

820122

37

2 ej

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

UNIVERSIDAD INCORPORADA A LA NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA



MANEJO Y SOLUCION DE LOS PROBLEMAS ODONTOLOGICOS  
DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL.

# T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
SOFIA GARCIA PADILLA

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ  
GUADALAJARA, JALISCO. 1986

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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

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

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

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

## I N D I C E .

Introducción 1

CAPITULO I.- CLASIFICACION DE LAS DISTINTAS AFECCIONES CE  
REBRALES. 3

a.- Clasificación 11

b.- Clasificación de acuerdo con la par  
te afectada 20

c.- Clasificación según la intensidad -  
del cuadro 22

CAPITULO II.- PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS MAS COMUNES 25

a.- Caries 26

b.- Enfermedad Periodontal 30

c.- Maloclusión 35

d.- Bruxismo 40

e.- Función Muscular 42

f.- Hipoplasia	44
g.- Traumas	47
h.- Problemas del habla	48
i.- Condiciones discapacitadas asociadas con la Parálisis Cerebral	50
<b>CAPITULO III.- PRINCIPIOS CIENTIFICOS MAS IMPORTANTES PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS DENTALES.</b>	<b>52</b>
a.- Manejo en el consultorio	55
b.- Manejo en el hospital	97
<b>Conclusiones</b>	<b>105</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>108</b>

## I N T R O D U C C I O N .

Pocos días pasan sin que veamos en la calle una persona quien sufra una incapacidad física o mental que le impide vivir una vida normal. A pesar del hecho que las comunidades invalidantes afectan a todos los grupos en la comunidad, la profesión odontológica todavía tiene que reconocer sus responsabilidades con este grupo minoritario. Sin embargo, una -- conciencia cada vez mayor entre los padres y los médicos sobre el valor de la odontología ha hecho que más niños afectados -- sean llevados al consultorio odontológico, y exista una demanda creciente por algo más que un tratamiento de emergencia. Es te estímulo ha resultado en un estudio de los problemas inherentes a la provisión de un servicio odontológico adecuado para este grupo.

Algunas condiciones discapacitantes van - - acompañadas por problemas dentarios severos. La capacidad masticatoria de muchos niños discapacitados está tan comprometida que se les alimenta con una dieta blanda, que en muchos casos, es altamente cariogena. Otros niños permanecieron institucionizados gran parte de su vida y no recibieron la atención odontológica adecuada, ya sea restauradora o preventiva, con - la consecuencia de un incremento dramático en las odontopatías

Son pocos los profesionales en este tipo de pacientes difíciles, que aún en el seno de sus familias, no lo gran la comprensión y atención debidas. La falta de experiencia del tratamiento de este tipo de pacientes difíciles, que aún en el seno de sus familias, no logran la comprensión y atención debidas. La falta de experiencia del tratamiento de este tipo de pacientes es un impedimento serio en su tratamiento. Frecuentemente existe una falta de entendimiento por la familia de la necesidad de tratamiento dental.

La profesión dental ha respondido al desafío del aumento del número de niños físicamente minusválidos. Originalmente, el énfasis estuvo en como la incapacidad prevenía el llevar a cabo un tratamiento dental. Ahora se reconoce que el tratamiento preventivo es la única respuesta del problema. Eventualmente todos los niños, independientemente de su invalidez, serán tratados en la práctica dental general.

Si el odontólogo acepta el hecho de que los procedimientos dentales pueden retrasar y requerir más tiempo que los niños normales, podrá lograr enorme satisfacción personal al saber que encontró la forma de contribuir al progreso de la habilitación de estos seres tan desafortunados, y al observar la profunda gratitud en estos por los servicios dentales realizados en ellos.

## **CAPITULO I.-**

### **CLASIFICACION DE LAS DISTINTAS AFECCIONES CEREBRALES**

**a.- Clasificación**

**b.- Clasificación de acuerdo con la parte afectada.**

**c.- Clasificación según la intensidad del cuadro.**

## CAPITULO I.-

CLASIFICACION DE LAS DISTINTAS AFECCIONES CEREBRALESDEFINICION:

En casi todas las comunidades hay un sector de la población infantil que padece alguna entre varias condiciones discapacitantes, siendo ésta, mental, física o ambas.

La parálisis cerebral es un término general que describe un grupo de trastornos no progresivos de los centros y vías motoras del cerebro. El paciente con parálisis cerebral se caracteriza por debilidad, parálisis, mala coordinación y otros compromisos de la función muscular. (2)

La parálisis cerebral se define como un -- trastorno de los movimientos de la postura causados por un defecto permanente o lesión del cerebro maduro no progresivo. La lesión cerebral producida durante los años de desarrollo ( malformaciones, sufrimiento fetal, hipoxia o traumatismo ) que -- afecte a zonas del cerebro que controlan el movimiento y la -- postura e interfieran significativamente en la función puede -- denominarse parálisis cerebral. Se fijó el límite de edad en -- que ocurren las lesiones y debe coincidir con el periodo de de sarrollo utilizado por la asociación americana de deficiencia mental, que es de 18 años de edad. (3)



La parálisis cerebral manifestada por lo regular en la niñez, caracterizada por una disfunción cerebral - en la que principalmente hay alteraciones motoras. Por lo tanto, se puede definir como un grupo de condiciones originadas - usualmente en la niñez, caracterizada por parálisis, debilidad incoordinación o cualquier otra alteración de los centros de - control motor del cerebro. (16)

La parálisis cerebral no se trata de una enfermedad conomorfa, con etiología, patogenia, anatomía patológica y síndrome unitarios, sino de una serie de síndromes o estados patológicos de causa dispar ( heredosifilis, asfixias -- neonatorum, isoimmunización, prematuridad, meningoencefalitis tox infecciosas, etc. ), con lesiones anatómicas distintas y variadas, que en virtud de tales diferencias en su sustrato ofrecen una traducción clínica expresada por síndromes muy distintos, cuyo único rasgo común es el de su aparición congénita o durante los primeros meses de la vida extrauterina. En este -- tiempo se imprimen profundas modificaciones anatómicas al cerebro, que pronto se revelan por parálisis epásticas de ambos -- brazos o piernas, rigidez extrapiramidal, motilidad coreoatetósica, pie zambo, debilidad mental o estados epilépticos, manifestaciones dispares cuyo distinto acoplamiento origina los diversos cuadros sindrómicos y que englobamos en el grupo de las encefalopatías infantiles o parálisis cerebral congénito. (14)

La parálisis cerebral abarca una gran cantidad de disfunciones neuromusculares resultantes de una lesión cerebral, siendo estas por lo regular no progresivas y pueden provenir de defectos cerebrales congénitos, traumatismos, anoxia o infecciones o su etiología puede ser desconocida. (12)

La deficiencia mental se caracteriza por el hipofuncionamiento de la inteligencia, entendiéndose por esto, - el conjunto de las facultades mentales superiores: Lenguaje, - cálculo, percepción del esquema corporal y extracorporal, atención y concentración, aprendizaje, memoria, imaginación, juicio, afectividad y emotividad, agresividad, voluntad, etc. y - es condición fundamental para que se constituya una deficiencia mental, que este hipofuncionamiento intelectual deteriore la personalidad, y determine una inadecuada adaptación social. (15)

La parálisis cerebral pertenece a un grupo de trastornos relacionados que se superponen etiológica y clínicamente y se ubican bajo el encabezamiento de síndromes de - disfunción cerebral e incluye, también, tipos de deficiencia - mental y epilepsia.

Los niños con parálisis cerebral pueden sufrir convulsiones y tanto en ellos como en los epilépticos pue

den manifestarse diversos grados de deficiencia mental.

Hay muchas causas de la parálisis cerebral, sin embargo, hay veces en que no se puede descubrir la causa evidente, de manera que el término de niño con daño cerebral no es el verdaderamente adecuado. (15)

Se ha dicho que el término de parálisis no constituye un diagnóstico, ni provee indicación de sus factores etiológicos sino de una manera general. La parálisis cerebral es un término descriptivo que abarca un número de condiciones de con varios grados de severidad y de diversas causas.

Las causas de la parálisis cerebral son muchas. Cualquier proceso que reduce severamente el suplemento de oxígeno al cerebro en desarrollo, tales como hemorragia o estrangulamiento del cordón umbilical, pueden ser los responsables. Se han atribuido también las infecciones, trauma de nacimiento y causas genéticas. Hay una gran asociación con la premadurez. (19)

La etiología de la parálisis cerebral puede ser atribuida a causas prenatales, perinatales o postnatales. Las principales causas prenatales son infecciones ( Rubeola ), premadurez y trastornos del desarrollo. Algunos defectos de de

sarrollo son de origen genético como cuando hay incompatibilidad de Rh en una transfusión sanguínea. Los factores perinatales incluyen tumores, accidentes cerebrovasculares, traumatismos, infecciones y otros problemas vinculados con el sistema nervioso central. (2)

Las diversas causas que provocan a la parálisis cerebral incluyen anoxia, hemorragia, trauma, nacimiento prematuro, infección, toxemia del embarazo, incompatibilidad de Rh y anomalías de desarrollo. La mayoría de los individuos con parálisis cerebral tienen, además de su incapacidad motora otros síntomas de daño cerebral orgánico, como trastornos convulsivos, retardo mental, trastornos sensoriales y de aprendizaje, y a menudo, complicaciones de la conducta y trastornos emocionales. (13)

Las variadas patologías de origen neurológico que son la causa más frecuente de discapacidad, puede tener su etiología en fenómenos biológicos, culturales, socio-económicas o psicológicos. Estos factores de riesgo o desencadenantes son de carácter endógeno o genético, exógeno o adquirido.

La parálisis cerebral, causada por un sufrimiento o anoxia cerebral que se produce en general alrededor del parto. (17)

Los mecanismos patogénicos de los distintos procesos causales son limitados en su número. La lesión cerebral se produce por uno de los siguientes mecanismos: Disembrioplasias, alteraciones metabólicas, infección o inflamación traumático directo o accidente vascular.

#### ANOXIA:

Todas las causas que obstruyan la circulación placentaria, como acodaduras o compresión del cordón, mala implantación placentaria, hemorragias durante el embarazo, etc., pueden originar la parálisis.

#### ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA MADRE:

Principalmente en los 3 primeros meses de gestación pueden afectar el cerebro fetal y su desarrollo, especialmente importantes son las infecciones por virus neumotropos y la Rubeola.

#### ENFERMEDADES METABOLICAS DE LA MADRE:

La toxemia gravidica provoca hemorragia cerebral en el feto. Los vasos cerebrales se afectan por las sustancias tóxicas presentes en el torrente circulatorio de la ma

dre, con la consiguiente necrosis de la sustancia gris y hemorragia secundaria. La diabetes predispone a la aparición de toxemia y, además, el traumatismo del parto suele ser mayor, dado que las madres diabéticas suelen dar a luz fetos de gran peso.

#### ERITROBLASTOSIS FETAL:

Este factor, responsable de la ictericia -- grave del recién nacido puede causar síndromes hemolíticos eritroblastóticos en el recién nacido. Las convulsiones, rigidez extrapiramidal y coma traducen la afectación cerebral, de la que, si se sobrevive, usualmente quedan los defectos extrapiramidales ( Atetosis, Corea ), epilepsia o idiocia propios de -- las encefalopatías infantiles.

#### ANESTESIA:

El centro respiratorio del feto es muy sensible. En el 10% de las raquianestésias hay hipotensión arterial en la madre y por tanto en el feto.

#### TRAUMATISMOS:

Constituyen el 5% de los casos de parálisis

cerebral, pues el traumatismo del parto se considera dentro de los límites fisiológicos.

#### CAMBIOS SUBITOS DE PRESION:

La presión intrauterina es mayor que la atmosférica y el paso de una a otra puede originar, en la cesárea y en el parto espontáneo, embolias gaseosas, roturas de vasos y hemorragias.

#### AVITAMINOSIS K:

Provoca al feto una tendencia a la hemorragia.

#### ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS:

Meningitis bacterianas, encefalitis, sífilis, traumatismos, infecciones neumónicas, enfermedades vasculares, etc. (14)

## A.- CLASIFICACION .

Las clasificaciones sirven para señalar unicamente en forma cuidadosa la extremidad o extremidades afectadas ( Topográfica ) y el tipo de afección motora existente ( - Fisiológica ).

La clasificación fisiológica motora incluye epasticidad, atetosis, rigidez, ataxia, temblores, atonia y tipos mixtos.

La clasificación topográfica incluye mono--plejia, para-plejia, hemiplejia, triplejia, cuadriplejia, di--plejia y doble hemiplejia.

En la clasificación fisiológica, los dos tipos más frecuentes son apasticidad y atetosis. (3)

Los diferentes tipos de parálisis cerebral pueden ser identificados y definidos de acuerdo a el tipo de - actividad motriz manifestada.

### EPASTICIDAD:

Dentro de la clasificación del tipo de dis-



función motora, se observa más frecuentemente la epasticidad y se define como un estado de tono muscular incrementado con reflejos exagerados. Hay hiperirritabilidad de los músculos involucrados, el más pequeño estímulo provoca contracciones exageradas. El grado de contracción varía según la parte afectada. (16)

La epasticidad se caracteriza por reflejos hiperactivos, presencia de reflejos por estiramiento y una dureza general de las partes afectadas. (12)

Los principales signos de epasticidad son:

- 1.- Aumento del tono muscular, en la que la flexión y la extensión de una extremidad dá lugar a un brinco.
- 2.- Reflejo de tendón hiperactivo o vigoroso, producido por el estímulo del reflejo al estiramiento tocando un tendón con el martillo.
- 3.- Presencia de reflejos patológicos, siendo el más frecuente el signo de babinski en el que tocar la superficie lateral de la planta del pie y continuar hacia la bola del pie, dá como resultado, la extensión plantar del dedo -

gordo y la flexión, con la abertura en forma de abanico, de los dedos restantes.

- 4.- Presencia de contracturas - especialmente los flexores de las extremidades inferiores y los extensores de las extremidades superiores - de donde viene la limitación funcional. (3)

En la epasticidad hay un tono muscular incrementando que causa una contracción excesiva del músculo al estirarlo. (2)

Hay además, hiperirritabilidad muscular; dificultad en el control de la cabeza cuando el cuerpo está en posición vertical; dependiendo de la severidad del caso, hay inhabilidad para usar brazos y piernas para evitar caídas ( extensión protectora ); El habla es afectado; la masticación y deglución tan afectados que el paciente babea. (11)

La epasticidad se suele asociar con prematuridad o anoxia. Más del 50% de los pacientes con parálisis cerebral -- tienen este tipo de complicación muscular.

La epasticidad junto con la atetosis contribuye aproximadamente el 75% de los casos de parálisis cerebral.(13)

ATETOSIS:

Se define como una condición en la cual hay una constante sucesión de movimientos de contorsión lentos involuntarios y de flexión, extensión, pronación y supinación de manos y dedos de manos y a veces de pies y dedos de pies. Estos movimientos aparecen involuntariamente. Los grupos musculares involucrados, pueden reaccionar adecuadamente a algunos estímulos voluntarios, pero las acciones involuntarias aparecen secundariamente, como si fueran de origen independiente aunque por la misma vía. (16)

Hay un movimiento aleatorio, incoordinado e incontrolable de las extremidades, cuerpo y cara. (2)

Estos pacientes tienen movimientos involucrados - sin propósito. (12)

Los músculos se contractan involuntariamente; movimientos involuntarios lentos, con movimientos de enroscamiento de los músculos opuestos; los movimientos deseados son contorsionados; dificultad en el balanceo y al tomar una posición vertical o al levantarse; posibles dificultades en habla, masticación y deglución. (11)

En este tipo de perturbación motora hay movimientos incontrolables, involuntarios, sin propósito y pobremente coordinados del cuerpo, cara y extremidades, resultando en un patrón de actividad muscular raro. Los movimientos musculares son exagerados cuando el paciente intenta una actividad voluntaria del músculo. En este tipo de pacientes, pueden existir - muecas de los músculos faciales, babeo y defectos del habla. -  
(13)

El tipo más frecuente de la parálisis cerebral -- atetósica es la coreoatetosis. La atetosis se caracteriza por movimientos fluidos, retorcidos, a manera de gusanos, generalmente en las porciones distales de las extremidades, mientras que los movimientos coreicos son repentinos espasmódicos, vigorosos e irregulares. Cuando se les encuentra juntos, se les -- llama coreoatetosis. La frecuencia de convulsiones dentro de - este tipo es ligeramente mayor que la población general, y la deficiencia mental es mucho menos frecuente en el epástico. --  
(3)

#### ATAXIA:

Estas personas muestran un defecto y una falta total en el equilibrio y una marcha inestable. (12)

Hay poco equilibrio, mala postura y falta general de coordinación de la actividad muscular. (2)

Se define como una pérdida de la coordinación de la fuerza muscular. Los músculos están hiporritables o hiponcontráctiles y no pueden hacer las contracciones y los movimientos completos. Los músculos atáxicos sólo hacen una parte de los movimientos deseados. (16)

La ataxia describe un trastorno en el equilibrio postural y coordinación de la actividad muscular, resultando en dificultad para asir objetos. Sentarse erectos, puede ser difícil para estos pacientes. (13)

Los músculos responden al estímulo pero no pueden completar la contracción iniciada; hay alteración en la coordinación y balance postural; ausencia de sensación de balance; dificultad al asir. (11)

#### RIGIDEZ:

Estas personas demuestran un endurecimiento muscular al intentar movimientos. (12)

Esta pauta se caracteriza por una actividad mo-

triz muy limitada, particularmente en las extremidades, causada por la actividad de los músculos antagonistas de los que se contraen al intentar un movimiento voluntario. (2)

En la rigidez, los músculos o la postura pueden permanecer en una posición, rígidos, durante el período largo a causa del constante estado involuntario de contracción muscular. (16)

La rigidez afecta la actividad concurrente de los músculos en contracción y sus antagonistas, resultando en una tendencia a un movimiento marcadamente disminuido. (13)

Resistencia inicial incrementada de los músculos que se someten con pequeñas fuerzas; por lo regular es cuadrupléjico. (11)

Estos pacientes tienen ciertos músculos que han perdido su característica al doblarse. Este tipo de paciente, es el de más tendencia a presentar daño mental que los otros. Sus características en cuanto a personalidad son similares a aquellas de los pacientes epásticos. (10)

TEMBLOR O TREMOR:

Los individuos así afectados pueden mostrar temblores intencionales o no intencionales según el grado de involucramiento. (12)

Hay movimientos involuntarios en las extremidades cuerpo, cabeza y cuello. (2)

Movimientos involuntarios de los músculos que siguen un patrón rítmico regular en el que los músculos flexores y extensores se contraen alternadamente. (13)

El constante temblor de los músculos involuntarios del paciente es el efecto de las contracciones alternadas de los músculos opuestos. Este tipo de parálisis se presenta en alrededor del 5% de los pacientes. (10)

#### FLACIDEZ:

Se define como músculos flácidos, relajados y sin tono. Cuando se da el estímulo para alguna acción muscular o de algún miembro, dicho miembro o músculo no responde. (16)

Este paciente no responde al estímulo voluntario; inhabilidad de pararse; usualmente no puede sostener la cabeza arriba; hay flacidez. (11)

ATONIA:

O hipotonia implica falta de tono o tensión muscular normal y se caracteriza por músculos débiles, fofos o blandos. (13)

Hay pobre tono muscular y capacidad muscular comprometida. (2)

MIXTOS:

Hay una gama de manifestaciones de mala función motriz, de modo que se observa una superposición de los tipos antes mencionados. (2)

Los signos que describen el tipo de parálisis cerebral pueden ser distintivos de un solo tipo, o pueden sugerir más de un tipo siendo entonces llamados mixtos, tales como

A.- Atetosis y Epasticidad

B.- Epasticidad y Ataxia

C.- Atetosis y Ataxia

D.- Tremor y Epasticidad. (16)



**B.- CLASIFICACION DE ACUERDO CON LA PARTE AFECTADA:**

La parálisis cerebral puede involucrar cualquier parte del cuerpo, varias partes o todo el cuerpo. El grado de involucramiento puede ser leve, moderado o severo. (16)

**CUADRIPLÉJIA:**

Involucra los cuatro miembros.

**HEMIPLÉJIA:**

Involucra la mitad del cuerpo

**PARAPLEJIA:**

Involucra las piernas

**MONOPLÉJIA:**

Involucra un solo miembro

**TRIPLEJIA:**

Involucra ambos miembros de un lado y del -

otro. (2)

DOBLE HEMIPLEJIA ( DOBLE DIPLEJIA):

Involucra a los 4 miembros siendo más severamente afectados los superiores y mayormen  
te de un lado que del otro. (16)

C.- CLASIFICACION SEGUN LA INTENSIDAD DEL CUADRO:

A.- FORMAS LEVES:

El paciente no experimenta ninguna dificultad de expresión, puede andar sin ayuda y cuidar de sus necesidades.

B.- FORMAS MODERADAS:

El enfermo presenta dificultades en la marcha y en la expresión, siendo incapaz de atender a sus necesidades.

C.- FORMAS GRAVES:

El paciente queda reducido a un inválido, - sin capacidad para la expresión ni marcha y existen pocas probabilidades de reeducación. (14)

La parálisis cerebral es el problema de impedimento más grave que afecta al recién nacido. Aproximadamente el 50% de estos niños mueren en la infancia o sufren lesiones tan graves que es necesario su internamiento en alguna institución.

Cada caso representa un reto algo diferente y el Odontólogo debe familiarizarse con los principales aspectos de los diversos trastornos neuromusculares y asegurarse de cual de ellos sufre su paciente antes de pensar en planear algún tratamiento. (5)

Existe una elevada incidencia de retraso -- mental entre las personas con parálisis cerebral. El grupo rígido y epástico muestra una gran incidencia de retraso, y los atetoides muestran la menor. A menos que uno haya tenido experiencia con niños con parálisis cerebral, el nivel de inteligencia puede engañar por culpa de problemas del habla, oído, babeo excesivo y posición facial y física. (12)

Los niños con parálisis cerebral sufren alta frecuencia de retardo mental, mayormente observada en el -- epástico y en menor grado en el atetoide. A pesar de esto, y -- en beneficio de aquellos posturas faciales y físicas anormales dan la impresión de retardo, el odontólogo debe comprender que el grado de cooperación y superación obtenible de cada paciente varia enormemente y debe ser evaluado individualmente. (5)

Además puede haber otras complicaciones, manifestadas en forma de dificultad de aprendizaje, problemas -- psicológicos, defectos sensoriales, alteración convulsiva y --

conductiva del tejido nervioso por lo regular de origen central, que afecta la acción muscular. Los signos clínicos de esta alteración neuromuscular son aquellos de tipo motor o de incoordinación y aparecen como uno de varios tipos o a veces como varios tipos en un mismo individuo. (16)

El grado de complicación y los síntomas clínicos de pacientes con parálisis cerebral depende de la extensión y ubicación del daño al sistema nervioso central y puede variar desde una hemiplejía leve sin otros defectos neurológicos, a un trastorno totalmente incapacitante que el individuo dependa por completo de los otros para su existencia. (13)

## CAPITULO II.-

### PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS MÁS COMUNES.

a.- Caries

b.- Enfermedad Periodontal

c.- Maloclusión

d.- Bruxismo

e.- Función Muscular

f.- Hipoplasia

g.- Traumas

h.- Problemas del habla

i.- Condiciones discapacitantes asociadas -  
con la parálisis cerebral

## CAPITULO II.-

PROBLEMAS ODONTOLOGICOS MAS COMUNES.

Los servicios dentales requeridos para niños con parálisis cerebral son similares, hasta cierto grado, que aquellos de niños normales. El grado de susceptibilidad a irregularidades dentales y orales varía mucho entre los pacientes con parálisis cerebral. En comparación con niños normales la susceptibilidad hacia las enfermedades orales y dentales es la misma, sin embargo, hay una gran diferencia en la susceptibilidad a irregularidades en las estructuras de soporte y en la oclusión. (16)

La capacidad masticatoria de muchos niños discapacitados está tan comprometida que se los alimenta con una dieta blanda que, en muchos casos, es altamente cariogena. Otros niños discapacitados en su desarrollo permanecieron institucionalizados gran parte de su vida y no recibieron la atención odontológica restauradora o preventiva de rutina, con la consecuencia de un incremento dramático en las odontopatías. Hay quienes padecen problemas que afectan la musculatura del complejo craneofacial, como para producir problemas odontológicos significativos, aun en la dentición primaria.

### A.- C A R I E S .

El nivel de dientes faltantes y cariados es mucho mayor en niños con parálisis cerebral y el nivel de dientes obturados es mucho menor. Cuando ésta falta de tratamiento continúa, inevitablemente se llega a daño aún más severo y --- frustración en incremento para éstos pacientes y sus familias. Si el tratamiento no es disponible, paulatinamente se llega al momento en que se requieren extracciones de emergencia, y posteriormente se llega a la imposición de incapacidades dentales severas sobre las ya existentes irregularidades neuromotoras.

(16)

Hay autores que sólo registran susceptibilidad ligeramente mayor a la caries dental en comparación con -- los niños normales. (1)

Un problema dentario que se encuentra más en este tipo de pacientes que en los normales es: una proporción ligeramente más elevada de caries. (13)

Los niños con parálisis cerebral presentan frecuentemente una mayor incidencia de caries dental que los - niños normales. Este aumento ha sido atribuido al tipo de dieta, a la higiene bucal más pobre y la presencia de defectos hi



poplásticos en el esmalte. (12)

La mayoría de los estudios sobre caries que se han efectuado en estos niños muestra que aquella es sólo ligeramente más elevada que en los normales. Existe, empero, una notable diferencia entre las proporciones CPO y CEO, que presenta una cifra más alta de dientes cariados y ausentes en el niño paralítico cerebral, equilibrada por un número más alto - de dientes obturados en el niño normal. Estos resultados son - un claro reflejo del tipo de atención odontológica que reciben los dos grupos. La estadística también demuestra que los tipos de obturaciones presentes son más sencillas en los pacientes - con parálisis cerebral. (15)

Hay dudas en cuanto a la suposición de que estos individuos tienen una mayor incidencia de caries dental, maloclusión y enfermedad periodontal. Sin embargo, debido a -- factores dietéticos y consideraciones de higiene oral, se puede concluir tales como estos, suelen ocurrir más frecuentemente que en niños normales. (10)

El estudio de los pacientes con parálisis - cerebral no muestra diferencias estadísticas entre las clasificaciones del espástico, atetoide y atáxico en cuanto a caries o a enfermedad periodontal.

Los numerosos estudios de la proporción de caries de pacientes con parálisis cerebral y de los grupos controlados, reportan varios resultados. La elevada proporción -- CPO generalmente muestra un mayor porcentaje de lesiones cariosas no tratadas, y pérdida de dientes a causa de caries. (11)

Generalmente la prevalencia a la caries no mostró diferencias estadísticas significantes entre niños normales y adultos jóvenes, y aquellos con impedimentos físicos y médicos, defectos ortopédicos, parálisis cerebral y retardo -- mental. (8)

La proporción de caries dental en esta población es aproximadamente aquella de la población normal. Los pacientes con parálisis cerebral tienen factores predisponentes a la caries dental, tales como higiene oral inadecuada, defectos hipoplásicos, y posiblemente una dieta deficiente. Aunque frecuentemente asociada con la parálisis cerebral, exceptuando las hipoplasias, estos factores no están directamente relacionados con la condición general.

Aunque el paralítico cerebral tiene un alto nivel CPO, aún mayor que lo normal, son la combinación de éstos tres factores, más que la caries, los que responden por és

ta alta taza. Estos pacientes tienen más dientes cariados y --  
perdidos y menos dientes obturados. (19)

## B.- ENFERMEDAD PERIODONTAL:

En los pacientes con parálisis cerebral se observan frecuentemente las bocas con mala higiene, depósitos extensivos de materia alba, varios grados de formación de cálculo e inflamación gingival.

Los pacientes con epasticidad tienen la mayor incidencia de gingivitis. En general, estos pacientes, tienen tres veces más enfermedades de tejido blando e incrementa la incidencia conforme aumenta la edad, y según la severidad del tipo de retraso mental.

La combinación de dos observaciones mayores nos llevan a la conclusión que muchos pacientes no han podido realizar los procedimientos de limpieza necesarios por estar imposibilitados físicamente o porque no han sido entrenados en estos procedimientos. Estas obturaciones son:

- 1.- La gran incidencia de involucramiento gingival y periodontal en niños con parálisis cerebral; y
- 2.- El hallazgo frecuente de muchos dientes faltantes con enfermedad periodontal y mala hi-

giene en dientes remanentes de pacientes mayores. (16)

Se observa en éstos pacientes una enfermedad periodontal de diversa severidad, por su pobre higiene bucal y su dieta no detergente.

Los niños afectados de daño cerebral u otros tipos de alteraciones psicológicas, también pueden tener más complicado su cuadro de enfermedad bucal debido a las dificultades para poder mantener una higiene oral y control odontológico adecuados.

Es importante destacar, desde un punto de vista general es muy frecuente observar en los niños excepcionales una higiene bucal deficiente, lo cual se evidencia por abundante cantidad de materia alba, placa bacteriana, cálculo supra y sublingual, inclusive cálculo sobre las caras oclusales de piezas posteriores, manchas diversas, etc.

Muchos de estos niños están sometidos a dietas especiales blandas o simplemente se les mantiene una dieta de ese tipo porque es más fácil, o rápido, suministrarla, lo cual conspira contra una higiene bucal aceptable. (1)

La incidencia de enfermedad periodontal en el parálitico cerebral es tres veces superior a la de los niños normales. No sólo es mayor la incidencia, sino que es más grave la involucración gingival. Esta mayor afección periodontal también ha sido atribuida a la dieta blanda, mala higiene bucal, mayor incidencia de maloclusión, briqueo y respiración bucal. (12)

Más de tres cuartas partes de los pacientes paráliticos cerebrales tienen algún grado de gingivitis. Se presenta en un 10% más en el grupo espasmico que en los atetoides. (15)

La higiene bucal en los paráliticos cerebrales suele ser bastante escasa. El tipo de dieta blanda de estos niños, es para que los músculos de la masticación y la deglución afectados, no tengan problemas al tragar.

Por otra parte, los que están en sus hogares y no cuentan con una vigilancia correcta pueden llegar a mostrar deficiencia vitamínica a consecuencia de una dieta mal balanceada, y presentar algunos signos de problemas periodontales. (15)

Es muy común la aparición de cálculos y - -

agrandamientos gingival inflamatorio. (10)

La proporción mayor de enfermedad periodontal relacionada primordialmente al estado de higiene oral, está influenciada por el nivel de habilidad para cuidados personales, la dependencia en otros y la presencia de sobrecrecimiento gingival inducido por la Fenitoina. Otros factores como retención de alimentos por la disfunción motor oral, bruxismo y respiración bucal incrementada, son también contribuyentes al problema. (11)

Hay lazos poderosos que demuestran que la higiene oral es menos adecuada y se deteriora con la edad en personas con parálisis cerebral y retardo mental, incluyendo el síndrome de Down, en comparación con niños normales.

La prevalencia de gingivitis y enfermedad periodontal es paralela a la ausencia de higiene oral en estos niños, siendo el grado de incapacidad un factor importante en la severidad de la enfermedad.

Las bolsas periodontales no son un problema abajo de los 12 años. En un grupo de mayor edad, sin embargo, las bolsas con un factor persistente, aunque el tratamiento ayuda a reducirlas. (8)

La prevalencia de enfermedad periodontal -- asociada con higiene oral inadecuada son de nivel alto en los paráliticos cerebrales. Las razones para esto son complejas y se albergan en la interrelación entre los defectos físicos que impiden el proceso mecánico del cepillado, la toma de Fenitoina por la presencia frecuente de epilepsia, la falta de esperanza por parte de la familia, y cuidado personal inadecuado -- como resultado de su imagen personal negativa y deficiente. -- (19)

Hay una mayor incidencia de gingivitis, especialmente en aquellos pacientes con un trastorno convulsivo asociado, y que están tomando Fenitoina. (13)

Esta droga suele estar asociada a una hiperplasia gingival. Esta hiperplasia se produce más en pacientes mayores que en los más jóvenes, pero puede presentarse a cualquier edad.

La falta de coordinación de estos niños, el hecho de que muchos hayan estado institucionalizados y han tenido mala supervisión de la higiene bucal y una dieta previamente pobre son todos factores para una incidencia potencialmente elevada de enfermedades dentarias. (2)



### C.- MALOCCLUSION.

Los exámenes de rutina de relaciones oclusales e intermaxilares revela que la incidencia de maloclusión es alta. Las enfermedades encontradas más frecuentemente son:

- A.- Marcada protrusión de los dientes anteriores superiores, acompañada frecuentemente por una sobremordida anterior profunda, a causa de la atricción severa de dientes posteriores donde hay movimiento excesivo de bruñido;
- B.- Inclinación labial excesiva de incisivos superiores e inferiores.
- C.- Mordida cruzada lateral, unilateral por lo regular;
- D.- Overjet severo; y
- E.- Ocasionalmente hay una relación de mordida -- abierta vertical severa en la parte anterior de la boca.

En observación de estos pacientes durante -

el habla, deglución, masticación y aún en el reposo, se notan algunas acciones musculares incontroladas e incoordinadas. Estos son movimientos mandibulares, labiales y/o linguales que representan presiones grandes en especial si estas influencias musculares se presentan durante la erupción dentaria, pues se forman relaciones intermaxilares anormales. (16)

Los problemas dentales del paralítico cerebral son variados. La mayoría de los investigadores informan un aumento en la incidencia de maloclusión. (12)

Los paralíticos cerebrales tienen mayor incidencia de maloclusión que la habitual debido a la actividad muscular anormal. Este problema puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales masticatorios o de la deglución, y la función anormal o movimiento involuntario de estructura que influye en los arcos dentarios. Así, por ejemplo, en el tipo espásmico, con hipertonicidad del labio y la musculatura facial prevalece la maloclusión de clase II Angle división 1, con apiñamiento, y, a veces, una mordida cruzada unilateral. El atetoide, por su parte, tiene labios hipotónicos, tiende a presentar maloclusión clase II Angle división 1, con paladar angosto y alto, empuje lingual y mordida abierta anterior, y puede complicarse por la pérdida temprana de dientes primarios y permanentes. (15)

La alta incidencia de maloclusión es debida a la actividad muscular anormal. El epástico y el atetoide presentan una clase II-2 (9)

Estos pacientes presentan malformaciones de los dientes y maxilares con incidencia de maloclusión. Una característica particular del atetoide es una exhibición de arcos dentales largos y angostos con la bóveda palatina alta o profunda.

Una mordida abierta anterior severa puede ser el resultado de deglución anormal y posición lingual. (11)

En la parálisis cerebral severa hay una reducción significativa en el tamaño de huesos faciales. Junto con los efectos neuromusculares locales sobre la dentición, es to resulta en un incremento de la prevalencia de maloclusión. (8)

Hay una mayor incidencia de maloclusión en el tipo atetoide. La incidencia de maloclusión está directamente influida por la gravedad de la incompetencia neuromuscular de cabeza y cuello. Se ha comprobado que las personas con pará lisis cerebral tienen una incidencia predominantemente mayor de maloclusión que la que se encuentra en otras incapacidades

congénitas. Los pacientes con parálisis cerebral tienen una -- predisposición al trauma facial especialmente los incisivos -- fracturados o traumatizados. (13)

Muchos pacientes tienen maloclusiones debidas a desequilibrios musculares. Esto es particularmente válido del paciente atetoide, cuyas muecas constantes suelen llevar apareada una maloclusión. (2)

El patrón y tiempo de erupción dentaria y la incidencia de labio o paladar hendido aparentemente no son diferentes que aquellos de la población total.

Parece haber casi un acuerdo universal entre los autores que estudian la oclusión de los paralíticos ce re bra les, que la función muscular anormal asociado con la pa to log ia en sus varias formas puede producir maloclusiones de un tipo u otro. La controversia empieza cuando se intenta rela ci o n a r el tipo de maloclusión con el tipo de parálisis.

La altura de la bóveda palatina generalmente no es diferente del paralítico cerebral al de la población en general. Los arcos dentales más largos y angostos se asocian con los paralíticos cerebrales más severamente involucrados, particularmente aquellos que muestran epasticidad de tipo

cuadripléjico. Esta asociación entre la maloclusión y la parálisis cerebral severa sin tomar en cuenta la clasificación, se observa frecuentemente. (19)

Hay una alta incidencia de problemas oclusales. La maloclusión se atribuye a la función anormal de la musculatura facial, masticatoria y lingual. Así como el bruxismo, los casos más severos de maloclusión aparecen con los casos -- más severos de daño cerebral. El empuje lingual y el babeo, -- causados por función muscular anormal, y mal deglución, acompañan la maloclusión. Además, la ambulación incoordinada, caídas frecuentes, protrusión de dientes anteriores superiores, y la falta de protección labial en algunos pacientes, incrementan el potencial de peligro de los incisivos centrales superiores y la subsecuente maloclusión. (11)

D. - B R U X I S M O .

Es frecuente observar bruxismo en los paráliticos cerebrales. El hábito podría deberse a una función muscular imperfecta o a problemas emocionales. Se puede caer periódicamente en el bruxismo o su práctica puede ser continua. (12)

El bruxismo puede ser severo en algunos pacientes, muy comunmente en las atetoides. (15)

En el paciente epástico la agresión del bruxismo puede progresivamente erosionar totalmente las superficies oclusales de los dientes. (10)

Los pacientes con parálisis cerebral exhiben una mayor incidencia al bruxismo y al apretamiento de dientes. Sin embargo, hay variantes en algunos pacientes. Las manifestaciones orales observadas en algunos pacientes pueden relacionarse a la severidad del daño cerebral. Se ha encontrado -- que el desgaste dental anormal a causa del bruxismo se relaciona de cerca con el nivel bajo de desarrollo mental, y no al -- grado de severidad de la parálisis cerebral. (11)

El bruxismo intenso es un hallazgo común en

el atetoide y el epástico y esto puede llevar a un cierre de -  
la mordida y a un problema en la articulación temporomandibu--  
lar. (13)

El bruxismo y el apretamiento de dientes se  
relacionan con el problema neurológico. (9)

### E.- FUNCION MUSCULAR.

La deglución atípica y posición anormal de la lengua pueden provocar una mordida abierta anterior grave. (12)

En las formas dobles, bilaterales, la perturbación tónica afecta los músculos de la cara, fonación y deglución, existiendo una intensa actividad atetósica en la cara en forma de muecas y distorciones de la facies y dificultades para la fonación, masticación y deglución. (14)

Los paralíticos cerebrales por sus alteraciones motoras presentan patologías funcionales de la masticación, deglución, fonación, etc.

El rechinar persistente de dientes - - acompaña en general, a trastornos neurológicos o emocionales graves.

Hay malformaciones del paladar y alteraciones diversas del lenguaje, masticación, etc. (17)

El despeje bucal de partículas alimentarias y el evitar la retención prolongada de alimentos en la boca --



son difíciles para los individuos con parálisis cerebral, debido a la función anormal de la lengua, labios y carrillos y a la presencia de un patrón anormal de deglución. Debido a las dificultades de la masticación y deglución, los parálisis cerebrales tienden a comer alimentos blandos, fáciles de tragar, con gran contenido de hidratos de carbono. Esto dificulta también el despeje bucal de alimentos, con la resultante mala higiene bucal. La incapacidad para controlar la función muscular hace difícil el cepillado de los dientes. (13)

Es muy importante tomar en cuenta las irregularidades neuromotoras orofaciales. En muchos niños con parálisis cerebral la boca está constantemente abierta y la mandíbula oprimida por la aparente hipotonicidad de algunos músculos faciales inferiores como el orbicular, aunque es probable que la hipertonicidad de los músculos suprahioides contribuyan a la inhabilidad de levantar la mandíbula. La usual posición anterior lingual puede relacionarse con la inhabilidad de levantar la lengua hacia la posición normal cerca del paladar durante la deglución y ciertos movimientos del habla.

Las muecas son movimientos involuntarios observados frecuentemente en algunos pacientes con epasticidad y atetosis es el resultado de contracciones excesivas e incontronables. Esta acción además puede forzar a los dientes anteriores inferiores recién erupcionados a inclinarse lingualmente. (16)

## F.- H I P O P L A S I A .

Hay una incidencia mayor de una marcada hipoplasia del esmalte en dientes primarios de pacientes con parálisis cerebral y con un antecedente de incompatibilidad de Rh.

En los pacientes con dioplasia del esmalte, se observaron que los factores etiológicos de la parálisis cerebral eran incompatibilidad de grupos sanguíneos, premadurez, anoxia prenatal, y dificultades obstétricas.

Los dientes son estructuras duras en los -- que se observan periodos de depósitos progresivos de prismas de esmalte y calcificación. Si ocurre una alteración sistémica que interrumpe la calcificación, las partes en formación van a ser anormales y seguirán mientras la causa persista, al ceder ésta, la calcificación procederá normalmente. Esto forma lo que se llama una " curvatura Rh y línea de cambio " observada en la línea gingival a un poco arriba. Es una demarcación formada por el depósito anormal de esmalte.

Se han reportado con menos frecuencia casos de irregularidades de la formación de dentina. Se observan pocos defectos dentinarios porque la formación no es tan sensi--

ble a las alteraciones que afectan la actividad celular y de calcificación.

En cuanto a anomalías morfológicas de tamaño y forma de dientes, también se encontraron pocas. (16)

La incidencia de la hipoplasia adamantina va del 30 al 36% en el parálisis cerebral, comparada con el 6% aproximadamente en el normal. (12)

Hay una incidencia más elevada de hipoplasia del esmalte en la dentición primaria, sobre todo en aquellos pacientes con una historia de prematuridad Kernicterus. (15)

La hipoplasia del esmalte que incluye un desarrollo defectuoso del tejido, tiene una mayor incidencia en los pacientes con parálisis cerebral que en personas normales (10)

La hipoplasia del esmalte caracterizada por una apariencia yesosa o superficie irregular aparentemente se relaciona con daño cerebral y dental prenatal, neonatal o postnatal. Estos defectos hipoplásicos de la dentición primaria -- pueden ayudar a determinar el daño cerebral ocurrido. (11)

Los individuos con parálisis cerebral suelen tener problemas dentales que prevalecen más en ellos que en la población normal. La hipoplasia del esmalte de los dientes primarios se encuentra más a menudo en niños con parálisis cerebral. (13)

La interrupción de la amelogénesis en dientes primarios documenta el momento en que el feto padeció la lesión. (2)

## G.- T R A U M A S .

El estado dentario también puede empeorar - por trauma. Las caídas son frecuentes en niños con controles - musculares incompletos y se producen traumatismos a los incisivos. Es probable que esto sea más común en el atetoides con incisivos en labio-versión, siempre más susceptibles a un daño - de este tipo.

La epasticidad causa trauma frecuentemente.

(9)

Como resultado a las caídas hay fracturas - frecuentes y avulsiones de dientes anteriores. Esto puede ocurrir durante el tratamiento ortodóntico, como resultado que la silla de ruedas golpea obstáculos inesperadamente, o en otras situaciones en que los reflejos protectivos rápidos y movimientos coordinados son necesarios para prevenir daño a el área facial. (19)

## H.- PROBLEMAS DEL HABLA.

Aunque se reconoce que el síndrome de no in capacidad del habla en la parálisis cerebral involucra la musculatura del mecanismo de respiración y deglución, la acción muscular de la estructura oral tiene un papel definitivo. Se ha considerado que la masticación está relacionada con la función del habla. El movimiento de la mandíbula tiene un papel en ambas funciones y es el componente constante en la función de hacer muecas y de trituración que se observa en la parálisis cerebral. (16)

Casi siempre existe perturbación del lenguaje. Tal perturbación puede derivar de las dificultades fonatorias, productoras de la espasticidad o la atetosis, o ser secundaria a una disfunción de los centros del lenguaje. (14)

Los problemas del habla existen para muchos pacientes con parálisis cerebral; sin embargo la corrección de la maloclusión puede tener poco o nulo efecto en la producción o articulación del habla. Los desórdenes del habla están frecuentemente ligados al daño neurológico y no las estructuras del habla. (11)

Los defectos de dicción y dificultades en -

los paráliticos cerebrales. Los pacientes con atetosis grave, a menudo no pueden hablar de manera que se les entienda ni tampoco escribir, debido a los movimientos involuntarios, incontrolables, de los miembros, de modo que no pueden comunicar -- sus pensamientos a los otros. Esta situación infortunada puede ocasionarles algunos problemas psicológicos y emocionales graves. (13)

La relación entre la producción y articulación del habla y la dentición es difícil de determinar en el parálitico cerebral. No es seguro asumir que la corrección de la maloclusión dará como resultado una mayor producción del habla o mejor articulación. Frecuentemente la pérdida del habla, la producción sobre del habla, o los problemas de la articulación se relacionan mayormente al problema neurológico que a -- los cambios en la estructura oral. (19)

I.- CONDICIONES DISCAPACITANTES ASOCIADAS CON LA PARALISIS CERE- -

BRAL.

Problemas de habla e idioma	60%
Problemas auditivos	20%
Defectos visuales	40%
Retardo mental	40%
Ataque	40%

(11)

Son variadas las causas que pueden explicar el por qué es común observar en los pacientes incapacitados un agravamiento en sus problemas bucales, pero la que no alcanza a tener justificación, ni excusa alguna, es la que pudiera derivarse de la desatención a que suelen estar sometidos estos niños como consecuencia de la situación de minusvalía social a la cual son usualmente relegados.

El estado deplorable de salud bucal de los niños, las condiciones agravantes de los niños excepcionales y la situación de minusvalía social, nos pueden dar una idea del



grado de afección y sufrimiento que nuestros niños incapacitados están padeciendo y que la mayoría de las veces permanece oculto bajo su obligado silencio. (1)

CAPITULO III.-

PRINCIPIOS CIENTIFICOS MAS IMPORTANTES PARA LA SOLUCION DE LOS  
PROBLEMAS DENTALES.

a.- Manejo en el consultorio

b.- Manejo en el hospital

## CAPITULO III.-

PRINCIPIOS CIENTIFICOS MAS IMPORTANTES PARA LA SOLUCION DE LOS  
PROBLEMAS DENTALES.

Un niño enfermo o impedido debe ser considerado como un individuo con todas las características de cualquier otro. Tiene sentimientos, emociones y necesidades. La enfermedad misma debe ser tomada en cuenta sólo en tanto su presencia modificará el acercamiento al niño, los métodos de tratamiento a efectuar y los tipos de instrucción sanitaria a realizar. (7)

Se reconoce la dificultad que representa el manejo odontológico de éstos niños y se considera necesario -- que los profesionales que se dediquen a ellos se especialicen y conozcan bien el problema del discapacitado, comenzando por aceptarlo, y tener una buena disposición interna para poder -- ayudarlos. (17)

Es difícil hacer que la familia se interese seriamente en las necesidades dentales del niño, aún cuando para mucha gente incapacitada el comer llega a ser una de las mayores alegrías de su vida. Su habilidad para comer y, por lo tanto, para disfrutar, son muy restringidas cuando se desarrollan problemas dentales. La falta de apreciación y la conciencia de ésta necesidad de tratamiento dental puede también de--

pender de los sentimientos personales de los padres acerca de la odontología. Hay muchas familias que no han tenido buenas experiencias dentales, o que no tienen sentimientos positivos acerca de la odontología, y es bastante difícil motivarles para que busquen un tratamiento dental, de calidad, para sus niños incapacitados.

Es triste que, cuando las familias hacen es fuerzos para obtener servicios dentales, los dentistas, incluso no tratándolos, no los remitan a alguien que les pueda suministrar una buena asistencia dental. Esta falta de asistencia es una especie de abandono moral. (4)

La odontología para el incapacitado siempre ha tenido un aura " mística " a su alrededor. A los profesionales capaces de proporcionar atención a estos niños y aún a los sanos, se les consideraba poseedores de algún poder mágico. -- Sin embargo, para proporcionar una atención eficaz a estos pacientes solamente se requiere estar equipado con una variedad de técnicas, seleccionando de esta gran variedad el método o los métodos particulares necesarios para el caso bajo consideración. (3)

Los niños con parálisis cerebral buscan - - amistad tanto como otros niños. Responden favorablemente al es

timulo, al entusiasmo y al interés personal y tratan ser recíprocos y cooperadores. La actitud amistosa y la exposición del niño hacia la situación dental tiene significado adicional para los niños con parálisis cerebral. El grado de cooperativismo es regularmente alto, pues saben que se les ayuda a progresar. La apreciación de la necesidad del tratamiento y el sentido de realización se vuelven parte de la actitud hacia el tratamiento. (16)

### A.- MANEJO EN EL CONSULTORIO.

El buen cuidado dental en los niños paralíticos cerebrales, especialmente en aquellos con complicaciones en la cabeza o en el cuello, es de vital importancia porque:

- A.- Tiene dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes, lo que constituye a mayores deficiencias nutricionales.
- B.- Muchos de éstos pacientes nunca podrán usar dentadura protésica, por su incapacidad muscular.
- C.- Los problemas fonéticos aumentan por la pérdida de dientes.
- D.- Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto. Un niño cuyas necesidades dentales son dejadas de lado o descuidadas se sentirá más frustrado que aquel cuya estética dental y tratamiento conservador se cuidan en la misma medida que sus hermanos u otros niños normales.

Desafortunadamente, el tratamiento odontológico completo para éstos pacientes aún no es asunto de rutina en todas las áreas, pero el odontólogo puede contribuir mucho a su servicio. (15)

Al tratar a niños con parálisis cerebral, - el odontólogo debe evaluar cada paciente individualmente y proceder según dicten las características y condiciones del pa- - ciente. El odontólogo que trató a muy pocas personas con parálisis cerebral a menudo saca conclusiones demasiado amplias -- respecto de su estado y procede a manejarlas de acuerdo con su experiencia con otros paralíticos cerebrales, aún cuando el paciente que está tratando no presente las mismas caracteristi-- cas. (12)

En los últimos años se está tratando de no hacer de la labor con el discapacitado una " super especiali-- dad, e incorporar, tanto en la enseñanza como en el trabajo -- clínico, la atención del impedido a la práctica general de todos los odontólogos que sepan y puedan hacerlo.

Frente a éstos pacientes, el odontólogo se enfrenta:

A.- Con el niño en si mismo, lo que hace necesaa--

conocer algunos aspectos médicos de sus diver  
sas patologías.

B.- Con la familia del paciente, de la cual vamos a necesitar especial ayuda en la atención y -  
cuidado de la salud odontológica del niño.

C.- Con el equipo rehabilitador, al que debemos -  
incorporarnos y tener así una visión más inte  
gral de los problemas de ese paciente. (17)

Hay problemas relacionados con el tratamien  
to que pueden agruparse en cinco categorías:

1.- Aquellos relacionados con la inhabilidad del  
paciente para cooperar suficientemente y lle-  
var a cabo un tratamiento exitoso. Pudiendo -  
ser voluntaria e involuntaria.

2.- Problemas mecánicos tales como la cabeza gran  
de de algunos pacientes hidrocefálicos, las -  
contracturas fijas de miembros de algunos pa-  
cientes con parálisis cerebral, o personas in  
movilizadas con yeso o en silla de ruedas.



- 3.- La pobre higiene oral resultando a partir del nivel de funcionamiento intelectual, o incapacidades físicas tan severas que los procedimientos mecánicos orales no se llevan a cabo adecuadamente.
- 4.- Un antecedente de negligencia dental, o limitación del tratamiento solamente a intervenciones de emergencia.
- 5.- La dificultad para proveer tratamiento por la actitud del paciente, pariente o tutores.(19)

Los paralíticos cerebrales tradicionalmente se conocen como no cooperativos o difíciles de manejar. Por lo que existen pocos practicantes que quieran tratarlos en el consultorio. A causa de experiencias negativas previas con dentistas, muchos pacientes con parálisis cerebral o sus padres dudan al regresar al consultorio. Los factores psicosociales tales como la ansiedad, sena o depresión también evitan que el paciente acuda a consulta. La presión financiera causada por el costo, también es una barrera común. (11)

Hay categorías principales de impedimento - que afectan la buena salud dental, y que frecuentemente exis--

ten dos o más de estas en un mismo niño:

- 1.- En cualquier condición física que complica la realización de procedimientos técnicos, por -- ejemplo, los movimientos repentinos de cabeza en el coreoatetósico.
- 2.- Cualquier problema intelectual que reduzca la capacidad del niño para cooperar durante el - tratamiento, por ejemplo el retardo mental.
- 3.- Cualquier trastorno emocional que interfiera con la aceptación por parte del paciente de - los procedimientos dentales.
- 4.- Cualquier situación social que impida la atención odontológica. (7)

LA PRIMERA CITA:

La recepción del niño minusválido y los procedimientos subsecuentes dentro del consultorio se basan en el conocimiento que el dentista tenga sobre la condición y comportamiento del paciente y la aplicación de principios básicos de manejo. Estos son los factores esenciales básicos que ayudan -

al dentista para lograr que el niño coopere durante la cita.

La primera cita es muy importante para el desarrollo de la relación dentista-paciente apropiada. Representa una mayor oportunidad para eliminar ansiedad y temor y promover confianza y amistad. Generalmente se lleva a cabo una profilaxis, estando presentes los padres para observar los resultados y conocer los métodos de cepillado y cuidados en casa. Se pueden tomar radiografías de diagnóstico en esta cita o realizar tratamiento de emergencia. Es preferible tener un estudio completo de radiografías intraorales. Se puede auxiliar con gorras especiales para sostener la cabeza y con porta radiografías para facilitar la toma. (16)

Antes de ver al niño por primera vez, es conveniente que el odontólogo busque información del médico sobre las condiciones del enfermo. Necesita conocer el tipo de complicaciones neuromotoras y su gravedad, historia de convulsiones, terapia con drogas, otros defectos sensoriales, visuales o auditivos y una estimación de su grado de inteligencia. Con estos conocimientos, el odontólogo puede adecuar su actitud a las necesidades de ese paciente en particular.

Luego el acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero firme y siempre con plena confianza. Cualquier

falla de seguridad es percibida por el niño y produce una actitud adversa; desde la primera cita hay que tener mucho cuidado porque de ella depende que el tratamiento llegue a su fin.

Quizá en la primera cita no les pueda practicar nada, pero es preferible, pues de esta manera tienen más confianza. En la segunda visita ya es posible manejar el espejo dental y el explorador en la boca del niño. (15)

Se debe obtener cierta información para planear la primera cita:

- 1.- La severidad del involucramiento motor.
- 2.- Grado de movimiento ( ambulatorio o en una silla de ruedas ).
- 3.- Presencia de alguna otra incapacidad o problemas médicos y su severidad.
- 4.- Nombre y número telefónico del médico
- 5.- Tipo de comunicación del paciente.
- 6.- La escuela del niño.

Una vez que llega el paciente, la asistente le explica el procedimiento de la 1ra. cita. En esta cita se pueden observar patrones anormales musculares o de reflejo, -- problemas en la comprensión y comunicación, la prescripción médica bajo la cual está y problemas médicos. (11)

#### PROBLEMAS MUSCULARES:

Las respuestas musculares anormales en algunos parálisis cerebrales son respuestas de reflejos al colocar la cabeza en el sillón o al solicitar que gire su cabeza. El reflejo tónico laberintico y el reflejo tónico asimétrico -- del cuello se observan frecuentemente en la espasticidad y ate tosis. El reflejo tónico laberintico ocurre cuando la cabeza se inclina hacia atrás. Al perder soporte el cuello, el cuerpo inicia una extensión completa, el brazo se extiende hacia afue ra en lo que parece el movimiento para asir, luego se extiende y endurece, así como las piernas. Este reflejo ocurre al cam -- biar el paciente de la silla de ruedas, o al colocar el sillón en una posición supina. La extensión de la espalda y piernas -- interfiere con el soporte y balance del cuerpo. La extensión -- de brazos y cuello interfiere al ganar acceso físico y visual al área oral.

El reflejo tónico asimétrico del cuello ocu

rre al girar la cabeza hacia un lado o lejos de la línea media del cuerpo. Cuando gira la cabeza, el brazo y pierna del lado al que se giró se extienden y en algunos casos se endurecen. - Al extenderse estos miembros, el otro brazo y pierna se doblan. Es importante mantener este reflejo en mente ya que el tratamiento por lo regular se lleva a cabo con la cabeza girada en una variedad de posiciones para facilitar la accesibilidad e - instrumentación apropiada.

La falta de coordinación más que el reflejo involuntario presenta un problema de manejo para el paciente - atáxico. El paciente atáxico reacciona lenta y laboriosamente, tratando de lograr las posiciones pedidas. Al hacerlo, la falta de coordinación se vuelve más pronunciada y la estabilidad es difícil de mantener.

El control de los músculos asociados con movimientos del cuello, cabeza, boca y lengua son de interés mayor al tratar un paciente con parálisis cerebral. Se han diseñado aditamentos para ayudar que el paralítico cerebral mantenga el control de la actividad muscular y reflejos.

Si un paciente está en silla de ruedas, se debe decidir si cambiarlo o nó al sillón. Algunos pacientes -- tienen contracturas de la articulación u otros problemas que -

necesitan adaptaciones a la silla. Tales como, respaldos ajustables, soportes para cabeza, torax y piernas, cinturones de seguridad y tablas de comunicación. Si el paciente está bien soportado y confortable en su silla y el equipo es movable, -- hay ciertos tipos de tratamiento que pueden llevarse a cabo -- más fácilmente con el paciente en la silla. Los pacientes que necesitan trasladarse al sillón, deben ser consultados antes sobre el método de traslado que prefieran. Los padres tienen experiencia para trasladarlos y prefieren hacerlo ellos a aplicarlo al personal del consultorio.

Una vez en el sillón, el paciente puede estabilizarse con almohadas, cinturones u otros métodos. (11)

Los pacientes con parálisis cerebral presentan muchos problemas de manejo en la situación odontológica. Puede estar en sillas de ruedas o en moldes para el cuerpo o abrazaderas para las piernas. Muchos necesitan ayuda para ubicarse en el sillón dental y algunos requerirán almohadas y sostenes que les permitan estar cómodos una vez sentados en el sillón. (2)

La incapacidad para controlar la función muscular hace difícil el cepillado de los dientes, lo que se puede ayudar por el uso de un cepillo eléctrico, o si el odontólogo mo-

difica el mango del cepillo para que el paciente pueda tomarlo con más seguridad. (13)

En la espasticidad hay una rigidez muscular extrema y una inhabilidad para controlar los movimientos musculares. Cuando bajo tensión, estos pacientes muestran rigidez e hiperactividad. Si está sentado, la rigidez es menos pronunciada y puede no ser difícil tratarlo. Este niño es temeroso y se asusta de ruidos fuertes o de un ambiente distinto.

En la atetosis hay falta de control muscular voluntario, que resulta como movimientos sin propósito, tales como muecas faciales, movimientos bucales y linguales, babeo y movimientos no originados de las extremidades. Es fácilmente comprensible como estos movimientos complican los procedimientos del tratamiento dental. Este paciente no es excesivamente temeroso y disfruta de la atención y del afecto.

En el paciente atáxico el problema principal es de equilibrar, balance y orientación del espacio. Muestra poco temor y también anhela afecto. Fácilmente tiene náuseas y el sentarse y mantenerse quieto es muy difícil para él.  
(10)

Existen ayudas posturales para el tratamiento



to como la inclinación del sillón hacia atrás, abrebocas y res  
tricciones suaves. (9)

Las restricciones pueden empeorar en vez de ayudar la facilidad con que se complete el tratamiento odontológico. Las extremidades pueden estar más cómodas en una posición distorsionada. Si con las piernas en esta posición se puede brindar un mejor tratamiento, se hará un esfuerzo por conservarla. Por ejemplo: en los espásticos hemipléjicos del brazo está con frecuencia flexionando a la altura del codo y la muñeca está flexionada hacia adentro. Será más fácil manejar al paciente si se le deja el brazo en una posición. La indebida restricción del paciente provoca movimientos involuntarios excesivos. El uso adecuado de restricciones para los pacientes con parálisis cerebral debe ser determinada por la evaluación y la experiencia individual. Algunas veces sólo es necesario que el personal auxiliar estabilice la cabeza del paciente para reducir su movimiento. (12)

La atetosis es una condición que se caracteriza por contracciones musculares involuntarias y sin propósito. La tensión por procedimientos dentales pueden incrementar la actividad atetoide. De hecho, el niño intenta cooperar y en  
tre más lo intenta, los movimientos se vuelven más incontrolados.

No siempre son evidentes estos problemas. Sin embargo representan una agrupación clínica de los problemas que pueden ser del niño con parálisis cerebral un niño difícil de manejar durante el tratamiento dental. Los movimientos no controlados, incoordinados, impredecibles e inmanejables e inmanejables de miembros, torso, cuello y hasta mandíbula hacen del procedimiento dental uno difícil y hasta arriesgado para el paciente y el personal de consultorio. (20)

Los pacientes más grandes ( por ejemplo los atetósicos ) con movimientos involuntarios de su cuerpo, deben ser sujetados. Hay sillones especiales, con elementos restrictivos, para sostener la cabeza y/o extremidades. Otros, con doble cabezal ( para el niño y su madre ) para que los más pequeños puedan ser atendidos en el regazo de la mamá, que ayuda así a evitar movimientos bruscos. También los abre bocas consti tuyen un auxiliar usado con frecuencia. (17)

Desafortunadamente, las muecas faciales y la postura grotesca refuerzan el punto que tienen los mal informados de que todos los paralíticos cerebrales son retardados mentalmente. Mientras que muchos pueden tratarse en la práctica general, comunmente los niños paralíticos cerebrales y retardados mentales se refieren con el especialista.

Los ruidos fuertes, particularmente de un aparato de succión, incrementan las contracciones musculares involuntarias en el atetoide. Se deben evitar en lo posible los instrumentos que hagan ruido. Se pueden sustituir las gasas húmedas por el aparato de succión durante un procedimiento profiláctico. A veces la distracción durante el procedimiento tiende a disminuir la actividad neuromuscular. También combate el corto tiempo de atención de algunos niños.

Ya que estos niños tienen mal control de su musculatura orofacial, la mordedura de tejido blando en el post-operatorio puede ser un problema. Por lo tanto, cuando posible, debe utilizarse anestésicos de acción ultracorta y evitar el bloqueo mandibular.

Cuando se hace el procedimiento dental, se puede ofrecer mejor estabilidad abrazando la cabeza contra nuestro cuerpo. El uso del dique de hule da una sensación de seguridad tan necesaria para tratar estos niños, pero el dique debe estar sujetado con hilo dental. Llevando el dique a la boca con la grapa ya colocada, generalmente es más seguro que la técnica que requiere que la grapa sea colocada en el diente inicialmente. Ya que muchos de éstos niños tienen un acentuado reflejo de náusea, el paciente y el dentista encuentran que el dique hace más fácil el tratamiento. A veces se utilizan abre-

bocas. Este equipo adicional protege al niño y facilita el procedimiento dental. Los cinturones a veces ayudan a restringir movimientos. Algunos niños con parálisis cerebral agradecen la seguridad que da el imponer algún tipo de restricción. (20)

En cuanto a locomoción o movimientos de - - traslado, algunos niños pueden no caminar por falta de control en las piernas.

A veces no hay estabilidad de posición en - el sillón dental tan necesario para llevar a cabo procedimientos dentales con precisión. Si no hay control en los músculos de la cabeza y cuello, la cabeza caerá de lado a lado.

Los factores acompañantes son importantes - para el dentista, para que pueda reconocer que muchos de estos pacientes son mentalmente normales y que sus movimientos involuntarios, exagerados o incoordinados son signos de su condición neuromuscular y no son signos de resistencia hacia el dentista. La mayoría desea cooperar y a veces el tratamiento dental puede ayudarlos a controlar sus incoordinaciones musculares. (16)

Por razones obvias la técnica de mano sobre la boca no debe utilizarse. A veces es necesario usar restric-

ciones físicas, aunque no debe hacerse como castigo. Estos niños son cooperadores, pero tienen una respuesta neuromuscular que entre más quieren ayudar, sus movimientos se vuelven más - espasmódicos y con la ayuda de la restricción, se siente seguro. Se debe abrazar la cabeza del niño con el torax y el brazo y a veces también abre bocas para asegurarlo y evitar lastimarlo. (18)

Si además existe retraso mental el dentista debe saberlo. Este niño manifiesta actividad intelectual más - bajo que lo normal, y su comportamiento indica la incapacidad para adaptarse a condiciones por su no aprovechamiento de habilidades sensorimotoras y otras habilidades a la medida que crece. Se han desarrollado normas para clasificar los niveles de habilidades mentales y adoptativas en el retraso mental designadas por un cociente numérico de inteligencia, basados en observaciones y pruebas. (16)

#### REFLEJOS:

El reflejo de alarma tan usual en estos niños es una reacción involuntaria de movimiento corporal excesivo cuando el niño es sorprendido por un toque o el habla repentina. - Los movimientos y el habla deben hacerse enfrente o a un lado, donde puedan observarse. (16)

Ya que el reflejo de alarma puede ser exagerado o fácilmente provocado, se deben evitar movimientos repentinos fuera del alcance de visión del paciente.

El reflejo tónico asimétrico del cuello puede controlarse haciendo los procedimientos desde atrás de la - cabeza y abrazando la cabeza y mandíbula con el brazo y la mano. Esta posición también nos indica de cualquier movimiento - repentino de la cabeza y también dá estabilidad para mantener la cabeza en la línea media del cuerpo.

Si el reflejo tónico asimétrico llega a ocurrir lentamente coloque la cabeza sobre la línea media, ayude a flexionar el brazo y pierna extendidos y debemos darle ánimo para intentar el procedimiento de nuevo. El reflejo tónico laberintico puede evitarse manteniendo con soporte la cabeza, -- las manos flexionadas y cruzadas sobre la línea media del cuerpo y colocando el sillón en posición casi vertical. Si, por alguna razón, el paciente entra en una extensión completa, levante el sillón, suavemente dé masaje a sus hombros, lentamente - lleve los brazos hacia el frente y separe las piernas.

Los siguientes patrones o reflejos orales - pueden ser anormales o estar deteriorados:

1.- Reflejo náuseoso

2.- Tos

3.- Reflejo de mordida

4.- Deglución

Estos pueden determinarse mediante la observación de movimientos orales, y la inserción cuidadosa de un espejo bucal en diferentes áreas de la cavidad oral.

Un reflejo tusígeno y náuseoso hipoactivo - coloca al paralítico cerebral un riesgo de aspirar fluidos u objetos extraños. Se aconseja el uso del dique de hule para -- procedimientos operatorios cuando sea posible, y sin excepción se debe usar el succionador para todos los procedimientos. Sólo debe usarse poca agua de la jeringa.

El reflejo náuseoso hiperactivo nos trae -- problemas diferentes. El introducir instrumentos y otros aparatos dentales en la boca crea un reflejo náuseoso poderoso que puede interferir con el procedimiento dental. El flexionar la cabeza para que descansa el mentón sobre el pecho, por lo regular reduce la severidad del reflejo náuseoso. Generalmente no

se recomienda anestesia tópica para el área faringea en presencia de éstos reflejos.

El patrón de deglución se semeja a la deglución infantil con el empuje lingual anterior pronunciado. Durante este proceso la mandíbula puede estar móvil e inestable, interfiriendo con la instrumentación cuidadosa.

Se debe proveer tanto soporte mandibular como sea posible al aparecer la deglución. El interferir con este patrón de deglución ya sea insertando un abrebocas o aplicando fuerza excesiva sobre la mandíbula puede causar gran ansiedad al paciente provocando una sensación de ahogo o asfixia especialmente si el paciente respira a través de la boca.

Normalmente el reflejo de mordida aparece como un reflejo prematuro que facilita la masticación. En muchos niños con parálisis cerebral, persiste hasta después de la edad normal en que aparece e interfiere mucho en el proceso de alimentación y en el cuidado de la higiene oral. Durante el procedimiento dental, las superficies bucales y labiales de los dientes pueden tratarse exitosamente sin desencadenar este reflejo. La inserción de los instrumentos por un lado en lugar de la parte de enfrente frecuentemente evitan este reflejo. Los abrebocas son útiles en este problema, pero pueden desenca



denar el reflejo náuseoso o interferir con el patrón de deglución. Por lo tanto, los procedimientos que involucran las superficies oclusales o linguales de los dientes deben realizarse lo más rápido posible.

La disfunción motor oral consiste en patrones de reflejos orales anormales o de control anormal de la lengua y de otras estructuras orales. El control inadecuado de las estructuras orales nos lleva a la remoción incompleta de comida de dientes, mucosa y paladar, promoviendo la colonización bacteriana dando como resultado inflamación de tejido y descalcificación de esmalte. Hay procedimientos sencillos como enjuagues a base de agua para aflojar partículas alimenticias retenidas en los dientes, que resultan imposibles para algunas personas. Los músculos labiales hipotónicos también contribuyen al constante babeo y respiración bucal, dando como resultado mayor formación de sarro e inflamación gingival crónica con sangrado. Hay mecanismos para aliviar estos problemas, como:

- 1.- Cepillado dental frecuente.
- 2.- Lubricación del tejido gingival con vaselina
- 3.- Aplicación de fluoruro en forma de gel.

#### 4.- Debridamiento frecuente

#### 5.- Aflojar partículas de alimento del paladar y mucosa.

Los terapeutas ocupacionales, físicos y de habla utilizan varias técnicas para mejorar el funcionamiento oral. Colocando un dedo suavemente entre el labio superior y la nariz y aplicando presión, ayudará, después de un periodo de tiempo, a que la persona mantenga la boca cerrada y que la deglución sea más frecuente. Esto es de gran ayuda para los pacientes que babea, los que tienen sus bocas abiertas por un periodo largo, o que la deglución no es suficiente durante las comidas (dejando comida en sus bocas durante un largo rato). Este procedimiento debe llevarse a cabo varias veces al día y la relación padre o terapeuta y niño debe hacerse sin decirle al niño que cierre o que haga deglución. La estimulación digital del tejido gingival también ayuda a desensibilizar al niño del contacto del cepillo de dientes. Estas técnicas pueden enseñarse al auxiliar que trabajan con niños severamente impedidos, pero estos procedimientos deben hacerse contantemente y frecuentemente para que sean benéficas.

Otras técnicas incluyen la fabricación de abrebocas para controlar este reflejo de mordida o el uso de -

succionadores para quitar secreciones constantes durante el cepillado. (11)

Es importante tener siempre presente que el reflejo tusígeno está a menudo demorado en los paráliticos cerebrales. Este retardo permite una más fácil aspiración de los objetos, lo cual sería evitado con el empleo del dique de goma (12)

#### PROBLEMAS DE COMUNICACION

Antes de comenzar el tratamiento es importante saber a que nivel es posible comunicarnos con el niño. - Al retardo mental hay que hablar de acuerdo a su edad mental y no a la cronológica. Aún en el caso de un niño gravemente retrasado, quien no puede entender y comunicarse, una voz amable tranquilizadora, con un suave contacto físico, le demostrará que no se intenta dañarsele o que nada le va a suceder. (7)

La comunicación es frecuentemente un problema pues interfiere en la relación dentista - paciente. El niño no siempre puede expresarse o contestar verbalmente, pudiendo ser problemas de oídos o simplemente por falta de comprensión.

Si hay problemas visuales, estos tienen in-

fluencia en la reacción del niño hacia un nuevo consultorio, movimiento del dentista, o a procedimientos. En estos casos -- los movimientos se hacen delante de él. No se debe cambiar mucho el tono de voz, aunque se puede elevar un poco.

Las irregularidades en el habla ocurren más frecuentemente, involucrando cabeza y cuello. Comúnmente hay -- Disartria en la cual el paciente no pronuncia bien por la incoordinación o falta de control muscular. Se requiere de mucha paciencia para entender y disminuir la frustración y dificultades del paciente.

En la afasia receptiva el paciente no responde bien porque no entiende el significado. En la apraxia el paciente entiende y sabe que responden, pero su lengua y labios no están en posición apropiada para emitir sonidos, Habla lentamente.

Hay una mayor incidencia de sordera en los niños con parálisis cerebral y más aún en aquellos con atetosis y ataxia. Esto puede definir el nivel de habla y lenguaje. El dentista necesita apoyarse en otros medios para explicarse y darle confianza como el tacto y la vista.

Los problemas visuales consisten en estre--

chez del campo visual, errores en la refracción y de conocimiento de formas. Hay extrema sensibilidad a los ruidos repentinos y al toque inesperado, provocando éstos un reflejo de alarma. Por lo tanto, el dentista, debe efectuar sus movimientos delante del niño, explicándolos, para que el niño los observe. (16)

Los problemas de comprensión y comunicación son a causa de defectos sensoriales, problemas de habla y lenguaje y retardo mental. Determina el nivel cognoscitivo y los métodos de comunicación más efectivos antes del inicio de cualquier procedimiento dental es de gran importancia. Se puede involucrar al padre o acompañante durante la primera cita para ayudarnos. Esto nos da información útil en el manejo del paciente. Muchos paralíticos cerebrales pueden comunicarse mediante el lenguaje, pero el habla es frecuentemente lento y difícil de entender.

Los paralíticos cerebrales generalmente entienden mejor los conceptos que lo que los pueden explicar. Su incapacidad intelectual frecuentemente se subestima. El uso de un habla específico y claro, no siempre necesita un cambio en el nivel de habla o en el tono de voz. (11)

Todas estas situaciones presentan a un niño

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

emocionalmente perturbado que requiere de la consideración especial del dentista para hacer frente a estos problemas. (16)

#### TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

Se ha utilizado terapéutica medicamentosa - para controlar al niño con parálisis cerebral. Las bases racionales para ésta terapéutica son el alivio de la ansiedad y la obtención de relajación muscular. (12)

La premedicación con grandes dosis de sedantes, si bien puede aminorar los movimientos involuntarios, no es suficiente, y no queda otro remedio que inmovilizar al niño en el sillón y asegurar la apertura de la boca mediante algún dispositivo mecánico o un dedo metálico. Esto desde luego, tiene un efecto psicológico desfavorable. En los trastornos convulsivos asociados la excitación, a veces puede provocar un ataque, y por eso es necesario tenerlo en cuenta en la premedicación. Pero debe tenerse presente que los niños mentalmente enfermos toman regularmente sedantes, y por eso debe aumentarse considerablemente la dosis normal para obtener el efecto deseado. En tales casos siempre debe consultarse al médico de cabeza. (6)

El 75% de los pacientes con parálisis cere-

bral tienen convulsiones. El dentista debe saberlo, pues puede haber complicaciones durante el tratamiento si no está controlado, o a partir de cambios gingivales por medicación con Diltantín. (16)

Aunque es importante reconocer el valor de la premedicación para el niño incapacitado, también es indispensable familiarizarse con la administración de las drogas -- sus limitaciones y capacidad alérgica.

Es necesario familiarizarse con un pequeño grupo de fármacos y conocerlos bien para poder emplearlos en la práctica clínica cotidiana.

El uso de drogas con discriminación es cuando se hace una distinción precisa o diferenciación entre aquellos niños que requieren premedicación y las que no la requieren. Los niños incapacitados caen dentro de alguna de estas categorías cuando no es posible tratarlos por métodos normales.

De gran importancia es el tratamiento de la tensión emocional tan frecuente en estos niños. El tratamiento farmacológico en estos casos puede ser de gran beneficio, pues reduciendo el tono muscular aumentando podrán mejorarse los movimientos voluntarios, siempre que pueda evitarse la somnolen-

cia.

Deberán evitarse los barbitúricos, debido a su efecto paradójico o exitante, que puede empeorar la función motora y la conducta. Además, algunas drogas, empleadas por -- sus cualidades sedantes como los antihistaminicos, los analgésicos y el alcohol, son útiles, aunque no prácticas.

Las drogas neuromusculares que afectan a -- las manifestaciones de rigidez y temblores pueden ser usadas. Estas drogas también han resultado útiles en un pequeño número de pacientes con coreoatetosis.

Los reflejantes musculares también se han -- empleado con beneficio en los atetósicos espásticos. Esta rela jación se atribuye a la acción tranquilizante central o sedante, así como a los efectos neurofisiológicos. Como los atetósi cos padecen un trastorno del movimiento que es afectado más -- por tensión emocional, la reducción de este factor mejorará el movimiento y la función.

Las drogas neuropsiquiátricas como Diazepam ( Valium ), utilizadas ampliamente para el tratamiento de la -- angustia, se prescriben como sedantes diurnos para los niños -- con parálisis cerebral. En el paralitico cerebral espástico, -



la administración de Valium ejerce un efecto relajante a la vez. (3)

TRATAMIENTO ESPECIFICO:

Psicológicamente los niños tienden a reaccionar como los niños normales. Son más emocionalmente ligados a sus padres. No entienden ni captan conceptos abstractos y se distraen fácilmente con su hiperactividad. Aquellos con bastante inteligencia conocen sus incapacidades que da lugar a frustraciones y ansiedades que llevan a la tensión y algunos piensan que pueden provocar problemas. Sus visitas repetidas y la relación interpersonal será benéfico. (16)

El potencial de logro de éstos niños varia y ha de ser evaluado individualmente. Su periodo de atención es breve, con frecuencia son emocionalmente inmaduros y su rehabilitación es frustrante para los padres y el terapeuta. Hay que seguir un enfoque de rehabilitación por equipo y el odontólogo asumirá la responsabilidad por atender y mantener la salud bucal. El odontólogo debe tener conscientes las limitaciones físicas del niño para la higiene bucal y la importancia de inducir a los padres en un programa efectivo de odontología preventiva. (12)

El examen general del niño debe orientarse especialmente hacia su incapacidad, por ejemplo en la coreoatetosis deben anotarse los tipos y frecuencia de los movimientos repentinos. (7)

En los discapacitados leves la motivación para el tratamiento es similar a la de los niños normales. Esta siempre debe adaptarse a la edad, al coeficiente intelectual y a la incapacidad motora, y, en este paso, la motivación de la familia es fundamental. (17)

A niños ligeramente afectados por una deficiencia mental, que por ejemplo pueden concurrir a la escuela común, es posible tratarlos como a un paciente normal en el consultorio. (15)

Hay muy pocas modificaciones clínicas necesarias para tratar a niños impedidos en el consultorio dental. (9)

Hay que tener en cuenta que el niño con algún grado de complicación en la cabeza o en el cuello presenta problemas para su atención odontológica, mezclándose las dificultades de orden mental, físico y dental propiamente dichos. (15)

Como en muchos casos, las alternativas de técnicas sepradoras no pueden ser aplicadas, se hace imprescindible poner el máximo énfasis en las medidas preventivas, que impidan la aparición de la enfermedad bucal o disminuyen al mínimo las consecuencias de la misma. (17)

Los cuidados tiernos y amorosos son quizá algunos de los trucos más importantes. Con demasiada frecuencia perdemos de vista a la persona que se encuentra en el extremo opuesto de los instrumentos y de las técnicas y olvidamos que el niño incapacitado con limitaciones físicas y mentales, aún es un niño capaz de sentir.

Muchos facultativos emplean diversas formas de hipnosis en su práctica diaria sin llamarlas así. La utilización de una voz suave, monótona y repetitiva puede considerarse como una forma de hipnosis aunada al efecto del poder de sugestión. La hipodencia se emplea actualmente para tratar algunos pacientes con fobia hacia la odontología o que padecen diversos grados de angustia grave al ser enfrentados a una situación dental amenazadora. (3)

En los casos más graves se ayudan con el caso de sedantes, que se adecuan al caso, trabajando en combinación con el médico. Esta premedicación disminuye la ansiedad,

pero no crea cooperación. (17)

Hay pacientes quienes pueden ser controlados más fácil y completamente si se sientan en el regazo de -- uno de los padres o un asistente. Si el padre es sensible y -- cooperador y entiende verdaderamente que se está haciendo, entonces resultará una persona adecuada para brindar control y -- el niño estará más seguro. Si se considera que el padre no es la persona indicada, esta función puede desempeñarla la asis-- tente capacitada.

El niño se sienta en las rodillas de la per-- sona auxiliar, con sus piernas entre las de ella, para contro-- lirlas si es necesario. Se inclina hacia atrás con su cabeza - apoyada en el hombro de quien ayuda, o en un cabezal, y es sos-- tenida con los brazos del asistente, rodeando los del niño y - su torso. Puede necesitarse otro asistente para dar un mayor so-- porte y control de la cabeza.

Con la comprensión y confianza del paciente el tratamiento es normalmente posible, con o sin anestesia lo-- cal, sobre todo en aquellos con una inteligencia medianamente desarrollada. Por lo general resulta esencial un separador bu-- cal pero hay que cuidar que sea de un tipo y se encuentre en - posición tal que dificulte su desplazamiento. El separador pue

de ser controlado por el asistente. (15)

Los niños con parálisis cerebral son extremadamente temerosos y mucho más difíciles de manejar que los niños emocionalmente inestables. A veces es necesario usar la sedación preoperativa. Si aun no es suficiente probablemente se requerirá anestesia general para completar el tratamiento.

En cuanto a los pacientes con convulsiones y bajo régimen de Dilantin que provoca hipertrofia gingival, se indica curetaje y cuidados intensivos caseros en casos leves y en casos severos está indicada la remoción quirúrgica, además del cuidado intensivo en casa. Ocasionalmente cuando hay recesión extensa, puede haber hemorragia posterior al tratamiento que cede a base de hemostáticos orales efectivos y preparaciones adhesivas.

Cuando hay alteraciones neuromusculares de masticación y deglución debe hacerse entrenamiento para corregir estos movimientos. Se le deben mostrar los movimientos y de mordida adecuados. Hay ejercicios especiales por medio de comida de tipo mordida en anteriores y de tipo molienda para posteriores.

Todos los procedimientos restaurativos, ope

ratorios y endodónticos se deben planear y llevar a cabo de -- acuerdo con los principios aceptados y las más altas normas de calidad. La excelencia esforzada con niños normales, debe ser nuestra meta en niños con parálisis cerebral. (16)

En éstas técnicas operatorias, también los casos leves permiten la misma atención que los niños normales. (17)

Para estos niños las restauraciones deben - ser perfectas para su adecuadamente serviciales, a causa de la gran tensión funcional a la que están sujetas. Deben haber - exactitud en cada paso de la realización de los procedimientos. Cada paso en la preparación de una amalgama debe lograr el pro pósito deseado en cuanto a profundidad, anchura y forma antes de proceder al siguiente paso. De otra forma, la restauración final fallará, con el resultado de que los procedimientos tendrán que repetirse, con complicaciones adicionales.

El tratamiento debe hacerse rápida y objeti vamente. Cada movimiento debe lograr las características esenciales de preparación, con los procedimientos planeados para - usar un mínimo de instrumental para disminuir el tiempo operativo tanto como sea posible. Esta es una consideración muy importante para aquellos pacientes hiperativos, con lapso corto

de atención, o incapaces de captar de lleno el significado abstracto de los procedimientos dentales necesarios.

Con la mayoría de pacientes con parálisis cerebral, cuando la simpatía se ha establecido, los procedimientos dentales se aceptan fácilmente, la anestesia local puede usarse rutinariamente, se puede poner dique de hule, y hasta se pueden llevar a cabo procedimientos operatorios de dientes en una misma región. Si se utiliza dique de hule debe antes cerciorarse que no hay irregularidades respiratorias. Además se sienta el paciente de modo que haya una máxima comodidad y con un abrebocas aceptable, se logrará un máximo de procedimientos en un mínimo de tiempo.

Es necesario enfatizar la necesidad de suficiente profundidad y anchura en la preparación de cavidades para que una mayor cantidad de material obture y para incrementar la forma de retención y resistencia, para que las restauraciones soporten la fuerza masticatoria y el movimiento excesivo de molienda en los pacientes con espasticidad y atetosis.

Por la caries tan extensa frecuentemente quedan paredes vestibulares y linguales muy debilitadas. Para éstos casos es necesario adaptar coronas prefabricadas de cromo cobalto o una aleación de níquel - cromo. Estas coronas pro

veen máxima retención y restauración con caras oclusales fuertes para soportar las frecuentes fuerzas masticatorias y de --mordida. (16)

Aunque el tratamiento con coronas y puentes puede restaurar estos dientes en forma eficaz, la probabilidad de un nuevo trauma hace más razonable optar por técnicas más --baratas con grabado ácido y resina.

Si se usan prótesis removibles en estos pa--cientes, se deben usar acrilicos radiopacos para localizar los fragmentos que pudieran inhalarse o tragarse. (13)

El manejo pulpar es de gran importancia pa--ra prevenir una pérdida prematura de dientes y mal oclusión. -- Se deben usar agentes de recubrimiento indirecto para la forma--ción de dentina secundaria y que sean materiales que soporten las fuerzas masticatorias durante algunos meses. Los procedi--mientos de recubrimiento directo son iguales que para niños --normales. Cuando es necesaria la endodoncia en anteriores se --recomienda que la obturación sea con metal, por si sea necesaria la extracción algunos años después, pueda hacerse más fá--cilmente. Generalmente se indica la restauración de éstas pie--zas con coronas completas.



En los pacientes con deficiencias de los factores esenciales de la sangre o enfermedades cardiovasculares, que requieran tratamiento pulpar, se tratarán también con antibióticos, por el peligro de una bacteremia u otra secuela severa, pues hay una disminución general en la resistencia de todos los tejidos del cuerpo y los procedimientos que requieren reacciones de cicatrización en pulpas muy traumatizadas o invadidas de caries, usualmente fracasan. (16)

Al usar instrumentos para conductos radiculares hay que asegurar éstos, como siempre, contra su eventual deglución o aspiración.

La terapéutica conservadora de dientes devitalizados en niños espásticos, debe ser restringida, pues requiere una colaboración que tales niños no pueden prestar. Por eso se elige más bien el camino radical. (6)

Para algunos niños, aún la simple oclusión dental para sostener una radiografía puede ser difícil o hasta imposible. A veces es más fácil llevar a cabo un tratamiento restaurativo que el tomar una radiografía. La radiografía de mordida de aleta puede ser particularmente difícil que puede simplificarse con un portaradiografías. Si muerde la parte más ancha, requiere de menos coordinación. El forzar que un niño -

acepte el tomar radiografías durante la primera cita, puede -- dar como resultado un niño más tenso y menos cooperador aún a pesar de su deseo de cooperar. (20)

Los padres deben ayudar a sostener las peli- culas radiográficas en posición por medio de un hemostato, o - fuera de la boca como ya se indicó. (12)

La prevención de la caries en estos pacien- tes es tan importante que siempre debe recomendarse el aporte de tabletas de fluoruro para incidir en las áreas no fluradas, comenzando tan pronto como el síndrome se hace evidente. Las - tabletas se ingieren fácilmente en la dosis aconsejada cuando se las disuelve en jugo de naranja u otra bebida. (15)

El suplemento óptimo de fluoruro es importan- te por la cantidad de placa y retención alimentaria, un incre- mento en la susceptibilidad de caries dental u otros factores de riesgos. El método más apropiado para la administración tó- pica de fluoruro para los paralíticos cerebrales es a veces di- ficil de determinar a causa de los problemas de la disfunción motor oral. Por esta causa no se recomiendan los enjuagues bu- cales. Las cucharillas con fluoruro en forma de gel provocan -- inevitablemente el reflejo nauseoso. El gel aplicado con cepi- llo sobre los dientes parece ser el método más aceptado para -

aplicaciones en el consultorio y el hogar. Los padres deben -- evitar la ingestión del gel. En el consultorio se debe usar el succionador para evitarlo. (11)

Los anestésicos locales pueden ser emplea-- dos en el manejo del lisiado. Es sorprendente el número de cli-- nicos que ejercen inspirándose en el concepto erróneo de que - la odontología para niños no requiere la utilización de aneste-- sia local. Es cierto que con el perfeccionamiento de las pie-- zas de manos de alta velocidad la preparación de dientes prima-- rios puede en ocasiones incorporarse al concepto de molestia, y no de dolor. Desgraciadamente, este concepto posee un falso sentido de seguridad, ya que hay algunos niños que presentan - un alto umbral del dolor y que podrán tolerar éstos procedi- - mientos molestos sin presentar una reacción emocional. Sin em-- bargo, la molestia es un concepto abstracto y en ocasiones di-- ficil de comprender. Este es el caso especialmente en los ni-- ños, y aún mas en los niños incapacitados. Para muchos de és-- tos niños, las cosas duelen o no duelen. Las cosas son blancas o negras. No existe ningún área gris, tal como la molestia. -- Por lo tanto, si tratamos a niños incapaces de interpretar la molestia, como en el caso de muchos de los incapacitados, esta-- remos tratando en una situación un tanto explosiva. (3)

Para la anestesia por inyección usamos una

aguja larga, para prevenir su rotura por un movimiento brusco del niño. (6)

La explicación de una detallada técnica de higiene bucal a los niños y/o sus padres es de rigor y el control de la dieta, el uso de fluoruro y de sellantes se hace en todos los casos posibles. (17)

La higiene oral se mantiene mejor mediante el uso de un cepillo de diente manual con poca o nada de pasta dental ñ o dos veces al día. El cepillo manual permite observar y tener buen control de la parte cepillada. La pasta dental puede obstruir el acceso visual, interferir en la deglución y respiración y además requiere de una limpieza después del cepillado.

Las técnicas de cepillado pueden requerir modificaciones para acomodarse a cada necesidad. Algunos pacientes se benefician con cepillos modificados con mangos alargados para mayor facilidad al asir, mangos elongados para facilidad de manejo, o mangos angulados para mejor acceso. (11)

Estos mangos especiales se pueden adaptar por medio de calor, doblándolo hasta adquirir la posición ideal. A veces será necesario unir dos cepillos, uno sobre -

otro, y doblarlos hacia extremos opuestos. No se acercará demasiado a la flama, pues se quemará el plástico.

Es muy importante que el niño se relacione y domine el cepillado dental. (16)

El cepillo eléctrico requiere de un agudo sentido de percepción y control que muchos pacientes con movimientos incontrolados no pueden manejar. El uso indiscriminado del cepillo eléctrico puede ser peligroso y llevarnos a lesiones de ojos o paladar. (11)

Además puede requerir de modificaciones en el cuidado para ayudar a las habilidades del paciente. A veces requiere de la ayuda de los padres. (9)

La experiencia clínica demostró que un programa de higiene bucal riguroso puede interceptar o demorar el progreso de la hiperplasia de los tejidos gingivales. Algunos pacientes requerirán gingivectomías periódicas para mantener un estado gingival fisiológicamente aceptable y sano. (2)

Además se le deben recomendar requerimientos nutricionales. En los pacientes con atetosis los requerimientos calóricos son mayores por la actividad excesiva por --

los movimientos incontrolados e involuntarios. E inversamente los requerimientos disminuyen en los pacientes con ataxia y -- flacidez donde el movimiento es parcialmente completo o nulo.

Hay alimentos adecuados para el desarrollo de buenos hábitos de masticación como rebanadas de frutas y ve getales: manzana, zanahoria, apio. Estos alimentos requieren - función oral activa y no permanecen en los dientes después de masticarlos. También los alimentos proteinados como carnes, -- pescado, pollo, queso y huevos, y la leche que además puede to marse con popote para estimular y desarrollar la función y con trol muscular. (16)

En cuanto al niño, puede existir limitación física o mental para realizarse un cepillo dental correcto ( - incoordinación motora, rigidez muscular, ausencia de miembros superiores, incompresión acerca de la importancia de la higie- ne bucal, rechazo o rebeldía por alteraciones emocionales, fal ta de ayuda adecuada, entre otras ).

En cuanto a los padres o personas encarga-- das del aseo personal del paciente, puede ser que no den a la salud bucal la importancia que esta merece o que no hayan sido debidamente educados, en tal sentido, por el odontólogo ( de-- tección de placa bacteriana, uso de cepillo e hilo dental, - -

frecuencia, horario, consecuencias ). También es posible que el niño se resista a las maniobras higiénicas y no sea posible dominarlo, no conociendo la persona encargada ciertas técnicas para el sometimiento de tales pacientes, o conociéndolas no las aplique por sobreprotección u otras causas.

Por parte del personal de rehabilitación -- del menor ( médicos, personal paramédico, psicólogos y maestros ), también es posible el desconocimiento de la importancia real de la higiene oral o de los cuales son las características específicas observables para determinar si hay o no, una higiene deficiente.

Por parte del odontólogo, escasa o ninguna enseñanza, para las personas que tengan responsabilidad sobre estos aspectos del paciente, en lo concerniente a técnicas modernas de detección y control de placa bacteriana; o desconocimiento de técnicas específicas de inmovilización para ejecutar dicho control de placa en estos menores, lo cual puede deberse a falta de experiencia o entrenamiento en el manejo de las diversas situaciones en este tipo de enfermos.

El mismo estado general incapacitante determina un gran cúmulo de necesidades, cuidados y atenciones a -- ser satisfechas, lo cual hace que los problemas odontológicos o de higiene oral se reléguen a un segundo plano. (1)

## B.- MANEJO EN EL HOSPITAL.

A aquellos impedidos graves cuya atención es sólo posible con anestesia general se tomarán medidas especiales.

La revisión buco dental en vigilia para planear el trabajo sólo puede realizarse en algunos casos. En otros, esto deberá hacerse ya con el paciente anestesiado. Como rutina, el equipo médico, confecciona una completa historia médica, se practican exámenes cardio - vasculares y los exámenes complementarios básicos de sangre. (17)

La mayor parte de los paráliticos cerebrales pueden ser tratados en el consultorio odontológico. La experiencia del programa para paráliticos cerebrales de la Clínica Dental del Hospital Riley es que menos del 1% de éstos pacientes necesitan anestesia general para completar el tratamiento dental. (12)

La anestesia general deberá reservarse para aquellos casos en que hayan fracasado los métodos alternos y no exista ningún otro recurso. A veces, la anestesia general es una consideración primordial para el tratamiento.



La magnitud del tratamiento restaurador indicado para un niño constituye un factor importante para la -- elección del método de tratamiento mismo. El paciente infantil que se presenta con caries rampante, lo que requiere con fre-- cuencia varias visitas de larga duración, puede ser tratado -- más adecuadamente con anestesia general en una sola visita, -- restaurando la boca hasta alcanzar condiciones óptimas. Desde luego, esta decisión solamente se hará después de considerar - el estado médico del niño, buscando cualquier posible contraindicación de un anestésico general.

Por el contrario, el niño que solamente requiere una cantidad mínima de tratamiento con frecuencia puede ser tratado más eficazmente en el ambiente dental normal, utilizando una o más modalidades de tratamiento.

El niño menor de dos años con problemas dentales obtendrá muy poco beneficio al someterse a un tratamien-- to dental extenso durante cuatro o cinco visitas. Este niño -- apreciará muy poco el hecho de sentarse en un sillón dental, y en realidad no comprenderá el motivo de su estancia en ese lugar. Esto no quiere decir que a corto plazo o en una experien-- cia limitada de una a dos visitas, el niño no deba ser tratado en el consultorio dental con anestesia local. Sin embargo, como en algunos de los ejemplos anteriores, en situaciones de vi

sitas múltiples el anestésico general puede ser el tratamiento de elección.

Una consideración importante, que en alguna forma se encuentra ligada a la mayor parte de las consideraciones restantes, es la cuestión económica. Esto quizá es más importante en el caso de anestesia general, en el que la familia quizá tenga que sufragar el costo de la hospitalización y el -anestesiólogo, el costo de la odontología, además del tiempo - que la familia pierda de su trabajo durante su permanencia en el hospital.

Si uno es lo suficientemente afortunado y cuenta con equipo satisfactorio y con los medios adecuados, es indispensable que el operador posea la suficiente experiencia hospitalaria para poder ingresar pacientes al mismo.

Una vez que se haya tomado la decisión de -internar al paciente en el hospital, es muy importante que se considere el efecto de la hospitalización en el niño. Con la -gran cantidad de pruebas y análisis realizados en el preoperatorio, después de ser admitido el niño durante el posoperatorio, es obvio porqué muchos niños son traumatizados aún por -- una breve visita al hospital.

Afortunadamente, muchos departamentos de pe  
diatria en los hospitales intentan ahora mejorar la situación  
preparando al niño anticipadamente y permitiendo que uno de --  
los padres permanezca durante la noche con el niño y otras - -  
prácticas similares, lo que permite que la hospitalización del  
niño sea más tranquila.

Es prudente mencionar el gran número de ca-  
so de muerte durante la entubación y extubación, procedimien--  
tos que no se encuentran relacionados con el tratamiento den--  
tal. Esto suele ser suficientemente para colocar la utiliza---  
ción de anestesia general dentro del campo de los últimos re--  
cursos. (3)

Los impedidos física y mentalmente en forma  
tan severa que deben estar internados en instituciones especiaa  
les, debe dirigirse la atención odontológica también especia--  
lizada.

Si bien la mayoría de los paráliticos cere-  
brales pueden ser tratados con buen éxito dentro del consulto-  
rio, hay muchos en quienes esto no es posible por razones fisi-  
cas o emocionales. Como alternativa, toda la conservación pue-  
de hacerse bajo anestesia general, medio preferido, sobre todo  
para el tratamiento inicial, después de que, generalmente, no

hubo atención por periodos muy largos, porque se elimina una - larga serie de visitas y el niño queda con su problema dental resuelto. Una vez que esto se logra, el mantenimiento de rutina se hace más fácil. (15)

En el hospital las medidas preventivas pueden ser introducidas más rápidamente en la situación institucional, y hasta pueden incluir la fluoración de las aguas locales. Las medidas dietéticas son factibles y fácilmente controlables. La higiene bucal individual, por otra parte, es difícil, porque en la mayoría de los hospitales hay escasez de personal.

Si las instalaciones para el tratamiento -- son adecuadas, la atención odontológica, puede instituirse después que la prevalencia de la enfermedad dental haya sido estudiada y diseñado un programa que tome en cuenta las necesidades de los niños y los problemas del personal que los cuida. (7)

En primer lugar, se realizan los diagnósticos y los tratamientos endodónticos ( cuando es posible ) y de operatoria dental. Limpia la cavidad bucal de todo resto se en cara la etapa quirúrgica. Las extracciones son siempre suturadas con catgut y en caso necesario se realiza la cirugía periodontal. El paciente queda internado durante 3 ó 4 horas y los

estados posoperatorios son, en general, muy buenos.

Frente a niños con problemas de la coagulación, es importante cuidar en los procedimientos de operatoria de no lacerar los tejidos blandos con clamps, fresas, cuñas, - etc. No hay problemas con la endodoncia, ni con la prótesis -- ( cuidar de no lesionar con las cubetas ). También se pueden - practicar tratamientos de ortopedia, pero no aconseja la dis-- yunción maxilar en éstos niños.

Cuando en el recambio dentario, la movili-- dad de las piezas temporarias ocasiona hemorragias continuas, considera preferible la extracción de las mismas. Frente a la lesión de tejidos blandos realizar siempre un punto de sutura. Con respecto a la anestesia infiltrativa no presenta ningún in conveniente.

En el caso de extracciones se hace la sides mostomia con bisturi para evitar desgarros.

La presión durante 10 minutos con gasa ayuda a mantener cerrados los labios de la herida. En algunos pacientes los procedimientos quirúrgicos van acompañados de - -- transfusiones y una vez más en todos estos casos, la labor mul tidisciplinaria es una necesidad. (17)

El manejo del paciente con parálisis cerebral puede requerir mayor preparación y más tiempo que la mayoría de los pacientes. Este tiempo debe anticiparse por adelantado y señalado al hacer la cita para evitar prisas. Si se señala el tiempo adecuado y se está preparado para recibir al niño, la experiencia puede ser una recompensa y un desafío tanto para el paciente como para el odontólogo. (11)

La parálisis cerebral no es curable, no es fatal, y frecuentemente se hace más tolerable para el paciente mediante terapia de varios tipos, entrenándolo para realizar tareas dentro de las limitaciones de sus propias capacidades y educando al público sobre los diversos problemas de los paráliticos cerebrales. (13)

Quien quiera se enfrente con el problema de efectuar odontología para un niño impedido debe asegurarse, y asegurar al niño, que el servicio que dá es el mejor posible. Esto sólo puede lograrse si el odontólogo utiliza las habilidades y el conocimiento ganados de un estudio sistemático de los problemas implicados. Intentar resolver la situación intuitivamente es insatisfactorio para el odontólogo y su personal, e insatisfactorio, o hasta perjudicial para el niño.

Las dificultades del tratamiento odontológico

co para niños con enfermedades crónicas o impedidos, pueden reducirse mucho si el odontólogo tiene un conocimiento sólido de las manifestaciones físicas y psicológicas de la condición subyacente. Si, junto con esto, es capaz de aplicar sanos principios odontopediátricos a esta situación nueva, es posible establecer un programa beneficioso para niños impedidos.

La mayoría de los niños impedidos no requieren equipos especiales ni modificaciones en las técnicas odontopediátricas. Todas las técnicas usuales de anestesia local pueden y deben emplearse. Ortodoncia, prótesis y otros procedimientos especializados pueden realizarse en muchos niños impedidos. Sin embargo, en ciertos casos las exigencias al niño y sus padres pueden ser muy grandes. Este aspecto debe considerarse en el plan de tratamiento, e insistirse en que el trata-miento odontológico es sólo un pequeño aspecto de la vida del niño, y no debe convertirse en una carga intolerable. La única guia en cuanto a la norma a buscar es la conciencia individual del odontólogo. (7)

Se ha de hacer todo el esfuerzo posible por brindar a estos niños con atención odontológica óptima. Jamás será demasiado el énfasis puesto en el programa preventivo. --  
(12)

## C O N C L U S I O N E S .



## C O N C L U S I O N E S .

Generalmente el profesionalista, en el consultorio no hace prevención, pues induce al paciente a que se restaure clinicamente los estragos causados por la lesión cariosa a que se coloque una prótesis para substituir a las piezas faltantes, más no se le explica el porqué de la pérdida de ellos, ni que debió hacer para prevenir el que hubiera necesidad de extraerlos por la caries.

El Odontopediatra y el Odontólogo de práctica general se deben preocupar por tratar integralmente los problemas de salud de la cavidad oral desde la primera infancia, además, de que en esta edad, se puede establecer el hábito de higiene, logrando así la conservación de la salud.

El dentista general debe conocer las bases para tratar a un niño con parálisis cerebral que no difiere mucho del tratamiento para niños normales. Estos niños pueden recibir tratamiento dental satisfactorio si el odontólogo reconoce sus limitaciones físicas y mentales y las medidas de precaución para el tratamiento. Se debe tener cuidado y un conocimiento suficiente de las formas de tratamiento para cada niño en especial. Se debe reconocer que el tratamiento preventivo es la única respuesta al problema.

Todas las medidas preventivas son buenas, pero la base está en la fisioterapia oral para el control de la placa. Ayudar al paciente a realizar una efectiva higiene oral, es el servicio más importante que podemos ofrecer en nuestro consultorio y nos dá una gran satisfacción.

Es necesario mencionar que el objetivo de un tratamiento integral es el de rehabilitar la función fisiológica, estética y algunas ocasiones la fonética del paciente, ya que valorando cada parte de la cavidad oral, se está preocupando por la salud general del paciente.

Para el éxito del tratamiento, será necesario y esencial recordar que:

A.- Lo importante es conservar las piezas fundamentales, valiéndonos de todos los medios a nuestro alcance para prevenir la aparición de la caries o en su defecto la restauración tanto anatómica como funcional de las piezas afectadas.

B.- Proporcionar comodidad, buen trato y confianza al niño, y conocer profundamente la psicología de este, pues del profesional competen-

te, dependerá un buen paciente.

C.- Proporcionar al niño una educación dental ade  
cuada de tal manera que conozca buenos hábi--  
tos dentales para que él mismo vele por su sa  
lud.

D.- El éxito del tratamiento a seguir está en el  
buen diagnóstico y el tratamiento adecuado.

E.- Todo tratamiento de operatoria dental en si,  
implica una medida preventiva de las altera--  
ciones pulpares.

F.- El tratameinto endodóntico, constituye un me-  
dio preventivo para la preservación de las --  
piezas fundamentales.

G.- Un buen tratamiento en fracturas de las pie--  
zas dentarias, constituye un medio para la --  
preservación de su integridad y de la del ar-  
co dentario.

H.- Lo importante es tener y adquirir conocimien-  
tos en odontopediatría para llevar a cabo con  
éxito nuestro trabajo.

B I B L I O G R A F I A .

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- GONZALEZ CAÑIZALES, ABEL  
Atención Odontológica a Incapacitados en el Hospital  
Ortopédico Infantil  
En Acta Odontológica Venezolana  
Año XIX Caracas, Venezuela  
Enero - Agosto, 1981  
Págs. 12 - 14
  
- 2.- BRAHAM, RAYMOND L. - MORRIS, MERLE E.  
Odontología Pediátrica  
1ra. Edición  
Buenos Aires, Argentina  
Ed. Panamericana  
1984  
Págs. 561 - 563
  
- 3.- FOX, LAWRENCE A.  
El niño incapacitado - un preludio a la atención.  
En Clinicas Odontológicas de Norteamérica  
Julio de 1974  
Págs. 535 - 543 y 567 - 571
  
- 4.- ROSENBAUM, CHARLES H.  
Tratamiento de pacientes incapacitados en la práctica privada.  
En Clinicas Odontológicas de Norteamérica  
No. 1 - 1984  
Págs. 94 y 95

- 5.- FINN, SIDNEY B.  
Odontología Pediátrica  
4ta. Edición  
México, D.F.  
Ed. Panamericana  
1982  
Págs. 503 - 505
  
- 6.- HARNDT E. - WEYERS H.  
Odontología Infantil  
1ra. Edición  
Buenos Aires, Argentina  
Ed. Mundi  
1969  
Págs. 168 y 169
  
- 7.- HOLLOWAY P.J. - SWALLOW J.N.  
Salud Dental Infantil  
1ra. Edición  
Buenos Aires, Argentina  
Ed. Mundi  
1979  
Págs. 165 - 167 y 172 y 175
  
- 8.- BROWN, JOHN P.  
The efficacy and economy of comprehensive dental --  
care for handicapped children.  
En: International Dental Journal (FDI)  
Vol. 30 - No. 1 - 1980  
Págs. 14, 15, 17
  
- 9.- LEEDS, JEFFREY J.  
Clinical Modifications for treatment of handicapped

children.

En: Journal of Dentistry for children

February 1976

Vol. XVIII - No. 1

Págs. 44 y 45

10.- EISENBERG, LAWRENCE S.

The care and treatment of the handicapped children

En: Journal of Dentistry for children

August 1976

Vol. XVIII - No. 4

Págs. 26 y 27

11.- LANGE, BRIAN MARK - ENTWISTLE, BEVERLY MORSE - LIP-  
SON, LAURETTE F.

Dental management of the handicapped

1st Edition

Philadelphia, Pa.

Ed. Lea & Febiger

1983

Págs. 123, 124, 126 y 131 a 142

12.- McDONALD, RALPH E.

Odontología para el niño y el adolescente

1ra. Edición

Buenos Aires, Argentina

Ed. Mundi

1975

Págs. 422 a 425

13.- NOWAK, ARTHUR J.

Odontología para el paciente impedido

1ra. Edición

Buenos Aires, Argentina  
Ed. Mundi  
1979  
Págs. 34 - 36 y 282, 331

- 14.- PEDRO - PONS A.  
Patología y Clínica Médicas  
3ra. Edición  
Tomo IV  
Barcelona, España  
Salvat Editores  
1973  
Págs. 542, 546 y 547
- 15.- GONZALEZ, JORGE LUIS  
El niño deficiente mental y las anomalías dentarias  
En Práctica Odontológica  
Vol. 4 - No. 3  
Junio - Julio 1983  
Págs. 5 - 9
- 16.- ROSENSTEIN, SOLOMON N.  
Dentistry in Cerebral palsy and related Handicap-  
ping Conditions.  
1st. Edition  
Springfield, II., U.S.A.  
Charles C. Thomas, Publisher  
1978  
Págs. 3 - 13, 16 - 22, 32 y 33, 62 - 83, 134 - 142
- 17.- R. DE SAITCH, EVA  
La problemática del niño impedido, un desafío a la  
profesión.



En Salud Bucal  
Febrero - Marzo 1982  
Págs. 40 - 44

- 18.- SNAWDER, KENNETH D.  
Handbook of clinical Pedodontics  
1st. Edition  
St. Louis, Missouri  
Ed. C.V. Mosby Company  
1980  
Págs. 57, 58, 60 y 61
- 19.- WESSELS, KENNETH E.  
Dentistry for the Handicapped Patient  
1st. Edition  
Littleton, Massachusetts  
PSG Publishing Company  
Págs. 34, 36 - 39
- 20.- WRIGHT, GERALD Z. - STARKEY, PAUL E. - GARDNER, DONALD E.  
Managing Childrens Behavior in the Dental Office  
1st. Edition  
St. Louis, Missouri  
The Mosby Company  
1983  
Págs. 297 - 300