

106
24



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

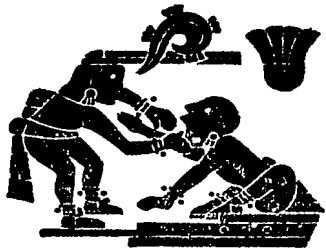
ODONTOLOGIA EN NIÑOS IMPEDIDOS

Tesis Profesional

**Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

MARIA AURORA GARCIA GAMEZ



México, D. F.

1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

PROLOGO	1
INTRODUCCION	3

CAPITULO I

HEMOFILIA	7
* CLASIFICACION DE LA HEMOFILIA	9

CAPITULO II

SINDROME DE DOWN	20
------------------------	----

CAPITULO III

RETARDO MENTAL	27
* CLASIFICACION DEL RETARDO MENTAL	28

CAPITULO IV

EPILEPSIA	36
* CLASIFICACION DE LA EPILEPSIA	37
CONCLUSION	43
REFERENCIAS	45

PROLOGO

Con la elaboración de esta tesis deseo dar a conocer algunos casos y formas de tratamientos básicos para llevar una terapeutica correcta en niños impedidos.

Dado que algunos odontólogos, sean médicos de la práctica general u odontopediatras, prestan poca importancia a estos niños, se desea despertar mayor interés en los casos de ellos y ya que en muchas ocasiones no se sabe como se les debe tratar, siendo necesario que estemos concientes de los tratamientos más adecuados a seguir conforme cada tipo de deficiencia.

Al elaborar esta tesis, me he basado en investigaciones realizadas en distintos lugares en los años de 1971, 1977, 1978 así como en los seis últimos años.

Las enfermedades en la boca, particularmente de las piezas dentales, causan los más molestos problemas en los niños y en los ancianos, siendo desde luego de mucho más importancia las de los niños porque interfieren con la nutrición y crecimiento.

Estas enfermedades suelen ser no únicamente caries dental, sino de todo tipo de alteraciones que pueden clasificarse como dependientes de anomalías congénitas (Hereditarias o del desarrollo) y hábitos o factores de maduración.

INTRODUCCION

El cuidado dental en los niños impedidos.

En el pasado, al niño impedido se le atendía con muy poco interés en su servicio dental en comparación al que recibía un niño normal.

Las limitaciones del tratamiento se debían a que el paciente no tenía la capacidad de hacerse una mejor higiene bucal y por el poco conocimiento, entusiasmo y experiencia tanto por parte del cirujano dentista y el odontopediatra como de los familiares.

En este grupo de niños, las enfermedades dentales y su tratamiento pueden presentar algunos problemas como los siguientes :

Septicemia.- que es una secuela de la caries dental o una infección de los tejidos parodontales.

Un tratamiento dental simple como son los procedimientos endodónticos que pueden causar infecciones u - otros problemas.

Una cirugía puede causar problemas diversos al igual que la anestesia tanto local como la general.

A los pacientes impedidos los podemos clasificar en :

- 1.- Impedidos físicos.
- 2.- Impedidos médicos.
- 3.- Pacientes que tienen dificultad al aceptar algún tratamiento.

Los pacientes con impedimentos físicos enfrentan dificultades en su tratamiento dental, por su incapacidad en los movimientos, como en el caso de retardo mental que se clasifica en cuatro categorías, en las que la mayoría de estas tienen alteraciones del sistema nervioso central, como impedimentos motores o convulsiones.

En los pacientes con impedimentos médicos se encuentran aquellos que presentan hemorragias. En la sangre se encuentra el equilibrio dinámico entre la fluidez y la coagulación que al romperse este, puede haber trastornos congénitos de la coagulación que pueden ir asociados con los factores VIII, IX y XI provocando las hemofilias.

Entre los pacientes con dificultad de aceptar los tratamientos dentales, podemos citar aquellos que padecen - epilepsia, en los cuales no siempre se tiene un control clínico, así como los que sufren el síndrome de Down, siendo estos los más problemáticos y que llegan a requerir terapia ocupacional y de la ayuda de los familiares para llevar un adecuado cuidado dental.

La sedación oral, solo se utiliza en pacientes que cooperan, debiendo tener el médico la máxima precaución ya que el anestésico local puede producir complicaciones en la mayoría de los diferentes niños impedidos.

Algunas de las drogas que ayudan a realizar los tratamientos con mayor seguridad son el Diasepan, el cloropromazina y la trimeprazina.

La anestesia general se usa en pacientes impedidos incontrolables. La prevención reduce al mínimo las caries dentales y el dentista como los mismos familiares deben de tener la paciencia suficiente para lograr enseñar las técnicas de cepillado y el uso de los suplementos fluorados así como la dieta y la higiene oral.

Para evitar los problemas de caries, función masti-
catoria, traumas oclusales, mala alimentación, parodonta-
les por presencia de cálculos y de hiperplasia gingival cau-
sada por drogas convulsivas como la fenitoina.

HEMOFILIA

La hemofilia es un procedimiento hemorrágico que se caracteriza por la tendencia a las extravasaciones sanguíneas y tiene como base etiológica la ausencia del factor - VIII que se encuentra presente en la fracción globulínica del plasma, el cual es conocido como globulina antihemofílica.

Se conocen tres tipos de hemofilia :

- 1.- Hemofilia " A " o Clásica., producida por deficiencia del factor VIII .
- 2.- Hemofilia " B " o enfermedad de Christmas., que es producida por la deficiencia del factor IX (Deficiencia del componente de tromboplastina del plasma) .
- 3.- Hemofilia " C " ., es producida por deficiencia del factor XI , (Tambien llamada deficiencia del antecedente de - tromboplastina del plasma) se asemeja a la hemofilia leve o moderada, se transmite como una característica - autosomica dominante.

Las homofilias " A y B " tienen un patron genético - similar; el defecto es debido a un aumento o reducción del

factor VIII en la sangre, el cual es esencial en la formación de la tromboplastina, elemento básico para la coagulación.

La hemofilia clásica, la deficiencia en el factor VIII o la hemofilia " A " , es un desorden hereditario, caracterizado por severos sangrados con una incidencia de 1/10,000 nacimientos, que transportado por el cromosoma X, es transmitido como un rasgo recesivo en la selección de sexo = mendeliano, por lo que se transmite a los varones, siendo las mujeres portadoras ; los hijos de una portadora tendrán igual oportunidad de ser o no hemofílicos y las hijas de ser o no portadoras ; los hijos de un hemofílico serán sanos y las hijas portadoras.

" CARACTERISTICAS DE LA HEMOFILIA
DE ACUERDO A SU SEVERIDAD "

SEVERIDAD	FACTOR DEL NIVEL PORCENTUAL	CARACTERISTICAS
Normal	50-200 %	Normal.
Leve.	5-30 %	Problemas en cirugía o traumas severos.
Moderado.	2-5 %	Sangran fácilmente con un golpe.
Severo.	0-2 %	Sangrado espontáneo sin conocimiento del trauma.

En cuanto a los problemas dentales y su tratamiento, en relación con la hemofilia, se presentan los siguientes -
CASOS :

Caso No. 1

Los doctores Andrew L. y Roberto Musselman, practicaron un estudio en pacientes con hemofilia clásica, se tuvo en observación a 132 pacientes de diversos estados que fluctuaban entre los seis meses y los 12 años, de los cuales el 13.6 % presentó una persistencia en sangrado oral, diagnosticándose hemofilia clásica que fué controlada en unos, con el remplasamiento del factor VIII y en otros con el ácido epsilon aminocaprónico.

Las personas con hemofilia experimentan varios episodios de sangrado oral durante su vida, el sangrado puede resultar de un daño traumático, por falta de adecuada higiene bucal o por iatrogénias.

El propósito de este estudio fué examinar la naturaleza y frecuencia de los episodios y sangrados en los 132 pacientes y consistió en un análisis en los episodios de sangrado con deficiencia del factor VIII, el criterio de la selección fué el siguiente :

- El paciente tenía probada la hemofilia.
- Los pacientes fueron de 5 años.

- Los pacientes no tenían terapia en casa.

Y se les solicitaba ; una historia clínica completa en donde se encontraba la severidad de la hemofilia, fecha y sitio anatómico de los episodios de sangrado.

Los casos se subdividieron en hemofilia severa, - moderada y suave, determinando el factor VIII activado.

El 29 % de los pacientes tenían hemofilia leve.

El 40 % de los pacientes tenían hemofilia moderada.

El 31 % de los pacientes tenían hemofilia severa.

La distribución anatómica de los episodios de los sangrados orales, el sitio más común fué el labio con un 78 % de los casos, la lengua y otros sitios bucales con un 22 %, como el paladar.

Caso No. 2

Los doctores John Mann y Allen H. realizaron un estudio en un varón de nueve meses de edad de raza negra, - este pequeño ingreso al hospital para una cirugía en los nodulos removibles del brazo derecho, en la cirugía el sangrado no podía ser detenido y el analisis reveló Hemofilia " A " severa, encontrando además sangrado oral debido a una oclusión traumática ; el tratamiento seguido para detener el sangrado fué por medio del factor V III (20 u/kg.) - y ácido epsilon aminocapríónico, el cual fué administrado - en dosis de 900 mg/c/ 6 hrs. durante una semana.

A los diez meses reingreso este menor al hospital - por dificultades al respirar, debido a un golpe en la barbilla y frente, se encontró un hematoma en la porción ventral de la lengua, el cuál creaba el problema de la respiración, consistiendo el tratamiento en la administracion del factor V III.

Nuevamente a los 13 meses por otro sangrado oral vuelve a ingresar al hospital durante dos meses, obteniendose un diagnóstico oral ; donde se observó una mala oclu-

ción severa de clase II , por lo que los médicos de parodoncia indicaron que los incisivos mandibulares y maxilares - centrales y laterales primarios habian erupcionado con 12 a 14 milímetros de más y cuando el paciente cerraba en oclusión céntrica sus incisivos inferiores traumatizaban - la parte palatogingival en el área rugosa, por lo que fué necesario colocar un aparato para proteger el tejido del paladar hasta que el primer molar primario estuviese en oclusión, este protector fué tolerado por el paciente.

Se informó a los padres que el " Biteplate " debería permanecer todo el tiempo en boca, después de la comida debe ser retirado y limpiarlo, dos semanas después el protector fué perdido, siendo nuevamente traumatizado el paladar, y tuvo que ingresar nuevamente al hospital para detener el sangrado.

A los dos meses asistió al departamento de parodoncia, para revisar la erupción del primer molar primario, a los 20 meses su oclusión fué normal y aproximadamente - habia un milímetro de espacio entre los incisivos mandibulares y el paladar ; por lo que el protector ya no fué necesario pues el espacio era el adecuado.

Caso No. 3

Los pacientes con linfoma de Burkitt y con hemofilia clásica que reciben factor VIII concentrado, frecuentemente desarrollan hematomas que se expanden ; el índice de sospecha para el tumor maligno es bajo, cuando un paciente hemofílico tiene una lesión masiva, el linfoma desarrollado en estos pacientes puede haber resultado de la transmisión de un agente oncogénico por medio de la infusión de preparaciones de factor VIII liofilizado.

En un niño de 7 años, de raza blanca con hemofilia clásica desde la infancia, recibió terapia en casa con factor VIII concentrado por un año y predispone terapia por hepatitis crónica activa.

El niño sufrió un traumatismo en la mandíbula izquierda, con severos dolores y necrosis en el segundo molar primario, el diente necrosado fué extraído bajo anestesia local, resultando el alivio del dolor, después de un tiempo el dolor reaparece y un examen físico reveló un nódulo redondo duro de 1.5 cm de diametro en el cuerpo de la mandíbula izquierda, en una radiografía oclusal se observa la ex-

pansión de la lesión y se diagnosticó un pseudotumor hemofílico, la masa del tumor se duplicó de tamaño, los bordes palatinos y gingivales se inflamaron y los dientes tuvieron movilidad, éstos síntomas fueron atribuidos al sangrado de la submucosa, como consecuencia de un activador ortodóntico Frankl, que el paciente estaba usando para el tratamiento de malo-oclusión ; a los siete días el paciente desarrollo en el cuadrante inferior derecho del abdomen una tumoración la cuál con ultrasonido se interpretó como un hematoma mesentérico, no hubo inhibidores del factor VIII presentes, posteriormente hubo una parálisis en el sexto nervio izquierdo, debido al progresivo aumento de la tumoración del lado izquierdo de la mandíbula, del paladar y de la masa abdominal.

Se obtuvo una biopsia del paladar que mostró una infiltración extensiva de células malignas ; el paciente fué adquiriendo el virus EB.

En el tratamiento que se le fué administrando estan ; ciclofosfamidias, Vincristina, Prednisona, Metrothexate intracraneal e irradiación cránea ; estas terapias comenzarán a disminuir el tamaño de los tumores, pero poco después hubo

complicaciones, las cuales no se pudieron controlar con la aplicación del concentrado del factor VIII; el paciente murió de septicemia clostridial y coagulación intravascular diseminada y hemorragia submucal a través del tracto digestivo, urinario y pulmonar.

El linfoma de Burkitt está muy ligado con el virus EB, el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas fueron influenciadas por la necesidad, de considerar la hemorragia en un paciente hemofílico como causa de los síntomas o como consecuencia de la terapia citotóxica.

En el manejo clínico de un niño que sufre de hemofilia debe dársele importancia a su aspecto dental regular y de niños que no requieren de un tratamiento restaurativo.

La mira de los cuidados, es hacer la vida lo más normal posible y procurar que los niños sean tratados como normales en su casa y en la escuela; sin embargo hay dos cuidados importantes en el aspecto dental de éste grupo de niños:

- 1.- Los dentistas deben tener cuidado, con ciertas precauciones las cuales son requeridas durante el tratami-

ento, como es el proteger el piso de la boca, por ejemplo, - cuando son tomadas las radiografías o el uso del eyector - de saliva que puede lastimar produciendo un hematoma en esa área ; el cual puede causar una obstrucción en las vías respiratorias, así como conocer el tipo de hemofilia que padece el paciente.

2.- Tener una organización de los servicios dentales con desordenes de sangrado, los cuáles deben de recibir una alta prioridad por el sério peligro de su vida, que en lo general está asociado con la enfermedad dental.

Es importante que los niños en su manejo clínico, debido a las serías consecuencias de la enfermedad dental, para un niño con desordenes de sangrado deberán tomarse en cuenta todos los aspectos preventivos a lo largo de toda la vida y ser preparados para atenderse por el dentista regularmente y cualquier tratamiento necesario.

El control del dolor durante el tratamiento restaurativo es desagradable, y el uso de una inyección puede desarrollar un hematoma por lo que debe ser consultado con el hematólogo y el dirá el tipo de terapia que puede ser admi-

nistrada, en contraste, en la infiltración de la anestesia puede ser usada con precaución en los niños con hemofilia y condiciones relacionadas, para la seguridad de la técnica se debe usar una aguja fina corta No. 30 en la boca o surco labial, la solución es depositada lentamente en el tejido submucoso, éstas infiltraciones son efectivas en la producción de una adecuada anestesia en todos los dientes maxilares e incisivos mandibulares.

En la reparación, en la cual se colocan bandas matrices, existe un trauma en los tejidos blandos causando una hemorragia que puede ser controlada con una aplicación de algodón con adrenalina de 1-1000 de concentración. No se recomienda utilizar la pieza de mano, porque con cualquier movimiento del niño puede causar un severo daño en el tratamiento pulpar en los dientes deciduos y tejido adyacente por lo que es recomendable trabajar con baja velocidad.

El uso de prueba de hemorragia en los tejidos gingivales es contraindicado en estos pacientes, por lo que debe de estudiarse la necesidad de un tratamiento restaurativo quirúrgico en caso necesario, endodóntico y ortodóntico, éste es considerado a ser indicado cuando hay desfiguración

facial a causa de una malo-oclusión, una importante reducción en las funciones y una oclusión traumática. Los dientes deciduos móviles causan hemorragia, este problema puede ser prevenido, pero cuando ocurre los padres son aptos para controlarla en casa con una aplicación de un hemostático y si continua deberan asistir a un centro de salud.

El uso de un analgésico esta contraindicado siempre que contengan aspirina, porque estos producen la potencialización del sangrado ; un analgésico que contenga paracetamol puede ser benefico para controlar el dolor ; en los pacientes con hemo-filia severa se debe tener especial precaución porque pueden desarrollar hepatitis B.

A los padres se les debe de informar sobre una dieta, restringiendo tomar azúcar, se les proporciona tabletas de fluoruro dando instrucciones de como utilizarlas y sus efectos e indicar una técnica de cepillado.

SÍNDROME DE DOWN

El síndrome de Down es descubierto en el año de 1886 por John Langdon Down, y es una frecuente anomalía de los cromosomas y uno de los síndromes más fáciles de reconocer.

Los pacientes afectados con este síndrome, nacen con un cromosoma extra en cada célula de su organismo, la trisomía es la presencia de un complemento diploide de un miembro extra de un par cromosómico particular.

Se calcula que su incidencia es de 3 en 1000 niños vivos en los que se ha descubierto la anomalía cromosómica, el 95 % tienen trisomía 21 como causa del trastorno, un pequeño porcentaje está afectado en la translocación parcial de los cromosomas 15 y 21.

Al parecer el síndrome de Down está relacionado con la edad de la madre con la siguiente frecuencia :

- De 15 por mil en madres de 18 a 19 años.
- De 29 por mil en madres mayores de 30 años.
- De 91 por mil en madres después de los 44 años.

La tasa de mortalidad es alta en los primeros años de vida, en estos casos la muerte se debe por lesiones cardíacas, infecciones respiratorias o leucémia.

Dentro de los niños que viven, llegan a la edad adulta media sufriendo una degeneración cerebral. (7-8)

Las anomalías buco-dentales se inician con una conformación anómala del cráneo y de la cara, causada por la fetalización del cráneo en su totalidad, dando como resultado la formación de los senos maxilares hipoplásicos, fontanela anterior abierta y desarrollo deficiente de los huesos propios de la nariz y de los senos esfenoidales y frontales.

La boca es pequeña y con frecuencia permanece abierta y los labios están fisurados, hay un prognatismo aparente debido al desarrollo deficiente del maxilar y el crecimiento intacto de la mandíbula, la pequeñez de la cavidad bucal ocasiona proyección de la lengua hacia el exterior señalando una macroglosia aparente.

La pared posterior de la cavidad bucal presenta dismorfosis notoria, los pilares y el velo del paladar están colocados en forma asimétrica y algunas veces presentan dis-

trofias de las fosas nasales así como insuficiencia crónica de las vías respiratorias. Los maxilares son angostos y cortos, la bóveda del paladar es casi siempre ojival y profunda.

La mandíbula es normal, la evolución de la articulación Temporo Mandibular se agrava conforme aumenta la edad.

La lengua es escrotal, es considerada como una lesión adquirida, se encuentra hipertrófia gingival asociada a lesiones como estomatitis, piórrrea alveolar dentinaria.

Los pacientes con este síndrome presentan poca incidencia en la caries dental por la baja ingestión de carbohidratos, por el pH de la saliva que es altamente alcalino y el retardo de erupción de ambas denticiones, los primeros dientes temporales pueden aparecer hasta los dos años terminando de erupcionar a los 4 o 5 años, algunos dientes temporales pueden quedar en boca hasta los 14 o 15 años, causando una secuencia anormal.

Las anomalías dentales son muy variables, presentando variaciones en el volúmen como : Macrodoncia y Microdoncia . Las modificaciones en el tamaño, son menor en

la dentición temporal, los dientes más afectados son el I.C.S. y en la macrodoncia el I.C.I. , esto es acompañado de malposiciones y tienden a divergir en la forma de " V " o clavija.

Estas irregularidades son traumáticas ya que en los dientes se observa hipoplásia adamantinaria, lo que da una fragilidad a la corona.

La tendencia de los pacientes al bruxismo hace que las superficies oclusales sean planas y disminuidas. (10-11)

Barden en 1980 notó que las dimensiones mesiodistal de algunos dientes eran más largos que los normales y que la dentición permanente es más pequeña en los niños que tienen el síndrome de Down que en los niños normales, así como también el tamaño buco-lingual es más pequeño; para ambos sexos, todas las dimensiones de los dientes en niños con el síndrome de Down son menores.

En la dimensión mesio-distal, los incisivos centrales y primer molar tienen un porcentaje de reducción del 3.8 %, mientras que en el segundo molar e incisivos laterales maxilares tienen una gran reducción del 14 al 19 %.

En la dimensión buco-lingual, el primer molar tiene poca reducción, del 7 al 11 %, mientras que en los incisivos laterales, caninos y premolares tienen reducción del 15 al - 21 %.

El porcentaje de reducción es mayor en dientes maxilares que en los mandibulares y también menor en la dimensión buco-lingual que mesio-distal.

La distancia mesio-distal de los dientes es amplia, - estos dientes comienzan a formarse a la cuarta semana in utero por lo que la distancia buco-lingual no está determinada antes de la mineralización. (7)

Los problemas específicos del desarrollo oral en un niño con síndrome de Down contribuye a la dificultad de - masticar y al pasar alimentos como consecuencia del mal movimiento de su lengua, la erupción de dientes primarios y permanentes es siempre retardada y la incidencia de males congénitos en la dentadura es mayor que en los niños - normales, los dientes son frecuentemente anormales, son afilados y más pequeños, existe una alta incidencia en la - desmineralización de la oclusión, la incidencia en la caries

es baja. En 1889 fué reportado por Barnett y Others, que las condiciones orales en niños con síndrome de Down son distintas a los niños normales, en casi el 100 % de los que padecen síndrome de Down tienen enfermedad periodontal.

La prevalencia de esta enfermedad periodontales es alta en personas impedidas y es muy severa.

La etiología del aumento de la enfermedad periodontal no esta clara en estas personas, pero presentan una higiene bucal pobre, esta enfermedad está asociada con inflamación, sangrado de las encías y normalmente agravados con problemas de alimentación, a lo que también se encuentran calculos por lo que la evolución de la enfermedad es rápida.

Los dientes de la mandíbula anterior y maxila (molares y caninos) son los más afectados en esta enfermedad. Los factores exógenos como placa, cálculos y diferentes factores endógenos son algunos contribuidores para el rápido rompimiento periodontal, también influyen ciertos aspectos anatómicos de los dientes como es la malposición de las piezas dentales; también la maloclusión afecta al parodonto y si se colocan frenos se causan más defectos mu-

cogingivales. Las diferencias en el colágeno de la biosíntesis y la morfología capilar anormal son factores de alta susceptibilidad a esta enfermedad.

También se encuentran desórdenes en las inmunocélulas, como defectos funcionales en los leucocitos polimorfonucleares, los leucocitos deben ser responsables para el aumento en la sencibilidad de esta enfermedad. (1, 2)

En el manejo de: paciente en el consultorio, sería recomendable de disponer un equipo en forma adecuada, tanto para el dentista como para el paciente, para la atención de - estos niños se necesitará la colaboración de uno o más asistentes.

En ocasiones estos pacientes suelen ser problemáticos, por lo que es importante tomar una decisión de que pacientes se podrán atender en el consultorio y cuales requieren un equipo especial para ser trasladados a un hospital.

El odontólogo deberá tener presente que para atender a un paciente con síndrome, se tendrá que llevar una - historia clínica completa.

RETARDO MENTAL

El retardo mental, representa una disminución de la inteligencia, desde el comienzo de la vida, y un desarrollo mental insuficiente a lo largo del periodo del crecimiento; - se manifiesta por una maduración lenta e incompleta y una mala adaptación social.

Entre los niños de edad preescolar el 5% son retrasados mentalmente y es más común en niños que en niñas, esto puede ir ligado a factores biológicos o a la mala salud materna en sus tres capas :

- a) Ectodermo.
- b) Mesodermo.
- c) Endodermio.

Como el sistema nervioso deriva del ectodermo, es lógico que las anomalías de la piel, cabello y dientes estén - asociados con la difusión cerebral.

Poco es conocido de los hábitos de la salud dental de los niños con retraso mental; los factores de riesgo de caries son los mismos que en los niños normales.

Las caries dentales y las enfermedades periodontales son algo predominante en los retrasados mentales, desafortunadamente algunos niños están imposibilitados a obtener el cuidado dental adecuado, el cuál es esencial para eliminar el dolor y las infecciones crónicas.

La predominancia de las enfermedades dentales para estos niños es un resultado de factores que no únicamente contribuyen a la etiología del proceso de las enfermedades sino también interfiere con el camino a seguir en el cuidado dental. (5)

Se ha clasificado al retraso mental en cuatro categorías :

1.- Retardo Mental Educable o Ligero.- son frecuentemente capaces de obtener trabajos, desarrollar y mantener actividades sociales; el dentista puede ayudarlos en la perfección del habla y su estética, así como mantener una higiene oral.

2.- Retardo Mental Moderado.- un gran número de los niños, tienen un daño cerebral orgánico y desarrollan ciertas conductas antisociales, indeseables, inestabilidad -

emocional, se distraen con facilidad.

3.- Retardo Mental Severo.- son caracterizados por un pobre desarrollo motor y una habilidad de comunicación limitada, carecen de destreza manual por lo que requieren de una persona especial para mantener una participación activa en el cepillado dental y ayudar en su higiene oral como en su salud.

4.- Retardo Mental Profundo.- muestran un gran retardo tanto en el desarrollo físico como en el neurológico, este grupo tiene una alta incidencia en enfermedades periodontales y requieren atención para mantener su salud bucal.

Las enfermedades periodontales son el mas serio problema para los retardados mentalmente, la etiología del disturbio periodontal es en primer lugar la acumulación local de irritantes microbiales presentes en la placa y cálculos como resultado de una mala higiene bucal.

Otros factores que contribuyen a la enfermedad periodontal son :

- a) Respiración bucal.
- b) Control muscular pobre.

- c) Dietas blandas, las cuales promueben un trauma oclusal secundario al bruxismo.
- d) Contaminación oral-fecal.
- e) Drogas anticonvulsivas como la fenitoina.

La hiperplasia gingival avanzada es el problema dental mas serio de los enfermos mentalmente y los cuales - reciben anticonvulsivos como la fenitoina.

En la hiperplasia gingival avanzada, la papila interdental, principalmente en la región anterior es gruesa, alargada y lobulada, las lobulaciones se unen y las condiciones avanzan la corona clínica es reducida por menos de un tercio, el aumento del tejido interdental bota el diente y hace emigrar a los demas.

Esta hiperplasia gingival esta asociada con la periodontitis inflamatoria superimpuesta, la papila hiperplásica - esta edematosa, roja y sangra facilmente por palpitacion por lo que los pacientes presentan dificultad en la masticacion y otros problemas funcionales como el habla.

El tratamiento que se aplica es en base a la fenitoina u la instrucción de medidas higiénicas.

La función de la nutrición, los hábitos y la higiene oral en la etiología de la enfermedad dental, indican que la -
higiene dental en el retardado mental es el mayor problema,
y es la prevalencia de la enfermedad periodontal.

La premedicación con analgésico de óxido nítrico, -
puede ser muy efectivo para un paciente que no coopera,
algunos pacientes reciben ciertos anticonvulsivos como fe-
nihiazina y derivados, antidepresivos tricíclicos; los deriva-
dos de la fenohiazina, pueden producir sedación, analgésicos
narcóticos, los antidepresivos tricíclicos pueden tener efec-
tos de barbitúricos y deprimir otros centros nerviosos; los
dentistas deben usar anestesia local y si contiene epinefri-
na al mezclarse con los antidepresivos tiene efecto de cate-
colamina. (17)

Steven y Arnold Steinberg realizaron un estudio so-
bre el control de fenitoina provocando aumento gingival en
19 niños con retardo mental, donde hicieron observaciones -
que incluyeron :

- a) El índice de placa.
- b) El índice de sobrecrecimiento gingival (PIGO) .

En estas observaciones intervienen tres condiciones experimentales :

1.- La fenitoina fue administrada a los pacientes en forma líquida o en forma de cápsulas y en combinaciones - dependiendo de la dosis requerida. Antes de comenzar esta fase se realizó un exámen oral a todos los pacientes y se midió el índice de sobrecrecimiento gingival, los procedimientos de higiene bucal no fueron alterados durante los cinco meses del experimento.

2.- Este consistió en la aplicación diaria de una solución al 1.3% de fluoruro estanoso la cual fue diluida 4 veces, durante esta fase todo tipo de cepillado fue detenido y se aplicó soluciones al 0.325% de fluoruro estanoso, con algodón sobre todos los dientes y al rededor del area gingival, la fase duro cinco meses y se hicieron nuevamente los estudios bucales.

NO más de 2 ml de esta solución se aplica en cualquier paciente y en cualquier día.

3.- Aquí se uso un cepillo dental eléctrico (Water Pick) como medio mecánico para el control de placa y pa-

ra estimular los tejidos gingivales, fue usado por tres minutos.

Por lo que 18 de 19 pacientes, tenían algún grado de sobre-aumento gingival inducido por la fenitoina (PIGO) .

47% el grado III de PIGO

11% el grado II de PIGO

37% el grado I de PIGO

El sobre-aumento gingival fue mayor en el área anterior aunque también afecto la posterior. Entre los factores que influyen al aumento gingival estan :

- a) La edad.
- b) La mala higiene bucal.
- c) El nivel de drogas.

La fenitoina es una de las drogas más usadas para controlar los desordenes convulsivos, una de las más serias reacciones de esta droga es el sobre-aumento gingival inducida por fenitoina (PIGO) el cual debe de ocurrir al 50% de los pacientes que toman la fenitoina; el nivel de esta en el suero o saliva y la presencia de placa dental parecen ser requerimiento en el desarrollo y mantenimiento del sobre-a-

mento gingival. Entre los factores que se han encontrado - que afectan a la caries en niños de 9 y 10 años con retraso mental, se ha visto que el consumo de chocolates, pasteles - y bebidas frías o calientes son menos frecuentes en estos - niños.

Estos niños no usan su cepillo dental ni pasta dentí- fica o fluor, también influye el tipo de medicamentos que - producen reducción de la secreción salival, otros pueden - producir hiperplasia gingival, en todo esto también contribu- ye el área donde viven los niños, hay regiones con agua pota- ble fluorada y en otras regiones es necesario la utilización - de tabletas fluoradas. (16)

Una forma para ayudar a los pequeños, es retirar - los productos azúcarados e indicar una técnica de cepilla- do con alguna familiar, también se les puede ayudar con u- na resina que borra los hoyos y fisuras de los dientes, es- to sería un valuable método preventivo para los retrasados mentalmente.

Uno de los grandes problemas que se enfrentan estos niños es que muchos dentistas ni los aceptan como pacientes,

por lo que los niños tienen una decaimiento dental muy -
grande comparandolos con niños normales.

Las prácticas preventivas son deficientes en los ni-
ños afectados mentalmente, el uso del hilo dental requiere -
un cierto nivel de coordinación el cuál es poco aprehendido -
por estos pacientes.

EPILEPSIA

La epilepsia es un síntoma de trastorno cerebral, - está causado por descargas eléctricas anormales, intermitentes en el cerebro.

Estas descargas anormales pueden causar episodios de trastornos sensoriales y motores, así como la pérdida - del conocimiento.

La frecuencia de la epilepsia se calcula en 0.5% de la población, la edad de comienzo es máxima durante la infancia y pubertad.

Si la causa de los ataques de un enfermo no puede - hallarse, se puede decir que tiene una epilepsia idiopática, si si se puede demostrar una anomalía cerebral sería una epilepsia orgánica.

La epilepsia se divide en dos :

- Epilepsia Idiopática el 75%.
- Epilepsia Orgánica el 25%.

La epilepsia Idiopática.- no puede establecerse la etio-

lógicas de las crisis convulsivas, parecería probable que en muchos de los niños afectados sería responsable algún defecto genético específico del metabolismo cerebral.

La epilepsia Orgánica.- los trastornos se acompañan de anomalías anatómicas o bioquímicas, las convulsiones pueden ocurrir tras lesiones cerebrales adquiridas en el periodo prenatal, natal o posnatal, se encuentra una minusvalía motora de origen nervioso central (parálisis cerebral y retardo mental).

Se encuentran cuatro tipos de epilepsia, dependiendo del ataque que sufre el paciente :

- 1) Gran Mal.
- 2) Pequeño Mal.
- 3) Epilepsia Psicomotora.
- 4) Epilepsia Jacksoniana.

El Gran Mal.- es el tipo más frecuente, empieza con un aura que puede consistir en sensación de náusea, dolor, entumecimiento, una imagen visual o un destello de memoria, las características del aura van a depender de la porción del cerebro que es el foco de la descarga anormal, hay

pérdida del conocimiento y espasmos musculares tónicos, el paciente se muerde la lengua. Se debe de tener precaución en nunca retirar los medicamentos anticonvulsivos de repente como son :

- La fenitoina sódica (Dilantin).
- Fenobarbital.
- Mefenitoina (Mesantoin).

El pequeño Mal.- ocurre sin aura y con poco o nada de movimientos clónicos o tónicos. Se presenta casi en niños y desaparece en la segunda década de la vida, el paciente pierde el conocimiento y al terminar la crisis sigue con actitud normal, se debe de tener precaución en llevar un conteo glóbular dos veces por semana por dos o tres meses - al administrar el medicamento como :

- La Etosuximida (Zarontin).
- El Acido Valproico (Depakene).
- Trimetadiona (Tridione).

Epilepsia Psicomotora.- van precedidas de un aura, - muchas veces en forma de alucinación, el paciente muestra movimientos incoordinados y una conducta rara o violenta. -

en ocasiones el niño esta soñoliento o duerme un breve tiempo después de la crisis, el medicamento de elección es la fenitoina (Dilantin) con o sin fenobarbital.

Epilepsia Jacksoniana.- esta corresponde a enfermedades orgánicas del cerebro, empieza con movimientos clónicos de la parte distal de una extremidad o de la cara y causa pérdida del conocimiento cuando se generaliza. (23)

Se ha observado de que las convulsiones epilepticas pueden ser provocadas por estímulos fisiológicos o físicos, los neurólogos como Jackson y Holmes tienen descripciones de pacientes con convulsiones por un estímulo específico, un 40% de los pacientes con epilepsia notan una relación de sus convulsiones con factores del medio ambiente o internos.

Otro tipo de epilepsia involuntaria es la epilepsia inducida por el cepillado de los dientes ; en el caso de un niño de 12 años que tenía un aparato de ortodoncia el cual corregía una malformación oclusal, el paciente comenzó a sentir irritación proveniente del aparato, sintiendo un hormigeo y espasmos sin dolor en la parte derecha de la cara, los espas-

mos fueron diagnosticados como convulsiones, atacaron la parte derecha de su lengua produciendo contracciones y vibraciones.

El notó que se producian facilmente las convulsiones al cepillarse los dientes, estas convulsiones tenian una frecuencia de 10-15 por día y fueron estereotipadas siguiendo la marca Jacksoniana, después no pudo hablar durante la convulsión ; el cepillado de sus dientes superiores izquierdos e inferiores no producian la convulsión.

Se realizó un exámen neurológico incluyendo la evaluación del nervio cráneoal, el reflejo extendido del músculo y la función cerebral ; el paciente se le administró una dosis de fenitoina el cual produjo que descendiese la frecuencia y severidad de las convulsiones, continuo teniendo contracciones y vibraciones de la lengua, pero por el cepillado continuaron las convulsiones, así que el paciente detuvo el cepillado totalmente por dos días, la fenitoina tambien fué retirada y se administró carbamazepine, la cuál detuvo completamente las convulsiones por seis meses, aún cepillandose los dientes. (20)

Se ha visto que la fenitoina causa hiperplasia gingival, esto podría ser debido a una deficiencia de ácido ascórbico ; la etiología de la hiperplasia por la fenitoina se cree que es multifactorial ; se realizan estudios de tejidos con nitoina y han mostrado un efecto estimulativo directo sobre la proliferación de fibroblastos y su morfología.

Un medicamento sustituto de la fenitoina es el ácido valpróico, es un inhibidor neurotransmisor y es utilizado en convulsiones mixtas.

Esto se puede observar en el tratamiento que se realiza a una niña de 13 años, a la cuál se le hizo un examen oral, que revelo un grado severo de hiperplasia gingival por toda la boca, pero más pronunciada en la zona anterior, con un alineamiento pobre de los dientes anteriores ; su historia médica indicaba que a los dos años presentó una convulsión febril, a los 5 y 6 años experimento convulsiones mayores y fue medicada con fenobarbital, después comenzo a sufrir explosiones emocionales y se le dio fenitoina 500 mgr 3 veces al día, diariamente, y se incremento la dosis de su barbiturico, continuarón las convulsiones y fuerón parcialmente controladas con carbamazepine (Tegratol) después comenzo

a sufrir lagunas mentales por cortos períodos y el desarrollo de la encía comenzó a aumentar y a sangrar en ocasiones.

Se aplicó ácido ascórbico, 250 mgr. diarios y comenzó a aliviar las tendencias gingivales y las lagunas mentales desaparecieron, un mes después de haber comenzado con la primidona le fué reducida la fenitoina a 200 mgr, la cual fue tolerada y mejoró su problema gingival. (2)

CONCLUSIONES

Al practicar la odontología general y la odontopediatría, nos vamos a encontrar en muchas ocasiones a personas impedidas física o mentalmente, por lo que siempre es necesario estar preparados clínicamente y en conocimientos.

Al comenzar a tratar a un paciente debemos tomar en cuenta su historia clínica, sintomatología de su enfermedad observar las reacciones del paciente al doctor y ver si es posible atenderlo en el consultorio o en un hospital, y siempre que se atienda debiera ser con el conocimiento del especialista, sea hematólogo, neurólogo, etc.

En los niños con síndrome de Down, se observan anomalías buco-dentales que se inician en una conformación - anomalía del cráneo y cara, teniendo en ocasiones macrodoncia y microdoncia.

En algunos niños la enfermedad esta ligada a efectos - biológicos, causando problemas en el sistema nervioso, como es el caso de retardo mental y también puede estar ligado a -

efectos secundarios de medicamentos que reciban como la fenitoina, que se utiliza mucho en quienes padecen epilepsia; la fenitoina es un antiepiléptico que produce efectos colaterales molestos como neurotoxicidad, cambios de comportamiento e hiperplasia gingival, esta no se presenta en las áreas desdentadas.

En el caso de quienes tienen problemas de hemorragia nos damos cuenta que administrando correctamente los medicamentos y eliminando los factores irritantes disminuye el sangrado así como también al colocar protectores.

El tratar a estos pacientes nos va a permitir tener un criterio más amplio de como tratarlos y a la vez ayudarlos en su salud y emocionalmente para que lleven una mejor vida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A 5 YEARS CLINICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF A FISSURE SEALANT IN MENTALLY RETARDED CANADIAN CHILDREN.
Beverly Richardson, Smith and Hargreaves.
Community dental Oral Epidemiology. Vol. 9 . 1981.
- 2.- BURKITT LYMPHOMA IN A PATIENT WITH CLASSIC HEMOPHILIA RECEIVING FACTOR VIII CONCENTRATES.
Erinda Gordon- Robert Berkowitz and Elizabeth Kurczynki.
Journal of pediatrics. Vol. 103 No. 1. Julio 1983.
- 3.- COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF HEMOPHILIA.
Carol Kasper and Shelby Dietrich.
Clinics in Haematology. Vol. 14 No. 2. Junio 1985.
- 4.- CHEWING CYCLES IN 4 AND 5 YEAR OLD DOWN ' S SYNDROME CHILDREN ; A COMPARISON OF EATING EFFICACY WITH -
NORMALS.
Erika G. Gisel, Loren J. Lange and Carol W.
The American Journal of Occupational Therapy.
Vol. 38 No. 10. Octubre. 1984.

5.- DENTAL CARE FOR SEVERELY HANDICAPPED CHILDREN.

Ikuo Ohmori, Setsuko Awaya and Futae Ishikawa.

International Journal Dental. Vol. 31 No. 3 1982.

6.- DENTAL CARE FOR THE HANDICAPPED.

Deirdre Pööl.

British Dental Journal. 1981.

7.- DENTAL CARE FOR THE INSTITUTIONALIZED RETARDED
INDIVIDUAL.

Joseph O' Donnell and Michael Cohen.

The Journal of Pedodontics. Vol. 9. 1984.

8.- DENTAL CARE FOR THE INSTITUTIONALIZED RETARDED
INDIVIDUAL TRISOMIA 21.

Michael Cohen and Joseph O' Donnell.

The Journal of Pedodontics. Vol. 9. No. 3. 1984.

9.- DENTAL CARE OF CHILDREN WITH HAEMOPHILIA AND RE-
LATED CONDITIONS.

Pamela Hobson.

British Dental Journal. Vol. 51. Junio 1981.

- 10.- DOWN ' S SYNDROME AND PERIODONTAL DISEASE.
Reuland, Bosma and Van Dijaj.
Journal Clinical Periodontal. Vol. 13 No. 1. 1986.
- 11.- NEUROANATOMIA CORRECTIVA Y NEUROLOGIA FUNCIONAL.
Joseph G. Chuisid.
Sexta Edicion. Editorial Mundi. 1971.
- 12.- ODONTOLOGIA PARA EL NINO IMPEDIDO Y EL ADOLOCENTE.
Ralph E. Mac ' Donald.
Editorial Mundi. 1971.
- 13.- ORAL BLEEDING DUE TO TRAUMATIC OCCLUSION IN AN
INFANT WITH SEVERE HAEMOPHILIA.
John Mann and Allen Rosenthal.
Journal of Dentistry for Children. Julio-Agosto 1981.
- 14.- ORAL BLEEDING IN CLASSIC HAEMOPHILIA.
Andrew Sonis and Robert Musselman.
Oral Surgery. Vol. 53. No. 4. Abril. 1982.
- 15.- PERIODONTITIS AND CARIES IN DOWN ' S SYNDROME.
Barnett M. L.
Journal Periodontal. Vol. 57. No. 5. 1986.

- 16.- PHENYTOIN-INDUCED GINGIVAL OVERGROWTH CONTROL
IN SEVERELY RETARDED CHILDREN.
Steven C. Steinberg and Arnold D. Steinberg.
Journal Periodontal. Vol. 53. Julio 1982.
- 17.- RESPONSE OF PATITNTS WITH MILD AND MODERATE HAE-
MOPHILIA " A " AND VON WILLEBRANDS DISEASE TO TRA-
TAMENT WITH DESMOPRESSIN.
Beatriz de la Fuente-Carol Kasper and Federick Rickles.
Annals of Internal Medicine. Vol. 103. No. 1. Julio 1985.
- 18.- RISK FACTORS OF DENTAL CARIES IN 9-10 YEAR OLD MEN-
TALLY RETARDED FINNISH CHILDREN.
Tuija Palin-Polokes, Hannu Hausen and Alvesolo Heinonen.
Community Dental Oral Epidemiology. Vol. 12. 1984.
- 19.- STUDY OF FISSURE SEALENT IN MENTALLY RETARDED CA-
NADIAN CHILDREN.
B. A. Richardson, DC. Smith and J.A. Hargrean.
Community Dental Oral Epidemiology. Vol. 5. 1977.
- 20.- THE EFFICARY AND ECONOMY OF COMPREHENSIVE DENTAL
CARE FOR HANDICAPPED CHILDREN. John P. Brown.
International Dental Journal. Volo. 30 No. 1. 1981.

21.- THERAPEUTIC ALTERNATIVES IN PHENYTOIN INDUCED
GINGIVAL HYPERPLASIA.

Norman Reynoldss JR. and Dan Kirkhan.

Journal Periodontol. Vol. 51. Septiembre 1980.

22.- TONGUE MOVEMENTS IN 4 AND 5 YEAR OLD DOWN ' S
SYNDROME CHILDREN DURING EATING A COMPARISON
WITH NORMAL CHILDREN.

Erika Gisel, Loren Lange and Carol W. Niman.

The American Journal of Occupational Therapy.

Vol. 38. No. 10. Octubre 1984.

23.- TOOTH-BRUSHING-INDUCED EPILEPSY.

Gregory Holmes, Ronald Scheebaum, Stanley Blair,

John Margraf, Ellen Eisenberg, Andrew Zimmerman.

Epilepsy, Ravenpress, New York. Vol. 23. 1982.

24.- TOOTH SIZE IN CHILDREN AND YOUNG ADULTS WITH
TRISOMY 21.

G. C. Townsend.

Archs Oral Biology. Vol. 28. No. 2. 1983.

25.- TRATADO DE PEDIATRIA. Nelson Mc. Kay.

Tomo 1. Editorial Salvat. Sexta Edicion. 1978.

26.- TRATADO DE PEDIATRIA.

Nelson, Vaughan y McKay.

Tomo II. Sexta Edicion. Editorial Salvat.

27.- WHO IS HANDICAPPED ; PATIENT OR PROVIDER ?

Patricia P. Cormier.

Journal of dental Education. Vol. 46. No. 3. 1981.