

Paciente con deficiencia intelectual; manejo periodontal

González Jáuregui Miguel Ángel,* Pacheco Paredes Yadira Thereza.**

Resumen

La deficiencia intelectual se considera un trastorno del desarrollo la cual inicia antes de los 18 años; disminuye capacidades motrices, sensitivas y funcionales del individuo que imposibilita realizar funciones cotidianas por sí como el cuidado de la cavidad bucal; disminuyendo su calidad de vida. El objetivo es describir el manejo periodontal del paciente con deficiencia intelectual; basado en un adecuado y temprano diagnóstico; así como el empleo de estrategias que promuevan la motivación. Acude a la consulta paciente masculino con deficiencia intelectual; se diagnóstica con periodontitis crónica leve. Iniciando con una crucial fase 1, se instruyen medidas de higiene junto con su familia. Posteriormente es intervenido mediante desbridamientos en la fase quirúrgica y finalmente una fase de mantenimiento. El éxito del tratamiento depende de factores sociales, familiares, y bucales como alta incidencia de caries y problemas periodontales por un gran índice de placa dentobacteriana; los tratamientos deben proyectarse individualmente a partir del diagnóstico familiar, psicológico, médico y bucal. El manejo periodontal depende del control de placa; los pacientes con deficiencia intelectual son dependientes de su entorno. Es esencial incluir un programa de mantenimiento para evitar la recurrencia y progresión de la enfermedad periodontal a largo plazo.

Palabras claves: Deficiencia intelectual, placa dentobacteriana, periodontitis, desbridamiento, mantenimiento.

Abstract

Intellectual deficiency is considered as a disorder that develops before 18 years old; It decreases the individual's function, sensibility and functional capacities, which makes it hard to perform daily functions on his own such as toothbrush; decreasing their life quality. The goal is to describe the periodontal management of patients with intellectual disability; based on an adequate and early diagnosis; and the use of strategies that promote motivation. Male patient with intellectual disability is diagnosed with slight chronic periodontitis is treated with hygiene measures (taught together with the family). Subsequently it is operated by debridement in the surgical phase. The success of the treatment depends on social, family and oral factors such as high incidence of caries and periodontal problems due to a high index of dentobacterial plaque; Treatments should be designed individually from family, psychological, medical and oral diagnosis. Periodontal maintenance depends on plaque control; patients with intellectual disability are dependent on their environment. It is essential to include them in a program to prevent the recurrence and progression of periodontal disease in long term.

Key words: Intellectual deficiency, dentobacterial plaque, periodontitis, debridement, maintenance.

* Estudiante de la Especialidad de Periodoncia de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

** Catedrática de la Especialidad de Periodoncia de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Correspondencia: Miguel Ángel González Jáuregui e-mail: migueljau@gmail.com

Recibido: Mayo 2017 Aceptado: Octubre 2017

Introducción

La deficiencia intelectual se considera como una limitación en el funcionamiento humano para realizar actividades típicas de cualquier persona, por tal motivo el individuo requiere ayuda externa se manifiesta en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta incapacidad se origina antes de los 18 años durante el periodo de desarrollo.¹

De acuerdo a la clasificación del funcionamiento, discapacidad y de la salud (ICF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término "deficiencia" designa las limitaciones en el funcionamiento humano para realizar actividades en la vida normal de una persona. La "discapacidad" puede resultar en la restricción en una o más de las tres dimensiones del ser humano: estructuras y funciones del cuerpo, actividades personales y la participación.²

Las limitaciones mentales, físicas y sensoriales que manifiestan estos pacientes requieren de una atención especial odontológica y periodontal; se ven afectados los órganos dentales por caries, gingivitis y periodontitis

por lo tanto se deben crear estrategias convencionales como el uso de pastillas reveladoras, controles personales de placa dentobacteriana y alternativas: empleo del cepillo eléctrico y uso de aditamentos como irrigadores bucales. El método convencional del plan de tratamiento odontológico no se modifica sino se usan alternativas en mejorar la comunicación, interacción y motivación para establecer una relación odontólogo paciente familia más efectiva.^{3,4}

Los pacientes con deficiencia intelectual pueden ser tratados en el sillón dental mediante musicoterapia, técnicas restrictivas, sedación y anestesia general, siendo esta la última opción. Se requieren estrategias de comunicación como lenguaje de señas, escritura, uso de braille, lectura de labios y estimulación sensorial al paciente además de una motivación constante tanto al paciente como a los familiares de este; mediante refuerzos positivos a los logros y avances; el empleo de fotografías para ver cambios del antes y después en tejidos duros y blandos.^{5,6}

Descripción del caso

Acude a la consulta paciente masculino de 36 años de edad con dificultad en el habla, marcha; acompañado de su padre a revisión; se remite al postgrado de periodoncia. Se realiza la historia clínica encontrado un trastorno del desarrollo de deficiencia intelectual; no refiere alguna enfermedad sistémica. Es compleja la comunicación por parte del paciente debido a la dificultad en la emisión de sonidos; por lo que se emplea el uso de lectura de labios y escritura mediante aparatos electrónicos. A la exploración clínica se observa sangrado al hablar, resaltó la presencia múltiple de cálculo, cambios de coloración rojiza sobre las encías; no manifiesta dolor. Al momento de realizar el control personal de higiene se tiñe un 100% de placa dentobacteriana; encontrando una deficiente técnica de cepillado (Figura 1).

Al sondeo inicial hay bolsas periodontales de 5, 7, 9 mm. en el maxilar superior y bolsas periodontales de 4 y 5mm. en el maxilar inferior. Hay movilidad Miller grado 1 en maxilar superior posterior; movilidad Miller grado 2 en el sector anterior inferior y sangrado al sondeo en las 6 caras de todos los órganos dentarios. El estudio radiológico constó de una serie de radiografías periapicales y una ortopantomografía. Radiográficamente hay una sugerencia de pérdida leve ósea. El diagnóstico periodontal es una periodontitis crónica leve generalizada y una periodontitis crónica moderada localizada en el sector anteroinferior (figura 2).

Es explicado al paciente junto con su padre sobre el padecimiento, severidad, plan de tratamiento y costos. Son comprometidos a trabajar en equipo dentista-paciente-familia. La técnica de cepillado indicada es Bass modificado a paciente y familiar; indicando el uso de cepillo eléctrico en conjunto con auxiliares de higiene como irrigadores bucales; cepillo interproximal e hilo dental. En cada cita se hace control de placa; refuerzo de técnica de cepillado y motivación al paciente.

El paciente empieza a la par del tratamiento odontológico-periodontal con terapia psicoanalista y tratamiento médico. En cual se observa mejoría notoria y progresiva. Se programan citas por la mañana y de corta duración; se obtiene una buena aceptación y adaptación al tratamiento (Figura 3).

Se realizan raspados y alisados radiculares mediante el uso de instrumentos ultrasónicos y la remoción del cálculo subgingival con curetas específicas de sitio "gracey". Posterior a 4 semanas se inicia la reevaluación; muestra un índice de placa de 25% el cual fue

disminuyendo progresivamente conforme se avanzó con el tratamiento (figura 4).

A la reevaluación en el sondeo, persisten bolsas periodontales de 4mm. no sangrantes en mandíbula y una disminución de movilidad Miller tipo 1 en el sector anteroinferior. En el maxilar superior persistieron bolsas periodontales activas de 6 y 5 mm. de profundidad con sangrado al sondeo. El paciente muestra una mejoría en su autoestima por tener una sonrisa más saludable y estética. Hay evidencias de mejoría en los tratamientos médicos, psicológicos y periodontales (figura 5).

Una vez concluida la fase higiénica; se progresa a la fase quirúrgica en la cual se realiza un tratamiento de tipo resectivo: desbridamientos de 1 y 2 cuadrante; se levanta un colgajo a espesor total y se remueve el cálculo subgingival y tejido de granulación; se sutura con poliglactina 910; se receta como cuidado postoperatorio el uso de clorhexidina en gel al 0.20% (figura 6).

A la reevaluación post quirúrgica se arrojan datos favorables; encontrando bolsas de 4mm no activas en maxilar superior y movilidad grado 1 Miller en maxilar inferior. Una vez concluido con éxito la fase quirúrgica, el paciente entra a una fase de mantenimiento periodontal; que incluyen visitas periódicas cada 3 meses para realizar una revisión de la higiene personal, observar algún cambio patológico en cavidad oral, sondeo y evaluación periodontal; así como la remoción de placa y cálculo (figura 7).

Discusión

Existe una directa relación entre la dinámica interfamiliar de las personas con deficiencia intelectual con el índice de placa dentobacteriana.^{7,8,9,10} Se debe tener en cuenta que las estrategias empleadas para lograr un tratamiento exitoso se plantean en forma personalizada por la vulnerabilidad del paciente. El enfoque debe ser en equipo multidisciplinario, el médico general, psicólogo, odontólogo con el fin de garantizar una mejor calidad de vida. Se debe determinar el vínculo familiar y socioeconómico para localizar las limitaciones cognitivas y trabajar en lograr una inclusión a la sociedad.¹¹

El tratamiento estomatológico propiamente dicho que se ofrece a estos pacientes es en la mayoría de los casos, el mismo que se le brinda a cualquier otra persona pero se pone énfasis en los métodos preventivos de control de enfermedades, como la caries dental y la enfermedad periodontal. Se debe trabajar



Figura 1. Fotografía intraorales donde se observa presencia de cálculo en zona anteroinferior y sobremordida.

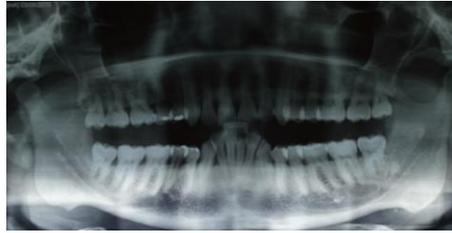


Figura 2. Radiografía panorámica.



Figura 4. Raspado y alisado radicular subgingival mediante curetas Gracey.



Figura 3. Control personal de placa, refuerzo de técnica de cepillado y motivación.



Figura 5. Fotografías intraorales posteriores a la fase 1.



Figura 6. Fase 2 quirúrgica, desbridamiento del 1 y 2 cuadrante para eliminar bolsas activas persistentes.

al paciente con otros especialistas médicos para tratar el estado sistémico, terapia psicológica para trabajar en la autoestima y comunicación del paciente. El tratamiento integral de las diferentes especialidades con los familiares del paciente; predeterminantes del éxito del tratamiento. El uso de cepillo eléctrico y auxiliares de higiene oral son más viables que el cepillado manual en el control de placa. Se encuentran índices de placa dentobacteriana más altos y a la vez de problemas periodontales y caries en personas con disfunción familiar moderada y niveles más bajos en familias con disfunción de tipo leve. Es esencial involucrar a la familia en el tratamiento y lograr vínculos positivos hacia el paciente.^{9,10,12-15}

Crear estrategias para motivar al paciente y mejorar la comunicación es esencial para lograr los objetivos de un tratamiento exitoso a largo plazo; tales como



Figura 7. Fotografías intraorales en fase 3 de mantenimiento periodontal donde se observa un resultado exitoso.

musicoterapia, lenguaje en señas, lectura de labios, escritura por medio de medios electrónicos. Se debe adecuar a cada paciente y a cada situación conforme vaya progresando el tratamiento.

Referencias

1. Jacobson J. Review of "Mental Retardation: Definition, Classification, and systems of supports". *American Journal of Mental Retardation* 1994; 98:539-541.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). 58a Asamblea Mundial de la Salud. Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Informe de la Secretaria. 2005;17:1-3.
3. Horwitz S, Kerker B, Owens P, Zigler E. The health status and dental needs. Chapter Dental health among individuals with mental retardation. *Special Olympics Inc* 2001; 12-18.
4. Escobar J, Eslava G. Descripción y análisis de las condiciones de HO y gingival en jóvenes de 7 a 17 años con síndrome de Down y retardo mental moderado institucionalizados. *Rev CES Odont* 1997;10(1):1-8.
5. Martens L, Marks L, Goffin G. Oral Hygiene in 12-years-old disabled children in Flanders, Bélgica. *Rev Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2000; 28: 73-80.
6. Tan N, Rodríguez A. Correspondencia sobre la Formación Académica del Estomatólogo en relación a la Atención de Pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. *Rev. Cubana Estomatol* 2001;38(3):181-191.
7. Henao C, Gil L. Calidad de vida y situación de discapacidad. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 2009;14:112-125.
8. Pérez V, Parra L. El impacto del déficit mental en el ámbito familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]* 2007 Septiembre. [Fecha de acceso 5 de julio de 2010]; 23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300002&lng=es.
9. Shyama M, Al-Mutawa S, Honkala S, Honkala E. Supervised toothbrushing and oral health education program in Kuwait for children and Young adults whith Down síndrome. *Spec Care Dentist* 2003; 23(23):94-9.
10. Altun C, Guven G, Akgun, OM, Akkurt, MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent* 2010;4:361-366
11. Blacher J, Baker B, MacLean Jr. W. Positive Impact of Intellectual Disability on Families. *Rev AJMR* 2007; 112 (5):330-348.
12. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006;35-1:23-29.
13. Bennet T, De Luca D. Families of children with disabilities: Positive Adaptation Across the Life Cycle. *Journal of Family Nursing* 1999; 5: 275.
14. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15:303-311.
15. López M, Orueta R, Gómez-Caro S, Sánchez A, Carmona J, Alonso F. The caregiver burden and its repercussions on quality of life and health. *Rev Clin Med Fam [en línea]*. 2009 Junio [Fecha de acceso 10 de enero 2017];2(7): 332-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es. doi: 10.4321/S1699-695X2009000200004.