



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA

TESIS

**Síndrome fetal de madre alcohólica, estudio de
caso**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA:

Jarumi Lin Ahu Chandomi

Asesores

Dr. Ángel Gutiérrez Zavala

Mtro. Rey Arturo Zebadua Picone

Mtro. Vicente Alberto Castillo Roveló

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 13 de Junio de 2022



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
 DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
 DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 14 de Junio de 2022

C. JARUMI LIN AHU CHANDOMI

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Síndrome Fetal de Madre Alcohólica (estudio de caso)

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Firmas

Mtro. Rey Arturo Zebadua Picone



Mtro. Vicente Alberto Castillo Roveló

Dr. Angel Gutierrez Zavala

FACULTAD DE CIENCIAS
 BIOLÓGICAS
 Y SALUD PÚBLICA

Cop. Expediente



CALIDAD

Índice

I.- Introducción	3
II.- Justificación	5
III.- Objetivos	6
3.1.- Objetivo General	6
3.2.- Objetivos Específicos	6
IV.- Marco teórico	7
4.1- Disfunción del Sistema Nervioso Central	8
4.2.- Retraso del Crecimiento	11
4.2.1.- Nivel ocular	13
4.2.2.- Nivel nasal	13
4.2.3.- Nivel bucal	14
4.2.4.- Anomalías en la piel y articulaciones	14
4.2.5.- Anomalías óseas	14
4.2.6.- Anomalías musculares	16
4.2.7.- Anomalías viscerales	16
4.3.- Alteraciones craneofaciales	18
4.4.- Consideraciones en la atención odontológica	22
V.- Material y Método. Estudio de Caso	29
VI.- Conclusión	31
VII.- Propuestas	33
VIII.- Anexos	35
IX.- Bibliografía	38

I.- Introducción

El alcohol es un agente que puede producir una diversidad de efectos negativos sobre el desarrollo cognitivo, físico y de la conducta del niño. El síndrome alcohólico fetal (síndrome de madre alcohólica) es una afección del niño que se deriva de la exposición al alcohol durante el embarazo de la madre. El síndrome alcohólico fetal provoca daño cerebral y problemas de crecimiento además de afectaciones en los dientes tanto en problemas de caries y nulo desarrollo de los dientes. Los principales signos y síntomas son hipocrecimiento prenatal y pos natal, escaso tejido adiposo, hipotonía, conducta hipopsíquica de aparición precoz o tardía, cardiopatía congénita, retraso mental, hiperactividad, déficit de atención, trastornos del lenguaje, mala coordinación, problemas de comportamiento de tipo cognitivo y psicosocial, microcefalia, hendiduras palpebrales de tamaño reducido, ptosis palpebral, hipoplasia maxilar, retrognatia en el lactante, micrognatia en el adolescente, labio superior fino, epicanto, miopía, estrabismo, hipoacusia, orejas prominentes, camptodactilia, arnodactilia del dedo índice, hipoplasia de uñas y luxación congénita de cadera. Las manifestaciones estomatológicas de este síndrome son enfermedad periodontal, caries, malas oclusiones, bruxismo, trastornos de articulación temporal mandibular, traumatismos, deglución atípica y respiración bucal.

Se ha informado que entre el 20% y el 65% de las mujeres lo ingieren en algún momento durante la gestación y que el 5% a 10% lo hacen en niveles suficientes como para poner el feto en riesgo.

La identificación de las mujeres que están consumiendo alcohol y drogas se hace especialmente difícil porque la mayoría tiende a ocultar este antecedente. La mujer habitualmente niega o minimiza el consumo en una primera entrevista, especialmente si se efectúa la pregunta directamente. Si es posible generar un ambiente previo de cierta confianza con un entrevistador amistoso se logra una mayor y menor información, que facilitara la intervención.

Así como es difícil que la madre reporte la ingesta, también es difícil identificar precozmente al niño expuesto. Se ha estimado que la incidencia de síndrome alcohol fetal es de 0,3 a 3,0 por 1000 recién nacidos vivos, pero el número de niños expuestos con efecto menos severos se puede ser mucho mayor. Además de producir el síndrome alcohol fetal, que es el extremo más severo del espectro, el beber durante el embarazo puede resultar en una amplia gama de alteraciones que hasta hace poco se agrupaban bajo el nombre de efectos de alcohol fetal y que hoy se prefiere denominar espectro de desórdenes alcohol fetal.

II.- Justificación

El consumo de alcohol durante el embarazo puede causar defectos en varios órganos y sistemas del organismo, sobre todo si la madre lo ingiere en grandes cantidades, pero no está demostrado que beber pocas cantidades del mismo sea inocuo. Los efectos que el consumo del mismo le produce a los embriones ha sido demostrado en la literatura de 1973, sin embargo su uso y abuso siguen tan altos, como alta es la cantidad de niños que nacen con síndrome alcohólico fetal cada día.

La exposición prenatal al alcohol es la causa del alcoholismo fetal. El alcohol es una de las sustancias más comunes e importantes que afectan al desarrollo del cerebro, y su consumo durante el embarazo puede producir numerosas anomalías físicas, cognitivas y de conducta, siendo una de las causas principales, no genéticas, de defectos congénitos y de diferentes grados de discapacidad y de diferentes grados de discapacidad mental prevenible.

El síndrome alcohólico fetal requiere de atención interdisciplinaria y para realizar el tratamiento estomatológico el especialista deberá implementar las técnicas de manejo de conducta pertinentes en cada caso. Es por ello que realizar un estudio de lo que involucra el síndrome alcohólico fetal en el desarrollo estomatológico del niño es de gran ayuda para seleccionar un tratamiento adecuado.

III.- Objetivos

3.1.- Objetivo General

Determinar los efectos clínicos producidos por el consumo excesivo de alcohol en las mujeres embarazadas y sus efectos en los niños.

3.2. Objetivos Específicos

1. Definir el síndrome alcohólico fetal
2. Describir los síntomas de los pacientes con síndrome alcohólico fetal
3. Explicar las manifestaciones clínicas y odontológicas en el síndrome alcohólico fetal
4. Argumentar los posibles tratamientos odontológicos y su relación con la ayuda clínica de las otras especialidades médicas.
5. Caracterizar un estudio de caso.

IV.- Marco teórico

Síndrome alcohólico Fetal

El alcohol es un teratógeno que puede producir una diversidad de efectos lesivos sobre el desarrollo cognitivo, físico y conductual del niño. La influencia del alcohol en el feto depende del patrón y cantidad de alcohol consumido, estadio del desarrollo del feto y una serie de factores de riesgo socio conductuales, como una posición socioeconómica desfavorecida. El fenotipo completo del síndrome del alcoholismo fetal o fetopatía alcohólica sólo se expresa en niños cuyas madres tienen antecedentes de alcoholismo crónico o alcoholismo agudo, intermitente y frecuente.

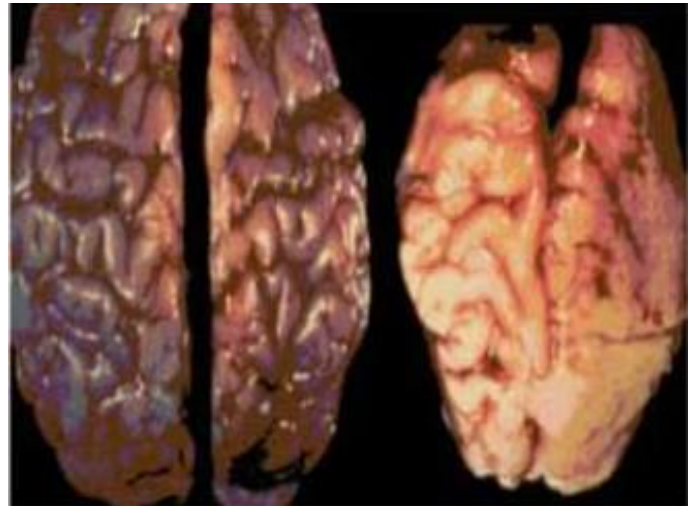
No obstante, el consumo de alcohol en dosis bajas puede dar lugar a una variedad de resultados menos graves, aunque a menudo clínicamente significativas. Lemoine y colaboradores describieron el síndrome en 1968, y en 1973, Jones y Smith acuñaron el término de síndrome alcohólico fetal; éste consiste en una embrio fetopatía alcohólica en hijos cuyas madres consumen alcohol durante el embarazo. Es la causa más importante de deficiencia mental de etiología conocida.

Se precisa un consumo de 30 cm de alcohol al día para que exista riesgo de presentación de la fetopatía, pero el consumo mantenido de pequeñas cantidades, así como la ingestión elevada aislada, pueden desencadenar el síndrome. Con 30 a 60 cm al día, para que exista un 10% de afectados, con 90 cm diarios un 40%, siendo proporcional la aparición del síndrome a la cantidad y duración del alcoholismo. Hoy en día, se considera al alcohol el teratógeno más común al que un feto está expuesto. Dejando de lado los efectos fetales del alcohol, cuya frecuencia es difícil de determinar por lo variables que son, el síndrome alcohólico fetal tiene una prevalencia estimada en el mundo occidental de 0.5-5/1,000 nacidos vivos.

La frecuencia del síndrome alcohólico fetal iguala o supera a la del síndrome de Down, lo lamentable es que mientras el Down no puede prevenirse, el síndrome alcohólico fetal sí es prevenible. En términos generales, cerca del 30 al 40% de los

hijos de mujeres que consumen grandes cantidades de alcohol en el embarazo pueden desarrollar el síndrome. El restante 60 o 70% de sus hijos puede tener desde los efectos fetales del alcohol o llegar a ser normales. En México se desconoce la magnitud del problema.

4.1.- Disfunción del Sistema Nervioso Central



El retraso mental es uno de los problemas más comunes e importantes que se asocian a la teratogenicidad del alcohol. Casi el 90 % de los pacientes estudiados se encuentran por debajo del percentil del coeficiente intelectual promedio para su edad. Y aun cuando no todas las personas afectadas son deficientes mentales, raramente se encuentra un paciente por encima del coeficiente intelectual promedio.

Streissguth evaluó el coeficiente de inteligencia de 20 pacientes (entre 9 meses y 21 años de edad), afectados en grados diversos de síndrome alcohólico fetal correlacionados con el retraso de crecimiento y los rasgos dismórficos faciales. El coeficiente intelectual promedio fue de 65, con un rango entre 15 en un paciente institucionalizado de 18 meses y 105 en un niño de 9 años, muy poco afectado fenotípicamente. En general, concluyó que los pacientes más fenotípicamente afectados tenían coeficiente intelectual más bajos; lo que sugeriría que el insulto prenatal produciría las alteraciones fenotípicas y también la deficiencia mental.

Los pacientes afectados más severamente tenían un coeficiente intelectual de 55 aproximadamente, los moderadamente severos de 58, los moderados de 68 y los leves de 82. Es interesante notar, en estos pacientes, la correlación existente entre la altura y el coeficiente intelectual.

La experiencia acumulada en los últimos años demuestra que la deficiencia mental es resultado de la exposición prenatal al alcohol o consecuencia de vivir con padres alcohólicos. En este sentido, Jones, en un estudio sobre la descendencia de 23 mujeres alcohólicas crónicas, encontró que no existían diferencias en los coeficientes intelectuales entre los niños criados con los padres alcohólicos de los criados por familiares no alcohólicos o en familias adoptivas; indicando que el insulto es previo al nacimiento. Clarren cita un trabajo ruso en el que se estudiaron 42 niño/as, 23 hijos de madres alcohólicas antes, durante y después de la gestación y 19 hijos de madres que se hicieron alcohólicas después del embarazo. Catorce de los 23 que tuvieron exposición al alcohol prenatalmente se diagnosticaron como deficientes mentales. Los otros 19 niños presentaban sólo alteraciones de conducta y emocionales que evolucionaron favorablemente al mejorar las circunstancias ambientales. La evidencia más llamativa del efecto prenatal del alcohol en el sistema nervioso central proviene de estudios anatomopatológicos. Clarren estudió 4 cerebros de niños muertos de madres alcohólicas (de 29, 30, 32 semanas de gestación y un recién nacido a término), todos mostraban malformaciones encefálicas similares, causadas por falta o interrupción de la migración neuronal o glial. Aunque los tipos de malformaciones eran parecidas en cada caso la localización de las mismas variaba de sujeto a sujeto. Las anomalías más frecuentes eran displasias cerebelosas y acúmulos de células heterotópicas en la superficie cerebral. Debido a esta desorganización extensa en el cerebro, resultado de errores en la migración glial y neuronal se sospecha que la interferencia en el desarrollo del cerebelo y tronco ocurrió durante los primeros 45 días de gestación y las anomalías cerebrales debieron de iniciarse antes de los 85 días de gestación. En este estudio, el alcoholismo crónico diario produjo resultados similares al consumo intermitente pero excesivo. El mecanismo a través del cual el alcohol interfiere con la morfo génesis cerebral no se conoce; la severidad del efecto, como

ya hemos visto, se encuentra en relación no sólo con el nivel sérico de etanol, sino con el momento de gestación en que éste actúa y con la respuesta fetal individual.

Es muy interesante observar que de estos 4 pacientes, sólo 2 tenían rasgos fenotípicos externos característicos del síndrome alcohólico fetal, lo que coincidiría con el estudio de Jones 13 que encontró que 44 % de los niños sobrevivientes tenían retraso mental a la edad de 7 años, mientras que sólo 32 % tenían rasgos típicos del síndrome alcohólico fetal. Estos hallazgos remarcan que en algunos niños los problemas de morfogénesis y/o función cerebral pueden ocurrir como la única anomalía aparente en la exposición intrauterina al alcohol.

La microcefalia (80 %) no sólo con respecto a edad cronológica sino también con la edad talla es un rasgo importante. Generalmente, es de aparición prenatal, aunque en ocasiones sólo se hace aparente con el tiempo y refleja un crecimiento cerebral deficiente. Raramente se la ha encontrado con hidrocefalia, sólo en caso de que las malformaciones interfieran con la dinámica del LCR.

Igualmente se han encontrado pacientes con mielomeningocele y lipoma lumbosacro y experimentalmente se han producido defectos del tubo neural en pollos. Funcionalmente, el 70 % de pacientes con síndrome alcohólico fetal presentan disfunción motora para movimiento fino. Los recién nacidos son muy irritables, tremulosos, con débil reflejo de succión e hiperacusia (80 %). Algunos autores han descrito estas anomalías como un síndrome de privación por el alcohol. Pierog, por ejemplo, presenta 6 casos con temblores, irritabilidad, aumento del tono muscular, aumento de la frecuencia respiratoria, hiperacusia, convulsiones y manifestaciones digestivas de distensión abdominal y vómitos. Jones, sin embargo, opina que muchos de estos síntomas representan más una disfunción neurológica que una reacción de dependencia ya que persisten hasta pasados el primer año de edad. En niños mayores lo más frecuente es la hiperactividad (50 %), el llamado síndrome de disfunción cerebral mínima. A pesar de esta hiperactividad en los años preescolares "nunca se quedan quietos", Streissguth recalca que ninguno ha sido descrito como antisocial, rebelde o negativista. Estos niños, como todos los pacientes con disfunción cerebral mínima, presentan dificultades de

aprendizaje y requieren atención especial. Finalmente, algunos muestran alteraciones moderadas de la función cerebelosa e hipotonicidad

4.2.- Retraso del Crecimiento

La mayoría de los niños con síndrome alcohólico fetal presenta déficit de crecimiento al nacer, tanto en peso como en talla (más del 80% están por debajo del percentil 3 en peso y talla).



Mientras que la edad gestacional promedio es de 38 semanas, el peso y la talla al nacer correspondiente, el peso y la talla al nacer corresponden a 33- 34 semanas. Al principio, las publicaciones remarcaban que las alteraciones de crecimiento lineal eran mayores que las de peso, pero ahora se sabe que muchos niños afectados tienen más déficits en peso que en talla. Pocos han demostrado recuperación de crecimiento postnatal, la mayoría se mantiene siempre debajo de dos derivaciones standard del promedio (< 3%). Clarren también señala que estos niños se conocen por disminución del panículo adiposo.

En cuanto a la causa de la deficiencia de crecimiento se sabe que estos pacientes tienen niveles adecuados de hormonas de crecimiento, cortisol y gonadotropinas. Se cree que esta alteración es prenatal y refleja una proliferación celular que produce un número menor de células fetales y, por ello, a veces una posterior limitación de tamaño. Sea cual sea la causa del retraso, este persiste aun después del nacimiento y a pesar de una nutrición adecuada durante las prolongadas hospitalizaciones o en ambientes familiares buenos. Esto sugiere que la deficiencia de crecimiento posnatal no es secundaria a privación ambiental "per se". Al año de crecimiento promedio era del 65% de lo normal para la talla y 38% para el peso.

La microcefalia no mejora. Con frecuencia, estos niños presentan al nacer problemas de distress respiratorio, hipoglicemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia.



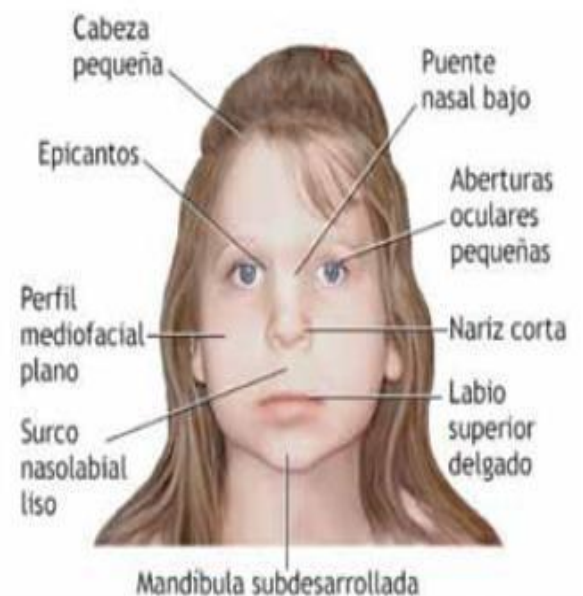
Facies dismórficas características

La deficiencia mental o retraso de crecimiento es la facies peculiar la que va agrupar a estos pacientes en una misma entidad clínica.

Vista general: la cara de síndrome alcohólico fetal es tan típica como la del Down y se puede sospechar ya desde el periodo neonatal. Es muy difícil identificar un síndrome alcohólico fetal sin las malformaciones faciales.

El crecimiento del ojo, como el resto del sistema nervioso, se afecta adversamente por la exposición fetal al alcohol, lo hace de tal modo que puede llegarse a observar microoftalmia. Típicamente presentan fisuras parpebrales cortas (80%) que se relacionan con el tamaño del ojo; y ya que el ojo es un órgano neural, el tamaño de la fisura parpebral refleja indirectamente ese aspecto del crecimiento neural. El promedio más una desviación standard de la medición desde el canto interno del ojo al extremo es a las 40 semanas de $1.85 \pm 0,13\text{cm}$. otro hallazgo ocular frecuente es el estrabismo ptosis y epicanthus (26- 50%). Con menor frecuencia se observa miopía y blefarofimosis.

Nivel ocular.



Nivel nasal.

Nariz en forma de silla de montar, corta, con puente ancho y orificios evertidos.

Nivel bucal.

Hipoplasia de labio con vermili3n fino (80%), philtrum corto o hipoplásico (80%), comisuras caídas paladar ojival, ocasionalmente fisura palatina, labio leporino.

La mandíbula y las orejas se hallan también frecuentemente involucradas. A nivel auricular, la rotación posterior hélix es frecuente (26-50%) y se observan varias alteraciones ocasionales del pabellón auricular (1-25%). La mandíbula es pequeña al nacer (80%) y esta micrognatia relativa persistente en algunos casos; en otros, ocurre lo contrario. La cara se altera en mayor grado, debido a la eficiencia de crecimiento medifacial y mandibular. Esta exhaustiva descripción no implica, por supuesto, se den todas estas malformaciones al mismo tiempo.



Malformaciones variables

Las malformaciones descritas en el síndrome alcohólico fetal van en aumento y su frecuencia se incrementa al buscarse más profundamente. Estas son:

Anomalías en la piel y articulaciones.

Limitación articular, en especial, en dedos y codos, campodactilia, displasia de caderas. A veces se ve hiperlaxitud ligamentosa, hirsutimos frontal, nevus cutáneos,

hemangiomas, surco palmares aberrantes, hipoplasia ungueal. Las alteraciones variables en la motilidad articular y en la posición de las manos, codos, caderas y pies podrían ser consecuencia del movimiento limitado in útero y/o la posición aberrante del feto en su vida fetal temprana. Los patrones alterados de los surcos palmares (que se determinan normalmente hacia la semana 11 de gestación) se explican del mismo modo, a las alteraciones que el alcohol produce en el desarrollo cerebral.

Anomalías óseas.

Escoliosis espina bífida, sinostosis radio-cubital, polidactilia excavatum, Klippel Feil. (fig. 1-6)



Anomalías musculares.

Hernias diafragmáticas, umbilicales, inguinales. Diastasis de rectos.



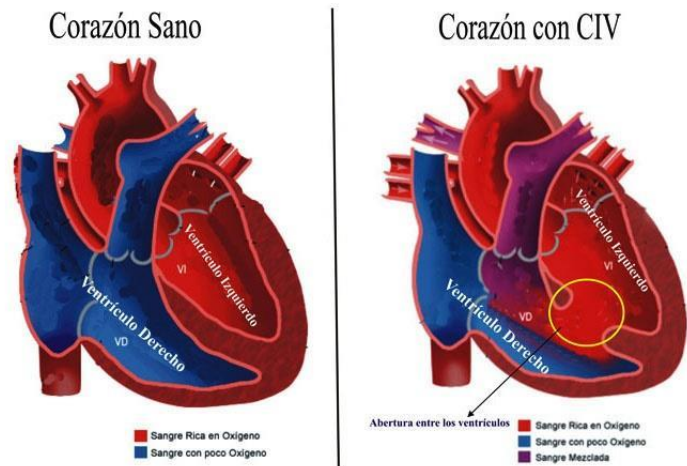
Anomalías viscerales

Cardiopatías congénitas, principalmente defectos septales. Displasia génito-anales. Hipoplasia genitales, hipospadias, criptorquidia. Las malformaciones renales que, aunque no se mencionen explícitamente como parte integral del síndrome de alcohol fetal, parecen ser bastante frecuentes. En una revisión hecha por Debeukelaer se encontraron muchos pacientes con este tipo de anomalías. Hanson en un estudio de 41 pacientes, incluyó a un niño con hidronefrosis y varios con malformaciones no específicas del tracto urinario. En el trabajo de Lemoine, uno de los niños tenía malformación renal.

Ambos autores señalan que todos los pacientes no fueron estudiados desde el punto de vista renal. Goetsman y cols estudiaron al tracto urinario de 3 niños con síndrome de alcohol fetal, dos de ellos tenían anomalías renales: una ectopia y una hipoplasia con obstrucción en la unión ureteropelvica. Tendrink y Goldstein encontraron anomalías renales en dos pacientes, uno que sufría de perviectasia renal unilateral y otro de hidronefrosis producida por una obstrucción ureteropélvico. Debeukelaer presento un paciente con hipoplasia de riñón derecho e insuficiencia renal. Asimismo un estudio experimental realizado recientemente en ratones a los que durante el embarazo se les administro etanol de forma crónica y en alta dosis, demostró una alta incidencia de malformaciones en el tracto urinario de la descendencia. Qazi y Col.

Presentan 6 niños con síndrome alcohólico fetal y con malformaciones renales asociadas, 4 de ellos tenían hipoplasia renal uni o bilateral.

Ya que la mayoría de los pacientes no se estudiaron desde el punto de vista renal, la incidencia de defectos renales en el síndrome alcohólico fetal es desconocida.



4.3. Alteraciones craneofaciales

Clínicamente se observa en el paciente con síndrome alcohólico fetal, una serie de características específicas que encaminan al diagnóstico. A continuación se describen las características patognomónicas de esta enfermedad en la cabeza y cara.



Alteraciones en el cráneo

- Base del cráneo inclinado a un grado extremo que mira hacia atrás con desplazamiento de la base craneal.
- Hipoplasia del tercio medio facial
- Tercio medio facial en subdesarrollo con escasez grave de hueso
- Crecimiento anormal del cráneo y de la mandíbula
- Retraso de crecimiento pre y post natal

Alteraciones en la cara

Muchas de las estructuras afectadas por el síndrome alcohólico fetal involucran a los derivados de la cresta neural como los huesos faciales, cartílago, dientes y corazón.

Todas estas características faciales, que expresan defectos en el desarrollo del mesodermo facial, se suavizan con el crecimiento y pueden desaparecer, de modo que en la adultez ya no es posible distinguir a los nacidos con FAS solo por el aspecto facial.

En la pubertad muchas de las características físicas del síndrome alcohólico fetal se vuelven menos prominentes, aunque una serie de signos y síntomas persisten. En muchos casos, las anomalías oculares, fisuras palpebrales cortas, anomalías del surco naso labial y los labios siguen siendo útiles características de diagnóstico en adolescentes y adultos, sin embargo, problemas de conducta, emocionales y sociales son aún más perceptibles.

La región media de la cara es pequeña; el labio superior es característicamente fino, delgado, recto y está como “arremangado” hacia adentro, mostrando muy poco el bermellón (a veces puede haber labio leporino con paladar hendido o sin él); el surco naso labial está notablemente aplanado o, incluso, es inexistente, por lo que la zona facial superior a la boca adquiere un aspecto como de “planchado”; las orejas pueden tener implantación baja y los pabellones estar mal formados; al nacer suele existir un notable hirsutismo, más marcado en la piel peri facial.



Pliegue epicanto, hipoplasia maxilar, paladar ojival (paladar blando), micrognatia, aumento del crecimiento del labio superior, prognatismo, fisuras orales.

- Filtrum liso.
- Labio superior delgado.

Alteraciones bucodentales

La ingestión de una solución de etanol al 20% durante la gestación causa retraso en la diferenciación celular durante la odontogénesis y alteraciones basales del epitelio del germen dental.

- Alta incidencia con trastornos de la articulación temporomandibular y dentofaciales.³⁹
- Paladar blando ojival
- Paladar hendido
- Labio leporino
- Retraso de desarrollo dental
- En el maxilar los incisivos son pro inclinados en compensación a una retrusión maxilar
- Dientes desalineados
- Dientes en giro versión
- Mal posición dentaria
- Apiñamiento
- Mordida cruzada
- Sobre mordida
- Resalte y mordida abierta
- Dientes ausentes
- Dientes pequeños: el consumo de alcohol en el 5to día provoca reducción en el desarrollo del germen dental

- Anomalías de esmalte: el consumo de alcohol en el 5to día reduce la secreción de dentina y esmalte en los molares
- Hipoplasia del esmalte
- Apiñamiento de incisivos maxilares
- Niveles altos de placa bacteriana con hemorragia
- Trastornos de lenguaje.

Los dientes pueden ser pequeños, hipoplásicos y con esmalte defectuoso.



4.4.- Consideraciones en la atención odontológica

Los profesionales que trabajan con niños con síndrome alcohólico fetal deben evaluar y valorar completamente las habilidades del niño para poder ayudar a identificar las fortalezas y desafíos del niño, incluyendo apoyos ambientales y académicos.

Los siguientes factores deben ser observados durante el tiempo de evaluación: las habilidades, la atención, la independencia, las interacciones sociales, lenguaje funcional, las fortalezas e intereses y el comportamiento.

Una vez hecho el diagnóstico, la atención se centra en la determinación de las necesidades individuales de cada niño a través de procesos de evaluación que deben contener la información de una gran variedad de fuentes: padres, maestros anteriores y la observación del niño en una gran variedad de entornos. La información de la evaluación y los déficits conocidos ayudará en la determinación del tipo de ayuda que necesita ya que cada niño con síndrome alcohólico fetal es un individuo y el tipo de apoyo que necesita será el reflejo de su situación particular.

Hay dos áreas de especial interés para el dentista:

Las anomalías craneofaciales y los problemas médicos que pueden afectar la atención dental de estos pacientes que son propensos a tener hipoplasia en el maxilar y micrognatia, cualquiera de estos requiere la atención de las maloclusiones resultante de desarmonías esqueléticas.

Entre los problemas médicos se puede hablar de pacientes pediátricos con deficiencias en el crecimiento y la inteligencia, defectos congénitos cardiacos (especialmente defectos valvulares como auricular y ventricular) donde se debe de tener el apoyo y la interconsulta con un médico general y cardiópata sobre la susceptibilidad del paciente a una endocarditis bacteriana subaguda y la necesidad de profilaxis antes del tratamiento dental.

Es por esta razón que el Cirujano Dentista debe conocer los factores de riesgo que pudieran desencadenar alguno de estos eventos y las medidas a tomar en caso de presentarse cualquier evento.

Una de las complicaciones del Síndrome alcohólico fetal son las cardiopatías, por lo que al realizar procedimientos odontológicos que involucren sangre o entrada de bacterias al torrente sanguíneo, se corre el riesgo de que el paciente desarrolle endocarditis bacteriana por lo que se vuelve indispensable la profilaxis antimicrobiana por ejemplo, Amoxicilina 50 mg/ kg de 30 a 60 minutos antes de la intervención.

Las alteraciones en el cráneo y cara que expresan defectos en el desarrollo del mesodermo facial, se suavizan con el crecimiento y pueden desaparecer, de modo que en la adultez ya no es posible distinguir a los nacidos con FAS solo por el aspecto facial.

A menudo se encuentra en estos pacientes con alta incidencia de trastornos en la articulación temporomandibular, por ende, la apertura bucal se encuentra.

Limitada en espacio y tiempo dificultando el acceso a la boca y la atención odontológica.

Primeramente para estos pacientes con problemas de ATM se recomienda:

Rehabilitación dental y balance oclusal:

Tiene la finalidad de ubicar la posición fisiológica y céntrica del cóndilo dentro de la cavidad glenoidea a través de la armonía de los movimientos protrusivos, laterales y de apertura y cierre.

Guarda oclusal:

Tiene el objetivo de propiciar la desprogramación muscular, modificando los componentes motores del nervio trigémino y facial.

Fisioterapia:

Con base a ejercicios para la relajación de los músculos masticadores periarticulares, cuello, hombros y espalda por repetidas sesiones cortas, diarias y durante varias semanas.

Termoterapia o electroterapia:

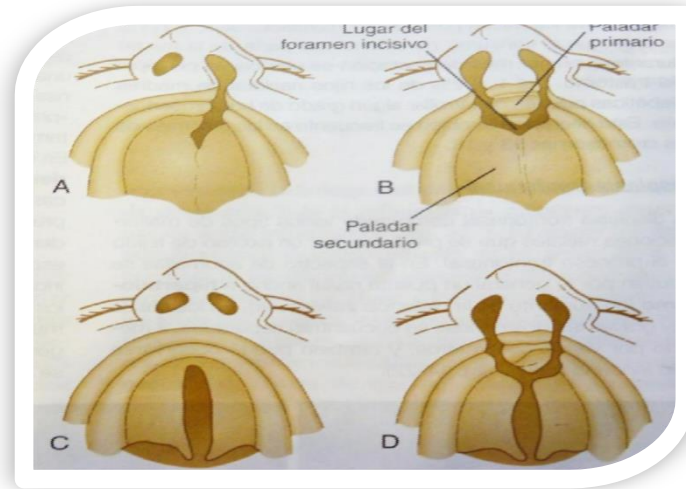
Se aplican en los músculos afectados de cara y cuello, en busca de alivio de la tensión y dolor irradiado.

Cuando existen alteraciones internas del disco articular se pueden emplear procedimientos quirúrgicos.

Los niños con Síndrome alcohólico fetal son más susceptibles a tener labio leporino y paladar hendido, debido a la complejidad de la deformidad que tienen los pacientes con hendiduras maxilofaciales se requiere un enfoque de rehabilitación multidisciplinario. En la mayoría de los casos el tratamiento se prolonga por muchos años desde el nacimiento hasta la operación estética final, en otros durará toda la vida.

La variadísima morfología a que pueden dar lugar las fisuras labio-alveolo- palatinas por implicar la deformidad de 4 estructuras diferentes: el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando, unido a la posibilidad de que la alteración sea unilateral o bilateral, ha sido siempre un desafío para que se adoptara universalmente una clasificación única; y si a esto se añade la idea de que la clasificación debe estar basada no en los hechos anatómicos del feto a término, sino en los datos embriológicos que han dado lugar a la deformidad, resulta que prácticamente cada estudioso de este problema ha hecho su clasificación propia.

Stark y Kernahan en 1958 proponen una ingeniosa y sencilla clasificación de fisuras labio-palatinas que abarca todos los tipos de fisuras de paladar primario y secundario.



La complejidad de la deformidad que tienen los pacientes con hendiduras maxilofaciales requiere un enfoque de rehabilitación multidisciplinario en el que intervienen varias disciplinas con actividades específicas encaminadas a solucionar los diferentes problemas que se presentan. Los servicios participantes son:

- **Cirugía maxilofacial y cirugía plástica**



- **Foniatría, Psicología, Otorrinolaringología, Genética médica, Radiología, Trabajo social y fotografía clínica**

Igualmente tienen que participar otros servicios llamados consultantes y son los siguientes:

- **Pediatría, Laboratorio clínico, Anestesia**

Cómo alimentar a los niños portadores de malformaciones congénitas del labio y paladar genera ansiedad en los padres en el momento del nacimiento, y se verificó que la mayoría son alimentados artificialmente, sin embargo se comprobó que con la leche materna estos lactantes tienen un 25 % menos de infecciones del oído y del tracto respiratorio, que los alimentados con biberón. Es importante señalar la función cicatrizal del calostro sobre todo para los niños que requieren cirugía.

En otros casos los pacientes pueden presentar paladar blando ojival, por lo que se recomienda la Ortopedia maxilar: se coloca una placa de expansión con tornillo en "V" para expandir el paladar que se encuentra en forma ojival, Colocación de Quad-Helix, Colocación de Hyrax con tornillo en paralelo o la colocación de una placa obturadora a los 11 días de nacido dependiendo la gravedad del paladar.

Los niños con SAF son más susceptibles a presentar enfermedad periodontal y caries dental como resultado del severo apiñamiento, la destreza limitada en el aseo bucal por el retraso mental y por los problemas de apertura por los trastornos de la ATM. Estas situaciones son una contraindicación para la terapia ortodóncica convencional fija. El tratamiento más adecuado para el apiñamiento dental son las extracciones múltiples teniendo las debidas precauciones para evitar una endocarditis bacteriana.

Se recomienda comenzar con los tratamientos preventivos a la edad más temprana posible colocando selladores de fosetas y fisuras, profilaxis y aplicaciones tópicas de fluoruro cada seis meses para prevenir problemas cariosos que más adelante dificultarán su tratamiento.

Un punto muy importante es la educación para la salud bucal en los padres de los niños con el síndrome alcohólico fetal dependiendo el grado de severidad del síndrome. El cirujano dentista tiene la obligación de informar a los padres de las alteraciones craneofaciales propias del síndrome alcohólico fetal y las complicaciones que se pueden tener más adelante si no se les brinda una atención

adecuada, así mismo hay que enfatizar los problemas bucodentales, su pronóstico, tratamiento y prevención.

Para su tratamiento es necesario la unión de conocimientos multidisciplinarios entre distintos especialistas, entre los que se incluye: psicólogos, psiquiatras, neuropsicólogos, genetistas, teratogenistas, ginecólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, neurólogos, odontólogos, cirujanos maxilofaciales, terapeutas, pediatras, cardiólogo, ortodoncistas, periodoncistas.

V.- Material y Método

Estudio de Caso

NOMBRE:

ALEXANDER LOPEZ

EDAD:

6 AÑOS



EDENTIDAD FEDERATIVA:

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIAPAS, COMUNIDAD DE SAN JUAN CHAMULA

Alexander es un niño con síndrome fetal de madre alcohólica

Quien consumió alcohol durante todo su embarazo hasta el nacimiento.

En una entrevista con la abuela nos brindó información acerca de las condiciones en que vivía el pequeño, con desnutrición severa, descuido en su aspecto general e higiene.

Llega al consultorio dental del Centro de Salud Berriozábal y al realizar la inspección bucal

encontramos lo siguiente; órganos dentarios con caries de 4o grado con presencia de abscesos periodontales con fenestración ósea, halitosis y Enfermedad periodontal.



Diagnóstico:

Caries múltiples y fenestración óseo

TX:

Farmacoterapia: amoxicilina con ácido clavulánico 250mg/5ml suspensión por 7 días.

Clínicamente: profilaxis y extracción seriada.

Cita de 7 días: Alexander presento alergia al medicamento la cual la abuela no sabía y se le explico el motivo por el cual presento la alergia, fue difícil explicarle y ella en entendernos ya que no muy le entendía al español ya que es una persona indígena y habla tzotzil, ella como podía nos explicó todo el problema que tenía, trate de entenderle para saber poder diagnosticar a Alexander.

Se le realizó extracción de los dientes uno por uno, ya no puede hacer la extracción seriada debido que Alexander era un poco imperativo pero cooperador y se me hacía difícil quitarle dos o tres dientes por lo cual decidí hacer la extracción de uno por uno.

Lamentablemente solo pude ayudar a Alexander poco por motivo que surgió la pandemia del COVID- 19, lo cual ya no puede seguir atendiendo a Alexander ya que era propenso a contaminarse, no lo quise arriesgar lo cual decidí cambiar el PAO por RECOPIACION BIBLIOGRAFICA, ya que se me hizo un tema muy interesante y quería darle seguimiento al tema.

VI.- Conclusión

El aumento en la incidencia del consumo de alcohol en mujeres embarazadas o que planean un embarazo, deben de conocer el riesgo de su ingesta y la importancia de hacer abstinencia total de alcohol.

La ingestión de alcohol materno durante el embarazo puede tener efectos severos sobre el sistema nervioso central, y otros órganos, en el embrión y el feto en desarrollo, dependiendo de la dosis, duración y estadio de desarrollo del embrión en la exposición. Efectos embriotóxicos del alcohol se han observado en muchas especies animales. Es importante reducir el consumo de alcohol durante el embarazo al mínimo. Sin embargo, todavía es difícil definir la dosis mínima que afectará al embrión en desarrollo y la relación dosis-respuesta exacta.

Es importante tener un conocimiento amplio de los principales signos y síntomas presentes en los niños expuestos a la ingesta materna de alcohol, porque como peritos evaluadores de los casos en los que se requiere determinar porcentajes de pérdida de la capacidad funcional, establecer casos de mala práctica médica, o determinar la causa y manera de muerte, es de suma importancia tomarlas en cuenta como concausa o incluso como una causa de muerte súbita.

En nuestro país, la consideración de los trastornos provocados por la EPE es poco menos que inexistente. Sin embargo, el alcoholismo es una de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio y la edad de inicio de esta enfermedad es cada vez más precoz. Antes observado sólo por los clínicos y psiquiatras de adultos, el alcoholismo per se es hoy también visto en el terreno de la pediatría. Por otro lado, los efectos sobre la salud de los expuestos al AMF son observados y atendidos por pediatras, neurólogos, psiquiatras, clínicos, psicólogos, enfermeros y asistentes sociales. Sin embargo, raramente se los diagnostica y reconoce como tales. Las consecuencias sociales que acarrear los FASD recaen en los ámbitos escolar, laboral, judicial, médico y económico. Sin caer en alarmismos sociales como los registrados en otros países, en nuestro criterio es imperativo un mayor

reconocimiento de la importancia que este grupo de enfermedades tiene para los individuos y la sociedad.

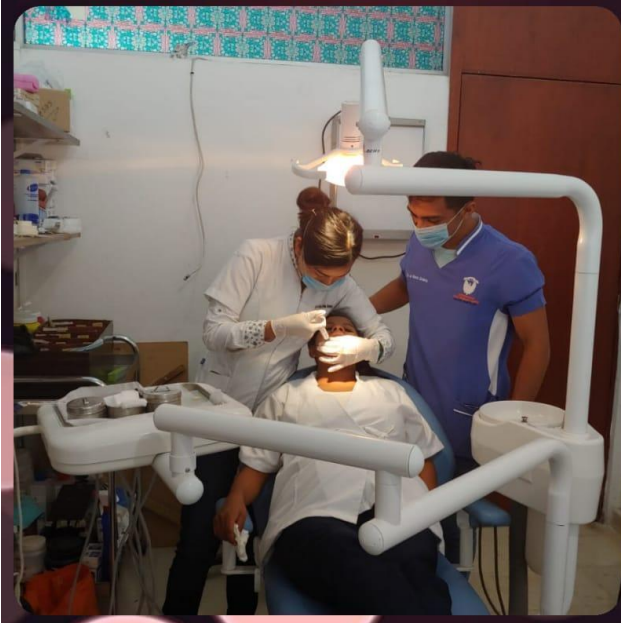
VII.- Propuestas

- Se sugiere seguir haciendo investigaciones al respecto en las diferentes áreas de la salud y realizar intervenciones educativas como manera preventiva en los adolescentes y adultos jóvenes. En los casos en los que se reconozca una exposición al alcohol in útero, se debe proporcionar apoyo nutricional, conductual y escolar a esos niños, ya que el síndrome alcohólico fetal requiere de atención multi e interdisciplinaria.
- Tiene la obligación de conocer esta entidad nosológica para saber reconocer las manifestaciones y complicaciones de la misma y para saber proporcionar el tratamiento adecuado.
- Se puede prevenir si se hace una buena inspección a la mujer embarazada y un buen diagnóstico con los especialistas indicados, a pesar de haber marcadores su manejo es difícil por el tiempo de estancia tan corto del alcohol dentro del cuerpo.
- El papel del área de la salud es importante, para hacer promoción y prevención sobre el consumo de alcohol y sobre todo en mujeres en edad fértil que no tienen conciencia sobre los riesgos que puede llevar el consumo mínimo de alcohol durante el embarazo ya que los efectos de este acto repercutirán para toda la vida del niño y de la madre.

- El papel del cirujano dentista en la prevención y tratamiento de las complicaciones es de suma importancia, aunque todavía falta mucho por hacer para evitar que haya personas consumidoras de alcohol.

VIII.- Anexos







IX.- Bibliografía consultada

1. Gispert C. Diccionario enciclopédico. Barcelona España: editorial Oceano. 2010. Pp 564
2. ¿un embarazo adolescente? disponible en:
<http://prosalud.org.ve/pages/company.php?topic=331>. 23/02/2013 5:34
3. Embarazadas en México.28 de septiembre 2011. 3:42 pm 22/02/2013
disponible en: http://www.intoleranciadiario.com/detalle_noticia.php?n=82369
4. Instituto Nacional de Estadística Y geografía (México). Mujeres y hombres en México 2011. / Instituto Nacional de las Mujeres. INEGI 2012
5. Langman S. Embriología Médica con orientación clínica.10 a ed. Buenos aires: Medica Panamericana. 2007. Pp 1 – 50 30
6. Moore K. Embriología clínica. 8 a ed. Barcelona España: Elsevier. 2008. Pp 576-578
7. Janson B. El cuerpo humano. Salud y enfermedad. 11ª ed. México: The point.2010. Pp 509 – 520
8. Carlson B. Embriología humana y biología del desarrollo. 4ª ed. Barcelona, España: Elsevier Mosby 2009. Pp 13 – 16, 325 – 359
9. Uribe, M. Medicina Interna. 2a. ed. Cd México: Editorial Panamericana. 1995. Pp 1799
10. Manning M, Hoyme H. Fetal alcohol spectrum disorders: A practical clinical approach to diagnosis. Rev. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2007; 31: 230 - 238
11. Muñoz J. Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad. AAPAUNAM 2010; 1: 42 – 52
12. Córdoba, D. Toxicología.3ra. ed. Cd. México: Editorial Manual Moderno, 2006. Pp 459-464
13. Ornoy A. Alcohol abuse in pregnant women: Effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. Int J Environ Res Public Health 2010; 7: 364 – 379
14. Taylor, R. Medicina de familia. Principios y práctica. 6a. ed. Cd México: Editorial Masson, 2006. Pp 544-552

15. Justo C. Boletín semanal de promoción y educación para la salud. Departamento provincial. 2006; 18: 2 - 6
16. Bataller R. Toxicología clínica. 2da. Ed. Valencia: editorial Romeu. 2004. Pp 50 – 57
17. Cunningham, G. Obstetricia de Williams. 22a.ed. Cd. México: Editorial Mc Graw Hill. 2006. Pp 346 – 347
18. Evrard, S. Diagnostic criteria for fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders. Arch Argent Pediatr 2010; 108(1): 61 – 67
19. González A, Reynoso R. Guía para el diagnóstico de trastornos asociados a la exposición prenatal al alcohol Trastornos del feto alcoholizado (FASD). Acta pediatrMex 2011; 32(3): 180 – 182
20. Varela G, Chávez M, Villegas P. Manifestaciones clínicas y odontológicas en el Síndrome Alcohólico Fetal. Presentación de un caso. Medigraphic 2012; 4: 79 – 85
21. Peña J. Consumo de alcohol en mujeres embarazadas. Sociedad 2010; 16 (47): 211 – 227 31
22. Guerri C. New informative and prevention programs in Europe to reduce the risks associated to alcohol consumption during pregnancy and the appearance of foetal alcohol spectrum disorders. Rev Adicciones 2010; 22(2): 97 – 100
23. Calhoun F. Fetal alcohol síndrome: Historical perspectives. Neuroscience and Biobehavioral 2007; 31: 168 – 171