrarse firme.

El primer objetivo en el manejo exitoso del niño es -- establecer una comunicación con el, y hacerle sentir que el -- Odontólogo y su asistente son sus amigos. La primera visita al consultorio dental es importante puesto que es el momento en -- que el Odontólogo y su personal pueden comunicar su capacidad -- por alentar al niño en el tratamiento. Es primordial tener la -- información respecto al estado médico del niño.

Podemos decir que los objetivos de la visita inicial -- son:

- a) Determinar la salud dental del niño
- b) Su conducta en el medio odontológico
- c) Evaluar los problemas médicos

Mediante la observación perceptiva, se aprenderán datos como:

- Si el paciente podrá sentarse en el sillón dental
- Si es capaz de hablar
- Si el niño tiene que ser trasladado por su padre, en caso de que el niño este en silla de ruedas.
- Si presenta una conducta atípica.

Si la relación es buena será el recurso más valioso para el Odontólogo y su tratamiento.

VI. TRATAMIENTO BAJO ANESTESIA GENERAL

DEFINICION DE ANESTESIA GENERAL

La anestesia es la supresión temporal de la sensibilidad en todo el cuerpo o parte del mismo, se puede obtener por diferentes métodos.

La Anestesia es causada por la administración de fármacos llamados: Anestésicos, un anestésico es un fármaco que se usa para producir insensibilidad al dolor.

Los anestésicos se dividen en:

Locales: provocan la pérdida de sensibilidad de una zona determinada del cuerpo.

Generales: Actúan en el organismo causando la pérdida total de la conciencia.

Así podemos definir Anestesia general de la siguiente manera:

Es un estado reversible de depresión del Sistema Nervioso, caracterizado por la pérdida de la sensibilidad y de la conciencia, así como de los reflejos y de la motividad.

La Anestesia puede ser producida por:

- Inhalación por un anestésico volátil
- Gases anestésicos, como el Oxido Nitroso
- Vía endovenosa barbitúricos
- Anestésicos locales

Al utilizar un anestésico general siempre se incurre a riesgos de: vómito, espasmo y apnea

La reacción del niño bajo premedicación es generalmente de cooperación, siempre que el Odontólogo sea paciente.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL

INDICACIONES:

- Pacientes que presentan paladar y labio hendido
- Niños epilépticos
- Niños deficientes mentales
- Niños hemofílicos
- Niños con movimientos involuntarios
- Niños que presentan alergia hacia los anestésicos -
locales
- Niños no cooperativos para el tratamiento dental.

CONTRAINDICACIONES:

- Cardiopatía congénita
- Niños con grave deficiencia mental
- Niños con trastornos emocionales graves
- Niños que presentan afecciones de las vías respira-
torias
- Niños en los que no se encuentre un anestésico ade-
cuado

PERIODOS DE LA ANESTESIA GENERAL

- Periodo I

Empieza desde la primera inhalación y termina cuando se pierde la conciencia. El paciente esta disasociado del medio ambiente, sufre mareos y en ocasiones alucinaciones, la sensación de dolor se pierde totalmente.

- Periodo II

Corresponde a la acción depresora del Anestésico sobre los centros corticales superiores incluyendo áreas sensitivas y sensoriales.

Dicho periodo comienza con la pérdida de la conciencia y termina con la Anestesia Quirúrgica. No hay síntomas subjetivos y aparece un grado de excitación motora y liberación emocional.

- Periodo III

Corresponde a la depresión de los Centros del Tronco Cerebral y Médula Espinal. Comienza con la regulación de la respiración y pérdida del reflejo palpebral y termina con la parálisis respiratoria.

Este periodo se divide por Widdel en cuatro planos de acuerdo a la profundidad de la Anestesia.

- Plano I

Comienza con la pérdida del reflejo palpebral y termina cuando los ojos quedan inmóviles.

Se caracteriza por respiración regular y profunda, movimientos laterales de los ojos y pupila contraída.

En este plano se realizan intervenciones quirúrgicas sencillas.

- Plano II

Comienza con los ojos fijos y termina con la iniciación de la parálisis de los músculos intercostales inferiores. Se caracteriza porque la pupila comienza a dilatarse y desaparece el reflejo corneal.

- Plano III

Empieza con la parálisis de los músculos intercostales inferiores y termina con la de todos los músculos intercostales.

Es caracterizada por la disminución de la respiración abdominal y la relajación muscular acentuada.

- Plano IV

Comienza con la parálisis de los músculos intercostales y termina con la parálisis del Diafragma. Este periodo corresponde a la parálisis bulbar, lo que pone en peligro la vida del paciente, este periodo comienza con el paro respiratorio y termina con el paro cardíaco.

MÉTODOS DE ANESTESIA GENERAL

Existen varios métodos para la aplicación de la Anestesia General entre ellos encontramos:

- Método abierto
- Método semicerrado
- Método cerrado
- Método endotraqueal

- Método abierto:

Es hacer gotear un anestésico, generalmente éter, sobre una mascarilla metálica cubierta con gasa, existe libre acceso de aire con poca acumulación de Bióxido de carbono.

- Método semicerrado:

Es el empleo de una mascarilla comunicada con una bolsa que sirve de servicio.

- Método cerrado:

Es el método de elección junto con el endotraqueal, pero existe el uso de aparatos especiales, que consta de una

máscara, una bolsa de reinspiración, un dispositivo para introducir el oxígeno y los anestésicos mediadores de corrientes.

- Método endotraqueal:

Se coloca un catéter de goma o plástico en la tráquea a través de la glotis mediante un laringoscopio conectandose la sonda con el aparato de anestesia y con la ayuda de un relajante muscular para poder efectuar la entubación y así evitar la fuga de los gases respiratorios al exterior.

TIPOS DE ANESTESIA USADOS EN ESTOS NIÑOS SON

Tenemos el Oxido Nitroso, Halotano, Eter Vinílico, Trilene, Hidrato de Cloral, Metohexital Sódico (Brevital) Thiopental y Clorhidrato de Ketamina.

- El Oxido Nitroso recibe también el nombre de Protóxido de Nitrogeno o Gas Hilarante, se caracteriza por inducción, y un restablecimiento rápido. No se combina con ningún tejido, no es tóxico siempre que se administre una cantidad de oxígeno adecuada.

El Oxido nitroso disminuye la sensibilidad de la Zona bucal, nasal y laringo-traqueal.

- Helotano es un gas anestésico se utiliza sobre todo en la Anestesia General por Inhalación en casos pediátricos, extendiéndose ya en intervenciones de los adultos. También recibe el nombre de Fluothane, es un anestésico de moderada inducción y rápida recuperación. Sin embargo el principal impedimento que ha tenido la difusión del Halotano es su sospechada Hepatotoxicidad.

- Eter Vinílico, es un líquido volátil y con olor penetrante, se administra por Inhalación produce un periodo de in

ducción y recuperación más corto, por lo cual es de gran utilidad en la Cirugía Oral para las intervenciones cortas en los niños.

- El Trilene es un líquido poco volátil tiene una potencia práctica limitada a la del Oxido Nitroso, su administración prolongada da lugar a una acumulación en los tejidos desde los cuales se elimina lentamente en un espacio de días.

- Hidrato de Cloral, reduce la hiperexcitación nerviosa y produce sueño sobre todo antes de la intervención, no afecta las funciones vitales, usado después de una intervención el paciente reposará mejor y habrá menor propensión a la hemorragia.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El Odontólogo responsable de la salud, tiene que ajustar sus procedimientos a las condiciones físicas y mentales del niño.

Se tendrá éxito siempre que se tenga una Historia Clínica previa de dicho niño antes de la primera visita al consultorio dental.

Por lo que se obtendrá información de los padres o tutores, así como el Médico que atiende al niño.

Después de ello el Odontólogo hará la evaluación de esta primera visita del niño al consultorio.

Esta entrevista permitirá planear el tratamiento y la oportunidad que el niño se familiarice con el medio y personas que participen en el tratamiento dental.

Ya que estos trabajos dentales en niños Deficientes Mentales se logra gracias a un trabajo de equipo coordinado entre el Odontólogo y su auxiliar.

El cirujano dentista deberá saber por lo tanto la edad del paciente para ver que cooperación puede esperar de él.

La mayor parte de los niños retardados mentalmente que llegan al consultorio se les llama "Subnormalidad Leve" y puede tratarse a la mayoría de los niños con más firmeza y comprensión.

Si no se logra un nivel de cooperación para la restauración dental, o si el niño necesita tratamiento dental extenso, la única forma de tratar con éxito al niño se recurrirá al empleo de Anestesia General.

En casos de querer reducir las ansiedades y espasmos musculares usaremos el medicamento Clorhidrato de Clorodiazepóxido (Liberium).

Para acomodar lo mejor posible al niño en el Sillón Dental, será en posición inclinada hacia atrás pues da más apoyo y sensación de seguridad al paciente.

Los procedimientos de correas, raramente son necesarios ya que podrían ocasionar espasmos musculares involuntarios en los niños. Si se administra algún anestésico local, el Odontólogo tendrá que prever posibles movimientos bruscos de la ca-

beza del niño teniendo la jeringa firmemente mantenida en el momento de inyectar.

Todo tipo de ayudas como: apoyos bucales, torundas de algodón, grapas y diques de hule deberán ligarse firmemente a un pedazo de Seda Dental para poder extraerlas en caso de movimientos de deglución o aspiración del niño.

Por todo esto, lo aconsejable para un buen tratamiento Odontológico será aconsejable tener un buen Equipo de trabajo, contando con un equipo de Aspiración también para eliminar cualquier desecho de la cavidad bucal.

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

Como podemos ver a lo largo de esta tesis las conclusiones a las cuales podemos llegar son:

Que los padres puedan comprender la necesidad de que su hijo incapacitado ya sea física o mentalmente requiere de un tratamiento dental especial. Por lo cual antes de iniciar cualquier tratamiento dental en este tipo de niños, es necesario poder conseguir una autorización por escrito, por parte del padre o tutor. Así como también el Odontólogo tendrá que conseguir una autorización por parte del médico que se encuentra tratando al niño, el Odontólogo tendrá la obligación de informarse adecuadamente del padecimiento que presenta su paciente, así como sus posibles complicaciones, un factor que debemos considerar de suma importancia es que el Odontólogo debe tener una adecuada preparación Psicológica lo mismo que emocional para poder poder superar cualquier situación que no le permitiese desempeñar adecuadamente su trabajo.

Y si el Odontólogo considera necesaria la Hospitalización, este tendrá que apegarse a las normas de ingreso de la Institución.

Debiendo elaborar una Historia Clínica lo más completa

posible.

Una vez que el paciente haya ingresado, se le practicarán una serie de exámenes de laboratorio, con el objeto de verificar el estado actual del paciente, ya obtenidos los resultados de dichos exámenes, se le comunicará al médico general, la evidente necesidad de elaborar un examen Preatestésico antes de la intervención.

Cuando hayamos obtenido los resultados de todos los exámenes y sean favorables para llevar a cabo el tratamiento dental, será entonces cuando el Odontólogo podrá elaborar el plan de tratamiento.

Y ya cuando se vaya a realizar la intervención, se necesitará del Médico, del Anestesiólogo y el Odontólogo el cual hará la intervención, la presencia del Médico será por si se presenta alguna complicación durante el tratamiento y este considera si es o no necesario suspender el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

Bjorn Jorgensen Niels
Anestesia Odontológica
Quinta Edición
1979
Editorial Interamericana

Eray F. Patrick
Neurología Pediátrica
1973
Editorial Salvat Editores

Burket Lester
Medicina Bucal
Séptima Edición
1980
Editorial Interamericana

Caso Muñoz Agustín
Psiquiatría
1979
Editorial Porrúa

Domínguez German
Semiología Clínica
1973
Editorial Impresores Modernas S.A

Ferreras Valenti P.
Medicina Interna
Octava Edición

1976

Editorial Marín

Fox L. A.

Odontología para el niño incapacitado
Clínicas Odontológicas de Norteamérica

1974

Editorial Interamericana

Goth Andrés

Farmacología Médica

Octava Edición

Editorial Interamericana

Harrison y Cols.

Medicina Interna

Cuarta Edición

Editorial Prensa Mexicana

Josué Sosa Castellanos

Síntesis de Psicología General

Cuarta Edición

Editorial Porrúa S.A.

Leyt Samuel

Temas de Odontología Pediátrica

1966

Odontoediciones

Quiroz Fernando

Anatomía Humana Tomo I y II

Décima Sexta Edición

Editorial Porrúa