

870122
4
24*

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

PROBLEMAS Y TRATAMIENTO DE UN NIÑO CON PARALISIS
CEREBRAL EN EL CONSULTORIO DENTAL.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
RAFAEL ALEJANDRO AGUIRRE MENDOZA
ASESOR: ENRIQUETA TORRES VIRAMONTES
GUADALAJARA, JAL. OCTUBRE DE 1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

PROBLEMAS Y TRATAMIENTO DE UN NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL EN EL CONSULTORIO DENTAL

I.	PARALISIS CEREBRAL	
	a) INTRODUCCION	3
	b) GENERALIDADES	4
	c) ETIOLOGIA	5
II.	PROBLEMAS MAS FRECUENTES EN EL CONSULTORIO DENTAL CON UN NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL.	16
	a) ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE LOS PADRES Y EL NIÑO	17
	b) PROBLEMAS ANESTESICOS Y DENTARIOS	18
III.	MANEJO ODONTOLOGICO CON NIÑOS CON PROBLEMA CEREBRAL	22
	a) HISTORIA MEDICO-DENTAL	23
	b) COMBINACION DE DROGAS	24
	c) MANEJO DEL NIÑO	26
IV.	TRATAMIENTOS MAS ADECUADOS CON NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL.	29
	a) TRATAMIENTOS FRECUENTES	30
	b) TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS	31
	CONCLUSIONES	36
	BIBLIOGRAFIA	38

CAPITULO I

PARALISIS CEREBRAL

- a. INTRODUCCION**
- b. GENERALIDADES**
- c. ETIOLOGIA**

PARALISIS CEREBRALES

a) INTRODUCCION

(13)

LITTLE (1862) describía por primera vez la Parálisis Cerebral, - con sentido científico y ponía en evidencia la importancia del trauma obstétrico en su etiopatogenia.(3)

El término Parálisis Cerebral no indica una entidad, sino que es un término que comprende muchas enfermedades que su denominador común es la alteración del tono y de la función de la musculatura estriada.

(2)

Bajo este nombre se agrupan diversos estados patológicos cróni--cos consecutivos a lesiones muy diversas del sistema nervioso central cuyo rasgo común está representado por una parálisis gástrica (cere--bral) provocada por lesiones del cerebro, con alteraciones del psi-- quismo, exaltación de reflejos tendiosos.(4)

b) GENERALIDADES
Y ANATOMIA Y PATOLOGIA

Virtualmente es imposible predecir las alteraciones patológicas que se descubrieron en el cerebro.(1)

Los diversos cuadros que integran la genérica denominación de Parálisis Cerebral Infantil, son en todos los casos verdaderos síndromes, es decir, factores etiológicos, distintos que pueden dar la misma fisonomía clínica.(2)

En la Parálisis Cerebral Infantil se forma por trastornos neuromotores que son manifestaciones de una función neurológica comprometida por alteraciones de la estructura, el crecimiento o el desarrollo del sistema nervioso, corteza motora, ganglios basales y cerebelo.(3)

En los movimientos finos o groseros están modulados por los ganglios basales, el sistema extrapiramidal regula el control motor de la expresión de la emoción y de los movimientos automáticos como finos y delicados.(2)

El cerebelo proporciona movimientos graves y sinérgicos de los músculos agonistas y antagonistas.(1)

Como en pacientes apásticos las alteraciones patológicas se localizan preferentemente en los hemisferios cerebrales, en tanto que, en los atetósicos pueden afectar con mayor intensidad los ganglios basales.(1)

c) ETIOLOGIA

Son numerosas las manifestaciones de parálisis cerebral infantil, como la motilidad, concepto que nos servirá para entender las principales alteraciones que siguen a una parálisis cerebral infantil.(4)

El movimiento o actividad motriz es el resultado de la acción conjunta de dos tipos de actos motores, la motilidad genérica y la motilidad estática.(4)

La motilidad cinética actúa por contracciones breves y la motilidad estática actúa con contracciones persistentes.(2)

La motilidad cinética consta de tres movimientos que son:

- . Movimiento automático y asociado;
- . Movimientos voluntarios; y
- . Movimientos reflejos.(1)

Movimientos automáticos y asociados se realizan involuntariamente pero no inconscientemente como gestos de alegría y tristeza y los movimientos asociados como el balanceo de los brazos durante la marcha.(3)

Los movimientos voluntarios se elaboran en neuronas de la corteza cerebral.(2)

Los movimientos reflejos son a la respuesta motriz secretoria o nutritiva independiente de la voluntad provocada inmediatamente por la aplicación de un estímulo que puede ser o no consciente.(4)

La motilidad estática (tono) es la actividad motora que permite la fijación de las diferentes articulaciones en actitudes determinadas que en íntima armonía con otras determinan la postura.(6)

El tono muscular está comprendido por aumento de tono (hipertonía) y disminución de tono (hipotonía).(3)

Los diferentes trastornos neuromusculares se dividen en vías piramidales y extrapiramidales.(4)

En la vía piramidal los movimientos son epásticos y con aumento de tono y en la vía extrapiramidal el movimiento es rígido con movimientos involuntarios.(3)

Los trastornos extrapiramidales se relacionan con lesiones en tálamo y entre ellos está la ataxia, la hipotonía y los trastornos mixtos.(2)

Los tipos de movimientos anormales son los disqueniéticos y son movimientos ruidos, espasmódicos, arrítmicos y sin propósito. Los movimientos atetosicos son lentos, sinosos y de torsión. Movimientos coreatetósicos es un fenómeno mixto, movimientos distónicos de torsión y rotación de extremidades.(3)

No hay una causa exclusiva de la Parálisis Cerebral Infantil, así que se mencionarán las causas determinantes como prenatales, natales y postnatales.(4)

Causas prenatales encefalopatías que actúan durante el embarazo como hipóxicas, físicas, infecciosas, metabólicas y traumatismos directos sobre el vientre.(6)

No se conoce el mecanismo todavía fisiopatológico o a través del que se llevan a cabo las malformaciones macro o microscópicas en estos sujetos.(1)

Las hipóxicas cerebrales en el feto como consecuencia de trastornos maternos endógenos o exógenos, con las causas más frecuentes de encefalopatías, se enumeran las más frecuentes.(1)

Enfermedades graves de la madre como cardiopatías congénitas, saturación pobre de oxígeno, hipotensión, rubeola, gripe, parálisis y cualquier enfermedad virosa parecida en los primeros meses de la gestación irradiada en la región pelviana, traumatismos físicos y psíquicos que puedan provocar su nacimiento precoz, procesos nerviosos, emoción desmedida.(3)

Procesos que impidan el normal paso de la sangre de la madre al feto a través de la pared placentaria, llantos, vómitos, compresión exagerada del abdomen por fajas, corsets o ropas muy ceñidas, por (anoxemia).(2)

Procesos tóxicos e ingestión de medicinas, patología de la placenta y el cordón umbilical alrededor del cuello del feto; procesos parasitarios, toxoplasmosis, avitaminosis, hipovitaminosis e hipervitaminosis. (4)

Por asfixia (axoxia) carencia de oxígeno en tejidos (anoxemia), disminución de oxígeno en la sangre (anoxia, anoxica) insuficiente oxigenación de la sangre en los pulmones, anemias hemorragias, alcoholismo, etc.

(3)

Causas natales, en el momento de la primera semana de vida hipoxémicas, instrumentales, trauma de parto, hemorragias, metabólicas y kernicterus. (2)

El niño puede sufrir efectos hipoxémicos, poco después de su nacimiento por factores de tipo central, depresión del centro respiratorio, acidosis metabólica y respiratoria, anemias, cardiopatías congénitas de tipo cianótico, lesiones cerebrales congénitas, estrechez de cadera, parto de nalgas y problemas metabólicos, traumatismos obstétricos por fórceps, traumatismos craneales, el útero no se contraiga o lo haga con exceso, nacido por cesárea, anestesia prolongada, traumas endocraneanos, meningitis parenquimatosas que dejan secuelas vasculares, quísticas, destructivas, premadurez y generalidad, ictericia grave de recién nacido. (3)

Causas postnatales como trastornos cardiovasculares, infecciones cerebrales, intoxicaciones, traumatismos, crisis convulsivas, trastornos metabólicos, hidrocefalia, etc. Se nombran las principales causas. (3)

Los trastornos cardiovasculares por cuadros trombóticos, tromboflebiticos, embólicos hemorrágicos, cardiopatías congénitas de tipo cianótico, procesos inflamatorios, encefalitis, meningitis, intoxicaciones del sistema nervioso central, plomo, arsénico, hidróxido de carbono, traumatismos craneales, golpes directos, hidrocefalias, epilepsia, secuelas de comas,

deshidrataciones, trastornos endócrinos, vitamínicos y minerales, encefalitis, rubeola, vacunas profilácticas, etc.(4)

Las formas clínicas son:

- a) Las que presentan aumento de tono.
- b) Las que presentan disminución de tono.
- c) Las formas parciales.(2)

Como hemipléjicas de forma piramidal, éstas actúan después del crecimiento; el lado afectado se muestra inmóvil, sobre todo a favor del miembro superior, pero esta falta de movimientos no es total, pero sus limitaciones son manifiestas -como la comisura labial y la mejilla están desviadas hacia el sector indemne. Los reflejos están disminuídos, se encuentran trastornos de desarrollo, parálisis de los nervios craneales, trastornos de lenguaje y epilepsia en el miembro inferior, el déficit no es tan pronunciado como en el superior, sus manifestaciones en brazo se muestran doblando en ángulo recto el brazo adherido al tronco; el antebrazo - flexionado y rotado hacia adentro la mano habitualmente en flexión y el dedo pulgar abrazado por los restantes; la pierna ligeramente flexionada sobre el muslo y éste sobre la pelvis; inclina la cabeza hacia el lado enfermo y el mentón hacia el lado sano con movimientos involuntarios e inconscientes que aparecen cuando se realizan movimientos intencionales. El tono muscular está acentuado, en el lado paralizado se conserva cianosis, hipotermia y tendencia a enrojecimiento.(4)

hemiplejía de forma extrapiramidal es exclusivamente unilateral, predominan los movimientos atetósicos sobre los coreicos, los atetósicos -

son más pronunciados en el miembro superior que en el inferior, sobre todo en los dedos de la mano son lentos e involuntarios, suelen estar comprometidos los músculos faciales que se traducen en muecas diversas y guiños oculares al lado afectado.(3)

La hemiplejía pirámido extrapiramidal es una combinación de las dos primeras hemiplejías.(5)

La diplejía clínicamente está provocada por la patología piramidal perinatal, se localiza en miembros inferiores, la marcha es bastante tarde, se realiza de puntillas y los miembros en tijera; hay retraso en sostener la cabeza erecta, se encuentra el signo de Babinski, bilateralmente el extrabulismo es preferente, convergente, hay crisis convulsivas generalizadas, ausencia de reflejo de succión, respiración irregular, llanto continuo, los pies aparecen en rotación interna y equinovaro, las rodillas están golpeándose unas a otras y los muslos también muestran una rotación interna, hay rigidez en los miembros, rodillas apretadas, debilidad mental, disfagia y signos epilépticos.(4)

Displejías extrapiramidal se presenta por una hipertonia muscular generalizada y asociada a movimientos involuntarios desordenados, desiguales, arítmicos y lentos, las causas etiológicas producen ictericia del recién nacido, anoxia, encefalitis, hemorragias cerebrales, diabetes, descenso de oxígeno en las neuronas, la hipertonia muscular es alterna con hipotonía; el tono se acentúa cuando se intenta realizar algún movimiento, hay atetosis doble, la musculatura está presa de desorden muscular, cara, tronco y miembros; el lenguaje está perturbado hay movimien-

tos coreicos asociados, son irregulares, arrítmicos, desordenados.(3)

La forma piramido extrapiramidal es una alternativa entre las dos anteriores, hay hipo e hipertomía, presenta rigidez y está comprometido el psiquismo.(1)

La forma atáxica se encuentra con trastornos distónicos de origen más alto, trastornos de marcha, hipotonía, temblor, hiperpasividad y un gran retraso psíquico.(6)

(13)

El síndrome de Little. Esta displeja radica en los miembros inferiores, fue descubierta por W. John Little el 2 de Octubre de 1861, dicho síndrome comprenderá a los paralíticos cerebrales, nacidos antes de tiempo, sin trastornos intelectuales, con epasticidad en los miembros inferiores, se pueden presentar en displejas o hemidisplejas graves, - se entiende que la esfera psíquica que evoluciona progresivamente hacia la mejoría, si se intenta la hipedestación se observa que apoya la punta de los pies y cruza las piernas en equis. El intelecto está conservado, hay extrabismos y se encuentra el signo de Babinsky.(4)

Las paraplejias son parálisis simétricas de ambos miembros; se refiere más en miembros inferiores, hay hiperplejia tendinosa, signo de Babinsky, hipertomía acentuada en los miembros inferiores puntualizando más displeja; es una cuadriplejia, una afección de los cuatro miembros y paraplejia comprende dos miembros.(3)

Parálisis craneal con disminución de tono se encuentra en el Síndrome de Foster con hipotonía cerebral, falta de todo estado epástico le

sión está radicada en la zona motora, la destrucción de la cuarta área - piramidal o motora permite determinar hipotonía sin epasticidad, el tono estático o de postura está prácticamente abolido, los niños son incapaces de sostener la cabeza y menos aún de mantenerse sentados o de pie, - parecen niños de trapo, siguen la expresión corriente, los enfermos mueren los primeros años de vida.(3)

La deplejia cerebelosa se encuentra en la hipotonía, las masas musculares se encuentran flácidas, blandas y móviles; los reflejos tendinosos están normales, se encuentra temblor intencional, la marcha es tambaleante, la lesión está radicada exclusivamente en el cerebro.(4)

En Parálisis cerebral se encuentra la parálisis ocolomotora facial, idiotismo, sordomudez, estrabismo que son producidas por pequeñas lesiones encefálicas o por lesiones periféricas.(3)

En alteraciones neuropatológicas, entre estas se encuentran malformaciones; entre ellos existen muchos casos en los que se ha verificado un trastorno del normal desarrollo del parénquima cerebral en época embrionaria muy temprana que son capaces de provocar anomalías malformativas, en cuyas patologías intervienen factores muy variados como agentes físicos, químicos y genéticos.(4)

También están los procesos destructivos que son alteraciones del en céfalo en una época perinatal. Desde el punto de vista patológico se po drían hacer dos patrones como patología primaria subcortical que se caracteriza por mostrar esclerosis difusa en sustancia blanca y la patología primaria cortical que son alteraciones que se producen en sustancia

gris y después en núcleos basales y lóbulos temporales, entre ellas se encuentra el kernicterus, síndrome del niño bronceado, Síndrome de Crigler-Naijar por encefalia y hemiatrofia cerebral.(5)

El Kernicterus es una encefalopatía secundaria a la fijación del pigmento bilirrubina en las células cerebrales, son niños con poco peso al nacer que muestran asfisia pre o postnatal; acidosis, meningitis, muestran un color icterico en piel y mucosas. Hay hipotomía, retraso psicomotor, dientes amarillentos, deficiencia en la constitución del esmalte y sorderas graves e irreversibles con crisis convulsivas y con gran delgadez. La entrada del pigmento es en el sistema nervioso central por anoxia del parto o por acidosis respiratoria. El pigmento puede cruzar la barrera hemotoencefálica, hay dificultad en el lenguaje, dificultad en movimientos finos de la mano y la habilidad de correr y saltar.(3)

El síndrome del niño bronceado es una complicación de la fototerapia, una coloración bronceada de la piel, orina y plasma en niños con hiperbilirrubinemia de carácter obstructivo a los que se ha aplicado la fototerapia. El color se aprecia en órganos abdominales, los factores predisponentes son hemorragias y hemólisis. Se aprecia el fallo hepático. No se conocen medidas preventivas.(4)

Síndrome Crigler-Naijar. Hay una existencia de ictericia cuya aparición tiene lugar generalmente en la primera semana de vida y es por un aumento de bilirrubina en la sangre, existen casos en que ha comenzado a aparecer a los tres años, representa un tinte anaranjado, no existen signos de hemólisis ni de anemia. Los niños mueren en los dos primeros años

de vida, aparte del cuadro de hipotonía, movimientos distónicos, atetósicos, temblor, sordera, crisis convulsivas, retraso psicomotor. La transmisión es autosómica recesiva.(4)

En término por encefalia (del latín porus) que significa apertura, fue usado para describir efectos del parénquima de los hemisferios cerebrales que estuvieran en comunicación con los ventrículos laterales y con el espacio subaracnoideo, que se han invocado por múltiples causas etiológicas capaces de provocar traumas, infecciones maternas, durante el embarazo, anoxia de parto, asfixia, encefalitis, meningitis, etc.(4)

Clinicamente se manifiesta en varias maneras con hemiplejias, microcefalia con depresión del lado afectado o bien macrocefalia con gran asimetría craneal por abultamiento de hemicraneo, también hay retraso psicomotriz.(3)

La hemiatrofia cerebral consiste en una asimetría patológica de los hemisferios cerebrales, es producida por una meningitis o encefalitis, hemorragia cerebral, trombosis, traumatismo craneal a cualquier edad, etc. El cortejo sintomático lo forman las alteraciones en el hemicuerpo que consiste en acortamiento de su longitud, disminución de su voluminosidad.

Es un segador, hay hiperreflexia y se presenta el signo de babinski, con el tiempo llegan a ocasionar alteraciones orgánicas en articulaciones, tendones, músculos, etc. En la cara se aprecia una parálisis facial central con desviaciones de la boca hacia el lado del hemisferio afectado, también en otro signo es la elevación de la órbita homolateral al hemisferio atrófico que puede apreciarse la existencia de un pequeño esca-

lón entre una ceja y otra. La propulsión de la lengua muestra una ligera desviación hacia el lado contrario del hemisferio atrófico, también se en cuenta estrabismo convergente. Clínica (Generalidades). (3)

Las alteraciones clínicas mostradas por los sujetos con encefalopatías dependen de varios factores, siendo los más importantes la naturaleza, la lo calización y extensión de la lesión, así como la edad en que se produjo - ésta. (3)

A la hora de juzgar un cuadro clínico de un niño con encefalopatía - hay que tener en cuenta su historia pre-peri y post-partum. (4)

Tenemos una gran ayuda con la tomografía computarizada (T.C.), las - placas radiológicas (RX), la neumoencefalografía (NECG) y el encefalograma (ECG) nos ayudan a localizar algunos trastornos de estas encefalopa- - tías. (5)

Las primeras manifestaciones en los primeros meses de vida son las - más importantes, para llegar a detectar alguna de estas encefalopatías com - serían la función lingüística, adaptativa. El lenguaje se inicia habi- - tualmente antes del año con sonidos simples, los niños con lesión cere- - bral inicia tarde su lenguaje, siendo signo característico de la S por la I. (3)

Otro dato que debe tomarse en cuenta es la edad en que comienzan a proyectarse en el medio ambiente a tomar objetos con la mano, activo, es- pontáneo, tipo de marcha, aspecto de los ojos; actitudes y movimientos de la dentadura de estos sujetos es generalmente mala y abundan las caries y la caída prematura de la primera dentición, etc. (4)

CAPITULO I I

PROBLEMAS MAS FRECUENTES EN EL CONSULTORIO DENTAL
CON UN NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL

- a) ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE LOS PADRES
Y EL NIÑO.
- b) PROBLEMAS ANESTESICOS Y DENTARIOS

A) ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA
ANTE EL NIÑO Y LOS PADRES.

Un niño discapacitado es el que tiene una condición mental física o social que le impide alcanzar su pleno potencial en comparación con otros niños de su misma edad. (10)

Los niños con esta encefalopatía presentan un desafío que requiere preparación especial antes que el odontólogo y su personal puedan brindar una atención aceptable. (10)

Hay muchos factores que influyen sobre las actitudes de un niño hacia la odontología y su conducta en el ambiente odontológico. (9)

La visita odontológica provocará un cierto grado de aprehensión o ansiedad que pueden experimentar no sólo temor de posible dolor o daño y miedo a lo desconocido, sino también un temor de separación de la madre. (9)

Uno de los problemas más graves es la ansiedad de los padres respecto a los problemas asociados con un niño con parálisis cerebral. (10)

Esto frecuentemente demora la atención odontológica, hasta que se desarrolla una enfermedad bucal significativa. (10)

La atención en el hogar. Los padres tienen una responsabilidad inicial de establecer una buena higiene bucal en el mismo y por medio de ra-

dio, periódicos, televisión y comunicación con otras personas.(11)

Los pacientes con parálisis cerebral presentan muchos problemas de manejo en la situación odontológica, pueden estar en sillas de ruedas o en molde para el cuerpo o abrazaderas para las piernas.(11)

Muchos de estos pacientes requieren ayuda para ubicarse en el sillón dental y algunos requieren almohadas y sostenes que les permitan estar cómodos una vez sentados en el sillón.(11)

Puede haber problemas incrementados a la conducta, además de trastornos de habla, puede tener déficit o imposible comunicación entre el paciente y el odontólogo.(11)

El sentimiento usual que tienen las madres por sus hijos es de amor y afecto, pero una exageración de esta actitud, es decir, la sobreprotección puede ser potencialmente nociva para el desarrollo odontológico.(9)

También el rechazo materno se manifiesta, el niño carece de un sentimiento de pertenencia o de valía, puede ser agresivo, hiperactivo y desobediente, además de sus trastornos.(9)

b) PROBLEMAS ANESTESICOS Y DENTALES.

Los problemas que podemos encontrar en anestesia general es por paro cardíaco, paro respiratorio, por aspiración, por shock, colapso, premedicación deficiente y procesos inflamatorios del cuello.(8)

El dolor, temor y angustia, van a dificultar más el tratamiento. -

El primer plano es el dolor, después viene el temor y angustia.(8)

Otro gran problema con la sedación es que si bien puede aminorar los movimientos involuntarios, no es suficiente y no queda otro remedio que inmovilizar al niño en el sillón dental y asegurar la apertura de boca y mediante dispositivos mecánicas.(8)

El gran problema del consultorio dental es cuando se anestesia con óxido nítrico, este sedante algunas veces no es tan eficaz y tendremos que hospitalizar al niño utilizando anestesia general.(10)

Un problema muy común es el movimiento limitado de la mandíbula o un orificio bucal muy pequeño y posiblemente no elástico. (7)

No sólo es difícil ver dentro de la boca, sino que en situaciones graves, el tamaño pequeño de la apertura bucal combinado con un espacio interoclusal reducido, hace imposible el manejo del instrumental convencional para los dientes cariados.(7)

Las incapacidades que hacen al paciente propenso a trauma son, el problema dentario más común está en los incisivos traumatizados y fracturados.(7)

Los problemas dentales se relacionan esencialmente con la incapacidad del paciente para mantener la higiene bucal.(7)

La mayoría de estos niños tienen ataques cariosos más elevados que los niños normales, este aumento se atribuye a su incapacidad de mante-

nerse con buena higiene bucal.(12)

También se debe a la tendencia de sus padres a mimarlos con alimentos blandos y cariogénicos.(12)

La mayor frecuencia de efectos hipoplásticos de esmalte se encuentra en la hipoplasia adamantina y amelogénesis en dientes primarios que aparecen en el momento en que el feto padeció la lesión, como en la enfermedad de Kernicterus que muestra ictericia en los dientes anteriores. - (11)

Se encuentra la posibilidad de un daño accidental durante los procedimientos restauradores, que aumenta ya que el paciente carece de manejo o de las reacciones y reflejos normales, todo esto puede ser evitado con un dique de goma.(7)

Por ejemplo, en el paciente epáptico o atetoide se requiere el uso de inmovilizador que limite el movimiento de acuerdo en el sillón dental. (7)

No debe intentarse administración de un anestésico local salvo que el odontólogo tenga un control firme de la cabeza del paciente.(7)

Otro problema que podemos encontrar en el tratamiento inadecuado en las lesiones cariosas sino son tratadas precozmente, resultan pérdidas de contactos interdentario y promoverá la acumulación de alimentos.(7)

Otro problema que se presenta es la respiración bucal lo cual ocu-

rre al menor control y coordinación muscular. Todo esto trae como consecuencia la enfermedad periodontal.(7)

Muchos de estos niños toman fenitoina (dilantinina) para controlar las convulsiones, esto trae como consecuencia la hiperplasia gingival - que aparece en cualquier edad.(11)

Por último, la dieta y nutrición influyen en la caries afectando el tipo de virulencia de los microorganismos en la placa y la resistencia - de los dientes, estructuras de soporte y las propiedades de la saliva en la cavidad bucal, ya que por lo general todas sus comidas son por dietas blandas.(12)

CAPITULO III

MANEJO ODONTOLÓGICO CON NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

- a) HISTORIA MÉDICA DENTAL
- b) COMBINACIÓN DE DROGAS
- c) MANEJO DEL NIÑO

A. HISTORIA MEDICA DENTAL

A todo niño, mucho antes de que pise por primera vez el consultorio dental se debe de informar sobre el tratamiento odontológico. Estas experiencias transmitidas son por lo general desfavorables. (8)

La primera visita servirá y deberá emplearse para avanzar el tratamiento y dar oportunidad al paciente para familiarizarse con el medio y con las personas que participan en su cuidado dental. (12)

El ambiente de la sala de espera debe ser agradable, luminosa, con un amueblamiento que sea atractivo, con juguetes, cuadros grandes, flores, etc. (8)

El tiempo de espera debe ser lo más breve posible, el niño deberá verse con sus propios ojos en el consultorio sin que le digan como es. (8)

Los padres serán llamados con frecuencia para la administración, - premedicación y brindar tanto apoyo psicológico antes de la vista. (7)

Ocasionalmente la presencia del padre será necesaria en el consulto rio para ayudar a sostener físicamente al niño y como apoyo psicológico. (7)

El planeamiento de las citas es importante para lograr integrar al paciente suavemente en la práctica privada. (7)

En todos los pacientes, cualquiera que sea su condición física y mental, debe de obtenerse una historia médica completa cuyo pronóstico es de información sobre su estado de salud pasado y presente.(7)

También se deberá de realizar una historia odontológica para proporcionar el conocimiento de las experiencias previas del paciente como sea posible.(7)

Las metas y objetivos del examen inicial deberán de ser los mismos que en el paciente normal. El examen bucal debe contener todas las radiografías necesarias y un examen clínico completo.(8)

El examen clínico incluye estatura, forma de caminar, dicción y cualquier simetría notable y, después de esto, se examina la cabeza, ojos, cuello, cabeza, orejas y zona nasal.(7)

Las necesidades de un examen radiográfico completo es mayor en el niño con parálisis cerebral ya que estos individuos con frecuencia tienen una incidencia más elevada de anomalías bucales que la población generalizada.(7)

El examen odontológico debe de ser minucioso. La primera cita es la más importante y se puede preparar el escenario.(10)

b) COMBINACION DE DRUGAS

Las técnicas de la modificación de la conducta trata las anestésias y premedicación del paciente con parálisis cerebral.(9)

Antes de cualquier intervención odontológica de tipo anestésico o

sedación se deberá de consultar al médico de cabecera.(8)

La analgesia con óxido nitroso y oxígeno es una combinación por inhalación para modificar la conducta del niño en el consultorio dental.(9)

Este suministro produce estado de relajación y euforia en el paciente, aumenta el umbral del dolor tanto en dientes primarios como permanentes, está libre de efectos colaterales desfavorables y es segura.(9)

Con la sedación del paciente, éste puede estar tranquilo y quieto, muestra una menor agitación, no se da cuenta que pasa el tiempo. Están anestésicamente despiertos y responden a estímulos aplicados.(7)

La anestesia general es un procedimiento que puede poner en peligro la vida, su uso es restringido, sólo en casos donde el manejo del paciente ha fracasado en el control de la conducta.(9)

Se usará en casos donde la enfermedad dental es bastante grave y tendrá complicaciones de discrasia sanguínea, alergias comprobadas, traumatismos extensos de complejo buco-faríngeo.(9)

La diferencia entre la sedación y la anestesia general está en que hay que tener un mayor cuidado en la anestesia, como por ejemplo, el paciente sedado con sus reflejos de tos y deglución no están propensos a aspirar vómitos o material extraño, pero los pacientes bajo anestesia no pueden impedir que esto ocurra.(7)

Para poder premedicar a un paciente se deberá de tomar una completa

historia médica a fin de evitar indeseables interacciones de drogas.(9)

La decisión de usar agentes de premedicación como sedantes hipnóticos, antihistamínicos o combinación de drogas se debe a la imposibilidad de que el niño responda al manejo más rutinario.(9)

Para una buena premedicación se debe de tomar en cuenta el ambiente, momento del día, vía de administración, estado emocional, peso y edad.(9)

c) MANEJO DEL NIÑO

Los pasos más adecuados para el manejo de un niño con parálisis cerebral en el consultorio dental, son los siguientes: (10)

- . Debemos de considerar a un paciente confinado a una silla de ruedas, en esa misma silla, si un paciente debe ser pasado a un sillón dental preguntar como se prefiere que lo traspasen.(10)
- . Hacer un esfuerzo para mantener estabilizada la cabeza, tratar de colocar al paciente en el centro del sillón, mantener la espalda del paciente ligeramente elevada para disminuir un mínimo de dificultades de deglución.(10)
- . También se debe de comprobar el grado de su comodidad, utilizar juiciosamente los sujetadores físicos y utilizar abrebocas adecuados.(10)
- . Para minimizar las reacciones reflejas por sorpresa, debemos evitar movimientos bruscos, sin advertir al paciente. Para esto se

introducen estímulos introbucales para evitar el reflejo de arcadas.(10)

El manejo de un niño con parálisis cerebral requiere de ciertas consideraciones como el uso eficiente de técnicas psicológicas, restricciones físicas, enfoque farmacoterapéuticos desde la sedación leve hasta la anestesia general.(11)

El propósito de la restricción o sujeción física es mejorar o detener los movimientos de la cabeza, las extremidades o el torso del paciente, mediante los estabilizadores de la boca.(11)

La sujeción física está indicada en pacientes con trastornos neuromusculares mediante bajalenguas, dental u oclusal, bloques de mordida de goma, abre bocas. (10)

En estas sujeciones los padres deberán ser informados y dar su consentimiento antes de emplearla.(10)

Para un mejor resultado se usarán sujetadores corporales, como en el cuerpo está el pedi-wrap, tabla papoose, sábana triangular, cinturón de seguridad y un asistente extra.(10)

Para la cabeza está el posicionador de cabeza, soporte de antebrazos; para el cuerpo y las extremidades están las tiras, toallas, cinta y un asistente extra. (11)

Por último, el diseño del consultorio debe de ser capaz de propor--

cionar una fuente satisfactoria de atención odontológica para la mayoría de estos niños, sin embargo, es importante considerar el diseño y posibles barreras arquitectónicas.(11)

CAPITULO IV

TRATAMIENTOS MAS ADECUADOS CON NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

a) TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

b) TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS

A. TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

El tratamiento exitoso de cualquier paciente comienza en la formación de una filosofía de manejo general en el consultorio dental.(7)

El objetivo principal en el odontólogo en el tratamiento del niño con parálisis cerebral, es brindar la mejor atención posible a cada paciente, de acuerdo con sus necesidades.(11)

Sería muy difícil, sino imposible para el odontólogo tratar con un niño con parálisis cerebral sin la ayuda de un asistente técnicamente capaz y psicológicamente sensible.(7)

La prevención es la consideración más importante para asegurar la buena salud dental de cualquier paciente.(10)

Para el tratamiento en odontología preventiva de servicios dentales satisfactorios, se requiere una explicación amplia a los padres o tutores sobre las medidas para realizar.(12)

Como enseñar a los padres para que limpien suavemente los incisivos diariamente con un género o cepillo blando para dientes tamaño infantil, esta técnica debe ser eficaz pero sencilla.(10)

También enseñar a los padres la importancia de limitar alimentos cariogénicos y el uso de tabletas de fluoruro en agua.(12)

Esta terapia de fluoruro son agentes bastante eficaces para reducir

la incidencia de caries.(10)

En el tratamiento de la enfermedad periodontal, los pacientes deben de ser cuidadosamente examinados para descubrir todos los irritantes locales que puedan ser factores responsables como materia alba, placa bacteriana, cálculos, contactos separados, cepillado dentario incorrecto, - respiración bucal, dietas no abrasivas.(7)

Muchos de estos niños toman fenitoina (dilantina) para las convulsiones, esto les produce hiperplasia gingival.(11)

Una higiene rigurosa puede interceptar o demorar el progreso de la hiperplasia de los tejidos gingivales.(11)

Algunos pacientes requieren gingivectomías periódicas para mantener un estado gingival fisiológicamente aceptable y sano.(11)

Los tratamientos periodontales se realizarán en la misma forma que en un paciente normal, pero bajo sedación, anestesia general o sujeción física.(7)

B. TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS

Como sabemos que nuestro objetivo es difícil de alcanzar, este objetivo deberá de ser principalmente que reciban la atención completa que - reclaman desde siempre y que nunca llega.(9)

El paralítico cerebral deberá ser tratado individualmente y por un

equipo de terapeutas especializados.(9)

La actuación deberá de ser armoniosa, duradera y sin desmayos. Tratar de que sean las menores citas posibles.(9)

El odontólogo podrá tener éxito en su tratamiento siempre que obtenga una historia personal y minuciosa del niño antes de la primera visita al consultorio dental.(12)

Debe conseguirse esta información de los padres o tutores así como del médico que normalmente atiende a ese paciente.(12)

Para poder realizar cualquier plan racional de tratamiento se deberá conocer la edad mental del niño, así como el tipo de ataques que pueda tener durante este mismo.(12)

El medicamento más empleado para reducir espasmos musculares y ansiedades en el consultorio dental es clorhidrato de clordialepóxido (Librium).(9)

No hay anomalías intrabucuales que sean únicamente de parálisis cerebrales, sin embargo, varias condiciones son más comunes en esta población.(10)

A excepción de mayor grado de caries dentales y enfermedad dental, la mayoría de los niños con parálisis cerebral no presentan problemas dentales específicos.(12)

Los tratamientos dentales se pueden lograr sólo gracias a trabajo -

de equipo bien coordinado entre el odontólogo y sus auxiliares.(12)

La caries dental no parece ser tan significativa mayormente. Las ma oclusiones se encuentran en un porcentaje muy alto, como una marcada - protusión, sobremordidas, mordidas abiertas, mordidas cruzadas, una causa primaria puede ser por la relajación no armoniosa entre los músculos intrabucales y movimientos incoordinados de lengua y de maxilares.(10)

Se encuentra el bruxismo y traumatismo, sobre todo en dientes anteriores superiores como por caídas, etc.(10)

La odontología restauradora se logrará a base de incrustaciones, re sinas, coronas, prótesis fijas y amalgamas.(7)

Todos estos trastornos van acompañados por contracciones de larga - data, rechinamiento o hábitos bruxísticos que producen una atricción gra ve. Si se descubre antes de que haya un daño serio y el paciente tolera el aparato intrabucal, se pueden utilizar férulas o protectores noctur-- nos de vinilo.(7)

Para todo tipo de tratamiento se utilizan materiales radiopacos que son de gran ayuda para localizar fragmentos que pudieran ser tragados. - (7)

Antes de tratar al niño se hará un alarde de comprensión y pacien-- cia para lograr la confianza de estos niños.(8)

Todo tipo de ayudas como apoyos bucales, torundas de algodón, dique

de caucho, que pueden ser fácilmente desalojados de la boca del niño, deberán de ligarse firmemente a un pedazo de seda dental: Para poder extraerlas rápidamente en caso de que el paciente hiciera movimientos de deglución o aspiración.(12)

Para que un tratamiento sea adecuado se deberá de tener un lenguaje sencillo y corto, escuchar cuidadosamente al paciente, dar sólo una instrucción a la vez, sesiones cortas y citar al paciente a la primera hora del día cuando el odontólogo, personal y niños estén menos fatigados. Se deberá trabajar con eficacia y reducir el mínimo de tiempo para disminuir la fatiga muscular.(8)

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La odontología para el paciente con parálisis cerebral no es tanto una cuestión de modificaciones o diferencias entre las técnicas odontológicas como una apreciación de las limitaciones y adaptación de ellas, impuestas por la situación discapacitante del paciente. Después de realizar esta investigación no hay duda de adquirir esta por la enseñanza y por la práctica más fácil.

El manejo del paciente es un factor importante ya que todos los métodos convencionales de obtener la cooperación del paciente deberán de ser agotados antes de emplear restricciones de sedación, a la anestesia general. La capacidad para tratar a este tipo de pacientes parece predicarse experiencia, conocimiento y comprensión de la enfermedad. Sumamos a un deseo genuino de satisfacer las necesidades odontológicas de estos pacientes.

Hay que brindar bastante comprensión y paciencia a un auténtico deseo de ayudar al niño para conseguir con éxito un buen tratamiento y la satisfacción del profesional, para esto, es necesaria una gran comunicación entre los padres, el niño impedido y el odontólogo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. ABRENIE JAMES T./RIPA LOUSW.
MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLÓGICA DEL NIÑO
2a. EDICION
ED. MUNDI
1978
PAG. 141-198-214
2. BRAHAM RAYMOND L./MORRIS MERLEE.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
2a. EDICION
ED. PANAMERICANA
1972
PAG. 519-585-562
3. CASTROVIEJO I. PASCUAL
DIAGNOSTICO CLINICO Y RADIOGRAFICO
EN NEUROLOGIA INFANTIL
ED. CIENTIFICO-MEDICA
1976. 3a. EDICION
PAG. 341-457
4. CASTROVIEJO I. PASCUAL
NEUROLOGIA INFANTIL
ED. CIENTIFICO-MEDICA
1980 2a. EDICION
PAG. 293-355
5. DUEÑAS GOTTI./GLIMARTIN/JABBOUR
MANUAL DE NEUROLOGIA INFANTIL
2a. EDICION
ED. INTERAMERICANA
1972
PAG. 200-217

6. FINN SIDNEY B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
4a. WSIXION
ED. INTERAMERICANA
1976.
PAG. 63-120-326-452-555-573
7. HARNDT EDWALD/HELMIST/MEYERS
ODONTOLOGIA INFANTIL
3a. EDICION
ED. MUNDI
1976.
PAG. 111-159-171-185-534-566
8. MACDONALD RALPHE
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL PACIENTE
3a. EDICION
ED. MUNDI
1978
PAG. 163-177-261-400-417
9. NOWAK ARTIUR J.
ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO
2a. EDICION
ED. MUNDI
1974.
PAG. 13-34-171-279-301-314
10. PLAVDLER M.V.
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS
ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS
3a. EDICION
ED. LABOR
1974
PAG. 266-289

11. SHAFFER MA. ALEXANDER J.
ENFERMEDADES DEL RECIEN NACIDO
ED. SALVAT? EDITORES
1968, 2a. EDICION
PAG. 673-685

12. VAZQUEZ HECTOR J.
NEUROLOGIA INFANTIL CLINICA Y TERAPEUTICA
ED. EL ATENEO
1972. 2a. EDICION
PAG. 231-286

13. CITAS BIBLIOGRAFICAS

LITTLE JOHN
NEUROLOGIA INFANTIL
ED. CIENTIFICO-MEDICA
1976. 3a. EDICION
PAG. 293-294