

15. Parálisis Cerebral

Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger

Definición y epidemiología.

La Parálisis Cerebral (PC) corresponde a un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura que generan limitación en la actividad, determinados por una lesión cerebral de carácter no progresivo, acaecida en un cerebro inmaduro en período prenatal, perinatal o postnatal, previo a que el sistema nervioso central complete su desarrollo. Puede afectar a la sensación, la percepción, la cognición, la comunicación y el comportamiento. El control motor voluntario puede ser perturbado por espasticidad, disquinesia, hiperreflexia, activación excesiva de músculos antagonistas, malformaciones musculoesqueletales y paresia.¹ Su incidencia es de 2 - 2.5 por 1000 nacidos vivos² y la prevalencia se ha reportado de hasta 5 por 1000 habitantes.

Manifestaciones generales.³

Junto con la alteración motora se puede encontrar una serie de complicaciones médicas, entre ellas:

- **Motoras:** Característica principal de la PC. Varía según descrito en párrafo anterior.
- **Neurológicas:** Retardo mental de diferente grado (50-70%), síndromes convulsivos (50%), espasticidad, alteraciones sensoriales: visuales (20-60%) y auditivas (15-20%), trastornos del aprendizaje, alteraciones del lenguaje, trastornos del ánimo y depresión.
- **Respiratorias:** Episodios frecuentes de enfermedades agudas intercurrentes del tracto nasofaríngeo y respiratorio (ej. Neumonía).
- **Gastrointestinales:** Disfagia / afagia, reflujo gastroesofágico, constipación, malnutrición
- **Nefrourológicas:** Infecciones urinarias recurrentes, enuresis y trastornos vesicales.
- **Ortopédicas:** Escoliosis o cifosis, luxación de cadera, contracturas musculares o articulares secundarias a la espasticidad, osteoporosis.

Manifestaciones Orales.

- Sialorrea o salivación excesiva como consecuencia de una disfunción en la deglución, no por producción excesiva de saliva. La prevalencia varía del 10% a 58% de las personas y puede afectar significativamente su calidad de vida.²
- Erosiones dentales se pueden presentar hasta en un 58% de los molares. Esta erosión puede ser una manifestación de reflujo gastroesofágico y debe ser estudiada o derivada apropiadamente.
- Maloclusiones: presente en 59-92% de las personas.² Asociado a respiración bucal e incompetencia labial. Mordida abierta: En niños 3 veces más frecuente que personas sanas, pero proporción disminuye con la edad.
- Bruxismo: Algunos estudios reportan mayor prevalencia que en personas sanas. Se ha planteado que la severidad del bruxismo puede ser proporcional a la severidad de la PC.²
- Enfermedad periodontal: Mayor incidencia respecto de la población de niños sanos. Se explica por movimientos involuntarios, reflejos patológicos (vómito, mordida) e incapacidad de manipular un cepillo dental que resultan en una mala higiene oral.
- Agrandamiento gingival: Inducida por fármaco antiepiléptico (Fenitoína) y asociada a placa bacteriana debido a una higiene bucal deficiente.

- Mayor prevalencia de traumatismo dento alveolar (9,2% - 57% de las personas con PC) ²
- Caries: La evidencia científica muestra resultados disímiles. Algunos estudios presentan mayor prevalencia y otros menor prevalencia de caries en este grupo de pacientes. La prevalencia de caries está influida por la consistencia de la dieta y la función oromotora. ²
- Otros: Además se ha reportado retardo en la erupción dentaria, atriciones, hipoplasias del esmalte y subluxación espontánea de la articulación témporo mandibular.

Precauciones en el manejo Odontológico. ³

- Acceso: adaptaciones como rampas, puertas anchas, barandas, reclinador de silla de ruedas.
- Comunicación: Conocer lenguaje de cada persona, apoyándose en el acompañante. Uso de símbolos, imágenes. Alternativas si / no. Uso de comunicación alternativa aumentativa.
- Movimientos impredecibles: Uso de apoya mordidas.
- Educación: implementos especiales, como por ejemplo: cepillos de 3 caras, enjuagues en spray.
- Dieta: Cariogenicidad generalmente correlacionada con autonomía del individuo en la elección de sus alimentos. Personas con poca autonomía dependen de la dieta entregada por el cuidador y los hábitos en salud de éste. Hay que realizar consejería sobre ingesta de azúcares, especialmente considerando los fármacos y su vía de administración: por ejemplo jarabes de uso crónico.
- Gastrostomía: mantener buena higiene oral.
- Disfagia: Protección de vía aérea, uso de succión de alta potencia y vigilar posición.
- Fatiga - Concentración: atención temprano en la mañana, sesiones cortas.
- Posición: Procurar una posición cómoda para el paciente para evitar espasmos musculares.
- Emergencias médicas: Tener presente historia de crisis convulsivas del paciente y riesgo de asfixia por elementos externos en la vía aérea dado las alteraciones a los reflejos protectores de la vía aérea.



Imagen 11 Odontólogos capacitados en Santiago, Hospital el Carmen, Mayo 2015

Referencias

1. Richards CL, Malouin F. Cerebral palsy: definition, assessment and rehabilitation. *Handb Clin Neurol*. 2013;111:183-95.
2. Sehwat N, Marwaha M, Bansal K, Chopra R. Cerebral palsy: a dental update. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2014 May;7(2):109-18.
3. Special Care in Dentistry Handbook of Oral Healthcare. Crispian Scully, Pedro Diz Dios, Navdeep Kumar. Elsevier 2007