

Estudio de un caso de rehabilitación estomatológica en un paciente pediátrico con hemiparesia congénita

Kendy Cruz-Grajales,⁽¹⁾ Xavier Moreno-Enríquez,⁽²⁾ Alicia Gallegos-Ramírez,⁽³⁾ Crystell Guadalupe Guzmán-Priego,⁽⁴⁾ Guadalupe del Carmen Baeza-Flores⁽⁵⁾

ba_lupitabaeza@hotmail.com

RESUMEN

La Hemiparesia es una condición, que dificulta o paraliza la movilidad de un lado del cuerpo, izquierdo o derecho. El 80% es de etiología congénita. Es una condición relativamente común, afecta a 1 de cada 1000 niños. Descripción del caso clínico: Femenino de 8 años y 11 meses acude al servicio de Odontología infantil de la UJAT por múltiples procesos cariosos, como antecedentes patológicos: Hemiparesia izquierda congénita y actualmente bajo consideraciones médicas preventivas. A la exploración clínica intraoral se observa una higiene oral deficiente, ICDAS código 4 en órgano dental 55, riesgo a caries alto (CAMBRA) y maloclusión. Se inicia con manejo de conducta, instrucción de higiene bucal, profilaxis y aplicación de barniz f-TCP Clinpro, selladores, resinas preventivas, compuestas e ingresa a segunda fase: Ortopedia miofuncional, colocación de Bimler A con equiplan. Discusión: El trabajo multidisciplinario con el compromiso de paciente y padres/tutores favorece el éxito de los tratamientos. Conclusión: la salud oral de los pacientes con pediátricos con limitaciones de movimiento tiene una marcada tendencia, por lo tanto, se reconoce la contribución del estomatólogo para elevar su calidad de vida.

Palabras claves: (DeCS) *Hemiparesia, Rehabilitación integral, Trabajo multidisciplinario, ICDAS, CAMBRA.*

SUMMARY

Hemiparesis is a condition that hinders or paralyzes the mobility of one side of the body, left or right. 80% is of congenital etiology. It is a relatively common condition, affects 1 in every 1000 children. Description of the clinical case: Female of 8 years and 11 months goes to the Children's Dentistry service of the UJAT for multiple carious processes,

as pathological antecedents: Hemiparesis left congenital and currently under preventive medical considerations. Intraoral clinical examination shows poor oral hygiene, ICDAS code 4 in dental organ 55, risk of high caries (CHAMBER) and malocclusion. It starts with behavior management, oral hygiene instruction, prophylaxis and application of Clinpro f-TCP varnish, sealants, preventive resins, composite and enters the second phase: myofunctional orthopedics, placement of Bimler A with equiplan. Discussion: The multidisciplinary work with the commitment of patient and parents / guardians favors the success of the treatments. Conclusion: the oral health of patients with pediatric patients with movement limitations has a marked tendency, therefore, the contribution of the stomatologist to improve their quality of life is recognized.

Keywords: (DeCS) *Hemiparesis, Integral Rehabilitation, Multidisciplinary work, ICDAS, CAMBRA.*

INTRODUCCIÓN

La Hemiparesia se clasifica como una forma leve de parálisis cerebral Infantil, por lo tanto no es una enfermedad, si no producto de una lesión en el cerebro, lo que condiciona la movilidad de un lado del cuerpo, derecho o izquierdo.¹

Estudios epidemiológicos en los años 90 estimaban que 5 de cada 1000 niños nacían con Parálisis cerebral,² si bien disminuyó solo un poco, actualmente la prevalencia mundial se estima que 2 o 3 de cada 1000 niños nacen con Parálisis cerebral Infantil y de los cuales 1 de ellos es diagnosticado con hemiparesia.^{1,2,3}

La hemiparesia congénita frecuentemente es ocasionada en el embarazo y es más elevado en partos prematuros o partos múltiples, mientras, la adquirida generalmente sucede en los primeros años de vida.^{1,2,4} El patrón anormal de los

⁽¹⁾ Estudiante del posgrado en Odontología Infantil de la DACS-UJAT, México

⁽²⁾ C.D.O. Profesor Investigador del Posgrado en Odontología Infantil de la DACS-UJAT, México

⁽³⁾ C.D.O. Profesor Investigador del Posgrado en Odontología Infantil de la DACS-UJAT, México

⁽⁴⁾ Dra. Profesor Investigador del Posgrado en Odontología Infantil de la DACS-UJAT, México

⁽⁵⁾ Lic. Médico Cirujano. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México

CASO CLÍNICO

movimientos de origen congénito puede irse evidenciando conforme el SNC madura, esto puede ser entre los 6 a 9 meses de edad.³

En el ámbito odontológico, estos niños suelen presentar problemas dentales como caries y enfermedades periodontales por la dificultad para realizar la higiene bucal, al no poder coordinar correctamente los movimientos de un buen cepillado, también es muy frecuente encontrar maloclusiones, bruxismo, trastornos de la articulación temporomandibular, alteraciones en la formación del esmalte o traumas dentales.³

En este contexto, el objetivo del presente caso clínico es mostrar rehabilitación estomatológica en un paciente pediátrico con hemiparesia congénita.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 8 años y 11 meses de edad, acude al servicio del Posgrado en Odontología infantil de la UJAT en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, México el 14 de Octubre del 2016.

La madre refiere como motivo de consulta: “La corona de metal no se le caía y el diente le salió arriba”.

Anamnesis. Antecedentes familiares patológicos, abuela materna con hipertensión y diabetes y la madre tuvo en la tercera gesta un embarazo de alto riesgo con desprendimiento de la placenta y en el parto pérdida de uno de los gemelos; como antecedentes personales patológicos la paciente es producto gemelar de la tercera gestación, parto fisiológico prematuro distócico, presenta hemiparesia izquierda, marcha espástica de pie izquierdo, falta de coordinación de ambas manos e infección de vías urinarias y como antecedentes personales no patológicos el uso de incubadora por 2 meses, tratamiento de terapia física y rehabilitación, psicológico, esquema de vacunación completo y uso de platilla de 12 mm talón y 3 mm en punta.

A la exploración clínica extra oral observamos un biotipo dolicofacial, perfil convexo, tercio respiratorio ligeramente aumentado, labios gruesos e hidratados, al cierre de los labios hay incompetencia e hipertonicidad de los músculos del cuello, en reposo hipotonicidad del mentón, deglución atípica. (Fig. 1)

En cuerpo completo de frente se observa que no hay competencia a nivel de los dedos medios de ambas manos, una ligera desviación hacia el lado izquierdo con disminución del tono muscular y espasticidad de la mano (Fig. 2)

A exploración clínica intraoral encontramos mucosas hidratadas y vascularizadas con manchas de pigmentación racial, correcta implantación de frenillos, procesos óseos íntegros y continuos a excepción del contorno gingival del OD 11, línea media desviada hacia el lado izquierdo, dentición mixta completa, órganos dentarios de tamaño

promedio, erupción ectópica de OD 11, manchas blancas de HIM en bordes incisales de los OD anterosuperiores, una higiene oral deficiente, tremas en sector anterior, una Clase I molar y canina bilateral, paladar profundo, arcadas parabólicas, procesos cariosos cavitados y fosetas retentivas, ICDAS código 4,⁵ en OD 55 y código 1 en OD 16, 26, 36, 46, Overjet: 3 mm y Overbite: 4.5 mm que corresponde al 60 % de la cara vestibular del incisivo inferior. (Fig. 3)

Figura 1. Fotografías extraorales.



Figura 2. Fotografía de cuerpo completo

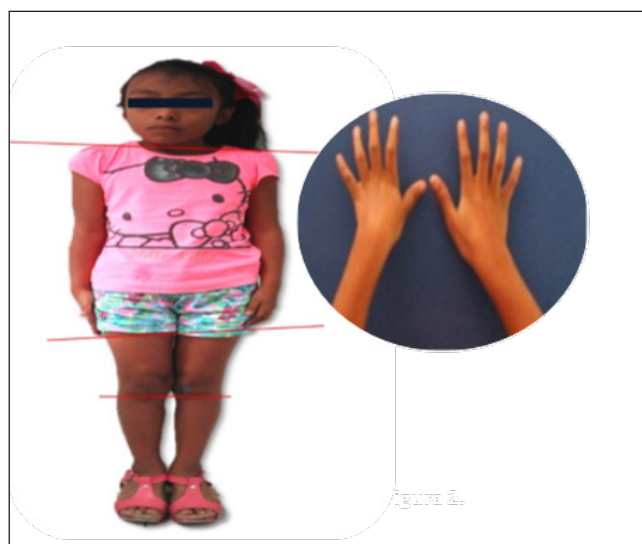


Figura 3. Fotografía intraoral.

Auxiliares diagnósticos: fotografías extraorales e intraorales, análisis de modelos de estudio, análisis cefalométrico de Rickettes y McNamara, análisis radiografía panorámica.

Diagnóstico: De acuerdo a CAMBRA un riesgo alto a caries, con dieta alta en carbohidratos con higiene oral inadecuada. Crecimiento dolicofacial, patrón esquelético clase II, retrognatismo, tendencia a crecedor braquifacial con sobre mordida profunda, biprotrusión y proinclinación de incisivos y proquelia. Dentición mixta completa, estadios 8 en órganos dentarios superiores 8 y 7 en órganos dentarios inferiores de acuerdo a Nolla, ausencia de cripta OD. 18, 28, 38 y 48 de acuerdo a Nolla, pérdida de espacio de deriva zona posteroinferior, lado de trabajo (izquierdo), lado de balance (derecho) y el ángulo beta se encuentra en norma. De acuerdo al análisis de los modelos determino, clase I molar

y canina bilateral, tremas sector anterior, arcada superior en inferior parabólicas, línea media desviada hacia la izquierda, giroversión OD. 12, 22, 31, en el índice de Pont en la arcada superior nos indica una transversa anterior de -1.5 mm y una transversa posterior de -2.5 mm, Overjet de 7 mm, Overbite de 4.5 mm (65%), sobre mordida posterior bilateral y un curva de spee severa.

Tratamiento: El tratamiento aplicado previa firma de consentimiento informado por la madre fue, manejo de conducta, profilaxis e instrucción de higiene bucal y rehabilitación operatoria y la aparatología de elección fue la colocación de un Bimler A modificado con tornillo expansor y equiplan.

Se utilizó la musicoterapia para disminuir el nivel de ansiedad y obtener la cooperación del paciente, en la instrucción de técnica de cepillado se utilizó la tinción de dítano a base de eritrosina para medir el índice de placa dentobacteriana, para que el paciente ubicara las áreas con más acumulación de placa, se trabajó la destreza de ambas manos y contribuyó en la rehabilitación de la Hemiparesia del lado izquierdo, por último realizó profilaxis, pulido y aplicación de Barniz Clinpro con f-TCP en todos los órganos dentarios pero principalmente para fortalecer el área anterosuperior que presenta hipomineralización incisivo molar.

El tratamiento de operatoria se realizó por cuadrantes en cuatro citas, usando aislamiento absoluto con grapa atraumática. Los tratamientos fueron los siguientes; selladores de fosetas y fisuras en órganos dentales 16, 54, 64, 75, 74, 84, 85, resinas preventivas en órganos dentales 65, 26, 36, 46 y resina compuesta en órgano dental 55. (Fig. 4)

Figura 4. Tratamiento de operatoria, con manejo de conducta de musicoterapia.

CASO CLÍNICO

La colocación y uso de aparatología Bimler A modificado realizó una estimulación transversal en ambos maxilares, estimulación vertical anterior con la corrección de Overbite usando un equiplan y en la zona posterior un crecimiento

vertical de los alveolos y por último una estimulación sagital con el avance mandibular (Fig. 5)

Se midió la evolución durante 8 meses, hasta conseguir el éxito en el tratamiento. (Figura 6)

Figura 5. Colocación y uso de aparatología.



Figura 6. Resultado final.



DISCUSIÓN

En un caso como este hay evidencia que el tratamiento multidisciplinario es elemental para favorecer la calidad de vida de personas con diagnóstico de hemiparesia.

De acuerdo a lo descrito en la literatura es común encontrar anomalías dento-maxilares y disfunción oral en pacientes con daño al sistema nervioso central⁶ de las cuales destacan la enfermedad periodontal y alteraciones gingivales, además de, traumatismos dentales, bruxismo, maloclusiones.^{7,8} También, se reconoce la importancia del apoyo en el hábito de cepillado⁷ y la necesidad de aplicar técnicas de manejo de conducta para proporcionar un tratamiento odontológico adecuado.⁹

El tratamiento estomatológico en pacientes con hemiparesia, debe ser individualizado, adaptado según las necesidades y efectivo, en este caso la elección y colocación del tratamiento de ortopedia fue en relación con las alteraciones locales, estructurales, funcionales y posturales.¹⁰

Otra contribución importante es incluir la parte afectada en las actividades diarias que el niño lleva a cabo como la motivación de correctos hábitos de higiene oral y alimenticia, ya que estos son la principal estrategia para mejorar la calidad en la salud bucal¹¹ y disminuir el riesgo a caries, además que, una dieta equilibrada promueve el crecimiento y desarrollo armonioso de los tejidos orales.¹²

Los pacientes con hemiparesia requieren mayor esfuerzo para realizar tareas que a simple vista parecen sencillas; por eso se requiere el apoyo, paciencia, trabajo multidisciplinario y el compromiso del paciente, padres o tutores.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico demuestra el éxito en la rehabilitación estomatológica de un paciente pediátrico con hemiparesia congénita, además, contribuye en la sensibilización del equipo de salud al favorecer el tratamiento multidisciplinario, la prevención y el manejo temprano en los pacientes pediátricos con y sin enfermedades asociadas.

Por último, la salud oral de los pacientes con pediátricos con limitaciones de movimiento tiene una marcada tendencia, por lo tanto, se reconoce la contribución del estomatólogo para elevar su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Asociación de Hemiparesia Infantil. Asociación de Hemiparesia Infantil HEMIWEB. (Sitio Web) 2017 (Consultado Abril 2018) Disponible en: <https://www.bloghoptoys.es/asociacion-de-hemiparesia-infantil->

hemiweb/

2. López B. Factores asociados a parálisis cerebral infantil en Veracruz en menores de 6 años de edad (Internet) 2013. (Consultado Abril 2018) Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/47151>
3. Martínez A. & Matamaros A. Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (Internet) 2003 (Consultado Abril 2018); 7(2003). Disponible en: <http://respyn2.uanl.mx/especiales/ee-7-2003/05.htm>
4. Albert M., Alonso N., Ortega M., Penas J., Hechavarría S., Cuadot A. & Prieto E. Enfermedad cerebro vascular de origen isquémico (I). Actualización fisiopatológica. (Internet) 2005 (Consultado Abril 2018) Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/ecv_1.pdf
5. Iruretagoyena A. Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS). (Sitio Web) 2014 (consultado Julio 2018) Disponible en: <https://www.sdpt.net/ICDAS.htm>
6. Barrionuevo L., Solís F. Anomalías dento maxilares y factores asociados en niños con parálisis cerebral. RevChilPediatr (Internet) 2008 (Consultado Abril 2018); 19(3):272-280. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000300005&script=sci_arttext
7. García-Orellana V., Bego-Volcán V., Morales-Chávez M. Alteraciones bucodentales prevalentes en una población con parálisis cerebral. Odontología pediátrica (Internet). 2016 (Consultado Enero 2019); 24(2): 117-124. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/305_03_Original_300_Garcia.pdf
8. Tan-Castañeda N, Rodríguez-Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica. Revista Cubana de Estomatología (Internet) 2001 (Consultado Enero 2019); 38(3): 181-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-75072001000300006
9. Bolaños-Sánchez J. Caries de aparición temprana en infante con parálisis cerebral espástica: Ventajas de usar el sistema de detección de caries ICDAS.KIRU (Internet). 2015 [Consultado Enero 2019]; 21(1):74-78. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/464/380>
10. Bedoya A, Gallego M. Mordida cruzada anterior: tratamiento con ortopedia funcional Bimler C. Reporte de caso. Rev Estomat (Internet). 2011 (Consultado Enero 2019); 19(2):24-28. Disponible en: <http://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/estomatol/article/viewFile/328/327>
11. Barrionuevo L., San Martín P., Consiglio M., Correa K. Índice de caries COPD y asociación con cepillado de dientes y dieta cariogénica en niños con parálisis cerebral. (Internet) Rehabilitación integral (Consultado Enero 2019); 9(2):75-28. Disponible en: <http://www.rehabilitacionintegral.cl/indice-de-caries-copd-y-asociacion-con-cepillado-de-dientes-y-dieta-cariogenica-en-ninos-con-paralisis-cerebral/>
12. Stifano M., Chimenos E., López J. & Lozano V. Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral. Odontol. Prev (Internet). 2008 (Consultado Abril 2018); 1(2): 65-72.