

164  
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*Dr.*  
*Bull*  
CD. Enrique C. Robles J.

EL PACIENTE EXCEPCIONAL  
EN ODONTOPEDIATRIA

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
MENDEZ ROJAN ENRIQUE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1991





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

"EL PACIENTE ESPECIAL EN ODONTOPEDIATRIA"

INDICE:

PAGINA:

INTRODUCCION.	1
1).- PLAN DE TRATAMIENTO:	
1.1.- Estudio del paciente.	3
1.2.- Historia médica.	4
1.3.- Consultas médicas.	4
1.4.- Examen radiografico.	5
1.5.- Odontologia Preventiva.	6
1.5.1.- Cuidades en el hogar.	6
1.5.2.- Dieta y nutrición.	7
1.5.3.- Exposición a los fluoruros.	8
1.5.4.- Restauraciones preventivas.	9
1.6.- Equipe Especializado.	9
1.6.1.- Abrebocas.	9
1.6.2.- Bloque de mordida de goma.	10
1.6.3.- Sujetaduras para los pacientes.	10
1.6.4.- Soportes para el cuerpo.	10
1.6.5.- Tablere Papeuse.	11
1.6.6.- Varios.	11
1.7.- Manejo del Paciente.	11
2).- DEFECTOS DE LA HEMOSTASIS:	
2.1.- Hemofilia A.	14
2.1.1.- Estado bucal.	16
2.1.2.- Tratamiento dental.	16
2.2.- Leucemia.	18
2.2.1.- Estado bucal.	20
2.2.2.- Tratamiento dental.	20
3).- TRASTORNOS METABOLICOS:	
3.1.- Diabetes Mellitus.	23
3.1.1.- Estado bucal.	25
3.1.2.- Tratamiento dental.	26

4).- ENFERMEDADES CARDIACAS:	
4.1.- Enfermedad cardiaca congenita.	29
4.1.1.- Cardiopatia congenita acianotica.	30
4.1.2.- Cardiopatia congenita cianotica.	30
4.1.3.- Problemas dentales.	30
4.1.4.- Tratamiento dental.	30
4.2.- Enfermedad cardiaca adquirida.	31
4.2.1.- Estado bucal.	31
4.2.2.- Tratamiento dental.	33
5).- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:	
5.1.- Asma.	35
5.1.1.- Estado bucal.	36
5.1.2.- Tratamiento dental.	36
6).- PARALISIS CEREBRAL:	
6.1.- Paralisis cerebral.	38
6.1.1.- Estado bucal.	40
6.1.2.- Tratamiento dental.	40
7).- SUBNORMALIDAD MENTAL, MONGOLISMO Y EPILEPSIA:	
7.1.- Subnormalidad mental.	43
7.1.1.- Estado bucal.	45
7.1.2.- Tratamiento dental.	45
7.2.- Mongolismo.	46
7.2.1.- Estado bucal.	47
7.2.2.- Tratamiento dental.	48
7.3.- Epilepsia.	49
7.3.1.- Estado bucal.	50
7.3.2.- Tratamiento dental.	51
8).- HERIDURA DEL LABIO Y PALADAR:	52
8.1.- Tratamiento.	55
8.1.1.- Tratamiento quirurgico.	55
8.1.2.- Tratamiento dental.	56
CONCLUSIONES.	59
VOCABULARIO.	60
BIBLIOGRAFIA.	62

## INTRODUCCION :

En los últimos 20 a 30 años se han producido enormes cambios en la actitud general hacia individuos nacidos con impedimentos mentales o físicos. A una persona impedida comunmente se le denomina "invalida" y esto se define como: "cualquier individuo que tiene un trastorno físico o mental que limita en forma importante una o más de las actividades principales de la vida, como cuidarse así mismo o realizar tareas normales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar".

(1)

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

Actualmente los padres de niños impedidos saben que estos necesitan el tratamiento dental preventivo y conservador como una parte importante del programa total de integración social del minusvalido. La comunidad en general y los profesionales de la salud en particular tienen la responsabilidad de ayudar a las personas menos afortunadas por el destino a integrarse plenamente en la sociedad.

El estado dental de los niños impedidos puede estar relacionado directa o indirectamente en sus impedimentos físicos o mentales. El odontologo puede resolver los problemas dentales más graves y complejos que afectan a individuos impedidos, siempre que tenga los conocimientos, la paciencia, y la comprensión requeridos para el tratamiento dental de estos niños.

---

Odontología Pediátrica, Barber Thomas K.,  
P.p.- 383

A continuación se citarán algunos de los factores que hacen, que la asistencia dental de minusvalidos constituya un problema especial:

- 1.- La incapacidad o la enfermedad crónica puede producir directamente enfermedades dentales o aumentar las necesidades de asistencia dental.
- 2.- La medicación o el tratamiento pueden aumentar el riesgo de que se produzcan enfermedades dentales.
- 3.- La enfermedad dental puede agravar una incapacidad.
- 4.- Algunas incapacidades disminuyen en las personas que las padecen la motivación o las posibilidades de solicitar asistencia dental o mantener una buena higiene oral.
- 5.- Algunas incapacidades pueden dificultar ciertos tratamientos dentales complicados e impedir que la persona, que las padece pueda llevar algún tipo de prótesis.
- 6.- Algunos minusvalidos no toleran una intervención quirúrgica dental ordinaria.
- 7.- En ciertas incapacidades, el tratamiento dental puede resultar particularmente caro o requerir demasiado tiempo.

Los niños disminuidos representan un desafío, en el cual la clave del éxito consiste en ir ampliando nuestros conocimientos sobre las características generales de las incapacidades más comunes.

## 1.- PLAN DE TRATAMIENTO:

El niño minusvalido tiene derecho a la misma asistencia que cualquier otro individuo. Sin embargo, hay que tener en consideración ciertos factores especiales, y así la planificación terapéutica debe contemplar la valoración de la capacidad de cooperación del paciente, su posibilidad de comprender y seguir instrucciones sencillas, así como el pronóstico de la enfermedad y la expectativa de vida del sujeto.

No obstante sean cuales fueran las circunstancias -- personales del minusvalido, la asistencia dental debe enfocarse en primer término en controlar el dolor y eliminar infecciones, en segundo lugar las prácticas de higiene y las medidas preventivas y por último la restauración de los dientes cariados para mejorar su función.

### 1.1.- ESTUDIO DEL PACIENTE:

El estudio del paciente es esencial para el manejo exitoso del individuo minusvalido. Su propósito es reunir la información básica que ayudará en el consultorio a planear la primera cita dental del paciente. Es importante para el proceso de información - recolección, copiar datos sobre las áreas:

- 1.- Información biográfica básica.
- 2.- Diagnóstico médico.

- 3.- Medicamentos actuales.
- 4.- Estado ambulatorio.
- 5.- Nombre del médico y fecha de la última cita.
- 6.- Fecha del último examen físico.
- 7.- Fecha del último tratamiento dental.
- 8.- Capacidad del paciente para responsabilizarse de su propia salud oral o bien la posibilidad de que cuente con la ayuda adecuada.

Todos estos datos pueden ser recopilados, ya sea por vía telefónica o una entrevista previa a la primera cita con la o las personas encargadas del paciente.

#### 1.2.- HISTORIA MEDICA:

La información médica obtenida en un cuestionario normal de antecedentes de la salud, es suficiente para la mayoría de los pacientes dentales. Sin embargo, el niño minusvalido a menudo tiene una historia médica complicada que exige más investigación. En estos casos el odontólogo no deberá dudar en pedir información adicional a los médicos o a las instituciones que han intervenido en el cuidado primario del paciente. Los informes que a menudo han probado ser valiosos en el estudio del paciente incluyen resúmenes médicos, reportes de exámenes físicos, de hospitalizaciones y evaluación psicológica. Puede ser aconsejable solicitar al paciente minusvalido que proporcione un informe reciente de un examen físico, como parte de la historia clínica normal, de éste modo es posible disponer de información confiable y al día para ayudar a construir un perfil médico del paciente.

#### 1.3.- CONSULTAS MEDICAS:

Numerosas circunstancias pueden hacer difícil el planeamiento de la consulta del niño minusvalido. Una vez reunida toda la información como sea posible acerca del estado médico, es importante tomar en cuenta, su hora

ric de medicamentos, su forma de vida y su medio de transportación antes de decidir la hora de su consulta.

Muchos minusvalidos no son capaces de soportar con-sultas prolongadas, debido a que se fatigan con fácilidad o toleran poco la tensión. Para ellos las consultas de-ben ser cortas y tan libres de tensión como sea posible. Para otros, será necesario planear las citas alrededor de la hora de sueño y de la siesta, y en los días en que la actividad del paciente es adecuada para el tratamien -to.

Una vez establecida la hora y el día, es conveniente indicarle a los padres siempre y cuando las característi cas del paciente lo permitan, la información de la consul ta inicial; la cual consiste en primer lugar en mostrarle al paciente el área donde se va a realizar su atención, se entablará una conversación en la cual es importante preguntarle al paciente la manera como le gusta que le llamen, para con esto conseguir una buena relación profesio -nal - paciente.

En esta misma cita se procurará realizar la inspección visual de la cavidad oral con el objeto de establecer la terapéutica.

Es útil mantener un registro de la duración de las consultas y hacer un breve resumen del estado del paciente despues de cada procedimiento, así como medicamentos usados y si es posible cantidad de ellos. Esta informa -ción es útil para planear las consultas futuras y estable cer la tolerancia total del paciente al tratamiento den -tal.

#### 1.4.- EXAMEN RADIOGRAFICO;

Una valoración radiográfica minuciosa es básica para un tratamiento dental completo.

Para la mayoría de los individuos invalidos es posible usar técnicas radiográficas intraorales comunes. En ocasiones puede ser necesaria la ayuda de los padres. No obstante para ciertas condiciones de la invalidez, como trastornos neuromusculares, retardo mental, y lesiones de la columna, es posible que se requiera modificar las técnicas.

Para estos pacientes con capacidad limitada se pueden usar películas intracrales con aleta mordible. Se adosa a la aleta através de un orificio practicado en ella un hilo de seda dental de 45 cm. de longitud, para facilitar la recuperación de la placa si está cayese en la faringe. Independientemente del tipo y cantidad de radiografías que se han de tomar el paciente debe vestir un delantal plomado, así como los que ayudan a mantener en posición al paciente.

#### 1.5.- ODONTOLOGIA PREVENTIVA:

Un programa de odontología preventiva efectiva es especialmente importante para los niños discapacitados a causa de los factores predisponentes que hacen más difícil de obtener, cuando sea necesario, atención odontológica restauradora. El odontólogo debe percibir las necesidades del paciente, asumir la responsabilidad de formular un programa individualizado para el niño y comunicar adecuadamente a los padres y al paciente como puede realizar se dicho programa.

##### 1.5.1.- CUIDADOS EN EL HOGAR:

Mantener al niño minusvalido en la familia impone en si siempre grandes exigencias a los padres. Estos tienen la responsabilidad inicial de establecer una buena higiene oral en el hogar, y el refuerzo de los cuidados dentales en el hogar se brinda através de los medios masivos de comunicación (diarios, radio, televisión).

Los cuidados dentales en el hogar deben comenzar en la primera infancia; el odontólogo debe instruir a los padres para que limpien suavemente los dientes, todos los días con una gasa o cepillo dental infantil. Para los niños mayores que no quieren o no pueden cooperar por causas físicas, el odontólogo enseñará a los padres o tutores las técnicas correctas de cepillado que puede aplicar el niño con seguridad cuando sea necesario.

Una técnica recomendada a menudo es el método de cepillado horizontal, porque es fácil y puede lograr buenos resultados. Esta técnica consiste en movimientos horizontales suaves sobre los carrillos, lengua y superficies de todos los dientes.

En cuanto al tipo de cepillo se usará el multipena - chos de nailón suave. Aunque están disponibles varios tipos de mangos, el uso de acrílico autocurable (rápido) y la mano del paciente es buena técnica para fabricar un mango a la medida y necesidades del niño discapacitado. Los cepillos eléctricos también han sido usados con éxito pero su empleo no necesariamente produce mejor remoción de la placa que los cepillos manuales.

El seguimiento para control lo realiza el odontólogo y éste debe ofrecer sesiones de entrenamiento periódico a los padres para identificar y resolver los problemas asociados con el mismo.

Algunos padres y médicos especialistas han alentado a los niños discapacitados a asumir la responsabilidad de su propia higiene oral.

#### 1.5.2.- DIETA Y NUTRICION:

La dieta y la nutrición influyen sobre la caries dental, por afectar al tipo y la virulencia (?) de los microorganismos de la placa, la resistencia de los dientes y sus estructuras de soporte y las propiedades de la saliva de la cavidad oral.

Las comidas deben ser equilibradas y ricas en proteínas, para satisfacer el apetito durante un tiempo suficientemente largo, de forma que se evite el deceso de hacer pequeñas ingestas irregulares entre horas.

Una dieta adecuada es esencial para un buen programa preventivo, en un niño discapacitado. La atención del dentista debe centrarse en la ingestión de sacarosa que realiza el paciente y especialmente la cantidad en golosinas y bebidas.

---

(?) Ver vocabulario.

Hay que indicar a los padres que no tiene objeto una prohibición total, pero que es preciso seguir ciertas normas. Así mismo, hay que recordar con cierto tacto a las visitas o pacientes que tengan más imaginación a la hora de escoger sus regalos.

No hay que emplear, tampoco los dulces como estímulo o recompensa en los programas de desarrollo de aptitudes, pues pueden ser igualmente útiles algunas frutas, pequeños juguetes, etc.

### 1.5.3.- EXPOSICION A LOS FLUORUROS:

El uso juicioso de fluoruros sistémicos es muy importante para el tratamiento integral de todo paciente odontológico.

El odontólogo debe determinar primero la concentración de fluoruros en el agua que utiliza diariamente el paciente. Si el odontólogo no está seguro, del nivel de fluor del agua potable utilizada por el paciente, está indicado hacer un análisis del agua. Una vez documentado el nivel, puede hacerse la determinación de la necesidad de su suplementación de fluoruros. Por tanto en las zonas cuya agua potable no contenga una concentración natural óptima de fluoruro, la administración de tabletas de fluoruro seguirá siendo la medida más importante que hay que adoptar.

Ya sea que el paciente viva en un área fluorurada o no fluorurada, deben aplicarse fluoruros tópicos en un programa profiláctico regular. La elección del programa más conveniente de administración tópica de fluoruro está determinada por la susceptibilidad individual de caries y los problemas terapéuticos concretos, así como la disponibilidad del paciente.

Es importante la vigilancia estrecha de los pacientes susceptibles a la caries, se les debe realizar exámenes odontológicos y profilaxis periódicas, por lo regular cada seis meses, ciertos pacientes pueden beneficiarse con las visitas de seguimiento cada 2, 3 o 4 meses.

#### 1.5.4.- RESTAURACIONES PREVENTIVAS:

Los selladores de fosetas y fisuras han demostrado que reducen efectivamente las caries oclusales. Los selladores son muy apropiados para la población discapacitada y deben usarse siempre que estén indicados.

Son muchas las técnicas y los materiales que con el paso de los años se han utilizado como prevención de caries en puntos y fisuras de molares en niños.

La técnica más reciente y difundida hace uso de sistemas de resinas que se aplican a las superficies oclusales de los dientes.

La finalidad de estas resinas es penetrar en los puntos y fisuras, polimerizar y sellar estas zonas para aislarlas de flora bucal.

#### 1.6.- EQUIPO ESPECIALIZADO:

El dentista puede cubrir la asistencia dental de la mayoría de las personas incapacitadas sin necesidad de contar con un equipo especial. Sin embargo, existen casos en que su trabajo resulta más eficaz si cuenta con algunos dispositivos especiales.

##### 1.6.1.- ABREBOCAS:

El Abrebocas es una de las piezas más útiles del equipo en el consultorio dental. Es común utilizarlo en los casos de anestesia general. De igual modo puede utilizarse con eficacia en un paciente conciente que tiene problemas con la potencia muscular, lo cual hace difícil que mantenga la boca abierta por períodos largos; también es apropiado para el paciente que tiene un control muscular deficiente.

El abrebocas se ha utilizado con buen éxito en pacientes con parálisis cerebral, distonía muscular (?), miastenia gravis (?), esclerosis múltiple (?), y enfermedad de Parkinson.

---

(?) Ver vocabulario.

Es necesario tener cuidado cuando se utiliza el a --  
brebocas, debido a la posibilidad de dislocar la articula  
ción temporomandibular, si la boca es forzada más allá de  
una posición aceptable. Además es necesario retirar el \_  
soporte y permitir al paciente que descansa cada 10 - 15  
minutos.

#### 1.6.2.- BLOQUE DE MORDIDA DE GOMA:

Los bloques de mordida de goma pueden adquirirse en\_  
diversos tamaños para adaptarse a las superficies oclusa-  
les de las piezas y estabilizar la boca en posición abier  
ta. Los bloques de mordida deben estar dotados de un hi-  
lo de seda atado para facilitar su recuperación si resul-  
tasen desplazados de la boca.

La boca del paciente no debe forzarse más allá de su  
límite natural, por las molestias y pánico que pueden oca  
sional al paciente generando mayor resistencia y talvez -  
obstrucción de las vías aéreas.

#### 1.6.3.- SUJETADURAS PARA LOS PACIENTES:

El propósito de un sujetador no es eliminar totalmen  
te el movimiento, sino más bien restringirlo, de modo que  
no interfiera con el tratamiento o que no cause una posi-  
ble lesión.

Cualquier consultorio que trate niños minusválidos \_  
deberá tener diversas ataduras suaves para ayudar a con-  
trolar los movimientos del paciente. Se deben fabricar \_  
de algún material, como tela de algodón y estar disponi  
bles en diferentes longitudes y anchuras para acomodarse\_  
a diversas áreas del cuerpo.

Los sujetadores no deben interferir en las funciones  
normales del organismo.

#### 1.6.4.- SOPORTES PARA EL CUERPO:

En el tratamiento de personas con impedimentos físicos a menudo son necesarios los soportes para el cuerpo. Estos individuos con frecuencia tienen defectos óseos que limitan o impiden las posiciones y movimientos normales.

Los cojines, almohadas y almohadillas de espuma son ideales, ya que aseguran cierto grado de comodidad al paciente y también proporcionan la protección que ayuda a mantener al paciente en una posición adecuada para el tratamiento.

#### 1.6.5.- TABLERO PAPUOSE:

Tiene varias ventajas: Simple de guardar y de usar, esta disponible en tamaños para la contención de niños grandes y pequeños. Tiene adosados estabilizadores para la cabeza y es reusable. Sin embargo, no siempre se adapta a los contornos de un sillón odontológico y a veces se necesita un cojín de apoyo.

#### 1.6.6.- VARIOS:

Un protector digital o dedal interoclusal que también impide el cierre de la boca, es barato y se adapta al dedo del odontólogo. Su desventaja es la movilidad limitada de la mano del odontólogo una vez que la cuña está en su lugar y funcionando.

Es preferible utilizar espejos de metal o desechables con una superficie reflectante de metal, sobre todo si el paciente tiene tendencia a morder bruscamente.

También es conveniente atar un trozo de hilo dental a los rollos de algodón, las matrices o cualquier otro objeto pequeño que pueda ser deglutido fácilmente por el niño.

#### 1.7.- MANEJO DEL PACIENTE:

La contención física es solo uno de los medios de

control de la conducta, usados para alcanzar un nivel de tratamiento adecuado. Los padres deben, por supuesto, estar informados y otorgar su consentimiento antes del empleo de la contención física.

Deben tener una clara comprensión del tipo de contención que se ha de usar y de la razón de su uso.

La contención física constituye un medio útil y efectivo para facilitar la atención odontológica para pacientes que requieran ayuda para controlar sus extremidades, como los pacientes con ciertos trastornos neuromusculares. La contención física es útil también para manejar a los pacientes extremadamente resistentes que requieren atención odontológica pero que son malos candidatos para la anestesia general.

El control del cuerpo se obtiene por medio de una variedad de técnicas y métodos. Para los severamente retrasados o los muy pequeños, los padres pueden ayudar a controlar los movimientos durante el tratamiento odontológico. Usualmente sin embargo, se obtienen mejores condiciones de trabajo y respuestas más predecibles en pacientes severamente retrasados usando contenciones corporales del tipo del tablero Papuose, descrito anteriormente.

La técnica de la sábana (sábana triangular) y su uso para controlar niños extremadamente resistentes; permite al paciente estar sentado derecho durante el examen radiográfico. Sus desventajas incluyen la necesidad frecuente de vendas para mantener la posición del paciente en el sillón, la dificultad para su uso en pacientes pequeños y la posibilidad de impedimento respiratorio, si el paciente se desliza hacia abajo inadvertidamente. Esta técnica requiere una atención y supervisión constante ya que la hipotermia puede ser un problema durante periodos prolongados de contención.

A menudo es útil usar una toalla envuelta sobre los brazos del paciente y asegurarlo con tela adhesiva (sin impedir la circulación), y atado mediante sujetaduras a los brazos del sillón dental. Esta técnica es recomendable en pacientes, atetósicos (?), espásticos (?), con parálisis cerebral que intentan desesperadamente pero sin lograrlo controlar los movimientos de su cuerpo. Tales contenciones realmente favorecen la relajación y evitar

---

(?) Ver vocabulario.

los reflejos indeseados al mantener los brazos del paciente en la línea media del cuerpo.

La posición de la cabeza de un paciente en general puede ser mantenido exitosamente usando la presión del brazo del odontólogo.

Nunca debe usarse la contención física como castigo.

El Odontólogo expondrá sus ventajas antes de usarla si la comunicación con el paciente es posible.

Otra forma sencilla de sujetar un paciente minusvalido consiste en sacarle de las mangas del sueter o prenda de vestir del paciente, sus brazos, dejando el resto de la prenda para que le sujete las manos contra el cuerpo, de esta manera no podrá interferir con brazos y manos en el trabajo del dentista.

A veces conviene que el dentista utilice una lámpara de cabeza sobre todo el tratar a pacientes que mueven la suya excesivamente.

Si un niño requiere un tratamiento oral extenso y no puede lograrse su cooperación por los medios antes mencionados, se recomienda el uso de anestesia general en un medio hospitalario y con la supervisión y autorización tanto de especialistas como médico de cabecera del paciente.

## 2.- DEFECTOS DE LA HEMOSTASIS:

### 2.1.- HEMOFILIA A :

(Hemofilia Clásica, Deficiencia de factor antihemofílico (FAH), de Globulinas Antihemofílica (GAH) o del factor VIII).

Con el nombre de hemofilia se describen varias anomalías metabólicas congénitas que se manifiestan como trastornos hemostáticos. Estos trastornos pueden ser resultado de ausencia de alguna de las sustancias necesarias para la actividad tromboplástica normal.

La hemofilia verdadera es una deficiencia del factor VIII, que afecta principalmente a los varones y se hereda como un carácter recesivo vinculado al sexo. El defecto es llevado en el cromosoma X, de manera que un padre hemofílico y una madre normal tendrán hijos normales e hijas portadoras, mientras que un padre normal y una madre portadora tendrán hijos normalmente y afectados e hijas portadoras.

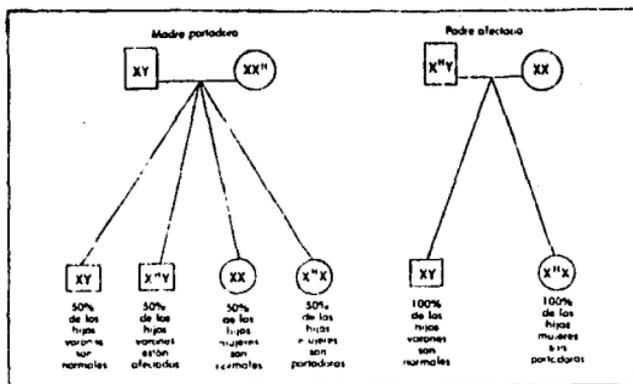


TABLA I.

Aunque los niños que nacen con deficiencia del factor VIII son "sangradores" potenciales desde el nacimiento pueden no observarse sangrados excesivos hasta que aumente la actividad del niño; aproximadamente a los 6 meses de edad. Puede producirse sangrado en cualquier lugar, pero es más común en músculos, riñones, boca y articulaciones. Son particularmente vulnerables las articulaciones de la rodilla de niños que empiezan a caminar.

TABLA I. Mc. Donald Ralph E. (Odontología para el niño y el adolescente). P.p.- 581

El grado de severidad de la afección del paciente debe ser considerado mediante la historia clínica y la condición del paciente.

Aquellos con hemofilia leve tienen un nivel de 30% o más bajo del factor VIII y pueden seguir sin que se descubra un estado hasta la adultez; aunque pueden dar una historia de una extracción dentaria en la niñez, en la que la salida de sangre fue prolongada, pero no tan grave como para requerir ayuda del hospital.

Los más severamente afectados, quienes tienen poco o nada del factor VIII sufren episodios hemorrágicos repetidos desde los comienzos de la niñez, sobre todo cuando están aprendiendo a caminar.

Cortes u raspaduras pequeñas suelen no tener importancia, ya que la salida de sangre se detiene normalmente pero heridas más significantes requieren algún control.

#### 2.1.1.- ESTADO BUCAL:

Aunque los niños hemofílicos no sufren enfermedades dentales especiales, cualquier tratamiento dental que se planea realizar en ellos, es grave ya que existen enormes riesgos.

Nunca podrá darse demasiado énfasis a los consejos que deben darse para mantener buen cuidado dental y evitar enfermedades dentales, ya que el tratamiento preventivo en estos niños minimizará el tener que recurrir al tratamiento restaurativo que podría resultar muy arriesgado.

#### 2.1.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

El tratamiento odontológico en un paciente hemofílico, requiere una total comprensión del problema del paciente, el odontólogo debe saber bien que procedimientos puede realizar con seguridad y cuales pueden originar complicaciones.

Debe tomar enormes precauciones para evitar laceraciones tisulares (?). Al rebajar y pulir, en reducciones

---

(?) Ver vocabulario

de estructura dental subgingival y adaptación de bandas matrices deberá ejercerse extremo cuidado para mantener la integridad de los tejidos periodontales. Si se presenta hemorragia en menor grado, generalmente podrán controlarse con apósitos quirúrgicos junto con agentes hemostáticos como trombina.

En estos niños se contraindica el empleo de anestesia local, exepcto cuando sufren fuertes dolores, en cuyo caso deberá emplearse con cuidado extremo. Debe evitarse el bloqueo mandibular porque está forma de inyección puede causar hemorragia en los espacios faríngeos laterales, donde es difícil aplicar medidas de control.

En realidad los procedimientos empleados para tratar a un paciente con hemofilia no difieren significativamente de los efectuados en personas normales. Es especialmente importante evitar el laceramiento de los tejidos y la producción de otros traumas intraorales, por lo que se recomienda aplicar las siguientes medidas:

a).- Se ha demostrado que el alivio de la ansiedad es beneficioso para mantener la hemostasia, dado que existe una relación entre factores emocionales y aumento de la fibronólisis (?).

Si la aprensión del paciente es significativa puede considerarse la premedicación y la analgesia por inhalación de óxido nítrico - oxígeno. La administración intramuscular de hipnóticos, tranquilizantes o analgésicos está contraindicada a causa de formación de hematomas.

b).- La anestesia local se puede utilizar con la técnica intraligamentosa, administrando el anestésico a lo largo de las cuatro superficies axiales del diente; colocando la aguja dentro del espacio del surco gingival y el espacio periodontal.

c).- Las hemorragias menores pueden ser controladas rápidamente con medidas locales como presión directa con un trozo de gasa humedecida de trombina bovina (?).

d).- El uso de goma dique, ayudará mucho ya que además de mantener un campo seco, también protege los tejidos blandos contra laceraciones accidentales. Es importante la selección y ubicación de las grapas.

---

(?) Ver vocabulario.

e).- Las hemorragias de la cámara pulpar no presentan problemas significativos y son controladas rápidamente mediante presión con torundas de algodón.

f).- Cuando haya que recurrir a extracciones u otros procedimientos quirúrgicos y se prevén hemorragias excesivas, deberá hospitalizarse al paciente para poder mejorar mejor cualquier tipo de complicación, que pudiera surgir en el transcurso de la operación.

Es muy importante que la naturaleza del trastorno del niño sea determinada por entrevistas personales con los padres o el tutor, y con el medio del niño; para un paciente con hemofilia grave es imprescindible que el odontólogo se ponga en contacto con el hematólogo o el médico de cabecera del niño para formular un plan de tratamiento correcto.

## 2.2.- LEUCEMIA:

La leucemia es una neoplasia maligna de los tejidos hematopoyéticos, en la que hay una proliferación diseminada de leucocitos anormales, en la médula ósea. Las estructuras de células sanguíneas y la infiltración de órganos, nos determinan las características clínicas y de laboratorio.

Los factores inhibidores producidos por las células leucémicas o la sustitución del espacio medular puede suprimir la hematopoyesis (?) normal, lo cual resulta en anemia trombocitopenia y granulocitopenia.

La infiltración de órganos produce un aumento de tamaño del hígado, bazo y ganglios linfáticos, con afectación ocasional de riñones y gonadas. La infiltración meníngea, origina un síndrome clínico asociado al aumento de la presión intracraneal.

La leucemia se clasifica de acuerdo con la morfología de los leucocitos anormales predominantes en la médula ósea.

---

(?) Ver vocabulario.

Tipo	Edad de comienzo	Prognóstico	Drugs para el tratamiento
Linfocítica aguda (LLA)		Inclusión de un 94% de remisiones	Vincristina, 6-mercaptopurina, metotrexato y otras
	1-5 años	Buena (87% S.E.F.* a los 60 meses)	
	6-10 años	Regular (87% S.E.F.* a los 60 meses)	
	< de 1 o > de 12 años	Mal: 11% S.E.F.* a los 60 meses)	
No linfocítica aguda Mielocítica (LMA) (monocitocítica, neutrofilia)	Pre-adolescentes y adolescentes	Inclusión de 86% de remisiones 25% S.E.F.* a los 25 meses	Vincristina, daunomicina, citarabina, vincristina 5-azacitidina
De Células T (territo-eriana)		Generalmente muy malo	
Mielocítica crónica Juvenil	Lactantes y primera infancia	Supervivencia promedio menor de 9 meses	Busulfán, hidrouracil
Adulta	Pre-adolescentes y adolescentes	Fase crónica aproximadamente 2 1/2 a 3 1/2 años luego muerte en crisis blástica, en general de LMA, que es muy resistente al tratamiento	
Linfocítica crónica	No se presenta en niños		

De página del Dr. Thomas D. Cooley  
\*S.E.F., supervivencia de 5 años sin relapso  
†El uso de este término sólo se refiere al tratamiento de niños con LMA. Se recomienda tener una precaución adicional sobre el uso de un término preciso. El uso de "crónica" y "juvenil" como que se refieren a células antes del trasplante. De los pacientes con LMA que se abren trasplantes en su primer relapso, el 60% son evaluados como relapsos a los 3 años

TABLA II.

Estos tipos se clasifican adicionalmente como crónicos o agudos, según la progresión del curso clínico y el grado de diferenciación o maduración de las células anormales predominantes.

La leucemia aguda es responsable de aproximadamente la mitad de las neoplasias malignas en niños; de estas, alrededor del 80% son linfocíticas (LLA).

La leucemia crónica es rara en niños, menos del 2% de todos los casos.

Ciertos grupos de niños han demostrado tener un riesgo aumentado de leucemia: los nacidos con ciertas anomalías genéticas ( síndrome de Down, por ejemplo ), los gemelos idénticos de niños con leucemia, y los niños con deficiencias inmunológicas conocidas. No se conocen las causas de la leucemia, aunque han sido implicados las radiaciones ionizantes, ciertos agentes químicos y factores genéticos.

La aparición de la enfermedad puede ser insidiosa, caracterizándose por una historia de aumento de la irritabilidad, letargo y magulladuras producidas fácilmente. Algunos de los hallazgos más frecuentes en el examen físico inicial son palidez, fiebre, taquicardia, adenopatía, hepatoesplenomegalia, petequias, hemorragia gingival y evidencias de infección.

#### 2.2.1.- ESTADO BUCAL:

Las alteraciones patológicas en cavidad oral de un paciente con leucemia no son específicas y pueden localizarse linfadenopatías regionales, petequias y equimosis de la membrana mucosa, hemorragia gingival, hipertrofia gingival, palidez y ulceraciones no específicas.

Las manifestaciones que se observan ocasionalmente son la parálisis de los nervios craneales, parestesias de labios y mentón, odontalgia, dolor mandibular, dientes flojos, dientes extruídos.

#### 2.2.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

Antes de iniciar cualquier tratamiento dental en un niño leucémico, debe consultarse al hematólogo y oncólogo, o al médico de cabecera del niño.

Debe obtenerse la siguiente información:

- 1.- Diagnóstico médico primario.
- 2.- Pronóstico y curso clínico.

- 3.- Modalidades terapéuticas presentes y futuras.
- 4.- Estado de salud actual.
- 5.- Situación hematológica actual.

Es importante establecer un buen programa profiláctico dental, ya que la propensión a las hemorragias gingivales aumenta mucho en las personas con higiene oral deficiente, dado que la placa y los dentritos acumulados son irritantes locales significativos. Se recomienda un cepillo de nailón suave, además de la técnica de violín en algunos casos se puede interrumpir el uso del cepillo a sustituirlo con gasas humedecidas complementadas con frecuentes enjuagues con agua y sal.

Con poca frecuencia lesiones profundas podrán surgir espontáneamente como resultado de traumatismos. Las medidas locales, como la aplicación tópica de trombina bovina.

Se debe tener mucho cuidado en las medidas de asepsia en cuanto al material, instrumental y odontólogo, ya que estos pacientes son muy susceptibles a crear infecciones.

La infección es la causa principal de deceso en aproximadamente el 80% de los niños con leucemia.

La candidiasis es habitual en niños con leucemia a causa del debilitamiento físico general, inmunosupresión, antibioticoterapia prolongada, quimioterapia y mala higiene oral. El uso tópico de nistatina en alguna de las siguientes formas puede ser particularmente útil:

- 1.- Suspensión oral de nistatina, 100.000 U/ml.

Mantener en la boca durante 5 minutos, 5 ml. y luego deglutir; repetir cada 6 hrs. Continuando durante 48 hrs. después que la lesión desaparezca.

- 2.- Helado de nistatina, 500.000 U/cada uno.

Consumir lentamente un helado cada 6 hrs.

El helado de nistatina se formuló para aumentar la aceptación de este antibiótico. Los niños disfrutaban en forma novedosa la administración de este medicamento.

Cualquier procedimiento quirúrgico bucal debe hacerse en el hospital bajo la atención del médico a cargo o un hematólogo en consulta.

Si bien la eliminación de los dientes no causa dificultades, el potencial hemorrágico es elevado y hay que observar un cuidado posoperatorio escrupuloso para prevenir la infección.

Las inyecciones profundas, como una regional del dentario inferior, nunca debe hacerse por los peligros de una hemorragia profunda.

El objetivo del tratamiento dental de un niño con leucemia es mantener los dientes libres de sepsis. La atención debe dirigirse principalmente a la eliminación de caries y retención de una obstrucción que selle la cavidad.

Si es necesario, los ideales de extensión y buena forma cavitaria deben sacrificarse. El tratamiento debe ser tan corto como resulte razonable, tan placentero como sea posible.

### 3.- TRASTORNOS METABOLICOS:

#### 3.1.- DIABETES MELLITUS:

La diabetes mellitus es la enfermedad endocrina más frecuente de los niños. Su prevalencia es alrededor de 0.9 casos por 1000 niños.

Sin embargo, se ha observado que su frecuencia aumenta con la edad (aproximadamente de 1 caso/1430 niños a los 5 años de edad, hasta alrededor de 1 caso/1360 niños a los 16 años).

Las edades de máximo comienzo de casos se sitúan entre 5 y 7 años de edad y la pubertad, la enfermedad afecta por igual a ambos sexos.

Se ha observado una variación estacional identificándose más casos nuevos durante los meses de otoño o invierno. No se ha observado una correlación aparente con el estado socioeconómico.

La mayoría de los niños presentan diabetes mellitus insulino-dependiente o diabetes mellitus Tipo I, conocida también antiguamente como diabetes mellitus de comienzo juvenil, que se caracteriza por la presencia de insulinoopenia y dependencia de insulina exógena. Estos pacientes desarrollan frecuentemente cetoácidos ante la ausencia de insulina exógena.

La diabetes mellitus no insulino dependiente o diabetes mellitus Tipo II, comienza en la vida adulta o en la madurez.

La etiología no se conoce aún de forma completa pero

puede estar en relación con varios factores.

1.- Infección vírica: Si bien algunos datos sugieren que el virus de la parotiditis y el virus Coxsackie B, son posibles agentes diabétogénicos.

2.- Destrucción autoinmune de las células de los islotes pancreáticos: La diabetes mellitus insulino dependiente puede aparecer en algunos individuos predispuestos. Es más frecuente entre los afectados con tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, anemia perniciosa y con otras enfermedades autoinmunes.

3.- Herencia: Aproximadamente el 33% de los pacientes con diabetes mellitus Tipo I, tienen un pariente cercano afectado.

La historia previa de la madre de haber tenido sus bebés grandes (de 4 kg y medio ó más) ó bebés que aumentan sucesivamente de peso, sugieren un estado prediabético.

La diabetes mellitus juvenil ocurre a diferencia de la del adulto en pacientes delgados, muestra todos los signos clásicos de la diabetes aguda, aunque los niños presentan alguna variedad.

Básicamente en la diabetes mellitus Tipo I, hay diferencia o ausencia de insulina o puede haber un factor anti-insulina, en la sangre circulante; esto puede deberse en algunos casos a un daño renal a las células B de los islotes de Langerhans en el páncreas, que producen y almacenan la enzima.

Aunque los defectos en los islotes de Langerhans y principalmente en las células B, tienen que ser los culpables principales, otras glándulas endocrinas también juegan una parte en el mecanismo del equilibrio de azúcar.

La pituitaria anterior y la corteza adrenal han mostrado influirlo y hay por cierto una asociación entre malfunción primaria de las glándulas pituitarias y adrenales con el subsiguiente desarrollo de un anta diabético.

Cualquiera que sea la causa de disponibilidad disminuida de insulina a los tejidos, resulta en una entrada de carbohidratos en las células ya que la insulina normalmente facilita esto.

Hay por lo tanto, un "nivel de glucosa" aumentado - en el líquido extra celular, con un aumento consiguiente de presión ósmótica y en consecuencia un retiro de líquidos y electrolitos de las células.

Tan pronto como el nivel de glucosa en sangre se eleva más allá de la capacidad renal para reabsorberlo hay glucosuria y poliuria.

Como esto necesariamente incluye pérdida de agua, -- hay deshidratación y sed. El hígado normalmente toma parte en el ajuste del nivel de azúcar en la sangre, liberando la glucosa a medida que se necesita, pero en el diabético parece haber una sobre producción probablemente debida a la demanda de las células que están en inanición, -- por la entrada reducida de carbohidratos y esto agrega a la hiperglucemia.

La diabetes mellitus infantil, tiene un comienzo más rápido que en el adulto. Los síntomas más comunes son -- somnolencia, sed, apetito, poliuria y pérdida de peso.

Un niño diabético puede permanecer estable por mucho tiempo (meses), pero surgen períodos de inestabilidad, como resultado de infecciones, inmovilización, trauma, -- stress emocional, o cuando se eleva el requerimiento de insulina.

Los principales objetivos del tratamiento de un niño diabético son:

- a.- Mantener un crecimiento físico normal y una nutrición adecuada.
- b.- Controlar los síntomas.
- c.- Evitar complicaciones a largo plazo.
- d.- Proporcionar apoyo psicológico al paciente afectado, que requiere asistencia durante toda la vida.

### 3.1.1.- ESTADO BUCAL:

Los estudios de niños diabéticos en tratamiento muestran que la proporción de caries no es más elevada que en niños aparentemente sanos.

Un aspecto en que parece diferencia de un grupo normal es la diferencia de caries en relación con la edad. Mientras en un niño normal tiende a una disminución de cavidades nuevas a fines de la adolescencia, en el niño diabético parece aumentar gradualmente con la edad.

El mayor problema dental del diabético es la enfermedad parodontal, que se observa en sus estudios iniciales en el niño. Es probable que su origen este en los cambios que ocurre en todos los aparatos y sistemas de los pacientes diabéticos y se ha demostrado en las encías con la consiguiente reducción en el aporte sanguíneo.

También hay una susceptibilidad a la infección aunque esto es mucho menos aparente en diabéticos controlados.

En el paciente infantil bajo control, las encías a menudo presentan un color violáceo, la profundidad de la hendidura gingival esta aumentada y hay algún esgrocamiento de las encías. Parece existir una mayor tendencia al depósito de cálculos, apareciendo en las radiografías algún grado de atrofia ósea, que con la edad aumenta. Pueden ocurrir abscesos parodontales. Siempre que hay irritación local, como un fragmento de tártaro o un borde saliente de una obturación, se produce una reacción inflamatoria más intensa que en el individuo normal.

### 3.1.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

El enfoque de la atención odontológica del niño diabético, es en primer lugar eliminar y prevenir cualquier infección bucal, que pueda alterar la estabilidad del balance de azúcar y segundo tratar de mantener los tejidos parodontales saludables.

Cualquier tratamiento odontológico que se le realice al niño diabético no es un procedimiento riesgoso y la posibilidad de una crisis de hipoglucemia o hiperglucemia en el consultorio es bastante remota. Pero de cualquier manera el odontólogo debe estar preparado y tomar las precauciones razonables. Siempre que sea posible las citas deben programarse por la mañana cuando el paciente ha recibido su insulina después del desayuno.

Se encuentra más estable a esa hora del día que a cualquier otra.

La única crisis que puede ocurrir en el consultorio dental es un ataque hipoglucémico o un shock insulínico, que puede ser el resultado de haber omitido o pospuesto una comida después de una inyección de insulina.

Los signos y síntomas preliminares del shock insulínico son: temblor, debilidad, palidez y sudoración; acompañados por una sensación de calor o frío, y el paciente se siente pegajoso al tacto. Estos síntomas progresan a inquietud, bostezos, dicción confusa y en este momento el tratamiento es realmente urgente, ya que el próximo estadio es el coma y la pérdida de la conciencia.

Hay que interrogar de inmediato al padre o acompañante, si ingirió su insulina, y si es posible administrarle azúcar en ese caso hay que dar de inmediato dos cucharadas de azúcar, en agua, si no se tiene otra alternativa puede ser jugo de naranja, o hasta galletitas. Si no hay mejoría en cinco minutos, el paciente debe ser colocado de costado o inclinado y el tratamiento recomendado es 50 ml. de glucosa al 50% / por vía intramuscular o intravenosa (de preferencia esta última) usando una aguja gruesa, por la viscosidad de la glucosa. Este preparado puede tenerse listo en ampolletas, para tal emergencia. Alternativamente una inyección intramuscular de 1 mg. de glucagón (dosis adulta), que se consigue ya preparada, es probablemente el tratamiento más seguro y de más fácil administración para el odontólogo.

En cuanto al tratamiento, la anestesia local puede usarse normalmente, ya que el contenido habitual de adrenalina de 1:80.000 o menos en los 2 o 4 ml. de solución.

Los dientes infectados que no pueden ser restaurados fácilmente suprimiendo la infección y los dientes no vitales que no puedan ser controlados correctamente es mejor extraerlos.

Hay que poner especial atención al estado gingival, en los niños, aún cuando no haya evidencias de enfermedad paradontal, las medidas preventivas son importantes. La instrucción sobre el cepillado correcto y el manejo de un masaje gingival es importante; además siempre y cuando sea necesario el desgaste de los puntos de oclusión traumáticos ayudará a posponer la enfermedad periodontal.

Las extracciones bajo anestesia local no suelen crear problemas en los niños diabéticos bajo un buen control insulínico.

La alveolitis y la cicatrización lenta no son aplicables al paciente pequeño, sino a diabéticos mayores que tienen una considerable degeneración vascular, y enfermedad periodontal grave.

Cualquier extracción que vaya acompañada por algún grado de infección deberá ser apoyada por un antibiótico.

#### 4.- ENFERMEDADES CARDIACAS:

Las enfermedades cardiacas pueden dividirse en dos grandes tipos: congénitas y adquiridas.

Dado que los individuos con alteraciones cardiacas requieren precauciones especiales durante el tratamiento odontológico, el odontólogo debe evaluar cuidadosamente la historia médica.

##### 4.1.- ENFERMEDAD CARDIACA CONGENITA:

La incidencia de la enfermedad cardiaca congénita es de aproximadamente 9 casos por cada 1000 nacimientos.

La etiología de los defectos cardiacos es desconocida, pero se ha sugerido la asociación con rubeola materna durante las primeras 12 semanas de embarazo y otras infecciones virales como sarampión y paperas. Por lo general es el resultado del desarrollo embrionario aberrante de una estructura normal o del fracaso en el progreso de una estructura más allá de un estadio temprano de desarrollo embrionario.

Los defectos cardiacos congénitos pueden clasificarse en dos grupos: acianóticos y cianóticos.

#### 4.1.1.- CARDIOPATIA CONGENITA ACIANOTICA:

Los pacientes de este grupo sufren corto circuito de izquierda a derecha y diversidad de defectos cardiacos, como defectos del tabique auricular, defectos del tabique ventricular, estenosis aórtica congénita, conducto arterioso permeable y estenosis pulmonar.

#### 4.1.2.- CARDIOPATIA CONGENITA CIANOTICA:

Los pacientes de este grupo nacen con defectos que causan corto circuito de derecha a izquierda y al hacer ejercicio se vuelven cianóticos. Ejemplos de defectos cardiacos comprendidos en este grupo son: transposición de los grandes vasos, oclusión de la válvula tricúspide y tetralogía de Fallot.

#### 4.1.3.- PROBLEMAS DENTALES:

Las cardiopatías congénitas aparecen frecuentemente como una anomalía en mongoloides y niños nacidos con hendiduras de paladar de labio o ambas.

La mayoría de los niños afectados por estos trastornos del desarrollo también sufren diversos problemas dentales que serán desarrollados más adelante en los capítulos 7 y 8.

Con estas excepciones los niños con cardiopatías congénitas no presentan problemas dentales específicos diferentes de mayor grado de caries y enfermedad periodontal que el encontrado comúnmente en la mayoría de los niños impedidos.

#### 4.1.4.- TRATAMIENTO DENTAL:

Antes de iniciar cualquier tratamiento dental en ni-

Los con cardiopatías congénitas es esencial, que el odontólogo obtenga una historia cuidadosa de la enfermedad cardiaca de su futuro paciente. Debe consultar al médico familiar y al cardiólogo para conocer la capacidad del niño para soportar el tratamiento dental planeado, las posibilidades de complicación que puedan surgir y todas las medidas de precaución que puedan ser necesarias.

Al tratar a estos niños uno de los primeros objetivos del odontólogo, debe ser, evitar endocarditis bacteriana. Esta grave complicación la causa generalmente el Streptococcus viridans, encontrado comunmente alrededor de las piezas dentales.

Muchos de los tratamientos dentales, van seguidos de bacteremias, lo que puede causar endocarditis, por lo que es esencial emplear antibióticos profilácticos antes y durante 48 hrs. después de comenzar cualquier tratamiento dental. El medicamento más empleado es penicilina potásica bucal; sin embargo, en todos los casos habrá de obtenerse la completa aprobación del médico familiar antes de llegar a emplear cualquier antibiótico.

Los pacientes que sufren defectos cardiacos graves, que produzcan importante incapacidad y que requieran tratamiento dental extenso, será mejor tratarlos en un hospital, bajo los efectos de anestesia general.

#### 4.2.- ENFERMEDAD CARDIACA ADQUIRIDA:

##### PIEBRE REUMÁTICA:

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria seria, que ocurre como secuela tardía de una infección faríngea con streptococos del grupo A.

La fiebre reumática es una causa por lo común diagnosticada de enfermedad cardiaca adquirida, en pacientes menores de 40 años de edad.

El mecanismo por el que los streptococos del grupo A inician la enfermedad se desconoce. La infección puede comprender el corazón, las articulaciones, la piel, el sistema nervioso central, y el tejido celular subcutáneo;

la incidencia de la fiebre reumática esta en general decreciendo.

Aunque la fiebre reumática puede producirse a cualquier edad, es rara durante la lactancia y la primera infancia. Aparece con más frecuencia entre los 6 y 15 años de edad.

La fiebre reumática, tiene mayor prevalencia en zonas templadas y grandes altitudes, es más frecuente y grave en niños de escasos recursos.

Los síntomas clínicos de la fiebre reumática varían; el comienzo de la enfermedad puede ser agudo o tan insidioso que no se le reconoce como tal; suele haber fiebre y molestias generales, pero no muy marcados.

La artritis ocurre casi en la mitad de todos los casos y habitualmente afecta varias articulaciones, aunque no siempre en forma simultánea, las articulaciones afectadas se ponen rojas, se hinchan y se hacen sensibles, pero suelen mejorar en pocos días.

La corea es una manifestación neurológica en la que hay movimientos anormales, y sin propósito de los músculos voluntarios, y dificulta el habla. Si el comienzo es sin fiebre, el síntoma de la dificultad al hablar, puede ser el primero que se nota en la escuela, pero suelen desarrollarse con bastante rapidez. La asociación de corea con fiebre reumática ha sido puesta en duda.

El aspecto cardíaco, es el aspecto más serio de la fiebre reumática, y todos los tejidos del corazón pueden estar afectados en la inflamación. La severidad de la miocarditis, influirá el curso inmediato del estadio agudo. La complicación de las válvulas es común y cuando la inflamación cede, hay cicatrices residuales.

Al hacer el diagnóstico de fiebre reumática se comienza inmediatamente con la penicilina para eliminar cualquier infección streptococcica todavía presente. El tratamiento implica reposo en cama, bastante prolongado cuando hay daño cardíaco severo. Para controlar los aspectos inflamatorios de la enfermedad se pueden dar Salicilatos o corticosteroides, durante semanas.

#### 4.2.1.- ESTADO BUCAL:

No hay rasgos dentales específicos en pacientes con este tipo de enfermedad.

#### 4.2.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

El aspecto fundamental de los niños con historia de fiebre reumática, en lo que respecta a cuidado odontológico, es el de la prevención de la endocarditis bacteriana, y la recurrencia de la fiebre. Esto se enfoca de dos formas:

- 1.- Mantenimiento de una boca libre de sepsis en todo momento.
- 2.- Cobertura antibiótica antes y durante el tratamiento.

No hay evidencia de que procedimientos conservadores normales (operatoria, colocación de coronas acero cromo, etc.), o la anestesia local utilizada produzca algún grado de bacteremia. Por lo tanto pueden efectuarse normalmente.

Se considera que sería razonable excluir la terapia de conductos (ya que hay informes en que se desarrollaron endocarditis bacterianas, después de tratamiento endodóntico); salvo en dientes anteriores. En este caso las condiciones en que puede hacerse el tratamiento de conductos es el siguiente:

- 1.- Ausencia de inflamación o cualquier rarefacción periapical.
- 2.- Apice cerrado.
- 3.- Control radiográfico de los tejidos periapicales, una vez al año.

La extracción es un riesgo bien conocido para los pacientes con fiebre reumática, y debe siempre estar cubierto por un antibiótico.

Muchos cardiólogos prefieren que sus pacientes con signos positivos de lesión cardíaca sean internados para

**anestesia general, cuando el tratamiento dental es muy ex  
tanso, ya que siempre existe un riesgo.**

## 5.- ENFERMEDADES RESPIRATORIA:

### 5.1.- A S M A :

El asma es una enfermedad que afecta en 1 a 2%, de la población mundial infantil. Es una reacción alérgica en la cual la enfermedad suele evolucionar en forma de ataques, con obstrucción funcional de los bronquios y los bronquiolos. Va acompañada por edema y secreción de moco provocando disnea y sibilancia (?), frecuente sudoración, tos y vómito.

Los paroxismos varían considerablemente en severidad y pueden ser infrecuentes y cortos, con alivio completo antes de uno y otro; o frecuentes y severos, en cuyo caso las cubiertas de los bronquiolos se engrosan y pueden ocurrir en un enfisema crónico. En el caso de larga duración, la postura es afectada, la espalda se redondea y el esternón se hace prominente, en un esfuerzo por aumentar la expansión del pecho.

En el 90% de los casos se han identificado alérgenos extrínsecos específicos, como el polen y el polvo; en el hogar, algunos alimentos, pelillo de animales, y a veces infecciones respiratorias no específicas.

Pero se sabe que los factores psicológicos desempeñan cierta función, el menos en el mantenimiento de la enfermedad.

Los niños asmáticos se enfrentan con muchos problemas prácticos en su vida diaria y suelen ser fuente de preocupación.

pación para sus padres, que tienden o sobre protegen a los niños.

Quando un niño asmático se siente amenazado o se encuentra en una situación que no le agrada, puede utilizar su enfermedad, como un mecanismo de defensa.

En algunos niños, hay una tendencia a la mejoría del asma, alrededor de la pubertad, pero el tratamiento puede habitualmente controlarse, la mayoría de los casos durante la niñez, de manera que pueden llevar vidas relativamente normales.

El tratamiento tiene como objetivo primario la evitación de alérgenos identificados o de materiales, que se sabe son alérgenos comunes. El paciente es tratado sintomáticamente y puede tomar drogas del grupo epinefrina, anti-histamínicos, aminofilina o corticosteroides. Estos últimos se usan solamente en casos severos.

#### 5.1.1.- ESTADO BUCAL:

No hay rasgos dentarios específicos en esta condición excepto la sospecha, de un aumento de defectos adamantinos de desarrollo. En los casos severos en los cuales el niño necesita inhalar corticosteroides, padece gingivitis.

#### 5.1.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

El niño asmático no debe someterse a ningún tratamiento dental, en la etapa en que se presentan síntomas de infecciones respiratorias.

Antes de la sesión, hay que airear el área de la consulta, dejando que sedimente el polvo residual. La preparación de cavidades y el pulido de las obturaciones debe realizarse con pulverización de agua y piedra pomex, evitando el empleo de tiza y cualquier otro agente que produzca polvo.

Es importante eliminar focos sépticos; para evitar infecciones, cualesquiera, diente infectado, debe ser extraído o tratado. No existe restricción alguna con respecto a la utilización de anestesia local. Con pacientes ---

---

(?) Ver vocabulario.

que han tenido terapia con corticosteroides, hay que tomar precauciones adecuadas, en el caso de extracción.

Los tipos más leves pueden tratarse como pacientes ambulatorios comunes, pero a quienes toman sedantes, hay que advertirles que sigan con su dosis normal habitual, siempre que no estén tomando drogas simpaticomiméticas.

Los pacientes asmáticos tienden a las ansiedades y pueden ser especialmente aprensivos, respecto al tratamiento dental.

Hay que estimular la atención odontológica y familiarizar al paciente con los procedimientos, las visitas deben ser breves y lo menos traumáticas posibles.

## 6.- PARALISIS CEREBRAL:

### 6.1.- PARALISIS CEREBRAL:

La parálisis cerebral puede definirse como un trastorno de los movimientos y la postura, debido a un defecto o lesión del cerebro, cuando todavía es inmaduro.

La enfermedad presenta tres tipos fundamentales de síntomas, que suelen manifestarse en combinación:

a).- Espasticidad: Consiste en la dificultad de controlar la musculatura esquelética estriada, por un aumento del tono muscular.

Es el síntoma predominante en aproximadamente el 70% de los casos. La lesión se localiza en el área cortical motora. En aproximadamente un 20% de los niños espásticos se observan fluctuaciones tónicas.

b).- Atetosis: Se caracteriza por la aparición de movimientos involuntarios, más o menos continuos. Las alteraciones patológicas, se localizan en los ganglios basales.

Este síntoma es el predominante en aproximadamente el 10% de los casos.

c).- Ataxia: Es el tipo menos común. Se caracteriza por falta de coordinación, con fluctuaciones tónicas.

Hay un trastorno en el equilibrio y dificultad para asir objetos. Sentarse erecto puede ser difícil. La lesión se localiza principalmente en el cerebro.

En muchos pacientes el cuadro está dominado por las fluctuaciones del tono muscular, que puede ser desde muy alto hasta muy bajo, dificultando extraordinariamente el control voluntario de los músculos.

Tomando como base la localización anatómica de los síntomas, se utiliza la siguiente terminología:

- a).- Monoplejía: Se afecta un brazo o una pierna.
- b).- Diplejía: Se afectan los dos brazos o las dos piernas.
- c).- Hemiplejía: Se afecta uno de los lados del cuerpo.
- d).- Tetruplejía: Se afectan los dos brazos y las dos piernas.

Existe un gran riesgo de que el factor que ha producido la lesión de los centros motores, afecta también la capacidad intelectual y de hecho aproximadamente el 50% de los niños con parálisis cerebral sufren retraso mental. En muchos de los niños con parálisis, existen otras alteraciones, entre las que destacan:

- 1.- Trastornos de la dicción 75% de los casos.
- 2.- Epilepsia 30%.
- 3.- Trastornos visuales 25%.
- 4.- Defectos auditivos 5%.

La naturaleza de la lesión cerebral varía y esta puede incidir en distintas fases del desarrollo. Son ejemplos de lesiones las malformaciones, la inflamación, la hemorragia, la prematuridad, la asfixia, el quernietero (?), las lesiones mecánicas del parto, los traumatismos posnatales, las intoxicaciones y los errores no compensados del metabolismo. Su etiología es prenatal en aproximadamente 20% de los casos, perinatal en el 75% y posnatal en el 50%.

Los niños afectados de parálisis cerebral tienen problemas emocionales considerables. Su aspecto externo, con limitación motora y sensorial puede hacer que se subestimen sus capacidades. No obstante, con la asistencia médica y el entrenamiento se consiguen grandes progresos.

El tratamiento médico consiste en fisioterapia, medidas ortópédicas e intervenciones quirúrgicas dirigidas a eliminar o compensar los grupos musculares afectados.

#### 6.1.1.- ESTADO BUCAL:

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

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

Muchos investigadores han informado de mayor prueba de maloclusiones, en estos niños, lo que puede atribuirse a funciones musculares anormales y a la posición poco natural de la lengua, características en niños afectados de parálisis cerebral.

Además algunos de ellos son tratados con fármacos antiepilépticos, que pueden prevenir este problema, pero provocan hipertrofia gingival.

#### 6.1.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

A excepción del mayor grado de caries dental y enfermedades periodontales, la mayoría de los niños con parálisis cerebral no presentan problemas dentales específicos. La principal preocupación del odontólogo responsable de su salud dental es lograr ajustar sus procedimientos a las --

condiciones físicas y mentales del paciente individual.

El odontólogo podrá lograr éxito siempre que obtenga una historia clínica del paciente minuciosa del niño, antes de la primera visita. Debe conseguirse esta información de los padres o tutores, así como del médico que normalmente atiende a ese paciente.

Después de conseguir toda la información disponible respecto a las características físicas y mentales del niño paralítico cerebral, el odontólogo deberá hacer una evaluación personal durante la primera visita del niño al consultorio.

Esta visita también deberá emplearse para planear el tratamiento y dar oportunidad al paciente de familiarizarse con el medio.

Como muchos de estos niños llevan vida retraída, y están poco acostumbrados a estar con personas extrañas a su medio, el odontólogo puede prever a sus paciente gran aprensión. En los casos en que se aconseje quimioterapia para premedicación, deberá consultarse al médico que atiende al niño. El medicamento más empleado para reducir ansiedades y espasmos musculares, es el clorhidrato de clordiazepóxido (Librium).

Deberá acomodarse lo mejor posible a los niños impedidos en el sillón dental. Un sillón ajustado en posición inclinada hacia atrás da más apoyo, y sensación de seguridad al paciente, cualidad aceptable e importante para los niños afectados de ataxia. Los espásticos pueden requerir aún más apoyo y control.

Los procedimientos restrictivos como empleo de correa raramente son necesarias y podrían dificultar el manejo del niño, en vez de facilitararlo, ya que restricciones excesivas pueden provocar espasmos musculares involuntarios.

Si se puede administrar de manera segura, no existe contraindicaciones al empleo de anestesia local en niños con este problema.

Los niños con parálisis cerebral pueden reaccionar con modificaciones del tono, cuando se activan sus músculos, por lo que habrá de tener paciencia al solicitarlos que abran la boca. Se aconseja el empleo sistémico de a-

apoyos bucales protectores durante procedimientos restaurativos. Estos protectores deberán retirarse de la boca — del paciente para proporcionarle frecuentes periodos de descanso, ya que los músculos del niño se cansan con facilidad.

Todo tipo de ayudas, como apoyos bucales, torundas de algodón y grapas de dique de hule, que puedan ser fácilmente desalojadas de la boca del niño, deberá atarse firmemente a un pedazo de seda dental para poder extraerlas rápidamente.

Nunca podrá ser excesiva la importancia concedida a la odontología preventiva, para niños con parálisis cerebral. Poder dar servicios dentales satisfactorios a estos pacientes requiere explicación amplia por parte del odontólogo, a los padres o tutores para informarles sobre las medidas para realizar odontología preventiva.

Deben mostrarse repetidamente las técnicas de cepillado adecuadas y debe recalcar la importancia de limitar alimentos cariogénicos. Los niños que padecen una incapacidad menos grave pueden realizar, por sí mismos los procedimientos de higiene oral, pero lo cual suele resultar útil el empleo de un cepillo con un mango, adaptado a sus necesidades individuales, que faciliten su sujeción o un cepillo eléctrico.

## 7.- SUBNORMALIDAD MENTAL, MONGOLISMO Y EPILEPSIA:

### 7.1.- SUBNORMALIDAD MENTAL:

Hablamos de retraso mental cuando la capacidad mental de un niño está disminuida hasta el punto de que necesita una educación especial y ayuda para las actividades normales de cada día.

Su etiología puede ser en primer término determinado por la herencia genética o secundario debido a alguna enfermedad orgánica. Existen diversos defectos genéticos -- que pueden producir retraso mental, como por ejemplo, las alteraciones estructurales del cráneo y las enfermedades metabólicas que provocan trastornos en el sistema nervioso central (SNC). Las alteraciones cromosómicas constituyen otro grupo de deficiencias. Entre las lesiones adquiridas se encuentran los traumatismos producidos durante el parto o en la etapa posnatal y las secuelas de la asfixia, la ictericia y las infecciones de tipo viral, desnutrición, encefalitis. Las limitaciones intelectuales también se asocian con epilepsia, parálisis cerebral, trastornos emocionales.

La Organización Mundial de la Salud, aconseja la división de niños mentalmente subnormales, en las siguientes categorías.

Grado de retraso mental	CI		Clasificación vascular	Comunicación	Requerimientos especiales para atención odontológica
	SB*	WISC-R†			
Leve	67-82	60-55	Educatible, mentalmente retrasado (EMM)	Capaz de hablar lo suficientemente bien como para la mayor parte de las necesidades de comunicación	Trátase como a un niño normal, puede ser beneficiosa una leve sedación o anestesia con óxido nítrico oxígeno
Moderado	51-66	54-40	Entrenable, mentalmente retrasado (MRE)	Vocabulario y lenguaje tales que el niño pueda comunicarse con otros a nivel básico	La sedación leve a moderada puede resultar beneficiosa, entre otras y si fuerzas positivas, puede estar indicada la anestesia general en caso de caries generalizadas o severas
Grave o profundo	35 o menos	30 o menos	No entrenable	Miedo o se comunica sólo con gémidos, para ni ninguna capacidad de comunicación	Igual que para los moderadamente retrasados

\* Escala de Inteligencia general de Stanford-Binet  
 † Escala de los Iq. de Wechsler para Niños revisada

TABLA III.

Estos pacientes se caracterizan no solo por su retraso intelectual, sino también por una vida emocional bastante pobre.

Su pensamiento suele ser poco abstracto. La memoria a corto plazo de estos niños es débil, aunque a largo plazo suele ser buena, a la hora de demostrar sus sentimientos y sus reacciones positivas o negativas, suelen ser muy abiertas.

Este tipo de pacientes suelen tener una gran tendencia a fijarse sus propios hábitos.

TABLA III. Mc. Donald. Odontología para el niño y el adolescente. P.p.-- 568

### 7.1.1.- ESTADO BUCAL:

Los más retrasados mentales, no sufren problemas dentales característicos, sin embargo, la falta de motivación del paciente, favorece al abandono de su higiene oral y el desarrollo de hábitos alimenticios inadecuados, lo que favorece que la caries y la enfermedad periodontal pueda alcanzar niveles muy graves.

### 7.1.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

Antes de formular un plan de tratamiento al odontólogo debe conocer la edad mental del niño para saber que grado de cooperación puede esperar de él, y hacer los ajustes necesarios en los procedimientos de tratamiento.

Los siguientes procedimientos han demostrado su eficacia, para establecer relaciones paciente-odontólogo armoniosas y para reducir la ansiedad del paciente, acerca de la atención odontológica.

a.- Dar un pequeño paseo por el consultorio antes de intentar el tratamiento. Esto familiariza al paciente reduciéndole, el temor a lo desconocido.

b.- Hablar con lentitud y términos sencillos. Asegurándose que las indicaciones son comprendidas, preguntándole al paciente si tiene alguna pregunta que formular.

c).- Las instrucciones solamente se deben dar una vez. Premiando al paciente con felicitaciones, luego de la terminación feliz de cada procedimiento.

d).- Escuchar al paciente. Los menos retrasados mentales tienen trastornos de comunicación y el odontólogo, debe ser particularmente sensible a los gustos y peditivos verbales.

e).- Hacer sesiones cortas. Con un avance gradual hacia procedimientos más difíciles (anestesia y restauraciones), después de que el paciente se haya acostumbrado al ambiente.

f).- Programar, la atención de ser posible por las mañanas, cuando el odontólogo y el paciente están menos fatigados.

Los niños con daño cerebral mayor o quienes están -- propensos a convulsiones, pueden ser considerados para -- tratamiento con anestesia general.

Dadas las limitaciones intelectuales del paciente, -- la introducción al tratamiento dental debe ser cuidadosa -- y detallada.

Los niños retrasados pueden mostrar cierta falta de -- concentración y una actitud caprichosa, por lo que el dentista debe estar particularmente atento, para evitar que -- el paciente se autolesione. El uso del cepillo eléctrico es de gran ayuda para el paciente o para la madre, si -- ella lo maneja.

## 7.2.- MONGOLISMO (SÍNDROME DE DAWN, TRISOMIA 21):

El síndrome de Dawn, es el síndrome cromosómico me-- jor conocido, se debe como ya se menciona anteriormente a una anomalía cromosómica, por lo general una trisomía 21, es decir la existencia de un cromosoma supernumerario, en el par 21. En consecuencia el niño posee 47 cromosomas, -- en vez de 46. La incidencia total de la población gene-- ral se estima que es de 1.5 por cada 1000 nacimientos.

Una de las causas que provocan mayor incidencia de -- síndrome de Dawn, es de madres mayores, sobre todo en a-- aquellas quienes han pasado de los 35 años; incluyendo la -- exposición de las madres a radiaciones diagnósticas en el abdomen, y la sobremaduración del ovulo por la menor fre-- cuencia del coito, lleva a una demora en la fertilización. Así mismo, en algunos tipos de mongolismo se han constata-- do factores hereditarios.

El mongolismo se asocia con retraso mental, y la ma-- yoría de los niños mongolitos, tienen un C.I. de 40 a 60 si bien a veces es observable índices superiores.

El niño mongoloide típico tiene muchas característi-- cas físicas que le distinguen del normal. Durante la in-- fancia la disposición de estos niños suele ser alegre y -- cariñosa, son de corta estatura, presentan hipotonía mus-- cular o hipermovilidad articular. La cabeza es del tipo -- braquicefalo, con occipital relativamente plano, malforma-- ciones auriculares y puente nasal aplanado. En el ángulo

interno del ojo existe un pliegue cutáneo o epicanato, que da al niño un carácter facial parecido al de la raza mongolica, lo que justifica esta denominación del síndrome.

Entre otras características, estos pacientes presentan, además sequedad de la piel, manos cortas con dedos -- romos, dedo incurvado, en los pies primero y segundo dedo muy espaciados, trastornos de la visión del tipo de estrabismo y en más de la mitad nistagmus (?), opacidades en el cristalino, el cabello puede ser fino y escaso y a menudo hay un envejecimiento en las mejillas. Presentan macroglosia, y lengua escrotal, en 50% de los casos.

Los mongólicos sufren una mortalidad elevada a edades tempranas, que se debe con frecuencia a cardiopatías congénitas, y defectos intestinales. Además de que ofrecen una baja resistencia a las infecciones, sobre todo de las vías respiratorias, superiores y su incidencia de leucemia es superior a la de la población en general.

#### 7.2.1.- ESTADO BUCAL:

La oclusión suele ser característica por una mordida cruzada anterior y posterior debida al escaso desarrollo del maxilar superior.

Es frecuente también, la mordida abierta anterior -- que puede ponerse en relación con el gran tamaño de la lengua. La bóveda palatina es baja y estrecha. La erupción dentaria se encuentra retrasada y son frecuentes las agenesias, las fusiones y los dientes cónicos.

Los niños mongoloides tienen una menor prevalencia de caries dental que otros niños subnormales del mismo ambiente y que los niños normales de la misma edad. Esta baja incidencia de caries se ha relacionado con el retraso de la erupción, el menor diámetro mesiodistal de la corona, que condiciona la existencia de diastemas y ciertas peculiaridades de la composición salival (la saliva de los niños mongólicos, tiene un pH elevado).

---

(?) Ver vocabulario.

### 7.2.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

Estos pacientes son muy cooperadores y amigables, -- pero es muy importante conocer el grado de inteligencia; ya que de este dependerá el grado de cooperación.

En niño mongoloide más inteligente puede ser tratado en el sillón dental en forma razonablemente normal para procedimientos conservadores. Para los de grado más bajo el tratamiento debe ser adaptado a las necesidades inmediatas. No hay contraindicación para la anestesia local.

Los niños con enfermedad cardíaca congénita, necesitan un plan de tratamiento especial que tome en cuenta esa condición (ver capítulo 4).

El estado periodontal constituye la dificultad principal en el logro de la salud dental. El tratamiento gingival se hace de acuerdo a los principios generales, pero habitualmente debe ser de tipo sencillo. Hay que tener en cuenta la posibilidad del desarrollo de una leucemia.

### 7.3.- EPILEPSIA:

No es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma de un trastorno cerebral subyacente, característico por ataques recidivantes con alteraciones en el estado de conciencia, de comienzo brusco y duración leve. Por tanto, la epilepsia debe considerarse un síntoma neurológico inespecífico de sobreexcitación cerebral patológica. Ocurre en el 0.5 a 1% de la población y aproximadamente el 5%, -- tiene subnormalidad mental.

Los trastornos epilepticos pueden dividirse en dos -- grupos etiologicos; Idiopáticos y sintomáticos.

En el grupo idiopático, las epilepsias no pueden atribuirse a lesión estructural cerebral demostrable, y -- frecuentemente son de origen genético.

Las epilepsias de origen sintomático se asocian con -- patología del cerebro asociadas con anomalías del desarrollo, lesión o enfermedad.

Se desconoce la etiología de la epilepsia primaria -- (idiopática genuina). Aunque, no hay signos que indiquen -- que la epilepsia en sí misma sea hereditaria, los trastornos de los impulsos eléctricos del cerebro si lo son y algunas disritmias cerebrales, son expresión de una predisposición hereditaria de la epilepsia.

En la epilepsia secundaria (sintomática) puede demostrarse una lesión orgánica secundaria cerebral o algún -- trastorno fisiológico como causas subyacentes.

Las lesiones orgánicas comprenden tumores, abscesos, -- procesos inflamatorios o degenerativos, o formación de tejidos cicatrizal tras lesiones traumáticas o vasculares.

Si se demuestra mediante datos electroencefalograficos, que una enfermedad orgánica cerebral produce ataques epilepticos, estos pueden curarse mediante la eliminación del proceso patológico o con la administración de fármacos antiepilepticos.

Las más utilizadas son los derivados de la fenitoina y los barbitáricos.

Las manifestaciones de la epilepsia son clínicamente muy diversas y pueden dividirse de la siguiente manera:

a).- Ataque de pequeño mal:

Este ataque se caracteriza por episodios de pérdida momentánea y repentina del conocimiento. El niño adquiere cara inespresiva y suspende cualquier tipo de actividad voluntaria que hubiera iniciado anteriormente. A esta pérdida del conocimiento pueden acompañarla sacudidas rítmicas de cabeza y brazos. La duración de cada ataque es de aproximadamente 10 sg. y el niño se recupera rápidamente.

b).- Ataque de gran mal:

Como lo indica su nombre, el ataque clásico de gran mal es mucho más violento que el pequeño mal. Típicamente los ojos giran en las órbitas, se dilatan las pupilas, la cara enrojece o palidece. Se pierde el conocimiento, el cuerpo sufre un espasmo tónico que detiene la respiración y el niño se torna cianótico. A los 10 o 30 sg., el espasmo tónico lo sigue una fase clónica, de probablemente varios minutos de duración y se presenta también espasmos profusa, sudor y evacuaciones involuntarias de intestinos y vejiga. Gradualmente las contracciones musculares se vuelven menos violentas y cesan generalmente, después del ataque el niño permanece estuporoso y cae en sueño profundo, que puede durar una hora o más. Al despertar puede sufrir intensos dolores de cabeza y mostrar signos de inquietud durante un período de duración variable.

7.3.1.- ESTADO BUCAL:

Estos pacientes muy a menudo presentan una hiperplasia fibrosa de la encía producida por el medicamento anti convulsivo (Dilantina). Esta lesión es indolora de consistencia firme, color rosa pálido y aspecto elástico y en su mayoría, sin tendencia a la hemorragia espontánea.

Si la frecuencia de las crisis de gran mal es elevada, los dientes pueden sufrir un atricción importante y la lengua puede presentar cicatrices. Ciertos fármacos psicoterápicos inhiben la salivación y contribuyen al aumento de la caries en algunos pacientes.

### 7.3.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

La casi totalidad de los niños epilépticos pueden ser tratados de forma convencional. Muchos de estos pacientes son particularmente aprensivos y el tiempo destinado para conocerlos está bien empleado. Es conveniente preguntar al padre o tutor, cuando fue el último ataque y que tipo de situación lo provoca.

La conservación puede realizarse normalmente y se puede usar anestesia local.

El estado periodontal puede requerir atención especial en los pacientes, quienes toman Dilantín. Para mantener controlada la situación gingival, de la mayoría de los pacientes, se aconseja la limpieza profesional de los dientes cada 3 meses. En la mayoría de los casos, se puede eliminar quirúrgicamente la hiperplasia gingival y, después controlarse con procedimientos bucales profilácticos adecuados. Si tiende a recurrir el problema periodontal, deberá consultarse al médico del niño, para considerar un cambio de régimen de medicamento para el paciente.

Durante el tratamiento hay que disponer los instrumentos de modo que puedan retirarse fácilmente en caso que se produzca una crisis. Si el ataque es del tipo pequeño mal, como los ataques son muy breves representan una dificultad muy pequeña para tratar al paciente.

Si el paciente sufre un ataque de gran mal, el objetivo principal del dentista, es evitar que el niño se lesione. Deberá insertarse una ayuda bucal de caucho o plástico para evitar que se muerda la lengua y deberá colocarse al paciente en una posición en que no pueda lesionarse. Probablemente el lugar más adecuado, sería un espacio libre de obstáculos en el suelo.

## 8.- HENDIDURA DEL LABIO Y PALADAR:

El labio y el paladar hendidos se encuentran entre las deformaciones congénitas más comunes, en el hombre. Estos defectos estructurales del complejo facial-bucal pueden variar desde una ligera mella en el labio a una pequeña hendidura en la óvula, hasta una separación completa del labio y ausencia de división entre las cavidades bucal y nasal.

En la mayoría de los casos, los individuos nacidos con labio hendido, paladar hendido o ambas cosas desarrollan varios defectos asociados, como dientes deformados, maloclusiones, defectos de lenguaje, infecciones del oído medio, alta susceptibilidad a infecciones respiratorias superiores.

Actualmente no se ha establecido una clasificación clara y estandarizada de los defectos estructurales del labio y el paladar. En 1958 Kernahan y Stark, propusieron una clasificación de labio y paladar hendidos basada en patrones morfológicos y embriológicos, que es la más aceptada y empleada.

Enumero a continuación los principios básicos de esta clasificación:

- GRUPO I:** Hendiduras del paladar primario; este grupo, comprende todas las hendiduras localizadas antes del agujero incisivo, es decir todas las formas y grados de labio hendido y combinaciones de labio hendido y proceso alveolar hendido (abreviatura normal LH).
- GRUPO II:** Hendiduras en posición posterior, al agujero incisivo. Este grupo comprende todos los grados de hendiduras del paladar duro y blando (abreviatura común PH).
- GRUPO III:** Combinaciones de hendiduras en paladar primario y secundario. Este grupo comprende una combinación de los grupos I y II (abreviatura normal PIH).

Aunque muchos científicos han tratado de explicar como se desarrollan las hendiduras del paladar primario, se comprende aún mal este problema y la información disponible es aún limitada y contradictoria.

Una explicación posible, es la teoría de "deficiencia mesodérmica". Esta teoría sugiere que el labio y el premaxilar existen en sus formas tempranas como una capa ectodérmica en donde están presentes tres masas de mesodermo. Normalmente, estas masas de mesodermo crecen y se unen para formar el labio superior y el premaxilar, pero sino crecen no se infiltran en la capa ectodérmica, el debilitamiento consiguiente de esta delicada membrana rompe la capa, dando por resultado un labio hendido.

Los mecanismos embriológicos que producen hendiduras del paladar secundario, se comprenden mejor que los que originan hendiduras del labio. Se acepta generalmente que el paladar hendido se debe a que los procesos palatinos no logran encontrarse y hacer fusión en la línea media.

A continuación se manifiestan ciertos factores, demostrados en experimentos en animales como posibles obstáculos a los movimientos normales y la fusión de los procesos palatinos:

a).- La falta de desplazamiento entre los procesos puede impedir el cierre.

b).- Puede ser impedida la fusión si los procesos son demasiado estrechos para encontrarse, en la línea media o por algún otro defecto estructural.

c).- Los procesos palatinos normales pueden encontrarse en la línea media en individuos con cabeza extraordinariamente ancha.

La frecuencia total de hendiduras, es mucho mayor entre los hombres que entre mujeres, las personas de raza negra son las menos afectadas y los japoneses, son los afectados con mayor frecuencia.

En varios estudios se ha visto la posible relación entre la edad avanzada de los padres y la frecuencia del labio y paladar hendido. Cierta número de estudios han demostrado que las personas con labio hendido, y paladar o ambas cosas, existe mayor probabilidad de sufrir otras deformaciones congénitas como defectos de las extremidades y cardiopatías congénitas.

En estudios recientes se ha arrojado nueva luz, sobre los posibles factores causales de estas malformaciones. A continuación se resumen brevemente, la información general:

#### 1.- Factores Exógenos:

En solo algunos casos aislados, en donde los síndromes resultan de rubeola, o talidomida, se ha demostrado que las hendiduras de labio, paladar o ambas, son atribuidas, a un agente ambiental específico.

#### 2.- Genes Mutantes y aberraciones cromosómicas:

Las hendiduras del labio o el paladar, o de ambos, son una de las características de algunos síndromes raros, que han sido adscritos a:

a.- Genes mutantes, tales como labio y paladar hendidos, con displasia ectodérmica, y

b.- Aberraciones cromosómicas, como trisomía D, y trisomía E.

#### 3.- Causas de Factores Múltiples:

Se considera muy probable que la mayoría de las hendiduras del labio, del paladar o de ambos, sean causadas por una combinación de factores exógenos y un patrón genético predisponente a estas deformaciones. Actualmente se considera que la herencia juega un papel importante en la etiología.

### 8.1.- TRATAMIENTO:

Por la complejidad de las malformaciones congenitas del labio, paladar o ambos, se ha reconocido el trabajo en equipo, como el único método inteligente de tratamiento y rehabilitación, para las desafortunadas personas nacidas con estas anomalías. Los representantes, de varias especialidades de diagnóstico y tratamiento de labio, paladar o ambos, concuerdan en la existencia de esta necesidad y por ello, en muchos países se ha logrado establecer numerosas clínicas de paladar hendido, en donde se encuentran cirujanos plasticos, pediatras, odontopediatras, ortodoncistas, prostodoncistas, especialistas de audición y lenguaje así como sociólogos.

#### 8.1.- TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Los principios fundamentales de procedimientos quirúrgicos, consisten en volver a colocar y suturar las secciones hendidas. Este trabajo no entra en los límites de dar descripciones extensas y detalladas de los tratamientos quirúrgicos aplicados a casos de hendiduras labiales, palatinas o ambas, y por lo tanto, solo se tratarán los aspectos generales de los procedimientos quirúrgicos.

El cierre quirúrgico del labio hendido se realiza generalmente entre las 2 y 12 semanas de edad. Para llevar a cabo este tipo de cirugía existen varias técnicas. La elección del método será dictada por las condiciones morfológicas de la hendidura.

La edad óptima del paciente en que intentar la operación de cerrar el paladar, esta sujeta a cierta controversia. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos prefieren realizar esta operación, cuando el paciente tiene 18 a 24 meses de edad.

La meta final en la cirugía de paladar hendido es proporcionar un mecanismo que separe adecuadamente las cavidades bucal y nasal del paciente, de manera que no exista interferencia en el crecimiento de huesos faciales o en el desarrollo de lenguaje, audición y oclusión dental normales.

De las diversas técnicas operatorias aceptadas, para cerrar un paladar hendido, el principio básico en la mayoría, es el empleo de colgajos mucoperiosticos, que se obtienen de los procesos palatinos óseos, y se pegan en contacto en la línea media. Frecuentemente, el cirujano combina este cierre de la línea media con el denominado empuje hacia atrás del colgajo; un procedimiento que logra proporcionar el cierre bucofaringeo durante las funciones de lenguaje y deglución.

Si el cirujano considera que no se puede obtener cierre velofaríngeo adecuado con este método, puede crear un puente de tejido entre la faringe y el paladar blando. Esto se logra disecando un colgajo de la pared posterior de la faringe extendiéndolo hacia adelante y suturándole al borde posterior desnudo del paladar blando.

## 8.2.- TRATAMIENTO DENTAL:

La presencia de hendidura en el labio, en el paladar o en ambos, en recién nacidos puede hacer surgir diversos problemas dentales. Como es perfectamente comprensible muchos de estos pacientes están deprimidos y son muy sensibles, pero son algo más de paciencia y comprensión el odontólogo generalmente puede superar estas barreras que surgen a la cooperación del paciente. En la mayoría de los casos, se ve profundamente recompensado por la gratitud que recibe como premio a sus esfuerzos por mejorar la salud y el aspecto físico del paciente.

La extensión de los cuidados dentales requeridos por estos pacientes puede variar considerablemente, y por lo regular esta dictada por la gravedad de la deformación original. Algunos pacientes como los nacidos con hendiduras de solo el paladar blando, pueden requerir únicamente los cuidados dentales ordinarios prestados a todos los pacientes normales.

En algunos casos, el dentista puede verse participando en un proceso de habilitación inmediatamente después del nacimiento del paciente.

El Odontologo puede ser llamado para confeccionar un aparato semejante a una base de dentadura superior, con -- dos propósitos:

- 1.- Facilitar la alimentación del lactante con paladar hendido.
- 2.- Evitar la caída del maxilar superior.

El aparato se construye con resina acrílica sobre un molde del paladar del niño. Se hace un portaimpresiones con cera de placa base, reblandecida con agua caliente y a daptada al paladar, y a la musculatura del niño.

Despues de pulir y de reforzar el portaimpresiones, se toma una impresión empleando una película delgada de material de impresión de alginato. Se fabrica con un patron de cera sobre un molde de yeso obtenido de la impresión. Se procesa entonces el patron de cera en resina acrílica transparente, se recorta y se pule.

Como regla general se hace la visita inicial al dentista cuando el paciente tiene 2 o 3 años. En las primeras visitas deberá examinarse al niño administrando ligeras profilaxis y permite familiarizarse con el odontologo y su medio. Por la forma del paladar tratado quirurgicamente pueden presentarse ciertas dificultades al tomar las radiografias. Sin embargo, es esencial obtener estas ayudas para el diagnóstico de piezas supraumerarias, anodoncias, o piezas deformadas, además de detectar caries interproximal.

Las preparaciones de cavidades en pacientes con hendidura palatina labial o ambas cosas no difieren de procedimientos seguidos en pacientes normales.

Muchos de estos niños respiran por la boca por desviaciones del tabique nasal, frecuentemente asociadas con hendiduras faciales-bucales. En estos pacientes se puede crear mucha ansiedad y angustia al interferir, durante los procedimientos operatorios en su respiración bucal. Generalmente el odontologo puede superar este problema dando sensación de seguridad al paciente, limitando el empleo de torundas de algodón o empleando diques de hule con orificios amplios.

Los pacientes con labio hendido, paladar e ambos frecuentemente presentan piezas supernumerarias en la dentadura primaria y permanente. En la dentadura primaria, se permite que estas piezas hagan exfoliación de manera natural e puede hacerse la extracción despues de la pérdida de piezas adyacentes. La mayoría de las piezas supernumerarias en la dentadura permanente se extraen lo antes posible.

Las piezas ausentes en el área anterior deberán ser reemplazadas principalmente por razones estéticas. Las piezas artificiales pueden ligarse a una placa acrílica, que los niños generalmente retienen en la boca sin dificultad.

En pacientes con hendidura de labio o paladar, o ambas, se observa a menudo hipoplasia del esmalte dental. Este defecto ocurre con mayor frecuencia en los incisivos permanentes centrales y laterales, en posición inmediatamente adyacente al lugar de la hendidura. Cuando sea posible, deberá restaurarse estas piezas, incluso si esto requiere colocar coronas de acero-cromo. Es de vital importancia preservar estas piezas para su empleo futuro como bases para coronas individuales o prótesis dentales.

A veces se requieren aparatos protectores especiales para lograr habilitación óptima. Pueden necesitarse estos aparatos para mejorar el lenguaje del paciente, su aspecto y a veces ambas cosas.

El cuidado dental es extraordinariamente importante para estos niños. Desde muy temprano en la vida hay que llamar la atención sobre lo fundamental de una buena dieta en relación con la caries, además de estimular el cepillado dentario. En presencia de un buen patron diestético y un cepillado eficaz, muchos de los problemas serios de tipo gingival y de caries que se ven en el periodo de dentición mixta pueden reducirse al mínimo y hasta evitarse.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

### CONCLUSIONES:

En este trabajo se han tratado los problemas odonto--  
pediátricos, encontrados con mayor frecuencia.

He descrito los problemas dentales asociados con es--  
tos trastornos, así como medidas de precaución y procedi--  
mientos de manejo, indicados para tratamiento dental de ni--  
ños impedidos.

Aunque la premedicación y los agentes anestésicos, --  
sean ayudas valiosas, para tratamientos dentales en estos  
niños; el odontólogo debe darse cuenta de que estas ayudas  
no podrán nunca, substituir a la paciencia y comprensión --  
que deberá mostrar al tratar a niños impedidos.

Si acepta el hecho de que los procedimientos dentales  
pueden requerir más tiempo que en niños normales, el odo--  
ntólogo podrá lograr enorme satisfacción personal, al saber  
que contribuye al progreso de la habilitación de estos se--  
res tan desafortunados y al observar la profunda gratitud  
de estos por los servicios dentales realizados en ellos.

## V O C A B U L A R I O :

### 1.- ATESIA O ATROFISIS:

Trastorno caracterizado por movimientos continuos involuntarios, bastante lentos y extravagantes de dedos y manos principalmente, debido por lo comun a una lesi6n del cuerpo estriado.

### 2.- DISTONIA MUSCULAR:

Trastorno en la fuerza de los m6sculos.

### 3.- ESCLEROSIS:

Endurecimiento o induraci6n morbosa de los tejidos especialmente del tejido intersticial o un 6rgano consecutiva a la inflamaci6n.

### 4.- ESPASTICO:

Contracci6n involuntaria persistente de un grupo muscular o un m6sculo; algunos reservan el nombre de espasmos para la contracci6n t6nica persistente de los m6sculos de fibra lisa.

### 5.- FIBRINOLISIS:

Destrucci6n de las fibras involucradas en la formaci6n del coagulo.

### 6.- HEMATOPYESIS:

Hematogenesis.- Producci6n de sangre.

### 7.- HEMOSTASIS:

Detenci6n espont6nea o artificial de un flujo sanguineo o hemorragia.

### 8.- HIPERTERMIA:

Elevaci6n de la temperatura corporal.

### 9.- LACERACION:

Desgarro, magulladura, golpe, herida.

### 10.- MIASTENIA GRAVIS:

Fatiga m6scular excesiva ocasionada por trastornos vasomotores.

11.- NISTAGMUS;

Espasmo clónico de los músculos motores del globo ocular, que produce movimientos involuntarios.

12.- QUERNICTERO O KERNICTEMUS;

Pigmentación biliar de la sustancia gris de las mas nucleares del cerebro y médula, con degeneración de las células nerviosas, forma grave de ictericia neonatorum.

13.- SIBILANCIA;

Que suena a manera de silbido.

14.- TISULAR;

Galicismo por textil, histico o histológico.

15.- TROMBINA BOVINA;

Fermento que existe en la sangre derramada, no en la circulante y que convierte el fibrinogeno en fibrina.

16.- VIRULENCIA;

Acrisonia, malignidad, especialmente la toxicidad o infaciosidad de los microorganismos

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

**ODONTOLOGIA PEDIATRICA.**

Finn Sidney B.

Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.

México, D.F. 1982

P.p.- 491 - 513

**ODONTOLOGIA PEDIATRICA.**

Barber Thomas K.

Manual Moderno, S.A. de C.V.

México, D.F. 1982

P.p.- 383 - 411

**ODONTOPEDIATRIA (ENFOQUE SISTEMATICO).**

Magnusson Bengt O.

Salvat, Editores S.A.

Barcelona 1985

P.p.- 301 - 324

**ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.**

Mc. Donald Ralph E.

Editorial Médica Panamericana.

Buenos Aires 1990.

P.p.- 554 - 599

**ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO IMPEDIDO.**

Weyman Joan.

Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.

Buenos Aires 1976

**MANUAL MERK.**

Merck & Co. Inc.

Merck Sharp & Dohme Research Laboratories.

E.U.A. 1981

**DICCIONARIO DE CIENCIAS MEDICO- ODONTOLÓGICAS.**  
**Dr. Enrique Correa M.**  
**Publicaciones Cultural.**  
**México 1985.**