



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PERFIL DE ALTERACIONES BUCALES EN PACIENTES
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

VIDA NUEVA A.C. 2006

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MARICELA LAVÍN PORCAYO

DIRECTORA:

MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO

MÉXICO D. F.

NOVIEMBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
PROPÓSITO.....	3
OBJETIVOS.....	3
I.-DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	4
1.1 DI EN SÍNDROMES EPILÉPTICOS	4
1.2 DI EN PACIENTES CON AUTISMO	6
1.3 DI EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL.....	7
1.4 DI EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL.....	8
1.5 EPIDEMIOLOGÍA Y GRUPOS DE ALTO RIESGO.....	9
II.-OTRAS ALTERACIONES.....	12
2.1 SINDROMES EPILÉPTICOS (factores de riesgo).....	12
2.2 AUTISMO (factores de riesgo)	15
2.3 RETRASO MENTAL (factores de riesgo).....	17
2.4 PARÁLISIS CEREBRAL (factores de riesgo)	19
III.-ALTERACIONES BUCALES MÁS FRECUENTES EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	21
3.1 GINGIVITIS (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS)	22
3.1.1 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.....	24
3.2 PERIODONTITIS (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS).....	29
3.2.1 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN	31
3.3 AGRANDAMIENTO GINGIVAL.....	35
(CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS)	
3.3.1. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.....	37
3.4 MALOCLUSIÓN (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS).....	38

3.4.1 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN	41
3.5 CARIES (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS)	43
3.5.1 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN	44
IV.-CONCLUSIONES.....	46
V.-BIBLIOGRAFÍA	49
5.1 ANEXO 1 (VIDA NUEVA A.C.).....	52
5.2 ANEXO 2 (TRÍPTICO).....	53

1. INTRODUCCION

El término de discapacidad intelectual requiere, además de asumir la idea clara del diagnóstico caracterizado por limitaciones significativamente las relacionadas con el funcionamiento intelectual así como en la conducta adaptativa manifestada en habilidades tanto socialmente como en la práctica, en contraste, la parálisis cerebral (PARÁLISIS CEREBRAL) es un conjunto de trastornos del movimiento y postura.

Es bien sabido que las habilidades adaptativas hacen referencia a la eficacia de las personas para coexistir en su medio ambiente siendo relevantes para la edad que tenga el paciente.

El funcionamiento intelectual hace referencia a un nivel de inteligencia inferior a la del promedio en determinada edad entendiendo a la inteligencia según el esquema de Gardner quien habla de una estructura múltiple con sistemas cerebrales semiautónomos, pero que a su vez, pueden interactuar entre sí. En cuanto al uso de un coeficiente de inteligencia, de uso común, para que se pueda hablar de discapacidad intelectual debe estar por debajo de 70 y debe producir problemas adaptativos.

Lo normal es que una discapacidad intelectual significativa se detecte ya en edades tempranas.

El nuevo concepto de discapacidad intelectual comenzó a definirse en 1992 por la AAMR y se actualizó en el 2002,; el concepto da un valor fundamental a la PERSONA en su conjunto, con sus capacidades y limitaciones, en la que el funcionamiento intelectual convive en un entorno determinado, con unos apoyos concretos, lo que va a proporcionar a la discapacidad intelectual un valor dinámico o cambiante y no estático o inamovible como podría ser consecuencia de definiciones más tradicionales.



El manejo de pacientes con Discapacidad Intelectual debe ser de carácter integral, es decir, considerar los aspectos biológicos y físicos amén de los psicológicos pero esto no debe dejar de lado el cuidado que se debe hacer de estos pacientes a nivel bucal ya que las alteraciones bucales que presentan como prognatismo, maloclusión y enfermedad periodontal, por mencionar algunos, son el resultado de los eventos que padecen y los medicamentos que ingieren.

La presente entrega pretende hacer una revisión concreta sobre las medidas preventivas factibles de ser aplicadas por el personal que tiene a su cuidado pacientes con Discapacidad Intelectual y que se pueden implementar a nivel bucal para conservar una mejor salud bucodental evitando así, otro problema de salud adicional para el pacientes razón por la cual, se diseñó un tríptico sobre el cuidado de salud bucodental para identificar algunos factores de riesgo y modificarlos.



2. PROPÓSITO

El propósito de la presente monografía es presentar de manera accesible la compilación de algunas de las alteraciones bucales, que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con Discapacidad Intelectual en los cuales por sus propias limitaciones, no pueden llevar a cabo un adecuado autocuidado; así como las medidas preventivas factibles de ser aplicadas por el personal que los tiene a su cuidado.

3. OBJETIVOS

1. Conocer las características clínicas de las alteraciones bucales más frecuentes en pacientes con Discapacidad Intelectual.
2. Conocer las medidas preventivas al alcance de las personas que tienen a su cuidado a pacientes con Discapacidad Intelectual.
3. Diseñar el contenido de un tríptico sobre el cuidado de la salud buco-dental de pacientes con Discapacidad Intelectual.



I.- DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- **DEFINICION**

Basándose en los sistemas de clasificación internacionales, CIE-10 y DSM-IV, definen trastorno mental como el "conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración".^{11,25}

- **Características clínicas**

Los Trastornos Mentales incluidos en la clasificación para este trabajo como los más comúnmente incapacitantes susceptibles de valoración dentro de la Discapacidad Intelectual son: los Síndromes Epilépticos, el Autismo, el Retraso Mental y la Parálisis Cerebral, ya sea por si mismos ó asociados, tienen como factor común el que el paciente no es autosuficiente para obtener un repertorio conductual adecuado , así como factores desfavorables ó la combinación de ambos con pocas oportunidades educativas y sociales.

1.1.-DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROMES EPILEPTICOS

La Epilepsia se define como un trastorno paroxístico, crónico y recurrente del sistema nervioso central, secundario a una descarga neuronal anormal, hipsincrónica y generalmente autolimitada, que tiene manifestaciones clínicas y paraclínicas diversas. Por definición, la epilepsia tiene su origen en la alteración



funcional de las neuronas cerebrales.

Los síndromes epilépticos son trastornos en los que la epilepsia es una manifestación predominante y en los que hay pruebas suficientes para sugerir un mecanismo subyacente común, la asociación con discapacidad intelectual.

Además de reconocer los diferentes tipos de crisis epilépticas es conveniente familiarizarse con algunos de los síndromes epilépticos más frecuentes, porque esto suele ayudar a decidir el tratamiento y el pronóstico. Los síndromes epilépticos son trastornos en los que la epilepsia es una manifestación predominante y en los que hay pruebas suficientes para sugerir un mecanismo subyacente común. Un ejemplo de *Síndromes Epilépticos Sintomáticos* es el:

Síndrome de Lennox-Gastaut:

El síndrome de Lennox-Gastaut afecta a niños (de 1 a 8 años de edad) y se caracteriza por la siguiente tríada:

1. Múltiples tipos de crisis epilépticas (generalmente crisis generalizadas tónico-clónicas, atónicas y ausencias atípicas).
2. Anomalías diversas.
3. Alteración de la función cognitiva en la mayoría de los casos, aunque no en todos. El síndrome de Lennox-Gastaut se asocia a enfermedad o disfunción del SNC de diversas causas, entre ellas anomalías del desarrollo, hipoxia o isquemia perinatal, traumatismos, infección y otras lesiones adquiridas. La naturaleza multifactorial de este síndrome sugiere que se trata de una respuesta inespecífica del cerebro a una lesión neuronal difusa.



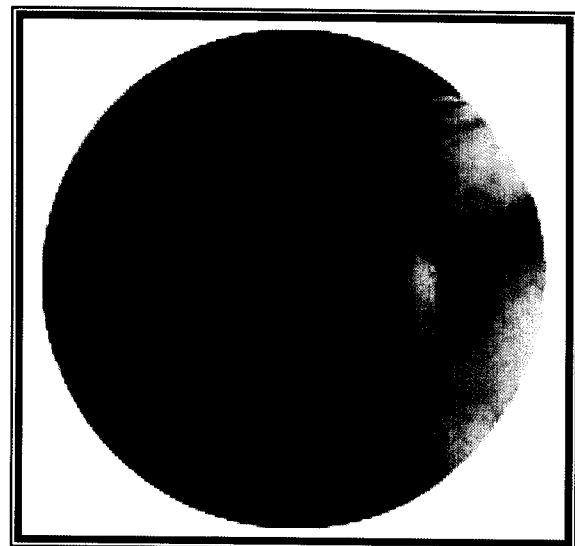
Causas de las Crisis Epilépticas.

Las crisis epilépticas son la consecuencia de una desviación en el equilibrio normal entre excitación e inhibición dentro del SNC. Teniendo en cuenta el gran número de factores que controla la excitabilidad neuronal, no sorprende que existan muchas formas diferentes que alteran este equilibrio y por tanto, muchas causas distintas de crisis epilépticas. ^{1,9}

1.2.-DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON AUTISMO

Es un trastorno del desarrollo que persiste a lo largo de toda la vida. Este síndrome se hace evidente durante los primeros 30 meses de vida y da lugar a diferentes grados de alteración del lenguaje y la comunicación, de las competencias sociales y de la imaginación. Con frecuencia, estos síntomas se acompañan de comportamientos anormales, tales como actividades e intereses de carácter repetitivo y estereotipado, de movimientos de balanceo, y de obsesiones insólitas hacia ciertos objetos o acontecimientos.

El nivel de inteligencia y la gama de capacidades de las personas con autismo son muy variables aunque la inmensa mayoría (75 %) presentan una deficiencia mental asociada de diverso grado.





En algunos casos, sin embargo, pueden ser normales en ciertos aspectos o incluso estar por encima de la media. Por otro lado, algunas personas pueden ser agresivas hacia sí mismas o hacia los demás. Hay muy pocas personas con autismo que tengan capacidades suficientes para vivir con un grado importante de autonomía, y la mayoría requieren una gran ayuda durante toda la vida.⁴

1.3.-DISCAPACIDAD EN RETRASO MENTAL

El retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales del funcionamiento actual.

Se caracteriza por el funcionamiento intelectual a un nivel significativamente abajo del promedio que existe concurrentemente con limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de destrezas aplicables: la Comunicación, la automantenimiento, las destrezas sociales, el uso comunitario, la independencia, la salud y seguridad, la academia funcional, el relajamiento y el trabajo. Las limitaciones relacionadas se refieren a las limitaciones de destrezas de adaptación que están más bien relacionadas con las aplicaciones funcionales que con otras circunstancias tales como la diversidad cultural o una deficiencia sensorial.²





1.4.-DISCAPACIDAD EN PARÁLISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral es un trastorno fundamentalmente motor, responsable de las alteraciones de la alimentación, el habla y el lenguaje en los pacientes que la padecen. MUNCH define la Parálisis cerebral como un comodín, que engloba un grupo de alteraciones motoras, no progresivas, pero muy a menudo cambiantes, secundarias a lesiones o anomalías del cerebro en los estadios tempranos del desarrollo. Los tres síndromes motores, piramidal, extrapiramidal y cerebeloso representan un trastorno en el S.N.C. y son los determinantes de la parálisis cerebral.

Otros autores, definen la Parálisis cerebral infantil como la secuela de una afección encefálica caracterizada por un trastorno persistente, pero no invariable, del tono, la postura y el movimiento, que aparece en la primera infancia y no es directamente secundaria a



esta lesión no evolutiva del encéfalo, sino que se debe también a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica⁸



1.5 GRUPOS DE ALTO RIESGO Y EPIDEMIOLOGÍA

El enfoque de riesgo de la población en forma específica en los grupos de alto riesgo, es controlar dichos factores conocidos y vulnerables, para intentar disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria. Estos factores pueden ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social.

Con mucha frecuencia los individuos que presentan alguna discapacidad mental, tienen deficientes hábitos de higiene y la salud oral no es buena. Esta condición se debe en parte a que las personas discapacitadas presentan limitaciones físicas que no les permite cepillarse de manera correcta o usar seda dental. Además, muchos de los medicamentos empleados para controlar enfermedades mentales, producen efectos en la boca, como inflamación de encías.



Estas personas quienes necesitan gran ayuda de la familia para mejorar su condición oral. Además el profesional que asista dichos pacientes debe ser entrenado, ya que muchas veces es necesario recurrir a anestesia general, sedación e incluso reali -

zar los procedimientos en un hospital.

Los factores de riesgo más frecuentes que influyen en la aparición de alteraciones bucales, son riesgos que implican la posibilidad que tiene un



individuo de desarrollar una enfermedad determinada, o un cambio en su estado de salud en un período específico y en un grupo en especial. Dada la alta incidencia que presentan enfermedades bucales como las caries, periodontopatías, y maloclusiones existe la gran necesidad de prevenirlas.

Los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedades; ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas para la prevención individual o de grupos en la comunidad.

Desde los tiempos de Hipócrates, se estableció que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de las alteraciones más comunes.

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, lo que con frecuencia fortalecen en gran medida su nocivo efecto para la salud bucal. El empleo de diversos índices ha permitido correlacionar, en numerosos grupos de población, las principales enfermedades bucales: caries, periodontopatías y maloclusiones con diversos factores de riesgo, indudablemente relacionados entre sí.

Educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar con el modelo de atención estomatológica que responde a las necesidades de los grupos vulnerables dentro de la Discapacidad Intelectual; que con diferentes factores de riesgo, pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de las alteraciones bucales.



Las intervenciones que ayudan a los niños con discapacidad son:

- **Educación Especial**

Programas diseñados para conocer las necesidades especiales de los niños para mejorar sus habilidades de aprendizaje. Los maestros que entienden el padecimiento pueden formar habilidades únicas en el niño. Los programas deben incorporar los intereses del niño. Algunos se desenvuelven mejor en pequeños grupos, otros en salones regulares con apoyo especial. El entrenamiento vocacional puede preparar a los jóvenes adultos para un trabajo.

- **Servicios de Terapia**

Las terapias de lenguaje, físicas y ocupacionales pueden mejorar las actividades de lenguaje. Los niños con DI necesitan desarrollar sus patrones sociales.

- **Servicios Familiares**

El apoyo profesional y los consejeros ayudan a los padres a aprender la forma de manejar las conductas. Además el cuidado de un niño con DI puede ser exhaustivo y frustrante. Agregar respeto ocasional en el cuidado es esencial, así algunos cuidadores pueden tener algunos descansos.

- **Medicamentos**

Algunos son usados para ayudar a controlar los síntomas. Por ejemplo, las medicinas prescritas para la ansiedad, depresión y epilepsia pueden ayudar a paliar las conductas agresivas y/o obsesivas así como controlar los trastornos epilépticos^{5,23}



II.-OTRAS ALTERACIONES

2.1 SINDROMES EPILÉPTICOS (factores de riesgo)

El trastorno convulsivo afecta a cerca del 0,5% de la población; del 1,5 al 5,0% de la población puede presentar una convulsión en su vida. La epilepsia puede afectar a personas de cualquier edad.

Entre los factores de riesgo se encuentran antecedentes familiares de epilepsia, lesión de la cabeza u otra condición que produzca daño al cerebro.

- La epilepsia es un trastorno que involucra convulsiones repetidas de algún tipo. Las convulsiones ("ataques") son episodios de alteración de la función cerebral que producen cambios en la atención o el comportamiento y se producen por una excitación eléctrica anómala del cerebro.
- En otros casos, la lesión cerebral (p. ej. apoplejía o lesión en la cabeza) hace que el cerebro se vuelva excitable de manera anormal. En algunas personas, una anomalía hereditaria afecta las neuronas del cerebro, lo que conduce a convulsiones. En algunos casos no se puede identificar una causa.

Algunas de las causas más comunes de las convulsiones son:

- **Idiopática (de causa no identificable)**
 - generalmente comienza de la infancia a la adolescencia.
 - o se puede presentar a cualquier edad
 - se presentan otras anomalías neurológicas
 - a menudo, se presentan antecedentes familiares de epilepsia o convulsiones.
- Condiciones de desarrollo o genéticas presentes al nacimiento o lesiones perinatales, en cuyo caso las convulsiones generalmente comienzan en la infancia.



- **Anomalías metabólicas**
 - pueden afectar a personas de cualquier edad
 - deficiencias nutricionales
 - fenilcetonuria (PKU); en pocas ocasiones puede causar convulsiones en bebés
 - otras enfermedades metabólicas tales como error metabólico congénito
- **Lesión cerebral**
 - puede afectar a cualquier edad, la incidencia más alta se presenta en niños y jóvenes
 - es más probable que se presente si las membranas cerebrales están dañadas
 - las convulsiones generalmente comienzan dentro de los dos años después de la lesión
 - convulsiones tempranas (dentro de las dos semanas después de la lesión), que no necesariamente indican que se desarrollarán convulsiones crónicas (epilepsia)
- **Tumores y lesiones cerebrales**
 - pueden afectar en cualquier edad
 - inicialmente son más comunes las convulsiones parciales (focales)
 - puede evolucionar a convulsión tónico-clónica generalizada
- Trastornos que afecten los vasos sanguíneos como un accidente cerebrovascular
- Trastornos degenerativos (síndromes orgánicos cerebrales similares)
 - en la mayoría, afecta a los ancianos
- Infecciones

El diagnóstico de la epilepsia y de los trastornos convulsivos requiere antecedentes de convulsiones recurrentes de cualquier tipo. Un examen físico (que comprende una revisión neuromuscular detallada) puede ser normal o



puede mostrar funcionamiento cerebral anormal en relación con áreas específicas del cerebro.

Un electroencefalograma (EEG), una lectura de la actividad eléctrica del cerebro, puede confirmar la presencia de varios tipos de convulsiones. Este puede, en algunos casos, indicar la ubicación de la lesión que está causando la convulsión. El EEG a menudo puede ser normal entre convulsiones, por lo que puede ser necesario efectuar un monitoreo prolongado con EEG.

Los siguientes factores pueden presentar un riesgo de empeorar las convulsiones en una persona con un trastorno convulsivo bien controlado con anterioridad:

- Embarazo
- Falta de sueño
- Pasar por alto dosis de los medicamentos para la epilepsia
- Consumo de alcohol u otras drogas
- Ciertos medicamentos de prescripción
- Enfermedad.^{9,24}



2.2 AUTISMO (factores de riesgo)

El autismo es causado por problemas en el desarrollo del cerebro. Los científicos investigan para encontrar respuestas a las causas que desarrollan estos problemas.

Un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de adquirir una enfermedad o condición. Los factores de riesgo para el autismo incluyen los siguientes:

- Sexo: masculino (los niños son 4 veces más propensos a tener autismo que las niñas)
- Antecedentes familiares: los hermanos de un niño con autismo tienen la posibilidad del 3 al 7% de adquirir el padecimiento
- Un número de diferentes padecimientos están asociados con el autismo, aún cuando la relación entre ellos no es clara:
 - Neurofibromatosis
 - Esclerosis tuberosa
 - Síndrome del cromosoma X frágil
 - Fenilcetonuria
 - Epilepsia
 - Encefalitis por herpes
 - Citomegalovirus
 - Problemas durante el embarazo o parto
 - Contraer rubeola durante el parto (un riesgo para el niño)



Síntomas

El autismo aparece en niños de tres años o menores. La gravedad de los síntomas varía. Las conductas y habilidades pueden diferir de un día a otro. Los síntomas pueden disminuir conforme el niño va creciendo. Los niños autistas pueden presentar una combinación de conductas anormales como: Evitar el contacto social, Pérdida del lenguaje, Uso de palabras incorrectamente; cambio del significado de una palabra común, Gesticulaciones frecuentes, Evitar el contacto visual, Problemas con la comunicación no verbal, Pasar mucho tiempo solo, Sensibilidad al oído, olfato, gusto, vista y tacto, Responder a estímulos en una forma anormal, Berrinches, Mentalidad solitaria, Agresión, Automutilación; herirse así mismo, Golpear o agitar una mano, Resistencia al cambio, Tener cariño raro a objetos, Oler o lamer juguetes, No entender a las necesidades o sentimientos de otras personas.

Algunos pacientes con autismo sufren de otros padecimientos, como:

- Epilepsia
- Retraso mental
- Desórdenes genéticos como síndrome de X frágil

Algunos autistas tienen habilidades inusuales. En primera instancia pueden memorizar cosas o ser capaces de tocar instrumentos sin lecciones. Los niños con autismo pueden mostrar signos de incapacidad cognitiva, pero tener una inteligencia normal. De acuerdo al Centro de Información de Autismo, los niños con este padecimiento pueden ser muy buenos armando rompecabezas o resolviendo problemas, pero aún así, tener problemas en otras áreas como platicar o hacer amigos. El autismo, el cual es un grupo de padecimientos de inhabilidades del desarrollo causado por anomalía en el cerebro, es un padecimiento altamente individualizado.



No hay cura para el autismo. La gravedad de los síntomas puede disminuir con el paso de los años, pero el padecimiento dura toda la vida. Los niños con autismo y sus familias se pueden beneficiar con una intervención temprana. Estos niños responden bien con programas previsibles estructurados. Con ayuda, muchos niños con autismo aprenden a arreglárselas solos con sus discapacidades. La mayoría necesita asistencia y soporte durante sus vidas. Algunos son capaces de trabajar y vivir independientemente cuando crecen.^{4,7,8}

2.3 RETRASO MENTAL (factores de riesgo)

El retraso en el desarrollo de los bebés y de los niños por lo general se observa cuando parecen tener un peso y estatura tremendamente menor que otros niños de su misma edad. Los adolescentes, por ejemplo, presentan baja estatura o parecen carecer de los cambios usuales que ocurren en la pubertad. Sin embargo, existe una amplia variación en el crecimiento y el desarrollo normales y, en general, la rapidez de los cambios en peso y talla puede ser mejor indicador de un problema que las mismas medidas reales.

Un factor importante consiste en determinar si el retraso en el desarrollo es el resultado de problemas médicos con el niño o de factores psicosociales en el medio ambiente, como maltrato o rechazo.

El retraso en el desarrollo tiene múltiples causas que pueden alterar el metabolismo corporal, al grado de ocasionar un retraso en el crecimiento, entre las cuales se pueden mencionar:

- Trastornos cromosómicos como el síndrome de Down
- Defectos en los principales sistemas orgánicos



- Anomalías del sistema endocrino como la deficiencia de la hormona tiroidea, la deficiencia de la hormona del crecimiento u otras deficiencias hormonales
- Daño cerebral o del sistema nervioso central
- Anomalías en los sistemas cardíaco y respiratorio que pueden ocasionar alteraciones en los mecanismos que hacen llegar el oxígeno y los nutrientes al cuerpo
- Anemia u otros trastornos sanguíneos
- Irregularidades del sistema gastrointestinal pueden ocasionar malabsorción o ausencia de enzimas digestivas que, a su vez, provocan una inadecuada nutrición
- Algunas de las enfermedades como la parálisis cerebral, la epilepsia, el autismo entre otras.

Entre las causas sicosociales de este retraso se pueden nombrar las carencias emocionales como resultado del abandono, el rechazo y la hostilidad de los padres.

Los factores económicos pueden afectar la nutrición. Entre los factores ambientales se pueden nombrar la exposición a las infecciones, a los parásitos o a las toxinas. Muchas veces no se puede determinar la causa del retraso.

Los factores de riesgo de retraso en el desarrollo están relacionados con las causas, entre ellas, las enfermedades subyacentes no diagnosticadas, la pobreza, los ambientes emocionales negativos y las condiciones de vida insalubres y de hacinamiento.

Algunos de los signos de Retraso Mental pueden ser:



- La estatura, el peso y la circunferencia de la cabeza en los bebés y niños no aumentan normalmente de acuerdo con las tablas estándar de crecimiento (peso inferior al percentil 3, peso de un 20% por debajo del peso ideal para la estatura o una caída de la curva establecida previamente).
- Las habilidades físicas como voltearse, sentarse, pararse y caminar se desarrollan con lentitud.
- Las habilidades mentales y sociales se retrasan.
- Retraso en el desarrollo de las características sexuales secundarias en los adolescentes.

Para confirmar el Dx se realiza un examen físico, se hace una historia médica detallada con datos prenatales, natales, neonatales, sicosociales y familiares, además se traza una tabla de crecimiento en la cual se consignan todos los parámetros y tendencias desde el nacimiento. La prueba de evaluación del desarrollo de Denver (Denver Developmental Screening Test) revela un retraso en el mismo.^{11,25}



2.4 PARÁLISIS CEREBRAL (factores de riesgo)

La lesión ocurre en las etapas más importantes del desarrollo cerebral del niño, generalmente durante los últimos meses del embarazo y hasta los primeros 2 o 3 años de vida y afecta los centros cerebrales.

La lesión no es progresiva, una vez que se produce, no avanza ni se agrava y no desaparece ni se quita, pero su manifestación si puede modificarse y la causa que produce la lesión es variada.

Además del trastorno del movimiento suele acompañarse de otros problemas no menos importantes como: alteraciones en la visión, audición, comprensión, atención, convulsiones, etc.

Más de la mitad de los niños que tienen PARÁLISIS CEREBRAL, manifiestan su problema por "rigidez o tensión " en los músculos del cuerpo, por lo que adoptan posturas anormales que mantienen sus brazos y piernas doblados o flexionados sobre el cuerpo, o rectos y extendidos. Esta "rigidez", recibe el nombre de "Espasticidad".

Otro grupo de niños (1 de cada 4) manifiestan su problema por debilidad o flacidez en algunas posiciones y dureza o rigidez en otras, además de presentar problemas involuntarios con incoordinación muscular al intentar mover alguna parte de su cuerpo. Esta incoordinación recibe el nombre de "Atetosis".

Finalmente un menor numero de niños manifiestan sus problema por dificultad para mantener el equilibrio en diferentes posiciones; el problema es acompañado



de una marcha inestable o titubeante, ésta "inestabilidad" recibe el nombre de "Ataxia"



III.- ALTERACIONES BUCALES FRECUENTES EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Un problema de salud común a toda la población con minusvalías es la salud bucal. Podemos observar una deficiente higiene bucodental con elevados índices de placa, gingivitis y presencia de cálculo, así como la alta prevalencia de enfermedad periodontal.

Las caries también representan un problema muy frecuente en estos grupos; no deben olvidarse factores como las dietas blandas y ricas en azúcares que en muchas ocasiones se les dan.

Los pacientes que están tomando psicofármacos pueden presentar pérdidas importantes en la tasa de flujo salival durante largos períodos de tiempo, lo que favorecerá la aparición de caries rampantes, afecciones gingivales y de otros tejidos blandos.

Al nivel bucodental, podemos encontrar alteraciones morfológicas que se relacionan con la enfermedad o síndrome de base que produce el retraso mental. Pueden aparecer anomalías en la morfología dentaria y en el patrón eruptivo como hipoplasias de esmalte o una erupción retrasada; un paladar alto

con hipoplasia maxilar, maloclusiones, mordida abierta, y retención en la dentición primaria.

Son muchas las causas orgánicas o síndromes que pueden dar lugar o acompañarse de retraso mental (RM). Por ello debemos considerar en la clínica dental las posibles alteraciones sistémicas independientemente de los problemas de manejo de conducta. El manejo clínico-odontológico de estos pacientes en general dependerá del nivel de retraso mental y de la patología.



Pacientes con parálisis cerebral pueden presentar hemiplejía, paraplejía, cuadriplejía, más de dos tercios de estos pacientes padecen retraso mental, a lo cual se suman las afecciones bucales específicas de estos pacientes.

Un elevado número de estos pacientes suelen presentar cuadros convulsivos en algún momento. Las manifestaciones bucales que aparecen son varias; aunque no se ha encontrado mayor prevalencia de caries en estos pacientes en relación con la población general, sí se ha observado una mayor prevalencia de aparición de enfermedad periodontal y alteraciones gingivales.

Pueden presentarse traumatismos dentales, bruxismo y hábitos como la Interposición lingual, respiración bucal o deglución atípica.^{6,10}

3.1 GINGIVITIS (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS)

Las enfermedades gingivales son un grupo de entidades patológicas que se confinan en la encía y que son el resultado de una amplia variedad de etiologías.

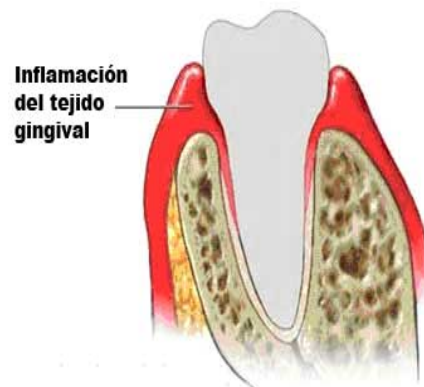
El diagnóstico del proceso se realiza teniendo en cuenta la sintomatología del paciente, historia médica y dental, estado actual de salud, examen clínico (niveles de inserción clínica periodontal, sondaje periodontal, extensión, distribución, duración y descripción física de las lesiones).



- Signos y síntomas clínicos de inflamación :
 - agrandamiento del contorno gingival
 - color entre rojo a rojo-azuloso
 - temperatura sulcular elevada
 - hemorragia al sondaje
 - eritema y aumento del exudado gingival.
- Signos y síntomas limitados a la encía.

Los signos y síntomas de la enfermedad ceden al retirar la etiología.

- Presencia de placa dental para iniciar y/o exacerbar la severidad de la lesión.
- No hay presencia de signos o síntomas que sugieran la pérdida de de inserción clínica periodontal o pérdida ósea, además puede presentarse periodonto disminuido pero estable.
- Posible precursor de la pérdida de inserción periodontal alrededor del diente.
- Cambios histológicos.^{13,16}





3.1.1 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

La gingivitis presenta inflamación del tejido del soporte óseo y la gingiva. Si se deja sin tratamiento, la gingivitis puede progresar hasta el tejido del soporte óseo, una afección llamada periodontitis.

GINGIVITIS

Causas

La gingivitis es ocasionada por una sustancia que se forma en los dientes denominada placa. La placa es un material pegajoso, compuesto de bacterias, moco, comida y otras sustancias. Se endurece hasta formar sarro.



Cuando la placa se deja en los dientes por tiempo prolongado, puede conducir a la gingivitis. Las toxinas producidas por las bacterias en la placa dental irritan el tejido de la encía y provocan infección, inflamación y dolor.



Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es algo que aumenta sus probabilidades de adquirir una enfermedad o una afección. Los factores de riesgo para la gingivitis incluyen:

- Cepillado dental y uso de hilo dental inadecuados
- Estrés
- Rechinar o chocar los dientes
- Desnutrición
- Diabetes
- Respirar por la boca
- Dieta Blanda y/o rica en azúcares
- Mordida inapropiada
- Edad avanzada
- Embarazo
- Anticonceptivos
- Miembros de la familia con enfermedad de la encía
- Sexo: Masculino
- Dentadura inadecuada
- Medicamentos tomados para presión arterial alta , enfermedad cardiaca y depresión
- Medicamentos Antiepilépticos
- Consumir alcohol
- Fumar
- Síndromes de diferente etiología



Síntomas

La gingivitis por lo regular no ocasiona dolor, los síntomas se desarrollan al empeorar.

Los síntomas pueden incluir:

- Encías inflamadas
- Encías sensibles
- Enrojecidas de las encías o alrededor de los dientes
- Encías sangrantes al cepillarse o comer
- Tejido de encías que se desvanece o cambia de forma
- Mal aliento persistente

Diagnóstico

El dentista examinará sus dientes y encías, evaluando la inflamación y las áreas donde el tejido se está desprendiendo del diente, formando una bolsa. El diagnóstico oportuno habilita el tratamiento puntual y la posibilidad de revertir la afección. Es importante visitar al dentista cada seis meses para una limpieza ya que la gingivitis puede no presentar síntomas en las primeras etapas.

Tratamiento

La terapia para la gingivitis se enfoca a remover la placa irritante y prevenir su regreso.

El tratamiento incluye:

- Revisión dental periódica y buena higiene bucal



- Cepillado y uso de hilo dental frecuente y cuidadoso
- Una dieta saludable, baja en grasas saturadas y rica en granos, frutas y vegetales

Cuidados personales

Cepillado

Cepille y limpie minuciosamente con cepillo e hilo dental sus dientes. Use un cepillo de cerdas suaves sosteniéndolo en un ángulo de 45 grados con respecto a la línea donde sus dientes y encías se tocan. Un cepillo electrónico puede hacer más fácil el cepillado a pacientes con limitaciones físicas. Sustituya el cepillo cuando las cerdas se doblen o se caigan. Mueva el cepillo en pequeños movimientos circulares a lo largo de las encías y las superficies donde sus dientes muerden.

Uso del hilo dental

El cepillado remueve bacterias de los dientes. Pero cepillarse no puede llegar a todas las partes. El hilo dental elimina partículas y bacterias de comida de entre los dientes. Estire el hilo. Delicadamente métalo entre los dientes. No ponga el hilo sobre la encía. Doble el hilo alrededor del diente y frotelo. ajuste el hilo, de tal forma que usted use otra parte del hilo para cada diente, incluyendo la parte trasera del último diente, izquierdo y derecho, superior e inferior.

Otros Cuidados Personales

El dentista podría recomendar otros cuidados personales, tales como masajear las encías con una punta de goma. El enjuague bucal que combate bacterias y el crecimiento de la placa puede ayudar a algunos pacientes.



Cuidado Dental

Los profesionales del cuidado dental buscan rastros de gingivitis y remueven la placa que se ha desarrollado en los dientes. Una visita cada seis meses se considera adecuada. Los pacientes con gingivitis podrían necesitar limpiezas más frecuentes. Si la enfermedad progresa y se produce placa bajo la línea de las encías, el área deberá ser raspada y suavizada con herramientas dentales. De otro modo la placa y el sarro acumulado harán más fácil el crecimiento de la bacteria.

Si algún área se convierte en enfermedad periodontal, puede ser necesaria la cirugía o la medicación. Tratar un problema médico subyacente puede mejorar la salud de sus encías.

En pacientes con gingivitis recurrente, el dentista evaluará o no, si alguna otra afección esté contribuyendo a la enfermedad de las encías.

Prevención

Las estrategias para prevenir la gingivitis incluyen:

- Buenos hábitos dentales:
 - Cepillarse los dientes dos veces al día
 - Usar hilo dental por lo menos una vez al día
 - Visitar al dentista para una limpieza al menos cada seis meses
- Comer alimentos balanceados y nutritivos
- No fumar
- Evitar el consumo de alcohol.^{15,16}



3.2 PERIODONTITIS (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS)

El término enfermedad periodontal hace referencia a varias enfermedades que afectan a la mucosa gingival, el tejido conectivo de sujeción (ligamento periodontal) y el alvéolo dental.

Por lo tanto la periodontitis, se encuentra entre las infecciones crónicas más frecuentes .

Periodontitis

Se produce una pérdida del ligamento periodontal y una reabsorción del alvéolo dentario que conducen, en último término, a la pérdida del diente. Es la causa más frecuente de pérdida de piezas dentarias en los adultos. La periodontitis puede ser activa (progresiva) o inactiva (quiescente) y la clasificación más aceptada se basa en el grupo de edad afectado y combina criterios de extensión de las lesiones y curso evolutivo.

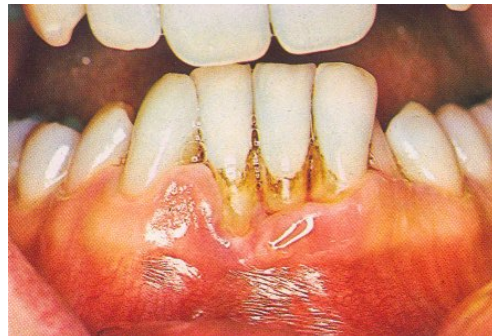
Clasificación de las periodontitis .

- 1) Periodontitis del adulto
- 2) Periodontitis precoz
 - a) Prepuberal (generalizada/localizada)
 - b) Juvenil (generalizada/localizada)
 - c) Rápidamente progresiva
- 3) Periodontitis asociada a enfermedad sistemática
(síndromes como el de Down, diabetes tipo I, infección por VIH)
- 4) Periodontitis ulcerativa-necotrizante
- 5) Periodontitis refractaria



La causa primaria es la acumulación de microorganismos en la superficie del diente y bajo la encía . En los estudios realizados sobre las zonas afectadas y adyacentes (sin alteraciones) se comprueba que en las primeras existe un predominio de gramnegativos anaerobios o facultativos y en las zonas sanas la flora predominante es grampositiva (*Actinomyces* sp., *Streptococcus* sp.) . Sólo unas pocas especies son capaces de producir enfermedad y además muchos de estos microorganismos se encuentran en personas sanas, aunque en menores recuentos . Desde el punto de vista microbiológico, en la enfermedad periodontal activa se detecta una alteración del equilibrio de la flora con incremento de patógenos potenciales y disminución de especies "protectoras" . Se ha demostrado la existencia de transmisión familiar.

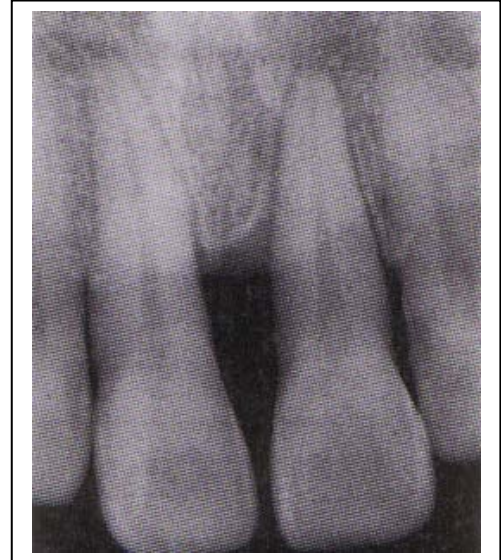
En la destrucción de los tejidos periodontales intervienen varios factores y mecanismos, como el acúmulo de productos bacterianos. El daño tisular también puede producirse de forma indirecta, a través de los mecanismos defensivos del huésped. Algunos microorganismos. poseen factores que inhiben la proliferación de los fibroblastos y por tanto impiden la reparación tisular.





Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas

La etiología de las infecciones de la cavidad oral en pacientes inmunodeprimidos presenta algunas características específicas, pero en conjunto es similar a la de los sujetos inmunocompetentes. Sin embargo, frecuentemente se complican por sobreinfección bacteriana.



El papel de estos microorganismos y de *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus oralis* y *Fusobacterium sp.* no está totalmente aclarado.

3.2.1 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

La enfermedad periodontal, es quizá la condición patológica bucal más común que afecta a la población adulta, en pacientes con DI es el problema dental de mayor prevalencia en todas las edades, cuyas intensas acumulaciones de placa bacteriana, en los cuales los factores de riesgo se ven maximizados, llevan a sufrir patologías periodontales a una edad temprana.

Los factores de riesgo más comunes son:

- Placa Bacteriana
- Dieta y hábitos alimenticios
- Acumulación y retención alimentaria
- Higiene bucal inadecuada
- Tratamiento Odontológico inadecuado



- Respiración Bucal
- Oclusión traumática
- Presencia de Síndromes de origen sistémico
- Trastornos hormonales
- Trastornos genéticos

Un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad o padecimiento.

Es posible desarrollar una enfermedad periodontal con o sin los factores de riesgo listados. Sin embargo, entre más factores de riesgo tenga, mayor será su probabilidad de desarrollar la enfermedad periodontal.

Hábitos y Estilo de Vida

- Fumar incrementa grandemente su riesgo de desarrollar la enfermedad periodontal.
- Fumar, también reduce la probabilidad de que los tratamientos para la enfermedad periodontal sean efectivos.
- La mala nutrición puede incrementar su probabilidad de la enfermedad periodontal. En particular:
 - Dietas altas en azúcar
 - Dietas bajas en vitamina C
- Así como el stress puede afectar la habilidad de su cuerpo para combatir otros padecimientos, también puede obstaculizar la capacidad de su cuerpo para combatir la infección que provoca la enfermedad periodontal.



Ciertas Condiciones Médicas

- Diabetes
- En las mujeres y niñas: Los padecimientos que causan cambios en los niveles hormonales, como
 - Pubertad
 - Embarazo
 - Menopausia
- Cáncer
- SIDA
- Osteoporosis
- Infecciones por herpes
- Enfermedades autoinmunitarias, incluyendo
 - Enfermedad de Crohn
 - Artritis reumatoide
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Síndrome de CREST (un tipo severo de trastorno en la piel)
- Síndromes Sistémicos como el de Down
- Granulomatosis de Wegener
- Amiloidosis
- Tuberculosis
- Sífilis
- Medicamentos:
 - Anticonceptivos
 - Antidepresivos
 - Medicamentos para el corazón
 - Medicamentos usados para el tratamiento de los ataques
 - Medicamentos de quimioterapia para el tratamiento del cáncer
 - Medicamentos usados para el tratamiento del SIDA
 - Medicamentos inmunosupresores



Edad

El riesgo de desarrollar la enfermedad periodontal se incrementa a medida que envejece:

- El 25% de las personas entre 30-44 años de edad, tienen por lo menos, periodontitis leve
- El 40% de las personas entre 45-54 años de edad tiene, por lo menos, periodontitis leve
- El 50% de las personas entre 65-74 años de edad tiene, por lo menos, periodontitis leve

Género

- Las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar periodontitis, probablemente, debido a los cambios hormonales que las mujeres experimentan a lo largo de su ciclo de vida.

Factores Genéticos

Parece haber una tendencia genética para que algunas personas desarrollen periodontitis.

Raza

Los afroamericanos y las personas de origen hispano tienen un rango más alto de periodontitis que los americanos caucásicos.



Otros

Otros factores que pueden incrementar su riesgo de periodontitis incluyen:

- Vivir en pobreza
- Rechinar sus dientes y/o apretar su mandíbula
- Falta de higiene dental
- Dentaduras postizas que le quedan mal y/o empastes o coronas irregulares
- Respiración habitual por la boca.

El examen odontológico no debe limitarse a las estructuras periodontales, se tienen que observar clínicamente, todos los factores de riesgo antes mencionados así como una historia clínica veraz y completa de hábitos, costumbres y tratamientos actuales.

La prevención de la periodontitis está establecida fundamentalmente, por el cuidado que debe haber en la higiene bucal, la dieta y la supervisión periódica del odontólogo.^{16,17}

3.3.AGRANDAMIENTO GINGIVAL (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS)

La Fibromatosis Gingival puede producirse como tal o unida a otras patologías de diversas índoles, como hereditarias o congénitas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- La respuesta inflamatoria puede variar intrapaciente o interpaciente.
- Predilección por el sector anterior.
- Alta prevalencia en niños.
- Aparición dentro de los tres meses siguientes al comienzo del consumo.
- Cambio en el contorno y tamaño gingival.



- El agrandamiento se observa primero en la papila interdental.
- Cambio en el color gingival.
- Incremento del exudado gingival.
- Tejido hemorrágico.
- Se presenta en tejidos con o sin pérdida ósea pero no está asociado a pérdida de inserción periodontal.





3.3.1 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

El agrandamiento es generalizado puede causar retraso de la erupción dental; las pseudobolsas pueden inflamarse y conducir a la destrucción periodontal, además de un aumento de los componentes celulares y extracelulares de la lámina propia , la histología no revela nada específico.

Esta clase de enfermedad periodontal contiene una lista de enfermedades sistémicas en las cuales es una manifestación frecuente, ya que su curso altera en la mayoría de los casos el sistema inmune e inflamatorio. Los factores sistémicos modificando las formas de presentación de la enfermedad principalmente a través de sus efectos sobre el sistema inmune e inflamatorio.

Asociada con el Consumo de Medicamentos

Respuesta inflamatoria gingival modificada por el consumo de medicamentos y relacionada con los niveles de placa dental.

El consumo de algunos medicamentos tiene efectos no favorables sobre la configuración estética de la encía, produciendo agrandamientos gingivales.

La respuesta está asociada principalmente con el consumo de:

1. Anticonvulsivantes como la fenitoína (en el 50% de los consumidores);
2. Inmunosupresores como Ciclosporina A (en el 25 - 30% de los usuarios);
3. Bloqueadores de los canales de calcio como Nifedipina, Verapamilo, Diltiazem y Valproato de Sodio (en el 20% de los usuarios).

La respuesta no está asociada directamente con la cantidad de placa presente alrededor de los dientes, pero el control de la higiene oral puede limitar la severidad de la lesión. ^{18,20}



3.4 MALOCLUSIÓN

Angle, basado en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión que fueron adoptados, inicialmente, por los protesistas. El consideraba que lo fundamental era la oclusión dentaria y que los huesos, músculos y ATM se adaptaban a la posición y relación oclusiva.

Angle en 1899, basándose en esa idea, ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. Se le critica que no considera las relaciones transversales, verticales, ni la localización genuina de la anomalía en la dentición, el marco óseo o el sistema neuromuscular. Este autor dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III.

La malposición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de maloclusión dentaria. Las maloclusiones dentarias se clasifican según sus causas: dentarias, esqueléticas, funcionales y mixtas.

ANGLE, a finales del siglo XIX, describió las diferentes maloclusiones basándose en la relación del 1º molar superior permanente con el 1º molar inferior permanente. Consideró la posición de los primeros molares permanentes como puntos fijos de referencia de la estructura craneofacial. Por muchos estudios cefalométricos que se realizan y por muchos programas informáticos que existen en el mercado, hoy en día aún se utiliza la clasificación de ANGLE, todo y que sabemos que tiene sus limitaciones ya que ANGLE no tuvo en cuenta las relaciones transversales ni verticales, ni las anomalías de las bases óseas. ANGLE estudió las relaciones mesiodistales de las piezas dentarias basándose en

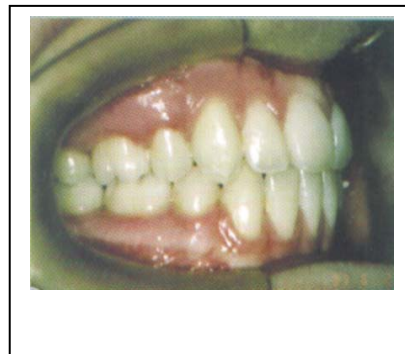


la posición de los primeros molares permanentes y describió las diferentes maloclusiones. Las llamó CLASES.

En la oclusión normal, se observa que el primer molar superior articula con el primer molar inferior de forma que la cúspide mesiovestibular del superior, encaja en el sucro vestibular que separa las primeras cúspide vestibulares del primer molar inferior, a esto se le llama NORMOCLUSIÓN o NEUTROCLUSIÓN.

MALOCLUSIÓN DE CLASE I

Cuando existen malposiciones dentarias y la relación molar es de normoclusión, decimos que tenemos una maloclusión de clase I.



MALOCLUSIONES DE CLASE II

Las maloclusiones de clase 2 se llaman también distoclusiones, ya que en la posición de máxima intercuspidad, el primer molar permanente inferior ocluye a distal del superior, o sea está más retrasado.



MALOCLUSIONES DE CLASE 3



Se llaman mesioclusiones, debido a que el primer molar inferior está más a mesial que el superior cuando los maxilares están en máxima intercuspidadación.



A pesar de todos los esfuerzos realizados, no se ha podido establecer un patrón rígido de morfología oclusal, y por el contrario se incluyen una amplia gama de posibilidades dentro de lo normal sin responder a lo que Angle describió como oclusión ideal. Esto significa que, no podemos considerar a la maloclusión como la antítesis de normoclusión, sino más bien como una situación que exige un tratamiento ortodóntico.

La maloclusión es la protagonista del tratamiento ortodóntico, y su concepto ha variado a lo largo del tiempo. Guilford hablaba de la maloclusión para referirse a cualquier desviación de la oclusión ideal.



Carabelli fue uno de los primeros autores que clasificó las relaciones oclusales en:

- Mordex normalis: oclusión normal con los incisivos superiores cubriendo y solapando a los inferiores
- Mordex rectus: relación incisal de borde a borde
- Mordex apertus: mordida abierta
- Mordex retrusus: oclusión cruzada o invertida anterior
- Mordex tortuosus: mordida cruzada anterior y posterior.

Canut refiere que la maloclusión puede clasificarse en:

- Maloclusión funcional: cuando la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica
- Maloclusión estructural: aquella que presenta rasgos morfológicos con potencial patógeno o que desde el punto de vista estético no se ajusta a lo que la sociedad considera normal.

A pesar de que existe un sin número de autores que han intentado clasificar las maloclusiones, la propuesta por el Dr. Angle sigue siendo la más utilizada, posiblemente por su simplicidad.



3.4.1 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

Las maloclusiones, junto con la caries y la enfermedad periodontal, actúan como factores causales recíprocos, ya que la pérdida de los dientes por caries conlleva al acortamiento de la longitud del arco, motivando irregularidades en las posiciones dentarias, acompañadas de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre estos, lo que predispone a caries y lesiones al periodonto.

La colocación irregular de los dientes en el arco dentario puede desencadenar caries y enfermedad periodontal, ya que facilita el acúmulo de residuos de alimentos y de placa bacteriana sobre los mismos, lo cual hace menos efectiva la higiene bucal.

Aunque no exista uniformidad en los métodos evaluativos epidemiológicos de los problemas oclusales, debido a que no hay una valoración estadística única que pueda ser empleada por todos los investigadores, la mayoría ha coincidido en que del 54 al 78,8 % de los niños necesitan tratamiento ortodóntico.

Ciertos tipos de maloclusiones producen profundos impactos psicológicos en el niño; en algunos afectan el habla y su manera de comportarse socialmente, ya que su aspecto físico los hace manifestarse tímidos, retraídos, apartados o hasta agresivos. Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla o el equilibrio físico o psicológico. Para la determinación de las necesidades de tratamiento, es recomendado el uso del índice de evaluación de las anomalías dentofaciales incapacitantes, ya que sería insuficiente el personal técnico con que se cuenta, si se tuviera que dar atención a todos aquellos niños que presentaran maloclusiones ligeras.



Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causa de daño a la salud.

Si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de estas enfermedades, no se podrán realizar programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención.^{16,19,21}

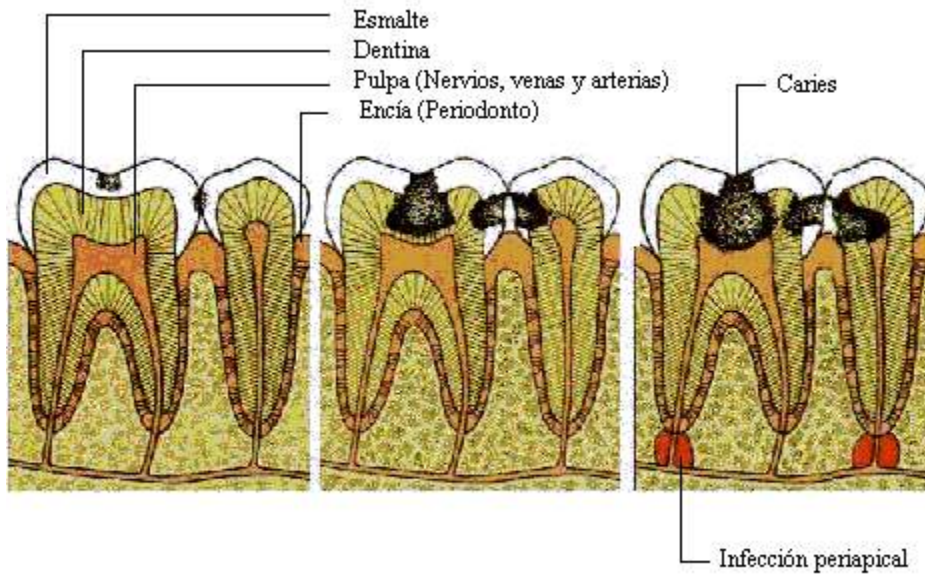
3.5 CARIES (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS)

La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones complejas que resultan en primer lugar por la destrucción del esmalte dentario y posteriormente, si no se le detiene, en la de todos los tejidos del diente.

La característica principal de esta enfermedad es la formación de cavidades en los dientes. La enfermedad empieza por la superficie del esmalte y va penetrando paulatinamente a la dentina, afectando posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales.

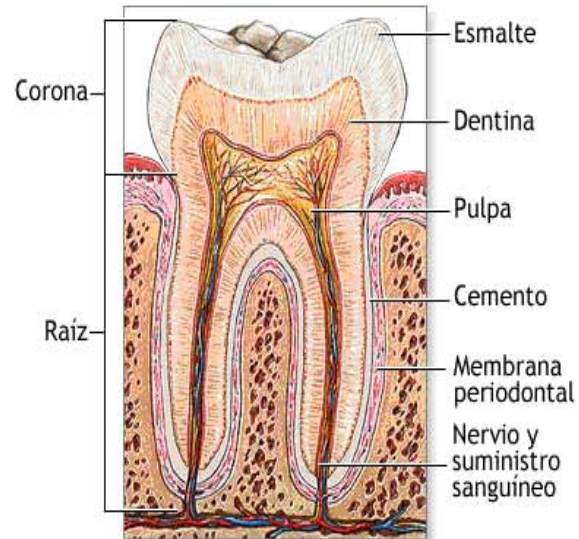
El progreso de la enfermedad es variable, puede desarrollarse en sólo unos meses o puede requerir de varios años para su formación.

La lesión cariosa se inicia a través de la placa dentobacteriana, que es una colección de colonias bacterianas que se adhieren firmemente a los dientes y encías, además, se forma de restos de alimentos, saliva, células muertas y otros elementos. Los microorganismos de la boca forman ácidos a partir de los restos alimenticios que no han sido removidos con el cepillado dental.



3.5.1 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

La higiene oral es necesaria para prevenir las caries y consiste en la limpieza regular profesional (cada 6 meses), cepillarse por lo menos dos veces al día y usar la seda dental al menos una vez al día. Se recomienda tomarse unos rayos X selectivos cada año para detectar posible desarrollo de caries en áreas de alto riesgo en la boca.





Los alimentos masticables y pegajosos, como frutas secas y caramelos, conviene comerlos como parte de una comida y no como refrigerio; y de ser posible, la persona debe cepillarse los dientes o enjuagarse la boca con agua luego de ingerir estos alimentos. Se deben minimizar los refrigerios que generan un suministro continuo de ácidos en la boca; además, se debe evitar el consumo de bebidas azucaradas o chupar caramelos y mentas de forma constante.

El uso de sellantes dentales puede prevenir las caries. Los sellantes son películas de material similar al plástico que se aplican sobre las superficies de masticación de los dientes molares y previene la acumulación de placa en los surcos profundos de estas superficies vulnerables. Los sellantes suelen aplicarse a los dientes de los niños, poco después de la erupción de los molares. Las personas mayores también pueden beneficiarse con el uso de los selladores dentales.

Se suele recomendar fluoruro para la protección contra las caries dentales, pues está demostrado que las personas que ingieren fluoruro en el agua que beben o que toman suplementos de fluoruro, tienen menos caries. El fluoruro, cuando se ingiere durante el desarrollo de los dientes, se incorpora a las estructuras del esmalte y lo protege contra la acción de los ácidos.

También se recomienda el fluoruro tópico para proteger la superficie de los dientes, bien sea en forma de pasta dental o de enjuague bucal. Muchos odontólogos incluyen la aplicación de soluciones tópicas de fluoruro (aplicadas a un área localizada de la piel) como parte de sus consultas de rutina.^{16,22,23}



4. CONCLUSIONES

Un gran porcentaje de la población padece enfermedades físicas o mentales, en las que no se puede realizar una buena higiene oral; generalmente desarrollan como se menciona en el presente trabajo enfermedades bucodentales como la caries, la gingivitis, en su forma más agravada la enfermedad periodontal, así como secuelas por su propia condición como agrandamiento gingival, traumatismos y maloclusión entre otros; que en la mayoría de los casos pueden ser prevenidas. La atención odontológica para estos pacientes es más difícil y de más baja calidad ya que muchos profesionales evitan tratar pacientes en estas condiciones, por la creencia de que las complicaciones son más complejas y frecuentes.

Es cierto que algunas enfermedades discapacitantes a su vez ocasionan o agravan problemas y enfermedades en la boca, sin embargo, no son motivo para negar el tratamiento odontológico y procurar una adecuada salud bucal.

El manejo de la discapacidad va adquiriendo más interés en los profesionales de la salud, principalmente en aquellos que tienen una concepción integral de la misma; En lo referente a Odontología existen profesionales interesados de manera individual, pero en el nivel institucional, este interés aún no ha llenado las expectativas necesarias para encarar el problema que representa la atención a este segmento de la población, con el agravante de que la formación de profesionales odontológicos especializados es deficitaria para cubrir acciones preventivas y tratamientos conservadores no agresivos en los pacientes con estas características.

En un gran número de facultades de odontología estos conceptos no son tratados o son abordados de manera somera. Los alumnos egresan, por lo general, con escaso o ningún conocimiento, actitud o destreza para el abordaje y tratamiento de personas con discapacidad, como consecuencia surge la negatividad para



proveer la atención que las personas con discapacidad requieren; por este motivo es imperativo que los profesionales encargados de la Salud Bucodental, incorporen en su formación y asuman en su práctica profesional una actitud positiva para desarrollar planes de trabajo y otorgar la atención odontológica a los Pacientes con Capacidades Diferentes.

Para los odontólogos un paciente especial es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sean de orden físico, mental, sensorial o de comportamiento y que, para su atención odontológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personal de ayuda especiales, con capacidad de atender las necesidades que estos generan, sobresaliendo de los programas y rutinas estándares que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud bucodental de la población.

Para el equipo de salud así como para el odontólogo el desconocimiento sobre el manejo del paciente con Discapacidad, de sus reacciones emocionales y las de sus familiares, así como las del profesional, contribuye a que se incrementen las barreras en el acceso a los servicios de atención bucodentales de los pacientes especiales.

De los factores a tomar en cuenta considero de mayor importancia:

- 1.- La información y capacitación de familiares y personal a cargo de personas con Discapacidad, sobre la adecuada higiene buco-dental.
- 2.-La orientación para implementar las modificaciones especiales a los aditamentos necesarios para la higiene dental.
- 3.-Realizar campañas de Salud Dental en las Instituciones y/o Centros de Educación Especial, para colaborar en la educación dental .
- 4.-Sensibilizar a los profesionales de Odontología de la importancia de dar atención a los pacientes con Discapacidad.
- 5.-Fomentar en las Universidades la disposición para dar atención a ésta población más vulnerable de sufrir secuelas por su misma condición.



Los planteamientos de esta monografía, hacen explícita la gran necesidad de mayor participación de asociaciones profesionales, instituciones gubernamentales y demás instituciones representativas interesadas en la problemática odontológica de los pacientes especiales, a fin de lograr la meta de que las personas con discapacidad puedan tener un verdadero acceso a la atención odontológica y más importante aún: a la prevención, de la cual dependerá que éstos pacientes no tengan más complicaciones referentes a la cavidad oral, de respiración, lenguaje, alimentación, oclusión, autoestima, aceptación social y otros problemas agregados que limiten o disminuyan su calidad de vida.



BIBLIOGRAFÍA

1.-**Rocamora, Rodrigo**, Fisiopatología del Status Epiléptico y no Epiléptico Convulsivo y no Convulsivo, Cuadernos de Neurología, vol. XXIII, 1999.

2.- **Hawkins-Shepard, Charlotte**, Information center on Disabilities and Gifted Education, Septiembre 1988 .

3.-**Roser Pueyo, B.** Valoración neuropsicológica de la Parálisis Cerebral, Doc. de/depto de Psiquiatría y psicobiología Clínica de la Universidad de Barcelona.

4-Autismo/ www.autisme.com (consultado el 10 de septiembre).

5.- **Revista ILADIVA** www.iladiba.com (consultado el 3 de septiembre de 2006).

6.-**Duque de Estrada Riverón, Johany y Rodríguez Calzadilla, Amado.** Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Revista cubana estomatol [ON LINE] MAYO-AGOSTO 2001, VOL. 38 No.2 (citado el 25 de septiembre de 2006) , p 111,119 http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000200004&script=sci_arttext

7.-Autism Information Center, National Center on Birth Defects & Developmental Disabilities <http://www.cdc.gov/ncbddd/dd/ddautism.htm>

8.-Autism Society of America

<http://www.autism-society.org>

9.- <http://www.adam.com/urac/edrev.htm>. A.D.A.M. Quality. Epilepsia (consultado el 3 de septiembre de 2006).

10.-**Tesini, David A. y Fenton, Sanford J.** Cuidados dentales en personas con incapacidades físicas o mentales., Clínicas Odontológicas de Norteamérica 3/1994 pp 461-479

11.- <http://www.adam.com/urac/edrev.htm>. A.D.A.M. Quality. Retraso Mental actualizado el 17 de Julio de 2004 (consultado el 25 de Septiembre de 2006) .

12.- www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20202-enfermedad2.htm - (consultado el 25 de septiembre de 2006)

13.- American Academy of Periodontology <http://www.perio.org> (consultado el 4 de octubre de 2006) .



14.- American Dental Association
<http://www.ada.org/> (consultado el 4 de Octubre de 2006) .

15.-Wood, Debra MLH-Health&Wellness

<http://www.healthlibrary.epnet.com> (consultado el 4 de Octubre de 2006) .

16.-**Nowak, Arthur J.**, Odontología para el Paciente Impedido, Editorial Mundi Saic y F. Buenos Aires, Argentina. Art. De Steinberg, Arnold D ., Evaluación Periodontal y consideraciones de tratamiento en el paciente impedido. Pp 303-326.

17.- **Fresnadillo Martínez M.J., A.M. Blázquez de Castro, E. García Sánchez, J.E. García Sánchez y J.A. García Rodríguez.** Departamento de Microbiología, Hospital Universitario de Salamanca, Pº San Vicente nº 108, 37007 Salamanca. Artículo: Estado actual y perspectivas en el tratamiento antibiótico de las infecciones odontógenas.(consultado el 6 de octubre de 2006) .

18.Articulo Enfermedad Gingival.- www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20202-enfermedad2 (Consultado el 6 de octubre de 2006)

19.- www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/maloclusion_ (Consultado el 4 de Octubre de 2006) .

20.-**Van Steenberghe, Daniel** , Enfermedades Generales y Periodonto.Cap. 10 pp335-355 .

21.- Formato Documento Electrónico (ISO) DUQUE DE ESTRADA RIVERON, Yohany, RODRIGUEZ CALZADILLA, Amado, COUTIN MARIE, Gisele *et al.* Factores de riesgo asociados con la maloclusión. *Rev Cubana Estomatol.* [online]. ene,.abr. 2004, vol.41, no.1 [citado 09 Octubre 2006], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-7507.

22.- (*American Accreditation HealthCare Commission, URAC: www.urac.com*).

23.- **Stiefel, Doris J.**, Dental Treatment of the Patient with a Developmental Disability, Module II , School of Dentistry, University of Washington.



24.-**Cervera, Engux Salvador**, y cols. ,No te rindas ante la Discapacidad,
Ediciones Rialp S.A. Madrid ,1988.

25.-**Castanedo, Celedonio**, Deficiencia Mental 4^a Edición,Editorial CCS 1999.



VIDA NUEVA, A.C.

"Ser diferente es un orgullo"

FILOSOFÍA

- **Vida Nueva, A.C.** se fundó gracias al interés de un grupo de padres con el objetivo de tener para sus hijos una Casa-Hogar y al mismo tiempo una Escuela que les brindara la tranquilidad de que estén atendidos y seguros para cuando ellos falten.
- Basada en la convicción de que todas las personas con capacidades diferentes, tienen derecho a una educación y preparación para ser autosuficientes y la oportunidad de desarrollar su potencial para interactuar con la sociedad e integrarse a ella.

MISIÓN

- Ser el modelo de Institución a seguir para satisfacer las necesidades de las personas con capacidades diferentes en escuela y casa-hogar gracias a la excelencia y eficiencia de sus servicios, brindados por un personal altamente capacitado, siempre bajo la premisa de seguir nuestros ideales de un trato de calidad y calidez

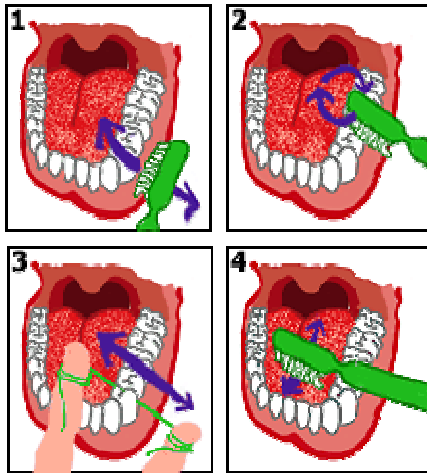
VISIÓN

- Buscar fomentar en conjunto con la sociedad y los profesionales de diferentes áreas el respeto a las personas con capacidades diferentes bajo el lema:
"Ser diferente es un orgullo".
- Transmitir una cultura de sensibilidad y excelencia en el trato y servicio hacia dichas personas en nuestras instalaciones y fuera de ellas.

¿Cómo prevenir éstas enfermedades bucales?

Con:

- Cepillado Dental adecuado cuando menos 2 veces al día.
- Hilo Dental



- Revisiones periódicas con el Odontólogo
- Dieta baja en harinas y azúcares



Las características del cepillado adecuado:

El cepillo se tomará con firmeza para facilitar los movimientos de la muñeca.

- Los dientes de arriba se cepillarán por cada una de sus caras desde la encía , hacia abajo, efectuando el movimiento diez veces cada dos dientes.
- Los dientes de abajo se cepillarán hacia arriba por cada una de sus caras, efectuando el movimiento diez veces cada dos dientes.
- Los dientes anteriores (incisivos y caninos) en su parte interna (porción del paladar y porción que da a la lengua) se "barrerán" con el cepillo en posición vertical.
- Las caras masticatorias de los molares y premolares se cepillarán con un movimiento repetido de atrás hacia delante, o en forma circular.

Enjuagar bien la boca, de lo contrario los residuos que se has separado de los dientes volverán a depositarse sobre éstos.

- Por último utilizar el hilo dental entre los dientes.

VISITE REGULARMENTE A SU DENTISTA



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



VIDA NUEVA A.C.
"SER DIFERENTE ES UN ORGULLO"

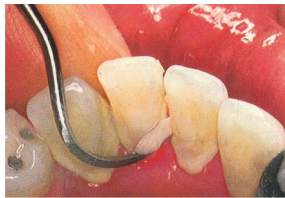


¿SABES COMO MANTENER SANA LA BOCA DE PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES?

La principal problemática de la salud dental en personas con capacidades diferentes es evitar en lo posible los factores de riesgo mediante una adecuada prevención.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo?

- **Mala higiene dental por consiguiente acumulación de placa bacteriana.**



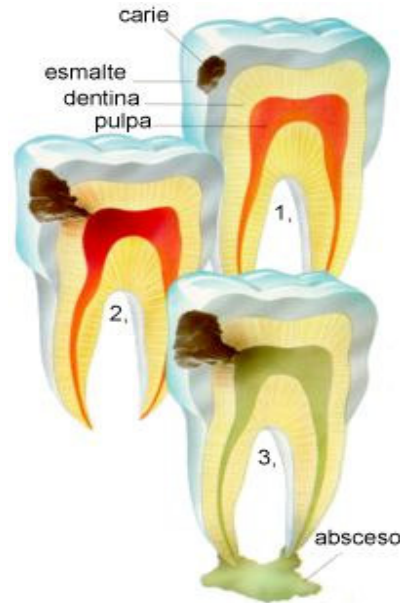
- Dieta blanda y abundante en azúcares
- Ser respiradores bucales
- Tomar medicamentos antiepilépticos, ansiolíticos y/o antidepresivos
- **Traumatismos**



- Control Odontológico insuficiente o ausente
- Falta de capacitación a ellos o en su caso, a las personas que están a su cuidado para su aseo

¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes?

- Caries (picaduras)



- **Gingivitis** (encías inflamadas o sangrantes)



- **Enfermedad periodontal** (encías y hueso del diente dañados)
- **Agrandamiento gingival** (encías crecidas y fibrosas)



- **Maloclusión** (dientes en mala posición, con mordida abierta, por ejemplo)

