



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

ZARAGOZA

**MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES INFANTILES CON PARÁLISIS
CEREBRAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN E
INTEGRACIÓN SOCIAL (CRIS) CHALCO: PRESENTACIÓN DE UN CASO
CLÍNICO.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DURANTE EL SERVICIO SOCIAL PARA
OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANA DENTISTA**

PRESENTAN:

RODRÍGUEZ MÉNDEZ SANDY MARLEN

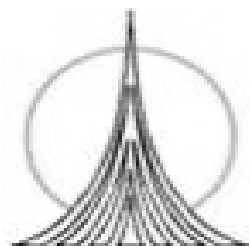
VILLEDA MORALES ALINE JOANY

DIRECTOR: C. D. WILLEBALDO MORENO MÉNDEZ

ASESOR: C. D. EDITH ARENAS GARCÍA

MÉXICO D. F.

JUNIO 2006





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 esta 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.

Doy gracias a Dios por permitir realizar otra meta mas en mi vida personal, sobre todo por concederme salud, bienestar y una gran familia, base fundamental para este logro.

A mis padres Adriana Morales Leyva y J. Martín Villeda Soriano, agradezco su esfuerzo, sacrificio, confianza y paciencia que me han otorgado incondicionalmente, por no dejarme caer, por alentarme a continuar, por entregarme parte de su vida, por valorar mi esfuerzo, por creer en mí, pero sobre todo, por estar siempre ahí, en las buenas y en las malas, por su comprensión y apoyo, ¡Que Dios los bendiga!

A mis hermanas Blanca y Pris, por que juntas hemos descubierto todo el cariño que nos une, gracias por su comprensión, compañía y afecto vertido en mi persona. Todos aquellos momentos de alegría, diversión, tristeza y enojo son de valor inapreciable.

A mi familia, por que todos ustedes han colaborado en mi formación tanto académica como personal. De tal manera que para no caer en jerarquías y en el olvido, me expreso de manera general hacia todos y cada uno de ustedes.

A Iván que es parte de mi vida y que siempre está apoyándome, brindándome su confianza y amor, por su sabio y oportuno consejo y por alentarme a ser cada día mejor.

A mis amigos Ofe, Ceci, Nancy, Fabi, Emanuel, Karla y Luis por la sinceridad de su afecto y por compartir conmigo la emoción de vivir, por su paciencia y gran amistad.

Gracias Sandy por tu inagotable confianza en mí, por tu gran amistad, por saber escucharme, por compartir sin esperar nada a cambio.

Con profundo respeto y admiración, C. D. Edith Arenas García, gracias por tu tiempo, tu apoyo y tu amistad.

ALINE

Doy gracias a Dios por todas sus bendiciones y nunca dejarme sola.

A mis padres Teresa Méndez Gálvez y Mario Rodríguez López, por su sacrificio, comprensión, paciencia y confianza, por desvelarse conmigo, por no dejarme caer, por aguantar mis estados de ánimo, por creer en mí, por entregarme parte de su vida, pero sobre todo por estar siempre a mi lado.

Anammelly, Gladis y Erika.

Gracias por los momentos de alegría, diversión, tristeza y enojo, por creer en mí y apoyarme siempre.

A mi gran tesoro, Astrid, que ha sido el motivo más grande, mi inspiración, mi orgullo, para lograr llegar al final de mi carrera. Gracias por tu linda sonrisa.

Israel, Gracias por ayudarme y apoyarme, a no detenerme ante el adversario por fuerte que sea.

A mi familia, gracias por formar parte de mi vida, han sido un gran apoyo moral para mi formación académica y personal.

Gloria, Norma, Brenda, Iván.

Gracias por su presencia que día a día es más indispensable para mí, gracias por llenar mi corazón y estar siempre ahí.

Evelyn, Wendy, Ene, Toño, Adrián, Eric y Gonzalo, gracias por la amistad sincera y desinteresada que recibí de cada uno de ustedes, por compartir y disfrutar las penas y alegrías juntos, por las enormes carcajadas, por apoyarme siempre; sonreír para voltear y encontrarlos otra vez ahí.

Aline, gracias por confiar en mí, por compartir momentos de alegría y lucha juntas, gracias por ser mi amiga.

Y un agradecimiento especial a la C.D. Edith Arenas García por la paciencia, confianza, comprensión y gran amistad.

SANDY

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Willebaldo y a la Dra. Edith, con profundo agradecimiento, respeto y admiración, por enseñarnos el camino correcto para la realización de esta tesis, por sus conocimientos, su paciencia, y su tiempo. Pero sobre todo por su sonrisa y nobleza, que les caracterizan por su calidad humana. Damos gracias a Dios por que los puso en nuestro camino.

Con sincera gratitud al H. Jurado, por sus conocimientos, amabilidad, apoyo y sugerencias que enriquecieron y nos permitieron hacer posible esta tesis.

C. D. Francisco Enrique Beristain Nava
C. D. Rosa María Iturria Rivera
C. D. José Inés Alarcón Aguilar

Y a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por la formación profesional que recibimos dentro de sus aulas, que nos hacen sentir orgullosamente universitarias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
MARCO TEÓRICO.....	5
OBJETIVO.....	27
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.....	30
CONCLUSIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

INTRODUCCIÓN

Entre todos los tipos de niños con capacidades diferentes uno de los más complejos es el paciente con Parálisis Cerebral (PC). Una buena planeación en el hogar y una buena enseñanza o programación para los niños con capacidades diferentes exige los servicios y la capacidad de personas pertenecientes a muchas profesiones. Entre todas las profesiones que se requiere para esto, siempre escasea la gente interesada en ese tipo de niños y que tenga la preparación requerida y la experiencia práctica suficiente para trabajar con ellos. Esa falta de personal es un problema en verdad serio, como podrán corroborarlo los padres de la gran mayoría de los niños con capacidades diferentes, lo que en parte se debe a que recientemente se le ha dado importancia a este campo de actividad.

En lo que respecta al tratamiento estomatológico, en muchas ocasiones los odontólogos limitan la atención a los pacientes con parálisis cerebral por que consideran estos tratamientos como exclusivos de especialistas o por falta de conocimiento sobre el tratamiento, por lo que se pretende que al conocer las problemáticas que padecen estos pacientes y mostrar como se llevan la conducción y el manejo de un caso, para que contribuya a que el cirujano dentista disminuya su resistencia a manejar este tipo de pacientes, para mejorar así la calidad de la atención en beneficio de la salud de estos pacientes.

La Parálisis cerebral (PC), es un término usado para describir un grupo de trastornos crónicos que aparecen durante los primeros años de vida, relacionados con el control del movimiento y la postura, debido al daño de una o más partes del cerebro que controlan el movimiento y que por lo general, no empeoran con el tiempo. El término "cerebral" se refiere a los hemisferios cerebrales afectados y "parálisis" describe cualquier trastorno que limite el control del movimiento.

Existen cuatro categorías amplias de parálisis cerebral (PC) según el tipo de perturbación en el movimiento: espástica, discinética, atáxica y formas combinadas.¹

Las personas con parálisis cerebral (PC) presentan problemas como retraso mental, convulsiones, epilepsia, problemas de crecimiento, aprendizaje, visión, audición y habla, sensibilidad y percepción anormales, reflujo gastroesofágico y problemas respiratorios.

Actualmente se ha dado una mayor atención al cuidado de salud, educación y empleo de personas con capacidades diferentes, pero se ha descuidado el tratamiento dental, a pesar de ser una de las más grandes necesidades. Una pieza clave en la rehabilitación integral de los niños con PC, es el cirujano dentista, el cual a su vez debe reconocer que estos pacientes tienen un daño funcional más que mental y que la habilidad del niño para aprender va a ser un factor determinante en el éxito del tratamiento.²

JUSTIFICACIÓN

La P. C. es un trastorno frecuente, 2 de cada 1000 habitantes la desarrollan. Cada año, casi 1,500 niños preescolares son diagnosticados con P. C.³

Esta incidencia varía poco entre los países en desarrollo. Es muy posible que estas estimaciones sean bajas y que casos leves de PC que sólo pudieran ser detectados por un neurólogo no sean reportados. Estimaciones de las asociaciones unidas de PC que más de 500 000 norteamericanos la padecen. A pesar del progreso en prevenir y tratar ciertas causas, el número de niños y adultos afectados no ha disminuido durante los últimos 30 años. Esto podría estar relacionado al hecho de que los bebés críticamente prematuros y débiles están sobreviviendo por las mejoras en el cuidado intensivo.⁴

La demanda de atención en otras áreas por parte de estos pacientes (médicas, psicológicas, etc.) consume casi todos los recursos económicos, por lo que la atención odontológica ocupa un sitio secundario. Como consecuencia de esto, la aparición de enfermedades buco dentales se desarrolla con mayor facilidad y se complican con los padecimientos que ya cursan.

Sin embargo, en el ejercicio de la práctica privada, el tratamiento odontológico a las personas con capacidades diferentes es casi nulo y frecuentemente negado, ya que generalmente existe un desconocimiento de cómo abordar a estos pacientes.

Al mismo tiempo, la población con PC con afecciones buco dentales sobrepasa el número de especialistas en el área que les pueda rehabilitar todas sus necesidades odontológicas.⁵

No existen anomalías intra orales exclusivas de personas con parálisis cerebral (PC). Sin embargo varias patologías orales son más frecuentes o más graves que en la población normal, como la presencia de enfermedad periodontal y el alto número de caries, lo que puede deberse a la mala higiene y al régimen alimenticio (dieta blanda y rica en carbohidratos). Otros problemas descritos son: hipoplasia del esmalte, mordida abierta, maloclusiones, bruxismo, respiración bucal y protrusión esqueleto-dental.

La magnitud del problema es difícil de cuantificar, ya que no existen datos provenientes de la práctica privada que puedan certificar la totalidad de pacientes con PC atendidos durante los últimos años.⁶

MARCO TEÓRICO

La PC es un término que viene del latín Parálisis y este del griego paralyen que significa disolver, desligar, relajar o aflojar.⁷

La parálisis cerebral (PC) no es una enfermedad con etiología única, es más bien un grupo de trastornos relacionados entre sí que tienen causas distintas que normalmente ocurren durante el embarazo o cerca del momento del nacimiento y que interrumpen el desarrollo normal del cerebro. En el 70 % de los casos el daño cerebral tiene lugar antes del nacimiento, en la minoría, el daño se da cerca del parto, durante los primeros meses o años de vida y en muchos otros se desconoce la causa. Entre las principales causas tenemos: Infecciones durante el embarazo (algunas infecciones contraídas por la madre, como rubéola, citomegalovirus y toxoplasmosis, pueden producir parálisis cerebral), asfixia perinatal, parto prematuro, complicaciones durante el parto y nacimiento, intolerancia de Rh, ictericia en los infantes, apoplejía o hemorragia intracraneal y parálisis cerebral adquirida.⁸

PC son las manifestaciones motoras como disminución, deficiencia o pérdida parcial o total de la capacidad del movimiento acompañada generalmente de pérdida de la sensibilidad debida a una lesión cerebral ocurrida durante el periodo madurativo del sistema nervioso central. “Un trastorno de tono postural y del movimiento, de carácter persistente secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro”.⁹

El diagnóstico se realiza principalmente evaluando la manera como se mueve un bebé o niño pequeño, evaluando el tono muscular, preferencia temprana por una mano y la persistencia de ciertos reflejos primitivos. Son útiles las imágenes de resonancia magnética y tomografías computarizadas.

El tratamiento médico de la parálisis cerebral (PC) está a cargo de un grupo de profesionales, compuesto por un médico, ortopedista, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, foniatra, asistente social, psicólogo, educador, y oftalmólogo; los cuales deben iniciar un tratamiento temprano y continuo.¹⁰

Existen múltiples clasificaciones que varían entre sí. Independientemente del sistema usado, a menudo resulta imposible situar a un niño en un tipo específico de PC a causa de la existencia de formas de transición entre unos y otros grupos.

Por ejemplo, algunos niños son espásticos y atetósicos, otros atáxicos y atetósicos. Y la mayoría presentan anomalías asociadas que incluyen algunas o varias de las siguientes: defectos visuales, auditivos, afasia, dislexia, disartria, retraso intelectual, etc.

El retraso intelectual puede obedecer a un trastorno primario, pero también ser consciente del déficit motor y sensorial, debido a la incapacidad del niño para explorar su mundo mediante unos movimientos normalmente desarrollados y a veces por defectos visuales o auditivos.¹¹

La diplejía espástica, es el trastorno descrito primero por el doctor Little, es solo uno de varios trastornos llamados PC. Hoy en día, los médicos clasifican la PC en cuatro categorías amplias: espástica, atetosis, ataxia, y formas combinadas; según el tipo y anormalidad del tono muscular o movimiento.

La PC espástica afecta de 70 a 80% de los pacientes, los músculos están rígidos y contraídos permanentemente. A menudo los médicos describen la clase de PC que el paciente padece basándose en las extremidades afectadas. Los nombres asignados para esta clase de enfermedad combinada es una descripción latina de las extremidades afectadas con el término plejía o paresis para significar paralizado o débil respectivamente.

En los pacientes con diplejía espástica ambas piernas son afectadas de espasticidad, las cuales pueden encorvarse y cruzarse a las rodillas. Esta postura anormal de las piernas, de apariencia de tijeras, puede interferir con el caminar, los pacientes con hemiparesis espástica pueden experimentar también temblores hemiparéticos en los cuales sacudidas incontrolables afectan las extremidades de un lado del cuerpo. Si estas sacudidas son severas pueden obstaculizar seriamente el movimiento.

Parálisis Cerebral Atetósica o Discinética, afecta de un 10 a un 20 % de los pacientes, esta forma de PC se caracteriza por movimientos retorcidos lentos e incontrolables. Estos movimientos anormales afectan manos, pies, brazos o piernas y en algunos casos los músculos de cara y lengua, causando el hacer muecas o babear. Los movimientos aumentan a menudo durante periodos de estrés emocional y desaparecen mientras se duermen. Los pacientes pueden tener problemas coordinando los músculos necesarios para el habla, una condición conocida por disartria.

La PC Atáxica afecta aproximadamente de un 5 a un 10 % de los pacientes. Esta forma rara afecta el equilibrio y la coordinación, las personas afectadas caminan inestablemente con un modo de caminar muy amplio, poniendo los pies muy separados uno de otro, y experimentan dificultades cuando intentan movimientos rápidos y precisos. Los pacientes pueden exhibir temblores de intención. En esta forma de temblor, el empezar un movimiento voluntario como sujetar un libro, causa un temblor que afecta parte del cuerpo usado. El temblor empeora según el individuo se acerca al objeto deseado.

PC en forma combinada. Es muy común que los pacientes tengan síntomas de más de una de las formas de PC mencionadas arriba. La combinación más común

incluye espasticidad y movimientos atetoides, pero otras combinaciones son posibles.¹²

En función de su extensión, la PC se clasifica topográficamente en:

- a) Monoplejía o monoparesia:** un solo miembro
- b) Paraplejía o paraparesia:** las dos piernas
- c) Hemiplejía o hemiparesia:** medio cuerpo (unilateral)
- d) Cuadriplejía (tetraplejía) o cuadriparesia:** cuatro extremidades
- e) Triplejía o triparesia:** tres extremidades
- f) Diplejía o diparesia:** dos miembros: inferiores o superiores
- g) Doble hemiplejía o doble hemiparesia:** cuatro extremidades, miembros superiores más afectados.¹³

Según su limitación se clasifica en:

Leve: Paciente ambulatorio y que se basta a sí mismo, necesita muy poco o ningún tratamiento especial.

Moderada: habla difícil, ambulación deficiente y dificultad para valerse por sí solos. Necesitan y probablemente puede beneficiarse con el tratamiento generalmente ambulatorio. 50%

Severo (o grave), generalmente incapacitados y postrados en cama. El tratamiento puede no rehabilitarlos; generalmente requieren de cuidados hospitalarios internos y/o custodia.¹⁴

Los síndromes de disfunción cerebral no sólo comparten los síntomas, sino también las causas que los originan; estas se clasifican en prenatales, natales y postnatales:

Entre las causas prenatales encontramos: factores hereditarios, adquiridos durante la gestación en el útero (radiaciones durante el primer trimestre, padecimientos infecciosos de la madre durante el 2do y 4to mes), anoxia prenatal (anoxia de la madre, anomalías del cordón, hipotensión severa materna, anemia materna grave, aspiración de monóxido de carbono por la madre, infartos placentarios, patología y anormalidades de la placenta), Hemorragias durante el embarazo (primeras 20 semanas), hemorragia cerebral fetal (en el producto generalmente microhemorragias producida por toxemia gravídica del embarazo, traumatismo, diátesis hemorrágica materna, anoxia provocada, discrasia sanguínea de la madre), factor RH (incompatibilidad sanguínea), trastornos del metabolismo durante el embarazo (diabetes mellitus materna), exposición excesiva a los rayos x y exposición a radiaciones durante la gestación, prematuridad, predisposición al aborto, toxemia materna (preclampsia), desnutrición materna.

Causas natales o perinatales (desde el comienzo del parto hasta la viabilidad del feto): Mecánica (accidentes gineco-obstétricos). Parto prolongado, factores mecánicos dependiendo sobre todo del tipo de parto (compresión de cabeza, compresión de tórax, aplicación inadecuada de fórceps, fractura por fórceps, cesárea de urgencia, inducción con oxitócicos, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, partos laboriosos o difíciles capaces de producir sufrimiento fetal). Anoxia perinatal (durante el curso del parto, anestesia de la madre, parto prolongado por canal estrecho, inercia uterina, obstrucción mecánica respiratoria, mal uso de analgésicos y anestésicos, narcóticos, medicamentos tranquilizantes, sedantes, administrados a la madre durante el parto, desprendimiento de la placenta, anoxia o hipotensión, partos en presencia de nalgas con retención de la cabeza).

Causas postnatales: traumatismos craneanos (contusiones cerebrales, fractura del cráneo, hematoma subdural, fracturas por accidentes automovilísticos,

deportes), infecciones durante los primeros meses o años (encefalitis, meningitis, tosferina, sarampión, escarlatina, neumonías, sífilis, granulomas, abscesos cerebrales), intoxicaciones (plomo, arsénico) accidentes vasculares (hemorragia, embolia, trombosis), anoxias (intoxicación por monóxido de carbono, estrangulación, anoxia por gran altitud y baja presión, hipoglucemia), neoplasias cerebrales, secuelas debidas a incompatibilidad del factor RH. ¹⁵

Varias de las causas de la parálisis cerebral que han sido identificadas a través de la investigación son prevenibles o tratables:

- **Trauma en la cabeza:** se puede evitar el daño a la cabeza usando los asientos infantiles de seguridad en el automóvil y los cascos de seguridad al manejar bicicletas. Cuidados en el hogar: supervisar a los niños al bañarse para evitar alguna caída
- **Productos tóxicos:** guardar productos tóxicos fuera del alcance de los niños puede reducir el riesgo de lesiones accidentales.
- **Ictericia:** se puede tratar en recién nacidos con fototerapia. En la fototerapia, los bebés son expuestos a luces azules especiales que descomponen los pigmentos biliares previniendo su aumento y amenaza al cerebro. En los pocos casos donde este tratamiento no es suficiente, los médicos pueden corregir la condición con una forma especial de transfusión de sangre.
- **Incompatibilidad de Rh:** se puede identificar fácilmente la incompatibilidad de Rh mediante una prueba rutinaria de sangre a las madres, y si es necesario, a los padres también, esta incompatibilidad de tipos de sangre no causan problemas usualmente durante el primer embarazo, ya que el cuerpo de la madre generalmente no produce los anticuerpos indeseables hasta después del parto. En la mayoría de los casos, un suero especial dado después de cada parto puede prevenir la producción indeseable de estos anticuerpos.
- **Rubéola:** puede prevenirse si las mujeres son vacunadas en contra de esta enfermedad antes de quedar embarazadas.

- **Cuidados prenatales:** es bueno esforzarse para tener un embarazo saludable a través de visitas regulares con su médico, buena nutrición, dejar de fumar, consumir alcohol y abusar de drogas, y a pesar de los mejores esfuerzos de los padres y de los médicos algunos niños nacerán con PC, ya que la mayoría de los casos la causa se desconoce.¹⁶

Con gran frecuencia, en la PC, a los problemas del movimiento se asocian otros de diversa índole y no de menor importancia, se trata de problemas clínicos, sensoriales, perceptivos y de comunicación. Muchos individuos con PC no tienen otros trastornos médicos asociados. Sin embargo, los trastornos que involucran el cerebro y obstaculizan su función motora pueden causar también convulsiones y menoscabar el desarrollo intelectual del individuo, su atención al mundo exterior, la actividad, la conducta, su visión y la audición. Los trastornos médicos asociados con PC incluyen: retraso mental, convulsiones, epilepsia, problemas de crecimiento, aprendizaje, visión, audición y habla, sensibilidad y percepción anormales, reflujo gastroesofágico y problemas respiratorios, problemas del desarrollo social, de conducta, emocionales y de personalidad (temor, ansiedad depresión, baja autoestima, hipersensibilidad emocional).¹⁷

Ya que hemos descrito lo que es la PC, clasificación, cuadro clínico y diagnóstico a nivel médico, se debe orientar debidamente el tratamiento multidisciplinario.

Desde el punto de vista profesional, deben ser analizadas nítidamente las manifestaciones clínicas que posee el paciente, como retraso mental o desajuste emocional, incapacidad de andar o sentarse, disfunciones sensoriales e incapacidad para las actividades de la vida diaria, las que dificultan el tratamiento.¹⁸

Las personas con Parálisis cerebral no presentan alteraciones intraorales patognomónicas, las patologías bucales más comunes en ellos son las mismas que afligen a la población general, algunas de ellas más exacerbadas debido a las dificultades motoras que presentan.

La elevada cantidad de lesiones cariosas es causada por la dieta altamente cariogénica y las dificultades de masticación e higiene, lo que ocasiona enfermedad periodontal, pues son incapaces de cepillarse los dientes y esto agregado a los medicamentos que toman. Los problemas que causan una difícil alimentación, son la protrusión lingual, el reflejo de morder exagerado, el reflejo de vómito anormal e hipersensibilidad en el área alrededor de la boca.

La prevalencia de maloclusiones es aproximadamente el doble que en la población en general. Entre los trastornos que se observan con mayor frecuencia encontramos la protrusión de los dientes anterosuperiores (por la posición protruída de la lengua sobre los procesos alveolares de los incisivos superiores), paladar pequeño, mordida abierta y cruzada unilateral, tendencia hacia la relación molar clase II; existiendo una directa relación entre las actividades musculares anormales de la cabeza y cuello, el bruxismo, las fuerzas intraorales, la posición de la lengua, respiración bucal y la deglución atípica. La prevalencia de maloclusiones pueden explicarse por la adaptación postural craneocervical, que responde a la necesidad de mantener el suficiente espacio nasofaríngeo para el desarrollo de las funciones básicas estomatológicas como la respiración, deglución y fonoarticulación; la morfología craneofacial puede explicar las características motoras masticatorias que parecen estar asociadas con alteraciones en el funcionamiento de la articulación temporomandibular y con una disminución en la presión de mordida.¹⁹

Los pacientes con parálisis cerebral presentan una prevalencia significativa en: condición de Fordyce, línea alba oclusal y pigmentación melánica gingival, así

como hiperplasia gingival generalizada, úlcera traumática, queratosis friccional. Presentan mayor prevalencia en úlceras traumáticas, leucoedema e hiperplasia gingival generalizada.²⁰

Algunos pacientes presentan un bruxismo severo que ocasiona una pérdida de dimensión vertical oclusal y problemas de ATM. También se ha encontrado una alta incidencia de hipoplasia del esmalte, retraso en la erupción de dientes permanentes, que los hace más susceptibles a desarrollar maloclusiones.

Estas personas son más susceptibles a traumatismos sobre todo en los dientes anteriores debido a la acentuada protrusión de los maxilares y a las dificultades para caminar que le ocasionan caídas constantes.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL

Un programa preventivo de salud dental es muy importante para el paciente con parálisis cerebral, los cuatro principales elementos son:

1. Cepillo dental e hilo dental.
2. Aplicaciones tópicas de flúor, enjuagues de flúor o de clorhexidina pueden indicarse.
3. Selladores en puntos y fisuras.
4. Consejo dietético.

El estomatólogo debe percibir las necesidades del paciente, asumir la responsabilidad de formular un programa preventivo individualizado para el niño y comunicar adecuadamente a los padres cómo puede llevarse a cabo. La prevención de las enfermedades orales, es la forma más conveniente de asegurar una buena salud bucal a todo paciente.²¹

Gran parte de los profesionales cree que la atención odontológica a personas con capacidades diferentes requiere entrenamiento especial y equipo adicional. Además muchos odontólogos piensan que esos pacientes deben ser hospitalizados para recibir el tratamiento adecuado. Ciertamente un sector de esa población requerirá hospitalización, sin embargo la mayoría puede ser tratada en consultorio privado por el odontólogo general. Los odontólogos como profesionales deben considerar a las personas con capacidades diferentes como individuos con problemas dentales, que tienen además una condición médica particular.

Los factores importantes para el manejo del paciente especial son comprensión y paciencia. El manejo eficaz de estas personas implica más un cambio de actitud que de técnica. El odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente. Debe armonizar con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal.

El odontólogo debe tener un conocimiento activo de la psicología y mucha experiencia práctica, las cuales permitan tratar las ansiedades del individuo normal en las consultas. En la consulta de un paciente especial, éstas ansiedades suelen ser mayores. Debido a una incapacidad para comunicarse o a un impedimento físico, las reacciones del paciente con capacidades diferentes ante la situación odontológica suelen ser distintas a las de un paciente normal. Si el odontólogo no está preparado para éstas reacciones, pueden aparecer sentimientos de tensión e incomodidad, pudiendo aumentar el estado de ansiedad del paciente y hasta provocar temores, lo que resulta un círculo vicioso. Para disminuir la posibilidad de este cuadro, el profesional debe estar familiarizado con las características comunes del paciente con capacidades diferentes y poseer información específica de cada paciente en particular.²²

El tratamiento odontológico en un principio no es diferente en un paciente con parálisis cerebral, la gran diferencia está en la forma del manejo y abordaje del paciente que exige de parte del profesional agilidad para realizar los diferentes procedimientos sin perder las condiciones de seguridad y calidad.²³

Es importante preguntar al paciente, padres o quien lo cuida el diagnóstico del daño, como lo conoce el paciente, padres o el encargado de cuidarlo. Nivel educativo, nivel de inteligencia, grado en escuela privada o pública, problemas generales en función y comunicación, daño en el habla, vista, oído, hábitos orales como respiración bucal, dieta, higiene oral, tipo de reflejos que el paciente tiene, si puede ser reclinado en el sillón. Si el paciente no puede comunicarse bien, preguntar si puede hacer algún ruido o movimiento que pueda indicar su opinión.²⁴

Las metas y objetivos del examen odontológico no son distintas a las que se tienen con un paciente normal. Hay que dedicar especial atención al logro de una minuciosa historia médica y odontológica.

Una consulta con el médico del paciente puede dar importante información acerca del impedimento del individuo y su capacidad para desenvolverse, así aumentar la información del paciente.

La primera entrevista con el paciente con parálisis cerebral es muy importante. Debe emplearse un tiempo adecuado para relacionarse con el niño y para darle tranquilidad y tener oportunidad de realizar un buen examen médico. El trato amistoso, con voz baja y dulce, el acceso delicado va a facilitar la realización del examen. Si el estomatólogo o dentista no logra establecer una relación amistosa pero determina que es muy importante proseguir con el examen, deberá hacerlo en una forma ordenada y sistemática con la esperanza de que el niño logre aceptarlo. Para atender niños con parálisis cerebral, es imperativo que el

odontólogo evalúe integralmente cada paciente en cuanto a características personales, síntomas y conducta, para luego proceder según lo indique la situación y las necesidades.

En la situación de consultorio corriente, la presencia del paciente en el sillón requiere de su consentimiento para ser tratado. Ni los menores ni los mentalmente impedidos están legalmente capacitados para dar consentimiento, por lo que requieren del consentimiento de padres o tutor. Un consentimiento valedero es aquel que el paciente firmó con conocimiento, que el paciente tenía capacidad para consentir, y que el consentimiento fue para un tratamiento específico. En el caso de los discapacitados mentales, los formularios de consentimiento deben estar llenados y firmados por los padres o tutor.²⁵

El odontólogo nunca debe suponer el grado de afección mental o física de un niño sin asegurarse primero en los hechos. Es muy importante contar con una historia médica y odontológica completa y el padre o tutor debe de ser entrevistado antes de iniciar cualquier tratamiento. Sólo mediante esa comunicación personal pueden obtenerse datos valiosos acerca de las características físicas y de conductas particulares del paciente.

Debemos tener en consideración en la primera consulta estomatológica lo siguiente:

- 1) Observar al paciente para tener indicio acerca de su condición que nos ayudará a tomar decisiones para el manejo estomatológico.
- 2) Considerar el tipo de parálisis cerebral que tiene y el control que debe ser necesario para el manejo estomatológico. Una simple observación de lo siguiente puede orientar: la posición de cabeza y tronco, si están en silla, cuánto apoyo necesitan.
- 3) Obtener una historia clínica completa del paciente, de su condición y antecedentes, incluyendo motivación y nivel de independencia.

- 4) Comentar al paciente, padres y/o quien se encarga de su cuidado, de la importancia de cepillado, hilo dental y dieta. Esto puede incluir un asesoramiento del cuidado en casa y una demostración de higiene oral.
- 5) Se le debe explicar la función de cada instrumento. Todas las explicaciones deben ser simples y de acuerdo al nivel de inteligencia del paciente (Recordar que no todos los pacientes con PC tienen bajo nivel intelectual). Permitir al paciente tener en sus manos el espejo y el explorador. Demostrar la unidad radiológica. Evitar sorprender al paciente por movimientos o ruidos repentinos.
- 6) Sentar al paciente en el sillón dental y asegurar su cabeza, antes de que el paciente tenga algún instrumento en su boca, se le debe de mostrar la luz, movimientos y ruidos del tratamiento dental producido por la pieza de mano, el eyector, jeringa triples, reclinar y levantar lentamente el sillón. Esto será para prevenir inesperados movimientos involuntarios en el paciente.
- 7) En los niños con PC puede estar alterado o disminuido los reflejos del vómito, la tos, la masticación y la deglución, si el reflejo del vómito está acentuado, conviene tratar al paciente, en una posición más erguida con el cuello ligeramente flexionado y las rodillas dobladas y elevadas, si es posible. Hay que efectuar breves aplicaciones con la triple y aspirar a gran velocidad.
- 8) Es muy importante que el trabajo clínico en estos pacientes sea eficiente y minimice el tiempo que permanece el paciente en el sillón dental, para evitar la fatiga de los músculos involucrados.²⁶

Los procedimientos siguientes han sido efectivos para establecer la relación odontólogo-paciente y reducir la ansiedad respecto a la atención odontológica:

- Dar breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice con el diseño y mobiliario, así reducir el temor a lo desconocido.
- Hablar lentamente y con términos sencillos. Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el paciente.

- Dar solo una instrucción a la vez. Felicitar al paciente luego de haber finalizado exitosamente una acción.
- Escuchar cuidadosamente al paciente. Los individuos retardados suelen tener problemas de comunicación.
- Mantener sesiones cortas. Progresar gradualmente a procedimientos más difíciles, luego que el paciente se haya familiarizado con el ambiente odontológico.
- Citar a los pacientes discapacitados a primeras horas del día, cuando tanto odontólogo como paciente se encuentran menos fatigados, tanto física como mentalmente.²⁷

A través de la técnica decir, mostrar y hacer, el mostrar es de mayor significancia cuando se trata de niños con retraso. Por lo general, la cooperación durante el tratamiento estomatológico es buena, pero la falta de control muscular lo puede tornar difícil en pacientes con excesivos movimientos involuntarios, si se toman precauciones durante el tratamiento estomatológico, se pueden prevenir reflejos de extensión de las extremidades.²⁸

El control de la voz es suficiente para superar los temores del niño, ocasionalmente puede ser necesario emplear una forma de restricción en particular en una emergencia con el fin de dominar los temores del niño.

Se usarán órdenes súbitas y firmes para llamar la atención del niño. La conversación monótona y confortante del odontólogo se supone funciona como música con respecto al niño.

Un cambio en el tono, firmeza y suavidad de la voz nos ayudará a obtener la atención del niño, que es el objeto primordial.

El odontólogo debe adaptar la voz y saber modularla al expresarse para así darle confianza, paciencia, comprensión, autoridad, sinceridad que es lo más importante para acercarse al niño.²⁹

Deberá acomodarse lo mejor posible a los niños impedidos en el sillón dental. Un sillón ajustado en posición inclinada hacia atrás da mas apoyo y sensación de seguridad al paciente, cualidad especialmente importante para niños afectados de ataxia. Los espásticos pueden requerir aún más apoyo y control, lo que será tarea del ayudante dental. Los procedimientos restrictivos, como empleo de correas raramente son necesarias, y podrían dificultar el manejo del niño, en vez de facilitarlos, ya que restricciones excesivas puede provocar espasmos musculares involuntarios.

El buen cuidado dental en los niños paralíticos cerebrales y especialmente en aquellos con complicaciones en cabeza y cuello, es de vital importancia, dado que tienen dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes. Y esto contribuirá más a deficiencias nutricionales, muchos de estos pacientes nunca podrán utilizar prótesis por su incapacidad muscular, con algunas excepciones, los problemas fonéticos aumentan por la pérdida de dientes, los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto. Un niño cuyas necesidades dentales son dejadas de lado o descuidadas, estará mas frustrado que aquel cuya estética dental y tratamiento conservador se cuidan en la misma medida que sus hermanos normales.

Los trabajos dentales en niños impedidos pueden lograrse sólo gracias al trabajo de equipo bien coordinado entre el odontólogo y sus auxiliares. Para lograr la cooperación requerida, el odontólogo debe proporcionar a su ayudante toda la información del tratamiento que afecte a su paciente, para que la ayudante pueda prepararse adecuadamente para su importante papel en el tratamiento del niño.³⁰

La decisión de restaurar órganos dentales primarios debe basarse en varias cosas además de ser afectados por caries, lo que el dentista decida hacer se basará en su habilidad para manejar al niño. Algunos factores que deben considerarse antes de restaurar un órgano dentario son:

- ◆ Edad del niño
- ◆ Grado de afección de la caries.
- ◆ Estado del órgano dentario y del hueso de soporte dentario observado radiográficamente.
- ◆ Momento de exfoliación normal.
- ◆ Efectos de retención o remoción del órgano dentario.
- ◆ Consideraciones de espacio en la arcada.

Se aconseja el empleo sistemático de apoyos bucales protectores durante procedimientos restaurativos, ya que evitarán lesiones al paciente y al dentista si las mandíbulas se cierran violentamente. Estos protectores deberán retirarse de la boca del paciente para proporcionarle periodos de descanso, ya que los músculos del niño se cansan con facilidad.³¹

Todo tipo de ayudas, apoyos bucales, grapas, torundas de algodón, deben ser sujetados a un pedazo de seda dental. Debe mostrarse repetidamente las técnicas de cepillado adecuadas, y debe recalcar la importancia de limitar a los alimentos cariogénicos.³²

Cuando el bruxismo o convulsiones son un problema, las restauraciones deben ser durables. Las coronas de acero cromo son preferibles a las amalgamas extensas en los dientes primarios. Es lo contrario en la dentición permanente, las coronas de acero cromo deben ser evitadas, excepto como medida temporal por la alta incidencia de caries marginal y la consecuente pulpitis irreversible. Se realizarán amalgamas reforzadas con pins o incrustaciones.

Para uso de aparatología debe de valorarse al paciente considerando la alteración motora y cognitiva, en algunos casos se modifican para resistir los efectos de trauma.³³

AUXILIARES RESTRICTIVOS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL

La persona que realiza los procedimientos de higiene oral al paciente con PC, deberá poseer el control de cabeza y cuerpo, luz adecuada y visibilidad. Cuando el paciente no coopera, pueden requerirse dos personas para proporcionar suficiente control, una persona podrá utilizar cualquiera de las posiciones anteriores, mientras que la otra persona sostiene las extremidades.

Existen aparatos que se utilizan para apoyar la posición y proporcionar protección tanto al paciente como a la persona que realice la higiene bucal. Usándolos de manera correcta, evitarán el daño físico: El Inmovilizador “Pedi Wrap”, con cinturones de restricción adicionales para todo el cuerpo, sujetador de mano y brazo que también se puede usar para pierna, restricciones tipo “Arnés” y el “Papoose Board”.

El propósito de un sujetador no es eliminar el movimiento, sino más bien restringirlo, de modo que no interfiera con el tratamiento o que no cause una posible lesión a algún miembro del equipo o al propio paciente. Cualquier consultorio que trata a personas con capacidades diferentes, deberá tener diversas ataduras suaves para ayudar a controlar estos movimientos. Deben fabricarse de algún material suave, como algodón y estar disponibles en diferentes longitudes y anchuras para acomodarse a diversas áreas del cuerpo. Es mejor seleccionar un tamaño quizá suficientemente ancho para distribuir la fuerza normal. Los sujetadores pueden ser asegurados con un simple nudo o equipos con tiras de velcro para una sujeción o liberación rápida.

El sujetar la cabeza también es de gran importancia, ya que a través de esto se puede controlar los movimientos involuntarios de la misma. Se le avisa al paciente la intención de sostener la cabeza. El Cirujano Dentista se aproxima por la parte posterior del paciente y coloca el brazo alrededor de la cabeza, de tal manera que la cabeza descansa en el ángulo axial del brazo y quede sujeta por el cuerpo del Cirujano Dentista por un lado y el brazo por el otro. Los dos últimos dedos son posicionados por debajo de la barba para sujetar la mandíbula, dejando los otros tres para sujetar instrumentos.

Tablero Papoose: es una tabla acolchonada con características como de un manto para envolver al paciente. Este viene seccionado en tres segmentos para el cuerpo y una sección para la cabeza. Las ventajas con las que cuenta son su fácil manejo y que se pueden guardar en cualquier sitio, y disponible en varios tamaños, tiene colocados estabilizadores para la cabeza. Quizá el único inconveniente que tiene es que no se adapta totalmente a los contornos del sillón odontológico, en ocasiones se coloca un cojín para proporcionar apoyo. Un paciente resistente puede padecer una hipertermia si es sujetado por mucho tiempo, además requiere atención y supervisión constante.

Pedi Wrap: está fabricado en una malla o red de nylon cubriendo al paciente de tobillos a cuello, tiene anexadas correas de soporte para piernas y brazos. No tiene soporte para la cabeza, ni tablero para la espalda. Le permite tener un ligero movimiento al paciente, por su diseño y fabricación tipo malla permite una mejor ventilación, disminuyendo el riesgo de que el paciente sufra de hipertermia. Este aparato junto con el tablero se puede adaptar con facilidad al tamaño del niño y domina los movimientos con un mínimo esfuerzo y sin molestias.

Los cinturones de seguridad pueden acoplarse en el sillón dental para poder sujetar los brazos y las piernas, las vendas elásticas también son una buena

alternativa, ya que si no existen los medios económicos para la adquisición del Tablero Papoose o Pedi Wrap, al paciente se le venda con estas, sujetando de primera intención a los brazos y piernas realizada esta acción se sujeta al paciente al sillón con otras vendas. Si es necesario, se puede auxiliar con ayuda de un asistente adicional sujetando delicadamente y firme los brazos o piernas de modo que se logre comodidad y soporte al paciente más que restricciones contra el movimiento. Se puede usar una toalla envuelta sobre los brazos del paciente asegurándose con tela adhesiva, sin impedir la circulación. Este tipo de contención favorece la relajación y evita los reflejos indeseados al mantener los brazos del paciente en la línea media. Este método favorece a pacientes atetósicos o espásticos que desesperadamente intentan controlar sus movimientos corporales sin lograrlo. Además de estos métodos, la posición del paciente en el sillón dental puede ajustarse con la ayuda de almohadones, pequeños flotadores, mantas, etc.

Silla de Ruedas con descansa cabeza: 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. El descansa cabezas de la silla de ruedas es ajustable y se coloca en los manubrios del respaldo de la silla de ruedas y proporciona un apoyo seguro y cómodo para la cabeza de los pacientes que no pueden ser transferidos al sillón dental. Otro punto importante cuando se trata con pacientes impedidos es la estabilización de la boca, de manera que permanezca abierta durante los procedimientos de examen y tratamiento, lo cual permite protegerlos de posibles laceraciones de tejidos blandos. Los apoyos intraorales que se introducen y utilizan en forma adecuada son aceptados por lapsos no muy largos y le permiten al paciente descansar la articulación y distraerse mordiendo.

Las correas para las extremidades inferiores en ocasiones son necesarias para sujetar todo el cuerpo para ayudar al control del movimiento muscular indeseable.

En estos casos, es mejor utilizar correas para las piernas o una Tabla de Papoose más que ataduras suaves individuales. Se encuentran disponibles en tamaños para adultos y niños y proporcionan un control excelente del movimiento, tanto que permiten cierto grado de comodidad al paciente. Igual que con los otros sujetadores debe cuidarse de explicar minuciosamente la razón de su uso.³⁴

PREMEDICACIÓN, SEDACIÓN Y ANESTESIA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL

El término premedicación se emplea para sugerir un concepto de tratamiento en el que se usa una droga, antes de la consulta dental.

Los objetivos de la premedicación son: disminuir la aprensión, ansiedad o miedo, elevar el umbral del dolor, controlar las secreciones de las glándulas salivales, contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.

La premedicación constituye una necesidad para la mayoría de los pacientes impedidos que no se pueden tratar de forma adecuada en el consultorio dental y permite atender al paciente difícil y aprehensivo. Sin embargo, en algunos pacientes aún esto no es suficiente para procedimientos quirúrgicos restaurativos y se requiere de sedación completa, hay que recalcar que el paciente sedado no está anestesiado y que todos los reflejos están presentes.

Los fármacos más usados para controlar la espasticidad son el diacepam, el cual actúa como un relajante general del cerebro y del cuerpo, es el agente probablemente más conocido, y aunque sus aplicaciones en medicina, son múltiples, su uso en la odontología está dirigido a la medicación preanestésica y al control del paciente ansioso y aprensivo, sus ventajas sobre los barbitúricos residen en que los benzodiazepaminas están prácticamente libres de ocasionar una sobredosis riesgosa sobre manejo adecuado, mientras que los limitantes de sobredosis son mucho más estrechos con los barbitúricos, además la tolerancia de los pacientes es mayor si la premedicación se realiza con agentes ansiolíticos. Los efectos adversos del diacepam incluyen ataxia, salivación excesiva y contusión. Bactofen, el cual bloquea las señales transmitidas desde la médula espinal para controlar los músculos, Dantrolina, la cual interfiere con el proceso de contracción muscular.

Administrados por boca, estos fármacos pueden reducir la espasticidad por periodos cortos, pero su valor controlando la espasticidad por tiempo largo no ha sido demostrado. Estos también pueden producir efectos secundarios significativos, como adormecimiento, y sus efectos a largo plazo en el sistema nervioso en desarrollo son desconocidos.

Con los pacientes impedidos la sedación es la más indicada con mucho más frecuencia que en el resto de la población que tratamos.

Es importante mencionar que los pacientes con PC que son candidatos a anestesia general son todos aquellos que por su condición presentan problemas para mantenimiento de una salud bucal aceptable, dada por la severidad o extensión de la afección, sería imposible tratar al niño en citas prolongadas o en un número elevado de ellas.

Usualmente los niños que pertenezcan a alguna de las siguientes categorías necesitarán anestesia general:

- Si el niño no es cooperativo y que se resista al tratamiento, a pesar de haberse intentado todos los procedimientos de manejo comunes.
- El niño con trastorno de la hemostasia que requiere tratamiento dental extenso.
- El niño con retardo mental cuyo impedimento sea grave, que dificulte toda la comunicación entre odontólogo-paciente.
- El niño afectado de trastornos del sistema nervioso central que se manifiesten por movimientos involuntarios y extremos.
- El niño con grave cardiopatía congénita considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocados por extensos tratamientos dentales.

Aunque emplear anestesia general en el consultorio es aceptable, siempre que exista el equilibrio esencial y esté presente un anestesiólogo calificado, el hospital es sin lugar a duda, el sitio más seguro para tratar dentalmente a un paciente bajo anestesia general.³⁶

ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL (CRIS) CHALCO

A este centro acuden pacientes con capacidades diferentes, uno de ellos es el de Parálisis Cerebral, nos visitan en servicio odontológico la mayoría de las veces remitidos de otras áreas, ya sea terapia física, terapia de lenguaje, psicología, el médico o el neurólogo, los que conforman un equipo multidisciplinario con el que se trabaja. Los pacientes llegan al servicio por problemas ocasionados por un descuido dental, es lamentable el poco interés por parte de los padres, la poca atención dental al tener prioridad por otros servicios. Debido a esta problemática se ha puesto más empeño en la promoción y prevención dental. Una vez estando el paciente en esta área, se le brinda una atención estomatológica apropiada a sus necesidades. En este centro se cuenta con el material e instrumentos necesarios para este tipo de pacientes, se utilizan técnicas de restricción, utilizando inmovilizadores, sujetadores y la técnica decir, mostrar y hacer. Se cuenta con un titular del área y dos pasantes, su forma de trabajo es rotatoria, en ocasiones el cirujano dentista titular otorga el tratamiento, uno de los pasantes funge como asistente dental y el otro pasante ayuda con el abre bocas para tener un campo más visible y trabajar más rápido. Trabajar en equipo tiene como meta hacer tratamientos más cortos y brindar una buena atención odontológica a todos nuestros pacientes especiales.

OBJETIVO

Describir el manejo y atención odontológica de un paciente con parálisis cerebral que acude al Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS) Chalco.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio: Descriptivo, modalidad de caso clínico (1). Revisión bibliográfica

RECURSOS

❖ HUMANOS

- Un director
- Un asesor
- Dos pasantes de la carrera de Cirujano Dentista

❖ FÍSICOS

- Biblioteca
- Hemeroteca
- Centro de Rehabilitación e Integración Social Chalco
- Consultorio
- Unidad dental

❖ MATERIALES

- Computadora
- Papel
- Plumas
- Cámara digital
- Fotocopiadora
- Revistas
- Eyector
- Instrumental
- Algodón
- Gasas
- Mercurio
- Pastillas de amalgama
- Zoe
- Pasta profiláctica
- Cepillos profilácticos
- Copas de hule

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Nombre: AGCO

Edad: 8 Años

Sexo: Masculino

Escolaridad: 1er año de primaria

Motivo de consulta: El paciente acude al servicio odontológico remitido del área de terapia física para valoración dental y tratamiento.

Antecedentes personales no patológicos: Vive con su madre y dos hermanos mayores, nivel socioeconómico bajo, habitan en departamento rentado con todos los servicios intradomiciliarios.

Antecedentes personales patológicos: nacimiento prematuro (27 semanas), bajo peso (950 g) por medio de cesárea.

Antecedentes heredofamiliares: Abuela materna diabética e hipertensa.

Padecimiento actual: Parálisis cerebral leve con hemiparesia del lado derecho, convulsiones y lento aprendizaje. Canalización para psicólogo

Medicamentos utilizados cotidianamente: Atempator suspensión 3.5 ml cada 8 horas

Exploración bucal: Paciente mesocéfalo, oclusión clase III molar, no presenta alteraciones en ATM, tejidos blandos normales, en examen parodontal sólo presenta placa dentobacteriana, tejidos duros; se encontró caries de primer grado en los órganos dentarios 75, 74, 84 y 85, movilidad y reabsorción radicular del 62 por exfoliación de permanente.

Pronóstico: Favorable por el estado general de su cavidad bucal su tratamiento es preventivo y restauraciones clase I con amalgama.

Tratamiento: Profilaxis dental, eliminación de caries y obturación con amalgama en cuatro órganos dentarios, extracción del 62, pulido de amalgamas y aplicación de flúor.

CITA	PROCEDIMIENTO	MANEJO CONDUCTUAL
1	Historia Clínica	En la primera cita, el paciente mostró una actitud de desconfianza y miedo por que creía que se le iban a quitar sus dientes, colocándose las manos en la boca, por lo cual se tomó la decisión de realizar solamente la historia clínica, que se relacionara con el personal y mostrando todo el equipo dental con que se iba a trabajar durante su tratamiento, su inspección dental se dejó pendiente para la próxima cita. La sesión se llevó a cabo en 20 minutos.
2	Historia Clínica y fotografías intra y extra orales	Esta cita se realizó una semana después, el paciente se mostraba cansado, enojado y poco cooperador, la mamá nos refirió que el niño estaba con esa actitud por que se levantó temprano y estaba cansado por acudir a la cita después de su terapia física, por lo que solamente se terminó su historia clínica, para la inspección bucal se le mostró el espejo y el explorador y se le explicó en qué estado se encontraba su cavidad oral. Se le dijo que se le tomarían unas fotos a él y a sus dientes lo cual le agradó y cooperó para que se le realizaran. Se planeó la próxima cita en un día donde fuera exclusivamente a su atención dental. La sesión se llevó a cabo en 40 minutos.
3	Profilaxis y Técnica de Cepillado	Esta cita fue una semana después en la cual el niño mostraba una actitud de confianza hacia nosotros, saludó sonriente, pero al mismo tiempo aún expresaba un poco de miedo al procedimiento que se realizaría, nos comentó lo mismo de que no quería que se le quitaran sus dientes y se colocaba las manos en la boca. Se inició mostrando uso y función de cada instrumento a utilizar y se el explicó el

beneficio de su tratamiento para su salud bucal. Al principio se rehusaba, pero se insistió en mostrar, decir y hacer paso a paso su tratamiento. Se le explicó tanto a su mamá como a él, la técnica de cepillado (Stillman modificado), comentando la importancia de hacerlo por lo menos tres veces al día después de cada alimento. La profilaxis se realizó con éxito por lo que se le prometió un estímulo al final de todo su tratamiento. La sesión se llevó a cabo en 30 minutos.

- 4 Amalgamas O. D. 74 y 75 Durante esta cita el paciente se presentó muy contento, y nos refirió que le gustaría una pista de coches. Saludó a todos, pero al pasar al sillón dental mostró una actitud de miedo y angustia al escuchar la pieza de alta, se realizó la misma técnica, se mostró uso, función y se realizó el procedimiento con técnica a cuatro manos, cabe mencionar que no se utilizó dique de hule por su problema de crisis convulsivas, por lo cual utilizamos aislamiento relativo, en cuanto al uso del eyector se eliminó por que le ocasionaba desesperación, angustia y náuseas al colocarlo, se optó por la escupidera, lo cual cada vez que se levantaba con ayuda del asistente aprovechaba para comentar algo que le inquietaba o simplemente platicar, estos lapsos de tiempo le servían al paciente para descansar. El tratamiento concluyó con éxito. La sesión se llevó a cabo en 40 minutos.
- 5 Amalgamas O. D. 84 y 85 Durante esta cita una semana después el paciente se mostró más cooperador, al entrar al consultorio saludó al personal e inmediatamente pasó al sillón dental, se le inició el tratamiento mostrando y explicando paso a paso lo que se le realizaba, al utilizar el eyector mostró temor y rechazo, por lo que se decidió de aquí en adelante el uso de la

escupidera, no se presentó ningún problema en el transcurso del tratamiento. La sesión se llevó a cabo en 40 minutos.

- 6 Pulido de amalgamas y aplicación de flúor En esta cita el paciente acude tranquilo y muy cooperador, se inició la sesión con el pulido de amalgamas, con la misma técnica de decir, mostrar y hacer. Se les dio una pequeña plática acerca de los beneficios del flúor y se procedió a la aplicación del mismo. No se presentó ningún problema. La sesión se llevó a cabo en 30 minutos.
- 7 Extracción del O.D. 62 El paciente acude a esta cita tranquilo y cooperador, manifestando muestras de afecto hacia el personal, preguntando por el estímulo por ser su última cita, se le mostró su pista, que es lo que el quería y pasó al sillón dental, la extracción se dejó para la última cita por la predisposición que el traía de que no se le quitaran sus dientes. Iniciamos el tratamiento en la misma forma que en las citas anteriores con la técnica de decir mostrar y hacer, la cual nos fue básica para realizar con éxito todo su tratamiento. En este paciente no utilizamos ninguna técnica restrictiva por que no fue necesaria. Se le entregó su estímulo y con una sonrisa nos dio las gracias, lo cual nos causó una gran satisfacción.
- 8 Cita de control Seis meses después el paciente acude al servicio odontológico para una revisión de control a la cual se presentó muy amigable y cooperador. Se le realizó su revisión sin ningún problema, se le tomaron fotografías del estado actual de su cavidad oral, a partir de esta fecha será citado cada seis meses para llevar un control de salud dental.

NOTA: La madre del paciente presentado en este trabajo dio su consentimiento para realizarle el tratamiento odontológico completo y tomarle fotografías durante el transcurso del mismo, adquiriendo un compromiso de asistir a todas las citas.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: AGCO

EDAD: 8 AÑOS

SEXO: MASCULINO

LUGAR DE NACIMIENTO: ESTADO DE MÉXICO

LUGAR DE RESIDENCIA: ESTADO DE MÉXICO

INGRESÓ AL CRIS CHALCO

Fig. 1



FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS

Fig. 2



Lateral derecho

Fig. 3



Lateral izquierdo

Fig. 4



Aspecto bucal

FOTOGRAFÍAS INTRABUCALES

Fig. 5



Mordida cruzada anterior

Fig. 6



Mordida posterior

Fig. 7



Arcada inferior

Fig. 8



Técnica de convencimiento utilizada
Decir, mostrar, hacer

Fig. 9



Aceptación del paciente para sentarse en el sillón dental

Fig. 10



Se trata de que se familiarice con el equipo

Fig. 11



Se muestran las funciones dela pieza de mano de alta y baja velocidad

Fig. 12



Uso de la jeringa triple

Fig. 13



Función y uso de la escupidera

Fig. 14



Eliminación de Placa Dentobacteriana y pulido lado izquierdo superior

Fig. 15



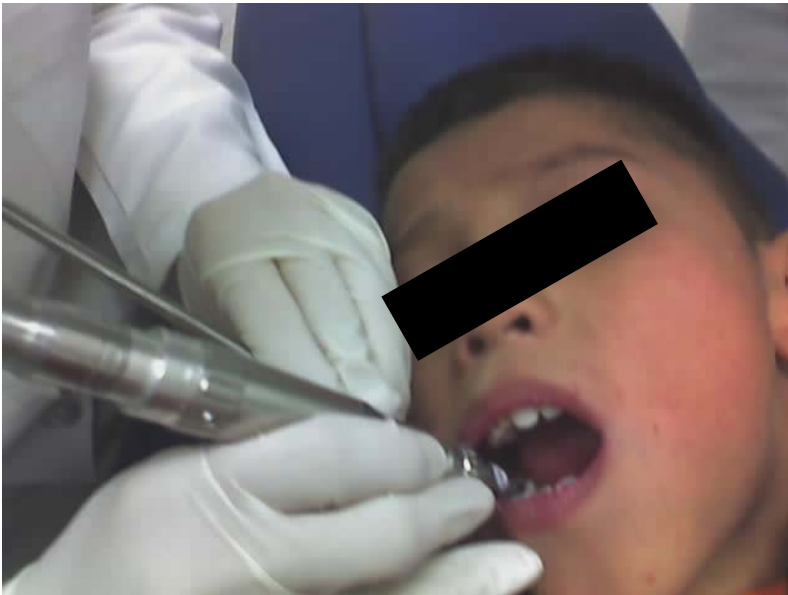
Eliminación de placa dentobacteriana y pulido lado derecho superior

Fig. 16



Eliminación de placa dentobacteriana y pulido lado inferior izquierdo

Fig. 17



Eliminación de placa dentobacteriana y pulido lado inferior derecho

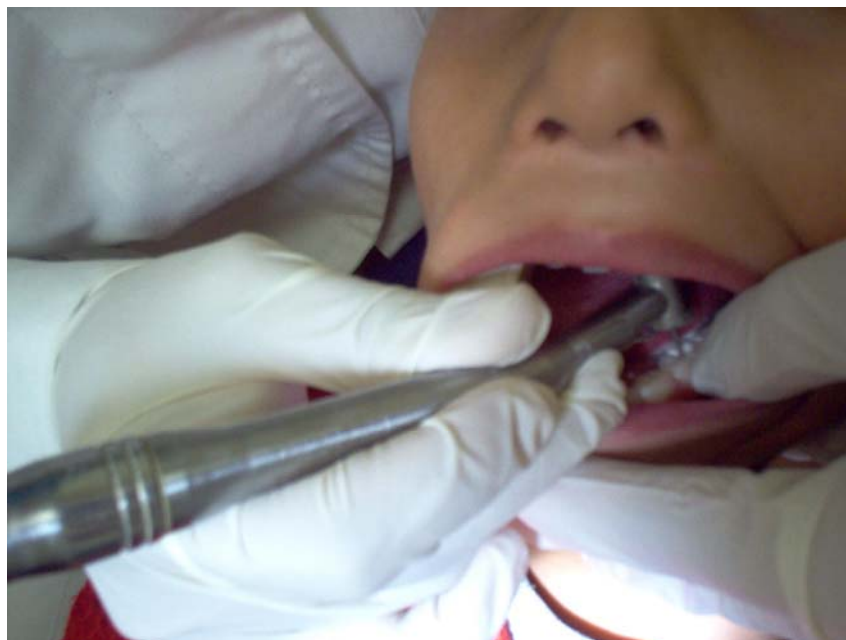
Acepta tratamiento que se va a realizar. Amalgamas O.D. 74 Y 75

Fig. 18



Remoción de caries

Fig. 19



Diseño de la cavidad

Fig. 20



Colocación de base

Fig. 21



Obturación con amalgama O. D. 74 Y 75

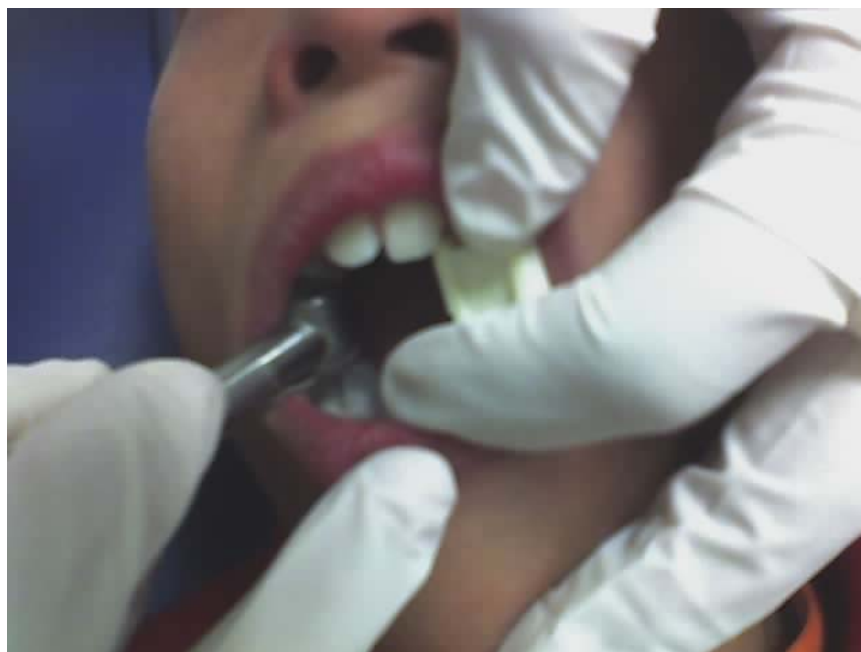
Inicio de tratamiento en cuadrante inferior derecho

Fig. 22



Se coloca abrebocas para realizar las amalgamas en O.D. 84 y 85

Fig. 23



Remoción de tejido carioso

Fig. 24



Diseño de la cavidad

Fig. 25



Colocación de base

Fig. 26



Obturación con amalgama

Fig. 27



Modelado de amalgamas

Fig. 28



Pulido de las amalgamas

Fig. 29



Aplicación de flúor

Fig. 30



Se procede a realizar la extracción del O. D. 62

Fig. 31



Anestesia

Fig. 32



Prehensión y Luxación

Fig. 33



Extracción del diente

Fig. 34



Hemostasia

Fig. 35



Tratamiento concluido

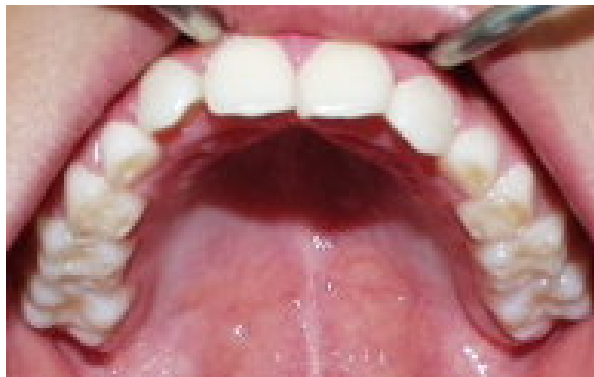
TRATAMIENTO CONCLUIDO

Fig. 36



Arcada inferior con obturación con amalgama en O. D. 74 y 75 y 84 y 85

Fig. 37



Arcada superior tomada 6 meses después de concluido el tratamiento

CONCLUSIONES

El tratamiento a pacientes con parálisis cerebral debe ser multidisciplinario, para así brindar una mejor atención, teniendo mayor conocimiento de las características y padecimientos asociados a esta enfermedad.

Los pacientes con parálisis cerebral pueden y deben recibir tratamiento dental como cualquier otro paciente, contando con el apoyo de los padres para brindarles una atención a tiempo y de calidad.

Es de gran importancia que los futuros odontólogos y los ya profesionistas sepan dar el manejo y tratamiento adecuado a dichos pacientes, incluyendo la decisión de brindar atención en el consultorio o canalizarlo a nivel hospitalario, dependiendo de la valoración que realice el odontólogo.

La realización de una buena historia clínica, diagnóstico y plan de tratamiento será primordial para tener éxito en el tratamiento.

En el tratamiento odontológico en pacientes con parálisis cerebral es esencial que se estudie a cada paciente en lo que concierne a sus características personales, síntomas y conducta, actuando según las condiciones y sus necesidades.

PROPUESTAS

Incluir en los planes y programas de estudio de las facultades el tratamiento a los pacientes con capacidades diferentes.

Incluir en los programas de salud los servicios odontológicos.

Promoción de la salud a padres y educadores de niños con parálisis cerebral.

Una buena coordinación entre médicos y odontólogos para proporcionar al paciente un estado de salud total.

Se propone ampliar plazas y lugares donde se pueda realizar el servicio social con este tipo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruickshank WM. El niño con daño cerebral. México: Trillas; 1997. P. 17/21.
2. Valdez JI. Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y taratamiento. 3ª ed. México: La prensa médica mexicana. P. 54/83.
3. Ciencias biológicas. Odontología. Nima, Gabriel B. Tratamiento odontopediátrico integral en Parálisis Cerebral. Reporte de un caso. Odontología online.com, año 2003. <http://www.odontología-online.com/estudiantes/trabajos/gnb/gnb01/gnb01.html>. (24 febrero, 2006)
4. García PA. Niños y niñas con parálisis cerebral. Madrid: Narcea: 1999. P. 11/13.
5. Gutiérrez VJ, Escobar ZM. Manejo estomatológico del paciente infantil con parálisis cerebral. AD 1988;40: 65/67.
6. Ciencias Biológicas. Odontología. Salgado, Karla T. Información estadística sobre parálisis cerebral en México. Espacio logopédico.com, año 2006. <http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?ld.articulo=716>. (13 Marzo, 2006)
7. Fernández AF. Neurología pediátrica. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1997. P. 259/273.
8. Cruickshank WM. El niño con daño cerebral. México: Trillas; 1997. P. 17/21.
9. Valdez JI. Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y taratamiento. 3ª ed. México: La prensa médica mexicana. P. 54/83.

10. Gutiérrez VJ, Escobar ZM. Manejo estomatológico del paciente infantil con parálisis cerebral. AD 1988;40: 65/67.
11. García PA. Niños y niñas con parálisis cerebral. Madrid: Narcea: 1999. P. 11/13.
12. Bobath K. Trastornos cerebromotores en el niño. 3a ed. Argentina: Médica Panamericana; 1976. P. 194.
13. Mc Donald RE. Odontología para el niño y el adolescente. 4ª ed. Buenos Aires: Mundi; 1972. P. 570/573.
14. Calderón GR. El niño con disfunción cerebral. 6ta ed. México: Limusa; 1999. P. 103.
15. Valdez JI. Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y taratamiento. 3ª ed. México: La prensa médica mexicana. P. 54/83.
16. Menkes JH. Neurología infantil. 2ª ed. México: Salvat; 1988. P. 208/218.
17. Levit S. Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Argentina: Médica Panamericana; 1982. P. 15/26.
18. Morri M. Odontología pediátrica. 2ª ed. Argentina: Médica Panamericana; 1989. P. 560/603.
19. Llerena del Rosario ME. Características bucales de los niños con parálisis cerebral infantil. ADM 1988;40: 65/67.

20. Carranza AF. Periodontología clínica. 7ª ed. México: Interamericana Mc Graw Hill;1993. P. 284
21. Mc Donald RE. Odontología para el niño y el adolescente. 4ª ed. Buenos Aires: Mundi; 1972. P. 570/573.
22. Ciencias Biológicas. Odontología. Atención a pacientes especiales. Rincón del vago.com. 2004. <http://www.rincondelvago.com/atención-pacientes-especiales.html>. (24 Febrero, 2006)
23. Morri M. Odontología pediátrica. 2ª ed. Argentina: Médica Panamericana; 1989. P. 560/603.
24. Wayman JO. Odontología para niños impedidos. Argentina: Mundi; 1976. P. 79/91.
25. Ciencias Biológicas. Odontología. Atención a pacientes especiales. Rincón del vago.com. 2004. <http://www.rincondelvago.com/atención-pacientes-especiales.html>. (24 Febrero, 2006)
26. Wayman JO. Odontología para niños impedidos. Argentina: Mundi; 1976. P. 79/91.
27. Ciencias Biológicas. Odontología. Atención a pacientes especiales. Rincón del vago.com. 2004. <http://www.rincondelvago.com/atención-pacientes-especiales.html>. (24 Febrero, 2006)
28. Wayman JO. Odontología para niños impedidos. Argentina: Mundi; 1976. P. 79/91.

29. Novak A. Odontología para el paciente impedido. 3ª ed. México: Mundi; 1979. P. 34/35.
30. Sznajder N. La patología buco-dental en niños impedidos y su tratamiento. AOA 1974; 62: 5/11.
31. Finn SB. Odontología pediátrica. 4ª ed. México: Interamericana; P. 503/504.
32. Kramen S. History of dentistry for de handicapped, past, present and future. Dental Journal. Canada, Vol.42, No.7, P. 347/351.
33. Mc Donald RE. Odontología para el niño y el adolescente. 4ª ed. Buenos Aires: Mundi; 1972. P. 570/573.
34. Finn SB. Odontología pediátrica. 4ª ed. México: Interamericana; P. 503/504.
35. Ciencias biológicas. Odontología. Nima, Gabriel B. Tratamiento odontopediátrico integral en Parálisis Cerebral. Reporte de un caso. Odontología online.com, año 2003. <http://www.odontología-online.com/estudiantes/trabajos/gnb/gnb01/gnb01.html>. (24 febrero, 2006)
36. Goth WG. Farmacología médica. 14a ed. España: Mundi; 1992. P. 377/419