

Rehabilitación odontopediátrica en paciente con hidrocefalia y retraso psicomotor

Aguilar-Ayala FJ, Rejón-Peraza ME, Castro-Linares N, Serrano-Piña R.

Clínica de la Maestría en Odontología Infantil, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Yucatán

RESUMEN

Introducción. Los pacientes pediátricos que presentan patologías de base, con frecuencia requieren modificaciones en los protocolos para su atención. El siguiente caso clínico es relevante no solo por las condiciones de hidrocefalia congénita asociada a enfermedad neuromuscular que presenta el paciente, sino por el reto estratégico que involucra a todo el personal que participó en los procedimientos para la rehabilitación del paciente. **Presentación del caso.** Paciente masculino de 5 años de edad con hidrocefalia congénita en evolución, sin tratamiento, se presentó a la Clínica de Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Yucatán con retraso psicomotor severo, anemia y bronquitis. En cavidad oral, presenta caries múltiples de diversos grados e infecciones dentales, así como enfermedad periodontal moderada. La rehabilitación estomatológica fue realizada bajo restricción física, en sillón dental, llevando a cabo un manejo estricto de secreciones y fisioterapia por la afección pulmonar. **Discusión.** La particularidad de este caso clínico, nos orientó a tomar decisiones, que aun cuando se despegaron del protocolo de atención que indicaba anestesia general, nos permitieron la rehabilitación bucal completa, la eliminación del dolor y la desaparición de los focos de infección, acciones que propiciaron la adecuada ingesta de alimentos necesarios para superar el cuadro de anemia y mejorar el estado de salud del paciente,

Palabras clave: hidrocefalia congénita, afección pulpar, restricción física

ABSTRACT

Introduction. Pediatric patients with underlying diseases often require modifications to the protocols of dental care. The relevance of the following case report is about the conditions of congenital hydrocephalus associated to neuromuscular disorders and the challenge that involves the medical and dental staff during the rehabilitation. **Case report.** A Five years old male with congenital hydrocephalus in evolution, without treatment, was presented to the Pediatric Dentistry Clinic at the “Universidad Autónoma de Yucatán”, who presents delays in psychomotor development, anemia and bronchitis. Intra-oral evaluation revealed extensive carious lesions, dental infections and moderate periodontal disease. Dental treatment was performed under physical restraint in dental chair, carrying out strict management of secretions and lung disease physiotherapy. **Discussion** The particularity of this clinical case, directed us to take decisions, that even when it took off from the care protocol indicating general anesthesia, they allowed us to complete oral rehabilitation, the elimination of pain and the disappearance of the foci of infection, actions that led to the adequate intake of food needed to overcome the anemia and to improve the health status of the patient.

Keywords: congenital hydrocephalus, pulp affectation, physical restraint

Solicitud de sobretiros: M. en O. Fernando Javier Aguilar Ayala

Correo electrónico: faguilar@uady.mx

Correspondencia: Calle 61A #492A x Av. Itzáes, Col. Centro, Mérida, Yucatán, México, CP. 97000

Recibido: Agosto 2013 / Aceptado: Noviembre 2013

Artículo disponible en <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V05N2p57.pdf>

Rev Odontol Latinoam, 2013;5(2):57-61

INTRODUCCIÓN

Los niños médicamente comprometidos pueden definirse como aquellos cuyo estado médico es tal que su salud general corre más riesgo (1). Por otra parte, la discapacidad se define como toda restricción o ausencia de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano (2). Las malformaciones congénitas constituyen actualmente un problema de salud que precisa de la profundización en el conocimiento de su patogénesis, pues no solo implica aspectos relativos a la salud de la población, profesión médica y el medio familiar, sino también a afectaciones de índole económico, político y social que imponen al sistema de salud la adopción de medidas más activas. Respecto a este problema se refiere una incidencia de 15 por cada 1000 nacidos vivos (3, 4, 5).

La Hidrocefalia Congénita es un estado patológico que se desarrolla por alteraciones del tubo neural durante la tercera y cuarta semana de vida embrionaria y consiste en un incremento de la cantidad de líquido cefalorraquídeo (LCR) ventricular, debido a un desequilibrio entre producción y absorción del mismo (6). Estos desequilibrios llevan a un aumento de la presión intracraneal con disminución concomitante de la sustancia cerebral (7). La mayoría de los niños con hidrocefalia que sobrevive por un año tendrá un período de vida bastante normal, sin que por esto las secuelas lo lleven a un desenlace inevitable (8). En humanos tiene una incidencia de 3-4 de cada 1000 nacimientos. Sin embargo, el 50% de los pacientes con hidrocefalia la desarrollan en el primer mes de vida (9). En estos grupos de pacientes, que presentan afección de la integridad bucodental, el especialista en esta área debe manejar protocolos que tengan bien establecido el conocimiento de las patologías, así como las precauciones y condiciones ideales de tratamiento tomando en cuenta el entorno biopsicosocial del paciente comprometido (10, 11).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 5 años de edad originario de Motul, Yucatán con diagnóstico base: hidrocefalia

congénita en evolución sin tratamiento; retraso psicomotor severo asociado a enfermedad neuromuscular y bronquitis no resuelta de tres meses de evolución (Figura 1).



Figura 1. paciente de cinco años de edad con hidrocefalia congénita

Entre los Antecedentes heredofamiliares, se tomó en cuenta que la madre era diabética y el padre padecía de etilismo crónico. No menos importante fue el considerar los Antecedentes materno infantiles, como un parto distócico, un niño con bajo peso al nacer, y alimentación al seno materno remplazada con biberón desde los 3 meses a la fecha. Las Condición del paciente, como estatura: 1.07 mts, Peso: 13 kgs, Frecuencia respiratoria: 45 y Presión arterial: 120/80, normotérmico, y el cuadro de inmunizaciones completo, fueron datos importantes en el diagnóstico y plan de tratamiento de este caso clínico. El paciente, acude a la clínica de la Maestría en Odontología Infantil de la FOUADY en brazos de su madre, la que refiere que el paciente no quiere comer y manifiesta dolor en toda la boca; a la inspección general antropomórfica se observa a un niño con bajo peso y talla baja con relación a su edad; alteraciones del lenguaje, motricidad y conducta; incapacidad absoluta de marcha, con aspecto desaliñado. El paciente se muestra en escala de Frankl tipo 1 y con hipotonicidad generalizada.



Figura 2. Órganos dentarios en maxilar superior con múltiples lesiones cariosas con diferentes grados de afectación



Figura 3. Órganos dentarios en maxilar inferior, con múltiples lesiones cariosas con diferentes grados de afectación

A la inspección bucodental se observa caries múltiples de diversos grados en la totalidad de su dentición, presencia de fístulas en diferentes áreas de la mucosa oral, así como higiene oral pobre, enfermedad periodontal moderada y sialorrea. La

madre refiere haber llevado al paciente al centro de salud 3 meses atrás, donde se le diagnosticó anemia y bronquitis aguda, misma que fue tratada con antibióticos; sin embargo, a la fecha de la consulta dental presentó dificultad para respirar, congestión por secreciones en vías aéreas y respiración bucal por obstrucción nasal. Ante esta situación se refirió nuevamente al médico para interconsulta (Figuras 2, 3, 4).

De manera complementaria, se efectuó un análisis de la presencia de los factores de riesgo a caries dental, resultando una exposición elevada, debida a la cantidad y frecuencia de alimentos ricos en carbohidratos, presencia de placa dentobacteriana en la totalidad de los órganos dentarios, desnutrición y bajo nivel socioeconómico entre otros.

Desde la perspectiva médica integral, es prioritario resolver los problemas bucodentales; por lo cual y de manera multidisciplinar, se tomó la decisión de iniciar el tratamiento interventivo, a fin de permitirle al paciente, alimentarse adecuadamente, controlar los focos infecciosos y restablecerse de la anemia.

El protocolo de atención para este grupo de pacientes es rehabilitación estomatológica bajo anestesia general. La situación particular del niño, bajo las condiciones antes descritas, contraindican el uso de la anestesia general, particularmente por las secreciones de las vías respiratorias y la anemia, cuadro que no mejora sin la rehabilitación estomatológica, creándose un círculo vicioso. Ante la imposibilidad de someter al paciente a anestesia general, se propuso el manejo estomatológico en el sillón dental bajo restricción física supervisada y



Figura 4. Signos radiográficos de afectación en tejidos duros y blandos por caries con diferentes grados de profundidad

control de las secreciones por vías nasal y oral con sonda nelaton No. 10; en un periodo de diez días, tiempo en el que el niño estuvo cubierto por antibioticoterapia indicada para el tratamiento concomitante de la bronquitis y las infecciones dentales (amoxicilina trihidratada y ácido clavulánico de 125 mgs/ 31.5 mgs, vía oral en dosis de 4 ml cada 8 horas por 10 días). Esto con la intención de evitar el uso de profilaxis antibiótica en cada cita del tratamiento convencional en sillón dental. La rehabilitación se llevó a cabo (previo consentimiento informado) en cuatro sesiones de 45 a 60 minutos cada una, iniciando en todas con profilaxis bucal, anestesia local de xilocaína con epinefrina al 2% con aislamiento absoluto y posteriormente desinfección con clorhexidina al 0.12 % antes de la obturación y cementación de la corona. De la misma forma se realizó durante cada sesión, la aspiración de secreciones, debido a la cantidad excesiva de flema bronquial que producía el niño.

A continuación se describen las sesiones de tratamiento:

Sesión 1

Se eliminó el tejido cariado de los órganos dentarios (OD) 8.1, 8.2, 8.3, 8.4 y 8.5, se colocó protección pulpar con ionómero de vidrio base y rehabilitación con coronas acero-cromo.

Sesión 2

Se eliminó el tejido cariado de los OD 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, se efectuó pulpectomía con hidróxido de calcio de los OD 7.4 y 7.5 colocando las coronas de acero-cromo a los cinco OD.



Figura 5. Rehabilitación total con coronas de acero cromo en maxilar inferior



Figura 6. Rehabilitación total con coronas de acero cromo en maxilar superior

Sesión 3

Se realizó pulpectomía y obturación con hidróxido de calcio de los OD 5.5 y 5.3; eliminación de tejido cariado de los OD 6.5 y 6.3, se procedió a la colocación de las respectivas coronas acero-cromo; posteriormente se llevaron a cabo las extracciones indicadas de los OD 5.4 y 6.4.

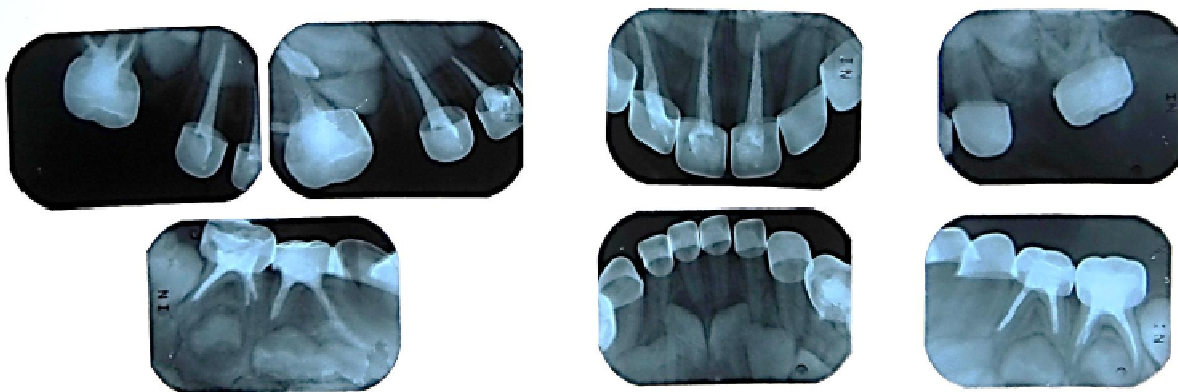


Figura 7. Signos radiográficos de tratamientos pulpares en órganos dentarios del segmento anterior y posterior de ambas arcos.

Sesión 4

Se eliminó el tejido cariado del OD 6.2 así como pulpectomia obturada con hidróxido de calcio de los OD 5.1, 5.2 y 6.1, mismos que se rehabilitaron con coronas de acero-cromo (Figuras 5, 6).

Al término de cada sesión se tomaron radiografías de control (Figura 7).

DISCUSIÓN

La particularidad de este caso clínico, nos orientó a tomar decisiones, que aun cuando se despegaron del protocolo de atención que indicaba anestesia general, nos permitieron la rehabilitación bucal completa, la eliminación del dolor y la desaparición de los focos de infección, acciones que propiciaron la adecuada ingesta de alimentos necesarios para superar el cuadro de anemia, Se evitó la profilaxis antibiótica antes de cada intervención clínica y lo más importante, no se sometió al paciente a anestesia general, con los riesgos que esto conlleva.

Desde el punto de vista biopsicosocial, el niño se encuentra en mejores condiciones de salud general, ganando peso y tranquilo. Permitiendo a la madre el regresó a sus actividades cotidianas sin angustias y motivada a cumplir con el plan de seguimiento y control recomendado.

El exitoso manejo multidisciplinar y coordinado del presente caso de rehabilitación bucal, nos proporciona una alternativa confiable en futuras intervenciones a pacientes con características similares.

REFERENCIAS

1. Ros M. Castaño de Casoretto H. Atención odontológica del niño discapacitado. *Rev Odontol Bonaerense* 1984;7(20):40.
2. Tan-Castañeda N, Rodríguez-Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la practica estomatológica general. *Rev cubana Estomatol* 2001;38(3):181-91
3. Toirac-Romani CA, Salmon-Cruzata A, Musle-Acosta M, Rosales-Fargié Y, Dosouto V. Ecografía de las malformaciones congénitas del sistema nervioso central. *MEDISAN* 2010;14(2):170
4. Hallandrs NS, Wessels MW, Niermeijer MF, Los FJ, Wladimiroff JW. Early fetal anomaly scanning in a population at increased risk of abnormalities. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19(6):570-4.
5. Bordoni N, Escobar A Castillo R. *Odontología pediátrica 1ª ed.* Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
6. Villegas-Adriazola E, Brun-Sanjines J, Arequipa Cubillas G. Causas de hidrocefalia en menores de 13 años de edad. *Rev Soc Bol Ped* 2006;45(2):85-9.
7. Silvestre-Donat FJ, Casal CJ, del Grau-García D, Plaza- Costa A. Manejo dental de los pacientes discapacitados y médicamente comprometidos. *Rev Cubana Estomatol* 2001;38(3):181-96.
8. Kinsman SL, Johnston MV. Hydrocephalus. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011.
9. Castañeyra-Ruiz L, González-Marrero I, González-Toledo JM, Castañeyra M, Paz-Carmona H, Castañeyra-Ruiz A, Carmona EM. La Hidrocefalia Congénita. Consideraciones sobre las vías menores de producción y reabsorción del líquido cefalorraquídeo. *Majorensis* 2012; 8:14-20.
10. Moret Y. Enfermedades genéticas que afectan la cavidad bucal. *Acta odontol venez* 2004;42(1):52-7.
11. García-Flores K, Suarez-Zafra D, De la huerta-Flores K. Panorámica de la atención estomatológica en pacientes discapacitados o especiales. *Rev de ciencias médicas la habana* 2013;19(2):1-9.