



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina
de Familia y Comunitaria
España

Sáez Cuesta, Ursula; Castejón Navas, Isabel; Molina Escribano, Antonia; Roncero Goig, Manuel
Estudio epidemiológico de Salud Bucodental en pacientes con Parálisis Cerebral
Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 2, núm. 5, 2008, pp. 206-209
Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169614506003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estudio epidemiológico de Salud Bucodental en pacientes con Parálisis Cerebral

Ursula Sáez Cuesta^a, Isabel Castejón Navas^a,
Antonia Molina Escribano^a, Manuel Roncero Goig^a

^a Unidad de Salud Bucodental
de Discapacitados de Albacete.
Centro de Salud Zona VI.

Correspondencia:
Ursula Sáez Cuesta.
USBD-Albacete,
Centro Salud Zona VI,
c/ Azorin s/n, Albacete.
Telf.: 967226667.

Recibido el 11 de junio de
2008.

Aceptado para su publicación
el 26 de julio de 2008.

RESUMEN

Objetivo. Describir el estado de salud bucodental y las intervenciones realizadas en pacientes con parálisis cerebral.

Diseño. Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento. Unidad de salud buco-dental.

Participantes. Se realizó un estudio epidemiológico de salud bucodental en 45 pacientes con parálisis cerebral, tratados en la Unidad de Salud Bucodental de Discapacitados (USBD-D) de Albacete, después de dos años de funcionamiento. Los pacientes proceden de toda la comunidad autónoma de Castilla La Mancha.

Mediciones principales. Se registraron datos sociodemográficos (sexo, edad, procedencia y tipo de convivencia), tipo de dieta, diagnóstico de base, enfermedades asociadas y capacidad para comunicarse, consumo de medicación, lugar de tratamiento (en consulta o en quirófano), datos odontológicos (presencia o no de sarro, gingivitis, periodontitis u otras), tratamiento bucodental realizado y aparición de complicaciones.

Resultados. Una parte de ellos (20) fueron tratados en consulta y el resto (25) fueron intervenidos en el quirófano bajo anestesia general. Presentaba sarro el 85 %, gingivitis el 57,8%, periodontitis leve el 11,1%, periodontitis moderada el 2,2% y periodontitis severa el 2,2%. El hábito más frecuente era la respiración oral, presente en el 58%, seguida de bruxismo en el 7% y succión digital en el 2,2%. Fueron realizadas 142 obturaciones de dientes definitivos, 1 obturación de dientes temporales, 47 sellados, 74 exodoncias, 2 frenectomías y 9 gingivectomías.

Palabras clave. Caries Dental, Salud Bucal, Parálisis cerebral.

ABSTRACT

Epidemiological study of dental health in patients with cerebral palsy

Objective. To describe the state of dental health and the interventions carried out in patients with cerebral palsy.

Design. Descriptive observational study.

Setting. Dental Health Unit.

Participants. An epidemiological study of dental health was carried out in 45 patients with cerebral palsy, treated in the Dental Health Unit for the Disabled (USBD-D) of Albacete, in operation for two years. The patients were from the entire Autonomous Community of Castilla La Mancha.

Main measurements. Sociodemographic data were recorded (sex, age, place of origin and cohabitation), type of diet, initial diagnosis, associated illnesses and ability to communicate, medication taken, place of treatment (clinic or surgery), odontological data (presence or absence of tartar, gingivitis, periodontitis or others), dental treatment carried out and complications.

Results. Part of the sample (20 patients) were treated in a clinic and the remaining patients (25) were surgically intervened under general anaesthetic. A total of 85% had tartar, 57.8% gingivitis, 11.1% mild periodontitis, 2.2% moderate periodontitis and 2.2% severe periodontitis. The most common habit was mouth respiration in 58%, followed by bruxism in 7% and thumb or finger sucking in 2.2%. A total of 142 obturations were performed of permanent teeth, 1 obturation of primary teeth, 47 sealings, 74 exodontias, 2 phrenectomies and 9 gingivectomies.

Key words. Dental Caries, Oral Health, Cerebral Palsy.

INTRODUCCIÓN

La parálisis cerebral es una disfunción motora debida a una lesión encefálica no progresiva que incide tempranamente en un sistema nervioso central inmaduro. Actualmente, se considera el término “enfermedad motriz” cerebral más adecuado¹ porque, en ocasiones, el niño no está paralizado y lo que producen sus lesiones es un exceso de movimientos incontrolados. Tampoco es idóneo el adjetivo “cerebral” puesto que a veces la lesión radica en el cerebelo o en el tronco encefálico².

En la parálisis cerebral también pueden verse defectos de visión, audición, anormalidades en el habla y el lenguaje o alteraciones en la percepción; puede ir acompañada de retraso mental o de epilepsia.

La incidencia se cifra en el 0,05% de la población española³. Recientemente se ha detectado un incremento paralelo al descenso de la mortalidad neonatal a expensas de una mayor supervivencia de prematuros⁴.

La etiología la dividiremos en causas prenatales, que representan al 35% de los casos, destacando las embriopatías víricas tipo herpes o citomegalovirus, y parasitarias, tipo toxoplasma. Entre las causas perinatales, que representan el 45%, la anoxia neonatal es la más frecuente. La prematuridad representa el 20% de las causas perinatales. Cuanto menor sea el peso del recién nacido, más frecuente es la aparición de lesiones cerebrales. Una tercera parte de niños con un peso inferior a 1.000 gramos tiene déficits motores de origen cerebral. Este porcentaje se reduce a una sexta parte en los niños cuyo peso oscila entre 1.000 y 1.500 gramos⁵.

Las causas postnatales representan el 15% de los casos de parálisis cerebral. La infecciones meníngeas, seguidas de encefalitis y vasculitis cerebrales, infecciones por virus rubéola, citomegalovirus, herpes o coxsackie, son las más frecuentes⁶.

Clínicamente se dividen en espásticos, atetoides y atáxicos⁷. En el espástico la principal característica es la hipertonia, siendo muy frecuente la presencia de epilepsia⁸. En el atetoide la principal característica motora es el movimiento involuntario incontrolado. Estos movimientos pueden disminuir con la fatiga, la somnolencia, la fiebre o la posición. Son más frecuentes en manos y pies. Por lo general, la inteligencia de estos niños es de bajo nivel y pueden observarse problemas visuales, auditivos y de percepción⁹. En el atáxico la principal característica motora es el trastorno del equilibrio y la hipotonía es común. Hay formas mixtas de parálisis cerebral donde coexisten dos o más manifestaciones de la formas anteriores^{4,7}.

La incidencia de caries en pacientes con parálisis cerebral es similar a la población general, aunque el tamaño de las lesiones es, por lo general, muy superior,

debido a la deficitaria atención odontológica que reciben estos pacientes, que se traduce en una ausencia total de profilaxis^{10,11}.

El objetivo del estudio es describir el estado de salud bucodental y las intervenciones realizadas en los pacientes con parálisis cerebral que han sido tratados en la Unidad de Salud Bucodental de Discapacitados (USBD-D) de Albacete.

MATERIAL Y MÉTODO

Por la Unidad de Salud Bucodental de Discapacitados de Albacete han pasado 388 pacientes, en sus dos años de funcionamiento. El paciente discapacitado accede a esta unidad a través de su USBD de referencia. De ellos, 45 tenían parálisis cerebral, representando un 11.6 % (tabla 1). Las prestaciones son las contenidas en el Decreto 273/2004, sin límite de edad.

A todos los pacientes se les realizó una historia clínica, recogiendo todos los datos de interés. Posteriormente, fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS v.12.0. Los datos recogidos en cada paciente fueron:

- Datos sociodemográficos: sexo, edad, procedencia y tipo de convivencia.
- Higiene oral y tipo de dieta.
- Diagnóstico de base, enfermedades asociadas y consumo de medicación.
- Datos odontológicos: hábitos, presencia de sarro, gingivitis, periodontitis u otras.
- Lugar de tratamiento: en consulta o en quirófano.
- Tratamiento bucodental realizado y presencia de complicaciones.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio y se recurrió a la prueba U de Mann Whitney para realizar comparación de medias.

RESULTADOS

La distribución, según género fue de 31 hombres (68%) y 14 mujeres (32%). La edad media fue de 22,51 años y los límites de edad 2 y 61 años. El lugar de donde procedían era: Albacete 38, Toledo 6 y Ciudad Real 1. El 20% de los pacientes estaba ingresado en una institución y el 80% vivía con sus familiares. Tenía capacidad de comunicación el 46 % y no se comunicaba el 54%.

El 36 % de los pacientes no se cepillaba nunca, necesitando ayuda para hacerlo el 70%. El tipo de alimentación era blanda en el 52% de los pacientes.

Las enfermedades asociadas que presentaban las reflejamos en la tabla 2. El 51,1% consumía medicación antiepiléptica, el 35,6% no consumía ninguna medicación, el 4.4% consumía neurolépticos, el 4,4% ansiolíticos y el 4,4% otros fármacos.

Con respecto a los hábitos, en el 58% se trataba de respiradores orales, el 7% presentaba bruxismo y el 2% tenía succión digital. La maloclusión que presentaban con mayor frecuencia era la mordida abierta anterior (38%). Un paciente tenía dientes supernumerarios y dos pacientes agenesias. No encontramos alteraciones de la forma, ni del tamaño de los dientes. Presencia de sarro en la boca existía en 85%. Valoramos el estado periodontal, encontrando un 57,8% de pacientes con gingivitis, un 11,1% con periodontitis leve, un 2,2% con periodontitis moderada y un 2,2 con periodontitis severa.

De los pacientes con dentición permanente, el 75,55% presentaba caries. El valor medio del índice de caries (CAOD) fue de 5,5, y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. El número total de caries fue de 177 con una media de 3,93 caries por paciente, una media de 1,14 dientes ausentes y de 0,31 obturaciones presentes en la boca. Al 48,9% de los pacientes se le practicaron exodoncias y al 57,8% obturaciones. El valor medio del índice de restauración fue de 6,7%.

De los pacientes con dentición temporal el 30% tenía caries. El valor medio del índice de cod fue de 4. Al 2,2% se le realizaron obturaciones.

Analizando la relación entre caries, dientes ausentes y obturaciones previas con estar institucionalizado, comprobamos que los pacientes que estaban ingresados en una institución tenían más caries, más dientes ausentes y menos obturaciones que los pacientes que vivían con sus familiares, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (Prueba de Mann-Whitney).

Con respecto al lugar de tratamiento, el 44,4% (20 pacientes) fue tratado en la consulta y el 55,6% (25 pacientes) precisó quirófano. Entre los tratados en consulta, utilizamos la restricción física en 8 pacientes, y la premedicación en un paciente. De los pacientes que fueron a quirófano, 13 (52%) eran ASA III, 11 (44%) eran ASA II, y 1 (4%) era ASA I. En ninguno de estos pacientes tuvimos complicaciones.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Retraso mental	180	46,4
Síndrome de Down	51	13,1
Parálisis cerebral	45	11,6
Epilepsia	14	3,6
Autismo	21	5,4
Deficit atencion-hiperactividad	8	2,1
Otros	9	2,3
Síndromes específicos	20	5,2
Esquizofrenia	23	5,9
Demencia-Alzheimer	5	1,3
Esclerosis múltiple	5	1,3
Enfermo psiquiátrico	3	0,8
No discapacitado	3	0,8
Perdidos	1	0,3
Total	388	100

Tabla 1. Diagnósticos de los pacientes de la USB-D

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	21	46,7
Diabetes	1	2,2
Enfermedad hep-tica	1	2,2
Epilepsia	14	31,1
Otras	8	17,8
Total	45	100

Tabla 2. Enfermedades asociadas en los pacientes con parálisis cerebral.

Tratamiento	Consulta	Quirófano	Total
Obturaciones dientes definitivos	29	113	142
Obturaciones dientes temporales	0	1	1
Sellados	10	37	47
Endodoncias	0	0	0
Exodoncias	10	54	64
Exodoncia cordales	1	9	10
Frenectomía	0	2	2
Gingivectomía	0	9	9

Tabla 3. Tratamientos realizados a los pacientes con parálisis cerebral clasificados en consulta y quirófano.

Con respecto al tratamiento odontológico, realizamos gingivectomía en 9 pacientes y frenectomía en 2 pacientes. El resto de tratamientos los exponemos en la tabla 3.

DISCUSIÓN

La prevalencia de caries en dentición permanente fue del 75.6%, Se le habían practicado exodoncia al 48.9%. Al 57.8% de los pacientes analizados se les había practicado tratamiento restaurador. Estos datos son similares a los encontrados en el estudio de Giménez¹².

El valor medio del índice CAOD en nuestra población fue de 5,5 y de cod 4, muy distante del establecido por la OMS como índice CAOD bajo (1,2-2,6) o moderado (2,7-4,4)¹³. Comparando este índice con otros estudios encontramos que los grupos de edad no son equiparables. En nuestra muestra tenemos pacientes comprendidos entre 2 y 61 años, porque el Decreto 273/2004 no establece un límite de edad para las prestaciones bucodentales de pacientes discapacitados psíquicos. Para Giménez¹² los límites de edad fueron 5 y 20 años y encontró un índice CAOD de 6,67 y de cod 4,41. Pernia¹⁴ encontró un índice CAOD de 4 en una población con parálisis cerebral comprendida entre 8 y 29 años.

El valor medio del índice de restauración fue de 6,7 %, inferior al ofrecido por otros estudios^{12,14,15}.

En este estudio encontramos que en la muestra los pacientes institucionalizados, es decir, integrados dentro de una comunidad de forma permanente, tienen más caries y más dientes ausentes que los que viven en sus casas, coincidiendo con Trujía¹⁵. Este autor lo justifica diciendo que estos pacientes reciben dietas más cariogénicas, reciben alimentos entre comidas, muchos de ellos carbohidratos refinados, para frenar o controlar su comportamiento. Además, para tratamiento de vías respiratorias superiores o vías urinarias, muy frecuentes en estas poblaciones, se usan antibióticos endulzados.

Como conclusión, observamos que los valores de índices de caries son superiores a los que cita la literatura para los niños sanos. Por otra parte, el bajo índice de restauración indica la necesidad de realizar tratamientos restaurativos y más prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Le Métayer M. Reeducción cerebromotriz del niño pequeño. Educación terapéutica. Barcelona: Masson; 1987.
2. Levitt S. Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2002.
3. Bullón P, Machuca G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Madrid: Laboratorios Normon SA; 1996.
4. Cruz M. Tratado de pediatría. Barcelona: Espaxs; 1994.
5. Bueno M, Molina S, Seva A. Deficiencia mental. Barcelona; Espaxs; 1994.
6. De Andrés T, Moyá J, Peña A. Alteraciones motoras en el desarrollo infantil: análisis clínicos de casos prácticos. Madrid: CSS; 1977.
7. Cutando A. Odontología en pacientes especiales. Granada: Unidad docente de Odontología, Universidad de Granada; 1997.
8. Giol M, Boj JR, Jiménez A. El paciente con parálisis cerebral y su tratamiento. Av Odontoestomatol 1994; 2:69-73.
9. Chuzac M. El niño con trastornos motores de origen cerebral. Buenos Aires: Panamericana; 1985.
10. Costello PJ. Dental health status of mentally and physically handicapped children and adults in the Galway Community Care Area of the Western Health Board. J Int Dent Assoc 1990; 36:99-101.
11. Pope JE, Curzon ME. The dental status of cerebral palsied children. Pediatric Dent 1991; 13:156-62.
12. Giménez M^aJ, López J, Boj JR. Estudio epidemiológico de la caries en un grupo de niños con parálisis cerebral. Med Oral 2003; 8:45-50.
13. Falgas J, Cuenca E, Manso C. Índices epidemiológicos de las enfermedades bucodentales. Aten primaria 1990; 7:516-9.
14. Pernia L, Alió JJ, Bratos E. Estudio epidemiológico bucodentario en pacientes con parálisis cerebral. Parte II: Higiene oral. Rev Act Odontoestomatol Esp 1994; 44:35-9.
15. Trujía Palín-Palokas. Dental caries and administrative status ocurrence in finis children with mentally handicapping conditions. Spec Care Dent 1997; Sep-Oct: 224-30.