

240
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANIFESTACIONES BUCALES EN NINOS CON PARALISIS CEREBRAL.

COORDINADORA DE ODONTOPEDIATRIA:
DRA. ANGELES LETICIA MONDRAGON DEL VALLE.

SEMINARIO DE TITULACION.

TESINA PRESENTADA POR:
MARTINEZ LOZANO IRMA
8040498-5
ABRIL-1989.





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1..CONCEPTOS BASICOS DE PARALISIS CEREBRAL..	3
A) DEFINICION.....	3
B) ETIOLOGIA.....	3
C) CLASIFICACION.....	3
CAPITULO II.PROBLEMAS BUCALES.....	7
A) CARIES DENTAL.....	7
B) HIPOPLASIA ADAMANTINA.....	7
C) ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	8
D) MALOCCLUSIONES.....	8
E) TRAUMATISMOS.....	9
F) BRUXISMO.....	9
G) TONICIDAD MUSCULAR.....	10
H) DEGLUCION.....	10
I) FONETICA.....	11
CAPITULO III.DIFICULTADES DEL TRATAMIENTO.....	12
A)DIFICULTADES MENTALES.....	12
B)DIFICULTADES FISICAS.....	13
C)DIFICULTADES DENTALES.....	13
CAPITULO IV.MANEJO DEL PACIENTE CON PCI EN EL CONSULTO RIO DENTAL.....	14
A) INTRODUCCION AL CONSULTORIO.....	14
B) POSTURA.....	14
C) EXAMEN.....	15
D) CONSERVACION.....	16
CAPITULO V. TRATAMIENTO DENTAL.....	17
A) OPERATORIA.....	17
B) ENDODONCIA.....	17
C) ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	18
D) ORTODONCIA.....	18
E) PROTESIS.....	18
F) PROFILAXIS.....	19
G) APARATOLOGIA.....	19
H) ADITAMENTOS.....	20
CAPITULO VI.PREVENCION.....	21
CAPITULO VII.TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.....	23
CAPITULO VIII.ANESTESIA.....	25

	PAG.
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	27

INTRODUCCION

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es el nombre _ que se utiliza en forma habitual para un grupo de afecciones caracterizadas por la disfunción motora, debida a un daño encefálico no progresivo producido tempranamente en la vida. Se produce como resultado de factores congénitos o adquiridos, como pueden ser el desarrollo anormal del encéfalo, hemorragia intracraneal, ictericia neonatal excesiva, traumatismo e infección.

El que recibe la agresión es el sistema nervioso in maduro dando diferentes aspectos en el área clínica como son: atraso en el desarrollo, persistencia del comportamiento infantil, hipertonia y movimientos involuntarios.

Para el odontólogo de práctica general a quien lleve un paciente con PCI, puede resultarle un serio problema querer hacer un trabajo consciente. Le sería más fácil, en cambio, recurrir a la extracción, aliviando así el dolor y apartando a ese enfermo de su consultorio, como sucedía con gran frecuencia en el pasado y, desafortunadamente, aunque en menor proporción en la actualidad.

La cavidad bucal presenta un sinnúmero de alteraciones, tanto por el daño neuromuscular como por los deficientes cuidados hacia la salud bucal. Estas se pueden ex-

presar como: enfermedad periodontal, debido a la respiración bucal y al deficiente cepillado; maloclusión, ocasionada por la protrusión lingual y la debilidad muscular perioral; índice de caries mayor, por los defectos en la estructura dental como la hipoplasia y otras características que enunciare en esta tesina.

Por ser la PCI una enfermedad que se expresa con muchas variantes, cada paciente presentará grados y características diversas, que hacen necesario que el tratamiento médico sea multidisciplinario y que dependerá en cada caso particular según el tipo de afección, edad, sistemas involucrados y características específicas.

Por lo tanto el odontopediatra debe conocer la enfermedad para instaurar, de manera selectiva, un diagnóstico y tratamiento bucal específico en cada paciente.

CAPITULO I

CONCEPTOS BASICOS DE PARALISIS CEREBRAL.

A) DEFINICION.

La Parálisis Cerebral Infantil es una afección caracterizada por la disfunción motora, debida a un daño encefálico no progresivo producido prenatalmente, durante el nacimiento ó en el periodo posnatal, antes que el sistema nervioso central alcance su madurez.

B) ETIOLOGIA.

Las diversas causas que provocan la PCI incluyen: Anoxia fetal, Traumatismo en el nacimiento, Nacimiento prematuro, Incompatibilidad Rh, Infecciones virales durante el embarazo, Kernicterus, Meningitis tuberculosa, Desarrollo anormal del encéfalo, Hemorragia intracraneal, Ictericia neonatal excesiva y anomalías del desarrollo. Sin embargo hay casos donde no se puede descubrir una causa -- evidente.

C) CLASIFICACION.

Hay varios tipos de Parálisis Cerebral, que son distinguidos de acuerdo con las disfunciones neuromusculares observadas y a la extensión de la complicación anatómica. Algunos individuos pueden tener síntomas casi imperceptibles. Otros estarán gravemente impedidos, sin uso apresia

ble de los músculos de sus miembros y otros músculos voluntarios. Es imperativo tener en mente que dos pacientes con el mismo tipo de parálisis cerebral pueden evidenciar síntomas muy diferentes.

Los siguientes términos son utilizados para designar las zonas afectadas del cuerpo:

- a) Monoplegia: complicación de un solo miembro.
- b) Hemiplegia: complicación de un lado del cuerpo.
- c) Paraplegia: complicación de ambas piernas solamente.
- d) Diplegia: complicación de ambas piernas con mínima complicación de ambos brazos.
- e) Cuadriplegia: complicación de los cuatro miembros.

El bosquejo siguiente brinda una clasificación de la Parálisis Cerebral, de acuerdo al tipo de disfunción neuromuscular, con algunas de las características básicas de cada tipo:

a) **ESPASTICO.**

Aproximadamente ocupa el 70% de los casos. Las características que presenta el paciente son: hiperirritabilidad de los músculos afectados, músculos contraídos y tensos, control limitado de los músculos del cuello, resultando la cabeza rotante; falta de control de los músculos que soportan el tronco (con dificultad para mantener la postura erecta), falta de coordinación de la musculatura intrabucal, peribucal y masticatoria (posibilidad de masticación y deglución perturbadas, babeo excesivo

vo, empuje lingual espástico persistente, e impedimentos en el habla).

b) DISQUINETICOS (atetosis y coreoatetosis).

Aproximadamente ocupa el 15% de los casos. Las características que presenta el paciente son: movimiento - constante e incontrolado de los músculos afectados, movimientos involuntarios lentos, de torsión (atetosis) ó movimientos rapidos espasmódicos (coreoatetosis), musculatura del cuello frecuentemente afectada, posibilidad de movimientos maxilares incontrolados, frecuentes causando el cierre abrupto de la boca o un bruxismo grave, respiración bucal, protrusión de la lengua, babeo excesivo, muecas faciales, dificultades para masticar y deglutir, problemas en el habla.

c) ATAXICO.

Aproximadamente ocupa el 5% de los casos. Este tipo de paciente presenta: músculos afectados incapaces de -- contraerse completamente, pobre sentido del equilibrio - y movimientos voluntarios incoordinados (tropiezos o inseguridad al caminar), posibilidad de temblores (a veces incontrolables):

a) MIXTOS.

Aproximadamente ocupa el 10% de los casos. Las características que presenta el paciente son: combinación de características de m'as de un tipo de parálisis cerebral por ejemplo: cuadriplegia espásmica-atetoides mixta.

Dos formas adicionales de Parálisis Cerebral que ocurren con poca frecuencia son: La Hipotonía (las características que presenta son músculos flácidos, existe una incapacidad para iniciar la actividad muscular).

La Rigidez.

Las características que presenta el paciente son: músculos en constante contracción. La condición se caracteriza por periodos prolongados en los que los músculos de las extremidades o del tronco permanecen rígidos -- resistiendo cualquier esfuerzo para moverlos.

CAPITULO II

PROBLEMAS BUCALES.

A) CARIES DENTAL.

La mayoría de los estudios sobre caries dental que se han efectuado en niños con Parálisis Cerebral, muestra que los problemas de caries son ligeramente más elevados que en los pacientes normales.

La caries dental se ve aumentada por: la administración de dieta blanda, alimentos cariogénicos, ausencia de higiene bucal, atrición de los dientes por bruxismo, malposición dentaria, presencia de hipoplasia del esmalte, presencia de línea neonatal, abandono de los padres.

La caries dental será el problema más frecuente en este tipo de pacientes.

B) HIPOPLASIA ADAMANTINA,

En el 70% de los dientes con esmalte hipoplásico del grupo de parálisis cerebral, se encontró una relación definida basada en la época en que los posibles factores etiológicos habrían causado la lesión cerebral y el momento aparente del defecto adamantino basado en su ubicación en el esmalte coronario.

Hay una incidencia más elevada de hipoplasia de esmalte en la dentición primaria sobre todo en aquellos - pacientes con una historia de prematuréz ó kernicterus.

C) ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Más de tres cuartas partes de los pacientes paráliticos cerebrales tienen algún grado de gingivitis. Se - presenta en un 10% más en el grupo espásmico que en los atetoides. Algunos enfermos con problemas convulsivos - toman droga del grupo dilantina, la que produce casos - de gingivitis hipertrófica y afecciones periodontales - severas. La higiene bucal en los paráliticos cerebrales - suele ser bastante escasa . El tipo de dieta tiende a - ser blanda para que estos niños , con los músculos de - la masticación y la deglución afectados, no tengan pro--blemas al tragar ; además, consumen altas cantidades de--carbohidratos.

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

D) MALOCLUSIONES.

Los paráliticos cerebrales tienen mayor incidencia - de maloclusión que la habitual debido a la actividad mus--cular anormal. Este problema puede relacionarse con el - grado de tonicidad de los músculos faciales masticatori--

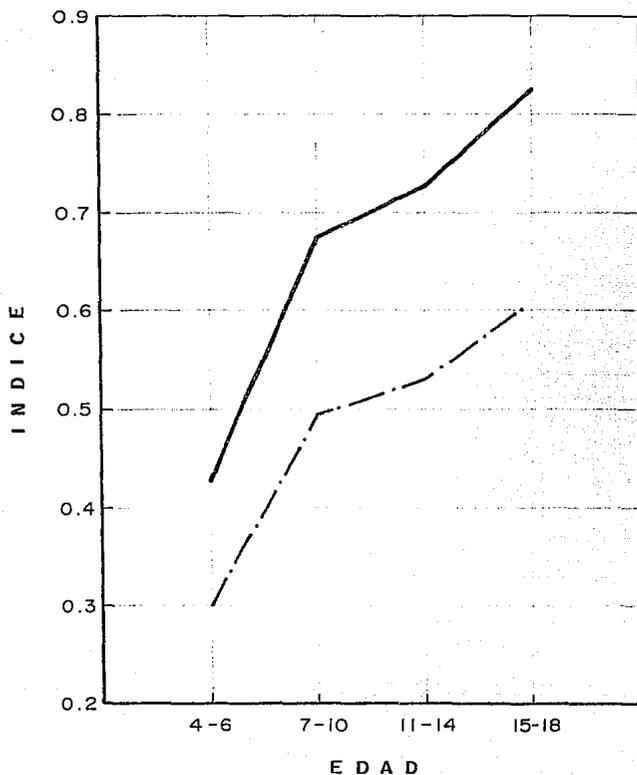
PREDOMINIO DE MALOCCLUSION EN PERSONAS INCAPACITADAS

AUTOR	INCAPACIDAD	EDAD	NUMERO	PREDOMINIO TOTAL	PORCENTAJE CLASE I	PORCENTAJE CLASE II	PORCENTAJE CLASE III
LYONS 1960	PARALISIS CEREBRAL	12 - 17	45	77 %	62	26	8
GUNN 1962		A 46 AÑOS	36	DENTRO DE LO NORMAL			
MAGNUSSON 1964		3 - 15	76				
ALBUM 1964		7 - 10	47	2 x NORMAL NO ES DIFERENTE DE LO NORMAL			
ROSENBAUM 1966		6 - 12	124				
FOSTER 1974		3 - 28	33	(d)			

(d) DESCRIPCION DE LAS ANOMALIAS DE LA BASE CRANEAL NORMAL

PARALISIS CEREBRAL

INDICE PERIODONTAL



— NO INSTITUCIONALIZADOS
- · - · -

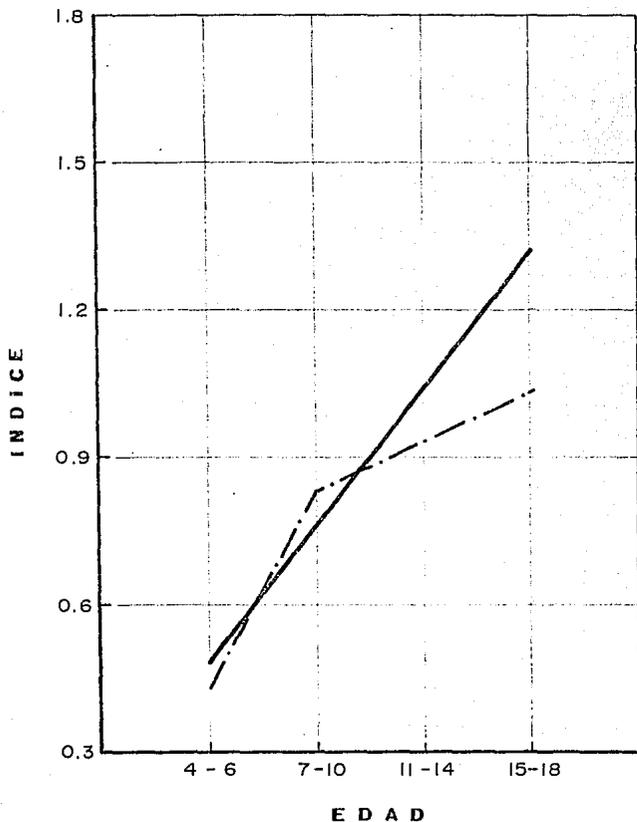
LIMPIEZA ORAL Y PREDOMINIO DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y
 PERIODONTAL EN NIÑOS INCAPACITADOS

AUTOR	INCAPACITADO	EDAD EN AÑOS	NUMERO	LIMPIEZA ORAL	ESTADO O CONDICION GINGIVAL Y PERIODONTAL	
MAGNUSSON 1963	PARALISIS	8 o MAYORES	76 (NI)	—	65 % CON P. CEREBRAL 20 % CONTROL NORMAL	} TUVIERON ALGUNAS FORMAS DE GINGIVITIS
SWALLOW 1968	CEREBRAL	5 - 16	298 (NI)	67.5 % ADECUADA C.F. 63.7 % DE NIÑOS NORMALES	22.4 % CON P. CEREBRAL 26.2 % CONTROL NORMAL	

(NI) NO INSTITUCIONALIZADOS

PARALISIS CEREBRAL

LIMPIEZA ORAL-GRAFICA.



— NO INSTITUCIONALIZADOS
- · - · - INSTITUCIONALIZADOS

os 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 I, 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 I con paladar angosto y alto, empuje lingual y mordida abierta anterior, y puede complicarse por la pérdida temprana de dientes primarios.

E) TRAUMATISMOS.

En el área de traumas, se observa que están expuestos frecuentemente a injurias, desde lesiones a tejidos blandos hasta fracturas de dientes y maxilares, debido a las múltiples caídas por su falta de coordinación motora, como por las crisis convulsivas.

Los traumatismos son más comunes en el paciente atetoide, con incisivos en labioversión .

F) BRUXISMO.

Generalmente en la mayoría de los niños con PCI se presenta bruxismo. Este hábito, aunque se desconoce su etiología , podría deberse a una función muscular imperfecta o a problemas emocionales propios en estos niños.

Sus consecuencias son: la atrición de todos los dientes y la pérdida de la dimensión vertical. El uso de guardas nocturnas, que podría ser el tratamiento, está contraindicado en estos pacientes debido a sus movimientos involuntarios y las crisis convulsivas.

El bruxismo puede ser severo en algunos pacientes, muy comúnmente en los atetoides.

G) TONICIDAD MUSCULAR.

En el niño con PCI, se ha observado que existe una alteración en el tono muscular, debido a que están afectadas las actividades musculares normales principalmente. Dentro de las alteraciones del tono muscular, se encuentra la hipotonocidad muscular facial generalizada, que impide la succión y ocasiona problemas de alimentación; también, existe hipotonocidad del labio inferior, que es un factor importante en el desarrollo de maloclusiones y por último, problemas musculares en la deglución lo que ocasiona el saliveo constante, por no poder manejar la deglución salival correctamente, y una lengua protrusiva que origina maloclusión de los dientes anteriores, como mordida abierta y protrusión de los mismos.

H) DEGLUCION.

Muchos de los niños afectados de parálisis cerebral no pueden deglutir de forma refleja, pero lo hacen de forma consciente, por lo que tienen tendencia al babeo.

En los casos graves, este problema puede solucionarse transfiriendo quirúrgicamente los conductos salivales de las glándulas parótidas a la faringe, aunque con ello aumente la predisposición a la caries.

I) FONETICA.

El buen cuidado dental en los niños paráliticos cerebrales es de vital importancia debido a que se pueden evitar problemas ejemplo: Fonéticos, que aumentan por la pérdida de los dientes.

CAPITULO III

DIFICULTADES DEL TRATAMIENTO.

A) DIFICULTADES MENTALES.

a) APRENSION. Puede ser un gran problema al principio hasta que el niño se familiarice con el odontólogo y con el tipo de tratamiento. Se refiere especialmente a un niño retenido en su hogar y quien raramente ve a nadie que no sea miembros de su propia familia.

b) DIFICULTAD DE COMUNICACION. Puede existir defectos auditivos o visuales que dificulten la conversación y explicaciones junto al sillón, o el niño puede tener un defecto de dicción que hace sus respuestas incomprensibles.

c) BAJA INTELIGENCIA. En pacientes de inteligencia por debajo de lo normal, la comunicación y el entendimiento pueden ser difíciles de alcanzar cuando se intenta obtener cooperación.

d) DISTRACCION. En algunos pacientes con disfunción cerebral hay inquietud y una deficiente capacidad para concentrarse.

e) CONVULSIONES. Una cantidad de niños paráliticos cerebrales sufren algún grado de convulsiones, Aunque la ansiedad puede precipitar un ataque.

B) DIFICULTADES FISICAS.

a) POSICION POSTURAL. Un paciente con algún grado de ataxia no será capaz de sentarse en el sillón dental sin ayuda, debido al trastorno del equilibrio. El atetoides y los espásticos con complicación de los músculos del cuello, tienen dificultad en lograr y mantener la postura sentada normal con la cabeza apoyada sobre el cabezal.

b) CAPACIDAD PARA COOPERAR. Como regla general, un niño -- que puede entrar al consultorio, aun con alguna ayuda, sentarse en el sillón y abrir su boca, puede ser tratado sin mayor dificultad. Los niños con complicaciones mayores -- sobre todo de cabeza y cuello, y pueden presentar serios -- problemas de cooperación, no por falta de voluntad, sino -- por su incapacidad para producir las adecuadas acciones -- musculares.

c) DIFICULTADES DENTALES. La proporción de caries es sólo marginalmente más elevada que lo normal, pero la conservación es más importante. Desafortunadamente, cuanto mayores las dificultades de conservación, menos probable es que el paciente pueda usar un aparato, pero si los problemas físicos y mentales pueden superarse entonces la conservación misma no presenta verdaderos inconvenientes.

CAPITULO IV

MANEJO DEL PACIENTE CON PCI EN EL CONSULTORIO DENTAL.

A) INTRODUCCION AL CONSULTORIO.

Antes de ver al niño por primera vez, el odontologo debe buscar información del médico sobre su condición. Necesita conocer el tipo de complicación neuromotora y su gravedad, cualquier historia de convulsiones, terapia -- con drogas, otros defectos sensoriales, visuales o auditivos, y una estimación de su nivel de inteligencia. Con este conocimiento el odontologo puede adecuar su actitud a las necesidades de ese paciente en particular.

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. Paciencia y persistencia son de suma importancia, y si es necesario hay que establecer varias visitas para lograr una relación amistosa y de confianza, con exámenes y explicaciones sencillas, antes de iniciar tratamientos. El objetivo debe de ser un trabajo en equipo entre el odontologo y el niño .

B) POSTURA.

Muchos de los pacientes paráliticos cerebrales pueden sentarse en el sillón dental, pero este debe inclinarse algo hacia atrás, de manera que haya una sensación de mayor seguridad en cuanto a no caerse hacia adelan

te .En algunos casos, puede necesitarse una asistente - junto al sillón para controlar los movimientos de la cabeza cuando el odontólogo está trabajando frente al pa ciente.Si lo hace desde atrás, sin embargo, el odontólogo puede habituarse lograr este control sosteniendo la - cabeza entre su brazo izquierdo y el cuerpo, quedando li bres su muñeca y su mano.

El uso de tiras de retención para soporte es aconsejado en este tipo de pacientes. Hay pacientes quienes pu eden ser controlados más fácil y completamente si se sientan en el regazo de su padre o una asistente.

C) EXAMEN.

Debe estimularse al paciente para que se relaje, explicando y demostrando primero todas las acciones propuestas.Los movimientos repentinos pueden precipitar una - acción muscular y por eso es necesario un acercamiento - suave.En el espástico, el intento de abrir la boca puede producir una contracción muscular intensa, pero si el -- odontologo le enseña a hacerlo con presión suave, a veces se puede vencer esa contracción . No hay que ponerlos de dos entre los dientes, en los casos en que los maxilares pueden contraerse, salvo que se use un protector digital metálico. Un dedal puede ser útil, pero debe ser de acero y no de algún metal más blando. Es aconsejable usar - o agregarle un trozo de cadenita, de manera que si se sale del dedo no hay peligro de que se trage.En estos casos un espejo de vidrio puede resultar peligroso; es ---

aconsejable un espejo de acero . Hay que tener cuidado en la colocación de un explorador agudo , para que, si se cierra la boca intempestivamente, la punta no constituya un riesgo para los tejidos blandos. Las películas radiográficas son difíciles de ubicar y mantener sin movimiento, aunque posiblemente las interproximales pueden tener mejor éxito.

D) CONSERVACION.

Con la compresión y confianza del paciente, la conservación debería ser posible, con o sin anestesia local.

Habitualmente resulta esencial un separador bucal, pero hay que cuidar que sea de un tipo , y se encuentre en posición tal, que dificulte su desplazamiento. Un atomizador de agua y un eyector de saliva, o suctor son esenciales para limpiar rápidamente el campo de restos, ya que no es factible enjuagarse la boca. En algunos casos se necesita un retractor para la lengua, especialmente cuando se trata de dientes inferiores. Al colocarse cemento y obturaciones plásticas suele ser útil mantener el campo limpio y seco colocando una grapa para goma dique (sin la goma) sobre el diente a tratar. Puede colocarse y retirarse muy rápidamente , según la necesidad, y controlar la posición de los rollos de algodón, los cuales se deben asegurar con seda dental como se muestra en las siguientes figuras.

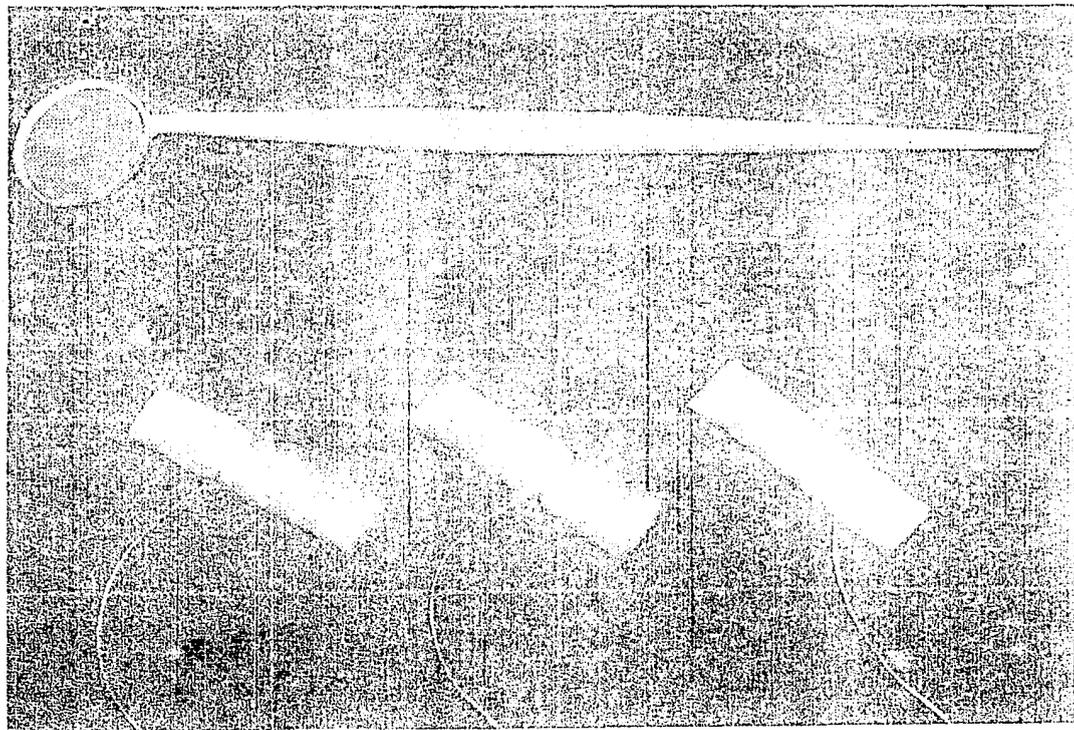


Fig. 14-15. Cuando se atiende a pacientes con retrasos graves, es recomendable utilizar espejos irrompibles y asegurar los rollos de algodón con seda dental.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DENTAL.

A) OPERATORIA.

Antes de iniciar cualquier tratamiento, esta indicado el uso de abrebocas debido a los movimientos involuntarios que presentan. Los diversos factores que colaboran para que estos pacientes presenten un alto índice de caries dental son determinantes para que las restauraciones estén encaminadas a proteger los tejidos remanentes - con coronas de acero cromo, principalmente así como amalgamas y en dientes anteriores permanentes, con la atrición que produce el bruxismo, se preferirán las coronas de acero cromo exclusivamente.

B) ENDODONCIA.

Los tratamientos pulpares deberán ser muy bien valorados con anterioridad, ya que la poca cooperación que se obtiene impide tener al paciente bajo control en una serie de citas que serán necesarias para realizar una pulpectomía. El pronóstico y los controles futuros contraindican, aún más, la realización de pulpectomías en pacientes con PCI.

Las pulpotomías no están contraindicadas y ayudarán a conservar los órganos dentales temporales hasta la exfoliación fisiológica de los mismos.

C) ENFERMEDAD PERIODONTAL.

El tratamiento de la enfermedad periodontal se basa en métodos normales, y los niños que están tomando dila-
ntina, pueden presentar uno de los problemas más grandes
en virtud de la gingivitis hiperplástica resultante.

En los casos graves, la consulta con el médico puede
significar la posibilidad de un cambio de droga.

Algunos de estos pacientes pueden haber tenido una-
dieta mal valanceada, especialmente con exceso de hidra-
tos de carbono. Si existe enfermedad periodontal marcada-
habrá que considerar con el médico una suplementación vi
taminica.

D) ORTODONCIA.

El tratamiento ortodóncico sencillo debe realizarse
siempre que sea posible dentro de los límites de toleran-
cia del paciente, y no olvidando los riesgos de roturas-
en algunos de los casos. La consulta con un ortodoncista
sobre tratamiento de compromiso suele ser útil.

Es importante la ortodoncia preventiva y guiar el -
desarrollo oclusal, ya que el paciente puede tener difi-
cultades para tolerar los aparatos de ortodoncia.

E) PROTESIS.

Cuando se considera necesario y aconsejable colocar
una prótesis su diseño quizás deba ser un compromiso, tan-
to a nivel de eficacia como de aspecto. El odontólogo tam-
bién debe tomar en cuenta el manejo y la posibilidad de -

reemplazo frecuente.

F) PROFILAXIS.

En cuanto a la profilaxis, la mayoría de los pacientes con parálisis cerebral pueden ser tratados en clínicas generales. Los que padecen una incapacidad menos grave pueden realizar por sí mismos los procedimientos de -higiene oral, para lo cual suele resultar útil el empleo de un cepillo con un mango adaptado a sus necesidades individuales que facilite su sujeción, o un cepillo elec--trico.

G) APARATOLOGIA.

Tanto la aparatología fija como la removible están--contraindicadas en pacientes con PCI; debido a la presen--cia de crisis convulsivas y movimientos involuntarios que muchos de estos niños presentan, los aparatos pueden ser--tragados o desprenderse y ocasionar problemas mayores.

La alteración que presentan en la musculatura facial ocasionando colapso en los maxilares, obliga, en casos --muy especiales, el uso de aparatos de expansión o sea los--cuales serán siempre fijos, con un control por demás es--tricto, teniendo en cuenta que no existen crisis convulsi--vas y en conjunto con ejercicios de tonificación muscular.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

H) ADITAMENTOS.

Los defectos en la dicción y dificultades en la articulación de la palabra son comunes 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, de los miembros de modo que no pueden comunicar sus pensamientos a los otros. El odontólogo general está en condiciones de brindar a estos enfermos un gran servicio, confeccionando una varilla bucal con la que puedan escribir - en la maquina eléctrica y comunicarse así con otros individuos. (FIG.2-6 y 2-7).

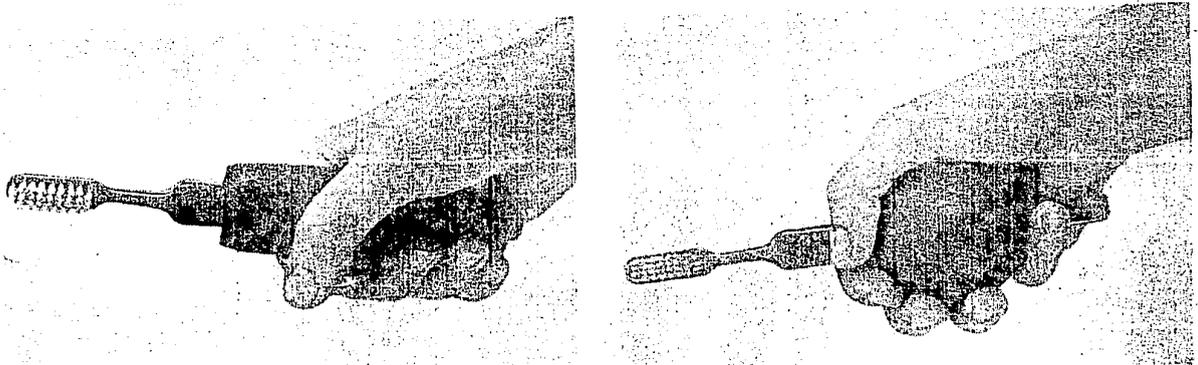


Fig. 14-7. Para asegurar una sujeción firme, puede modificarse el mango del cepillo dental con un cilindro de gomaespuma o una pelotita de goma.

I) ADITAMENTOS.

Los defectos en la dicción y dificultades en la articulación de la palabra son comunes 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, de los miembros de modo que no pueden comunicar sus pensamientos a los otros. El odontólogo general está en condiciones de brindar a estos enfermos un gran servicio, confeccionando una varilla bucal con la que puedan escribir en la maquina eléctrica y comunicarse así con otros individuos. (FIG.2-6 y 2-7).

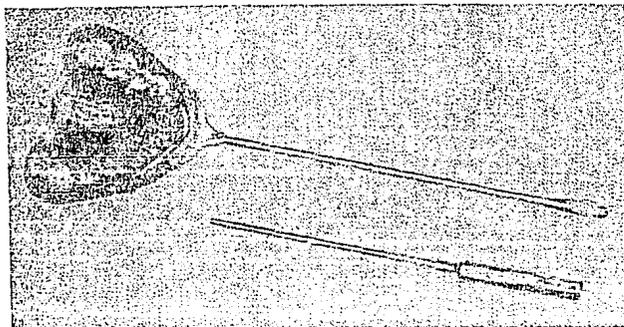


Fig. 2-6. Varilla bucal confeccionada para un paciente con parálisis cerebral atetoide.

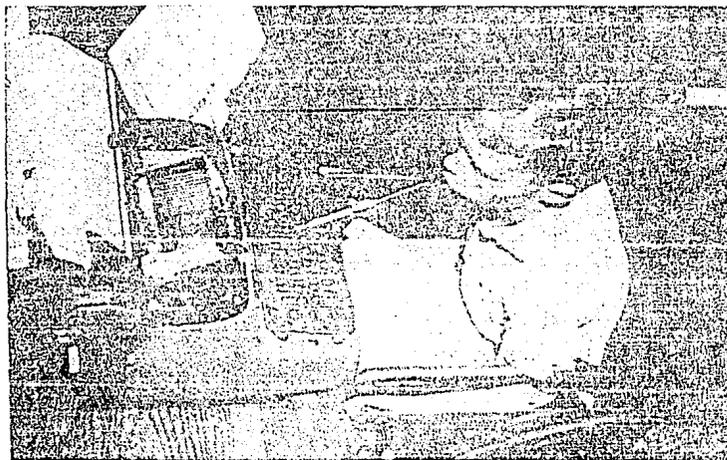


Fig. 2-7. El paciente usando la varilla bucal para operar una máquina de escribir eléctrica. Nótese el panel sobre el teclado con teclas que se ven a través de las aberturas.

CAPITULO VI

A) PREVENCIÓN.

La prevención será siempre el objetivo principal del odontopediatra. Es necesario utilizar todos los medios de prevención posible para mantener la salud bucal y disminuir los altos índices de caries y de enfermedad periodontal que estos pacientes presentan. El control de la placa dentobacteriana, mediante una técnica de cepillado correcta, evitará en gran medida la presencia de estas enfermedades. Para compensar la incoordinación muscular que sufren, la cual no les permite desarrollar una técnica de cepillado eficiente, se les ha adaptado a los mangos de los cepillos dentales diversas formas y modificaciones con acrílico que facilitan su sujeción y proporcionan un mejor control manual de ellos; los cepillos eléctricos también han sido de gran utilidad y se ha podido comprobar que, con su uso logran una mejor eliminación de placa dentobacteriana. Las aplicaciones tópicas de fluoruros establecidas con regularidad y el uso de enjuague bucal con flúor permitirán una mayor resistencia a la caries dental y una protección para el buen estado de la dentición.

Los selladores de fosetas y fisuras son un recurso más con el que se puede contar y está indicado en paci-

entes con PCI como un medio preventivo que protegerá, en alto grado, la susceptibilidad de los dientes a la caries dental. El consejo dietético encaminado a evitar comidas y alimentos ricos en carbohidratos.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Como la Parálisis Cerebral no es el resultado de una sola lesión de varias lesiones cerebrales, no existe una sola droga que pueda ser administrada para remediar la neuropatología subyacente. Lo más indicado parece ser el tratamiento farmacológico sintomático para el control de las manifestaciones periféricas principales que interfieren significativamente en la función.

El tratamiento farmacológico en estos casos puede ser de gran beneficio, reduciendo el tono muscular aumentado podrán mejorar los movimientos voluntarios.

Deberán evitarse los barbitúricos debido a su efecto sedante que puede empeorar la función motora y la conducta. Las drogas neuromusculares (trihexifenidil-artane; clorhidrato de cicrimina-pagitane), que afectan las manifestaciones extrapiramidales..

Las drogas neuropsiquiátricas, como clordiazepóxido (librium) y diazepam (Valium), son utilizados ampliamente para el tratamiento de la angustia y se prescriben como sedantes diurnos para los niños con parálisis cerebral

Kopel recomienda el uso de atarax, esta droga tiene la habilidad de reducir la inquietud sin colocar al paci-

ente en un estado hipnótico. Otro medicamento muy empleado para reducir ansiedad y espasmos musculares es el clorhidrato de clorodiazepoxido.

CAPITULO VIII

ANESTESIA.

A) ANESTESIA LOCAL.

En cuanto a la anestesia local, no hay alguna contra indicación y suele ser preferible a la anestesia general, cuando se trata de labores de operatoria.

B) ANESTESIA GENERAL.

Al emplear algun anestésico general, siempre se incu rre en riesgo de vomito, espasmo y apnea; por lo tanto, - podran preverse medidas más suaves, aunque posiblemente- menos potente, cuando se emplea dicho agente.

Esta indicada en niños no cooperativos, que se resis te al tratamiento a pesar de haberse intentado todos --- los procedimientos de manejo comunes .

La anestesia general no evita los movimientos ate toides, y además , su uso no es aconsejable en el consul torio cuando se trata de intervenciones largas como obs trucciones dentarias.

CONCLUSIONES.

La PCI agrupa una serie de afecciones, caracterizadas por la disfunción motora debida a un daño encefálico que se produce tempranamente en la vida.

Comprende las siguientes afecciones: espasticidad, rigidez, atetosis, ataxia, atonia.

El tratamiento médico es multidisciplinario y depende, en cada caso particular, al tipo de afección, edad, sistema involucrado, y características específicas.

el niño con PCI presenta características bucales específicas como son: discrepancia en las arcadas, alteraciones en la tonicidad muscular facial, ocasionando severas maloclusiones, lengua protrusiva, respirador bucal, problemas parodontales, índice de caries alto, bruxismo.

la anestesia general será uno de los recursos con el que se contará para atender a una gran población de pacientes con parálisis cerebral infantil.

Se deberá realizar un programa específico para cada paciente y diseñar cepillos dentales para su incapacidad, enseñando a la madre o al responsable del niño a eliminar correctamente la placa para evitar parodontopatías y disminuir el alto índice de caries que estos pacientes presentan.

BIBLIOGRAFIA.

BENGT.O.MAGNUSSON.GORAN.KOCH.SVEN.POULSEN.ODONTOPE
DIATRIA.ENFOQUE SISTEMATICO.EDITORIAL SALVAT.
EDICION ORIGINAL.1985.
p.p 311-319.

BROWN.P.JOHN.B.D.SC.M,S.F.R.A.C.D.S.DR.SCHODEL B.-
PHARM.JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN.SUR-
VEYS OF DENTAL DISEASE IN HANDICAPPED PERSO-
NS.SEPTEMBER,OCTOBER,1976.
p.p 17-22.

CAPUTE.A.J.AND.BIEHIRS.ODONTOLOGIA PARA EL NINO --
INCAPACITADO.CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTE
AMERICA.TOMO 20.VOL.3.PRIMERA EDICION EN ES-
PANOL.
p.p 65-75 y 564-576.

GRINSPAN DAVID.ENFERMEDADES DE LA BOCA.EDITORIAL -
MUNDI.SEGUNDA EDICION.MEXICO D.F 1970.
p.p 190-207 y 259-265.

HARRISON.T.R.MEDICINA INTERNA.EDITORIAL LA PRENSA-
MEDICA MEXICANA.TERCERA EDICION.MEXICO D.F -
1970.
p.p 2308-2310.

LEATER.M.BURKET.MEDICINA BUCAL,DIAGNOSTICO Y TRATA
MIENTO.EDITORIAL LATINOAMERICANA.SEGUNDA EDI
CION.MEXICO D.F.
p.p 55-58.

MAC.DONALD.DAVID.R.AVERY.ODONTOLOGIA PARA EL NINO-
Y EL ADOLECENTE.EDITORIAL MUNDI.CUARTA EDICI
ON.ARGENTINA.
p.p 631-636.

MOYERS.ROBER.E.TRATADO DE ORTODONCIA.EDITORIAL IN-
TERAMERICANA.PRIMERA EDICION.MEXICO.
p.p 41-98.

NOWAK.J.ARTHUR.ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDI
DO.EDITORIAL MUNDI.PRIMERA EDICION.ARGENTINA
1976.
p.p 34-38.

REVISTA.ADM.VOLUMEN XLV/2.MARZO-ABRIL.
p.p 64-68.

SIDNEY.B.FINN.ODONTOLOGIA PEDIATRICA.EDITORIAL IN-
TERAMERICANA.CUARTA EDICION.MEXICO 1988.
p.p 503-507.

WEYMAN.JOAN.ODONTOLOGIA PARA EL NINO IMPEDIDO.EDI-
TORIAL.MUNDI.PRIMERA EDICION.SAIC.F.1976.
p.p 79-91.

WHITTAKER.O.JANES.S.M.LURIA Y RUSELL SERGEANT.PSI-
COLOGIA.EDITORIAL INTERAMERICANA.SEGUNDA EDI
CION.MEXICO.D.F.
p.p 50-53.