



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCODENTALES EN
PACIENTES CON TRASTORNOS DE LENGUAJE EN EL
INSTITUTO DE DISCAPACIDAD OLLÍN YOLIZTLI
DE AGOSTO DEL 2002 A MAYO DEL 2003**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
CLAUDIA LADO OLIVARES

DIRECTOR DE TESIS

C.D. OLGA TABOADA ARANZA

ASESOR DE TESIS

C.D. JORGE PARRA GARCIA



FES ZARAGOZA

MEXICO

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis se ha realizado en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y en el Instituto de discapacidad Ollín Yoliztli, ha intervenido un grupo de personas cuya participación de uno u otro modo se recoge en este trabajo. A estas personas quisiera agradecer su colaboración y esfuerzo.

A la Mtra. Olga Taboada Aranza

Por su dirección, paciencia y continuos consejos durante la realización de esta tesis pero sobre todo gracias por su calidad humana.

Al CMF. Jorge L. Parra García

Por darme la oportunidad de llevar a cabo este proyecto y por contar con su apoyo.

Al honorable jurado, por su disposición y ayuda brindadas:

Mtra. Olga Taboada Aranza
CMF. Jorge L. Parra García
Q.B.P. María V. González de la Fuente
M.C. Laura Mecalco Herrera
C.D. Alejandro Arregui Calderón

A los pacientes

Por brindarme su confianza y darme la seguridad para seguir en este camino.

DEDICATORIA

Quiero dar las gracias a Dios

Con quien hablo tantas veces a solas y le pido consuelo en los malos ratos y a la vida que me ha dado tanto y a la que nunca dejaré de querer.

Esta tesis esta dedicada a mis padres, Mayo y Flor

A mi papá le agradezco por ser un angelito que vino a enseñarme que con honestidad los sueños se pueden cumplir. A mi mamá por su apoyo, guía y confianza en la realización de todos mis proyectos. Soy afortunada por haber contado siempre con su amor, comprensión y ejemplo.

En todo momento los llevo conmigo, esta tesis es suya.

Agradezco a mis hermanos, Paco, Mercy y Mayo

Por la compañía y apoyo que me brindan, sé que cuento con ustedes siempre.

A mi familia, abuelita, tíos, primos y sobrinos

Por llenar mi vida de amor.

A mis amigos Karito, Pereda, Isra, Plaza, Armando, Selene, Noemí

A pesar de la distancia, los llevo en mi corazón, gracias por llenar mi vida de alegría.

Manuel

Gracias por tantas horas dedicadas a esta tesis, tu apoyo, ayuda y amor significan mucho para mí, gracias por ser parte de mi vida.

A la gente que ha estado cerca de mí en los momentos buenos y en los más difíciles, a todos aquellos que me han devuelto una sonrisa y han dejado huella en mí.

ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
La discapacidad en México	
Discapacidades asociadas a trastornos de lenguaje	9
Trastornos de lenguaje asociados a estructuras bucodentales	38
JUSTIFICACIÓN	45
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
OBJETIVO GENERAL	47
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
DISEÑO METODOLÓGICO	47
RESULTADOS	52
CONCLUSIÓN	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La estructura socioeconómica de México presenta una conformación estructural histórico-social de dependencia económica, política y social respecto a los países hegemónicos.

Las consecuencias que trae esta problemática socioeconómica se manifiestan en el estado de salud de la población y el caso de la salud bucodental es bastante aleccionador y representativo en ese sentido.

La mayoría de los estudios en el campo estomatológico han sido realizados en grupos cautivos como son las poblaciones escolares o que asisten a los servicios de salud, estos estudios epidemiológicos indican que más del 90% de la población mexicana presenta lesiones cariosas y se estima que la población mayor de tres años de edad presenta un CPOD promedio de 5.2, la magnitud del problema se puede apreciar aún más cuando se tiene en cuenta que además de la caries, la patología bucal comprende periodontopatías, maloclusiones, cáncer bucal, procesos inflamatorios e infecciosos de los tejidos blandos o duros y anomalías congénitas, entre otros.

Si resulta representativo el alto grado de afecciones bucales que manifiesta la población en general, que se puede esperar de la gran población que en México presenta discapacidades funcionales, las cuales son poco estudiadas por la dificultad que en la mayoría de las veces presenta su manejo.

Entre estos grupos vulnerables por presentar discapacidad se encuentra la población que asiste al Instituto de discapacidad Ollín Yoliztli del DIF Naucalpan y que presentan trastornos del lenguaje, esta población presenta como una característica común escasos recursos económicos y educativos de los padres y de los pacientes que conlleva a la limitación de la vida social de estos niños.

Frente a este inmenso problema, es importante conocer el perfil epidemiológico de esta población para tener una idea lo más clara posible y cercana a la realidad del estado de salud de estos niños con capacidades diferentes.

La ejecución de este trabajo nos permitió obtener una visión panorámica de la problemática de salud bucodental, la cual en un futuro habilitará la planificación de programas educativos, preventivos y curativos para enfrentar de una forma más eficiente y eficaz la alarmante necesidad que tiene esta población de una atención integral.

MARCO TEÓRICO

LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO

El tema de la discapacidad, como problema social, ha cobrado en los últimos años un justificado interés en todo el mundo. Este cambio positivo se explica por varias razones, en primer término por el creciente número de personas que la presentan en sus variados tipos y formas. Así, diversos documentos de las Naciones Unidas y sus organismos especializados señalan prevalencias poblacionales del 7%, 10%, 12%, y hasta un 15%, lo que ha preocupado y llamado la atención. Por otra parte, las consecuencias directas e indirectas que determinan la discapacidad en las personas, las familias y las comunidades en los planos de las limitaciones físicas e intelectuales, la desigualdad y la falta de oportunidades, contribuyen a generar pobreza, marginación, exclusión y en un sentido más amplio, vulnerabilidad social.

Esto ha propiciado, la existencia de un vigoroso y cada vez más influyente movimiento asociativo de organizaciones de y para personas con discapacidad, que demanda equidad e igualdad para acceder a la dinámica que genera el desarrollo, mediante la equiparación de oportunidades y su integración en todos los planos de la vida social.

Todo esto ha provocado que en la actualidad el tema de la discapacidad sea cuestión relevante a considerar en la agenda política de los derechos humanos, legislativa, académica y una prioridad en los programas de gobierno.

El término discapacidad viene del griego "d'ys", dificultad, y del latín "capacitas", aptitud o suficiencia para alguna cosa. Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano (OMS).¹

La discapacidad es considerada como una alteración física o mental que limita una o más de las actividades fundamentales de la persona, dichas actividades son: ver, oír, hablar, caminar, respirar, aprender, cuidarse a sí mismo, estudiar, trabajar.²

El concepto de discapacidad según la OMS es: La condición temporal o permanente que genera en el individuo afectado un cambio de vida que incluye al núcleo familiar y su entorno social, mismo que impacta al sistema de salud. Este impacto será mayor de acuerdo al grado de restricción en las funciones de adaptabilidad y de respuesta al medio que conserve el individuo afectado. Definir el grado de restricción y de conservación de las funciones de adaptabilidad y respuesta al medio estará en medida de lo considerado como común en la población, de acuerdo a la edad del individuo y requiere de un estudio cuidadoso de tipo multidisciplinario que incluya el especializado, a fin de determinar el pronóstico funcional de corto y largo plazo y su correspondiente plan de manejo para cada disciplina involucrada en el estudio y manejo de este tipo de pacientes.

En forma muy general a las discapacidades se les puede clasificar por:

- El grado de evidencia de la lesión, es decir, más o menos visible.
- El momento en que se inicia la discapacidad y si ésta es estática o progresiva.²

Se estima que las discapacidades en el mundo se presentan en al menos uno de cada diez niños que nacen, o bien uno de cada diez adquiere algún impedimento físico, mental o sensorial. La cifra de Rehabilitación Internacional es de 500 millones de discapacitados en el mundo; de éstos más de dos tercios viven en países subdesarrollados, la mayoría sin servicios de rehabilitación.³ Con mayor precisión tenemos que 80% de los discapacitados del mundo viven en los países en desarrollo y sólo cuentan con el 10% de los recursos de rehabilitación.⁴ En el caso de México, donde las estadísticas son pocas sobre el tema, se calcula un aproximado de 9 millones de personas con alguna discapacidad.⁵

La mayoría de las discapacidades son de carácter persistente y pueden ser físicas o mentales. Entre las discapacidades físicas más comunes se encuentran: la ceguera, la sordera y la parálisis, mientras que entre las mentales se cuentan las psicosis y las deficiencias mentales.⁶

Aún en la actualidad, la mayoría de la población todavía piensa que la discapacidad física es sinónimo de retraso mental, por ello muchos discapacitados se sienten constantemente bajo la etiqueta de "incapaces", "minusválidos". Las palabras que se emplean reflejan nuestras actitudes como las etiquetas que estereotipan y jerarquizan a un grupo de personas muy diversas. Estas etiquetas provienen del sistema de relaciones sociales y se transmiten de forma muy poderosa a través de la familia. De ahí que encontremos también diversas respuestas, por ejemplo existen personas con graves limitaciones físicas que no se consideran a sí mismas particularmente impedidas, mientras que otras, con limitaciones ligeras, se consideran gravemente impedidas.⁷

Debe separarse la idea de discapacidad con la de imposibilidad. Casi todo se puede, aunque en ocasiones sea de otra manera, para alcanzar esta comprensión es necesario incrementar el nivel educativo de los padres, a los prestadores de los servicios de salud, a los profesores y a los propios discapacitados. Si esto no se supera, si las etiquetas se vuelven prioritarias, se estará gestando la imposibilidad de establecer en el futuro relaciones gratificantes, tanto de amistad como de pareja. Los ambientes familiares y educativos restrictivos no favorecen la capacidad de relación y desenvolvura de los seres humanos.

Los padres y educadores se acercan a los niños y niñas con alguna discapacidad, con actitudes prejuiciadas que reflejan las opiniones de la sociedad en diversas formas de discriminación, cuya consecuencia será un deficiente desarrollo psíquico. Al limitar el juego y la integración a la escuela y aislar al niño o niña en su hogar, se puede afectar este desarrollo provocando inhibición a relacionarse con otros, un mal manejo de las emociones e inestabilidad en las relaciones que se traducirán en una baja autoestima.⁸

Las relaciones con la familia pueden ir desde la sobreprotección a la falta de estimulación adecuada o la total indiferencia. Las consecuencias psicosociales que rodean al discapacitado es el no enfrentamiento a las tareas propias de cada edad, el relego de muchas actividades cotidianas y la privación de condiciones de vida y sociales necesarias.

Estas actitudes hacia el cuerpo, la salud y las capacidades en desarrollo del hijo le van formando su autoimagen. Si los padres expresan amor y aceptación por el hijo(a) y su cuerpo, esto le dará seguridad y acertividad. Si lo rechazan por su aspecto físico, aunque aparenten preocupación por él, esto lo tomará inseguro, dependiente y con una baja autoestima; se mirará como feo y desagradable.

Llega a ser usual que la opinión que una persona tiene sobre su discapacidad le imposibilite más que la propia limitación. Algunos sienten que tienen que compensar de algún modo su deficiencia, por ello cuando no consiguen lo que quieren se sienten frustrados y amargados. No logran aceptar sus limitaciones y esto les impide disfrutar de sus habilidades y logros reales.⁷

Las discapacidades constituyen un segundo nivel de consecuencia de la enfermedad, derivado de las deficiencias como efecto y objetivación de éstas, que afecta al desenvolvimiento de la persona en su globalidad, para aquellas habilidades esenciales en la vida cotidiana.¹

Anteriormente, no eran reconocidos los derechos de los discapacitados; sufrían de discriminación social y muchos eran reclusos en el hogar o en instituciones de custodia sin oportunidades de superación personal ni social. Fue hasta la segunda mitad del siglo XX que se puso mayor atención a Programas de Rehabilitación que incluyen servicios multidisciplinarios. Estos servicios son brindados con el propósito de lograr una mejor integración en la vida social y productiva de su comunidad, entre estos servicios y sus funciones se cuenta con:

Servicios médicos. Las discapacidades suelen ser consecuencias de enfermedades, accidentes o anomalías congénitas, por lo que, la rehabilitación comienza con servicios médicos adecuados. Éstos varían, desde la administración de medicamentos que alivien la enfermedad o que disminuyan o eliminen el dolor, hasta intervenciones quirúrgicas corporales, no deseables, pero si necesarias para que la persona no muera; colocación de prótesis ya sea piernas artificiales para amputados, sillas de ruedas para parapléjicos o muletas para personas con dificultad para caminar, adaptación de aparatos para la audición y la visión; tratamientos de fisioterapia para estimular la adquisición o restitución de una función motora, entre otros.

Servicios para la integración al trabajo. Cuando las personas sufren alguna discapacidad, sus habilidades para el trabajo pueden verse limitadas, requieren una capacitación especial y la consideración de ciertas adaptaciones ambientales, y una relación humana comprensiva que estimule y aproveche las capacidades de la persona con el objetivo de lograr una mayor autosuficiencia e independencia económica, en lo posible, de acuerdo al tipo y grado de discapacidad.

Servicios psicológicos. La manera de afrontar la discapacidad varía en cada sujeto según su historia de desarrollo, el momento de su vida y las circunstancias en las que se originó la afección, el grado y tipo de discapacidad, así como, el impacto psicológico que provocó en el sujeto. El psicoterapeuta sabe que la efectividad de un tratamiento psicológico será distinto con cada persona, pues en cada caso se relaciona con una personalidad única y diferente. Así por ejemplo, el modo de relacionarse de una persona ciega es diferente al de un individuo sordomudo y ambas son diferentes a la de un sujeto autista. Una persona autista se mostrará aislada y ensimismada con relación al medio, incluso los que comparten un mismo tipo de discapacidad tienen maneras diferentes de afrontarla y de relacionarse, un ejemplo sería el de dos personas con síndrome de Down, una puede estar muy limitada en términos de actividad, mientras que la otra sólo ligeramente afectada, puede ser capaz de realizar un trabajo y ser casi autosuficiente.

Una persona enfrenta su discapacidad de acuerdo a su propia historia de desarrollo y personalidad; en otras palabras, considerando el factor heredado, la influencia del medio ambiente y la manera de cómo se establece la relación entre el individuo y el medio. La labor del psicoterapeuta es brindar apoyo profesional para que el paciente y su familia alivien, dentro de lo posible según sea el caso, los trastornos mentales que se manifiestan en diferentes síntomas emocionales, afectivos y de relación.⁶

La información antes mencionada constituye una clara muestra de la diversidad y complejidad de los temas que atañen al estudioso de la materia, así como, de lo mucho que hay por investigar en el campo de la discapacidad, y de lo útiles que pueden ser las aportaciones producto de investigaciones.

Existe la necesidad de obtener información relativa a conocer la frecuencia de casos de discapacidad en los casos registrados. Estas cifras son importantes para la plantación y el otorgamiento de servicios.⁹ Por otro lado, la variabilidad de enfoques para definir y clasificar la incapacidad ha constituido un problema persistente para documentar la epidemiología de la discapacidad y proporcionar servicios apropiados. Las instituciones encargadas del cuidado de la salud, a menudo tienen sistemas separados de clasificación y terminología relacionada que se usa con diferentes criterios para la elección de candidatos a programas de atención y cuidado. Desde su publicación en 1980 como un documento paralelo a la clasificación internacional de enfermedades por la OMS, la clasificación de discapacidades ha generado la necesidad de unificar términos que permitan conocer la epidemiología de este problema y documentar registros para el financiamiento de programas. La discapacidad severa, concepto que incluye en el individuo una ausencia de capacidades para el auto cuidado, estados permanentes de inmovilidad corporal que requieren ayuda de otros, necesidad de otros para cumplir con funciones fisiológicas como alimentación, el aseo proporcionado por otros, y que pueden servir para orientar el establecimiento de los apoyos que requiere el individuo afectado y su familia.¹⁰

DISCAPACIDADES ASOCIADAS A TRASTORNOS DE LENGUAJE

Los pacientes que asisten al Instituto de Discapacidad Ollín Yoliztli, con trastornos de lenguaje, tienen otras discapacidades, las cuales se describen a continuación.

Parálisis cerebral infantil

Es una lesión irreversible y no progresiva del Sistema Nervioso Central, en un cerebro inmaduro, originada durante las etapas prenatal, natal o postnatal que trae como consecuencia trastornos psicomotrices.¹¹

La parálisis cerebral es un proceso frecuente cuya prevalencia se calcula en 2 niños por cada 1000 nacimientos vivos.¹² En México, de acuerdo con los datos reportados por el INEGI en mayo de 1996, se encontraban registrados 7638 niños con parálisis cerebral lo que corresponde al 0.36% del total de niños discapacitados en el país, entre los cuales el 10.6% tiene de 6 a 12 años de edad, reportándose actualmente una frecuencia de 1.5 a 2.5 por 1000 nacimientos vivos.¹³

Características generales

Se pueden mencionar entre otras el retraso motor, que dificulta el movimiento y el desplazamiento, trastornos posturales; crisis convulsivas que se producen principalmente durante la lactancia y la primera infancia; problemas visuales como estrabismo unilateral o bilateral, convergente o divergente, nistagmus y debilidad visual; problemas auditivos como hipoacusias, hiperacusias y sordera; problemas sensoriales generalmente hipersensibilidad táctil; problemas bucales principalmente caries, enfermedad periodontal, maloclusiones, protrusión lingual, hipersensibilidad bucal, dificultades de masticación, succión y deglución, alteración de articulación del lenguaje como disartria y anartrias, falta de comprensión del lenguaje como las afasias, dedos de

bayoneta, es decir, las articulaciones proximales de los dedos están extendidas y alteraciones de los miembros superiores y/o inferiores.¹¹

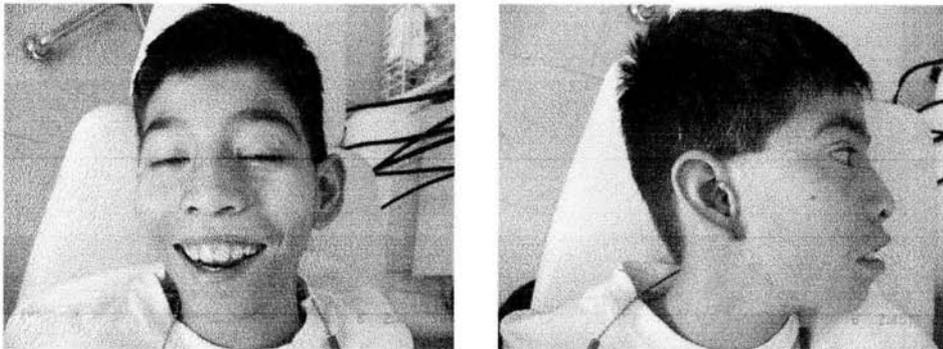


Figura 1. Fotografía facial frontal y de perfil izquierdo de paciente con parálisis cerebral infantil.

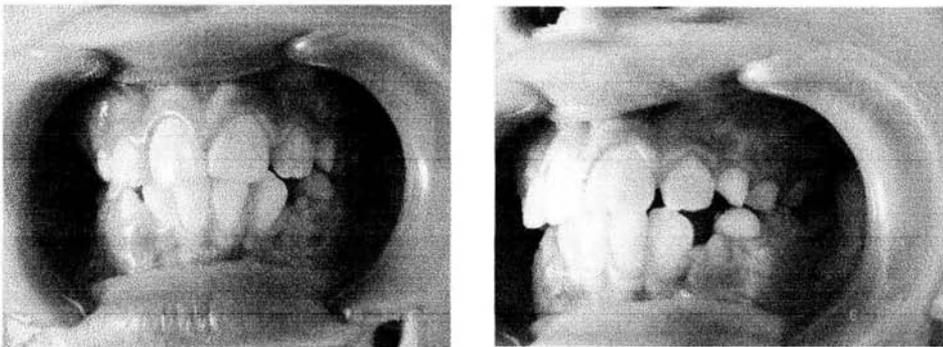


Figura 2. Fotografía intraoral frontal y de perfil izquierdo.

Hidrocefalia

El término hidrocefalia se deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza. Como indica su nombre, es una condición en la que la principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro.

Aunque la hidrocefalia se conocía antiguamente como "agua en el cerebro", el "agua" es en realidad líquido cefalorraquídeo, es un líquido claro que rodea el cerebro y la médula espinal. La acumulación excesiva de líquido cerebroespinal resulta en la dilatación anormal de los espacios en el cerebro llamados ventrículos, esta dilatación ocasiona una presión potencialmente perjudicial en los tejidos del cerebro.¹⁴

La prevalencia de hidrocefalia en México es de 1 por 750 recién nacidos.¹³

Características generales

Las manifestaciones de hidrocefalia son un aumento excesivamente rápido del tamaño de la cabeza, dehiscencia de las suturas craneales y agrandamiento de las fontanelas; los párpados superiores están retraídos debido a la tensión del cuero cabelludo, dejando al descubierto las escleróticas en la parte superior de los globos oculares y proporcionando el aspecto de exoftalmia, el desarrollo mental y motor de estos niños puede permanecer en un estado bastante normal durante un periodo de tiempo prolongado a pesar de la profunda lesión que está experimentado el cerebro.

Otros síntomas pueden incluir vómitos, sueño, irritabilidad, desvío de los ojos hacia abajo y convulsiones. Niños mayores y adultos pueden experimentar síntomas diferentes como, problemas de equilibrio, coordinación deficiente, trastorno en el estilo de caminar, incontinencia urinaria, reducción o pérdida de desarrollo, letargo, somnolencia, irritabilidad, pérdida de la memoria debido a que su cráneo no puede expandirse para alojar el aumento del líquido cerebroespinal.¹⁴

Síndrome de Down, Trisomía 21

Enfermedad en que existe capacidad mental subnormal, asociada con una variedad muy amplia de anomalías y de trastornos funcionales; los 2 tipos principales son las deformidades craneanas y faciales. Hay dos formas de Síndrome de Down, uno en que hay una típica trisomía 21 con 47 cromosomas y otro donde hay únicamente 46

cromosomas aunque el material cromosómico del número 21 está translocado en otros cromosomas, por lo tanto, hay demasiado material de cromosoma 21, lo que da lugar a características relacionadas con el Síndrome de Down.¹⁵

La incidencia del síndrome de Down es de aproximadamente 1 de cada 700 nacimientos y se da por igual en todas las razas, culturas y clases sociales. Sin embargo la incidencia del síndrome de Down aumenta con la edad de la madre, especialmente a partir de los 35 años, a partir de los 40 años, la incidencia es de 1 cada 100 nacimientos. Las personas con síndrome de Down constituyen aproximadamente el 25% de la población de personas con discapacidades intelectuales.¹⁶

Características generales

Los pacientes con síndrome de Down presentan numerosas manifestaciones clínicas y sistémicas variadas. Entre las que encontramos cara plana, fontanela anterior grande, suturas abiertas, ojos oblicuos pequeños con pliegues en el epicanto, subdesarrollo sexual, anomalías cardíacas e hipermovilidad de articulaciones, los defectos son tan variados que resulta difícil hacer una lista completa.

Dentro de las manifestaciones bucales encontramos que los pacientes suelen presentar macroglosia con protrusión de la lengua, así como, lengua fisurada debido al agrandamiento de papilas, también es común que tengan paladar alto. A veces los dientes tienen malformaciones, de las cuales las más comunes son la hipoplasia adamantina y microdoncia. Cohen y colaboradores, Brown y Cunningham investigaron el estado periodontal y observaron enfermedad periodontal avanzada, casi invariable, que no parecía de origen local. Brown y Cunningham también comentaron la sorprendente cantidad de pacientes con ausencia completa de caries dental.¹⁵

Los desajustes oclusales son frecuentes, consisten en mesioclusión, debido a prognatismo relativo, mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior y apiñamiento importante de dientes anteriores.¹⁷



Figura 3. Fotografía facial frontal, de perfil izquierdo y derecho de paciente con Síndrome de Down.

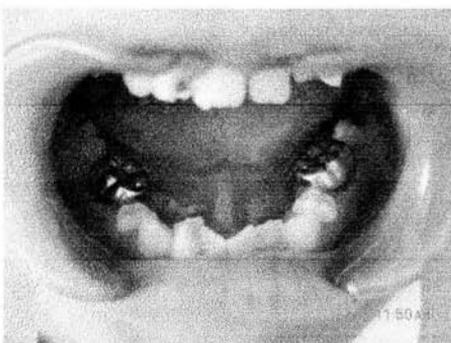


Figura 4. Fotografía intraoral mostrando apiñamiento dental inferior.



Figura 5. Fotografía intraoral en la que se muestra el aspecto bucal del paciente con Síndrome de Down.

Síndrome de Pierre Robin

Este padecimiento fue descrito por Pierre Robin en 1923, se caracteriza por glosoptosis, paladar con arco elevado o hendido en el recién nacido, hipoplasia muy acentuada de la mandíbula lo que ocasiona micrognatia. Este complejo de malformaciones puede observarse como un defecto aislado o como un componente de diversos síndromes de anomalías del desarrollo; se considera que la malformación principal es la retrognacia debido a hipoplasia mandibular y es frecuente que estos pacientes presenten trastornos respiratorios y alimenticios que pueden ocasionar obstrucción episódica de la vía respiratoria lo que produce hipoxia y desnutrición.¹⁷

La prevalencia de síndrome de Pierre Robin es de 1 por 27,500 recién nacidos vivos en México.¹³

Características generales

Los lactantes presentan micrognacia grave e hipoplasia mandibular, en algunos casos el arco palatino es pronunciado. La inserción posterior del músculo geniogloso debido a la mandíbula retrognática, produce glosoptosis; el músculo genioidio está acortado de modo que también hay compromiso del soporte del hueso hioides y las cintas musculares de la laringe.¹⁷

Labio y Paladar hendido

El labio y paladar hendido es uno de los defectos congénitos que con mayor frecuencia alteran profundamente la morfología craneofacial. La hendidura del labio superior puede ser parcial o completa, y extenderse a una distancia variable e incluir el proceso alveolar del maxilar, el paladar suave, el duro y parte de la nariz. El perfil es cóncavo, hay retracción de la mandíbula e incisivos superiores palatinizados. A menudo estas alteraciones producen deficiencias importantes del lenguaje, masticación y deglución.

Con frecuencia presentan mayor incidencia de malformaciones congénitas asociadas, así como, trastornos de lenguaje secundarias a deficiencias auditivas.¹⁷

La prevalencia de labio y paladar en México es de 1 por 1,063 recién nacidos.¹³

Características generales

Se utiliza la clasificación de Veau que es la más utilizada y permite describir la variedad de estos trastornos, para el labio y paladar, dicho sistema clasifica las hendiduras por separado en 4 categorías y enfatiza el grado de hendidura presente.

La incidencia de anomalías dentales asociadas con las hendiduras de labio y paladar son muy importantes, se describen anomalías en número, tamaño, morfología, calcificación y erupción dental, pueden afectar dientes temporales y permanentes.

La incidencia de falta congénita de dientes es alta en especial de los incisivos laterales superiores temporales o permanentes, adyacentes a la hendidura alveolar, la incidencia de anodoncia parcial aumentada en proporción directa a la gravedad de la hendidura; las hendiduras alveolar completas o incompletas suelen asociarse con dientes supernumerarios, a menudo se retarda el desarrollo dental y se observa hipoplasia de esmalte, microdoncia, macrodoncia y fusión de diente.¹⁷



Figura 6. Fotos de paciente con labio hendido pre y post operatorio.



Figura 7. Fotos de paciente con paladar hendido pre y post operatorio.

Síndrome de Cornelia de Lange

El síndrome de Cornelia de Lange es un conjunto de anomalías cuyas bases genéticas y bioquímicas son desconocidas. Se diagnostica por sus características faciales en asociación con retraso del crecimiento pre y postnatal, retraso mental de grado variable y en algunos casos, anomalías de los miembros superiores.

Este síndrome fue descrito en 1933 por la doctora Cornelia de Lange, en Holanda. Su frecuencia se estima en 1 por 45,000 recién nacidos vivos en México, no existiendo predominio en cuanto al sexo. El riesgo de recurrencia, esto es la probabilidad de tener otro hijo con este síndrome, es muy bajo, del 2 al 5%, aunque algunos autores dan un riesgo de recurrencia más bajo.¹⁸

Características generales

Existe retraso del crecimiento y de la maduración ósea, talla corta, retraso mental severo, actividad perezosa, llanto débil y de tono bajo, microcefalia, fisuras palpebrales muy alargadas, pestañas largas y lacias al nacimiento y rizadas después, frente

estrecha con hirsutismo marcado, lóbulo de la nariz prominente con anteversión de las fosas nasales, boca grande, labios delgados, comisuras labiales hacia abajo, risa sardónica, filtrum grande y simiesco, paladar alto, retromicrognatia, hirsutismo generalizado, tetillas hipoplásicas, micromelia proximal, a veces focomelia, oligodactilia, clinodactilia del quinto dedo, pliegue único, implantación anormal de los pulgares, contractura proximal de los codos, macromelia y sindactilia del segundo y tercer orjeos. A veces existe miopía, artrofia óptica, atresia palpebral y de coanas, paladar hendido, implantación baja de pabellón auricular, hernia umbilical, mal rotación de codos, estenosis de píloro, gran número de defectos óseos, hipoplasia de los surcos demopapilares, patrones distorsionados en mano derecha, presillas en casi todos los dedos. La hipertonia, convulsiones, retraso mental severo, facies simiesca y el hirsutismo son característicos.¹⁹

Encefalopatía hepática

Es un conjunto de síntomas que se pueden producir cuando se presenta un daño cerebral y del sistema nervioso como complicación de una enfermedad hepática tal como la cirrosis o hepatitis y se caracteriza por varios síntomas neurológicos como cambios en el estado de conciencia, cambios en el comportamiento y cambios de personalidad. El hígado no puede metabolizar y detoxificar las sustancias en el cuerpo, por lo tanto, la acumulación de sustancias tóxicas produce anomalías metabólicas que conducen a un daño en el sistema nervioso central, en el cerebro y la médula espinal.

La encefalopatía hepática afecta a aproximadamente 4 de cada 100,000 personas y puede presentarse como un problema agudo y potencialmente reversible o como un problema progresivo y crónico.²⁰

Características generales

Cambios en el estado mental, estado de conciencia, el comportamiento y la personalidad. Olvido, confusión, desorientación, delirio, demencia, cambios en el

temperamento, disminución de la agudeza mental, somnolencia durante el día, disminución de la comprensión, estupor progresivo, reducción de la capacidad del autocuidado, deterioro de la escritura o pérdida de otros movimientos finos de la mano, temblor muscular brusco, espasticidad o rigidez muscular, las convulsiones pueden aparecer pero son raras, deterioro del lenguaje, movimiento incontrolable, movimiento disfuncional, agitación.

Los síntomas neurológicos pueden variar. El temblor muscular brusco como de aleteo se puede observar durante los movimientos voluntarios, como cuando la persona intenta sostener los brazos al frente del cuerpo.

El examen del estado mental será anormal, en particular en tareas cognitivas como conectar números con líneas. Se puede sospechar o conocer la presencia de la enfermedad hepática y se pueden observar signos de dicha enfermedad, como ictericia en la que se observa ojos y piel amarillos y ascitis que es la acumulación de líquidos en el abdomen. Algunas veces, se presenta un olor rancio característico del aliento y la orina.²⁰

Síndrome de West

El Síndrome de West se denomina también de los Espasmos Infantiles y pertenece al grupo de lo que se llama "Encefalopatías epilépticas catastróficas".

Los espasmos infantiles son un tipo especial de ataque epiléptico, que afecta fundamentalmente a niños menores de un año de edad.

Aparece durante el primer año de vida, sobre todo entre los 4 y los 7 meses. Afecta más frecuentemente a varones.

La incidencia es de 1 cada 4,000-6,000 nacidos vivos.

Características generales

Espasmos flexores, extensores y mixtos. Consisten en contracciones súbitas generalmente bilaterales y simétricas de los músculos del cuello, tronco y extremidades. La contracción más típica es la de flexión.

La duración aproximada de cada episodio es aproximadamente de 2 a 10 segundos, durante la cual puede haber ausencia. Los espasmos pueden acompañarse de alteraciones respiratorias como: gritos, rubor, movimientos oculares, sonrisa, muecas, retraso psicomotor, hay pérdida de habilidades adquiridas y anormalidades neurológicas como: diplejia que es la parálisis que afecta a partes iguales a cada lado del cuerpo, cuadriplejia o tetraplejia que es la parálisis de los cuatro miembros, hemiparesia que es el debilitamiento o ligera parálisis de una mitad del cuerpo, microencefalia o cerebro pequeño.²¹

Deficiencias auditivas

Consideramos las deficiencias auditivas como aquellas alteraciones cuantitativas en una correcta percepción de la audición.

La hipoacusia es la disminución de la capacidad auditiva que permite adquirir el lenguaje oral por la vía auditiva. La cofosis o sordera es la pérdida total de la audición y el lenguaje se adquiere por la vía visual.

La prevalencia de la hipoacusia en el recién nacido y en el lactante es de 2 a 6 casos por 1000 nacidos vivos, según se trate de severa o de cualquier grado.²² En la sordera congénita se estima una tasa de 1 a 1.5 de cada 1000 recién nacidos vivos.²³

En 1990, la Federación Española de Asociaciones de Padres y Amigos de los Sordos (FIAPAS) puso en marcha el programa de Detección Precoz de la Sordera, para informar a la población en general y a los directamente implicados de la importancia de la detección precoz, que facilita una buena labor educativa; en muchos casos no se

podrá impedir la sordera, pero sí minimizar la repercusión que tiene sobre el desarrollo del niño; la iniciativa "Salud para todos en el año 2000" propuso que la edad media de diagnóstico fuera inferior a los 12 meses.

Características generales

Es muy importante realizar exploraciones completas para la detección temprana de un problema de audición. El desarrollo motor temprano, las primeras adquisiciones psicosociales e incluso el lenguaje expresivo hasta los 8 meses pueden ser normales en niños hipoacúsicos, por lo que, es muy difícil la valoración. Pero, nuevas evidencias demuestran que la sordera durante los seis primeros meses de vida pueden interferir en el desarrollo normal del habla y el lenguaje oral, por lo que, lo ideal sería identificar a estos niños antes de los tres meses de edad y la intervención comenzaría antes de los seis meses, para prevenir las secuelas del déficit auditivo.²³

Autismo

El autismo es un trastorno del desarrollo en el que se producen alteraciones de diferente gravedad en áreas como el lenguaje y la comunicación, en el campo de la convivencia social y en la capacidad de imaginación, suele iniciarse en los niños menores de tres años.

La prevalencia del autismo varía considerablemente dependiendo del país, desde 2 por 10,000 en Alemania hasta 16 por 10,000 en Japón.²⁴ Los primeros estudios epidemiológicos en México hablaban de una prevalencia del autismo Infantil de 4-5 por 10,000, aproximadamente 1 en cada 2,000 personas, pero con la ampliación del fenotipo clínico y el avance de los métodos clínicos para su reconocimiento, se estima que la prevalencia ha aumentado a 10-20 por 10,000 ó 1 por cada 500 a 1,000 personas.²⁵ Las razones que se esgrimen para explicar estas diferencias en el índice de prevalencia se pueden deber a distintos criterios diagnósticos, factores genéticos,

y/o influencias ambientales. Es tres veces más probable que el autismo afecte a los hombres que a las mujeres.

Características generales

Lo más característico de la enfermedad es la falta de reciprocidad en la relación social, el autista generalmente observa el mundo físico con una intensidad no habitual. La realidad que percibe puede ser placentera o infeliz, pero no puede compartir las sensaciones que percibe con sus semejantes. El autista suele evitar el movimiento anticipativo de los brazos que suelen hacer los niños cuando van a abrazarlos. En ocasiones evitan las caricias y el contacto corporal, aunque puede que lo busquen y deseen, como si ésta fuera su forma de comunicación con las personas que consideran extrañas. A menudo ven a las personas como objetos y los tratan como tal.

Al niño autista le resulta muy difícil aceptar una negativa y tolera muy mal la frustración. La imposición de normas le genera una gran ansiedad y funciona como elemento potenciador de una conducta hiperactiva. Aprende con enorme facilidad conductas manipuladoras para conseguir sus objetivos.

La mirada del autista suele prescindir de la mirada de las otras personas, como si la mirada directa careciera de contenido comunicativo. En otras ocasiones la mirada es fría, pero debemos descartar la idea de que el autista nunca mira a los ojos.

La forma de mirar es uno de los elementos que contribuyen a dar a su cara un aspecto inexpresivo. Ni la expresión de su cara ni su conducta nos dará una pista de lo que piensa, de lo que ocurre en su interior.

El retraso en el lenguaje es el motivo más frecuente de consulta médica; si a los dos años no se ha iniciado el lenguaje es necesario valorar su conducta social. Alrededor del 10% de las personas autistas tienen habilidades especiales, tienen una capacidad que se considera sobresaliente.²⁵

Deficiencia mental

Tanto la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (AAMD) como la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionan en sus definiciones los criterios psicológicos, sociológicos y medico biológicos. La OMS define a los deficientes mentales como "individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos". La AAMD define la deficiencia mental como un "funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media o promedio, originado durante el período de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa".

Características generales

El criterio psicométrico es el que se impone, utilizando el Coeficiente Intelectual (CI) introducido por Setern, para clasificar la deficiencia mental. Dicho coeficiente es el resultado de dividir la edad mental entre la edad cronológica y multiplicado por 100.

Según la Asociación Americana para la Deficiencia Mental y la Organización Mundial de la Salud, existen los siguientes niveles o grados de deficiencia mental atendiendo al CI:

1. Deficiencia mental límite o borderline

Su CI está entre 68-85, son personas con muchas posibilidades, que manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje.

2. Deficiencia mental ligera

El CI está entre 52-67, presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras.

3. Deficiencia mental moderada o media

CI entre 36-51, presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales. Aceptable desarrollo motor.

4. Deficiencia mental severa

Su CI se sitúa entre 20-35, suelen presentar un importante deterioro psicomotor, pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral será muy pobre. Puede adiestrarse en habilidades de auto cuidado básico.

5. Deficiencia mental profunda

CI inferior a 20, presentan un grave deterioro en los aspectos sensorio motrices y de comunicación con el medio. Son dependientes de los demás en casi todas sus funciones y actividades.²⁶

Síndrome de hiperactividad y déficit de atención

Es una entidad clínica caracterizada por niños que presentan una atención lábil y dispersa, que no les permite incorporar información en forma correcta o suficiente. Se acompaña de una marcada inquietud, impulsividad, torpeza motora y poca tolerancia a las frustraciones.

Lo padecen del 2 al 5% de los niños en edad escolar, siendo 4 a 8 veces más frecuente en los varones que en las niñas. Si bien es menos frecuente a medida que los niños van creciendo, se pueden encontrar adultos con estas características.

Del 10 al 12% de los niños en edad escolar reciben medicación estimulante del sistema nervioso, presuntamente debido al síndrome de hiperactividad y déficit de atención.

Características generales

Desatención: falla frecuentemente al dirigir la atención a detalles o comete errores por distracción en la tarea escolar u otras actividades, tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades, parece que no escucha cuando se le habla, no puede seguir instrucciones y falla en terminar la tarea, no por falta de comprensión; manifiesta dificultad para organizar sus tareas, evita o se rehúsa a comenzar tareas o juegos que requieren un esfuerzo mental, es olvidadizo en las actividades diarias.

Hiperactividad: frecuentemente mueve sus manos o pies cuando está sentado, se levanta del asiento en clases o en situaciones donde no corresponde; corre o salta en situaciones inapropiadas, tiene dificultad para realizar actividades sedentarias, está continuamente en actividad como impulsado por un motor, frecuentemente habla demasiado.

Impulsividad: comienza a responder antes de que terminen de formularle la pregunta, manifiesta dificultad para esperar su turno, frecuentemente interrumpe juegos o conversaciones ajenas.

Estos síntomas deben comenzar antes de que el niño cumpla los 7 años, se tienen que presentar en ambientes diferentes, ya sea en la escuela o en el hogar, debe representar un claro trastorno en la función social, académica o familiar, y estos síntomas no deberían coexistir con déficit mental, esquizofrenia, psicosis o trastornos de personalidad.²⁷

Estrabismo

El estrabismo es un padecimiento ocular muy frecuente, casi el 2% de la población general lo presenta, es la pérdida del paralelismo de los ojos; los dos ojos no miran al mismo sitio, uno de ellos dirige la mirada al objeto que fija, mientras que el otro se desvía en otra dirección.

Características generales

Este padecimiento afecta el aspecto físico del individuo debido a la desviación ocular, la alteración de los movimientos y la rotación de la cabeza afecta el área motora. La rotación de cabeza puede presentarse para compensar alguna alteración de la movilidad y proporcionar mejor visión y puede ser para poder fijar alguno de los dos

ojos, para ver mejor. Además, sus consecuencias en el área sensorial originan supresión, ambliopía y diplopía.

La desviación puede ser grande y entonces constituye un defecto estético llamativo, pero puede haber casos donde la desviación es muy pequeña, no apreciándose estéticamente, puede pasar desapercibido, pero creará los mismos problemas de visión que las grandes desviaciones.²⁸

Los ojos pueden desviarse horizontalmente, ya sea hacia adentro, estrabismo convergente "niño bizco", o hacia fuera, estrabismo divergente "ojo despistado", o el estrabismo vertical que es un ojo desplazado hacia arriba o hacia abajo. Pueden darse combinaciones horizontales y verticales a la vez.

Las manifestaciones que se pueden notar son la desviación de un ojo, pérdida del paralelismo de los ojos; la disminución de la agudeza visual de un ojo respecto al otro, llamado ojo vago, ambliopía; posiciones anormales de la cabeza, desviaciones, inclinación, torticolis; diplopía o visión doble, cuando el estrabismo se inicia en edad adulta; mal cálculo de las distancias y relieves, pérdida de visión binocular.²⁹

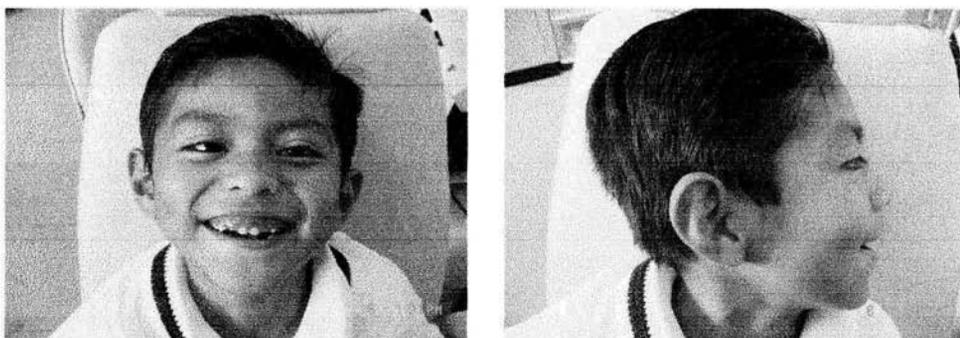


Figura 8. Fotografía facial frontal y de perfil izquierdo de paciente con estrabismo.

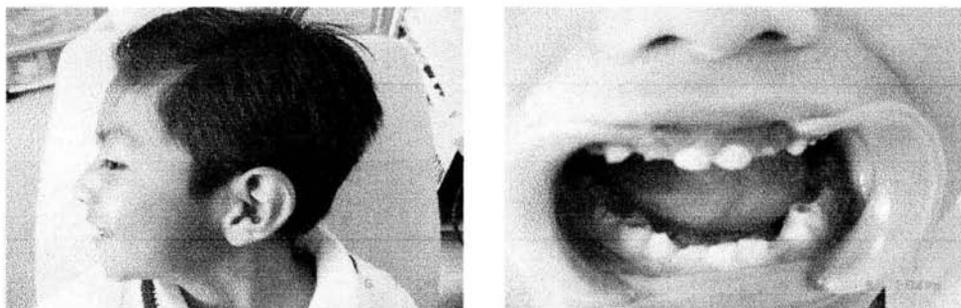


Figura 9. Fotografía facial de perfil derecho y fotografía frontal intraoral.

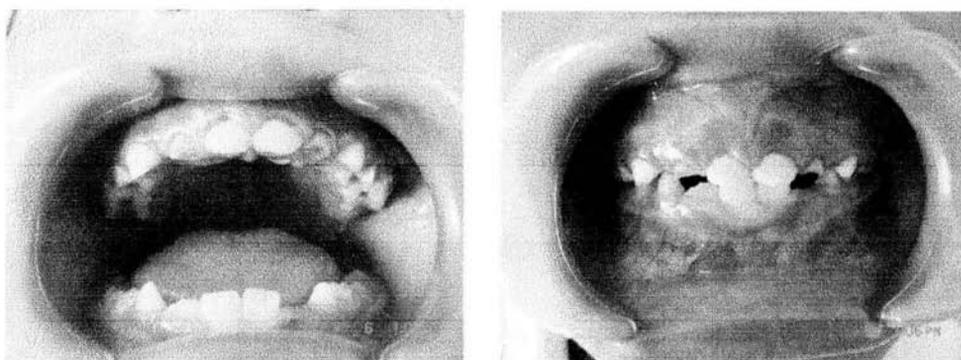


Figura 10. Fotografía intraoral con cavidad bucal abierta y con oclusión.

Epilepsia

El término epilepsia indica cualquier trastorno caracterizado por convulsiones recurrentes. Una convulsión es un trastorno pasajero de la función cerebral por una descarga neuronal paroxística anormal en el tallo cerebral y/o en el cerebro. La epilepsia es común y afecta casi 0.5% de la población en Estados Unidos de América. En México es uno de los mayores problemas de salud pública, ya que su prevalencia puede alcanzar hasta el 3.6% de la población general en algunas regiones.

Características generales

Algunas alteraciones inespecíficas, como cefalea, cambios de ánimo, letargo y sacudidas mioclónicas, ponen en alerta a algunos pacientes sobre una convulsión inminente, horas antes que ocurra. Estos síntomas prodrómicos son diferentes del aura que puede preceder a una convulsión generalizada en unos segundos o minutos y que es en sí parte del ataque y surgen localmente de una región restringida del cerebro.

En la mayoría de los pacientes, las convulsiones ocurren de manera impredecible en cualquier momento y sin relación alguna con la postura o las actividades en curso. Sin embargo, en ocasiones se presentan en un momento particular, por ejemplo, durante el sueño o en relación con precipitantes externos, como falta de sueño, pérdida de comidas, estrés emocional, estímulos auditivos y/o visuales intensos, menstruación, ingestión de alcohol o supresión del mismo o uso de ciertos fármacos. La fiebre e infecciones inespecíficas también pueden precipitar convulsiones.³⁰

Craneosinostosis

El término craneosinostosis define aquellos procesos secundarios a la obliteración prematura de una o más suturas del cráneo. Se pueden dividir en varias clases: simples que son las más frecuentes con un 89% o múltiples afectando a varias de las suturas craneales. Pueden ser aisladas con un 95% o bien aparecer en forma sindrómica. El 97.5% son primarias, aunque pueden ser secundarias resultantes de múltiples enfermedades.³¹

Aparecen aproximadamente en uno de cada 35,000 recién nacidos vivos en México.¹³

Características generales

Las deformidades esqueléticas presentes en las diferentes formas de craneosinostosis pueden acompañarse de diversos trastornos funcionales como:

Alteraciones del Sistema Nervioso Central, por la elevación de la presión intracraneal. La incidencia de retraso mental no se conoce con certeza, porque con frecuencia se ha atribuido incorrectamente a estos individuos debido a su aspecto facial. Este fenómeno se puede deber al aumento de la presión intracraneal, hidrocefalia, anomalías asociadas o antecedentes familiares.

Alteraciones visuales, la atrofia óptica y el papiledema son hallazgos de las craneosinostosis, la primera se ha atribuido a la compresión del nervio óptico por sobrecrecimiento de las paredes del canal óptico. El papiledema, por su parte es secundario al aumento de la presión intracraneal.³¹

Reflujo gastro-esofágico

Es una enfermedad en la cual el contenido ácido y péptico del estómago sube hacia el esófago ocasionando daño a la mucosa.

El reflujo esofágico es frecuente, ya que, el 7% de las personas tienen pirosis a diario y el 15% cada mes.

Características generales

Los síntomas pueden ser agruras, acidez, sensación de que se regresan los alimentos, dolor en el pecho, sensación de quemadura que asciende desde la boca del estómago en ocasiones hasta la garganta. Sensación de que los alimentos se atorán y bajan muy lento, eructos frecuentes, sensación de querer eructar sin lograr el descanso, regurgitaciones, ardor en la boca del estómago, a veces vómitos o miedo a comer. En ocasiones faringitis frecuentes, asfixia nocturna, tos frecuente, anemia por sangrado crónico cuando ya hay complicaciones. En los bebés hay regurgitaciones, vómitos posteriores a la ingesta de leche, posición en la cual curvan el cuello hacia un lado y atrás para descansar, presentan también bajo incremento de peso.³²

Leucodistrofia metacromática

Es una enfermedad hereditaria caracterizada por la ausencia de la enzima arilsulfatasa A, la cual hace que un material llamado sulfato cerebrósido se acumule en las células, esto es tóxico para las células especialmente para las neuronas que son las células del sistema nervioso y ocasiona los problemas de la enfermedad.

La leucodistrofia metacromática integra un grupo de trastornos llamados enfermedades de almacenamiento lisosomal, en los cuales los pacientes carecen de una proteína necesaria para metabolizar el alimento que consumen. El nombre genérico de leucodistrofia comprende unos 10 tipos distintos de enfermedades de transmisión genética, que en el 95% de los casos afecta a niños menores de 10 años y en un porcentaje reducido afecta a adultos.

Características generales

Esta enfermedad tiene una gran variedad de síntomas y como sucede con otras enfermedades de almacenamiento, tienen manifestaciones de inicio temprano y de inicio tardío, tipo lactante mayor, juvenil y adulto. La manifestación de inicio más común y más grave se da en el lactante mayor, quien presenta síntomas como irritabilidad, disminución de tono muscular, debilitamiento muscular y pérdida de la capacidad para caminar en bebés que han empezado a hacerlo. La enfermedad progresa a ceguera, convulsiones y parálisis cerebral. Por lo general, la muerte sobreviene antes de los 10 años. Tanto la manifestación juvenil como la adulta presentan síntomas similares. En estas manifestaciones los trastornos emocionales y la psicosis son parte importante de la enfermedad. Es posible que los pacientes reciban un diagnóstico erróneo de trastornos psiquiátricos antes de que se diagnostique esta condición. La manifestación juvenil es mortal a los pocos años del diagnóstico, mientras que la adulta puede prolongarse por muchos años.³³

Tuberculosis ganglionar

Entre las enfermedades transmisibles, la tuberculosis (TBC) continúa siendo en la actualidad uno de los principales problemas de Salud Pública.³⁴ La TBC es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* identificado en 1882 por Koch, patógeno para el hombre y algunos animales.³⁵ Histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas.³⁶

Características generales

Una de las formas más frecuentes de presentación de la TBC extrapulmonar en más del 25% de los casos es la de los ganglios linfáticos.³⁷ El cuadro clínico es bastante anodino.³⁸ Puede afectar a cualquier ganglio linfático del organismo. La linfadenitis tuberculosa aparece como una tumefacción indolora y unilateral de los ganglios con afectación más frecuente de los de localización cervical, sobre todo los ganglios del borde superior del músculo esternocleidomastoideo³⁷ y los supraclaviculares,³⁷ con escasos o ningún síntoma general o local.

El cuadro clínico puede permanecer estático durante semanas, meses e incluso años.

En un momento dado la afección se hace más agresiva y los síntomas inflamatorios locales del ganglio linfático, consistentes en calor local, rubor y dolor, son más manifiestos y progresivos. A partir de ese momento la fistulización ganglionar se produce con rapidez.

El proceso no tratado suele seguir un curso crónico, consistente en el vaciamiento intermitente del pus caseoso, cicatrización incompleta, nuevas fistulizaciones y finalmente constitución de cicatrices hipertróficas antiestéticas.³⁸ La existencia de linfadenopatías en otros lugares del organismo fuera de la región cervical suele asociarse a formas más graves de TBC con síntomas sistémicos.³⁶

Retardo psicomotor

Es el retraso o la disminución en el desarrollo de las capacidades mentales o motoras. En los niños está generalmente relacionado con lesiones o anomalías serias en el sistema nervioso central. Los trastornos del desarrollo en la infancia se han convertido en un problema de salud pública. Con respecto a la población infantil, en el ámbito internacional, la OMS reveló que en América Latina y en el Caribe, se estima que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años, sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención.

Características generales

Este retardo hace referencia específicamente al retraso en el desarrollo de las destrezas cognitivas como el lenguaje y en el desarrollo de las destrezas motoras como caminar. Pueden existir varios grados de retardo mental que incluyen la insuficiencia para satisfacer los hitos en el desarrollo normal.

Los niños pueden nacer con condiciones que causan retardo mental y retraso o ausencia de desarrollo motor o puede desarrollarse después del nacimiento, con deterioro de la función mental y función motora, relacionados con una enfermedad o con un accidente.³⁹

Trastornos de lenguaje

El lenguaje es un fenómeno cultural y social, desarrollado sobre funciones neurológicas y psíquicas, que permite a través de signos y símbolos entablar la comunicación con nuestros semejantes y con nosotros mismos.

¿Por qué se considera al lenguaje un fenómeno cultural y social? Porque únicamente se forma a través de la enseñanza. Se sostiene con bastante fundamento que sólo a partir de hace 50 000 años se puede hablar del lenguaje en el ser humano. Decir

“lenguaje” es referirse a una de las formas más elaboradas de la cultura. El lenguaje es en principio un aprendizaje que escapa a la esfera de las instituciones. Es un aprendizaje social.⁴⁰

Durante los últimos años, los especialistas de disciplinas tan variadas como la psicología, la lingüística, la pedagogía, parecen haberse convencido de que las formas más tempranas de cognición, percepción, afectividad o comunicación son muy importantes para el posterior desarrollo infantil.

Un buen número de investigadores han estudiado cómo y cuándo el niño aprende a utilizar sus expresiones para regular la acción de los otros; lo que se ha comprobado es que no hace falta el lenguaje para regular la acción con los demás; al buscar la génesis, los científicos han descubierto que los niños hacían ya regulaciones de la comunicación con la madre, incluso antes de poder hablar y lo que es más, de forma más eficaz y estructurada.⁴¹

Para la producción de sonidos del lenguaje se tiene la participación de distintos sistemas:

El mecanismo respiratorio: en éste se aprovecha la misma fuente de aire utilizado en la respiración, la modulación del aire en los pulmones constituye la fuente del poder para todos los sonidos del lenguaje.

La articulación a través del aparato fonoarticulador permite la producción de vocales diferentes al paso del aire, la producción de consonantes se lleva a cabo cuando el flujo de aire es obstruido en algún sitio, es posible clasificar las consonantes de acuerdo al punto y modo de articulación que actúa de obstructor o como modificador de la corriente de aire: *bilabial* (ambos labios), *dental* (punta de la lengua y los dientes frontales superiores), *labiodental* (labio inferior y dientes frontales superiores), *palatal* (parte media de la lengua y paladar duro), *velar* (parte posterior y paladar suave)

Y por último *el control nervioso* que se origina en las regiones motoras de la corteza cerebral a través de los nervios craneales, por ejemplo, el trigémino participa en la masticación como elevador y depresor mandibular. Por lo tanto, cualquier acto verbal requiere movimiento de la mandíbula, está controlado por las neuronas motoras del V par craneal. El VII par o nervio facial participa en la coordinación de los movimientos faciales, controlando estos músculos desde las cejas hasta el mentón y desde las mejillas hasta los labios. La función del glossofaríngeo es principalmente sensorial, posee fibras eferentes que participan en el control de la deglución.

El vago inerva a los músculos intrínsecos de la laringe y algunos de los músculos faríngeos relacionados con la deglución. El XI par o nervio accesorio es únicamente motor, su papel en la producción de los sonidos del lenguaje consiste en la elevación del velo del paladar, la contracción de las paredes faríngeas y la operación de la laringe como oscilador. El hipogloso controla todos los músculos intrínsecos y la mayoría de los músculos extrínsecos de la lengua.

Esta descripción somera, nos permite comprender la complejidad de la actividad múltiple y coordinada de los nervios craneales para la adecuada producción verbal. La acción de estos nervios, sin embargo, no es suficiente para dar total cuenta de la actividad neuromuscular requerida durante la producción del lenguaje, ya que, los nervios espinales, los cervicales y torácicos controlan los músculos de la respiración, que son de importancia primaria para la realización del habla.^{42, 43, 44, 45}

En este contexto se ubican los trastornos de lenguaje, este término se emplea cada vez que se manifiesta una anomalía en la expresión oral.⁴⁴ Entre los múltiples aspectos y comportamientos relacionados con la adquisición y conformación del lenguaje, pero que no constituyen problemas en el mismo nivel lingüístico, se encuentran factores como la herencia o factores anatómicos y fisiológicos de carácter innato, la maduración y el medio en el cual se desarrolla e interactúa el niño. Los estudios de los trastornos de lenguaje han clasificado a éstos, según el origen, entre los más sobresalientes se encuentran los siguientes:

Clasificación de acuerdo a los trastornos de la recepción y de la producción

- Entre los primeros se encuentran los trastornos del desarrollo del lenguaje: hipoacusia o sordera, los trastornos centrales como la afasia, agnosia, anartria, el segundo grupo hace referencia a trastornos de la fluidez de la voz, como afonía y disfonía y de la articulación, como tartamudeo y farfullero.
- Dentro de los trastornos motrices destaca la tartamudez o disfemia que se da en forma de espasmos que alteran el ritmo normal de la palabra articulada. Los posibles factores que pueden originar trastornos de este tipo son de tipo congénito, somático, endocrino, funcional y/o ambiental.
- Las disglosias o dislalias orgánicas consisten en la dificultad de la producción oral a causa de alteraciones anatómicas y/o fisiológicas de los órganos articulatorios, éstos se pueden dividir en labiales, mandibulares, linguales, palatinas y nasales. Se presentan con frecuencia en personas con labio leporino y fisura palatina.⁴⁶

Clasificación de acuerdo al factor que lo origina

- Déficit sensoriperceptivo hipoacusia que recae en gran parte en la deficiencia auditiva del niño.
- Asociados a cuadros psicóticos específicamente oligofrenia y tartamudez, éstos aún no están en una comprensión clara del papel del lenguaje, sin embargo, es cierto que todos los tipos de trastornos de lenguaje tienen la posibilidad de generar cuadros neuróticos, por la correspondiente repercusión afectivo emocional del niño ante su trastorno o a veces por la acumulación de estímulos ambientales nocivos.
- Síndrome nártico disfasia motora caracterizado por una lesión cerebral adquirida después de la integración del lenguaje que coincide con la edad escolar, esto puede

ser derivado de un traumatismo, tumores y otras lesiones como parasitosis encefálicas.^{43, 40}

Clasificación de acuerdo al motivo por el que acuden a consulta

Los médicos foniatras utilizan clasificaciones bastante complejas que son poco prácticas para los pediatras. Por esta razón, se acude a criterios más comprensibles que surgen en cuanto nos preguntamos ¿cuáles son los trastornos del lenguaje que hacen que se lleve a un niño al médico pediatra? La respuesta la podemos dividir en tres:

- El niño, pasado el año de edad, no habla.
- El niño habla mal.
- El niño no aprende el lenguaje lectoescrito.

En el campo estomatológico nos interesa la segunda opción.

El niño que habla mal. Un niño puede hablar mal debido a la presencia de dislalias, disartrias, dispraxias articulatorias, tartamudeos o farfullas. Estas afecciones pueden presentarse en cuadros orgánicos centrales definidos, tales como, los retardos mentales, parálisis cerebrales, lesiones encefálicas por traumas u otras causas, también pueden presentarse instaladas sobre síndromes psicomotores, lesiones cerebrales mínimas y disfunciones cerebrales, donde descubrir la lesión orgánica central resulta siempre difícil o imposible. Estas afecciones se caracterizan, sin embargo, porque también pueden ser halladas de manera monosintomática, con suma frecuencia, en niños aparentemente normales durante la edad evolutiva.

Dislalias y disartrias. Se entiende por dislalia *dís* = perturbación y *lalein* = hablar, un trastorno de pronunciación que no obedece a una patología central. Un error frecuente es tergiversar esta definición y decir: dislalia es el trastorno de pronunciación de origen periférico. No sabemos de donde procede tamaño error, pero se ha encontrado incluso

en varios textos. En efecto, un niño pequeño, de dos y medio o tres años de edad puede decir "nene quere for" por "yo quiero esa flor", "quere" por "quiere" y "for" por "flor" son errores de pronunciación, superables aproximadamente entre los 5 y 8 años de edad. Lo más probable, sin embargo, es que ese niño no tenga ningún trastorno periférico, sino simplemente una falta de maduración central, cosa normal para su edad. En consecuencia, en el caso mencionado, la dislalia sería de origen central.

La disartria *dis* y *arthorum* = emitir claramente, es también un trastorno de pronunciación pero tiene su origen en una patología central, la relación entre la lesión central y los defectos en la pronunciación debe ser muy clara para poder utilizarse el término disartria.

Las parálisis cerebrales y los daños encefálicos producen únicamente disartrias. El periodo se alarga con una encefalopatía, cuyas pautas evolutivas se retrasan. Existen medios que permiten distinguir los trastornos de pronunciación debido a patologías centrales (disartrias), de los que obedecen a disfunción neuromuscular (dislalias). No se trata aquí de entrar en detalles dentro de esta diferenciación, pero tal vez, un ejemplo pueda dar una idea sobre estos procedimientos: si un niño tiene un defecto en la pronunciación de la "l" que exige la elevación de la punta de la lengua y su apoyo en el paladar, se colocan sustancias adheridas al paladar que, al ser dulces o molestas, exigen el arrastre con la punta lingual. Si el niño es anatómicamente capaz de arrastrar con la punta lingual la sustancia, debe pensarse que hay probabilidades de lograr la pronunciación de la "l" (dislalia). En cambio, si no logra el arrastre de la sustancia, es muy probable que ello tenga por causa alguna lesión central irreversible (disartria). La falla de movimiento por disartria puede compensarse, pero jamás, recuperarse, las neuronas destruidas están destruidas para siempre.

Dispraxias del habla o ideoglosias. La dispraxia del habla consiste en la dificultad para la ordenación de las distintas pronunciaciones. Dicho de otra manera, en la dislalia o en la disartria hay dificultad de pronunciación, en la dispraxia las pronunciaciones aisladas son correctas, pero no lo son al enunciarse en función de una sílaba o una palabra. Por

ejemplo, si un niño es capaz de emitir por separado "ma" y "te", pero se muestra totalmente incapaz de decir "mate".

Tartamuedo y farfullas. Se entiende por tartamudez la afección caracterizada sobre todo por dificultades en la secuencia y ritmo del habla. El tartamudo, ante determinados sonidos, sílabas o palabra, interrumpe su discurso, ya sea, por la imposibilidad momentánea de producir sonidos —bloqueo— por la dificultad para superarlos —repeticiones prolongaciones— por el miedo a producirlos incorrectamente —omisiones, rodeos, distorsiones— muchas son las teorías que pretenden explicar las causas de la tartamudez, las más importantes son las que se refieran a la maduración neurológica y a los factores psicológicos.⁴⁰

El lenguaje es un proceso de comunicación simbólica, basado en desarrollos fundamentales, el bioneurológico y el psico-socio-cultural. Esto determina el tipo de procedimiento médico a seguir, primero permite un enfoque médico de los trastornos del lenguaje, segundo una aproximación al tema no médico de los trastornos del lenguaje.

La terapia a los niños con trastornos de lenguaje es de dos tipos:

1. Terapia farmacológica. La terapia general se basa en principios de la fisiopatología, su aplicación puede ser estandarizada; la terapia especial se dirige a los síntomas del trastorno de lenguaje y su aplicación procede por tanteos o ensayos; la terapia específica actúa sobre causas bien determinadas que han dado origen al trastorno del lenguaje y su acción tiende a restaurar la afección perturbadora y por ende a modificar las condiciones de producción de lenguaje.
2. Terapia no médica. Éstas actúan sobre los factores *psico-socio-culturales* que afectan el lenguaje. Los distintos profesionales que deben trabajar con pacientes afectados en su lenguaje, configuran con el médico un verdadero equipo multi e interdisciplinario; desde el fonoaudiólogo al kinesiólogo, desde el

psicólogo al psicopedagogo, desde el profesor de sordos al profesor de ciegos, desde el asistente social al terapeuta vocacional, desde el músico terapeuta al terapeuta ocupacional, desde el médico al estomatólogo. Todos ellos tienen, en mayor o menor grado, ingerencia directa o indirecta en cada caso, según sus características.⁴⁰

TRASTORNOS DEL LENGUAJE ASOCIADOS A ESTRUCTURAS BUCODENTALES

Ahora bien en el campo de la estomatología, los trastornos del habla están en la mayoría de las veces relacionados con malformaciones de boca y dientes, por lo que, los trastornos del lenguaje por estos aspectos son básicamente funcionales y de reeducación, los trastornos fonéticos se clasifican en:

I. Trastornos fonéticos relacionados con boca y dientes

a) Velo del paladar

Si se presenta el velo del paladar dividido, corto congénito, que no asegura su función, es decir, que no aísla en movimiento rápido el cavum respecto a la orofaringe, es responsable de trastornos fonéticos de grados diversos. Las alteraciones del timbre de voz son por una comunicación constante, aunque mínima, de la cavidad nasal con la cavidad oral. En la emisión de los fonemas, es poco audible, apenas se oye la fuga de aire, por otro lado, sólo puede manifestarse en algunos fonemas.

Las consonantes sonoras /b, d, g/ se afectan más fácilmente que las sordas correspondientes /p, t, k/. Hay consonantes de sustitución por oclusión, se llevan a cabo por el movimiento de labios /p, b/ o de la lengua /t, d, k, g/ que acompaña esta oclusión, contribuye a veces a favorecer la inteligibilidad. En un grado más severo de impotencia funcional del velo por parálisis velar, sobre todo, si el territorio afectado abarca también la laringe y la faringe, es imposible toda articulación consonántica, a excepción de /m, n, ñ/; sólo subsisten las vocales, por otra parte, desigualmente inteligibles.⁴⁴

b) Arcadas dentarias

Para una pronunciación correcta, teóricamente, es de rigor su integridad y su articulación. En efecto, hasta cierto punto pueden subsistir anomalías que no causen trastornos de articulación, al menos en ciertos fonemas.

La mala posición dentaria, se ve casi siempre compensada por la agilidad de la lengua, cuya flexibilidad y adaptación a las irregularidades son notables. No sucede lo mismo si hay un diastema pues la lengua se introduce en este orificio y esto falsea necesariamente la articulación, por ejemplo, en un diastema incisivo, las consonantes anteriores corren el riesgo de ser articuladas en posición interdental.

En los defectos de articulación dental como en la mordida abierta anterior en donde los órganos dentarios no se tocan, por este espacio horizontal se ve la parte anterior de la lengua cuando los labios no están en contacto. En el desplazamiento incisivo o abertura horizontal por la hiperplasia del maxilar superior como por el maxilar inferior, este desplazamiento provoca anomalías articulatorias que no sólo interesan la estética facial, sino también tanto la función fonética como la masticatoria.

La supraoclusión determina esencialmente una modificación del timbre de la voz que adquiere una tonalidad apagada con resonancia anormal de cavidad cerrada y si el sujeto no separa suficientemente los maxilares, la pronunciación de las dentales /t, d, n/ y la /s/, están ligeramente alteradas.

Aunque la arcada no intervenga directamente, hay que mencionar las desproporciones en el volumen de las cavidades que ocasionan una alteración del timbre de la voz.

La bóveda exageradamente elevada, puede estar profundamente deprimida en su parte media o en su totalidad y ello produce una dificultad para articular las consonantes. Por el contrario, la bóveda palatina puede estar exageradamente baja o irregular, los

colgajos salientes después de la operación de paladar y la lengua no tiene espacio, ello ofrece la falsa impresión de macroglosia.

La lengua, es el órgano esencial de la articulación, su flexibilidad, su forma precisa, su situación en la boca, la extrema rapidez de sus movimientos le permiten las posiciones más variadas, siempre que esté conservada su integridad funcional. Los labios, normalmente en reposo cierran la boca y obligan al sujeto a respirar por la nariz y a deglutir saliva, durante el habla, por lo contrario, los labios quedan separados salvo durante los muy breves momentos de la tensión de las consonantes labiales.

II. Trastornos fonéticos funcionales

Por definición, no dependen de ninguna lesión sensorial o alteración única, la persistencia de estos defectos constituye una dislalia que podemos definir como un error motor permanente y sistemático en la emisión de un fonema sea vocálico o consonántico. La alteración en los cuales la lengua se coloca en mal posición entre los dientes, entre los dientes o la mejilla o con el paladar, da una articulación anormal.⁴⁴

En términos generales éstos son los trastornos en los que el estomatólogo puede participar, sin embargo, las investigaciones realizadas y publicadas muestran lo poco que se ha trabajado en la población infantil con trastornos de lenguaje, no obstante los estudios en poblaciones sin discapacidad nos muestran la severidad de la patología bucal.

En una encuesta epidemiológica realizada en Venezuela (1998-1999), en una población de 0 a 20 años de edad, la frecuencia de lesiones patológicas mostró las siguientes alteraciones: tatuaje de amalgama 1, leucoplasia 3, nevus 1, herpes labial 2, estomatitis aftosa 0, úlcera traumática 3, hemangioma 0, estomatitis subprotésica 2, papiloma 1, fibroma 2, estomatitis nicotínica 0, queilitis angular 0. Un aspecto importante en esta investigación fue la detección de leucoplasias en edades comprendidas entre los 0 y 20

años, presentándose el 42.8%, se encontró que el 50% de los pacientes que presentaron herpes labial recurrente fueron menores de 15 años de edad.⁴⁷

En otro estudio, realizado en la población venezolana preescolar (1996) que analizó la presencia y tipo de maloclusión, se encontró que del total de 45 examinados entre los 4 a 6 años de edad, el 80% tuvo malposiciones dentales, lo que quiere decir que la cantidad de maloclusiones es bastante alta, ya que, el 80% es una cifra considerablemente alta para la incidencia de una anomalía. En el grupo de los 6 años el 66.6% tenía plano terminal recto, el resto estaba dividido en partes iguales a escalón distal y escalón mesial. No fue tomado en cuenta el primer molar permanente, ya que, en los pocos casos que se observaron estaba en fase eruptiva, sin haber completado su emergencia.

Más del 60% de los niños examinados presentó algún tipo de hábito, de los niños con hábitos el 75% presentó algún tipo de maloclusión, lo que sugiere la existencia de una relación entre los diferentes tipos de hábitos y las maloclusiones. Al comparar la cantidad de niños sin hábitos y que si presentan maloclusiones, éstos ascienden a 88.2%, es decir, que casi el 90% de los niños que no tienen hábitos orales presentó alguna maloclusión, los hábitos encontrados con más frecuencia fueron; la deglución atípica y la respiración bucal, seguidos en tercer lugar por los hábitos de succión digital.

El examen periodontal de los pacientes examinados mostró que el 40% de la muestra estaba periodontalmente sana, el 31.1% evidenció gingivitis simple, el 28.8% presentó gingivitis periodontal destructora incipiente, ésta última coincidió mayoritariamente con los casos de maloclusiones más severos y con índice de higiene regular, no se observaron casos con enfermedad periodontal destructora establecida, ni con enfermedad terminal. El índice de higiene oral dio como resultado que el 31.1% del grupo de estudio, presentó un estado clínico bueno, el 68.8% presentó un estado regular y no hubo ninguno que pudiera ser considerado como malo, es de hacer notar que en el grupo considerado como regular el cual esta clasificado entre 1.3 y 3.0, el

valor más alto obtenido fue de 1.65, considerándose que el promedio del IHOS en la muestra es bastante bueno.⁴⁸

En un estudio similar realizado en México (2001), en la población preescolar de 3 a 5 años de edad en el estado de Jalisco, para determinar la prevalencia de mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior, se encontró que la prevalencia de mordida abierta fue de 19% (n = 12) y de mordida cruzada fue de 10% (n = 13), en los escolares de 6 a 9 años de edad en mordida abierta anterior fue de 37.7% (n = 23) y en mordida cruzada posterior 22.3% (n = 29), de un total de 61 niños.⁴⁹

Los estudios de prevalencia de patología bucodental en niños especiales son limitados, sin embargo, la disciplina está empezando a interesarse por este grupo vulnerable.

Entre las investigaciones odontológicas asociadas a discapacidades se cuenta con una realizada en España (1998) con 233 individuos, en edades comprendidas entre 5 y 25 años, diagnosticados de oligofrenia, parálisis cerebral y síndrome de Down, donde las variables a estudiar fueron el índice de sangrado, gingivitis y el índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal y Comunitario (CPITN). El grupo de parálisis cerebral mostraba los valores más bajos para este índice con una media de 46.2, el grupo de Síndrome de Down presentó una media de 48.5, por edades podemos apreciar como en el grupo de edad superior, el sangrado es mayor, el índice aumenta con la edad, aunque las diferencias no han sido estadísticamente significativas. En el rango de menor edad, el grupo de parálisis cerebral supera al total y oligofrenia presenta el menor porcentaje de individuos con necesidad de tratamiento periodontal en todos los sextantes, de forma significativa en comparación con el total, al aumentar la edad, los porcentajes también se incrementan.

La patología periodontal fue más frecuente y severa en la trisomía 21, incluso en menores de 7 años, sin que al parecer exista relación entre el grado de higiene y el estado periodontal. Respecto a la parálisis cerebral y oligofrenia existen diversas opiniones en la literatura. Algunos autores si encuentran alta prevalencia de gingivitis y

enfermedad periodontal en niños con parálisis cerebral, mientras que otros no observan diferencias significativas en su estado periodontal al compararlos con grupos control de población normal.⁵⁰

Benda y Nash (1960) observaron que el 90% de los niños con síndrome de Down presentaban alguna evidencia de enfermedad periodontal. Examinaron pacientes hasta de 35 años y la detectaron incluso en edades inferiores a los 7 años.⁵¹

Gullikson (1973) encuentra un 60% de pacientes trisómicos con gingivitis en alguna de sus formas, comparado con un 31% en otros deficientes mentales.⁵²

Brown y Cunningham (1961) estudiaron pacientes con trisomía XXI con un rango de 1 y 39 años de edad, encontrando afección gingival en el 90% de los casos. Observaron que la severidad periodontal aumentaba con la edad y que existían periodontitis avanzadas en un 39%.⁵³

Keyes (1971) observó en 135 trisómicos, que un 67% presentaban inflamación gingival moderada en edades inferiores a los 7 años y que a partir de los 20 años todos tenían problemas periodontales avanzados.⁵⁴

García y colaboradores (1970) examinaron a 70 niños trisómicos entre 8 y 18 años y sólo el 7.1% estaban libres de afectación gingival. Destacan que la ausencia de gingivitis ocurría en edades inferiores a la muestra y que a partir de los 11 años se veía afectado el 100% de su población de estudio. Afirman que este parámetro aumenta progresivamente con la edad.⁵⁵

Shapira y colaboradores (1991) estudiaron las necesidades de tratamiento periodontal a través del CPITN en una población de pacientes trisómicos institucionalizados y lo compararon con un grupo control. Los primeros presentaban mayores necesidades de tratamiento frente al grupo control.⁵⁶

Maclaurin y colaboradores (1985) hicieron un estudio comparativo entre deficientes mentales y un grupo control, y en cuanto a las necesidades de tratamiento observaron que precisaban profilaxis el 29% del grupo control, el 54% del grupo con Síndrome de Down y el 58% de los que tenían otros déficit mentales.⁵⁷

En la escuela primaria de la Asociación Pro-Personas con Parálisis Cerebral (APAC), ubicada en el Distrito Federal, México (1999-2000), se revisaron 150 niños de 6 a 13 años de edad, se encontró que el 78.7% de los niños con parálisis cerebral (n = 118 niños) presentó caries dental con un promedio general de 4.53 de dientes cariados por niño con una media de 1.787 y una desviación estándar de 0.411. la prevalencia de caries fue 1.25 veces mayor en el sexo masculino (62 niños) comparado con el sexo femenino (56 niñas), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (IC 95% 0.54-2,95).

Con relación a la prevalencia de caries en dentición permanente, del total de niños con dientes presentes el 60.1% (n = 138) presentó caries dental en esta dentición con un valor promedio de 1.97 piezas cariadas. Los promedios por sexo no presentaron diferencias, los escolares de 12 años presentaron el mayor CPOD (3.2). Al asociar la dieta, técnica de cepillado y mala higiene no se encontró significancia estadística. Sin embargo, acorde al cuestionario aplicado, la dieta que consumen los niños con parálisis cerebral en general es con base en líquidos (90%), en la que se agregan grandes cantidades de endulzantes. El 47% presentó mala higiene oral y el 80% una deficiente técnica de cepillado. El 94% de los escolares estudiados (n = 141 niños) presentó enfermedad periodontal, siendo los niños de 8 y 13 años de edad, los que presentaron mayor prevalencia de esta patología.⁵⁸

En el estado de Yucatán en una población con Síndrome de Down (2001), se encontró que la prevalencia de caries dental es baja con un índice CPO de 2.52 para todo el grupo, sin embargo, la prevalencia y la severidad de la enfermedad periodontal es alta, registrándose que el 26.9% de los niños entre 4 y 6 años de edad tuvieron el grado 2 del índice de Russel, mientras que, para las edades de 7 y 14 años de edad el 36%

tuvo el grado 3. Las maloclusiones más frecuentes fueron clase I y clase III que afectaron al 41.6% de los niños respectivamente. Entre las alteraciones destacan el paladar estrecho y alto en un 54%, la microdoncia en un 24.5%, la hipoplasia del esmalte en un 21.3% y la lengua estriada en un 73%. Con relación a los hábitos orales se observaron la lengua protráctil en el 63.93% de todos los niños, la succión digital en el 39.34%, el bruxismo en el 18.03% y la onicofagia en el 1.63%.⁵⁹

En este contexto, se puede decir que la mayoría de los estudios realizados para personas con capacidades especiales se llevan a cabo en el extranjero, principalmente en la población con Síndrome de Down, lo cual pone de manifiesto que se deben realizar estudios sobre otro tipo de discapacidades.

Como se observa con los estudios anteriores, existe una alta prevalencia de alteraciones bucodentales en niños con discapacidad, lo cual pone en evidencia la necesidad de una orientación preventiva, nutricional, de higiene bucal y atención estomatológica integral en estos menores.

JUSTIFICACIÓN

En México al igual que en los países con estructuras económicas similares, la caries dental, figura entre las enfermedades humanas más relevantes, debido a la frecuencia de su aparición.⁶⁰

Además, la población infantil representa el grupo donde se empieza a gestar y desarrollar las enfermedades periodontales y maloclusiones, las cuales se incrementan en la medida que avanza la edad, al identificarlas se logrará interferir a tiempo el desarrollo de las mismas, logrando así prevenir el establecimiento definitivo de posibles patologías y anomalías.

Los individuos con capacidades diferentes, son un grupo vulnerable que ha sido olvidado, generalmente esta población pertenece a estratos económicamente menos

favorecidos, donde los hábitos sanitarios están menos arraigados y donde los recursos destinados para corregir las alteraciones bucodentales son más escasos, hecho que contrasta con su precaria salud oral, derivada unas veces de su propia incapacidad y otras, de las mismas anomalías que conllevan su síndrome.

La mayoría de los pacientes con trastornos de lenguaje que acude al Instituto de Discapacidad Ollín Yoliztli del Sistema Municipal de Naucalpan, padecen también alguna otra discapacidad psico-física.

La importancia de este trabajo se pone de manifiesto, al descubrir que en México existen pocos estudios epidemiológicos de las alteraciones bucodentales en pacientes con trastornos de lenguaje o con alguna otra discapacidad, por lo que, es importante llevar a cabo investigaciones que permitan determinar la prevalencia con que se manifiestan las alteraciones bucodentales en este grupo poblacional, para permitir evaluar la magnitud del problema, facilitar la planeación de los programas educativos, preventivos y curativos y establecer comparaciones con otras poblaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuidados odontológicos del paciente con trastorno del lenguaje frecuentemente han sido olvidados por los profesionales de la salud bucodental, por la dificultad del manejo de estos pacientes. En el contexto socioeconómico que vive el país, los estudios realizados del perfil epidemiológico de la población infantil, nos han demostrado las grandes carencias, sobre todo, de una mayoría poblacional de un estrato económicamente menos favorecido y en donde los hábitos sanitarios están menos arraigados y los recursos destinados para corregir alteraciones bucales, son escasos.

Esto nos lleva a plantear si los niños sin discapacidades presentan este gran problema bucodental, ¿Cuál es la prevalencia de las alteraciones bucodentales en los niños con trastorno de lenguaje?, ¿existen diferencias entre las alteraciones bucodentales de los pacientes con trastornos del lenguaje y las reportadas en los estudios de otros grupos

poblacionales?, ¿existe una relación entre las alteraciones bucodentales y problemas de lenguaje?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de alteraciones bucodentales en pacientes con trastornos de lenguaje en el Instituto de Discapacidad Ollín Yoliztli.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la distribución de las alteraciones bucodentales más frecuentes en la población infantil con trastorno de lenguaje.

Analizar las diferencias de las alteraciones bucodentales de la población con trastorno de lenguaje y el resto de la población infantil.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio epidemiológico clasificado como observacional, prolectivo, transversal y descriptivo. La población de estudio estuvo conformada por los pacientes con trastornos del lenguaje que asisten al Instituto de Discapacidad Ollín Yoliztli del Sistema Municipal en Naucalpan y que demandan el servicio de odontología durante el periodo comprendido de agosto del 2002 a mayo del 2003.

El criterio de exclusión que se consideró es la no cooperación de los niños o aquellos que no contaran con la autorización de sus padres y/o no quisieran participar en el examen clínico de las alteraciones bucodentales. Como variables independientes tomamos en cuenta la edad, sexo, trastorno de lenguaje y discapacidad. Como variables dependientes se encuentran la caries, enfermedad periodontal, maloclusiones, lesiones en tejidos blandos, lesiones en tejidos duros y alteraciones anatómicas bucodentales.

Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición	Nivel de medición	Categoría
Edad	Tiempo de vida que informa el sujeto	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa • Discontinua 	Intervalos por quinquenios 1-5, 6-10, 11-15
Genero	Características fenotípicas del sujeto	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Trastorno del lenguaje	Anomalía en la expresión oral.	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoacusia • Hipodesarrollo del lenguaje • Retardo en la adquisición • Trastorno expresivo receptivo • Dislalia • Disartria • Disglosia
Discapacidad sistémica	Disminución o ausencia de las funciones normales en un individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Down • Parálisis cerebral infantil • Epilepsia • Síndrome Pierre Robin • Hidrocefalia • Síndrome de hiperactividad y déficit de atención • Tuberculosis ganglionar • Síndrome Cornelia de Lange • Craneosinostosis • Postoperado de labio y paladar hendido

			<ul style="list-style-type: none"> • Retardo psicomotor • Síndrome de West • Deficiencia mental • Estrabismo • Encefalopatía hepática • Autismo • Reflujo gastro-esofágico • Leucodistrofia metacromática
Caries	Lesión destructiva del tejido dentario	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa • Discontinua 	Número de dientes con la lesión
Enfermedad periodontal	Lesión destructiva progresiva del periodonto	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa
Maloclusiones	Clasificación del tipo de mordida	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa • Discontinua 	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de Angle • Planos terminales • Apiñamiento, • Mordida abierta • Mordida cruzada
Lesiones de tejidos blandos	Alteración en los tejidos blandos de la cavidad oral.	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones blancas • Lesiones rojas • Lesión pigmentada • Lesión ulcerada • Lesión vesicular
Lesiones en tejidos duros	Alteración en los tejidos duros de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Excrecencias, forma y tipo
Alteraciones anatómicas bucodentales	Variación en la anatomía bucodental	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de forma o de integridad

La investigación se inició con una primera fase que consistió en la estandarización de criterios clínicos y calibración del examen clínico para llegar a una afinidad del diagnóstico entre los integrantes del equipo de investigación. Una vez logrado lo anterior se procedió a la valoración clínico-odontológica de los niños que acuden al servicio odontológico y derivados al servicio de estomatología por los especialistas en trastornos de lenguaje con su diagnóstico.

Para la recolección de la información de los trastornos bucodentales se contó con una Historia Clínica Odontológica diseñada y piloteada por el servicio odontológico del Instituto de Discapacidad "Ollín Yoliztli" del Sistema Municipal en Naucalpan (Ver anexo 1).

Las estructuras se examinaron en el siguiente orden: labios, comisuras, vestibulo, paladar duro y blando, región amigdalina, lengua, piso de la boca, oclusión, encía y dientes.

Para la determinación de las alteraciones en labios se examinaron la forma, longitud, anchura, prominencia, si son hipotónicos, hipertónicos. En los carrillos se examinó el color y textura, así como, el conducto de Stenon para descartar cualquier alteración en la glándula parótida, en las amígdalas el tamaño, color, textura. Se examinaron frenillos vestibulares, presencia o ausencia, grado de inserción. Sólo se anotó si existe alguna alteración y se describió en que consiste y la ubicación de dicha alteración.

Para examinar el piso de boca, con el espejo se retrajo la lengua para obtener una mayor visibilidad y se examinó el frenillo lingual, presencia o ausencia, el grado de inserción, así como, las glándulas submaxilar y sublingual, mediante la palpación. En caso de notarse alguna irregularidad en el frenillo se le pidió al paciente que efectuara movimientos laterales y que con la punta de la lengua tocará su paladar.

Se registraron las alteraciones de la maxila como hipoplasia siguiendo un criterio clínico consistente en observar la línea del perfil para determinar si el tercio medio está

deprimido y el perfil cóncavo. El paladar estrecho, la relación molar y la relación canina se determino según Graber.⁶¹

La mordida cruzada posterior, la mordida abierta anterior, el apiñamiento y la erupción ectópica según Sim.⁶²

El retardo de erupción se determinó con las tablas de Taboada y colaboradores.⁶³

La anodoncia, la microdoncia, la macrodoncia, y demás alteraciones de forma del diente según López Acevedo.⁶⁴

Se siguieron los criterios de Shaffer para las alteraciones de lengua.¹⁵

La evaluación periodontal se inició examinando la encía marginal libre, así como, la adherida, buscando toda la patología posible, auxiliados en el diagnóstico de los criterios para encía normal de Baer.⁶⁵

Para el registro de caries dental se utilizó el índice CPOD para la dentición permanente, para la dentición primaria el ceo. Se revisaron las caras oclusal, distal, vestibular o labial, mesial y palatina o lingual siempre en este orden, iniciando por el segundo molar superior derecho al segundo molar superior izquierdo, del segundo molar inferior izquierdo al segundo molar inferior derecho. El registro de los hábitos orales que presentó el paciente, se obtuvo a partir del interrogatorio a los padres o representantes y a la observación clínica; los hábitos se determinaron según los criterios de Moyers.⁶⁶

El diagnóstico del trastorno del lenguaje y de la discapacidad fue proporcionado por el médico especialista.

En el diseño estadístico, la información obtenida se organizó para realizar un análisis mediante la aplicación de medidas de tendencia central, de dispersión y frecuencias relativas en el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se revisó un total de 100 pacientes, que asisten al Instituto de Discapacidad Ollín Yoliztli, 49% del sexo femenino y 51% del masculino. La media de edad fue de 7.16 (DE \pm 3.46), edad mínima 1 año, máxima 15 años.

El 54% de la población de estudio por sus capacidades diferentes no asiste al sistema escolarizado formal.

Las discapacidades que se presentan en la población de estudio con mayor prevalencia es el retardo psicomotor en el 43%, síndrome de Down 12%, deficiencias auditivas 8%, epilepsia y parálisis cerebral infantil ambos con 7%.

El trastorno de lenguaje con mayor frecuencia diagnosticado por los especialistas de estos niños fue la dislalia. Ver cuadro I.

Cuadro I
Trastorno de lenguaje presente en la población con discapacidad del
Instituto Ollín Yoliztli.

Trastorno de lenguaje	Frecuencia
Dislalia	25
Retardo en la adquisición	18
Disartria	16
Trastorno expresivo receptivo	15
Hipodesarrollo del lenguaje	14
Hipoacusia	8
Disglosia	4
Total	100

Fuente directa 2003

Del total de pacientes examinados, sólo 10 presentaron alteraciones de labio, de acuerdo al género, se presentó en siete pacientes femeninos y en tres masculinos, el tipo de alteración en estos pacientes se puede ver en el cuadro No. II

Cuadro II
Alteraciones de labio

	Superior	Inferior	Total
Resequedad	4	4	8
Hipotónico	7	0	7
Laxo	1	6	7
Depresión en comisura	1	1	2
Queratosis	1	0	1
Total	14	11	25*

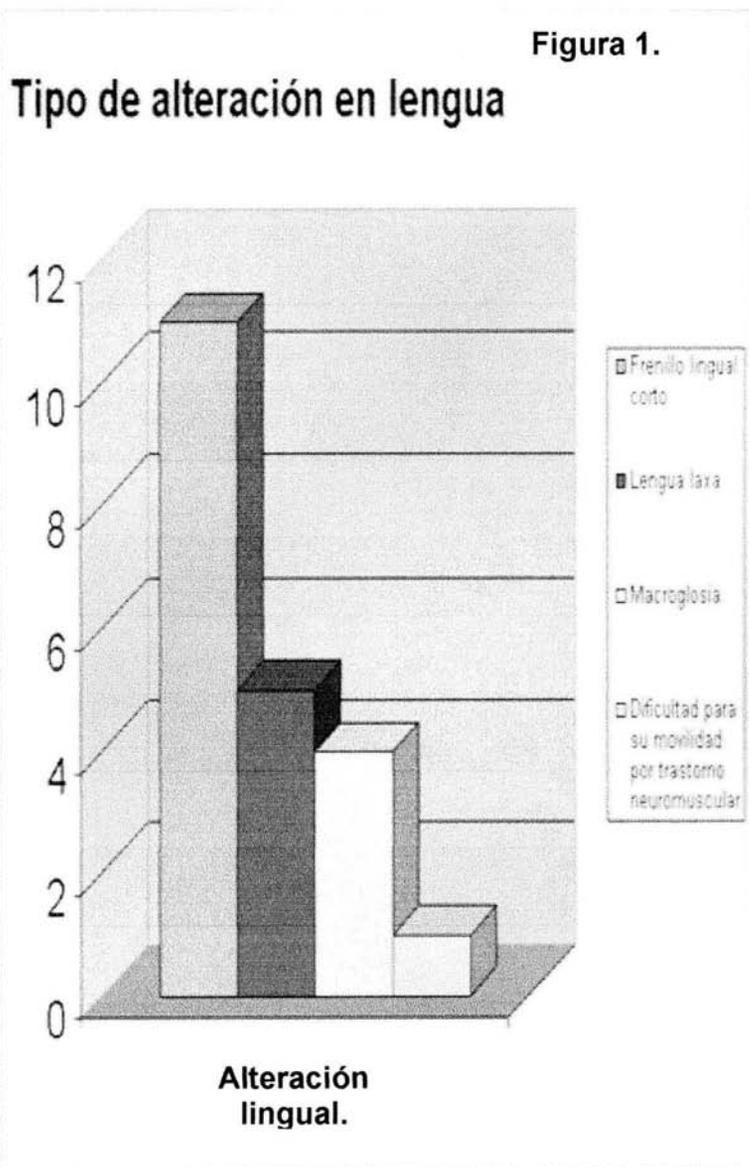
Fuente directa 2003

* Sólo en 10 pacientes se encontraron estas 25 lesiones

Las alteraciones encontradas en paladar fueron: seis pacientes con paladar profundo, dos casos de paladar hendido postoperado, estos dos pacientes fueron operados después del primer año de vida, por lo tanto, presentan trastornos fonéticos de grados diversos y alteraciones en el timbre de la voz.

Las alteraciones de lengua se presentaron en 21 pacientes, 10 del sexo femenino y 11 del masculino. El tipo de alteración se observa en la Figura 1.

Es importante hacer notar que los niños con lengua laxa debido a hipotonicidad lingual son respiradores bucales, de los 4 niños con macroglosia, 3 padecen síndrome de Down.



Es bien sabido que la PDB es el factor etiológico de la caries dental, aunada a esta enfermedad se encuentra la enfermedad periodontal, la cual se incrementa con la presencia del cálculo dental.

Si se considera que en la población sin discapacidad, éste es un gran problema de salud pública, en los pacientes con capacidades diferentes éste se presenta con mayor severidad debido a las limitaciones para el desarrollo de la higiene bucal.

Se observó que en la población de estudio el problema de enfermedad periodontal es mínimo, sólo 10 de los pacientes presenta gingivitis simple de los cuales 6 padecen síndrome de Down. De los 10 pacientes con gingivitis simple 3 presentaron cálculo dental abarcando un tercio de la superficie dental, no se observaron casos con enfermedad periodontal destructora incipiente ni establecida.

Tal vez esto se debe a que nuestra población de estudio es infantil y estos problemas se presentan con mayor severidad en la población adulta, también hay que tomar en cuenta que las discapacidades que presentan mayor prevalencia de enfermedad periodontal según estudios realizados son los de síndrome de Down y parálisis cerebral infantil, de los cuales en este estudio sólo se examinó a 12 pacientes con síndrome de Down y a 7 con parálisis cerebral infantil.

El índice de ceod para toda la población fue de 4.1 ($DE \pm 4.5$), la categoría más alta de este índice fue el cariado con un promedio de 3.3 ($DE \pm 4.2$), siendo el sexo masculino el menos afectado con 3.2 ($DE \pm 4.7$). Por lo que respecta al CPOD el índice para toda la población fue de 1.4 ($DE \pm 2.8$), siendo las lesiones cariosas las que mayor se presentan (Cuadro III).

CUADRO III

Frecuencia del ceod por género

	\bar{x} c (DE)	\bar{x} e (DE)	\bar{x} o (DE)	\bar{x} ceod (DE)	\bar{x} Sano (DE)	Dientes revisados
Femenino	3.38(3.54)	0.26(0.77)	0.53(1.45)	4.18(4.01)	9.06(6.50)	649
Masculino	3.21(4.76)	0.15(0.66)	0.66(1.64)	4.05(4.94)	8.98(6.80)	665
Total	3.31(4.21)	0.21(0.72)	0.6(1.55)	4.12(4.51)	9.02(6.65)	1314

c dientes cariados temporales

e dientes temporales indicados para extracción

o dientes obturados temporales

\bar{x} promedio

ceod índice de caries en dientes temporales

DE desviación estándar

Frecuencia del CPOD por género

	\bar{x} C (DE)	\bar{x} P (DE)	\bar{x} O (DE)	\bar{x} CPOD (DE)	\bar{x} Sano (DE)	Dientes revisados
Femenino	0.89(1.72)	0.32(2.26)	0.10(0.58)	1.32(3.10)	7.65(7.96)	440
Masculino	1.21(2.24)	0.07(0.55)	0.17(0.70)	1.47(2.58)	7.86(7.78)	476
Total	1.06(2.01)	0.2(1.63)	0.14(0.64)	1.4(2.85)	7.76(7.87)	916

C dientes cariados permanentes

P dientes permanentes perdidos

O dientes obturados permanentes

\bar{x} promedio

CPOD índice de caries en dientes permanentes

DE desviación estándar

Fuente directa 2003

En el cuadro IV se observa la distribución de la enfermedad caries dental en la población con capacidades diferentes, siendo ésta muy variable, el promedio más alto del ceod se presentó en los pacientes con craneosinostosis operado con 8.0 (DE \pm 8.6), los pacientes con parálisis cerebral infantil con 7.5 (DE \pm 4.8), con hidrocefalia y tuberculosis ganglionar, sólo se examinó un paciente respectivamente, los cuales tuvieron un ceod de 7 y de 6 respectivamente, estrabismo con 5.5 (DE \pm 3.2).

CUADRO IV
Frecuencia del ceod por discapacidad

	\bar{x} c (DE)	\bar{x} e (DE)	\bar{x} o (DE)	\bar{x} ceod (DE)	\bar{x} Sano (DE)	Dientes revisados
Retardo psicomotor	3.65(4.44)	0.14(0.63)	0.53(1.49)	4.32(4.64)	8.97(6.45)	572
Síndrome de Down	2.75(3.21)	0.16(0.55)	0.08(0.27)	3.0(3.39)	10.16(7.02)	158
Deficiencia auditiva	1.25(1.71)	0	0.75(1.08)	2.0(1.73)	7.5(7.01)	76
Parálisis cerebral	6.0(5.04)	0.28(0.45)	1.28(3.14)	7.57(4.89)	8.0(5.34)	109
Epilepsia	2.0(2.44)	0.57(0.90)	1.42(1.84)	4.0(4.10)	5.28(6.34)	65
Estrabismo	4.5(2.87)	0	1.0(1.22)	5.5(3.27)	5.25(4.32)	43
Déficit de atención	3.2(2.78)	0	1.4(1.7)	4.6(4.3)	9(7.6)	68
Craneosinos- tosis operado	8(8.6)	0	0	8(8.6)	9.3(6.7)	52
Postoperado de paladar hendido	0	0	0	0	2	2
Síndrome de west	0	0	0	0	16	16
Reflujo gastro- esofágico	0	0	0	0	18	18
Encefalopatía	0	0	0	0	20	20
Hidrocefalia	7	0	0	7	13	20
Leucodistrofia	0	3	0	3	17	20
Síndrome Pierre Robin	4	0	0	4	16	20
Tuberculosis ganglionar	2	4	0	6	14	20
Deficiencia mental	3	0	0	3	12	15
Síndrome de Cornelia de Lange	0	0	0	0	12	12
Autismo	1	0	0	1	7	8
Total						1314

c dientes cariados temporales

e dientes indicados para extracción temporales

o dientes obturados temporales

\bar{x} promedio

ceod índice de caries en dientes temporales

DE desviación estándar

Fuente directa 2003

El CPOD más alto se presentó en los pacientes con deficiencia auditiva 3.0 (DE \pm 3.2), déficit de atención 2.2 (DE \pm 2.9), epilepsia 2.1 (DE \pm 2.6), estrabismo 1.5 (DE \pm 1.6), retardo psicomotor 1.4 (DE \pm 2.8), Síndrome de Down 1.0 (DE \pm 2.2) Ver cuadro V.

CUADRO V

Frecuencia del CPOD por discapacidad

	C	P	O	CPOD	Sano	Dientes
	\bar{x} (DE)	revisados				
Retardo psicomotor	0.83(1.86)	0.09(0.60)	0.25(0.94)	1.46(2.86)	7.55(7.86)	376
Síndrome de Down	0.91(2.28)	0	0.08(0.27)	1.0(2.27)	7.5(8.09)	102
Deficiencia auditiva	2.25(1.71)	0	0.25(0.43)	3.0(3.20)	12.75(8.85)	122
Parálisis cerebral	0.57(1.39)	0	0	0.57(1.39)	5.28(5.62)	41
Epilepsia	2.14(2.69)					
Estrabismo	1.5(1.65)					
Déficit de atención	2.2(2.9)	0	0	2.14(2.69)	13.0(8.05)	106
Craneosinostosis operado	0	0	0	1.5(1.65)	10.75(6.97)	49
Postoperado de paladar hendido	3	0	0	2.2(2.9)	6.6(5.7)	44
Tuberculosis ganglionar	0	16	0	19	3	22
Deficiencia mental	2					
Síndrome de Cornelia de Lange	0	0	0	0	6	6
Autismo		0	0	2	6	8
Total	0	0	0	0	12	12
		0	0	0	16	16
						916

C dientes cariados permanentes

P dientes permanentes perdidos

O dientes obturados permanentes

CPOD índice de caries en dientes permanentes

 \bar{x} promedio

DE desviación estandar

Fuente directa 2003.

* En el cuadro se observan las discapacidades que tenían niños con dentición permanente.

En el cuadro VI, se observa la distribución del índice ceod de acuerdo al trastorno de lenguaje, en el cual la disartria aparece en primer lugar con 5.5 (DE \pm 4.7). La mayoría de los pacientes con parálisis cerebral y daños encefálicos son los que padecen disartria, y sus trastornos de pronunciación son debidos a patologías centrales.

CUADRO VI
Frecuencia del ceod por trastorno de lenguaje

	\bar{x} c (DE)	\bar{x} e (DE)	\bar{x} o (DE)	\bar{x} ceod (DE)	\bar{x} Sano (DE)	Dientes revisados
Distalía	3.64(4.55)	0.52(1.23)	0.48(0.98)	4.64(4.97)	10.(6.79)	366
Retardo en la adquisición	3.05(3.45)	0.05(0.22)	0.11(0.45)	3.22(3.62)	7.27(6.45)	189
Disartria	4.37(4.52)	0.12(0.33)	1.06(2.43)	5.56(4.78)	7.31(5.49)	206
Trastorno expresivo	2.2(2.50)	0.33(0.69)	1.53(2.33)	4.06(3.54)	7.06(6.60)	167
Hipodesarrollo	4.21(5.94)	0(0)	0(0)	4.21(5.94)	13.5(4.86)	248
Hipoacusia	1.25(1.71)	0(0)	0.75(1.08)	2.0(1.73)	7.5(7.01)	76
Disglosia	3.25(1.92)	0(0)	0(0)	3.25(1.92)	12.25(5.93)	62
Total						1314
c dientes cariados temporales			e dientes indicados para extracción temporales			
o dientes obturados temporales			\bar{x} promedio			
ceod índice de caries en dientes temporales			DE desviación estándar			

Fuente directa 2003

Los resultados del índice de CPOD por trastorno de lenguaje son muy diferentes a los encontrados en el ceod, el CPOD más alto pertenece a los niños que padecen disglosias que consisten en la dificultad de la producción oral a causa de alteraciones anatómicas y/o fisiológicas como son labiales, linguales, palatinas, nasales. Ver cuadro VII.

CUADRO VII
Frecuencia del CPOD por trastorno de lenguaje

	\bar{x} C (DE)	\bar{x} P (DE)	\bar{x} O (DE)	\bar{x} CPOD (DE)	\bar{x} Sano (DE)	Dientes revisados
Dislalia	0.68(1.73)	0	0	0.68(1.73)	7.20(7.20)	197
Retardo en la adquisición	2.22(2.63)	0	0	2.22(2.63)	11.38(9.10)	245
Disartria	1.06(2.10)	.25(.96)	.25(.96)	1.56(3.02)	8.31(5.73)	158
Trastorno expresivo	0.73(1.76)	0	0.53(1.20)	1.26(1.94)	9.8(7.11)	166
Hipodesarrollo	0	0	0	0	0.42(1.54)	6
Hipoacusia	2.25(1.71)	0	0.25(0.43)	3.0(3.20)	12.75(8.85)	122
Disglosia	0.75(1.29)	4(6.92)	0	4.75(8.22)	0.75(1.29)	22
Total						916

C dientes cariados permanentes

P dientes permanentes perdidos

O dientes obturados permanentes

\bar{x} promedio

CPOD índice de caries en dientes permanentes

DE desviación estándar

Fuente directa 2003

Los hábitos orales perniciosos con mayor frecuencia encontrados son el hábito de lengua en primer lugar, seguido de los respiradores bucales, hábito de labio, succión digital, bruxismo y onicofagia, algunos de los pacientes presentaron más de un hábito, es por ello que el total de hábitos no corresponde con el total de los niños examinados, como se puede observar en el cuadro VIII.

CUADRO VIII
Frecuencia de Hábitos orales perniciosos

	Lengua	Labio	Digital	Respirador Bucal	Onicofagia	Bruxismo	Total
Femenino	5	1	2	4	1	1	14
Masculino	8	5	2	3	0	1	19
Total	13	6	4	7	1	2	33

De 27 pacientes, 6 de estos presentan dos hábitos orales perniciosos.

Fuente directa 2003

Del total de niños examinados con dentición temporal ($n = 26$), sólo 17 presentaron plano terminal recto, los demás presentaron escalón mesial o distal, al analizar los pacientes estudiados y teniendo en cuenta que el plano terminal es la primera guía para establecer la futura oclusión, podemos definir a los pacientes con plano terminal recto como potenciales clase I, los escalones distales como potenciales clase II y los escalones mesiales como potenciales clase III, la posibilidad de la instauración definitiva de la maloclusión estará dada por el tamaño del escalón, así pues, podríamos observar que en primer lugar está el plano terminal recto potencial clase I con 65.38%($n=17$), seguidas por los escalones mesiales potencial clase III con 19.23% ($n=5$), y con menos frecuencia aparece el escalón distal potencial clase II con 15.38%($n=4$).

Con respecto a la frecuencia del tipo de oclusión en dientes permanentes ($n = 63$), predominó la clase I ($n = 29$), seguida por la clase II ($n = 21$), sólo con una diferencia de 9 personas. Otro tipo de alteraciones oclusales fueron las encontradas en la mordida anterior, en primer lugar la mordida abierta, seguida de la cruzada y borde a borde. Ver cuadro IX.

CUADRO IX

Frecuencia de la población revisada por plano terminal

	Recto	Mesial	Distal	Total
Femenino	8	3	2	13
Masculino	9	2	2	13
Total	17	5	4	26

Frecuencia de la población revisada por oclusión

	Clase I	Clase II	Clase III	Total
Femenino	12	12	7	31
Masculino	17	9	6	32
Total	29	21	13	63

Tipo de mordida anterior encontrada en la población revisada

	Abierta	Cruzada	Borde a borde	Normal	Total
Femenino	7	2	0	40	49
Masculino	7	3	2	39	51
Total	14	5	2	79	100

Fuente directa 2003

Dentro de las alteraciones oclusales, se encontró que sólo 4 del total de los pacientes presentaron diastema, de los cuales 3 fueron en la arcada superior y 1 en la arcada inferior. De los 3 superiores uno fue en masculino.

De los pacientes con alteración en la ATM todos eran mayores de 10 años, tres tuvieron chasquido, uno salto condilar y uno desviación mandibular. Cuadro X.

CUADRO X

Frecuencia de alteraciones en la Articulación Temporo Mandibular

	Ausente	Presente	Total
Femenino	46	3	49
Masculino	49	2	51
Total	95	5	100

Fuente directa 2003

CONCLUSIÓN

La discapacidad es considerada como una alteración física o mental que limita una o más de las actividades fundamentales de la persona, como son: ver, oír, hablar, caminar, respirar, aprender, cuidarse a sí mismo, estudiar, trabajar.² Se estima que las discapacidades en el mundo se presentan en al menos uno de cada diez niños que nacen, o bien uno de cada diez adquiere algún impedimento físico, mental o sensorial. En el caso de México, se calcula un aproximado de 9 millones de personas con alguna discapacidad.³

Sin embargo, a pesar de las limitaciones que causan estas discapacidades en los seres humanos puede ayudárseles a llevar una mejor calidad de vida mediante una capacitación especial, adaptaciones ambientales y una relación humana que estimule y aproveche las capacidades de las personas, con el objetivo de lograr una mayor autosuficiencia e independencia en todos los aspectos.

En este estudio se revisaron pacientes con trastornos de lenguaje, cabe aclarar que algunos de ellos presentan problemas psicomotrices asociados, que los limitan en acciones de higiene en general y bucal, contribuyendo esta última a la presencia de enfermedades bucodentales.

En este contexto, el trabajo del estomatólogo colabora al logro de esa rehabilitación. El estudio de las alteraciones bucodentales en los pacientes con trastornos del lenguaje contribuye al conocimiento de la población discapacitada para poder implementar programas preventivos, interceptivos y de rehabilitación y así poder tratar integralmente a este sector de población. La importancia de este trabajo se pone de manifiesto, al descubrir que en México existen pocos estudios epidemiológicos de las alteraciones bucodentales en pacientes discapacitados, y los estudios encontrados son sobre la población con Síndrome de Down y parálisis cerebral infantil, no hay ningún estudio sobre pacientes con trastornos de lenguaje o alguna otra discapacidad, lo cual indica que se deben realizar estudios sobre otro tipo de discapacidades.

Entre las alteraciones observadas en esta población de estudio se encuentran las siguientes:

- Prevalencia de caries con un índice ceod de 4.1 ($DE \pm 4.5$) comparado con estudios realizados en niños con discapacidad y sin discapacidad, se muestra una mayor prevalencia en este estudio.
- Por lo que respecta al CPOD es de 1.4 ($DE \pm 2.8$) por lo que, se obtuvo una prevalencia menor respecto con otras poblaciones tanto con discapacidad y sin discapacidad.
- El índice caries en dientes temporales (ceod) fue mayor con respecto a los permanentes (CPOD), debido a que los niños revisados tienen mayor número de piezas dentales temporales que permanentes, ya sea por la edad presentada o por que la que la mayoría de los pacientes examinados presentan un retraso en el cambio de dentición.
- En cuanto a la enfermedad periodontal se encontró una baja prevalencia al encontrarse sólo 10 pacientes ($N = 100$) con este problema, esto se puede deber a que las discapacidades que presentan mayor prevalencia de enfermedad periodontal según estudios realizados son los de síndrome de Down y parálisis cerebral infantil, de los cuales en este estudio sólo se examinó a 12 pacientes con síndrome de Down y a 7 con parálisis cerebral infantil.
- Se encontró que el 21% de la población tiene alguna alteración en la lengua, esto es de gran importancia, ya que, al verse la lengua con dificultad en su movimiento se presenta algún trastorno de lenguaje.
- El 27% de la población presenta algún tipo de hábito oral pernicioso, se observó que existe una relación entre los hábitos orales y la presencia de maloclusiones, aunque no son éstos un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya

que, un alto porcentaje de niños sin hábitos presentó maloclusiones. Los hábitos encontrados con más frecuencia son: hábito de lengua y respiración bucal seguido en tercer lugar de hábito de labio.

- El plano terminal recto fue el más frecuente con un 65.38%, seguido de escalón mesial con 19.23% y escalón distal con 15.38%.
- En cuanto a la clasificación de Angle, predominó la clase I con 46.03%, seguido de clase II con 33.33% y en tercer lugar la clase III con 20.63%; por lo que, nos damos cuenta de la alta prevalencia de maloclusión.

Como se observa, hay una frecuencia muy alta de alteraciones bucodentales en los pacientes revisados; lo cual pone en evidencia la necesidad de una orientación preventiva, nutricional, de higiene bucal y atención estomatológica integral en estos menores.

La atención estomatológica del paciente infantil con discapacidad requiere del manejo de equipo multidisciplinario, ya que, muchos de los pacientes que acuden a este instituto necesitan tratamiento ortodóntico y maxilofacial, por lo cual, es necesario que como Cirujanos Dentistas se este preparado para dar atención a estos pacientes mediante diagnósticos oportunos y en caso de ser necesario remitirlo a un especialista.

En los casos de los pacientes con diferentes grados de deficiencia mental que puede presentar algunos de los discapacitados, el tratamiento deberá ser bajo sedación general, por lo tanto, es preciso que las instituciones de salud del primer nivel cuenten con un quirófano y el personal capacitado para su tratamiento.

Al paciente discapacitado se le debe brindar el mismo tratamiento integral que se le brindaría a una persona sin discapacidad, hay que tomar en cuenta sus limitaciones pero tiene el mismo derecho a tener un tratamiento estomatológico adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción mundial para las personas con discapacidad. Ginebra: OMS 1991.
2. Boylan E. Women and disability London and New Jersey: Zed Books LTD. 1991
3. Heredia N. La mujer minusválida y su integración a la sociedad. México: Mecanograma UNAM 1992
4. Pérez E. Alas, vértigo y abismo. En estudios sobre psicosis y retardo mental, los procesos de pensamiento en el retardo mental y en la psicosis. AMERPI México 1997; 2
5. Almanza B. Autovaloración y relaciones afectivas en discapacitados universitarios. Mecanograma México; FES Zaragoza, UNAM 1995.
6. Castro A. La sexualidad de los niños y adolescentes con discapacidades diversas, su orientación y educación. Mecanograma Cd. Habana, Cuba 1994.
7. Pharoah P, Cooke T, Jonson M, King R, Mutch L. Epidemiology of cerebral palsy in England and Scotland. Archives of disease in childhood fetal & neonatal edition 1984-9.
8. Simeonsson R, Lollar D, Hollowell J, Adams M. Revision of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps: developmental issues. J Clin of epidemiology 2000. 53(2): 113-24
9. Valdés F. Enfoque integral de la parálisis cerebral. México: La prensa Médica Mexicana 1988: 1839-1841
10. Behrman E, Nelson R. Tratado de pediatría. Madrid: Interamericana Mac Graw-Hill, 1992: 960-964
11. Programa Nacional para el bienestar y la incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad. Informe anual de actividades. México: Mayo 1995-1996
12. Gutiérrez VJ, Escobar ZM. Manejo estomatológico del paciente infantil con parálisis cerebral. ADM 1988; 55(5): 311-316
13. Guzmán TR. Defectos congénitos en el recién nacido. 2ª ed. México: Trillas, 1990.
14. http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/la_hidrocefalia.htm

15. Shaffer WG, Levy BM. Tratado de patología bucal. 2ª ed. México: Interamericana, 1986: 632-633, 25-26
16. <http://www.lugonet.com/downlugo/a13.shtm/>
17. Regezzi JA, Sciuba JJ. Patología bucal. Interamericana McGraw Hill, 1991:471-473, 468-469, 475-478.
18. www.geocities.com/HotSpring/Villa/4521/comelia/
19. Guzmán TR. Defectos congénitos en el recién nacido. 2ª edición. México: Trillas, 1990: 281-283
20. <http://pcs.adam.com/ency/article/000302.htm>
21. <http://salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencias/discapacidades+mentales/sindrome+de+west+17/index.htm>
22. <http://salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencias+auditivas/index.htm>
23. Valkama AM, Tolonen EU, Kerttul L, Paakko EI, Vinionpaa LK. Brainstem size and function at term age in relation to later neurosensory disability in high-risk, preterm infants. *Acta paediatrica* 2001;90(8):909-915
24. www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap2.htm
25. <http://salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencias/trastornos+de+aprendizaje/autismo+20/index.htm>
26. <http://perso.wanadoo.es/cgargan/defi.htm>
27. <http://personales.com/argentina/buenosaires/cedai/adhd.html>
28. Romero AD. Estrabismo. Estado de México: Auroch, 1998: 3
29. www.oftalmored.com/público/estrabis.htm
30. Steven A, Schroeder LM, Marcus A, Krupp SJ, McPhee. Diagnóstico clínico y tratamiento. *El manual moderno*: 740-742
31. Raspall G. Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. *Cirugía Maxilofacial*. Madrid, España: Médica Panamericana, 1997: 31-32
32. <http://orbita.starmedia.com/drsierralerge.htm/>
33. <http://pcs.adam.com/ency/article/001205.htm>

34. Programa del adulto INSALUD. Atención a las personas con TBC. Madrid, 1997.
35. Almoneda HC, Gerra TA. Enfermedades cutáneas producidas por micobacterias. Tratado de dermatología. Madrid: Luzán5 de ediciones, 1994: 143-191
36. Domínguez JO, Moreno GS. Tuberculosis. El Médico 2000; 19(05):29-52
37. Raviglione MC, O'Brien RJ. Tuberculosis. Principios de Medicina Interna Harrison. 14ª ed. McGraw-Hill Interamericana, 1998: 1149-1161
38. Ausina RV. Tuberculosis. Medicina Interna Ferreras Rozman. 13ª ed. Barcelona: Doyma, 1996: 2357-2366
39. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003313.htm>
40. De Quiros JB. Trastornos del lenguaje en el niño. Psicología 2002: 2-15
41. Clemente ER. Bases socioafectivas y cognitivas de la adquisición del lenguaje de seis meses a dos años. Psicología 2002: 4-7
42. Ardilla A. Psicobiología del lenguaje. México: Trillas, 1983: 107-117
43. Azcoaga J. Etapas de desarrollo del lenguaje en el niño. Psicología 2000: 2-9
44. Laúnay C, Borel M. Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz del niño. Paris: Másson, 1984: 312-317
45. Segre R. Tratado de foniatría. Buenos Aires: Paidós, 1955: 21-43
46. Calderón AV, Sánchez NP, Suárez AM. problemas de aprendizaje. España: Euroamericana de Ediciones Internacional, 2001; 4: 36-41
47. Jiménez PC, Heinning VM, Kleiner ES, Tovar MR, Campos E. Levantamiento epidemiológico de las lesiones bucales presentes en la población atendida en el servicio odontológico del hospital Eudoro González de la población de Carayaca en el estado de Vargas durante el periodo septiembre de 1998 - Agosto 1999. Acta Odontológica Venezolana 2000; 39(1): 9-12
48. Quiros AO. Características de maloclusiones en niños de 4 a 6 años de edad en el jardín de infancia Beatriz de Roche del IVIC. Acta Odontológica Venezolana 1996; 34(2): 16-27
49. Vásquez LJ, Becerra GJ. Orígenes de la mordida cruzada posterior en niños investigación en una muestra de Villa Corona Jalisco México. Práctica Odontológica 2001; 22(5): 20-23

50. Pérez LL, García BC, López NM, Romero MM. Evaluación del estado periodontal y necesidades de tratamiento de una población con minusvalía físico-psíquica. *Revista Europea de Odonto-Estomatología* 1998; 10(6): 371-377
51. Benda CE, Nash JA. *Mongolianism and cretinism*. New York: Grune Stratton, 1960: 20-23
52. Gullikson J S. Oral findings in children with Down is syndrome. *J Dent Child* 1973; 40: 293-297
53. Brown RH, Cunningham WM. Some manifestation of mongalim. *Oral Surg* 1961; 14: 664-676
54. Keyes PH, Bellak KS, Jordan JV. Studies on pathogenesis of destructive lesions of the gums and teeth in mentally retarded children. *Clin Peditr* 1971; 10: 711-718
55. Kroll RG, Budnick J, Kruben A. Incidence of dental caries and periodontal disease in Down is syndrome. *New York State Dent* 1970; 36: 151-156
56. Shapira J. Caries levels, *Streptococcus mutans* counts, salivary PH and periodontal treatment needs of adults Down syndrome patients. *Spec Care Dentist* 1991; 11(6): 248-251
57. Maclaurin ET, Saw L, Foster TD. Dental caries and periodontal disease in children with Down is syndrome and other mentally handicapping conditions. *J Peditr Dent* 1985; 1: 15-18
58. Campos BN, Jiménez AL, Celis QJ, Juárez LA. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en niños con parálisis cerebral. *Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento. Mecanograma FES Zaragoza UNAM* 2002; 2:61-77
59. Hernández PJ, Tello HT, Ochoa R G. Alteraciones bucales en niños con síndrome de Down en el estado de Yucatán. *ADM* 2001; 55(2): 91-96
60. Irigoyen ME, Szpunar SM. Dental caries status of 12 years old students in the Estado de México. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 311-314
61. Graber TM. *Ortodoncia teoría y práctica*. México: Nueva Interamericana, 1974: 211-450
62. Sim JM. *Minor tooth movement in children*. 2a ed. St Louis, Mo: Mosby, 1977: 25-50

63. Taboada AO, Martínez Z I, Hernández P R, Romo P R. Secuencia de la erupción clínica de los dientes permanentes. *Práctica Odontológica* 2000; 21(7): 26-29
64. López AC. Manual de patología oral. Guatemala: Universitaria, 1975: 123-175
65. Baer PN, Benjamín S D. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. Argentina: Mundi, 1975: 15-29
66. Moyers. Manual de Ortodoncia. 4ª ed. Argentina: Medica Panamericana, 1992: 156-160

ANEXO 1

