

PARALISIS CEREBRAL: **Su impacto en la Cavidad Bucal**



Autor: Dra. Patricia DI NASSO

Profesora Titular Efectiva asignatura Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Magíster en Gestión de Organizaciones Públicas (Especialidad: Educación). Investigadora categoría 3, Especialista en Odontología Preventiva y Social. Coordinadora Area Bebé Especial del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado. Email: patdin@fodonto.uncu.edu.ar

Introducción

Tal es la magnitud y el impacto de los signos y síntomas que van presentando los niños con Parálisis Cerebral que normalmente la región bucal o mejor dicho el área orofacial no son tenidas en cuenta en un primero momento. Por otro lado, la odontología no ha dado respuesta a las patologías orales que acompañan al niño paralítico cerebral y lamentablemente el impacto visual que se produce hace que se ofrezca como única solución a los problemas odontológicos: la anestesia general, las extracciones dentarias múltiples y en definitiva un niño, futuro adulto desdentado que tendrá, dificultades para comer, hablar, sonreír, etc.

Daniel concurrió al consultorio odontológico cuando tenía 9 años, su parálisis cerebral había provocado problemas bucales no muy diferentes de otros niños de su edad, pero seguramente podrían haberse evitado como en otros niños de su edad si se hubieran instalado las medidas preventivas odontológicas adecuadas. Comenzó el tratamiento pero no lo terminó. A los 17 años, volvió a la consulta odontológica después de varios años de haberla abandonado. Su estado había empeorado porque eran las piezas dentarias definitivas las afectadas. Pero ahora la vida de Daniel había cambiado ya que necesitaba sus dientes. Daniel pintaba con la boca y sostenía el pincel con ella. El exponer sus obras en Buenos Aires y haber ganado un premio habían sido el detonante para recobrar su salud bucal perdida.

Relación Parálisis cerebral y salud bucal

La Parálisis Cerebral es una enfermedad crónica del sistema neuromuscular, resultado de un temprano daño cerebral (1). Con el término Parálisis

Cerebral nos referimos a una alteración donde aparece: perturbación del tono muscular, la postura y el movimiento, pudiéndose asociar: problemas clínicos, sensoriales, perceptivos y de comunicación.

Se afecta el encéfalo inmaduro y aunque se define como estática, las manifestaciones clínicas a menudo cambian con el tiempo, conforme madura el Sistema Nervioso Central.

Esta lesión puede suceder durante la gestación (prenatal), el parto (perinatal) o durante los primeros años de vida (postnatal), y puede deberse a diferentes causas, como una infección intrauterina, malformaciones cerebrales, nacimiento prematuro, asistencia incorrecta en el parto, etc.

Es un desorden motor persistente, que aparece generalmente antes de los 3 años de vida, debido a una lesión neurológica no progresiva, que interfiere en el desarrollo normal del cerebro, persistiendo durante toda la vida. Aunque el trastorno motor es el elemento fundamental, va acompañado, en la mayoría de los casos, de trastornos de la inteligencia de tipo perceptivo, de conducta, aprendizaje, etc.

Clasificación e impacto en el complejo orofacial

La clasificación clínica se basa en la naturaleza del trastorno motriz, tono muscular y la distribución anatómica del problema. Para la Odontología nos interesa tener muy claros estos tipos ya que las repercusiones orofaciales son visibles y detectables tempranamente:

1. **Espástica: (65%):** significa rigidez, aumento del tono muscular, se produce normalmente cuando las células nerviosas de la capa externa del cerebro o corteza, no funcionan correctamente. Se subclasifica por su localización en: **Hemiplejía (30%):** unilateral, la mitad izquierda o la derecha del cuerpo está afectada, **Cuadriplejía (30%):** afecta a todas las extremidades, los dos brazos y las dos piernas, **Diplejía (30%):** afecta a las dos piernas, pero los brazos están bien o ligeramente afectados.

*A nivel de la **región orofacial** la rigidez de los músculos provocan sobremordida o mordida cruzada (maloclusiones que son muy difíciles de tratar con aparatos de ortodoncia), empuje de la lengua hacia delante, poliacaries debido a que al tener problemas deglutorios, los alimentos permanecen mucho tiempo en boca antes de ser tragados lo que lleva a que la placa bacteriana desmineralice el esmalte dental. Los trastornos en el tono muscular hacen que les resulte muy difícil la higiene bucal con los cepillos dentales convencionales por lo cual el dentista debe adaptar el mango de ellos para que puedan ser bien tomados por el niño y estimular la autoestima y la autonomía. Esto no asegura una correcta técnica de higiene por lo cual debemos recurrir a los padres para que la completen. Algo muy importante es el uso de pastas dentales. En estos casos es preferible recurrir al uso de enjuagatorios fluorados o antisépticos para humedecer el cepillo, no se recomiendan los dentífricos cuya espuma o sabor fuerte provoquen arcadas o sensación de ahogo en el niño por no poder salivar o enjuagarse debidamente.*

Cuando la parálisis cerebral va acompañada de trastornos convulsivos y el niño ingiere anticonvulsivantes, con frecuencia tienen agregados azucarados para que

puedan ser tolerados por el niño y si no se realiza el cepillado posterior provocará caries futura. Por otro lado estos medicamentos generalmente producen agrandamiento de las encías (hiperplasia gingival por dilantina) que desde el principio hay que controlar con cepillado, masajes gingivales y el uso de antisépticos (clorhexidina) para evitar o demorar la cirugía ya que al no poder evitar los anticonvulsivos las encías pueden volver a crecer.

2. **Atetosis (20%):** se encuentran afectados los núcleos de la base, se caracteriza por movimientos involuntarios prominentes y/o tono muscular fluctuante con coreoatetosis, el subtipo más común, los músculos cambian rápidamente de flojos a tensos. Sus brazos y sus piernas se mueven de una manera descontrolada, y puede ser difícil entenderles debido a que tienen dificultad para controlar su lengua, la respiración y las cuerdas vocales.

A nivel bucal tienen trastornos de la deglución (dificultad al tragar) y del control de la saliva (incontinencia salival). El control inadecuado de los músculos de la garganta, la boca y la lengua conduce a veces al problema de babeo. El babear puede causar irritación grave de la piel, lesiones en los labios (paspaduras), y por ser socialmente inaceptable, puede conducir al aislamiento de los niños afectados. Los fármacos llamados anticolinérgicos disminuyen el flujo de la saliva pero pueden causar efectos secundarios significativos como sequedad de la boca y digestión inadecuada. Por otra parte al disminuir la secreción salival provocan la eliminación de ella como un factor de protección importantísimo contra las caries.

3. **Atáxica (15%):** se afecta el cerebelo, hay dificultades para controlar el equilibrio, y si aprenden a caminar lo harán de una manera bastante inestable. son propensos a tener movimientos en las manos y un hablar tembloroso.

Generalmente concurren a la consulta odontológica cuando por su desequilibrio, caen y se producen traumatismos, especialmente en los dientes anteriores. Como medida preventiva se puede recurrir a protectores bucales como los que usan los deportistas. Por otra parte, en general estas disfunciones neuromusculares pueden provocar que el niño rechine los dientes (bruxismo) que de acuerdo a la fuerza se escuche como fricción, en estos casos puede recurrirse a placas de relajación que deberán cambiarse periódicamente ya que son perforadas después de un tiempo.

MOTRICIDAD BUCOFACIAL

Cuando estamos en presencia de un niño con trastornos de tipo motor, el primer paso es realizar una evaluación del área bucomaxilofacial. Podríamos partir de acuerdo a la complejidad de la afectación en 4 grados:

- I Defectos articulares discretos**
- II Articulación dificultosa pero todos entienden al paciente**
- III Sólo lo entienden los familiares más próximos o personas acostumbradas a estas dificultades**
- IV La expresión oral es imposible. Dificultades graves para la alimentación**

Regulación

Cuando la Motricidad Orofacial está alterada el niño utiliza los medios perceptivos motores que están a su alcance por lo cual se produce un aumento de los movimientos anormales existentes. Un ejemplo, se da en aquellos niños con tendencia a la protrusión lingual (llevar la lengua hacia delante) al observarlo con atención veremos que saca más la lengua.

Alimentación: Podemos encontrar dificultades funcionales en los siguientes momentos: En la succión, al tomar alimentos, para retener alimentos y saliva, cuando se produce la masticación y mezcla de alimentos, para tragar líquidos y en la deglución (al **Prender, Masticar o Deglutir (transporte)**).

ALTERACION de la MOTRICIDAD BUCOFACIAL

1) EXTENSION ACTIVA del CUELLO

Trastornos funcionales	
Por postura patológica del eje corporal Cierre imperfecto de la tráquea	<i>falsas rutas tos</i>
Estiramiento de los músculos que descienden el maxilar y dificultad para cerrar las arcadas dentarias	<i>Se estira la base de la lengua, que se deforma y se forman 2 canales directos a la laringe.</i>

2) CONTRACCION de MUSCULOS del CUELLO

Trastornos funcionales	
Maxilar superior hacia atrás, limitación del movimiento anteroposterior de la mandíbula	<i>La mandíbula se ubica en una posición hacia tras (retrognatismo)</i>
Disminución de movimientos de mejillas	<i>Dificulta succión y posteriormente, la mezcla del bolo</i>
Limitación de los movimientos de la lengua	<i>Succión, mezcla del bolo y transporte de bolo ineficaces</i>
Cuello extendido	<i>Boca abierta Arcadas dentarias sin contacto Se altera el transporte del bolo</i>
Los labios no se juntan	<i>Succión alterada Dificultad en retención de alimentos y saliva</i>

3) CONTROL de la PARTE ANTERIOR INEXISTENTE o INSUFICIENTE

Traerá como consecuencia: *Succión y mezcla de alimentos ineficaces, alimentos pegados al paladar, depósito de saliva*

4) APERTURA ACTIVA y EXAGERADA de BOCA ASOCIADA a PROTRUSIÓN de LENGUA

Traerá como consecuencia: *Succión poco eficaz, si contacta la cuchara protruye la lengua (se va hacia delante) y empuja alimentos hacia fuera, traga sólo una parte y expulsa el resto. Cuando la cabeza se inclina hacia atrás, los alimentos descienden sin control hacia la faringe*

5) HIPOTONIA de LABIOS

Traerá como consecuencia: *Labios no cierran y el líquido se escapa por las comisuras, no se pueden tomar los alimentos de la cuchara o el tenedor y se produce el escape de saliva o alimentos semilíquidos*

POR DONDE EMPEZAMOS?

La Odontología tiene mucho que aportar además de la prevención de caries y enfermedad de las encías, pero siempre trabajando en conjunto con otros profesionales de la salud. Antes de encontrarnos con el niño enfermo en el consultorio, muchas cosas podrían hacerse. Aquí van algunas sugerencias:

ADQUISICION de la MASTICACION

Al estar la cabeza en posición exagerada hacia atrás porque predominan los músculos extensores del cuello es fundamental lograr un ESTADO de RELAJACION a través de:

- Cabeza 40° con el tronco
- Relajar la mandíbula moviéndola hacia abajo y adelante
- Relajar los músculos de las mejillas (maseteros) con movimientos hacia abajo y arriba de la mandíbula con apenas un contacto ligero de dientes

Permitirá al niño un estado de bienestar y alcanzar una comunicación a través de la mirada, por lo cual, el otro deberá colocarse a su altura.

Qué ejercicios podemos aplicar?

(siempre a partir del juego con el niño)

Lograremos:

<i>Contacto del dedo del adulto sobre el labio del niño</i>	Cierre labial
<i>Golpeteo del contorno de labios</i>	Apriete labial
<i>Contacto del dedo con mucosa labial</i>	Labios avanzan hacia delante La lengua avanza y la punta toca el dedo
<i>Dedo en el borde lateral de la lengua en zona de premolares</i>	La lengua retrocede (es útil para triturar empujando el alimento en premolares)
<i>Dedo en parte media de la lengua</i>	Se forma un canal que sube al paladar y aparece la succión

SUCCION

- Maxilar inferior realiza movimientos anteroposteriores
 - Participan mejillas
- Presión de labios rodeando el dedo

PRIMERAS ESTIMULACIONES

Tener en cuenta la sensibilidad del niño al contacto cutáneo

1) Tocar con suavidad la cara

*1° Desde la zonas más alejadas de la boca
Luego llegar al **labio inferior** pero deslizándose desde las mejillas (porque tienen menos
corpúsculos sensitivos que el labio superior y las alas de la nariz)*

COMIDAS

Niño autoválido: a los 3 años consigue:

- Alimentarse con cuchara solo
- Beber con jarra con asa

En el niño con alteración motora del eje del cuerpo, miembros superiores y región orofacial deben reducirse las dificultades al comer con las siguientes recomendaciones:

- *Niño sentado, estable, altura suficiente con relación a la mesa.*
 - *Forma y dimensión de asientos*
- *Mesa en forma de U invertida, para estabilizar el tronco y apoyar los brazos*
 - *Superficie antideslizante sobre la mesa*
 - *Adaptar la cuchara (mango para mejorar el agarre)*
 - *Vaso con 1 o 2 asas y con tapa*

Los Beneficios de Trabajar en Equipo

Es sumamente importante que todos los que trabajan con el niño con Parálisis Cerebral compartan información e intercambien saberes y opiniones acerca de los avances o retrocesos de las intervenciones terapéuticas.

Por supuesto que cuanto antes se realice el diagnóstico y se instale un **Programa de Atención Temprana** menor será el tiempo en que se interioricen hábitos patológicos que luego resulten más difícil de corregir.

Los Padres, los Educadores, Médicos, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Terapeutas del Lenguaje, Psicólogos, Terapeutas ocupacionales y por supuesto Odontólogos conforman un Equipo de Salud , todos tienen la información vital que necesita ser tomada en cuenta cuando se formule el programa para el niño.

BIBLIOGRAFIA

Koch, Modeer, et. Col. **Odontopediatría: Enfoque clínico**. Ed. Panamericana, Argentina, 1994.

Zuluaga, J. **Neurodesarrollo y Estimulación**, Ed. Panamericana, 2004

Costa de Souza, A., Ferraretto, I., **Paralísia Cerebral: aspectos práticos**, Memnon Ediciones científicas, Brasil, 1998

Le Métayer, M., **Reeducación Cerebromotriz del Niño Pequeño**: Educación terapéutica, Ed. Masson, 1995