

114
2oj.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Vo Bo

[Firma manuscrita]

22 ENERO 92

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DEL
NIÑO IMPEDIDO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ELENA CONCEPCION GRANADOS SAN MIGUEL

DIRECTOR DE TESIS: C.D. EMILIO C. BELTRAN LARA



MEXICO, D. F.,

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

	Introducción.....	2
Capitulo I	Generalidades del tratamiento dental en niños impedidos.....	3
Capitulo II	Impedidos Fisico	
	Trastornos Renales.....	6
	Trastornos Cardiacos.....	10
	Trastornos Respiratorios.....	19
	Trastornos de Hemostasis.....	24
	Trastornos Metabólicos.....	31
	El ciego y el Sordo.....	36
Capitulo III	Impedidos Mentales	
	Parálisis Cerebral.....	41
	Síndrome Down.....	49
	Epilepsia.....	51
Capitulo IV	Hendiduras Orofaciales	
	Hendiduras de labio y paladar.....	55
Capitulo V	Sedación.....	60
Capitulo VI	Anestesia General.....	68
	Conclusiones.....	73
	Bibliografía.....	75

INTRODUCCION

Anteriormente, los niños impedidos no lograban sobrevivir mucho tiempo, eran marginados y desatendidos por completo. En la actualidad se hace un esfuerzo por aumentar su promedio de vida, e integrarlos a la sociedad; como parte de este esfuerzo su afluencia en el consultorio dental es cada vez mayor, por lo que considero que el odontólogo debe estar preparado para proporcionarles una atención dental adecuada.

Es por esto que me permito exponer en este trabajo aspectos fundamentales en el manejo del paciente excepcional (impedido). Esperando que día a día se vayan aumentando los conocimientos en este campo.

CAPITULO I

GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO DENTAL EN LOS NIÑOS IMPEDIDOS

Es conveniente que el odontólogo antes de ver al niño por primera vez, busque información del médico sobre su condición. Necesita saber que tipo de enfermedad tiene, la terapia que está llevando, los defectos sensoriales, visuales o auditivos y una estimación de su nivel de inteligencia. Después de haber obtenido estos datos el dentista podrá actuar según la necesidad de ese paciente en particular.

La primera visita del niño al consultorio es la más importante, el odontólogo deberá ser cariñoso, comprensivo y paciente, si es necesario se establecerán varias visitas

antes de iniciar el tratamiento para lograr una relación de confianza.

Se deberá estimular al niño para que se relaje y se agotarán todos los métodos para obtener su cooperación antes de restringirlo o emplear anestesia general. El dominio físico nunca debe ser sustituto del manejo psicológico.

Para obtener atención del niño se necesita la firmeza reflejada en el dominio de la voz durante las indicaciones verbales. en el caso de pacientes no cooperadores podemos emplear la técnica de mano sobre boca.

Generalmente el niño debe estar en una posición reclinada que torne difícil el movimiento hacia adelante y permita al odontólogo un mejor control sobre el.

El uso de tiras de retención para soporte es útil siempre y cuando el niño entienda que es para soporte y no para restricción. Mink y Hughes describen la técnica de la sábana como restricción estabilizadora eficaz. Estos dispositivos permiten al odontólogo un dominio efectivo de todos los miembros con un mínimo de esfuerzo y sin molestia para el niño.

La participación de los familiares del paciente impedido durante el tratamiento dental es muy importante, ya que en muchos casos los niños presentan afecciones que exigen dependencia de los padres.

Planificación del Tratamiento.

Se deberá trazar un plan de tratamiento que considere la situación médica y el pronóstico para los próximos años.

Si la enfermedad del niño tiene un mal pronóstico el tratamiento odontológico deberá ser paliativo y se limitará a una atención de mantenimiento y prevención de enfermedades bucales.

Si el pronóstico es favorable se debe emplear un buen tratamiento preventivo y restaurador para ayudar a mantener una oclusión funcional y un parodonto sano.

Los procedimientos de restauración deben ser tratados en el menor número posible de citas.

Ante problemas graves de manejo se podrá recurrir a la anestesia general.

CAPITULO I I

IMPEDIDOS FISICOS

TRASTORNOS RENALES

SINDROME NEFROTICO

Es de etiología desconocida, pero hay posibilidad de que sea una enfermedad autoinmune. Generalmente comienza a los 2 o 3 años de edad y su duración puede ser de meses o años.

Signos y Síntomas:

Una característica importante es el edema, estos pacientes son muy susceptibles a la infección y son muy comunes las de vías respiratorias superiores.

Puede producirse hipoplasia de esmalte y haber algún grado de cambio de color en los dientes por la tetraciclina.

Tratamiento:

Generalmente es a base de corticosteroides, el empleo de antibacterianos ha reducido el número de muertes por infección.

TRATAMIENTO DENTAL

Debido a la relación de esta enfermedad con la infección es importante mantener una salud dental. El tratamiento odontológico puede realizarse durante las etapas de remisión del paciente ya que este lleva una vida relativamente normal.

Se debe extraer cualquier diente dudoso para eliminar la sepsis dental.

La terapia de conductos está contraindicada.

Las extracciones se harán bajo cobertura antibiótica y se deberá consultar con el médico si hay que suplementar o no la terapia con corticosteroides.

PIELONEFRITIS CRONICA

La pielonefritis crónica es una variedad de nefritis intersticial crónica producida por las infecciones bacterianas del riñón.

Signos y Síntomas:

Los síntomas tempranos son poco frecuentes, especialmente en el grupo con riñones obstruidos, los pacientes suelen presentar fatiga, cansancio, en algunos casos náusea y vómito o desfallecimiento. Muchos pacientes pueden desarrollar una hipertensión en alguna etapa de la enfermedad. La poliuria y la nocturia son frecuentes.

Tratamiento:

El tratamiento es a base de antibióticos.

TRATAMIENTO DENTAL

El objetivo principal es eliminar los focos sépticos y mantener la salud dental.

Se administrará una cobertura profiláctica en caso de realizar extracciones. Es posible que los pacientes hipertensos presenten hemorragias posoperatorias.

La anestesia general está contraindicada, a menos que el paciente sea internado en un hospital.

Debe evitarse la terapia de conductos en dientes desvitalizados.

GLOMERULONEFRITIS CRONICA

Esta enfermedad suele tener un comienzo insidioso sin causa demostrable o seguir del síndrome nefrótico en niños. Generalmente hay exacerbaciones agudas consecutivas a infecciones respiratorias superiores por estreptococos hemolíticos B; cada ataque aumentará el daño renal. Muchos glomerulos son dañados, los túbulos se atrofian o se hacen quísticos y presentan tejido cicatrizal.

Signos y Síntomas:

Estos pacientes generalmente se encuentran en un estado de fatiga, y pueden presentar anemia. Son altamente susceptibles a las infecciones, todas las medidas que prevengan éstas infecciones prolongarán la vida del paciente.

TRATAMIENTO DENTAL

El principal objetivo en el tratamiento de éstos pacientes es eliminar la sepsis dentaria en vista de la susceptibilidad a la infección. Es preferible extraer cualquier diente dudoso; todo esto deberá hacerse bajo cobertura antibiótica, también es conveniente consultar con el médico de cabecera.

El plan de tratamiento deberá ser sencillo y no prolongado en vista del pronóstico.

La terapia de conductos radiculares está contraindicada, se utilizará anestesia local.

TRASTORNOS CARDIACOS

ENFERMEDAD CARDIACA CONGENITA

Las cardiopatías congénitas se producen en una proporción del 0.5% del total de nacidos vivos.

La etiología de estos defectos es desconocida, pero se ha asociado frecuentemente con la rubeola materna durante el periodo inicial del desarrollo embrionario y otras enfermedades virales como el sarampión y la parotiditis. También se ha sugerido la hipoxia fetal, la endocarditis fetal, las alteraciones inmunológicas y deficiencias vitamínicas como causantes de las cardiopatías congénitas.

Muchos defectos congénitos son tan leves que pueden no causar incapacidad y no ser descubiertos hasta que se hace un examen médico de rutina. En el caso más marcado, el niño puede quedar sin aliento durante el ejercicio, cansarse fácilmente y tener ataques recurrentes de infección respiratoria. En el caso grave, hay limitación de esfuerzo y posible falta de crecimiento.

Un niño con defecto cardíaco congénito habitualmente tiene poca o ninguna restricción en su actitud porque ha crecido con él y ha aprendido cual es su capacidad para el esfuerzo.

Un paciente que ha tenido signos de falla cardiaca puede encontrarse en dosis de mantenimiento digital, generalmente en forma de digoxina. Esta se administra por vía oral, habitualmente dos veces por día, tiene el efecto de reforzar las contracciones del músculo cardiaco y aumentar su impulso, reduciendo así la congestión del lado venoso.

Hay muchos tipos de combinaciones de defectos cardiacos de desarrollo y es bueno tener algún conocimiento de los que se presentan mas comunmente.

El patrón general es que donde ocurre una abertura anómala, la sangre fluirá del lado con mayor presión al de menor presión, ésto es habitualmente, del lado izquierdo del corazón al derecho. Si no obstante, el defecto es una barrera en la ruta normal, una estenosis, entonces se produce presión detrás de ésta, causando agrandamiento y puede resultar en la inversión de la dirección normal del flujo. La cianosis aparece donde la anomalía permite que un considerable volúmen de sangre se desvie de los pulmones y vuelva a circular por el cuerpo sin oxigenación.

COMUNICACION INTERAURICULAR

Las comunicaciones interauriculares que incluyan la persistencia del foramen oval constituyen la lesión congénita del corazón más frecuente. Los efectos clínicos dependen del tamaño de la comunicación y del volúmen de sangre que lo atraviesa. Tanto la aurícula como el ventrículo derecho pueden estar dilatados, también puede haber una hipertrofia ventricular. Este defecto puede ser tratado quirúrgicamente.

COMUNICACION INTERVENTRICULAR

Ocupa el segundo lugar en la frecuencia de cardiopatías congénitas. La sangre atraviesa el cortocircuito en dirección izquierda derecha excepto si existe hipertensión pulmonar o insuficiencia miocárdica. El tamaño de este defecto es variable, puede ser muy pequeño o muy extenso.

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO

Durante la etapa fetal, cuando los pulmones están

colapsados y sin función, el ductus arterioso actúa como una desviación pero normalmente se oblitera, no mucho después del nacimiento. Sin embargo, si persiste, la sangre pasa a través de él desde la aorta a la arteria pulmonar y la cantidad de sangre desviada depende del tamaño del ductus y de la diferencia de presión entre los dos vasos principales. Estos pacientes son especialmente propensos a la endocarditis bacteriana.

TRUNCUS ARTERIOSUS

Los pacientes con este defecto presentan cianosis desde el nacimiento. En el truncus arteriosus existe una comunicación interventricular alta, con la sangre fluyendo desde los ventrículos hacia un tronco común.

TETRALOGIA DE FALLOT

Este es el defecto más común de enfermedad cardíaca congénita de tipo cianótico. Consiste en una estenosis pulmonar, una comunicación interventricular, una dextroposición de la aorta y una hipertrofia ventricular derecha.

La mayoría de estos pacientes son cianóticos desde el nacimiento o sufren cianosis antes del año de edad. Síntomas frecuentes son la disnea de esfuerzo, retardo en el crecimiento y del desarrollo, dedos en forma de palillo de tambor y la policitemia. El tratamiento es la corrección de la comunicación interventricular y de la estenosis pulmonar.

ESTENOSIS PULMONAR

Este defecto reduce el flujo sanguíneo pulmonar provocando la dilatación y la hipertrofia del ventrículo derecho y en ocasiones la insuficiencia miocárdica.

COARTACION DE LA AORTA

Consiste en un estrechamiento de la aorta en la región de union con el conducto arterioso. Existen 2 tipos, el infantil que habitualmente no es compatible con la vida, y el tipo adulto. La mayoría de estos pacientes no sobrevive más allá de la vida media, habitualmente por complicaciones de presión sanguínea elevada en la parte superior del cuerpo.

Signos y Síntomas:

La disnea es el síntoma más frecuente en los pacientes con cardiopatía congénita. También suelen presentar cianosis, policitemia, dedos de manos y pies en palillo de tambor, soplos, insuficiencia cardiaca congestiva, distensión de las venas del cuello, así como hepatomegalia y vértigos.

TRATAMIENTO DENTAL

Antes de realizar cualquier manipulación dental en estos pacientes, deberá consultarse al cardiólogo acerca del estado del paciente y de la necesidad de establecer una cobertura antibiótica para prevenir la endocarditis.

La profilaxis antibiótica es la misma que la utilizada en pacientes con cardiopatía reumática.

Los pacientes con cardiopatía congénita asintomática podrán recibir cualquier tipo de tratamiento odontológico necesario siempre y cuando esté bajo cobertura antibiótica.

Los pacientes con policitemia pueden presentar tendencia a la hemorragia, por lo tanto será necesario evaluar este punto antes de cualquier procedimiento quirúrgico. También es importante preguntar al paciente si está bajo tratamiento anticoagulante para tomar las precauciones necesarias.

Aquellos pacientes que presentan insuficiencia cardiaca

congestiva secundaria a cardiopatía congénita no deberán recibir ningún tipo de tratamiento dental hasta que ésta se haya resuelto y además no sin antes consultar al médico de cabecera.

ENDOCARDITIS BACTERIANA

Es una enfermedad producida por la infección microbiana de las válvulas cardíacas o del endocardio en la proximidad de los defectos congénitos o adquiridos del corazón.

Generalmente es producida por bacterias como los estafilococos y los estreptococos; sin embargo en los últimos años se ha identificado hongos y otros microorganismos como agentes productores de la enfermedad. La endocarditis se produce cuando las bacterias penetran en la corriente sanguínea e infectan el miocardio lesionado. La infección puede ser aguda o subaguda.

Si es causada por microorganismos con baja patogenicidad es subaguda (*S. viridans*), y por lo general se presenta con mayor frecuencia en personas con una enfermedad cardíaca previa.

Es aguda cuando las bacterias son de elevada patogenicidad (*Staphylococcus aureus*) y con frecuencia afecta al corazón normal.

Signos y Síntomas:

Endocarditis Bacteriana Subaguda.

Generalmente es de inicio insidioso, los síntomas habituales son: debilidad, fatiga, pérdida de peso, febrícula, sudación nocturna, anorexia y artralgias, lesiones cutáneas dolorosas, dolor en los dedos de los pies o manos, también podemos encontrar Nódulos de Osier. El embolismo puede provocar parálisis dolor torácico, dolor

abdominal, ceguera repentina. Suele haber hepatomegalia y esplenomegalia.

Endocarditis Bacteriana Aguda.

Se inicia de manera abrupta, precedida por una infección supurativa. La infección aguda es fulminante y sigue una evolución rápida. La fiebre es muy elevada e intermitente, los escalofríos son comunes, las petequias son numerosas y los fenómenos embólicos frecuentes.

Tratamiento:

Estos pacientes deben ser tratados lo más precozmente posible. La penicilina es el fármaco de elección para la mayoría de los casos, el antibiótico se deberá administrar por vía intravenosa. Las infecciones micóticas se tratarán con grandes dosis de anfotericina B.

TRATAMIENTO DENTAL

Cualquier manipulación dental que lesione los tejidos blandos o el hueso puede producir una bacteremia transitoria que en el paciente susceptible, puede dar lugar a una endocarditis. Por tal motivo los pacientes que presenten una cardiopatía reumática o cualquier tipo de lesión cardiovascular deberán ser sometidos a una profilaxis antibiótica antes, durante y tras la manipulación dental, con ésto estaremos previniendo la posibilidad del crecimiento bacteriano en las superficies endoteliales dañadas.

El antibiótico se administrará antes de la manipulación dental para que proporcione los máximos niveles sanguíneos en el momento del daño y se continúa administrando durante todo el tiempo que pueda producirse la liberación bacteriana. La cobertura eficaz, es indudablemente la que brinda la inyección, porque asegura un nivel en sangre

adecuadamente elevado.

La American Heart Association ha sugerido el siguiente programa de tratamiento profiláctico para procedimientos odontológicos.

I._Para la mayoría de los pacientes

A. Penicilina administrada por vía intramuscular.

600.000 unidades de penicilina procaína G mezclada con 200.000 unidades de penicilina G cristalina una hora antes del procedimiento y una vez por día los dos días siguientes (o más tiempo en caso de cicatrización demorada).

B. Penicilina administrada por vía bucal

1. 500 mg de penicilina V o de Fenitilina una hora antes del procedimiento y después 250 mg cd/6hrs. por el resto de ese día y los dos días siguientes (o más tiempo en el caso de cicatrización demorada).
2. 1.200.000 unidades de penicilina G una hora antes del procedimiento y después 600.000 unidades cd/6 hrs. por el resto de ese día y los dos días siguientes.

II._ Para pacientes que se sospecha que son alérgicos a la penicilina o para quienes toman continuamente penicilina bucal como profilaxis de fiebre reumática, quienes pueden albergar estreptococos viridans penicilino-resistentes.

A. Eritromicina administrada por vía bucal.

1. Para adultos 500mg una hora y media a 2 antes del procedimiento y después 250mg cd/6hrs. por el resto del día y los dos días siguientes.
2. Para niños. La dosis para niños pequeños es de 250mg/kg por boca una hora y media a dos antes del procedimiento y después 10 mg/kg cd/6 hrs. por el resto del día y los 2 días siguientes (o más tiempo en caso de cicatrización demorada).

FIEBRE REUMATICA

Es una alteración inflamatoria aguda, que constituye una complicación tardía de las infecciones faríngeas por estreptococos del grupo A.

Ataca principalmente al corazón, articulaciones, sistema nervioso central, piel y tejido subcutáneo. Se piensa que se produce debido a una reacción autoinmune entre los tejidos normales que se han alterado por sustancias bacterianas y los anticuerpos producidos por el huésped, en respuesta a los tejidos alterados.

Esta enfermedad se presenta principalmente durante la infancia, es más frecuente en niños de 5 a 15 años, y es muy raro que se presente antes de los 3 años. Generalmente se inicia con una faringitis.

Signos y Síntomas:

Las manifestaciones mayores son: artritis, que se desarrolla rápidamente y permanece durante dos o tres semanas, las articulaciones que se afectan más son las de la rodilla y el tobillo. El dolor es el primer síntoma, seguido de enrojecimiento, calor y posteriormente tumefacción de la articulación. La afectación articular es transitoria y migratoria, generalmente no produce deformidad permanente.

Nódulos subcutáneos, son tumefacciones no dolorosas, se presentan con mayor frecuencia en la piel situada encima del codo, persisten durante una a dos semanas.

También se presenta carditis, córea y eritema marginado. Existen otras manifestaciones menores como fiebre alta, artralgia, etc.

Una secuela importante que puede dejar la fiebre reumática es la cardiopatía reumática.

Tratamiento.

Se inicia con grandes dosis de penicilina G benzantina administrada en inyección. La cobertura profiláctica para prevenir episodios recurrentes de infecciones estreptocócicas, es de un mínimo de 5 años, y en algunos casos hasta que el paciente cumple 25 años de edad. Si el paciente presenta afección cardíaca la cobertura profiláctica se continua indefinidamente.

TRATAMIENTO DENTAL

El problema principal al tratar a pacientes con antecedentes de fiebre reumática es la presencia o la ausencia de cardiopatía reumática. Es conveniente que el odontólogo se ponga en contacto con el médico de cabecera para saber su opinión acerca de la cobertura durante las manipulaciones dentales.

Si el paciente presenta cardiopatía reumática se halla indicada una profilaxis antibiótica como prevención de la endocarditis bacteriana. En ausencia de cardiopatía el paciente no se considerará susceptible de endocarditis y no requiere profilaxis antibiotica. Se recomienda siempre que sea posible se utilice la vía de administración oral para el tratamiento antibiótico; ya que es la que presenta menor incidencia de reacciones alérgicas.

El periodo usual de cobertura antibiótica es de 3 días, realizandose el tratamiento dental únicamente a lo largo del primer día de dicho periodo. Algunos tratamientos requerirán de un periodo de cobertura de mas de 3 días como es el caso de procedimientos quirúrgicos en los que se coloquen suturas o en la colocación de prótesis y bandas ortodóncicas. Los niños que se encuentran en el periodo de pérdida de su dentición temporal no necesitan cobertura antibiótica.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS

ASMA

El asma bronquial es un síndrome que consiste en disnea, tos y estertores silbantes causados por un broncoespasmo debido a una hipersensibilidad del árbol traqueobronquial. Por lo general se presenta más en niños y adultos jóvenes, afectando más a los hombres que a las mujeres.

Existen dos tipos de asma:

- 1) La alérgica o extrínseca, y
- 2) La idiosincrásica o intrínseca.

Asma alérgica

Es la forma más común de asma, por lo regular se presenta en niños y adultos jóvenes, casi siempre existen antecedentes familiares con enfermedad alérgica. Los pacientes presentan tasas de IgE elevadas y las pruebas cutáneas a los alérgenos resultan positivas. Este tipo de asma con frecuencia es estacional.

Asma idiosincrásica

Se presenta en adultos de edad media, no se asocia con antecedentes familiares de alergia, los niveles de IgE son normales, las pruebas cutáneas a los alérgenos no son positivas; su manifestación se asocia a una infección de las vías respiratorias altas.

El 10% de estos pacientes presentan intolerancia a los salicilatos.

El asma puede precipitarse por sustancias contenidas en

el aire, como el polvo o el polen, por aspirinas o antiinflamatorios no esteroidales, el ambiente contaminado, infecciones respiratorias, el ejercicio cuando el tiempo es frío o seco y por stres emocional.

Signos y Sintomas:

Generalmente es de inicio súbito con tiraje intercostal y tos, los signos típicos son disnea paroxística, tos y estertores silbantes. Son características la taquipnea y la respiración prolongada. El final de una crisis se acompaña de tos productiva, la mayoría de las crisis son de corta duración.

Tratamiento:

Se debe eliminar el factor precipitante para prevenir el ataque asmático. El tratamiento es a base de fármacos, los que se utilizan con mayor frecuencia son metilxantinas, estimuladores B adrenérgicos, cromoglicatos y corticosteroides. Es muy común el uso de un spray dosificado o inhalador de estimuladores B adrenérgicos para obtener una recuperación inmediata.

TRATAMIENTO DENTAL

El objetivo principal en el tratamiento dental de un paciente asmático es prevenir un ataque agudo de asma, para lograr ésto el odontólogo debe identificar el tipo de asma, si es alérgica o no, los factores precipitantes, la frecuencia y severidad de los ataques y cómo son tratados éstos.

En caso de hallarse ante un asmático severo se deberá consultar con el especialista antes de iniciar el tratamiento dental.

Deberán evitarse todos los factores precipitantes; si el paciente está siendo tratado con corticosteroides se

considerará la posibilidad de recibir un suplemento.

A los pacientes que utilizan aerosoles inhalantes dosificados, se les deberá indicar que lo lleven consigo a la consulta.

Se deberá evitar el stress, ya que las situaciones emocionales están implicadas en los ataques asmáticos, podemos dar premedicación sedativa (óxido nítrico o diazepam) cuando se precise).

Evitaremos emplear fármacos que contengan antihistamínicos y narcóticos porque determinan liberación histamínica y depresión respiratoria. También deben evitarse los anticolinérgicos, la aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos así como la penicilina, debido a su alergenicidad potencial.

Las pulpotomías no vitales y las pulpectomías parciales están contraindicadas.

La anestesia general no es muy recomendable para este tipo de pacientes, su uso depende mucho de la extensión del daño pulmonar. La anestesia local no presenta problemas.

En caso de que ocurra un episodio de asma en el consultorio se debe interrumpir el tratamiento odontológico y permitir que el paciente se medique con lo recetado por su especialista, que puede ser un aerosol o un broncodilatador bucal. Si el ataque es demasiado grave el odontólogo deberá ponerse en contacto con el médico.

Si el dentista decide manejar el ataque deberá administrar epinefrina subcutánea 1:1000, 0.1 ml/kg sin exceder 0.5 ml. Se usará oxígeno en caso de cianosis o dificultad respiratoria.

TUBERCULOSIS

Es una enfermedad infecciosa granulomatosa, causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Los órganos más afectados son los pulmones, pero también puede lesionar el hígado, los ganglios linfáticos meninges o diseminarse por todo el cuerpo.

Signos y Síntomas

La mayoría de los pacientes no presentan signos y síntomas hasta que la lesión se ha extendido. Los síntomas frecuentes son: malnutrición general, fatiga, anorexia, pérdida de peso, sudoración nocturna y fiebre.

Los síntomas específicos locales de la enfermedad dependen del órgano afectado. En la tuberculosis pulmonar encontramos tos, expectoración mucopurulenta, hemoptisis y disnea.

Las manifestaciones locales generalmente son úlceras profundas y dolorosas en el dorso de la lengua, pueden afectar también la mucosa oral, paladar, labios y encía.

Exámenes

El diagnóstico se hace a base de radiografía y laboratorio.

MANIFESTACIÓN DENTAL

Las manifestaciones dentales de la tuberculosis son raras. Se han descrito en la literatura dos tipos de manifestaciones dentales: lesiones de tipo ulcerativo y lesiones de tipo granulomatoso. Las lesiones ulcerativas son las más frecuentes y se caracterizan por la presencia de úlceras profundas y dolorosas en el dorso de la lengua, paladar, labios y encía.

Las lesiones granulomatosas son menos frecuentes y se caracterizan por la presencia de granulomas en el tejido conectivo de la mucosa oral. Los granulomas están formados por células inflamatorias y células gigantes multinucleadas.

TUBERCULOSIS

Es una enfermedad infecciosa granulomatosa, causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Los órganos más afectados son los pulmones, pero también puede lesionar riñones, huesos ganglios linfáticos meninges o diseminarse por todo el cuerpo.

Signos y Sintomas:

La mayoría de los pacientes no presentan signos y síntomas hasta que la lesión se ha extendido. Los síntomas frecuentes son: malestar general, laxitud, anorexia, pérdida de peso, sudoración nocturna y fiebre.

Los síntomas específicos locales de la enfermedad dependen del órgano afectado. En la tuberculosis pulmonar encontramos tos, esputo mucopurulento, hemoptisis y disnea.

Las manifestaciones bucales generalmente son úlceras profundas y dolorosas en el dorso de la lengua, pueden afectar también la mucosa oral, paladar, labios y oncia.

Tratamiento:

Generalmente es a base de isoniacidina y rifampicina.

TRATAMIENTO DENTAL

Los pacientes con tuberculosis activa no deben ser tratados ambulatoriamente, es mejor atenderlos en un hospital con aislamiento apropiado, medidas de esterilización, mascarillas, guantes y sistema de ventilación adecuado. Es conveniente que el tratamiento en pacientes con tuberculosis activa se limite a medidas urgentes.

Los niños menores de 6 años de edad con tuberculosis activa y en fase de tratamiento con quimioterapia pueden ser tratados como un paciente normal, ya que el bacilo raramente se encuentra en el esputo de los niños.

En el caso de los pacientes con antecedentes de tuberculosis se investigará el tipo de tratamiento efectuado, ya que podría presentar recidivas. Si su estado actual es el de libre de enfermedad se tratará como a un paciente normal.

En cuanto a los fármacos administrados, no existe interacción entre los fármacos antituberculosos y los utilizados en odontología.

No hay ninguna contraindicación en el uso de productos dentales.

TRASTORNOS DE HEMOSTASIS

HEMOFILIA

Es una enfermedad sanguínea, se caracteriza por un tiempo de coagulación prolongado y tendencia hemorrágica. Esta enfermedad es hereditaria, el defecto se encuentra en el cromosoma X, se transmite como rasgo recesivo ligado al sexo.

Existen tres formas de hemofilia, cada una difiere de las otras en la deficiencia del factor de la coagulación sanguínea que está afectado.

- 1._Hemofilia A ó H. Clásica (deficiencia del factor VIII)
- 2._Hemofilia B ó Enfermedad de Christmas (def. de factor IX)
- 3._Hemofilia C ó Deficiencia de PTA (def. del factor XI)

Signos y Síntomas:

Las manifestaciones clínicas y bucales de los tres tipos de hemofilia son iguales a pesar de que estén implicados diferentes componentes de la sangre.

Los niños hemofílicos presentan sangrados persistentes, éstos pueden ser espontáneos o provocados por un ligero trauma. Es común la hemorragia en los tejidos subcutáneos, en órganos internos y en articulaciones, esto puede dar lugar a diversos hematomas. Los riñones pueden sangrar provocando hematuria.

Los episodios repetidos de hemorragia en las articulaciones suelen conducir a la anquilosis y deformidad de las mismas, cuando esto sucede el paciente tiene dolor intenso, y hay hinchazón y limitación del movimiento.

Es común encontrar una hemorragia gingival masiva, los procesos de erupción y exfoliación pueden estar acompañados de hemorragias prolongadas graves.

Algunas veces podemos encontrar un pseudotumor mandibular, que es una expansión de hueso que se forma después de un sangrado subperióstico. Los pacientes con hemofilia moderada tienen una vida más normal que aquellos con hemofilia grave. La hemofilia leve puede permanecer sin descubrir hasta que el paciente se somete a un procedimiento quirúrgico.

Tratamiento:

No existe curación conocida para la hemofilia. Estos niños deberán ser criados en forma tan normal como sea compatible con su integridad física.

El tratamiento de los episodios de hemorragias por medio de transfusiones de material que contenga actividad procoagulante del factor VIII, la cual corrige temporalmente el defecto específico. Puede utilizarse plasma con un elevado contenido de factor VIII, pero es preferible emplear concentrados de ése factor.

El empleo de sangre integra queda restringido sólo para la restauración del volúmen sanguíneo después de una seria pérdida.

Después de su aplicación, la actividad del factor VIII desaparece con rapidez, quedando cerca de la mitad después de 12 hrs., por lo que se requiere repetir la administración hasta que cese la hemorragia.

Cerca del 5% de los homofílicos desarrollan anticuerpos al factor VIII, ésto impedirá el efecto benéfico de la transfusión.

TRATAMIENTO DENTAL

Es fundamental que los pacientes con hemofilia comiencen a temprana edad un programa preventivo (aplicaciones tópicas de flúor, sellantes de fosetas y fisuras, técnicas de cepillado, etc).

Para poder brindar una adecuada atención a estos pacientes, es indispensable que el odontólogo trabaje en coordinación con el hematólogo, él determinará el grado del déficit del factor VIII y si existe algún inhibidor de éste, también seleccionará el tipo de material de transfusión a utilizar, la dosis de éste y la forma de reemplazarlo.

Las restauraciones extensas así como los procedimientos quirúrgicos y extracciones se realizarán en un hospital con cobertura de productos plasmáticos (para obtener un nivel de factor VIII de 50% o más) y bajo anestesia general; con este tipo de anestesia el paciente está menos expuesto a riesgos de sangría, complicaciones médicas y la tensión emocional es menor.

La intubación para la anestesia general será por vía bucal con el fin de prevenir la efusión de sangre en la zona nasal. Durante 24 hrs. posoperatorias deberá mantenerse un nivel de factor VIII de 20 a 30%.

Si el procedimiento quirúrgico fué extenso los productos plasmáticos se darán dos veces al día por 7 a 14 días para mantener un nivel de factor VIII del 20 al 30% durante un periodo de cicatrización prolongado. Se administrará también Acido Epsilon Aminopapránico.

Algunas veces la exfoliación de los dientes primarios en niños hemofílicos se extiende por un periodo de tiempo prolongado y se acompaña de una salida de sangre que dura

mucho. si la efusión es persistente se administrarán productos plasmáticos y después se extraerá el diente. si hay necesidad de anestesiarse se hará por medio de una inyección pericementaria.

En el caso de extracciones múltiples o difíciles se deberá alcanzar un nivel de factor coagulante en plasma del 30% o más antes del procedimiento y la terapia con ácido epsilon aminocaprílico. El producto plasmático se administrará una hora antes de la extracción, se usará anestesia local por inyección pericementaria alrededor del diente, la extracción deberá hacerse con el menor trauma posible. Al terminar podemos colocar en el tercio apical del alveolo celulosa oxidada regenerada y un apósito de gasa esterilizada.

Se le indicará al paciente que no tome nada por boca durante 24 hrs. excepto la suspensión de ácido epsilon aminocaprílico. Los siguientes 7 días tendrá dieta a base de líquidos y puros.

Es importante recordar que a los pacientes con alteraciones hemorrágicas nunca se les debe recetar aspirina.

El principal problema en los procedimientos de conservación es la contraindicación a la anestesia local. Las inyecciones profundas para un bloqueo del dentario inferior y en el piso de boca nunca deberán darse, ni siquiera en un caso leve. Con esas inyecciones ocurre con frecuencia un daño a los vasos; esas zonas tienen espacios tisulares por los que la sangre coagulada puede pasar sin dificultad hasta los tejidos del cuello y mediastino, provocando grave trastorno respiratorio y a veces la muerte.

En casos leves la anestesia puede ser permisible en los tejidos firmemente adheridos en el borde gingival en el lado bucal si la preparación es muy dolorosa.

La anestesia por infiltración solo debe usarse de acuerdo con el médico responsable que conoce las comprobaciones hematológicas.

En casos de extrema dificultad, los procedimientos conservadores se realizarán bajo anestesia general.

La preparación de la cavidad se hará cuidadosamente con un buen apoyo de los dedos para evitar cualquier accidente, siempre que sea posible, hay que extenderse profilácticamente a zonas susceptibles. Si el diente es muy sensible a los instrumentos, se usarán fresas de diamante y se hará toda la extensión a una profundidad justo sobre el límite amelodentinario. Posteriormente la cavidad se profundizará lo necesario rápidamente de manera que la parte dolorosa de la operación será muy breve. Las fresas grandes son más dolorosas que las pequeñas. Durante estos procedimientos es recomendable utilizar el dique de goma para proteger la lengua y los tejidos blandos, el eyector de saliva deberá usarse con cuidado, ya que puede causar daño al piso de boca.

Cuando se hagan preparaciones para coronas de acero debemos evitar eliminar el esmalte en el borde gingival, así como cuidar de no lacerar excesivamente el tejido gingival interproximal. En caso de que exista una salida de sangre persistente en la encía se le dará al paciente una dosis de productos plasmáticos en condición ambulatoria. Si por alguna causa se llega a lacerar la lengua el paciente deberá ser remitido al hospital.

Las técnicas de protección directa e indirecta se recomiendan tanto para dientes permanentes como para dientes temporales. También es aconsejable la pulpotomía con formocresol, para éste procedimiento se puede anestesiarse directamente en pulpa, la torunda de algodón con formocresol que se aplica dentro del conducto es suficiente para conseguir hemostasia sin terapia plasmática previa. La terapia de reemplazo para un tratamiento endodóntico de rutina sólo está indicada cuando se da anestesia local o cuando hay necesidad de controlar la hemorragia durante la extirpación pulpar inicial.

En cuanto a los tratamientos ortodónticos en niños hemofilícos, se pueden realizar sin ningún problema si se toman las precauciones necesarias. Se deberá cuidar que los alambres no irriten el tejido blando, se podrán emplear ligaduras de goma o plástico en lugar de alambre. No es aconsejable el uso prolongado de bandas porque pueden causar irritación crónica de la encía.

ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND

(SEUDOHEMOFILIA)

Es un padecimiento hemorrágico hereditario, se transmite como rasgo autosómico dominante, se manifiesta tanto en hombres como en mujeres, pero es más común en mujeres.

Se caracteriza por un tiempo de sangrado prolongado, sin embargo los pacientes tienen un número normal de plaquetas, tiempo de coagulación normal, fibrinógeno sérico normal y tiempo de protrombina normal. Esta enfermedad es causada por una disminución en los tres componentes funcionales del factor VIII.

Signos y Sintomas:

El síntoma principal es un sangrado espontáneo excesivo, los lugares más frecuentes de sangrado son la nariz, piel y encía, también es común la hemorragia dentro del aparato gastrointestinal y menorragia grave.

En muchos casos la enfermedad se descubre después de realizar extracciones dentales, ya que el sangrado es excesivo y prolongado.

Tratamiento:

En hemorragias leves se emplean medidas locales, si es un sangrado mayor se harán transfusiones de plasma, factor antihemofílico o ambos.

TRATAMIENTO DENTAL

Se tomarán las mismas precauciones que en los pacientes hemofílicos. Si se va a efectuar un procedimiento quirúrgico se deberá dar de antemano plasma, con el fin de corregir los defectos en la adhesividad de plaquetas y en el factor VIII.

TRASTORNOS METABOLICOS

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un síndrome originado por una interacción variable de factores hereditarios y ambientales. se caracteriza por secreción anormal de insulina, y por diversas manifestaciones metabólicas y vasculares que se reflejan en una tendencia a los niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados, aterosclerosis inespecífica acelerada, neuropatía y engrosamiento de la lámina basal de los capilares que ocasiona daño renal y retiniano.

Dependiendo de los factores etiológicos podemos clasificar la diabetes en varios tipos:

- 1._Diabetes genética (hereditaria, idiopática, primaria, esencial), que se subdivide según la edad de aparición, en diabetes juvenil y del adulto.
- 2._Diabetes pancreática, en la cual la intolerancia a los hidratos de carbono se puede atribuir directamente a la destrucción de los islotes del páncreas, por inflamación crónica, carcinoma, hemocromatosis o excisión quirúrgica.
- 3._Diabetes endocrina, cuando la diabetes se acompaña de endocrinopatías como acromegalia, basofilismo, hipertiroidismo, hiperadrenalismo (síndrome de Cushing) y tumores de los islotes del páncreas. En esta categoría también se deben incluir la diabetes de la gestación y las producidas por stress.
- 4._Diabetes iatrógena, cuando es precipitada por la

administración de corticosteroides. ciertos diuréticos del tipo benzotiadiazina y también por las combinaciones de estrógenos-progesterona.

Síntomas:

Forma Juvenil

Este tipo de diabetes se caracteriza por un comienzo rápido con síntomas como poliuria (por el efecto diurético osmótico de la glucosa), polidipsia, polifagia, pérdida de peso y de vigor, marcada irritabilidad, y en los niños con frecuencia hay recurrencia de enuresis. La diabetes puede ser de tipo inestable o lábil, siendo bastante sensible a la administración de insulina exógena y es fácilmente influida por la actividad física. El paciente es propenso a la cetoacidosis. Para el tratamiento adecuado, son indispensables la dieta y el tratamiento insulínico. Por lo general no es difícil el diagnóstico de la diabetes en el paciente de tipo juvenil. Sin embargo, algunos niños y adolescentes tienen diabetes asintomática, demostrable sólo por la prueba de la tolerancia a la glucosa o a la hiperglucemia postprandial. En estos pacientes la enfermedad progresa con lentitud.

Forma Madura

El paciente cuya diabetes se inicia en la madurez tiene un comienzo menos aparatoso. Los síntomas son mínimos o no existen. La principal molestia es una pérdida moderada de peso y en raras ocasiones un aumento. Suele haber nicturia prurito valvular , visión borrosa o disminuida, fatiga y anemia.

La neuropatía diabética alcanza a hacerse evidente como parestesias, pérdida de sensación, impotencia, diarrea nocturna, e hipotensión postural.

MANIFESTACIONES BUCALES

Caries. Algunos de los estudios más antiguos sugerían que las personas diabéticas mostraban un aumento en la incidencia de caries, especialmente caries cervical, resultante de una mayor cantidad de azúcar salival. Estudios recientes indican que puede haber algún aumento en la velocidad de caries en el comienzo de la enfermedad, pero en general, si el paciente está bien controlado y con una dieta regulada, hay alguna disminución en el incremento de caries. Existe completo acuerdo en que la persona con diabetes no controlada muestra un aumento significativo en la velocidad de la caries al igual que en la incidencia y gravedad de enfermedad periodontal.

Enfermedad periodontal. Este es el mayor problema dental en los pacientes diabéticos adultos y se ve en sus estadios iniciales en el niño. Es probable que su origen esté en los cambios que ocurren tarde o temprano en todos los pacientes diabéticos y se demuestra en las encías con la consiguiente reducción en el aporte sanguíneo. En el paciente pequeño bajo control, las encías tienen a menudo un color violáceo característico. La profundidad de la hendidura gingival está aumentada hay algún engrosamiento de las encías. También existe mayor tendencia al depósito de cálculos y atrofia ósea.

Generalmente estos pacientes presentan una susceptibilidad inherente a la infección, aunque es mucho menos aparente en el diabético controlado.

TRATAMIENTO DENTAL

El objetivo principal de la atención odontológica del niño diabético, es eliminar y prevenir cualquier infección que tienda a perturbar la estabilidad del balance de glucosa, así como mantener los tejidos periodontales saludables.

La atención odontológica rutinaria de un niño diabético controlado no es un procedimiento riesgoso y la posibilidad de una crisis por hipoglucemia o por hiperglucemia es bastante remota. De todas maneras el odontólogo deberá tomar ciertas precauciones para prevenir dichas complicaciones.

La cita se hará de manera que no interfiera con la hora de la comida del paciente o con la dosis de insulina. Es importante asegurarnos de que el paciente no haya omitido su agente hipoglucémico o insulina antes de iniciar el tratamiento dental. Los pacientes con problemas endócrinos no controlados no deben recibir tratamiento alguno sin consejo médico.

En pacientes apransivos podemos emplear la sedación para disminuir su ansiedad, ya que ésta puede conducir a un nivel de glucosa en sangre elevado. La anestesia general no está contraindicada, pero debe evitarse siempre que sea posible.

Los dientes con pronóstico pobre que puedan ser potenciales focos de infección deben extraerse, ya que una infección en estos pacientes puede llevarlo rápidamente a glucosuria y a

un requerimiento mayor de insulina. A veces se recomienda la prescripción de antibióticos preoperatorios en diabetes no controladas.

Las extracciones bajo anestesia local no suelen crear problemas en los niños diabéticos bajo buen control insulínico, los informes de cicatrización lenta y alveolos secos no son aplicables a ellos, sino a diabéticos mayores que presentan una considerable degeneración vascular y enfermedad periodontal grave.

Toda extracción que vaya acompañada por algún grado de infección debe ser apoyada por antibiótico.

Existe cierta controversia sobre el uso de epinefrina en el anestésico local, avocés se prefiere evitarla porque puede aumentar el nivel de glucosa en sangre y la isquemia local resultante puede predisponer a ulceración del tejido e infección postoperatoria.

EL CIEGO Y EL SORDO

CEGUERA

Es una incapacidad física que consiste en la pérdida de la función visual.

Los factores etiológicos de la ceguera se clasifican en prenatales y posnatales.

Entre los factores prenatales podemos citar los siguientes: atrofia óptica, microftalmus, cataratas, tumores dermoides, enfermedad por inclusión citomegálica, anormalidades del desarrollo de la órbita, sífilis y rubeola.

Los factores posnatales de ceguera son: hipertensión, prematuridad, trauma, policitemia verdadera, trastorno hemorrágico, leucemia, diabetes mellitus, glaucoma y fibroplasia retrolental, éste último es un padecimiento que está asociado con infantes prematuros, que han sido expuestos a altos contenidos de oxígeno en incubadoras.

Los niños ciegos tienen los mismos derechos y las mismas necesidades de amor y afecto que los niños videntes, sólo difieren de éstos en sus capacidades y habilidades intelectuales.

Es muy importante la actitud que tomen los padres ante un hijo ciego. Deberán estimularlo para que desarrolle habilidades y pueda valerse por sí mismo, no es conveniente sobreproteger o mimar demasiado a estos pequeños, ya que pueden volverse exigentes y hacer que el desarrollo de sus habilidades para auto ayudarse sea más lento.

Tampoco deberán rechazarlos, ya que estos niños se volverán agresivos o ostreñadamente pasivos. Las buenas actitudes de los padres serán la base para la respuesta del niño al

ambiente.

TRATAMIENTO DENTAL

En general el niño ciego presentará pocos problemas durante el tratamiento dental si su ceguera no está asociada a otra situación incapacitante.

Es conveniente que antes del tratamiento odontológico se tenga una conversación con los padres del niño para averiguar cómo acercarse a él y obtener una máxima cooperación.

El odontólogo deberá describirle brevemente al niño los procedimientos que va a realizar, es conveniente permitirle tocar los instrumentos que se van a utilizar y se deberá procurar disminuir al mínimo los sonidos alarmantes como el de la pieza de mano, o del amalgamador.

Una vez que el niño esté sentado en el sillón dental no se deberá cambiar repentinamente de posición sin antes haberle avisado.

El paciente invidente aprende a ser buen provador de objetos con la boca, los sabores fuertes suelen ser rechazados. Las tabletas habrá que pulverizarlas firmemente y mezclarlas con compota de manzana u otro medio aceptable para el niño.

SORDERA

Es la privación o disminución de la facultad de oír. La pérdida auditiva puede ser: LEVE cuando es muy ligera la incapacidad, PARCIAL cuando la conversación se oye razonablemente bien, GRAVE si la conversación debe ser muy cerca y fuerte para ser entendida, y PROFUNDA cuando hay una pérdida auditiva total.

La sordera puede ser congénita o adquirida. También la podemos clasificar de acuerdo con la ubicación anatómica del defecto en:

- a) Pérdida conductiva (afecta el aparato del oído medio)
- b) Pérdida sensorineural (afecta el caracol, nervios del caracol o vías centrales).

Los factores etiológicos de la sordera pueden ser: prenatales y posnatales.

Dentro de los factores prenatales se encuentran los defectos hereditarios y congénitos, las infecciones víricas de la madre durante el primer trimestre, traumas del nacimiento, prematuridad, incompatibilidad sanguínea, etc.

Los factores posnatales son: infecciones (otitis media serosa), herencia, trauma, drogas, etc.

Los niños sordos se encuentran afectados en muchas áreas del desarrollo. Tienen perturbaciones en la dicción y la comunicación, la actividad motora puede estar reducida, existen problemas en la integración de la audición con los otros sentidos y los placeres derivados de los sonidos agradables pueden no experimentarse.

Estos niños tardan más tiempo en adquirir habilidades para manejarse solos y en lograr una adaptación social.

El desarrollo de una persona sorda se basa en la vista y el tacto, no les gustan las experiencias que no pueden ver.

TRATAMIENTO DENTAL

Los niños que solo padecen sordera llegan a ser buenos pacientes en el consultorio. Si el niño depende de un maestro de educación especial o si su padre funciona como intérprete debe ser acompañado por esa persona al

consultorio.

Como los niños sordos dependen mucho de la visión para relacionarse con el ambiente es importante que el odontólogo tenga un rostro sonriente para transmitir tranquilidad y seguridad al pequeño. El tratamiento avanzará lentamente mostrando lo que se hará en cada etapa. Se evitará que el niño aprensivo vea jeringas e instrumentos quirúrgicos delante de ellos. Si el paciente usa audifonos se tendrá cuidado de no dejar caer instrumentos en las charolas, ya que el ruido puede ser molesto. El tono de conversación será normal si el audifono está correctamente ajustado. Suele ser útil bajar el volumen del audifono durante ciertas etapas del tratamiento.

En algunos casos estos pacientes aprenden mucho al observar el tratamiento dental de otro niño.

EL SORDO CIEGO

Esta incapacidad se encuentra frecuentemente asociada con prematurez y rubeola materna, ambas están relacionadas con otras condiciones como anoxia, meningitis e incompatibilidades, es muy común que también presenten retardo mental.

Generalmente hay hipoplasia del esmalte y desgaste dentario durante movimientos de vigilia.

A estos niños les gusta la rutina en su vida, y su desarrollo depende mucho del sentido del tacto.

TRATAMIENTO DENTAL

Las mismas consideraciones que se dan a los pacientes sordos y a los ciegos corresponderán a éstos pacientes.

Para poder mantener comunicación con el niño sordo-ciego es indispensable tener contacto físico, muchas veces ellos desearán tocar las manos y rostro del operador. Se deberán tener presente los hábitos que suelen tener, como mirar fijo a fuentes luminosas intensas, meter los dedos en sus ojos, o balancearse rítmicamente.

El niño incapacitado que es sordo y ciego así como mentalmente retardado es un paciente muy difícil de tratar, casi siempre requerirá de hospitalización para emplear anestesia general, ó un tratamiento farmacoterapéutico de la conducta.

CAPITULO III

IMPEDIDOS MENTALES

PARALISIS CEREBRAL

Es un grupo de trastornos no progresivos, estáticos causados por daño cerebral, que ocurrió prenatalmente, durante el nacimiento o en el periodo posnatal, antes que el SNC alcanzara su madurez.

Las principales causas prenatales son: infecciones (rubeola), prematurez, trastornos del desarrollo como la incompatibilidad de Rh, etc. Entre los factores perinatales están: el daño al SNC durante el parto, anoxia, nacimiento prematuro, etc. Los factores posnatales pueden ser: tumores, infecciones, accidentes cerebrovasculares, traumatismos, etc.

El daño cerebral se manifiesta como una malfunción de los centros motores, se caracteriza por parálisis, debilidad muscular, incoordinación y otros trastornos de la función motora.

La mayoría de estos pacientes presentan además síntomas de daño cerebral orgánico como trastornos convulsivos, retardo mental, trastornos sensoriales y de aprendizaje, así como complicaciones de conducta o trastornos emocionales.

La parálisis cerebral no es curable, frecuentemente los niños son sometidos a terapias para entrenarlos a realizar tareas dentro de sus limitaciones.

La parálisis cerebral se puede clasificar de acuerdo al tipo de perturbación motora en:

Espasticidad

Estos pacientes tienen un tono muscular incrementado que causa contracción excesiva del músculo al estirarlo. Más del 50% de los pacientes con Parálisis Cerebral tienen este tipo de complicación muscular.

Atetosis

Se caracteriza por movimientos aleatorios incoordinados e incontrolables de las extremidades, cuerpo y cara. En este tipo de parálisis cerebral pueden existir muecas de los músculos faciales, babeo y defectos del habla. La atetosis constituye el segundo tipo más común de parálisis cerebral.

Rigidez

El paciente con rigidez tiene una actividad motriz muy limitada (movimiento marcadamente disminuido) principalmente en las extremidades.

Ataxia

El paciente tiene poco equilibrio, mala postura y falta general de coordinación de la actividad muscular. Para estos pacientes puede ser difícil sentarse erectos.

Tremor

Se caracteriza por movimientos involuntarios de las extremidades, cuerpo, cuello y cabeza.

Atonía

Es la falta de tono o tensión muscular normal, se caracteriza por músculos débiles y blandos.

Mixtos

Se encuentra en individuos con daño cerebral más difuso, presentan una superposición de los tipos antes mencionados.

En general, estos pacientes suelen tener problemas dentales severos. Debido a las dificultades de masticación y deglución, los paralíticos cerebrales tienden a comer alimentos blandos, fáciles de tragar y con un gran contenido de hidratos de carbono, ésto aunado a una mala higiene bucal dará como resultado un porcentaje más elevado de caries y mayor incidencia de gingivitis, especialmente en los pacientes con trastornos convulsivos asociados. Muchos niños tienen maloclusiones debidas a desequilibrios musculares, esto sucede principalmente en el paciente atetoide, cuyas muecas constantes llevan a maloclusión. También es común encontrar bruxismo severo.

Algunos pacientes presentan hipoplasia adamantina en dientes primarios.

TRATAMIENTO DENTAL

El manejo odontológico en pacientes con parálisis cerebral suele presentar muchos problemas. Es muy difícil establecer una buena comunicación con ellos, ya que presentan trastornos del habla y muchas veces retardo mental.

Es fundamental tener un buen control de la actividad muscular anormal, para lograrlo podemos emplear la contención física. Si queremos limitar los movimientos de brazos y manos podemos usar las bandas o tiras Posey, que se aseguran en los brazos del sillón dental. También podemos emplear una toalla envuelta sobre los brazos del paciente y asegurarla con tela adhesiva.



Vendas suaves que pueden utilizarse
como soportes

En ocasiones es necesario sujetar todo el cuerpo, en estos casos podemos utilizar la tabla Papoose. este sujetador se adapta al sillón dental reclinado, el paciente se coloca en el centro del sujetador y las extensiones son aseguradas alrededor de brazos y piernas del onfermo.



Tabla Papoose Board

Existe también un descansacabeza especial para los pacientes con parálisis cerebral. éste dispositivo se adapta a la porción superior del sillón dental. El diseño proporciona un apoyo lateral a la cabeza y ayuda a reducir los movimientos de la misma.

Para proporcionar protección y comodidad podemos emplear cojines y almohadas.



El abrebocas permite un acceso adecuado en pacientes con problemas neuromusculares.

Para controlar movimientos mandibulares involuntarios podemos emplear abrebocas, protectores digitales y bloques de mordida de goma.



Abrebocas

Se tratará de reducir al mínimo el tiempo de tratamiento dental, para evitar la fatiga de los músculos. Es recomendable siempre que sea posible utilizar el dique de goma para los procedimientos restauradores. Es preferible el uso de coronas de acero inoxidable en lugar de grandes restauraciones con amalgama. A los pacientes con bruxismo severo no se les recomienda el uso de aparatos ortodónticos.

Si el paciente con parálisis cerebral también presenta retardo mental, el odontólogo deberá interpretar la edad mental del niño y evaluar la conducta para saber que grado de cooperación puede esperar de él, pudiendo así modificar los procedimientos del tratamiento de acuerdo al grado de tolerancia y planificar el programa de restauración y prevención odontológica.

La anestesia general puede ser una alternativa para los pacientes que no puedan ser controlados aún siguiendo las recomendaciones antes mencionadas.

SINDROME DOWN

Es una aberración cromosómica que está asociada con mentalidad subnormal y presenta una variedad muy amplia de anomalías y trastornos funcionales. Es la más común de las anomalías cromosómicas que se presentan en el hombre.

Se sabe que existen tres formas de Síndrome Down:

La trisomía 21 característica, con 47 cromosomas (95% de los casos), el segundo tipo se denomina de traslocación, en el que parece haber sólo 46 cromosomas, el material cromosómico extra del # 21 está traslocado con un cromosoma del grupo G o D (3% de los casos), y el último grupo es el resultado del mosaiquismo cromosómico (2% de los casos).

Las personas con síndrome Down se caracterizan por tener una cara plana, suturas abiertas, ojos oblicuos pequeños, pliegues en el epicanto, estatura pequeña, piel seca eczematosa, e hipermovilidad de las articulaciones. El cuello suele ser corto y grueso, las anomalías cardíacas se encuentran en aproximadamente 40% de los pacientes, junto con una tendencia a la leucemia.

Manifestaciones bucales:

Lengua escrotal, macroglosia, hipoplasia de esmalte, microdoncia, desarmonías oclusales y patrones de erupción aberrantes.

Investigaciones recientes indican que existe una enfermedad periodontal destructiva grave casi universal, que parece no tener un origen local.

Por el contrario la incidencia de caries es menor que la hallada en poblaciones normales.

TRATAMIENTO DENTAL

La mayoría de los niños con síndrome Down son afectuosos y cooperadores, generalmente responden bien a un trato cariñoso, pero en ocasiones el retraso mental puede hacer difícil el tratamiento dental.

El odontólogo deberá ajustarse al grado de inmadurez social, intelectual y emocional del niño.

Generalmente un niño levemente retrasado puede ser tratado en el sillón en forma razonablemente normal para procedimientos conservadores. El tratamiento odontológico para los niños con retraso mental grave o profundo debe ser adaptado a las necesidades inmediatas y limitarse a extracciones.

En caso de no obtener cooperación del paciente, el odontólogo debe considerar alternativas como la contención física. Entre las contenciones físicas usadas habitualmente para el cuerpo están: el tablero Papoose, la sábana triangular, el Pedi Wrap y el inserto "bolsa de frijoles" para el sillón dental. Para la cabeza está el cefalostato, y el bol plástico.

A los padres se les dará una explicación cuidadosa acerca de cómo la contención física permite efectuar la atención necesaria minimizando las posibilidades de lesión accidental al paciente.

La sedación también constituye un medio útil para el manejo de la conducta durante los procedimientos dentales. En caso de haber una resistencia intensa al tratamiento se considerará el uso de anestesia general.

Otro factor importante a tomar en consideración durante el tratamiento es la alta incidencia de cardiopatías congénitas.

Si el paciente presenta cardiopatías congénitas deberá recibir un tratamiento antibiótico profiláctico antes de la manipulación dental.

La terapia de conductos radiculares está contraindicada al igual que los aparatos ortodónticos y los protéticos.

No hay ninguna contraindicación para la anestesia local.

EPILEPSIA

Es una alteración convulsiva recurrente caracterizada por estados de inconciencia, espasmos musculares tónicos o clónicos y otras conductas anormales.

Existen dos tipos de epilepsia según su etiología: sintomática e idiopática.

En la epilepsia sintomática, los ataques son síntomas de alguna enfermedad o son causados por una lesión estructural en el cerebro, a menudo estos pacientes presentan parálisis cerebral y retardo mental.

En la epilepsia idiopática o Esencial el paciente no tiene lesiones estructurales en el cerebro.

Los ataques se deben a la descarga repentina en la materia gris como un shock eléctrico, es de grados variables dependiendo de dónde y cuándo está afectado el cerebro en la descarga.

Los dos tipos más comunes de manifestaciones epilépticas son: el gran mal y el pequeño mal ó petit mal. El gran mal es un ataque mayor que puede ser precedido por una advertencia de tipo visual o motor. Al comienzo hay un espasmo tónico súbito en todo el cuerpo con pérdida de la conciencia. Hay palidez facial, pupilas dilatadas, globos oculares girados hacia arriba y la cabeza hacia atrás, el

cuerpo está endurecido y rígido. La palidez cambia rápidamente a cianosis y en medio minuto del comienzo sigue la fase clónica. El paciente despierta con dolor de cabeza.

El petit mal es una forma menor de ataque, donde hay solamente pérdida momentánea de la conciencia, aunque puede existir otros defectos menores, dura menos de medio minuto y puede ser considerada como un mareo.

Tratamiento:

El tratamiento de los estados convulsivos es a base de drogas para suprimir los episodios. Los fármacos más comunes son el Epanutin (Dilantina) o uno de los barbitúricos como Mysoline.

Los pacientes que reciben tratamiento con esas drogas (Dilantina) van a presentar un sobrecrecimiento de los tejidos gingivales.

TRATAMIENTO DENTAL

Afortunadamente la mayoría de los pacientes epilépticos son capaces de mantener un buen control de sus episodios mediante medicación anticonvulsiva y, por ello son capaces de recibir un tratamiento odontológico normal.

Es muy importante recordar a los padres que antes de la cita debe darle al niño la dosis habitual de droga que está tomando.

En los pacientes cuya epilepsia no se encuentre bien controlada, debe consultarse con el médico de cabecera.

Durante el tratamiento odontológico de este tipo de pacientes se puede usar manta restrictora como el Pedi-Wrap de malla. ésta manta ayudará a protegerle del daño corporal causado por golpes en el sillón en caso de que se presente un ataque: además le proporciona al niño una sensación de seguridad.

Si utilizamos dique de goma debemos tomar precaución de atar la grapa con un trozo de hilo de seda dental para evitar el riesgo de aspiración de la misma si un ataque comienza sorpresivamente.

En caso de que se presente un ataque, todos los aparatos bucales como grapas, bandas matrices, etc. deben ser retirados lo más rápidamente posible. No debemos restringir los movimientos del paciente pero sí evitar que se caiga o lesione; debemos mantener una vía de aire libre de secreciones.

Podemos aplicar oxígeno con una máscara facial en caso de que persista la cianosis. Puede ser útil colocar una lámina blanda o una toalla doblada entre las piezas dentales para evitar la lesión de la lengua.

Después de la crisis convulsiva el paciente caerá en un sueño profundo del que no debe ser despertado, en pocos minutos recobrará gradualmente la conciencia, aunque se sentirá confuso.

El sobrecrecimiento de los tejidos gingivales puede ser controlado parcialmente con el uso de una cuidadosa

higiene bucal. En casos graves la remoción quirúrgica del tejido hiperplásico será el tratamiento de elección.

En este tipo de pacientes se debe evitar el uso de aparatos removibles debido al peligro de aspiración que presentan.

No hay contraindicación para el empleo de anestesia local.

CAPITULO IV

HENDIDURAS OROFACIALES

HENDIDURAS DEL LABIO Y PALADAR

Las hendiduras del labio y paladar constituyen uno de los defectos congénitos más comunes; su incidencia es aproximadamente de 1 en cada 1000 nacimientos. Las hendiduras de paladar solas son mas frecuentes en las niñas, mientras que las hendiduras del labio con o sin complicación palatina son mas comunes en los varones. Generalmente el lado izquierdo suele estar mas afectado que el derecho.

Generalmente el lado izquierdo suele estar más afectado que el derecho.

El paladar fisurado se forma en ausencia de contacto en la línea media y fusión de los mamelones palatinos externos en el proceso maxilar que se está desarrollando. Las fisuras en el labio y en el alveolo son el resultado de la falta de fusión epitelial entre el proceso nasal mediano y el proceso maxilar. Estos sucesos se producen entre la octava y décima semana de vida intrauterina.

ETIOLOGIA

La aparición de una hendidura orofacial puede deberse a: la acción de una mutación, anormalidades cromosómicas (material cromosómico en exceso o traslocado), a factores teratógenos ambientales que son agentes que dañan el embrión como por ejemplo el virus de la rubeola, fármacos como la talidomida, salicilatos, vitamina A, rayos X, etc. Y finalmente por herencia multifactorial, la mayoría de los casos de hendiduras caen en esta categoría.

Una clasificación sencilla de las hendiduras es la de Kernahn y Stark, ésta se basa en principios clínicos y embriológicos de los tejidos afectados.

Grupo 1 "Hendiduras del paladar primario"

Comprende las hendiduras que afecten el labio y el proceso alveolar hasta el agujero palatino.

Grupo 2 "Hendiduras del paladar secundario"

Comprende hendiduras del paladar blando que se pueden extender hacia adelante para afectar el paladar duro hasta

el agujero palatino.

Grupo 3

En este grupo se encuentran las hendiduras de los paladares primario y secundario, que pueden ser unilaterales o bilaterales.

ASPECTOS CLINICOS

Las hendiduras del labio y paladar a menudo van acompañadas por anomalías de otros órganos o sistemas, como puede ser el retardo mental, defectos cardíacos o algunas anomalías en los dedos de los pies y manos. Generalmente estos niños desarrollan un perfil cóncavo y presentan defectos en la fonación debido a un cierre velofaríngeo incompleto, dando como resultado una dicción hipernasal y difícil de interpretar.

Los problemas de dicción en esta área suelen continuar aún después de la cirugía del paladar, debido a un paladar blando demasiado corto o inmóvil.

Casi el 100% de los niños tienen evidencia de enfermedad del oído medio, y aproximadamente el 50% desarrolla un impedimento de audición conductiva significativa.

Las más frecuentes anomalías dentarias asociadas con el paladar fisurado son: dientes congénitamente ausentes, dientes supernumerarios, dientes malformados, dientes en mal posición y la erupción dentaria alterada en la zona de fisura. Puede existir un colapso del arco dentario superior en el lado de la hendidura, los dientes anteriores también pueden estar colapsados.

Los niños con deformidad del labio ó paladar hendido suelen presentar un estado gingival pobre, elevada proporción de caries y una tendencia a descuidar la atención general de sus dientes.

TRATAMIENTO

El cierre quirúrgico de la fisura labial se realizará tan pronto como el recién nacido sea capaz de soportar la anestesia general y la cirugía. Generalmente es a los 3 ó 4 meses de edad, cuando el bebé pesa unos 5.5 Kg. Cuando son hendiduras bilaterales, el segundo lado se repara 3 meses más tarde.

El cierre del paladar se demora hasta la iniciación del desarrollo del lenguaje, con el objeto de permitir un crecimiento normal del maxilar. Esto sucede entre los 15 y los 18 meses de edad.

En aquellas fisuras en las que no sea posible realizar el cierre quirúrgico se construirá un obturador, este sellará la cavidad bucal de la cavidad nasal para ayudar a la fonación y a la masticación.

TRATAMIENTO DENTAL

La rehabilitación de un labio y paladar fisurados es muy compleja, ya que se requiere la colaboración en equipo de varios especialistas: pediatra, cirujano plástico, cirujano bucal, otorrinolaringólogo, ortodoncista, odontólogo general, foniatra y un psicólogo infantil.

En estos pacientes es muy importante comenzar a temprana edad un tratamiento preventivo. Un buen patrón dietético, la prescripción de tabletas de fluoruro y una técnica de cepillado eficaz pueden reducir al mínimo

muchos problemas de tipo gingival y de caries que se ven en el periodo de dentición mixta.

El tratamiento de los dientes se hará a la más temprana indicación de problemas. Si la cooperación del paciente es mínima, se puede considerar la conservación bajo anestesia general.

La anestesia local no produce problemas, pero en el caso de extracciones en la región de la hendidura, se deberán tomar radiografías adecuadas para asegurarse de la dirección de la raíz. En caso de que exista dilaceración se recomienda consultar con el cirujano bucal.

Las extracciones de dientes premaxilares en un caso de hendidura bilateral, debe hacerse con buen apoyo en vista de la movilidad del hueso.

Si se requiere terapia con aparatología ortoontica es muy importante conservar los primeros molares permanentes.

Es frecuente encontrar un diente dentro de la hendidura, éste suele causar irritación local a la punta de la lengua y por lo general tiende a cariarse, si esto ocurre es mejor eliminarlo.

En algunos casos podemos encontrar una fístula palatina, habitualmente no representa un grave problema. En ocasiones puede ser la responsable de un tono nasal en la voz, generalmente el foniatra pide que se adapte una placa obturadora simple para ocluirlo. Estas placas requieren una supervisión constante y un ajuste frecuente, ya que tienden a aumentar la actividad de caries.

CAPITULO V

SEDACION

Es muy frecuente que los pacientes impedidos no tengan la capacidad de comprender la necesidad de un tratamiento odontológico, de comunicar sus sentimientos, o de sentarse y mantener una posición muscularmente relajada, por ello no pueden ser tratados de manera óptima en el consultorio, a menos de que se haga algo para volverles menos resistentes emocional o físicamente. El empleo de sedantes para alterar la conciencia es un medio eficaz de lograrlo.

El aislamiento de la realidad que proporciona la sedación también puede servir como profilaxis para una convulsión ó

un ataque asmático, ó ayudar a un paciente con trastornos cardiacos a impedir o disminuir el stress durante el tratamiento odontológico.

Los sedantes son drogas que actuan reduciendo la actividad funcional de los centros superiores del SNC. éstas drogas llegan al cerebro por medio de la sangre circulante.

Después de lo anterior, se puede decir que sedación es un estado depresivo.

Antes de decidir utilizar fármacos sedantes, se deberá hacer un cuidadoso análisis del perfil de conducta del paciente, una evaluación cuidadosa de su estado de salud, la naturaleza o duración del tratamiento requerido, la relación riesgo/beneficio en relación con el estado físico del paciente y la posibilidad económica con respecto a opciones alternativas.

Los padres del paciente deberán estar deacuerdo con el empleo de la sedación y tendrán que recibir información completa acerca de los posibles riesgos y beneficios asociados con la técnica a utilizar.

Los pacientes sedados generalmente están conscientes, y pueden mantener su vía de aire, responden a estímulos y tienen cierto grado de relajación muscular, puede haber amnesia total o parcial y el flujo salival se ve disminuido. Es muy importante vigilar los signos vitales (pulso, respiración, presión sanguínea), ya que deben permanecer estables y dentro de los límites normales.

Existen varios grados de sedación:

Sedación Lavo

Los pacientes que reciben éste grado de sedación pueden cooperar activamente durante el tratamiento abriendo la boca cuando se indique, generalmente recuerdan todo lo que ha ocurrido.

Sedación Moderada

Los pacientes responden a una orden, pero reaccionan en una forma alterada y perciben las cosas diferente de lo que en realidad ocurre. Pueden perder por completo la noción del tiempo.

Sedación Profunda

Los pacientes sometidos a sedación profunda no se dan cuenta de nada, en este grado de sedación la vía de aire puede estar comprometida, por eso no es empleada en el consultorio dental.

La profundidad de sedación se determinará de acuerdo al problema y gravedad de cada paciente.

Las drogas sedantes pueden ser administradas por inhalación, ó por vía oral, rectal, submucosa, intramuscular ó intravenosa.

La selección de la vía de administración se hará de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

SEDACION POR INHALACION

El agente que se emplea para la sedación por inhalación es el óxido nitroso. La recuperación con este tipo de sedación es rápida, y los efectos del sedante son

predecibles y reversibles, permitiendo así un amplio margen de seguridad.

Sin embargo, el equipo para sedar pacientes con óxido nitroso es costoso, y requiere un entrenamiento especial para su uso, así como un adecuado mantenimiento del equipo.

Los pacientes con vías aéreas obstruidas crónicamente no son buenos candidatos para la sedación, en especial con ésta técnica.

SEDACION ORAL

Esta vía de administración es la más variable, las ventajas principales son la sencillez y conveniencia. Debido a que su absorción es relativamente lenta, se ven menos secuelas alérgicas y tienden a ser menos graves aún cuando se produzcan.

Una desventaja de esta vía de administración es que el paciente debe cooperar, ya que la dosis debe ser medida correctamente e ingerida completamente en el momento correcto.

Las drogas administradas por boca son variables en cuanto a sus efectos máximos y a su uniformidad, también es difícil revertir los efectos no deseados. La recuperación es prolongada porque la droga es metabolizada lentamente. Algunos medicamentos por vía bucal pueden utilizarse junto con concentraciones de óxido nitroso.

Los sedantes orales más comunes son:

DIAZEPAM

Es un ansiolítico que tiene efectos musculorelajantes y amnésicos. Se vende bajo el nombre de Valium. Generalmente se da una dosis una hora antes de la

visita odontológica.

Presentación

Comprimidos 1mg blancos
 5mg amarillos
 10mg celestes

Dosis sugeridas

No deberá utilizarse si el niño pesa menos de 6kg.

De 2 a 3 años de edad: 2mg a 6mg por dosis

4 a 5 años de edad: 5mg a 10mg por dosis

6 a 9 años de edad: 5mg a 12mg por dosis

10 a 12 años de edad: 5mg a 15mg por dosis

No se recomiendan dosis mayores de 15 mg

Nota: El diazepam es útil para el control de los movimientos musculares no deseados, tales como los que se ven en pacientes con parálisis facial. Pero la medicación por vía intravenosa con este sedante es más efectiva.

HIDROXIZINA

Es una droga ataráctica, que tiene un profundo efecto sedante. Está indicada en niños tímidos o ansiosos. Se da una dosis 2 horas antes del tratamiento.

Cloruro de hidroxizina se vende como Atarax
 Pamoato de hidroxizina se vende como Viantril

Presentación

Atarax comprimidos	10 mg naranja
	25 mg verde
	50 mg amarillo
Atarax líquido	
	10mg/5ml.
Visatril cápsulas	
	25 mg verde
	50 mg verde y blanco
Visatril líquido	
	25 mg/5ml.

Dosis

Ni el Atarax ni el Visatril se deben utilizarse si el niño pesa menos de 6 Kg.

De 2 a 3 años levemente ansiosos 2mg/kg peso -

2 a 3 años muy ansiosos 2 a 4mg/Kg peso

4 a 6 años 4mg/kg de peso corporal

La dosis no debe exceder los 75 mg.

SEDACION POR VIA RECTAL

Las drogas administradas por vía rectal son introducidas generalmente por supositorios. El periodo de

latencia es prolongado, y la absorción es variable, por lo consiguiente los resultados son impredecibles. Generalmente se emplean los barbitúricos y es importante recordar que éstos no deben administrarse a niños con daño cerebral.

Este método es más adecuado para niveles ligeros de sedación.

SEDACION POR VIA INTRAMUSCULAR

La inyección intramuscular es un procedimiento breve y rápido, la ventaja principal de esta vía de administración sobre la bucal es que el periodo de latencia y duración de la acción es más predecible. Generalmente se prefiere la administración intramuscular a la bucal.

SEACION POR VIA INTRAVENOSA

En manos de profesionales entrenados este método puede ser el más fácil, el más eficiente y seguro junto con la sedación por inhalación.

Se logra un grado de control mucho mayor de la profundidad de sedación. El comienzo del efecto es muy rápido (20 a 25 segundos) y la recuperación es más rápida que cualquier otra vía.

Como la inyección requiere cierta delicadeza el paciente debe cooperar manteniéndose quieto.

La venipuntura es bastante difícil de realizar en niños muy pequeños. La precaución mayor con esta vía de administración es la posibilidad de un cambio rápido en el estado del paciente, con pequeños agregados de la droga a medida que avanza el caso.

Esta vía de administración es muy eficaz pero necesita un

alto grado de habilidad y entrenamiento.

Generalmente se emplean Benzodiazepinas, Barbituricos y Narcóticos.

Para evitar vómitos y complicaciones durante el tratamiento con sedación se deberá indicar al paciente que no ingiera alimentos sólidos (incluyendo leche) hasta después de la media noche anterior a la visita odontológica.

Concluyendo, los sedantes pueden ser un medio eficaz para controlar emocional o físicamente al paciente impedido, pero no debemos abusar de su empleo, ya que sus efectos pueden revertirse, por ello es aconsejable que el odontólogo consulte con el médico general o el anestesiólogo antes de recetarlos.

alto grado de habilidad y entrenamiento.

Generalmente se emplean Benzodiazepinas, Barbituricos y Narcoticos.

Para evitar vómitos y complicaciones durante el tratamiento con sedación se deberá indicar al paciente que no ingiera alimentos sólidos (incluyendo leche) hasta después de la media noche anterior a la visita odontológica.

Concluyendo, los sedantes pueden ser un medio eficaz para controlar emocional o físicamente al paciente impedido. pero no debemos abusar de su empleo, ya que sus efectos pueden revertirse, por ello es aconsejable que el odontólogo consulte con el médico general o el anestesiologo antes de recetarlos.

CAPITULO VI

ANESTESIA GENERAL

La administración de anestesia general es un método práctico para controlar al paciente impedido que no se ha podido tratar con las técnicas de acondicionamiento psicológico, sedación u otros procedimientos en el consultorio; además brinda un ambiente más seguro a la mayoría de estos pacientes.

El odontólogo debe hacer un examen minucioso del estado de salud del niño, ya que existen situaciones médicas que contraindican la administración de anestesia general, también se hará una evaluación de la relación riesgo/beneficio.

Indicaciones de la anestesia general:

- 1._En niños con retardo mental.
- 2._Niños en quienes no se puede lograr un control adecuado de la conducta.
- 3._Pacientes con alergia conocida a los anestésicos locales
- 4._Pacientes hemofílicos.
- 5._Niños con movimientos involuntarios.

Contraindicaciones de la anestesia general:

- 1._Cuando no ha sido completada una historia clínica, una revisión física y una investigación de laboratorio adecuados.
- 2._Cuando el niño no ha sido preparado emocionalmente.
- 3._Cuando no se cuenta con el equipo necesario.

La anestesia general se deberá administrar en un hospital con la colaboración de un anestesiista para proporcionar al paciente mayor seguridad y mejor atención.

El manejo de pacientes impedidos requiere una estrecha colaboración preoperatoria entre el odontólogo, la familia y los médicos actuantes. Es muy importante preparar al paciente y a sus padres para enfrentar la experiencia hospitalaria, esto ayudará en la prevención de un posible trauma psíquico.

En algunos casos los pacientes impedidos ya han sido hospitalizados, lo que ayudará mucho en su manejo.

Es indispensable contar con los exámenes de laboratorio del paciente antes de iniciar la intervención (biometría hemática, análisis de orina, electrocardiograma en caso de anormalidad cardíaca, etc).

Si el paciente presenta alguna alteración orgánica o fisiológica se deberá consultar antes con el médico y el anestesiólogo.

Generalmente el anestesiólogo del hospital seleccionará la medicación preanestésica y el régimen de anestesia. Debido a esta responsabilidad, él debe conocer la historia del paciente.

La anestesia comienza con la premedicación, para aminorar la excitabilidad refleja por depresión del SNC. Los barbitúricos, narcóticos y tranquilizantes, son las drogas que se usan comúnmente.

Después se realiza la inducción, que puede ser suplementada con otras drogas para lograr un curso suave, como la succinilcolina o el curare.

Siguiendo la inducción, se efectúa la intubación endotraqueal, es habitual que el odontólogo pida que sea intubación nasal y no bucal, para aumentar el campo operatorio y evitar el trastorno del tubo.

El mantenimiento del estado anestésico se consigue con un agente, o combinaciones de agentes inhalatorios como el halothane o el óxido nítrico.

Al terminar el caso, se efectúa la recuperación: se interrumpen todos los anestésicos, excepto los que se utilizan para antagonizar las drogas de inducción y mantenimiento, posteriormente el paciente es oxigenado.

Cuando el paciente está suficientemente alerta y respirando espontáneamente, se retira el tubo y se le pasa al área de recuperación posanestésica, donde se controlan los signos vitales hasta que se haya producido la estabilidad y sensibilidad.

Finalmente el paciente pasa a su habitación, donde queda en observación para el control de sus signos vitales hasta la recuperación total.

Algunos pacientes pueden presentar cierta alteración orgánica o fisiológica que nos obligará a tomar medidas específicas.

DIABETES Se sugiere la consulta con el médico del paciente. el odontólogo debe conocer la dosis, hora habitual de administración y tipo de insulina que se acostumbra usar. Antes de la admisión se puede efectuar una determinación de azúcar en sangre y orina. Se suele indicar una cobertura antibiótica similar a la que se hace al paciente con enfermedad cardíaca.

DISCRASIAS SANGUÍNEAS

Si la historia clínica del paciente revela una tendencia hemorrágica, se deberá hacer pruebas para determinar el grado de anormalidad. El "TEST" de Tromboplastina parcial es excelente para el descubrimiento general de discrasias sanguíneas. Si el resultado es marginal o anormal, se ordena a continuación un perfil de sangría y coagulación.

ENFERMEDAD CARDÍACA

Los pacientes con historias cardiovasculares deben hacerse un electrocardiograma antes de la intervención.

En algunos casos puede ordenarse un monitoreo durante el tratamiento, si el odontólogo o el anestesiólogo lo considera necesario.

ENFERMEDAD HEPATICA

Si la historia del paciente sugiere la posibilidad de una perturbación hepática, se deberá ordenar un "Test" de bromosulfaleína (BSF) para comprobar la eficacia del órgano. Los resultados anormales serán revisados con el anestesiólogo antes de la cirugía.

PROFILAXIS ANTIBIOTICA PREOPERATORIA

Los pacientes con historia de enfermedad cardíaca, diabetes o soplo cardíaco funcional deberán recibir antibióticos preoperatorios.

CONCLUSIONES

El cirujano dentista debe de capacitarse y mejorar los métodos de rehabilitación para brindar una atención odontológica adecuada a los niños con incapacidades físicas o mentales.

Es necesario que el odontólogo realice una buena historia clínica que revele el estado de salud del paciente, porque con base en ello se tomarán las medidas necesarias para elaborar el plan de tratamiento; en el cual debe participar el especialista o médico general del niño, ya que todos los procedimientos que se realicen deben estar dentro del margen de seguridad para el paciente.

Durante el tratamiento es fundamental la actitud del dentista hacia el niño, debe ser paciente, comprensivo y aprender a adaptarse a las situaciones que se pueden presentar al atender a estos pequeños, (suspiros, sonidos, movimientos y acciones propios de su problemática).

Cosidero también que la atención odontológica no debe dirigirse solamente a resolver los problemas dentales presentes, sino que debe llegar a la prevención por medio de la educación a los padres y en caso de ser posible al niño mismo.

BIBLIOGRAFIA

- BARBER. Thomas K. Odontología Pediátrica. [tr. Carsolio Ma del Rosario] México, D.F. , Editorial Manual Moderno 1985.
- DAVIS. John M. Paedodontia Atlas. 2da. Edición. Argentina. Editorial Panamericana 1984.
- MC. DONALD. Avery Odontología Pediátrica y del Adolescente. . [tr. Dr. Frydman Jorge] 5ta Edición. Buenos Aires, Editorial Panamericana 1990.
- NOWAK. Arturh J. Odontología para el paciente impedido [tr. Leyt Samuel] Buenos Aires, Editorial Mundi 1979.

SHAHER. William G. Tratado de Patología Bucal. 2da Edición.
México. Editorial Interamericana 1987.

WEYMAN Joan Odontología para niños impedidos [tr. Dr. Leyt
Samuel] Buenos Aires, Editorial Mundl.