



Tema 9: Tratamiento odontológico de
pacientes discapacitados físicos y
psíquicos (I):
Síndromes más importantes. Manejo del
comportamiento en el paciente con
discapacidad. Categorías de manejo.
Técnicas de manejo. Valoración de los
pacientes

The logo of the University of Seville is a circular emblem. It features a central figure of a winged woman, likely representing the personification of Justice or Truth, holding a scale and a sword. The figure is set against a background of a large, stylized letter 'U'. The words 'UNIVERSIDAD DE SEVILLA' are written in a circular path around the central figure.

***Principales síndromes que
condicionan la atención
odontológica***

PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA O SENSORIAL (I)

Síndromes cromosómicos

• Cornelia de Lange (5p 13-14)

• Cri-du-Chat (delección 5)

• Langer-Giedion (8q 24.11-13)

• Prader-Willi (15q 11-13)

• Rett (mutación Xq28)

• Williams (delección 7)

• Down (trisomía 21)

Manifestaciones orales

- Bruxismo
- Clases I y III Angle
- Babeo
- Macroglosia
- Retardos eruptivos
- Agenesias
- Acortamiento radicular
- Hipoplasias
- Periodontitis
 - Agresivas
 - GUNA

Manejo odontológico

- Técnicas de manejo
- Sedación
 - ¡Macroglosia!
- Tartrectomías y profilaxis
- Obturaciones
- Tratamiento periodontal causal
- Limitación en implantes

SÍNDROME DE DOWN

- Trisomía del par 21
- España: 1/15.000 nacidos vivos
- Relacionado con edad materna + 40
- Tendencia a infecciones (respiratorias, urológicas,...)
- Defectos inmunológicos (celiaquía,...)
- Retardo mental de variada importancia

Tabla 1. Patología más frecuente asociada al síndrome de Down

TIPO (% aparición)	Enfermedades predominantes (% aparición)
Cardiopatía congénita (45%)	<ul style="list-style-type: none"> • Defecto septalatrioventricular • Comunicación aurículo/vestibular • Ductus arterioso persistente • Prolapso mitral (riesgo de muerte súbita) • Tetralogía de Fallot
Hematológico	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en la migración de PMN neutrófilos • Alteraciones de las inmunoglobulinas • Linfopenia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eosinopenia • Riesgo incrementado de leucemias
Musculoesquelético	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperlaxitud ligamentosa (80%) • Hipotonía (80%) • Diástasis de músculos abdominales (80%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hernias umbilicales (51%) • Braquicefalia (75%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Signo del hachazo • Senos pequeños y frecuentemente obstruidos • Inestabilidad atlanto-axoidea (20%) • Cuello corto (50%) • Puente nasal deprimido (60%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nariz achatada • Facies mongoloide (85%) • Extremidades cortas (70%) • Braquidactilia (50%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinodactilia 5º dedo (45%) • Pliegue palmar de simio (45%)
Nervioso	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad cognitiva (100%) • Alteraciones de la motilidad • Demencia (Alzheimer) (30%) • Autismo
Endocrino	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotiroidismo (100%) • Retraso del crecimiento (75%) • Hipotrofia genital • Infertilidad en varones • Hipofertilidad en mujeres <ul style="list-style-type: none"> ▪ 50% posibilidades hijo Down • Menopausia y andropausia adelantada

Tabla 1. Patología más frecuente asociada al síndrome de Down

TIPO (% aparición)	Enfermedades predominantes (% aparición)
Oculares	<ul style="list-style-type: none">• Hendidura palpebral (75%)• Pliegue epicántico (42%)• Estrabismo (45%)• Nistagmo (35%)• Blefaritis (30%)• Dacriocistitis (20%)• Manchas en el iris (de Brushfield) (40%)• Astigmatismo/miopía (70%)• Catarata<ul style="list-style-type: none">▪ Congénita (13%)▪ Adquirida (50%)• Glaucoma
Otorrinológicas	<ul style="list-style-type: none">• Orejas de implantación baja (60%)• Hipoacusia (por infecciones respiratorias) (50%)• Tendencia a infecciones respiratorias crónicas<ul style="list-style-type: none">▪ Amigdalares▪ Nasales▪ Sinusales
Digestivas (10%)	<ul style="list-style-type: none">• Atresia esofágica• Ano imperforado (3%)• Enfermedad celíaca

Tabla 2. Manifestaciones orales más frecuente asociada al Síndrome de Down

TIPO (% aparición)	Manifestaciones predominantes (% aparición)
Maxilofaciales	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración oral (96%) • Masticación incorrecta (60%) • Bruxismo (45%) • Desviación de la línea media (80%) • Disfunción de la ATM (24%) • Mordida abierta anterior (45%) • Mordida cruzada posterior • Hipotonicidad ligamentosa de la ATM • Tendencia a clase I (46%) y clase III (54%) de Angle • Paladar duro ojival (en omega) (69%)
Tejidos blandos	<ul style="list-style-type: none"> • Paladar blando acortado • Labio inferior evertido y agrietado • Queilitis angular (babeo + dimensión vertical alterada) • Macroglosia (real o relativa) (43%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lengua fisurada ▪ Lengua dentada ▪ Protrusión lingual • Úvula bífida • Tendencia a la fisura palatina
Dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en la erupción <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparición de primera dentición: 9 meses <ul style="list-style-type: none"> - Puede tardar en completarse 5 años - Molares deciduos antes de incisivos - Agenesia de laterales deciduos ▪ Aparición de permanente irregular (15%) • Alteraciones morfológicas (35%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acortamiento coronal (cónicas y pequeñas) <ul style="list-style-type: none"> - Diastemas ▪ Acortamiento radicular ▪ Hipoplasias hipocalcificadas ▪ Cúspides inclinadas de los caninos ▪ Ausencia de cúspides distolinguales de molares inferiores • Alteraciones de número <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agenesias (50%) <ul style="list-style-type: none"> - Laterales superiores - Terceros molares - Segundo premolar inferior - Incisivos inferiores
Periodontales	<ul style="list-style-type: none"> • Periodontitis agresiva • Gingivitis necrotizante • Periodontitis crónica de evolución más rápida



Figura 1: Paciente con síndrome de Down de 32 años. Se observan los ojos en epicanto, la hendidura palpebral oblicua, los pabellones auriculares alados, la implantación posterior del pelo y la interposición lingual en reposo. En las imágenes inferiores pueden apreciarse las agenesias dentarias con dientes deciduos permanentes, la pérdida de soporte periodontal, la mordida abierta anterior y la falta de higiene dental con acumulación muy importante de placa bacteriana.



Figura 2: Mismo paciente de la figura 1. Las imágenes de la izquierda corresponden a la boca del paciente antes del tratamiento y las de la derecha dos semanas después. Obsérvense la permanencia de dentición mixta (55, 75, 85) con grandes desgastes y caries, la presencia de microdoncias y dientes conoides (22), las erosiones generalizadas, las obturaciones antiguas filtradas y la macroglosia. A pesar de las minuciosas instrucciones de higiene a él y sus tutores en las imágenes de la derecha se observa la dificultad en mantener una higiene oral adecuada.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

INSTITUTO DE ESTUDIOS



SÍNDROME DE DOWN Y PERIODONTITIS

- Elevada prevalencia de **periodontitis agresivas**.
- Alteraciones morfológicas de los dientes (**reducción del tamaño radicular**)
- **Gran dificultad en cumplimentar la higiene** (intelectual y física -macroglosia-)
- Alteraciones en la **respuesta tisular e inmune**
- Alterada **quimiotaxis de los PMN**
- **Flora específica similar a periodontitis agresiva** (P.gingivalis, Aac, F. Nucleatum,...)
- **Alta tasa de progresión de la enfermedad, cada 9 años**

En la nueva clasificación de las periodontitis (2018)...

DESÓRDENES SISTÉMICOS QUE TIENEN UN IMPACTO EN LA PÉRDIDA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES AL INFLUIR SOBRE LA INFLAMACIÓN PERIODONTAL	Desórdenes Genéticos	Enfermedades asociadas con desórdenes inmunológicos	Síndrome de Down
			Síndromes de deficiencia de adhesión leucocitaria
			Síndrome Papillon-Lefèvre
			Síndrome Haim-Munk
		Síndrome Chediak-Higashi	
		Neutropenia Grave: <ul style="list-style-type: none"> - Neutropenia congénita (Síndrome Kostmann). - Neutropenia cíclica 	
		Enfermedades inmunodeficiencia primaria: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades crónicas granulomatosas - Síndromes hiperinmuno globulinemia E. 	
		Síndrome Cohen.	
		Enfermedades afectando la mucosa oral y los tejidos gingivales	Epidermólisis bullosa: <ul style="list-style-type: none"> - Epidermólisis bullosa distrófica - Síndrome Kindler Deficiencia Plasminógeno
		Enfermedades afectando el tejido conectivo	Síndrome Ehlers-Danlos (tipos IV, VIII) Angioedema (deficiencia inhibidor-C1) Lupus eritematoso sistémico
Desórdenes metabólicos y endocrinos	Enfermedad de almacenamiento de glucógeno		
	Enfermedad Gaucher		
	Hipofosfatasa		
	Raquitismo hipofosfatemico		
	Síndrome Hajdu-Cheney		
Enfermedades inmunodeficiencia adquirida	Neutropenia adquirida		
Enfermedades inflamatorias	Infección VIH		
	Epidermólisis bullosa adquirida Enfermedad inflamatoria intestinal		
OTROS DESÓRDENES SISTÉMICOS QUE INFLUYE EN LA PATOGÉNESIS DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	Diabetes Mellitus		
	Obesidad		
	Osteoporosis		
	Artritis (artritis reumatoide, osteoartritis.		
	Estrés emocional y depresión		
	Tabaquismo (dependencia nicotina)		
	Medicaciones		
DESÓRDENES SISTÉMICOS QUE PUEDEN PROVOCAR PÉRDIDA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES INDEPENDIENTE DE LA PERIODONTITIS	Neoplasias	Enfermedades	Carcinoma de células escamosas orales
		neoplásicas primarias de los tejidos periodontales	Tumores odontogénicos
			Otras neoplasias primarias de los tejidos periodontales
	Otras desórdenes que pueden afectar a los tejidos periodontales	Neoplasias secundarias metastásicas de los tejidos periodontales	
		Granulomatosis con poliangitis	
		Histiocitosis células Langerhans	
		Granulomas de células gigantes	
		Hiperparatiroidismo	
		Esclerosis sistémicas (esclerodermia)	
	Síndrome del hueso evanescente o fantasma (Síndrome Gorham-Stout).		

Tabla 6. Clasificación de condiciones y enfermedades sistémicas que afectan a los tejidos periodontales de soporte.



- Los pacientes con síndrome de Down tienen una tendencia general notablemente incrementada a la pérdida de implantes que los que no lo padecen
- Los pacientes con síndrome de Down y periodontitis tienen una expresión distinta de genes relacionados con la inflamación que los que no lo tienen
- Los pacientes con síndrome de Down con mayor tendencia a la periodontitis agresiva y a la pérdida de implantes son los que tienen una expresión genética menor de las metalotieninas MT1 y MT2 (moléculas implicadas directamente en el metabolismo óseo)

PARÁLISIS CEREBRAL

“Entidad nosológica que engloba trastornos invalidantes estáticos, no progresivos, causados por una lesión cerebral ocurrida durante los periodos prenatal o perinatal, antes de que el SNC alcance su madurez. El daño se manifiesta como alteración en los centros motores, incluidos los orofaríngeos”

PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA O SENSORIAL (II)

Parálisis cerebral

Características clínicas

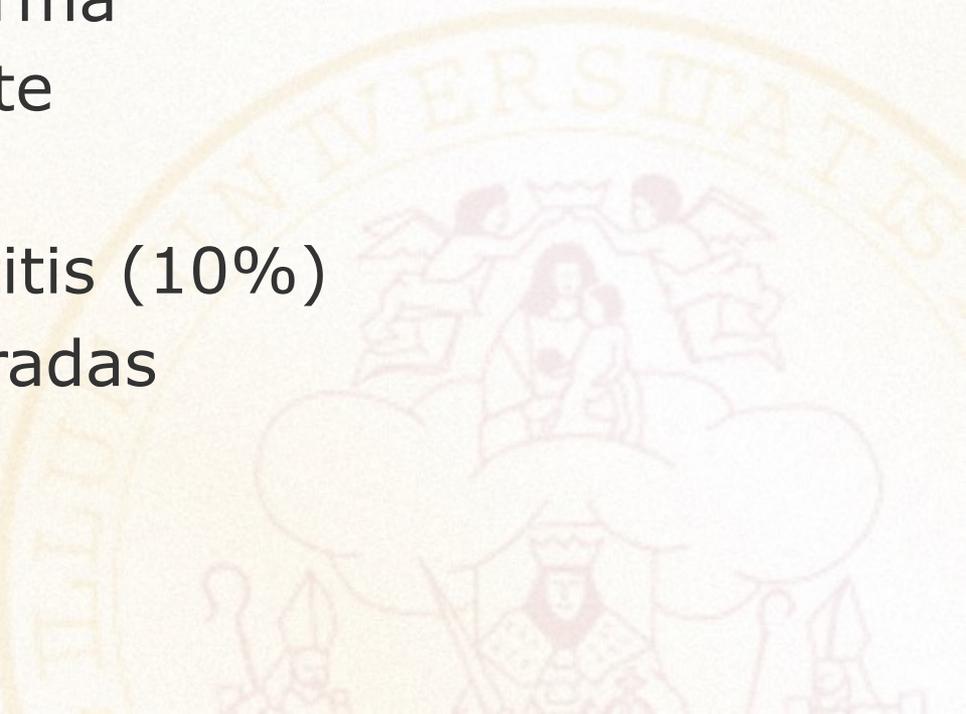
- Alteraciones sensitivas
- Epilepsia
- Retraso mental
- Dificultades con los esfínteres
- Alteraciones en la deglución
- Alteraciones orofaciales
 - Maloclusiones
 - Hipoplasias
 - Traumatismos
 - Caries
 - Parafunciones
 - Gingivitis
 - Hiperplasia gingival
 - Babeo
 - Queilitis

Manejo odontológico

- Multidisciplinar
- Técnicas de manejo
- Sedación
- Anestesia general
- Tartrectomías y profilaxis
- Obturaciones
- Tratamiento periodontal causal
- Eviten tratamientos heróicos
- Control del babeo
- Responsabilidad del control de placa de los tutores

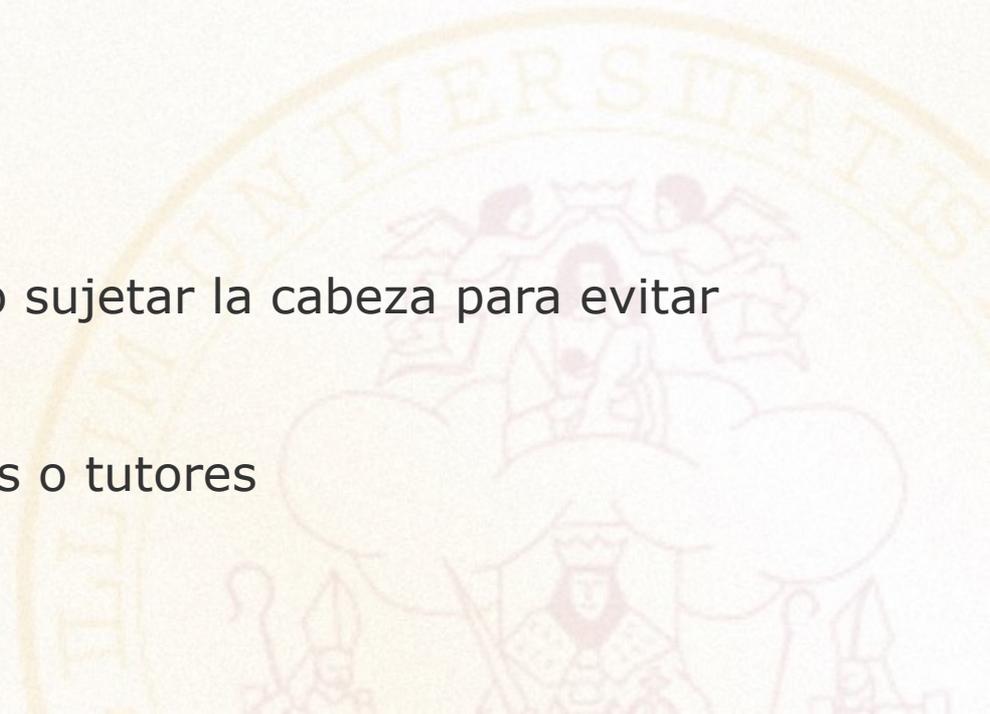
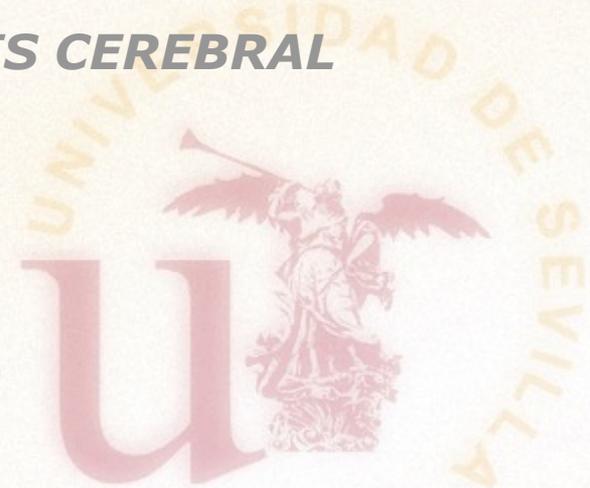
PARÁLISIS CEREBRAL

- 0.05% de la población española
- Lesión cerebral no evolutiva que afecta:
 - Habla
 - Tono
 - Movimiento
- Problemas orales:
 - Anomalías de nº y forma
 - Hipoplasias de esmalte
 - Caries
 - Gingivitis y periodontitis (10%)
 - Maloclusiones abigarradas
 - Bruxismo
 - Traumatismos



MANEJO DEL PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL

- Uso de depresores linguales
- Restricción física (Sujectarle las manos).
- Control de la voz (aumentar el tono)
- No hacerle esperar
- Trabajar muy rápido
- En ocasiones es necesario sujetar la cabeza para evitar posibles movimientos.
- La presencia de los padres o tutores



PACIENTES EPILÉPTICOS

- Traumatismos dentales frecuentes
- Gingivitis e hiperplasias hidantoínicas
- Tendencia a la gingivorragia (farmacológica)
- Displasias en denticiones deciduas y permanentes
- Lesiones en los tejidos blandos
- Xerostomía
- Usen prótesis fija y diques
- No usen lidocaína
 - Crisis en personas susceptibles

***Técnicas y categorías de
manejo del comportamiento.
Clasificación y valoración de
los pacientes***

CLASIFICACIÓN DE LA OMS



NIVEL PROFUNDO:

- 1% (CI < 20-25)
- Etiología anoxia, hemorragia...
- Institucionalizados
- Ayuda para todo y asistencia continuada
- Gran problemática familiar:
 - Rechazo
 - Sentimientos de culpa por institucionalizarlos

CLASIFICACIÓN DE LA OMS



NIVEL SEVERO:

- Etiología médica y/o metabólica
- 7% (CI 20/25-30/40)
- Ámbito motor más desarrollado
- Pueden decir alguna palabra rudimentaria
- Pueden comer solos, no podrán llegar a leer ni escribir
- Siempre necesitarán la ayuda de un adulto

CLASIFICACIÓN DE LA OMS



NIVEL MEDIO:

- 12% (CI 35/40-50/55)
- Etiología diversa: factores médicos y sociales
- Lenguaje bastante fluido, vocabulario muy pobre
- Motricidad desarrollada
- Pueden adquirir conocimientos de escritura rudimentaria y de cálculo.
- Pueden ejercer un trabajo muy pautado y controlado

CLASIFICACIÓN DE LA OMS



NIVEL LEVE:

- 80% CI 50/55-70
- No se les nota físicamente
- Los padres luchan mucho para que no sea deficiente
- Bastante independientes
- Pueden llegar a quinto de Primaria
- Enlentecimiento psicomotriz y para hablar.

- La mayoría pueden ser tratados en el gabinete dental:
 - Queriendo
 - Sabiendo cómo
 - Con paciencia
- Uso de técnicas de **modificación de conducta**
- Uso de **restricción física** moderada
- Uso de **sedación y anestesia general**
 - ¡Cómo recurso!

- **I**: Tratamiento de rutina aceptado sin dificultad
- **II**: Paciente que vacila, pero acepta tras explicación
- **III**: No acepta el tratamiento, no atiende a explicaciones. Se precisa abre bocas o abrazaderas
- **IV**: Necesita restricción física y/o sedación
- **V**: Necesita anestesia general: Hospital
- **VI**: No coopera y necesita muy poco tratamiento: Restricción breve y enérgica.

TÉCNICAS DE CONTROL

- Técnica de comunicación (decir-mostrar-hacer)
- Técnica de modificación de la conducta
- Técnicas de enfoque físico (abrebocas, restricción física)
- Sedación
- Anestesia general

- Buena comunicación
- Confianza de paciente y tutores
- Cuantas explicaciones sean necesarias
- Ambiente relajado y cómodo
- Comiencen el tratamiento cuando lo anterior haya surtido efecto

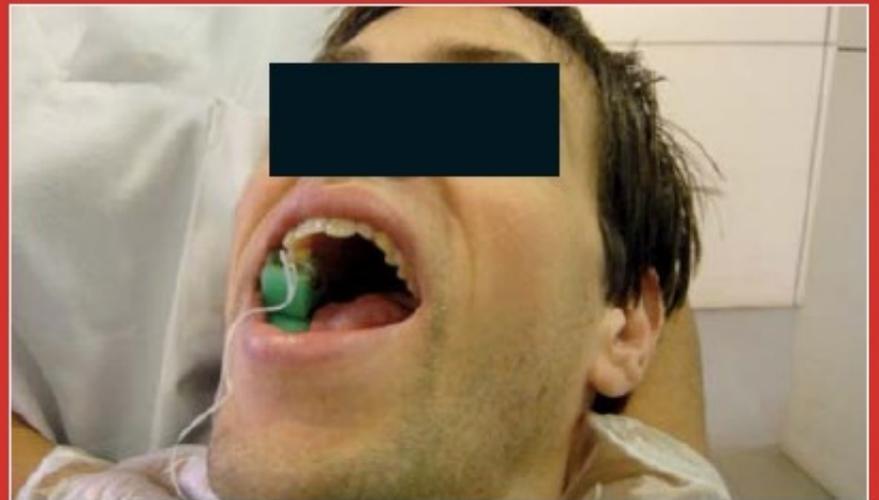


Figura 1: Bloques de mordida.



Figura 2: Abrebocas.

- Siempre siguiendo la normativa legal
- Sólo cuando es absolutamente necesaria
- No debe causar daño físico
- Con autorización expresa de los tutores y consentimiento informado
- Cesen en el momento que los tutores duden o decidan parar



Figura 3: Sujeción Activa. Cintas y férula.



Figura 4: Sujeción de cabeza, manos y pies.



Figura 5: Sujeción de un paciente desde la parte inferior.