

87
247

BREVE ESTUDIO BUCAL EN
NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

Tesis
C.D.

Graciela Chávez García
Agustina Romero Martínez

COORDINADORA DEL SEMINARIO DE TITULACION DE ODONTOPEDIATRIA:

DRA. MA. DE LOS ANGELES MONDRAGON DEL VALLE

ASESORES:

DRA. VIOLETA ZURITA MURILLO

DR. RICARDO MADRID ACOSTA

TESIS CON
FALIA DE ORIGEN

1990



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

- I PARALISIS CEREBRAL, CAUSAS Y SU CLASIFICACION
 - A) CLINICA
 - B) TOPOGRAFICA

- II ESTADO BUCAL EN SUJETOS CON PARALISIS CEREBRAL Y FACTORES QUE PREDISPONEN LA APARICION O PRESENCIA DE ESTAS PATOSIS.

- III MANEJO DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL EN EL CONSULTORIO DENTAL
 - A) PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL
 - B) PLAN DE TRATAMIENTO
 - C) AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL
 - D) ELEMENTOS AUXILIARES EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL

- IV ANESTESIA Y RAYOS X
 - A) ANESTESIA GENERAL
 - B) ANESTESIA LOCAL
 - C) CANTIDAD DE RAYOS X A DIFERENTES EDADES
 - D) TECNICAS A UTILIZAR DE RAYOS X

- V ESCALA QUE SE ELABORO SEGUN DATOS OBTENIDOS EN EL MES DE MAYO DE 1990, REFERENTE AL INDICE DE CARIES Y PLACA BACTERIANA EN LOS 100 PACIENTES QUE SE REVISARON EN LA ASOCIACION DE PARALITICOS CEREBRALES (APAC).

- VI FARMACOS QUE SE UTILIZAN EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL Y SUS CONSECUENCIAS EN BOCA.

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

En casi todas las comunidades hay un sector de la población infantil que padece alguna entre varias condiciones discapacitantes. Esta discapacidad puede ser -- mental, física o ambas, y puede variar desde muy leve a - extremadamente severa. Pero en algunos casos, tales como Parálisis Cerebral la discapacidad del niño puede dificultar seriamente muchos procedimientos odontológicos.

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 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 ortodónticos significativos, aún en la dentición primaria. Las restricciones impuestas al discapacitado anteriormente eran tales que se les negaba una vida normal.

Pero los valores cambiantes de la sociedad recorrieron un largo camino para corregir esta situación. -- Hoy la mayoría de las civilizaciones consideran derecho - inalienable de todo individuo el disfrutar la salud y recibir atención de la misma, derecho que también se considera prerrogativa del discapacitado. Dado que la salud -

bucal es sumamente importante para este tipo de pacientes la odontología tiene un interés primordial en este movimiento.

CAPITULO I

PARALISIS CEREBRAL

DEFINICION.- "Conjunto de síndromes caracterizados por lesión cerebral de tipo irreversible, no progresiva, ocurrida durante la gestación, parte o período neonatal, que resulta en anomalías de la postura y/o del movimiento que puede acompañarse de defectos perceptivos, auditivos, visuales y de lenguaje, así como debilidad mental y convulsiones en diferentes grados".

ETIOLOGIA.- La parálisis cerebral puede ser atribuida a causas prenatales, paranatales y postnatales. Las principales causas prenatales son infecciones como (rubéola), prematuras y trastornos del desarrollo. Algunos defectos del desarrollo son de origen genético. Factor primordial es

la ictericia nuclear o Kernicterus, una lesión de isoimmunización. Otros factores paranatales incluyen la lesión anóxica y el daño del sistema nervioso central durante el parto. Los factores postnatales incluyen tumores, accidentes cerebrovasculares, traumatismos, infecciones y otros problemas con el sistema nervioso. (No se considera hereditaria).

1. CAUSAS PRENATALES. - Se consideran las ocasionadas durante el embarazo. El porcentaje corresponde del 1 al 2% de los casos.

Se citan las siguientes causas:

- Infección prenatal (toxoplasmosis, rubéola)
- Anoxia prenatal (anoxia, anemia, hipotensión materna, patología placentaria).
- Hemorragia cerebral prenatal
- Exposición a las radiaciones
- Traumatismos
- Desarrollo anormal del cerebro

2. CAUSAS PARANATALES. - Se presenta la afección en la mayor parte de los casos, se dice que se dan en un 88%. Se pueden presentar desde el comienzo del parto hasta la viabilidad del feto.

Se citan las siguientes causas:

- Obstrucción respiratoria mecánica
- Administración de medicamentos tranquilizantes (narcóticos) a la madre durante el embarazo.
- Placenta previa o desprendimiento de la misma.

- Anoxia o hipotension materna
- Partos en presentacion podalica con retension de la cabeza.
- Prematuridad, se presenta en un porcentaje de 30% de los casos debido a que los ninos no han alcanzado su madurez por no haber completado su edad neurol6gica.
- Hipermadurez, el nino despues del decimo mes de embarazo.
- Cesareas secundarias, cuando es practicada la operacion cesarea posterior al intento de extraer al nino mediante la via normal.

3. CAUSAS POSTNATALES.- Las lesiones debidas a enfermedades despues del nacimiento. El porcentaje con el que se presentan es del 10%.

Se citan las siguientes causas:

- Traumas
- Contusiones cerebrales
- Fractura de craneo
- Hematoma subdural
- Infecciones (sifilis, absceso cerebral)
- Intoxicaciones (plomo, arsenico, etc.)
- Accidentes vasculares (hemorragias, embolias, trombosis).
- Anoxia por monoxido de carbono, estrangulacion, por gran altitud y por baja presion.
- Hidrocefalia
- Hipoglicemias
- Anomalias de desarrollo tardio
- Deshidratacion
- Accidentes anestésicos

INCIDENCIA.- Se considera que existe un caso de pa

rálisis por cada 200 nacimientos vivos. En México se considera una prevalencia de 1.1% de personas con parálisis cerebral, en relación a otros tipos de invalidéz, lo cual corresponde al 61.1% del sexo masculino en 124 casos, y al 38.9% al sexo femenino de 79 casos. Se ha determinado una tasa de 31 casos por cada 100,000 habitantes.

CLASIFICACION.- Se citan dos clasificaciones:

- 1) Clínica
- 2) Topográfica

1.- Clasificación Clínica:

1.1 Parálisis Cerebral Espástica.- se divide en dos grupos:

- a) Espasticidad moderada
- b) Espasticidad grave o severa

Este tipo de pacientes presentan en su desarrollo, carencia de movimiento y establecimiento de posturas y patrones anormales. La presencia de reflejos e hipertonia no permite el movimiento libre en forma normal, y por lo tanto las reacciones enderezamiento y equilibrio.

Sus características generales son:

- Convulsiones
- Problemas perceptuales
- Coeficiente intelectual más bajo
- Problemas visuales frecuentes
- Problemas de lenguaje

En cuanto a personalidad se refiere, presentan:

- Pasividad
- Poca adaptabilidad
- Falta de iniciativa
- Respuestas estereotipadas

2.- Parálisis Cerebral Atetósica.- Se caracteriza por aumento anormal de movimientos involuntarios incontrolables, actitudes viciosas por la fluctuación de tono muscular, de hipotonía a hipertonia o distonias.

Los movimientos involuntarios presentados en este tipo de lesión se caracterizan por:

- Bizarros.- Es decir movimientos contorsionados al saludar, comer, etcétera.

Patrón involuntario cuando quieren efectuar un movimiento voluntario por tensión o ansiedad, miedo inseguridad y emoción.

Los movimientos voluntarios son incoordinados, - existe un retraso inicial en sus movimientos.

Existe carencia de fijación postural por la fluctuación del tono y presentan dificultades para sostener la mirada.

Sus características generales son:

- Suelen ser los más inteligentes
- Casi todos están afectados en el lenguaje
- Su gesticulación no corresponde a sus sentimientos
- Son inmaduros con estabilidad emocional

- Extrovertidos y amigables
- Tienen problemas auditivos

1.3 Parálisis Cerebral Ataxica.- La lesión se localiza a nivel del cerebelo y como éste es el centro regulador del tono muscular y del equilibrio, se presenta hipotonía generalizada, pérdida de equilibrio, incoordinación de movimientos activos, dismetría (pérdida del control de la magnitud del movimiento), nistagmus.

Sus características generales son:

- Son independientes
- Tienen problemas de aprendizaje
- Movimientos incoordinados
- Son estables emocionalmente
- Se encuentran en período de subnormalidad
- Se presentan contracturas

1.4 Parálisis Cerebral Flacida.- La lesión es diversa, puede ser período transitorio a la espasticidad o a la atetosis.

Sus características generales son:

- Hiper movilidad articular
- Son fáciles de llevar
- Son de pronóstico desfavorable
- Su coeficiente intelectual fluctúa entre bajo y normal

1.5 Parálisis Cerebral Mixta.- Se presenta como una combinación de los cuadros clínicos anteriores debido a que el daño neurológico es difuso.

Además de trastornos motores propios de la parálisis cerebral, afecta al psiquismo del individuo, dificultando considerablemente la conquista del medio ambiente y por lo tanto, disminuyendo su horizonte.

2.- Clasificación Topográfica:

En estos cuadros clínicos, se aplica la clasificación topográfica de acuerdo a los miembros afectados del paciente lesionado.

2.1 Displejia.- Afecta a todo el cuerpo, las piernas más que los brazos.

La distribución de la espasticidad, suele ser más o menos simétrica, en general los niños controlan bien la cabeza y presentan un compromiso moderado a leve de las extremidades superiores. Todos los niños displicicos pertenecen al grupo espástico y muchos de ellos tienen estrabismo.

2.2 Cuadriplejia.- Está afectado todo el cuerpo. En los cuadripléjicos atetoides suelen participar más las extremidades inferiores. En los cuadripléjicos espásticos y en algunos casos mixtos las extremidades inferiores suelen encontrarse comprometidas en la misma medida que las superiores. Hay considerable diferencia en

el grado de afección de cada uno de los lados (hemisférios) del cuerpo, y ésto origina pronunciada asimetría postural y dinámica. El control de cabeza es malo y suele haber trastornos del lenguaje y de la coordinación ocular.

Muchos niños espásticos y todos los pacientes del grupo atetoide, pertenecen a esta categoría, lo mismo que los atáxicos y flacidos o con atoxia. Los lactantes pueden variar durante los primeros años de rigidez, atetosis o ataxia. Después de haber sido hipotónicos al principio o bien tenido signos de atetosis cuando sólo había signos de espasticidad.

2.3 Monoplejía.- Se afecta un solo brazo o con menor frecuencia a una sola extremidad inferior.

2.4 Paraplejía.- Las verdaderas paraplejas son muy raras, pocos niños no exhiben compromiso por encima de la cintura como suele suceder en las lesiones raquídeas, -- por lo general resultan ser displejicos con ligero compromiso de los brazos y manos, a veces de un solo lado.

Sus características generales son:

a) Alteraciones Motoras.- Las del mecanismo postural reflejo, este mecanismo requiere de un tono muscular adecuado, así como reacciones de enderezamiento y equilibrio afectivas.

b) Alteraciones Sensoriales:

- Visión (estrabismo, debilidad visual, mistagmus, miopía, ceguera).
- Audición.
- Lenguaje (comunicación, dislalia, disartria, ecolalia,

afasias y anomias).

- c) Alteraciones Perceptuales.- Alteraciones temporo-espaciales, alteraciones en la percepción figura-fondo, alteraciones en la constancia de la forma, alteración en las relaciones espaciales, y alteraciones en continuidad y cierre. Percepción del esquema corporal, alteraciones de lateralidad y equilibrio.
- d) Alteraciones Intelectuales.- Pueden deberse a la falta de estimulación eficiente motriz y no únicamente al daño propio de la lesión.
- e) Alteraciones Psicosociales.- Debido a la lesión neurológica del niño, se presentan una serie de repercusiones como son las sociales y las personales ya que la frustración por las limitaciones físicas, trae como consecuencia la sobreprotección, hostilidad, rechazo y por lo tanto, dificultad para establecer relaciones con otras personas en el medio en el que se desenvuelven tanto él como sus familiares.

CAPITULO II

ESTADO BUCAL EN SUJETOS CON PARALISIS CEREBRAL

Son pacientes, que si son independientes, tienen marcha acompañada de movimientos involuntarios, rigidez e incoordinación de movimientos voluntarios, y si son dependientes es común que asistan al consultorio postrados en sillas de ruedas.

Su aspecto facial es grotesco, debido a la dificultad de expresión, la cual hace que sus gesticulaciones sean exageradas, algunos dan la impresión de "idiotez", pero al interrogatorio es evidente en muchos casos su grado de comprensión total, y en otros un tanto disminuida pero al fin comprensible.

Su asimetría facial, es común producto de trastornos du--

rante el parto, malformaciones ocasionadas por trabajo de parto, con auxiliares (fórceps) o por estrechez de la madre, otra característica importante es, el tono muscular, el cual produce contracciones de músculos, hiperextenciones e hipercontracciones lo cual los atrofia, a su vez a la apertura y cierre de la cavidad oral, lo que aumenta las desviaciones, y puede producir ya sean subluxaciones o luxaciones, sean éstas bio-unilaterales. Hay casos en que se producen contracturas en las articulaciones, las cuales también dificultan la apertura y cierre de la boca.

Los labios, por la tensión muscular, se pueden presentar o muy espásticos (rígidos) o muy hipotónicos -- (blandos), punto importante cuando se inspecciona dentro de la cavidad oral.

La deficiente higiene oral, en estos pacientes es doblemente perjudicial, producto de la incapacidad --- y/o dificultad para llevar a cabo por si mismos estas medidas, y a la falta de capacidad por deficiente o nula instrucción de las personas directamente responsables de su rehabilitación.

FACTORES QUE PREDISPONEN LA APARICION O PRESENCIA DE ESTAS PATOSIS

1. Deficiente educación para la salud.

2. Estado físico del sujeto, el cual en muchos casos ésta imposibilitado para llevar a cabo diversas actividades cotidianas por lo que es preciso que segundas personas lo efectuen.

3. Dificultad para el cepillado dental a causa de la alteración de tono muscular en la región orofacial (alto, bajo o fluctuante) control deficiente en los movimientos de apertura y cierre bucal, reflejos patológicos como la de náusea y mordida, profusión lingual, incapacidad para realizar enjuagues.

4. Ingesta de alimentos con alto contenido en carbohidratos y de consistencia semisólida. Debido a la deficiente masticación, deglución, producto de su problema original. Estos pacientes son alimentados con alimentos molidos o licuados y con gran contenido de azúcares, los cuales por su contenido y consistencia, facilitan su adhesión a las zonas bucales de mayor retención alimenticia.

5. Malposiciones dentales, este factor, como es sabido tiende a aumentar la retención e impactación de alimentos, en el caso de pacientes con parálisis cerebral.

6. En lo que respecta a caries y parodontosis, la tasa de incidencia en pacientes con parálisis cerebral es igual al de la población.

7. La enfermedad caries, en estos pacientes clasificándola por grado de severidad, por lo regular se presenta en estados avanzados, caries de tercer grado, con complicaciones de abscesos en etapa aguda acompañada de amplia destrucción de tejido dentario por lo cual su tratamiento comunmente, es la extracción y en otros casos el proceso de elección, es la colocación de incrustaciones u obturaciones amplias con amalgamas, cuando no existe com-

plicación pulpar.

En cuanto a enfermedad parodontal se refiere, se puede decir que es la primera entidad patológica a la que se refiere el paciente, después de acumular placa dentobacteriana, estas manifestaciones comienzan con semiología de gingivitis, sean éstas localizadas o generalizadas, incipientes moderadas o severas

A causa de falta de atención, la lesión avanza finalizando en parodontosis, implicando a varios dientes y complicando su estado con bolsas periodontales, exudado y movilidad dentaria excesiva, con lo cual el pronóstico del tratamiento se torna desfavorable.

CAPITULO III

MANEJO DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL EN EL CONSULTORIO DENTAL

El manejo del niño discapacitado requiere ciertas consideraciones tales como: uso eficiente de las técnicas psicológicas, restricciones físicas y enfoques farmacoterapéuticos desde la sedación leve a la anestesia general, para que se puedan llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento razonables y de rutina.

a) PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

Una condición incapacitante cambia el estilo de vida de un individuo y afecta a su familia. La persona -- con parálisis cerebral puede requerir en muchas ocasiones .

atención constante debido a su estado. Otras demandas de -
atenciones diversas hacen que la familia no se concentre en
la salud dental aunque su importancia sea esencial.

Las actitudes encontradas en experiencias anterior
es odontológicas dan con frecuencia al padre amplia justi-
ficación pero una vez superadas estas barreras y ganada la
confianza de los padres hacia el tratamiento serán llevadas
con frecuencia para administrar la premedicación y brindar
apoyo psicológico antes de la asistencia del paciente al --
consultorio y sobre todo para que se cumplan las medidas --
preventivas en el hogar.

b) PLAN DE TRATAMIENTO

Muchos de estos pacientes pueden ser manejados con
las mismas técnicas convencionales de modificación de la con-
ducta adecuada para niños normales. Sin embargo, una gran
cantidad no podría ser manejada con las técnicas psicológi--
cas. Por lo que es esencial el manejo exitoso del individuo
inválido. El propósito es reunir la información básica que
ayudará en el consultorio a planear la primera cita dental.

Es útil tener formas impresas para los anteceden--
tes del paciente tales como:

- Información biográfica básica (historia clínica)
- Diagnóstico médico
- Medicamentos actuales
- Estado ambulatorio
- Nombre del médico y fecha de la última visita
- Fecha del último examen físico
- Fecha del último tratamiento dental, etcétera.

c) AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL

El ambiente creado para el niño en el consultorio es una consideración importante y debe darséle suficiente reflexión para lograr una atmósfera placentera. Los pacientes deben tener un sentimiento de aceptación si se trata de obtener una comunicación y cooperación óptima.

La apariencia general del consultorio y la personalidad del equipo auxiliar deberán adaptarse a las necesidades del paciente tanto normal como inválido.

Numerosos signos externos pueden utilizarse para demostrar este interés por el paciente, por ejemplo:

- Los colores sólidos brillantes.
- Las superficies antiderrapantes.
- Los signos visuales con letras en relieve
- Las puertas deberán tener aberturas amplias y - las áreas adyacentes deben proporcionar suficiente espacio para dar vuelta a la silla de ruedas.
- Mecanismo de las puertas.
- La ubicación del consultorio en planta baja facilitará el traslado de los pacientes impedidos.
- Los muebles, papel tapiz, el aspecto de las paredes deben proporcionar cordialidad.
- Juguetes y objetos de interés para el paciente.
- Rampas, sanitarios accesibles, adaptados a las necesidades de los pacientes inválidos.

d) ELEMENTOS AUXILIARES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL

a) RESTRICCIONES FÍSICAS. - El propósito de las res

tricciones es limitar o detener los movimientos de la cabeza, las extremidades o el tronco del paciente. Esto se logra envolviendo al paciente en sábanas y asegurándolo con trozos de cinta adhesiva ancha, un ejemplo es el PEDI-WRAP.

Se pueden adaptar cinturones a los brazos del sillón para limitar el movimiento del paciente. Algunos pacientes con parálisis cerebral, desean cooperar pero son incapaces de hacerlo debido a sus movimientos descontrolados, suelen verse ayudados por cinturones adaptados al asiento, no muy ajustados. Es necesario en estos casos explicar al paciente que los cinturones se utilizan para ayudarles a limitar sus movimientos no como una manera de controlarlos por la fuerza, un ejemplo lo tenemos con la TABLA PAPOOSE, que es eficaz para la restricción del torso y los movimientos de las extremidades superiores.

b) ABREBOCAS. - No sólo protege esto al paciente de una posible laceración de los tejidos blandos, sino que además evita que el paciente muerda la pieza de mano y hunda la fresa en la pulpa del diente en tratamiento. Los abre bocas que conocemos comunmente son:

- Mchesson
- Pinzas abre bocas de Molt
- Dedales interclusales
- Protectores digitales de medida
- Bajalenguas unidos con cintas adhesivas y
- Bloques de mordida de acrílico

El abre bocas es una de las piezas más útiles del equipo en el consultorio dental. Es común utilizarlo en los casos de anestesia general para impedir que laboca se cierre

debido a la relajación muscular. Es apropiado para el paciente que tiene un control muscular deficiente y no puede mantener la boca abierta sin considerable movimiento incontrolable.

Es necesario tener cuidado cuando se utiliza el abre bocas, debido a la posibilidad de dislocar la articulación temporomandibular si la boca es forzada más allá de una posición aceptable.

c) DESCANSACABEZA PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL.- El descansacabezas para la parálisis cerebral es un dispositivo especial que se adapta a la porción superior del sillón dental. El diseño proporciona un apoyo lateral a los pacientes con problemas de los músculos del cuello. Además, ayuda a reducir los movimientos de la cabeza en los pacientes que tienen trastornos musculares espásticos o atetoides. También se pueden utilizar con éxito las almohadas proporcionando protección y comodidad a este tipo de pacientes.

d) CORREAS.- En ocasiones es necesario sujetar todo el cuerpo para ayudar al control del movimiento muscular indeseable. En estos casos, es mejor utilizar correas o soportes para piernas y brazos.

CAPITULO IV

ANESTESIA Y RAYOS X

A) ANESTESIA GENERAL.- Es un auxiliar valioso para controlar al paciente impedido que no puede ser tratado con las técnicas de acondicionamiento psicológico, sedación u -- otros procedimientos.

Indicaciones:

1.- El paciente que requiera tratamiento odontológico extenso, incapaz de colaborar en el consultorio mediante sedación y/o inmovilizadores, puede incluir, pero no está limitado, a impedidos físicos, retardados mentales e inestables emocionales o psicológicos.

2.- El paciente con traumatismos extensos en los

dientes y estructuras de soporte, como fracturas dentarias múltiples y/o maxilares.

3.- El paciente que vive muy lejos de los centros que le pueden brindar el tratamiento y lo requiere ne cesariamente.

Una vez analizadas las indicaciones anteriores y habiendo quedado nuestro paciente incluido en cualquiera de ellas se procederá a otra serie de requisitos con los que debe cumplir, ellos son:

- a) Examen bucal
- b) Examen radiográfico
- c) Examen de laboratorio
- d) Interpretación de los exámenes de laboratorio
- e) Valoración médica
- f) Internamiento

Después de ser analizados y completados los exámenes, se citará al paciente para llevar a cabo su intervención.

Contraindicaciones:

El día de la intervención se realiza una valoración pedátrica, observando si no existen infecciones de vías respiratorias altas, cuadros enterales. Además se valorará el estado de hidratación del paciente, ya que cualquiera de estos datos presentes contraindican la administración de anestesia general.

Manejo medio, postoperatorio (recuperación).- Realizado el tratamiento dental el paciente será llevado a la

sala de recuperación y es ahí cuando comienza a salir de la anestesia y a controlarse de cerca los signos vitales y cualquier problema de sangrado. El paciente puede ser trasladado a la unidad de terapia intensiva o a la unidad de estadía para la recuperación final.

B) ANESTESIA LOCAL

La invasión periférica de los dientes y maxilares hace que estas estructuras sean particularmente propias para la recepción de anestesia local.

La técnica para la anestesia local en odontopediatría no varía mucho a la usada para pacientes adultos. Se usa la pasta para anestesia tópica debiéndose aplicar en el sitio previamente desecado, de la inyección 2 minutos antes de realizarla. Se aplica en la pasta anestésica tópica a la mucosa seca, la saliva no la diluirá y los efectos serán mas profundos.

Como precaución contra un movimiento abrupto del niño, durante la inserción de la aguja, su cabeza deberá -- ser suavemente detenida por el dentista con su brazo libre. El asistente evitará que las manos sean llevadas a la cara y a la silla dental, se impedirá al niño que se incline hacia adelante. Recomiendan que el anésteico se deposite debajo del plano oclusal.

Complicaciones Ocasionadas por los Anésteicos - Locales.- Los efectos adversos de la administración de anestesia local, pueden deberse a la inserción de la aguja o a la solución inyectada. Las complicaciones ocasionadas por la solución se clasifican como sistémicas o locales. Las

reacciones tóxicas, alérgicas e idiosincráticas son reacciones medicamentosas sistémicas, en tanto que las infecciones y las irritaciones por la solución anestésica son locales.

Las complicaciones pueden ser:

- Reacciones Tóxicas
- Reacciones Alérgicas
- Reacciones Idiosincráticas
- Reacciones Locales

Efectos Tóxicos de los Anestésicos Locales.- Se afecta el sistema nervioso central y los sistemas cardiovasculares. El sistema nervioso central sufre depresión. Esto se presenta como confusión, aprensión y excitación, - posiblemente acompañadas de contracción muscular e inclusive convulsiones. Con una sobredosis franca, puede ocurrir depresión medular e inconsciente, si esto sucede, es importante mantener la respiración. Los anestésicos locales tienen una acción depresiva sobre el corazón y en particular sobre el sistema de conducción y pueden producir una disminución de la presión arterial, así como bradicardia.

Efectos Alérgicos.- Por lo general la reacción afectará la piel, mucosas o vasos sanguíneos y es manifestada por erupciones, urticaria, edema angioneurótico, rinitis o síntomas asmáticos.

Efectos Idiosincráticos.- Reacciones que no pueden ser clasificadas como tóxicas o como alérgicas.

Efectos Tóxicos Locales.- No deberán inyectarse en áreas inflamadas o infectadas o tendrá lugar una absorción rápida a consecuencia del suministro sanguíneo incrementado. Esta absorción rápida reduce la eficacia y la duración de su efecto, así como incrementa la toxicidad de la solución.

RAYOS X

Para pacientes demasiado pequeños o discapacitados, la consulta radiográfica puede ser una fuente de ansiedad y malestar. El ambiente nuevo, la separación del apoyo de los padres y el aparato intimidante crean una sensación temprana de temor y aprensión. Agregando a la tensión están el mal-estar de la placa de la película presionada contra el vestibulo poco profundo, y las repetidas órdenes contra el movimiento durante la exposición.

Se debe mantener un equilibrio entre los recursos internos del niño. Este equilibrio se logra:

- Reduciendo las fuentes de ansiedad innecesarias.
- Motivando al niño a hacer su mejor esfuerzo para cooperar.
- Alternando la serie de requerimientos para obtener un examen adecuado de dientes y estructuras soportantes con el número mínimo de placas y en el menor tiempo posible.

a) NUMERO DE RADIOGRAFIAS SEGUN LA EDAD

3 a 5 años. Se tomarán cuatro radiografías que incluyen:

Dos oclusales # 2

Dos de aleta mordible # 0

6 a 8 años. Se tomarán ocho radiografías que incluyen:

Dos oclusales # 2

Dos de aleta mordible # 0

8 a 11 años. Se tomarán doce radiografías que incluyen:

Dos oclusales # 2

Dos de aleta mordible # 0 ó # 2

Ocho periapicales # 2

12 a 14 años. Se tomarán catorce radiografías que incluyen:

Doce periapicales # 2

Dos de aleta mordible # 2

Más de 14 años. Se tomarán diez y seis radiografías que incluyen:

Catorce periapicales # 2

Dos interproximales # 2

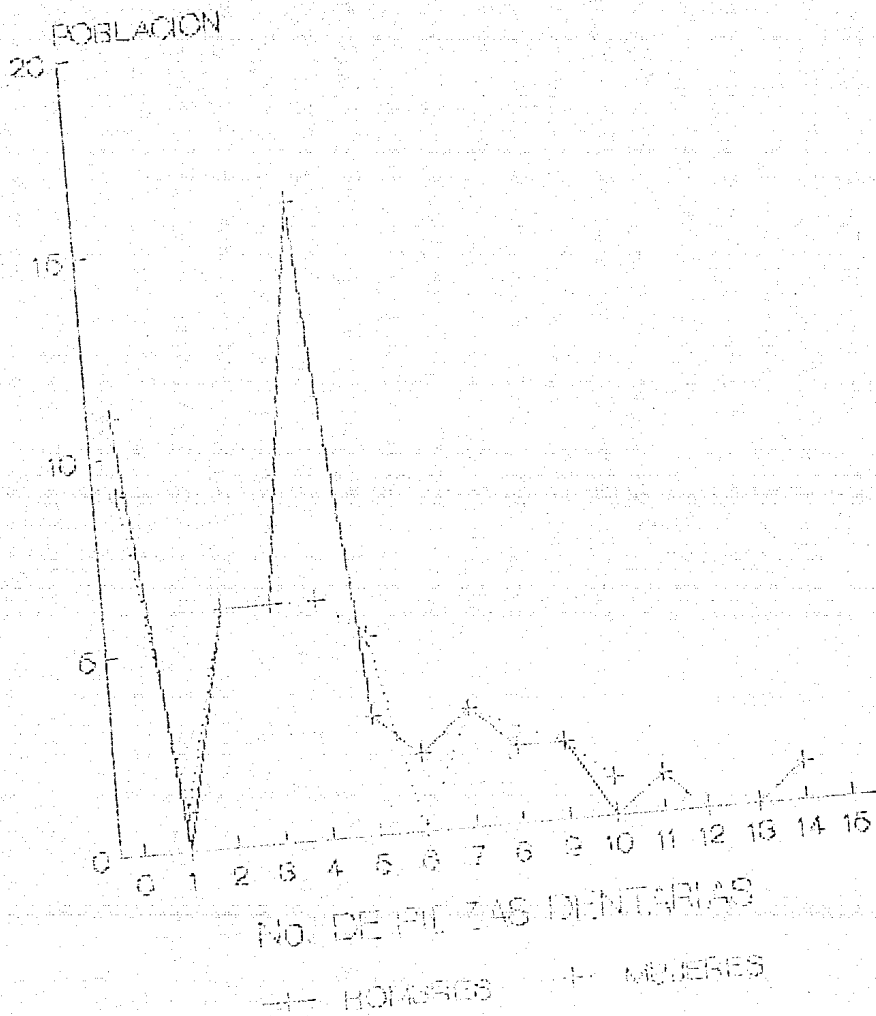
Se presentan las modificaciones de las series radiográficas estandar para pacientes pequeños o inválidos - que ayudan a minimizar el dolor y el malestar de la colocación de las placas. Las técnicas presentadas incluyen:

- 1) Las proyecciones oclusales anteriores.
- 2) La proyección lateral de la mandíbula.
- 3) La proyección bucal con radiografías de aleta - de mordida.
- 4) La proyección con radiografías de aleta de mordida utilizando el dispositivo Snap-A-Ray.

CAPITULO V

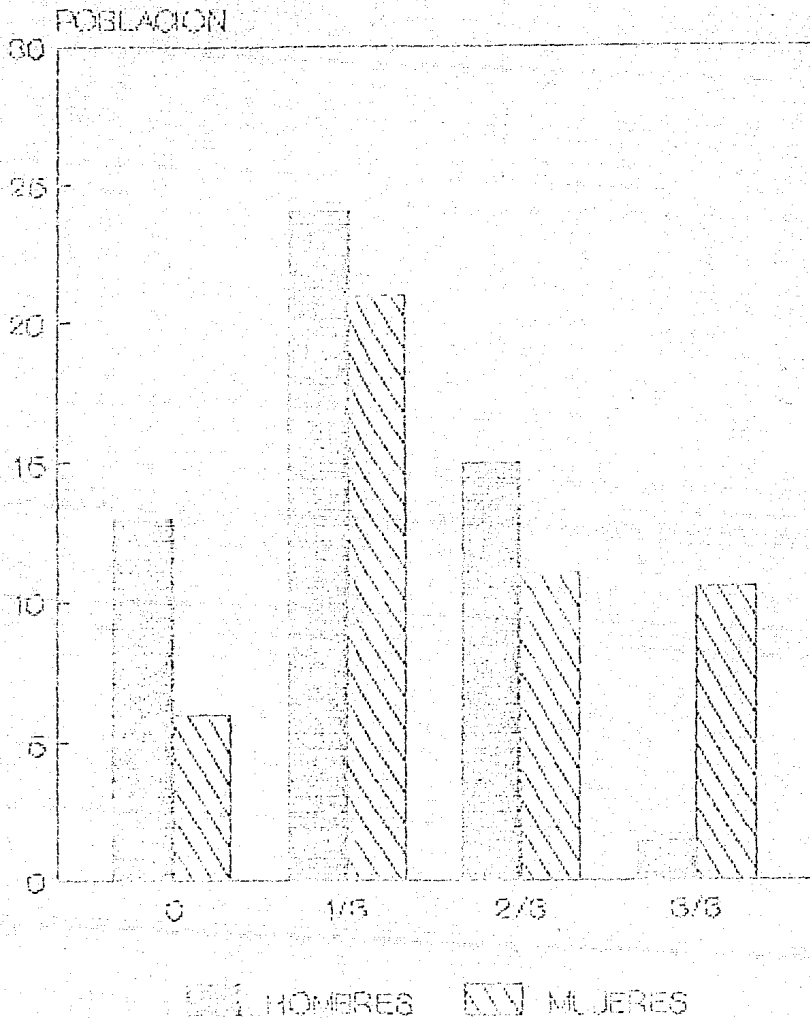
ESCALA QUE SE ELABORO SEGUN DATOS OBTENIDOS EN
EL MES DE MAYO DE 1990, REFERENTE AL INDICE DE
CARIES Y PLACA BACTERIANA EN LOS 100 PACIENTES
QUE SE REVISARON EN LA ASOCIACION DE PARALITI-
COS CEREBRALES (APAC).

INCIDENCIA DE CARIES PARALISIS CEREBRAL



GRAFICA 1. INCIDENCIA DE CARIES.

PLACA DENTO-BACTERIANA PARALISIS CEREBRAL



GRAFICA 2. INCIDENCIA DE P.D. BACTERIANA.

En este gráfico se observan los grados de placa dento-bacteriana en los grupos de sexo. Siendo notoria la prevalencia en el sexo masculino.

CAPITULO VI

FARMACOS QUE SE UTILIZAN EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL Y SUS CONSECUENCIAS EN BOCA

Las personas con parálisis cerebral padecen las mismas afecciones bucodentales que a cualquier otra persona sin lesión. Sin embargo, en algunos casos la lesión va acompañada de crisis convulsiva por lo que es necesario la prescripción de fármacos que inhiban dichas crisis, por lo que se menciona como ejemplo un caso de Hiperplasia Gingival, producida por la difenilhidatoína.

Se dice que la hiperplasia gingival, es un término general para el aumento del tamaño de la encía, la cual puede originarse por diferentes casos, así se han establecido muchas clasificaciones; se citan las más comunes:

1.- Agrandamientos gingivales inflamatorios, caso en que las encías se presentan blandas, edematosas, hiperémicas o cianóticas y sensibles al tacto y por lo común, es la consecuencia de la inflamación crónica prolongada de los tejidos gingivales, se hacen sangrar fácilmente y su superficie es brillante y sin el punteado normal.

2.- Agrandamientos gingivales no inflamatorios o (fibrosos), en donde el tejido gingival se presenta, firme, denso, clástico de color normal o un poco más pardo, a veces bien punteado, insensible y no se traumatiza con facilidad, no tiene tendencia a sangrar.

3.- Combinación de agrandamientos inflamatorios y fibrosos,

Las hidantoinas son de origen sintético y derivan de la hidantoína, núcleo semejante al de los barbitúricos, el cual tiene propiedades anticonvulsivas potentes y selectivas, en el caso del gran mal o epilepsia mayor principalmente y también en la epilepsia psicomotora.

Su modo de acción es la inhibición de la propagación de la descarga cerebral desde el foco edileptógeno, al resto de las regiones cerebrales, sin inhibir el foco del mismo.

Las hidantoinas se metabolizan principalmente en el hígado, y excretadas por riñones y una pequeña parte por la saliva, la cual suele relacionarse con la hiperplasia gingival. Sus vías de administración, son comunmente la oral, y en estados de mal epiléptico sue utiliza por la vía intravenosa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La hiperplasia gingival, causada por esta droga suele aparecer poco tiempo después de empezar a ingerirla y se presenta como un agrandamiento indoloro de una o dos papilas interdentes que presentan un mayor punteado y finalmente una superficie irregular o con lobulaciones. Los tejidos gingivales son densos, elásticos e insensibles, tienen poca o ninguna tendencia a sangrar. El volumen de agrandamiento, es debido principalmente a la proliferación del tejido colectivo fibroso con abundantes fibroblastos y puede presentar inflamación crónica superpuesta.

En sí el agrandamiento no suele presentar dificultades, aunque, desde el punto de vista estético, es bastante objetable.

Aparentemente, se cree que un buen control en la higiene bucal, hace que el desarrollo de la hiperplasia sea mas lento, lo cierto es que si se suspende la ingesta del fármaco se ve interrumpido el crecimiento. En casos severos, los agrandamientos gingivales suelen ser tan pronunciados, que pueden llegar a perturbar la función, y por ésta causa debe optarse por el tratamiento quirúrgico, aunque desgraciadamente la reincidencia es muy comun.

FARMACOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL

- ACIDO VALPROATO DE MAGNESIO
- CARBAMAZEPINA
- ACIDO VALPROICO
- PRIMIDONA
- DIAZEPAN
- CLONAZEPAN
- DIFENILHIDANTOINATO SODICO
- VALPATRO DE SODIO

C O N C L U S I O N :

De acuerdo al estudio realizado, se concluye que la enfermedad caries tiene una incidencia mayor que la parodontal. Esto se debe a la deficiente higiene oral, producto de la incapacidad y/o dificultad que tienen estos pacientes para llevar a cabo por si mismos el cepillado de los dientes, - tarea sumamente difícil ya que los movimientos musculares incontrolables hacen que una simple tarea sea extremadamente complicada y nula.

Se puede decir que influyen también diversos factores que predisponen la aparición o presencia de estas patosis -- como:

- La falta de capacidad o interés de los padres y de las personas directamente responsables de su rehabilitación.
- La alimentación con alto contenido de carbohidratos y de consistencia semisólida.
- Malposiciones dentarias que como se sabe tienden a aumentar la retención y empacamiento de alimentos.

BIBLIOGRAFIA:

FARMACOLOGIA DENTAL

George M. Tennant

T.R. Colvey

Editorial Limusa, S.A.

Primera Edición: 1982

México, D. F.

TRATADO DE PATOLOGIA Bucal

William C. Shafer

Waynard K. Hine

Farnet M. Levy

Tercera Edición: 1977

Editorial Interamericana

NEUROLOGIA

Eustaquante Zuleta F.

Editorial El Ateneo

Buenos Aires, Argentina

Primera Edición: 1983

MEDICINA Y SALUD (LEXIS)

Círculo de Lectores, S.A.

Tercera Edición: 1982

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Thomas K. Barber

Larry S. Luke

Editorial Manual Moderno, S.A.
de C.V.

Tercera Edición: 1982

FOLLETO DEL I.N.P.

Pediatric Dentistry

Copyright 1982

by John Wright-

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO IMPEDIDO

Wayman Joan

Editorial Mundí

Primera Edición: 1976

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Fraham Raymond L.

Editorial Morris

Buenos Aires, Argentina

Médica Panamericana 1984