



“SALUD DENTAL, SALUD MENTAL: CUANDO TODOS LOS PACIENTES SON ESPECIALES”

“Dental health, oral health: when all patients are special”

AUTORA DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO:

ROCIO SÁNCHEZ VALLEJOS

TUTOR DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO:

ALEJANDRO CARLOS DE LA PARTE SERNA

(Departamento de Cirugía, Área de Estomatología)

RESUMEN

El cuidado de la salud bucodental supone un aspecto fundamental para considerar el estado de cualquier individuo como saludable. Sin embargo, las condiciones neurológicas particulares de ciertos pacientes parecen afectar directamente no solo en el desarrollo de problemas orales, si no en la manera en la que se les ofrece las prestaciones de salud bucodental.

Es por ello por lo que se pretende dirigir este Trabajo Fin de Grado hacia la secuencia terapéutica aplicada a dos pacientes del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, con condiciones de autismo severo y esquizofrenia respectivamente, enfocándonos específicamente en el manejo clínico que hay que prestar. Junto con ello se pretende lograr que los pacientes alcancen la mejor situación bucodental posible, prestando especial atención a los aspectos preventivos dentales

ABSTRACT

Oral health care is a fundamental aspect to consider the state of any individual as healthy. However, the particular neurological conditions of certain patients seem to directly affect not only the development of oral problems, but also the way in which oral health services are offered to them.

That is why it is intended to direct this Final Degree Project towards the therapeutic sequence applied to two patients of the Dental Practices Service of the University of Zaragoza, with conditions of severe autism and schizophrenia respectively, focusing specifically on the clinical management that needs to be given to them. Together with this, it is intended to ensure that the patients achieve the best possible oral situation, paying special attention to preventive dental aspects.

LISTADO DE ABREVIATURAS

ASA	Sociedad Americana de Anestesiología
AAP	Asociación Americana de Periodoncia
EFP	Federación Europea de Periodoncia
SNC	Sistema Nervioso Central
ATM	Articulación Temporomandibular
TEA	Trastornos del Espectro Autista

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

- a. Objetivo general
- b. Objetivos específicos

3. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO 1

- a. Anamnesis y motivo de consulta
- b. Exploración
 - i. Extraoral
 - ii. Intraoral
 - iii. Pruebas complementarias
- c. Diagnóstico
- d. Pronóstico
- e. Opciones terapéuticas

4. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO 2

- a. Anamnesis y motivo de consulta
- b. Exploración
 - i. Extraoral
 - ii. Intraoral
 - iii. Pruebas complementarias
- c. Diagnóstico
- d. Pronóstico
- e. Opciones terapéuticas

5. DISCUSIÓN

6. CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La salud oral es el punto de partida para tener un estado de salud y bienestar general en todo el organismo, y hoy en día esta no podría circunscribirse únicamente al estado de la dentición. Por ello, se puede afirmar que, como demuestran cada vez más estudios científicos, la salud general empieza desde la cavidad bucal.¹

Una persona con discapacidad es aquella que tiene un impedimento físico, mental, intelectual o sensorial a largo plazo, y que al enfrentarse a tantas barreras, puede ver mermada su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con la población en general.^{2,3}

El autismo, que se encuentra en tercer lugar tras la discapacidad intelectual y la parálisis cerebral como los trastornos del desarrollo más comunes, se conoce como el retraso o completa falta del desarrollo lingüístico y de la atención, y por tanto, de la capacidad de comunicación.⁴

Etiológicamente, se ha reportado que la genética, deficiencia de vitamina D, infección post-encefálica y factores autoinmunes se relacionan con el desarrollo del autismo, que influencia diversas partes del cerebro, especialmente la región responsable del aprendizaje y mejora de habilidades comunicativas. Puede acontecer solo o en asociación con enfermedades orgánicas o trastornos metabólicos que afectan al SNC.^{4,5}

El término “autista” se referirá entonces a toda persona que, independientemente de su edad, presente cuatro características esenciales que se manifiesten en los primeros años de vida:

- Regresiones o interrupciones en la secuencia y velocidad del desarrollo
- Alteraciones en las respuestas a estímulos sensoriales y en la propiocepción
- Trastornos en el lenguaje cognitivo, y también en la comunicación no verbal
- Relación inadecuada con las personas y objetos que los rodean⁵

Este tipo de pacientes no suelen presentar patologías bucodentales características de su condición; sin embargo, debido a los cuidados orales deficientes, a una mala coordinación de la lengua o al empaquetamiento de restos alimenticios de forma prolongada, se favorece el desarrollo de caries, gingivitis, o incluso enfermedad periodontal.^{4,5}

Asimismo, el manejo odontológico de estos pacientes resulta complicado por las alteraciones en la comunicación y lenguaje, contribuyendo esto al desarrollo de más patologías orales por imposibilidad de tratamiento. Para minimizar estas situaciones, se considera conveniente

tratarlos en un ambiente de rutina, por el mismo profesional en condiciones repetitivas, además de darle prioridad a los aspectos preventivos.⁵

Otra patología con gran repercusión mental es la esquizofrenia, que se trata de un trastorno psiquiátrico severo que afecta a las funciones superiores del cerebro. Se caracteriza por la presencia de disociaciones en el proceso de pensamiento y/o en las respuestas emocionales, pudiendo seguir una progresión continua o episódica.⁶

Esta enfermedad se da en un 1% de la población general en el mundo, y es una de las principales causas de discapacidad en personas entre los 15 y 44 años.

La etiología de la esquizofrenia no es aún suficientemente clara, sin embargo, se considera que es una combinación de factores potenciales genéticos, biológicos, psicológicos y socio-ambientales.⁷

Es una patología crónica que requiere tratamiento médico y seguimiento a largo plazo, resultando esto en consecuencias físicas, psíquicas y sociales provenientes por tanto no solamente de la propia afección, si no de sus tratamientos.

Los pacientes psiquiátricos están expuestos a un mayor riesgo de patologías dentales y tienen una mayor tasa de pérdida dental, caries y enfermedad periodontal.⁶

Esta exposición está determinada por factores que se relacionan tanto con el propio paciente como con el entorno que le proporciona los cuidados y servicios.⁸ Aquellos relacionados con el paciente tienen que ver con un estilo de vida precario y comportamientos no salubres, incluyendo sus hábitos (dietas ricas en azúcares, consumo de tabaco y alcohol), su comportamiento evitativo y su rechazo hacia la higiene oral. Relacionados con su entorno, tenemos como factores la falta de clínicas con la adecuada preparación, pocas posibilidades de acceso al cuidado dental profesional, y la insuficiente preocupación de los psiquiatras.^{6,8}

Un factor importante a vincular con las patologías orales que desarrolla un paciente con esquizofrenia, como la xerostomía, es su medicación antipsicótica. Al tratarse de una patología crónica, requiere de este tratamiento médico y seguimiento a largo plazo, resultando en un aumento en la probabilidad de desarrollar consecuencias físicas, psíquicas y sociales agravadas por esta farmacología implicada.^{6,7,8}

La mayoría de estos factores implicados con su estado oral son modificables con adoctrinamiento y atención preventiva, pero difíciles de minimizar sin la involucración del paciente y de los servicios tanto sociales como odontológicos respectivos.⁷

Los individuos con necesidades especiales, como los que se ha definido, comúnmente tienen un acceso inadecuado y deficiente al cuidado oral rutinario. A pesar del aumento de la inclusión de sus casos en formación universitaria, y del mayor volumen de información disponible respecto a la relación entre salud oral y sistémica, estos pacientes continúan experimentando problemas a la hora de recibir un cuidado bucodental equiparable al del resto de la población. Esto resulta de una falta de motivación general hacia el cuidado de la salud oral en pacientes con otros problemas de salud que además resultan incapacitantes. Se combina esta causa con un acceso a instalaciones y manejo clínico general más complicado, de modo que deriva incluso en profesionales de la odontología mostrándose reacios a tratar este tipo de pacientes.^{9, 10}

En el presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) se exponen dos casos clínicos correspondientes a un paciente con trastorno esquizoafectivo y a una paciente con autismo severo, para los que se determinará el mejor abordaje terapéutico plausible con el que puedan alcanzar un correcto estado de salud oral.

Basándonos en la literatura científica, aplicaremos y profundizaremos en el manejo odontológico necesario para un tratamiento óptimo adaptado a pacientes con necesidades especiales, así como en la documentación que existe hoy en día sobre lo que supone el cuidado bucodental en este sector de la población.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de este Trabajo de Fin de Grado es dejar constancia de los conocimientos adquiridos en la etapa de formación académica recibida en el Grado de Odontología.

Se aplicarán estos mediante la presentación de dos casos clínicos de pacientes con necesidades especiales que acuden al Servicio de Prácticas Odontológicas de la Facultad de Odontología de Huesca, basándonos en la literatura científica vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Académicos

- Adquirir conocimientos del método científico, que permitan realizar una adecuada revisión científica con información y fuentes actualizadas obtenidas a partir de bases de datos, libros y publicaciones de revistas de investigación.

Clínicos

- El establecimiento de un diagnóstico adecuado e individualizado a través de la realización de historias clínicas completas, una exploración detallada, y la ayuda de las pruebas clínicas complementarias que sean necesarias.
- Establecer un protocolo de actuación adecuado que permita la rehabilitación de la función y estética, determinando el plan de tratamiento y mantenimiento más idóneo .
- Conocer, en base a una adecuada revisión bibliográfica y a la práctica clínica, el manejo clínico apropiado para pacientes con diferentes grados de discapacidad.
- Investigar los diferentes factores que influyen en la diferenciación de tratamiento y atención de los pacientes especiales respecto a la población general.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

CASO 1

ANAMNESIS Y MOTIVO DE CONSULTA

1. Datos de filiación

- N.H.C : 5572
- Sexo: Masculino
- Edad: 50 años
- Estado civil: Soltero
- Profesión: Desempleado

2. Antecedentes médicos

- Paciente con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y trastorno delirante inducido, folié a deux. Se encuentra residiendo en un centro de personas con discapacidad intelectual.
- Astigmatismo miópico y una úlcera duodenal. Ha sido operado de una hernia inguinal derecha.
- Medicación habitual activa:
 - Hidroferol (0,266 mg cápsulas blandas). Vitaminas
 - NEMEA (200 mg/día). Clozapina, antipsicótico
 - Olanzapina (2,5 mg 4 comp./ día). Antipsicótico
 - Rivotril (0,5 mg 3 comp./día). Clonazepam, ansiolítico
 - Amisulprida (100 mg/ 2 tomas/día). Antipsicótico
 - OptoviteB121000mg: VitaminaB12
- Alergias: presenta intolerancia a la Risperidona
- Fumador de entre 10 y 15 cigarrillos al día

3. Antecedentes odontológicos

- Paciente que había acudido por última vez al Servicio de Prácticas de Odontología en diciembre de 2021 para una revisión y tartrectomía superior e inferior

- No refiere complicaciones con los tratamientos dentales previos ni referidas a la administración de anestésico local.
- Presenta higiene oral y de prótesis deficiente, indicando un hábito de cepillado irregular.
- Tratamiento odontológico previo:
 - Paciente portador de prótesis parcial removible acrílica superior, que sustituye las piezas 1.3, 1.4, 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7.
 - Obturación oclusodistal en 45
 - Obturación cervical en 43

4. Motivo de consulta

El paciente acude a la consulta para una revisión general y actualización de su historia clínica.

EXPLORACIÓN

1. Exploración extraoral (Anexo 1)

- **Exploración general:** no se observan asimetrías corporales o faciales a destacar.
- **Exploración muscular y ganglionar:** Se realiza exploración simultánea de ambos lados de la cara y cuello, comprobando mediante palpación el estado de la musculatura facial (su tono y simetría) y la presencia de adenopatías y/o tumoraciones. No se hacen hallazgos fisiopatológicos.
- **Exploración de la articulación temporomandibular**¹²: se efectúan movimientos de apertura, cierre y lateralidad. No refiere dolor durante los mismos ni se detectan anomalías como crepitaciones o chasquidos.
- **Exploración de piel y mucosa:** se observan labios con gran resequedad y descamación debida a la misma. No presenta lesiones periorales.
- **Ánalisis facial:** Análisis estético facial en vista frontal y lateral, según Fradeani¹³ (Anexo 2):
 - Análisis frontal:
 - Paciente con tendencia dolicoacial.

- Análisis de quintos considerados proporcionales entre sí,
- Análisis de tercios: el medio se encuentra aumentado respecto al superior e inferior, que sí son proporcionales entre sí.
- Las líneas intercomisural y bipupilar presentan paralelismo entre ambas, pero una leve inclinación hacia la derecha respecto a la línea media facial.
- Análisis sagital:
 - Las líneas marcadas en el perfil forman un ángulo de apertura posterior, por lo que presenta un perfil convexo.
 - Ángulo nasolabial en norma (90°)
 - Análisis de Powell:
 - Ángulo nasofacial: en norma (35°)
 - Ángulo nasofrontal: en norma (121°)
 - Ángulo nasomental: en norma (130°)
- **Análisis estético dentolabial (Anexo 1)**
 - Línea de sonrisa con prótesis colocada: baja. Expone menos del 75 % de los incisivos.
 - Arco de la sonrisa con prótesis colocada: consonante.
 - Exposición del diente en reposo: ausencia de exposición
 - Pasillo labial: en norma

2. Exploración intraoral (Anexo 3)

- **Análisis de tejidos blandos y mucosas:** No se observan lesiones o patologías en mucosa yugal, suelo de la boca, lengua, frenillos y paladares blando y duro.
- **Análisis de glándulas salivares:** exploración mediante palpación simultánea. No se hallan anomalías a destacar.
- **Análisis dental (Anexo 4):**
 - Ausencias dentales: 1.3, 1.4, 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 3.7, 4.6, 4.7
 - Dientes incluidos: 1.8, 2.8, 3.8, 4.8
 - Obturaciones:
 - Clase II: 4.5

- Clase III: 1.1, 1.2
- Clase I : 1.7, 3.4, 3.5, 3.6, 4.3
- Endodoncias: 3.5
- Portador de prótesis parcial removible acrílica superior

- **Análisis periodontal:**
 - Encías: presenta biotipo grueso, a destacar en ambas arcadas el aspecto isquémico (coloración blanquecina) y levemente hipertrófico de las mismas.
 - Evaluación periodontal (*Anexo 5*):
 - Índice de placa de O'Leary¹⁴: 83,3 % - Higiene oral deficiente
 - Índice de sangrado gingival: 13%- Inflamación Leve
 - Media de profundidad de sondaje: 4,31 mm
 - Media de inserción gingival: 4,42 mm
 - Movilidad: no presenta movilidad dental

- **Análisis oclusal (*Anexo 7*)**
 - Estudio intraarcada:
 - Forma de arcadas: Parabólica
 - Simetría: Existe simetría
 - Estudio interarcada:
 - Curva de Spee: no valorable por la ausencia de cúspides molares que contacten y proporcionen la respectiva curvatura
 - Curva de Wilson: no valorable por la ausencia de cúspides molares que contacten y proporcionen la respectiva curvatura (ausencia total del segundo cuadrante)
 - Clases molar y canina: no valorable por ausencias dentarias.
 - Resalte en norma y sobremordida de 1 mm
 - Líneas medias: no valorable

3. Pruebas complementarias

- **Registro fotográfico:**
 - Fotografías extraorales (*Anexo 1, Imágenes 1-6*): proporcionan información para el análisis estético. Frontales, laterales y 3/4, en reposo y sonrisa.
 - Fotografías intraorales (*Anexo 3, Imágenes 1-7*): fotografías frontales, laterales y oclusales para el estudio dental.

- **Registro radiológico:** para complementar la exploración inicial y asegurar un buen diagnóstico, se realiza una Ortopantomografía (Anexo 6). En esta, confirmamos los siguientes hallazgos:
 - Ausencia de las piezas 1.3, 1.4, 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 3.7, 4.6, 4.7
 - Dientes incluidos 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, estando los dos últimos en posición horizontal.
 - Obturaciones en 1.1, 1.2, 4.5, 1.7, 3.4, 3.5, 3.6, 4.3
 - Endodoncias en: 3.5
 - Se observa pérdida ósea de patrón horizontal en los tramos edéntulos superior izquierdo e inferior derecho, y vertical los tramos edéntulos del primer cuadrante.
- **Realización de modelos de estudio y montaje en articulador (Anexo 7):** al permitir analizar tanto las estructuras orales y dentales como la relación interarcada con mayor visibilidad y comodidad, suponen un complemento útil para la realización de diagnósticos más adecuados a cada caso.

DIAGNÓSTICO

1. Diagnóstico médico
 - Clasificación del paciente según el sistema ASA: ASA II^{11,21}, ya que los trastornos psiquiátricos entran dentro de la clasificación referida a enfermedad sistémica que no produce incapacidad o limitación funcional para el paciente.
2. Diagnóstico periodontal: según la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia (EFP), es un caso de periodontitis Estadio II Grado B, con el tabaquismo como factor modificador.¹⁵
3. Diagnóstico dental:
 - Obturación previa del 43 con desgaste y cambio de coloración
4. Diagnóstico protésico¹⁶:
 - Arcada inferior: Clase I de Kennedy
 - Arcada superior: Clase II subdivisión de Kennedy 2

PRONÓSTICO

1. Pronóstico general (Anexo 8): Paciente de 50 años de edad que presenta un porcentaje de sangrado gingival del 13% y un índice de placa de 83,3%. El número de ausencias dentales asciende a 13, y presenta profundidades de sondaje de 3-4 mm. Se emplean los parámetros establecidos por Lang y Tonetti ¹⁷ para clasificar su riesgo periodontal como medio.
 - a. Al tratarse de un paciente con diagnóstico psiquiátrico, la colaboración se ve mermada, la asistencia a las citas no fue regular, y no hay un seguimiento estricto de la higiene oral, por lo que el pronóstico es malo.
2. Pronóstico individualizado: En base a los criterios establecidos por la Universidad de Berna ^{18,19}, realizamos la siguiente clasificación:

PRONÓSTICO	DIENTES	JUSTIFICACIÓN
BUENO	1.1, 1.2, 1.5, 1.7, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5	Aquellos que no se encuadran en las siguientes categorías. No necesitan tratamiento o es mínimo conservador.
CUESTIONABLE	No presenta	No presenta piezas erupcionadas de pronóstico cuestionable
NO MANTENIBLE	No presenta	“Irrational to treat”. No presenta dientes con este pronóstico

OPCIONES TERAPÉUTICAS

FASE BÁSICA O HIGIÉNICA (Anexo 9- Imágenes 1 y 2)
<ul style="list-style-type: none"> • Motivación y educación al paciente • Instrucciones de higiene oral <ul style="list-style-type: none"> ◦ Enseñanza de técnica de cepillado (Bass modificada) ◦ Uso de elementos coadyuvantes (seda dental, colutorios, cepillo interproximal) • Limpieza y cuidado de prótesis removible.

<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de placa dental con tartrectomía supragingival • RAR de sectores con profundidad de sondaje igual a 4 mm (la máxima del paciente) <ul style="list-style-type: none"> ○ Reevaluación tras 6 semanas 		
FASE CONSERVADORA		
ARCADA INFERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Restauración estética de obturación antigua clase V en estado decadente del 4.3 	
FASE QUIRÚRGICA		
ARCADA SUPERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Extracción quirúrgica del 2.8 • Extracción quirúrgica del 1.8 	
ARCADA INFERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Extracción quirúrgica del 3.8 • Extracción quirúrgica del 4.8 	
FASE REHABILITADORA O PROTÉSICA		
ARCADA SUPERIOR	OPCIÓN A	<ul style="list-style-type: none"> • Elevación de seno maxilar con regeneración ósea. Posterior colocación de implantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unitarios en 1.3, 1.4, 1.6 ○ Prótesis fija implantesoportada sobre unitarios en 2.1, 2.3 y 2.6
	OPCIÓN B	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis fija dentosportada en el primer cuadrante, con dientes pilares en 1.1, 1.2, 1.5, 1.7, para rehabilitar ausencias de 1.3, 1.4, 1.6. ²⁰ • Elevación de seno con regeneración ósea en segundo cuadrante. Rehabilitación por prótesis fija implantesoportada con 3 implantes en 2.1, 2.3, 2.6.
	OPCIÓN C	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación mediante prótesis parcial removible de acrílico para todas las ausencias superiores (1.3, 1.4, 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7)
ARCADA INFERIOR	OPCIÓN A	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación de 4.6 y 4.7 con implantes unitarios.

	OPCIÓN B	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis parcial removible esquelética para rehabilitar ausencias de 4.6, 4.7, 3.7
	OPCIÓN C	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis parcial removible acrílica para rehabilitar ausencias de 4.6, 4.7, 3.7
FASE DE MANTENIMIENTO		
<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de motivación en higiene oral y de prótesis • Establecimiento de programa de control de placa personal y supervisado profesionalmente. • Mantenimiento periodontal. • Control de restauraciones que se hayan hecho con anterioridad. 		

CASO 2

ANAMNESIS Y MOTIVO DE CONSULTA

1. Datos de filiación

- N.H.C : 4467.
- Sexo: femenino.
- Edad: 30 años.
- Estado civil: soltera.
- Profesión: desempleada.

2. Antecedentes médicos

- Paciente con grado de autismo severo y discapacidad intelectual. Totalmente dependiente de otras personas.
- Ha recibido tratamiento con suplemento de Fe, pero no presenta anemia.
- No se encuentra sometida a ningún tratamiento en la actualidad.
- Sin otras patologías sistémicas graves a destacar.
- Alergias: no refiere.
- No refiere hábitos nocivos para la salud sistémica.

3. Antecedentes odontológicos

- Paciente que había acudido por última vez al Servicio de Prácticas de Odontología el 04/10/21 para la extracción del 2.5.
- En general no refiere complicaciones en cuanto a conseguir efectuarle tratamientos previos con éxito, aunque en la última visita se indica imposibilidad de llevar a cabo la extracción planificada por ineficacia anestésica y posible infección dental.
- No presenta alergia o intolerancia al anestésico local.
- Presenta higiene oral muy deficiente, con imposibilidad de realizar el cepillado y otros hábitos de higiene oral por sí misma. La persona encargada de su cuidado nos indica que “no se deja cepillar” y que por ello no se hace con frecuencia.
- Hábito de masticación de mucosa yugal y lengua. Autolesiones. Se indica que “se ha arrancado dientes ella misma”.
- Tratamiento odontológico previo:
 - Obturación clase V en 4.3 (pieza ya no presente).
 - Obturaciones clase IV: 1.1, 2.1.
 - Extracciones de restos radiculares: 2.3, 3.3.
 - Endodoncias: 1.1, 2.1.

4. Motivo de consulta:

La paciente acude a la clínica para la extracción del resto radicular del 2.5, que había quedado tras el primer intento fallido de exodoncia en su última visita.

EXPLORACIÓN

1. Exploración extraoral (Anexo 10)

- **Exploración general:** no se observan asimetrías corporales o faciales a destacar.
- **Exploración muscular y ganglionar:** Se realiza exploración simultánea de ambos lados de la cara y cuello, comprobando mediante palpación el estado de la musculatura facial (su tono y simetría) y la presencia de adenopatías y/o tumoraciones. No se hacen hallazgos fisiopatológicos. Se observa hipertonia muscular del masetero.

- **Exploración de la articulación temporomandibular** ¹²: análisis dinámico en apertura, cierre y lateralidad no valorable. Dolor a la palpación no valorable. No se palpan anomalías en volumen o consistencia.
- **Exploración de piel y mucosa:** labios de coloración sonrosada, con asimetría derecha del labio superior en el bermellón. No presenta lesiones periorales.
- **Análisis facial:** Análisis estético facial en vista frontal y lateral, según Fraudeani ¹³ (Anexo 11):
 - Análisis frontal:
 - Paciente con tendencia braquifacial.
 - Análisis de quintos no considerados proporcionales entre sí, puesto que el ancho nasal no se corresponde con el ancho de la distancia ocular intercantal.
 - Análisis de tercios: el medio se encuentra aumentado respecto al superior. El tercio inferior no se considera valorable por la apertura bucal en reposo de la paciente, que aumenta la distancia entre el punto subnasal y el mentón.
 - La líneas intercomisural no indica desviación entre comisuras labiales, mientras que la bipupilar presenta una leve inclinación hacia la izquierda respecto a la línea media facial.
 - Análisis sagital:
 - Según lo observado en la fotografía y teniendo en cuenta el reposo con apertura bucal de la paciente, las líneas marcadas en el perfil forman un ángulo de apertura posterior, por lo que presenta un perfil convexo.
 - Ángulo nasolabial disminuido (62°).
 - Análisis de Powell:
 - Ángulo nasofacial: no valorable.
 - Ángulo nasofrontal: aumentado (152°).
 - Ángulo nasomental: no valorable.
- **Análisis estético dentolabial** (Anexo 12)
 - Línea de sonrisa: no valorable.
 - Arco de la sonrisa: no valorable.

- Exposición del diente en reposo: presenta exposición total de incisivos centrales y exposición de 2/3 de corona de incisivos laterales.
- Pasillo labial: no valorable.

2. Exploración intraoral (Anexo 12)

- **Análisis de tejidos blandos y mucosas:** No se observan lesiones o patologías en suelo de la boca, lengua, frenillos y paladar blando. Área externa del paladar duro con presencia de eritema ligero. Mucosa yugal próxima a zona molar con pequeñas lesiones traumáticas de hábito de mordida.
- **Análisis de glándulas salivares:** exploración mediante palpación simultánea. No se hallan anomalías a destacar.
- **Análisis dental (Anexo 13):**
 - Ausencias dentales: 1.3, 2.3, 3.2, 3.3, 3.5, 4.3, 1.8, 2.8, 3.8, 4.8.
 - Dientes incluidos: no presenta.
 - Obturaciones:
 - Clase IV: 1.1, 2.1.
 - Endodoncias: 1.1, 2.1.
- **Análisis periodontal:**
 - Encías: presenta biotipo grueso. Coloración en general sonrosada con zonas eritematosas. Márgenes gingivales inflamados y de aspecto sangrante en vestibular y proximal de todas las piezas, exceptuando 3.1 y 4.1.
 - Evaluación periodontal (Anexo 14):
 - Índice de placa de O'Leary¹⁴: 97%- Higiene oral deficiente.
 - Índice de sangrado gingival: 16%- Inflamación leve.
 - Media de profundidad de sondaje: 5,7 mm.
 - Media de inserción gingival: 5,7 mm.
 - Movilidad: no presenta movilidad en las piezas dentales.
- **Análisis oclusal (Anexo 16)**
 - Estudio intraarcada:
 - Forma de arcadas:

- Hiperbólica superior.
- Arco en V inferior.
- Simetría: Existe simetría.
- Estudio interarcada:
 - Curva de Spee: no valorable.
 - Curva de Wilson: no valorable.
 - Clases molar y canina: no valorable por ausencias dentarias y oclusión variable irregular.
 - Resalte: no valorable.
 - Sobremordida: 1 mm (negativa, menos de 2/3 del incisivo inferior).
 - Líneas medias: desviada.

3. Pruebas complementarias

- **Registro fotográfico:**
 - Fotografías extraorales (*Anexo 10, Imágenes 1-3*): proporcionan información para el análisis estético. Frontal, lateral y 3/4, en reposo.
 - Fotografías intraorales (*Anexo 12, Imágenes 1-6*): fotografías frontales, laterales y oclusales para el estudio dental. Tomadas en la forma de reposo de la paciente.
- **Registro radiográfico:** para complementar la exploración inicial y asegurar un buen diagnóstico, se realiza una Ortopantomografía (*Anexo 15*). En esta, confirmamos los siguientes hallazgos:
 - Ausencia de las piezas: 1.3, 2.3, 3.2, 3.3, 3.5, 4.3, 1.8, 2.8, 3.8, 4.8.
 - Dientes incluidos: no presenta.
 - Obturaciones en 1.1, 2.1.
 - Endodoncias en: 1.1. 2.1.
 - No se observa patrón de pérdida ósea generalizada.
 - Se observa imagen radiolúcida coincidente con un alveolo post extracción/pérdida dental en 3.2 (en exploración inicial no se aprecia por recubrimiento de encía).
 - Realizamos periapicales (*Anexo 15*) para una adecuada visión de obturaciones filtradas, caries interproximales o cervicales, y el alcance de las lesiones cariosas en general. Nos permite observar la estructura completa coronal y radicular del diente para descartar lesiones apicales o periodontales.

- **Realización de modelos de estudio** (Anexo 16): al permitir analizar las estructuras orales y dentales con mayor visibilidad y comodidad, suponen un complemento útil para la realización de diagnósticos más adecuados a cada caso.
 - La relación interacuada en articulador no es valorable por imposibilidad de toma de arco facial y registros de mordida, al no conseguir llegada a relación céntrica de la paciente.

DIAGNÓSTICO

1. Diagnóstico médico

- Clasificación del paciente según el sistema ASA: ASA III^{11,21,22}, ya que la Asociación Americana de Anestesiología considera el autismo con limitaciones severas como parte de la clasificación que engloba patologías sistémicas severas con limitaciones funcionales significativas.

2. Diagnóstico periodontal: según la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia (EFP)¹⁵, se trataría de un caso de periodontitis Estadio II Grado A.

3. Diagnóstico dental:

- Caries:
 - Clase I: 2.7, 4.4.
 - Clase II: 2.4, 1.4, 1.5.
 - Clase III: 4.1, 4.2, 1.1.
 - Clase V: 2.4, 1.5, 1.6, 2.6, 2.7.
 - Decoloración de restauración previa del 2.1 endodonciado.
 - A mantener en observación 3.7 y 4.6 por posibles clases I.

4. Diagnóstico protésico¹⁶:

- Arcada inferior: Clase III subdivisión 2 de Kennedy.
- Arcada superior: Clase III subdivisión 2 de Kennedy.

PRONÓSTICO

1. Pronóstico general (Anexo 17): Paciente de 30 años de edad que presenta un porcentaje de sangrado gingival del 16% y un índice de placa de 97%. El número de ausencias dentales asciende a 7, y presenta profundidades de sondaje que alcanzan un máximo de 5 mm. Se emplean los parámetros establecidos por Lang y Tonetti¹⁷ para clasificar su riesgo periodontal como medio.

a. Al tratarse de una paciente que padece autismo en grado severo, y suponer este una limitación funcional para sus actividades diarias, no presenta un buen hábito de limpieza bucodental, siendo esta ocasional e incompleta. La colaboración en los tratamientos es irregular, así como la asistencia a las citas, por lo que el pronóstico general debe considerarse malo.

2. Pronóstico individualizado: En base a los criterios establecidos por la Universidad de Berna ^{18,19}, realizamos la siguiente clasificación:

PRONÓSTICO	DIENTES	JUSTIFICACIÓN
BUENO	1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.4, 2.6, 2.7, 3.1, 3.4, 3.6, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7	Aquellos que no se encuadran en las siguientes categorías. No necesitan tratamiento o es mínimo conservador.
CUESTIONABLE	No presenta	No presenta dientes con este pronóstico.
NO MANTENIBLE	2.5	“Irrational to treat”. Falta de corona clínica.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

FASE BÁSICA O HIGIÉNICA (Anexo 18- Imágenes 1 a 4)
<ul style="list-style-type: none"> • Motivación y educación al respectivo responsable de su tutela. • Instrucciones de higiene oral al respectivo responsable de su tutela: <ul style="list-style-type: none"> ○ Enseñanza de técnica de cepillado (Bass modificada) ○ Uso de elementos coadyuvantes (seda dental, colutorios, cepillo interproximal). • Eliminación de placa dental con tartrectomía supragingival. • RAR de sectores con profundidad de sondaje igual ≤ 5 mm. <ul style="list-style-type: none"> ○ Reevaluación tras 6 semanas. • Exodoncia de resto radicular 2.5.

FASE CONSERVADORA (Anexo 19- Imágenes 1 a 10)		
ARCADA SUPERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Obturaciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Clase I: 2.7. ○ Clase II: 2.4, 1.4, 1.5. ○ Clase III: 1.1. ○ Clase V: 2.4, 1.5, 1.6, 2.6, 2.7. ○ Reconstrucción con resina compuesta de la obturación previa del 2.1. 	
ARCADA INFERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Obturaciones <ul style="list-style-type: none"> ○ Clase I: 4.4 ○ Clase III: 4.1, 4.2 	
FASE REHABILITADORA O PROTÉSICA		
ARCADA SUPERIOR	OPCIÓN A	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de implantes unitarios en 1.3, 2.3 y 2.5.
	OPCIÓN B	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis fija dentosoportada de metal-cerámica o circonio en el primer cuadrante, con dientes pilares en 1.2, y 1.4 para rehabilitar ausencia del 1.3.²⁰ • Prótesis fija dentosoportada de metal-cerámica o circonio en el segundo cuadrante, con dientes pilares en 2.2, 2.4 y 2.6 para rehabilitar ausencias de 2.3 y 2.5. ²⁰
	OPCIÓN C	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación mediante prótesis parcial removible acrílica o esquelética para todas las ausencias superiores (1.3, 2.3, 2.5)
ARCADA INFERIOR	OPCIÓN A	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación de 4.3, 3.2, 3.3 y 3.5 con implantes unitarios.
	OPCIÓN B	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis fija dentosoportada de metal-cerámica o circonio en el tercer cuadrante, con dientes pilares en 4.2 y 4.4 para rehabilitar ausencia del 4.3²⁰ • Prótesis removible acrílica o esquelética para rehabilitar las ausencias del cuarto cuadrante (3.2, 3.3, 3.5)

	OPCIÓN C	<ul style="list-style-type: none">• Prótesis parcial removible acrílica o esquelética para rehabilitar todas las ausencias inferiores de (3.3, 4.2, 4.3 y 4.5).
FASE DE MANTENIMIENTO		
		<ul style="list-style-type: none">• Refuerzo de motivación en cuidado de la salud oral por parte del responsable de su tutela.• Establecimiento de programa de control de placa personal y supervisado profesionalmente.• Mantenimiento periodontal.• Control de restauraciones que se hayan hecho con anterioridad.

DISCUSIÓN

Según refiere la literatura científica actual, un paciente discapacitado o especial es aquella persona de cualquier edad que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad clínica de un paciente estándar. Esto puede o no implicar que se encuentre médica mente comprometido, o que presente alguna invalidez física, psíquica, sensorial y/o problemas del comportamiento.²³

Los casos descritos previamente en este trabajo se engloban en las características de pacientes especiales para la odontología, puesto que para su atención adecuada exigen maniobras, conocimientos y/o equipamiento particulares, además de acompañamiento personal en las visitas clínicas.^{23, 24}

Los problemas de salud bucodental desarrollados por este tipo de pacientes también difieren del resto de la población en cuanto a aparición, desarrollo, solvencia y mantenimiento.^{24,25,26} Esto ocurre en relación directa con el cuidado deficiente de la cavidad oral, a la que varios estudios^{4,5,26,27} atribuyen un elevado índice de placa bacteriana, lo que se corresponde con los datos de índices de placa de 83,3% y 97% recogidos en el paciente esquizofrénico y la paciente autista respectivamente.

El poder evitar unos datos numéricos de placa dental tan elevados recae de manera fundamental en la remoción mecánica de la misma, y en situaciones en las que los pacientes requieren de cuidados por parte de terceras personas, esta puede no resultar completa o eficaz, por falta de conocimiento o entrenamiento de estos cuidadores. En estas condiciones, las probabilidades de desarrollo de caries, patología periodontal y, eventualmente, pérdidas dentales, se ven aumentadas considerablemente.^{28,29,30}

La caries dental es un proceso patológico multifactorial y dinámico derivado de la formación del biofilm bacteriano, que cursa con la desmineralización física de los tejidos duros dentales.
³¹

Por su parte, la enfermedad periodontal es una lesión compleja que cursa con la afección del sostén óseo, aparición de bolsas periodontales y movilidad dentarias, derivado de un proceso inmunoinflamatorio de gingivitis no tratado.³⁵

La evolución de ambas patologías hacia sus estados más graves, son las principales causas de la pérdida de piezas dentarias, y por tanto, de los estados de edentulismo parcial o total.³⁰

Como se ha mencionado previamente, la prevalencia de estos estados patológicos bucodentales es comúnmente superior en pacientes con necesidades especiales en

comparación a la población general. Esto supone que existe una mayor necesidad de realizar procedimientos curativos que conllevan, para cada una de las situaciones clínicas, una secuencia de tratamiento determinada que puede resultar difícil de tolerar por parte de pacientes con discapacidades psíquicas o del desarrollo, y por tanto, suponer para el profesional una complicación añadida a la rutina terapéutica. ^{29,33,34}

MANEJO, CONSIDERACIONES Y COMPLICACIONES EN TRATAMIENTO DE PACIENTES ESPECIALES

En el caso de los diagnósticos de TEA y trastorno esquizoafectivo, especialmente si se trata de grados severos como los estudiados en este Trabajo de Fin de Grado, las condiciones en las que se llevarán a cabo los tratamientos se verán considerablemente trastocadas. En combinación, ambos trastornos del comportamiento presentan problemas de comunicación, apego a las rutinas, dificultad para comprender conceptos temporales y desensibilización con su alrededor, siendo todos estos obstáculos de gran envergadura teniendo en cuenta las implicaciones de acudir a una consulta odontológica. ^{33,35,36}

Además de esto, el estrés que de forma corriente experimentan las personas carentes de patologías neurológicas o mentales por la visita al odontólogo se ve intensificado en este tipo de pacientes, que pueden llegar a ver el mero hecho de introducir instrumental en su cavidad oral como una intrusión agresiva, y por tanto, buscar mecanismos para proteger el área. El resultado de estas variantes es que durante la práctica de distintos procedimientos orales, se encuentren comportamientos disruptivos frecuentes.^{28,36,37,38} Estos se pudieron observar por parte de ambos casos adjuntos en el presente trabajo, siendo frecuentes en la paciente con autismo los cambios de posición y movimientos de cabeza repentinos, además de la aproximación de ambos maxilares estando aún el instrumental de trabajo en boca. Por parte del paciente con trastorno esquizoafectivo, eran más habituales las interrupciones verbales por comportamientos de repetición, como preguntar la hora y solicitar ir al baño o a fumar un cigarrillo con una frecuencia casi continuada. Asimismo, se pudo corroborar lo que estudios como el realizado por Christina J. Shin (2013) ⁴⁰ indican sobre la tendencia a una musculatura perioral más fuerte en pacientes con anomalías del desarrollo y discapacidad intelectual, ya que ambos pacientes mostraban una resistencia muscular firme ante la manipulación de sus estructuras orales y faciales.

Los factores recién mencionados hacen que, como refieren diferentes estudios^{29,33,36,39}, sea imperativo a la hora de dar atención dental a pacientes especiales el contar con diferentes mecanismos y técnicas coadyuvantes para el tratamiento.

En primer lugar, podemos contar con distintos dispositivos físicos que faciliten la inspección visual y proporcionen cierta resistencia frente a la movilidad orofacial que pueda presentar el paciente. Disponemos de distintas opciones^{30,42,44}:

- Abrebocas plástico, para la separación de labios y mejillas simultáneamente.
- Bloques de mordida, introducidos cuidadosamente para impedir la oclusión máxima del paciente y por tanto el cierre bucal.⁴¹
- Abrebocas de Molt, que mantiene las arcadas dentarias en desoclusión y a un nivel de apertura elegido.
- Retractores de metal para la separación de mejillas, los cuales deben emplearse con precaución puesto que pueden provocar lesiones si existen movimientos abruptos. ^{30,41}

Avanzando en la sección de control físico del paciente, hallamos en el siguiente nivel la inmovilización terapéutica. Se define como cualquier método mecánico o manual que inmoviliza o reduce la capacidad del paciente de mover sus piernas, brazos, tronco y/o cabeza libremente. Se emplea para disminuir el riesgo de accidentes y lesiones durante el tratamiento del paciente especial. Esta técnica puede ser activa o pasiva. Si nos referimos a la primera, hablamos de la intervención del cuidador respectivo, el dentista o el higienista para estabilizar al paciente y evitar movimientos bruscos. En caso de llevarla a cabo, tal y como fue necesario en algunas ocasiones con la paciente con TEA tratada, se haría durante períodos cortos de tiempo, coincidentes con un comportamiento repentino no cooperador. En cuanto a la técnica pasiva, se aplica a través del uso de dispositivos especiales para restringir los movimientos del paciente. Un ejemplo de estas herramientas empleado habitualmente serían los Rainbow Stabilizing Wraps. ^{30,43,44}.

En situaciones en las que la utilización de herramientas físicas de control local del área bucal y/o general del cuerpo no resulten suficientes por el estado del paciente o la complejidad y extensión temporal del tratamiento, se recurrirán a métodos farmacológicos. ^{33,37,38,39,42,43,44,45,51}

La sedación o premedicación ansiolítica consiste en la administración de medicamentos que provoquen una depresión del sistema nervioso y por tanto un alivio del estado ansioso del paciente, crucial para facilitar. ⁴⁴Los fármacos empleados con mayor frecuencia persiguiendo este fin en la atención a pacientes especiales son las benzodiacepinas, siendo el midazolam la opción comúnmente escogida según la literatura. ^{37,38,44,49} Este ha demostrado tener una

efectividad superior sobre comportamientos de movimiento corporal y llanto frente a otras alternativas como el diazepam.⁵²

A su vez, se indica la ketamina oral como popular fármaco optativo frente al midazolam, particularmente en tratamientos a pacientes con necesidades especiales. Se trata de un anestésico disociativo derivado de la feniciclidina, con propiedades analgésicas y sedantes, siendo una ventaja a destacar su posibilidad de administración por varias vías, que permite que su presentación en suspensión oral sea un método sencillo y exitoso para premedicar a pacientes no colaboradores, en especial si se camufla en bebidas que sean de su agrado.^{38,50}

La aplicación de la técnica de manejo por premedicación debe realizarse con precaución y en moderación, puesto que estudios como el de Lorena M. Orellana et. al (2013)³⁶ señalan los diversos riesgos de una práctica de sedación innecesaria y excesiva, provocando en el paciente efectos adversos como náuseas, vómitos, hipersalivación, y en especial en el caso de la ketamina, alteraciones sensoriales y perceptivas.³⁸

La ASA define la técnica de anestesia general como la pérdida de conciencia médica inducida durante la cual los pacientes no son excitables incluso por situaciones dolorosas.⁴³

La administración de anestesia general se considerará como último recurso en el manejo farmacológico del paciente con necesidades especiales, cuando no se consiga un ambiente de trabajo estable mediante ningún otro método.^{43,53} Facilita un tratamiento sin interrupciones puesto que el paciente no responde al dolor o la manipulación de sus estructuras corporales, y su cooperación no es absolutamente necesaria. Sin embargo, presenta una serie de inconvenientes que hacen de este abordaje una opción final en el manejo de pacientes especiales en la odontología: los signos vitales y los reflejos protectores del paciente están deprimidos, supone una mayor frecuencia de complicaciones intra y post- operatorias respecto a la aplicación de sedación y requiere la presencia de un equipo, tanto material como humano, especializado para su puesta en práctica.^{29, 39, 43,45,46}

En relación a los pacientes citados en el presente estudio, el paciente con esquizofrenia se encuentra en tratamiento médico con Clozapina, un antipsicótico del que existe evidencia³⁸ sobre una interacción inadecuada con la anestesia general. Durante la misma, puede causar agranulocitosis e hipertermia, problemas de conducción cardiaca e hipotensión. Del mismo modo la risperidona, antipsicótico de segunda generación, puede causar hipotensión, y puede presentar propiedades pro- arrítmicas en la interacción con anestesia general, aunque el paciente de este trabajo de fin de grado presenta intolerancia a la misma y no se encuentra en su listado médico.³⁸

En general, la literatura no hace indicación de una frecuencia apta de realización de tratamiento dental bajo anestesia general, pero destaca la importancia de una evaluación

preoperatoria exhaustiva sobre el nivel de colaboración del paciente, los riesgos de la sedación y la extensión de las necesidades del tratamiento antes de decidirse por el empleo de esta técnica o las anteriormente mencionadas.^{29,38, 44}

En cuanto a la presencia de condiciones orales no fisiológicas en pacientes con TEA y esquizofrenia, se suelen observar lesiones derivadas de conductas auto-lesivas, que no son características per se de estos diagnósticos, pero sí frecuentemente resultantes de los comportamientos y hábitos parafuncionales que derivan de los mismos.^{54,55} De ello resulta que no sea infrecuente hallar en la exploración visual oral de este tipo de personas heridas y traumas provocados por mordida de labios, mordida de objetos duros externos, ulceraciones causadas por la masticación crónica de la propia mucosa yugal y lingual, e incluso auto-extracción de piezas dentales, que no se corresponden con procedimientos patológicos o curativos concretos.^{54,55} La paciente autista a la que mencionamos en este estudio presentaba los dos últimos tipos de lesiones citadas, hallándose en su cavidad oral zonas eritematosas en bordes linguales y carrillos, además de, según la información recibida por la responsable de su cuidado, atribuir las ausencias de los dientes 3.2 y 3.3 a la extracción por parte de la propia paciente.

Sin una intervención adecuada, los traumas de auto-lesión pueden causar inflamación crónica y derivar en un daño severo del tejido, por lo que su abordaje mediante una combinación de terapia de modificación del comportamiento y dispositivos físicos de restricción puede ser necesario.^{54,55} Se han reportado casos, como el descrito recientemente por Seoung- Jin Hong et al (2021), donde se ha conseguido solventar con éxito lesiones gingivales derivadas de un comportamiento autolesivo de desgarre digital mediante la confección de dispositivos protésicos sobre el área afeccionada para evitar el alcance a ella del paciente y propiciar la curación de las heridas.⁵⁵

La xerostomía se describe como la sensación de boca seca percibida por el paciente ante la disminución o carencia de saliva en la cavidad oral.^{47,56} Es una alteración oral íntimamente relacionada con los medicamentos antipsicóticos, base del tratamiento de personas con esquizofrenia^{47,56,57,58}, y relativamente frecuente en las prescripciones para alivio sintomático en pacientes con TEA.⁴²

En referencia a los pacientes cuyos casos se exponen en este trabajo de fin de grado, la paciente diagnosticada con autismo no refiere la toma actual de ningún medicamento, mientras que el paciente esquizofrénico se encuentra polimedicado con diferentes antipsicóticos atípicos, citando: Nemea (200mg/ día) de principio activo Clozapina, Olanzapina (2,5 mg 4 comprimidos/día) y Amisulprida (100 mg/ 2 tomas/ día).

Las consecuencias de la xerostomía tienen un impacto importante en la confortabilidad de la persona que la padezca y por tanto en su calidad de vida, pero no se reducen únicamente a este factor.⁵⁷ La señalada reducción de la secreción salival debida a la hipofunción de las glándulas salivales conlleva una alteración en las capacidades de autolimpieza y regulación ácida del pH que tiene este fluido oral, por lo que se relaciona directamente con un riesgo más elevado de padecer caries.^{56,57,58} De la misma manera, la incidencia de gingivitis y la aparición de enfermedad periodontal o su empeoramiento se acrecientan, y existe una mayor exposición a infecciones bucales por los cambios en la composición bioquímica, inmunológica y microbiológica de la saliva.^{47,57,58} Estas situaciones clínicas se exacerbán en caso de pacientes especiales, puesto que la higiene oral deficiente provocada por la falta de motivación o destreza necesarias para mantenerla, es un factor sumatorio a la hiposalivación, y empeora el diagnóstico y pronóstico de tratamiento de las patologías indicadas.^{47, 56,57,58}

Teniendo estos conceptos en cuenta, el odontólogo debe asegurarse de abordar y medir acertadamente el nivel de hidratación intraoral que presenta un paciente que acude a la clínica dental bajo tratamiento con antipsicóticos, dejar constancia de toda la medicación prescrita, y realizar una interconsulta con el especialista médico referido si este nivel es reducido para discutir estrategias de alivio de la afección.⁵⁶ Actualmente existe un amplio abanico de posibilidades para paliar la xerostomía, incluyendo tratamientos sistémicos, como la pilocarpina, y locales como estimulantes y sustitutivos salivales (enjuague y spray Xeros Dentaid).⁵⁹

Haciendo alusión a las opciones terapéuticas en pacientes con diagnósticos neurológicos o del desarrollo, estas se encuentran limitadas para varias condiciones patológicas bucales, y como destacan diferentes autores, tienen unas posibilidades de fracaso y/o recidivas relativamente más altas que las terapias en pacientes sin diagnósticos sistémicos.^{29, 45, 46, 47,48} En la atención a un paciente con necesidades especiales, la elección de materiales de restauración y dispositivos rehabilitadores tiene una serie de implicaciones particulares. Para tomar esta decisión, se deben tener en cuenta factores como la habilidad del paciente (o en su caso cuidadores) para mantener la higiene oral, los hábitos de masticación, la composición salival y la localización y extensión de la restauración a llevar a cabo. Cuando se considera una terapia restauradora para un paciente cuya colaboración no será la idealmente necesaria, el odontólogo debe elegir éticamente que alternativa que proporcionará el mayor tiempo de vida útil. Este se definirá no solo por la integridad del material o elemento protésico, si no también por el diseño y la capacidad del mismo de prevenir la recurrencia de la patología resuelta o el daño a las estructuras implicadas.²⁹

La colocación de implantes dentales en pacientes generales tiene una tasa de éxito elevada del 90-95 % a largo plazo, lo que significaría posicionarlos como primera opción terapéutica en los casos que presentaran las condiciones favorables.^{45,47} Ambos pacientes mencionados en este estudio universitario precisan terapia rehabilitadora de espacios edéntulos y las condiciones de las estructuras locales bucodentales se considerarían aceptables para la recepción de implantes en estas áreas. Sin embargo, las características clínicas de sus respectivas condiciones sistémicas encaminan el pronóstico a largo plazo de esta opción terapéutica hacia el fracaso. Se debe a que estos pacientes y sus cuidadores carecen de habilidades y motivación que alcancen el nivel necesario para adoptar y mantener un hábito de higiene y cuidado requerido por una rehabilitación implantológica, además de que esta implica varias sesiones de cirugía que requeriría para los dos pacientes el uso de anestesia general, por sus características de comportamiento descritas previamente, teniendo en cuenta de la misma forma el elemento económico añadido.^{46,47, 48}

La decantación por prótesis removibles es frecuentemente la situación que se presenta en los casos de pacientes con discapacidad intelectual o física. Esto ocurre principalmente por el coste económico y una necesidad de mantenimiento menos comprometida.^{45,46,48} El paciente con diagnóstico de esquizofrenia es portador de una prótesis removible de acrílico, y aunque el mantenimiento higiénico de la misma carece de las condiciones ideales, se puede considerar una terapia rehabilitadora exitosa, puesto que suple las necesidades orales fisiológicas y no presenta complicaciones destacables en relación con la misma.

Por el contrario, en el caso de la paciente autista, esta opción no resultaría viable, puesto que, como ya refieren estudios como el de Choi Y-S (2019)⁴⁵, hay pacientes dentales cuyo nivel de discapacidad intelectual y/o motriz es un impedimento para la portación, acople y desacople del elemento protésico. Se consideraría el tratamiento de los sectores edéntulos de esta paciente (1.3, 2.3 y 2.5 en la arcada superior y 4.3, 3.2, 3.3 y 3.5 en la inferior) a través de puentes dentosoportados. En cuanto a la elección del material con el que componer los mismos, el artículo publicado en 2016 por Lisa V. Buda "Ensuring maintenance of oral hygiene in persons with special needs "²⁹ explica que la restauración de oro es la elección más predecible. La adaptación al margen, resistencia a la fractura y el requerimiento mínimo de reducción dental resultan en una restauración que proporcionará una mayor vida útil que las de metal-cerámica, cerámica y zirconio, por lo que en pacientes con discapacidad intelectual resulta más interesante a pesar de su desventaja estética.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

Los individuos con discapacidades a niveles intelectual o neurológico suelen presentar otras prioridades distintas a la vigilancia de su estado de salud dental.⁵⁷ Esto engloba también a su entorno, incluyendo familia, tutores o profesionales de la salud encargados de su cuidado, y por tanto responsables en mayor o menor medida de una deficiente higiene bucal provocada por una educación precaria sobre salud oral.²³ Estas circunstancias los convierten en personas de alto riesgo en cuanto al desarrollo de enfermedades de la cavidad bucal, como se ha discutido anteriormente, por ello las directrices recientes sobre el estado saludable del aparato estomatognático hacen hincapié en la importancia de la promoción y prevención, sosteniendo que deben considerarse herramientas fundamentales en el tratamiento estomatológico de estos pacientes.^{23,62}

Diversos estudios enfatizan el resultado beneficioso de la implantación de programas que incluyan estrategias adicionales individuales para el cuidado preventivo en edades aún tempranas de estos pacientes, tales como el uso de selladores de fosas y fisuras y la aplicación de geles y barnices de flúor. Siempre se considerarán estos métodos en conjunto con chequeos clínicos regulares que familiaricen de forma anticipada a pacientes con tendencias rutinarias como los mencionados con las clínicas odontológicas.^{60,62}

De igual manera, la fluorización de las aguas debería conocerse como un método protector de prevención efectivo, seguro y eficiente en especial frente al desarrollo de caries, del que se beneficia toda la población conviviente en el área donde existe su implantación.^{57,61}

Los mensajes que se consideran básicos a promover entre los pacientes con necesidades especiales y su entorno comunitario deberían incluir elementos de atención hacia la salud oral que mencionen la concienciación sobre nutrición, hábitos como fumar, y la técnica del cepillado correcto⁵⁷, ya sea dirigiéndose directamente al paciente, o como sería en los casos tratados en este Trabajo de Fin de Grado, al personal que aplicaría esas pautas con ellos. De hecho, está constatado que en el desarrollo de un estado oral saludable por parte de pacientes con necesidades especiales el papel fundamental lo acarrean la familia y/o cuidadores, de los cuales aprenden o dependen parcial o totalmente.^{23,24} Por consiguiente, la instrucción y entrenamiento, además de motivación de los proveedores de cuidados, respecto a las bases de la higiene oral y su mantenimiento, se mencionan en la literatura como herramienta esencial para un pronóstico de salud bucodental favorable en los pacientes con necesidades especiales^{57,60,62,64}

BARRERAS EN TORNO A LA SALUD BUCODENTAL

En apartados anteriores de esta revisión bibliográfica se han puesto en manifiesto las diferentes características propias del comportamiento en pacientes con diagnósticos de TEA y esquizofrenia. La literatura actual muestra que estos retos de manejo de conductas, inusuales en el paciente promedio de una consulta dental, son una barrera predominante frente al acceso al cuidado oral profesional por parte de pacientes con discapacidades.

10,23,24,63,64

El factor causal de esta falta de motivación por parte de los profesionales dentales se puede establecer a partir de diferentes orígenes. El desconocimiento de los problemas específicos que pueden presentar derivados de sus patologías, asociados a sus propias reacciones emocionales y físicas impredecibles y las de su entorno, junto con la falta de un entrenamiento adecuado y disposición de personal y material especializados, son los principales, pero no los únicos, desencadenantes de una tendencia a la remisión antes que aceptación de tratamiento de pacientes especiales.^{23,64}

El estudio de investigación realizado por Mathew Albert Wei Ting Lim et al (2020)¹⁰ habla sobre que, pese a la creciente defensa e inclusión de estos grupos de personas en las enseñanzas universitarias y al aumento de información sobre los vínculos entre salud oral y sistémica, existe una preocupante continuación del escenario donde los pacientes especiales se encuentran ante la negativa de los odontólogos de atenderlos de forma convencional.

El hecho de que el ambiente físico de las típicas consultas dentales sea generalmente no conducente al tratamiento de personas impresionables con patologías neurológicas o psíquicas, convierte al gabinete en una barrera por sí mismo, puesto que incrementa los niveles de ansiedad en estos pacientes, presentando estímulos visuales, auditivos y táctiles desagradables en un entorno desconocido para los mismos.⁶³

Sin embargo, en la literatura²³ se sigue comprobando que la mayoría de esta agrupación de pacientes puede ser atendido en consulta de manera habitual como el resto de individuos no pertenecientes a esta categoría, siempre y cuando los profesionales presenten un entrenamiento y educación adecuados en el trato de pacientes con necesidades especiales, incluyendo su manejo conductual, psicológico y físico.^{64, 63, 24, 23, 62, 10}

Con este objetivo, se implantan cursos y programas de entrenamiento específicamente dirigidos al cuidado de pacientes con necesidades especiales^{10,23,62,63}, se adaptan entornos dentales a unos menos traumáticos para este sector poblacional, y se incorporan múltiples estrategias visuales, auditivas y táctiles para una mejor adaptación a la experiencia terapéutica dental.⁶⁴ Todo ello se llevará a cabo teniendo presente que en pacientes totalmente no cooperadores, el empleo de técnicas de manejo de conducta más avanzadas,

Salud dental, salud mental: cuando todos los pacientes son especiales

como las físicas y farmacológicas descritas en este trabajo de fin de grado, deberán ser retomadas para lograr el éxito terapéutico.^{24, 62,64}

CONCLUSIONES

1. La elaboración de una historia clínica completa, una exploración tanto extraoral como intraoral minuciosa, y las pruebas complementarias pertinentes son imprescindibles para abordar los casos de pacientes especiales y proporcionar un diagnóstico y tratamiento certeros.
2. Es fundamental que el odontólogo evalúe las distintas opciones terapéuticas en un paciente con necesidades especiales en función de las características propias de su patología sistémica, para elegir la de mayor eficacia y tiempo de vida útil en beneficio del paciente.
3. El profesional debe tener conocimientos sobre los efectos de la medicación y las lesiones relacionadas con TEA y esquizofrenia para asegurar una terapia acertada.
4. El manejo clínico odontológico del paciente con discapacidad intelectual y/o física requiere la disposición de técnicas de control de la conducta y de los diversos materiales empleados para ello.
5. La educación e instrucción en higiene oral a los cuidadores de pacientes especiales es completamente esencial para la consecución de un éxito mantenido de la terapia de patologías bucodentales.
6. Es necesario el establecimiento de medidas preventivas que enfaticen en el cuidado de la salud oral del paciente especial
7. Debe promocionarse una formación más amplia en atención dental de pacientes con necesidades especiales para disminuir las barreras de acceso al cuidado profesional odontológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fiorillo L. Oral health: The first step to well-being. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(10):676.
2. World Health Organization. Definition of Disability. Who.int. Available from: <https://www.who.int/health-topics/disability>
3. Condessa AM, Lucena EHG de, Figueiredo N, Goes PSA de, Hilgert JB. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(5).
4. Kuter B, Guler N. Caries experience, oral disorders, oral hygiene practices and socio-demographic characteristics of autistic children. *Eur J Paediatr Dent [Internet]*. 2019 [cited 2022 Mar 20];20(3):237–41.
5. Silvestre FJ, Plaza A. Odontología en pacientes especiales. 1º Ed. Valencia: Publicacions de la Universitat de València; 2007
6. Frederic D, Corinne R, Matthieu R, Francesca S-P, Stephanie T-J, Nathalie R. The Schizophrenia Oral Health Profile: Development and feasibility. *Transl Neurosci*. 2018;9(1):123–31.
7. Đorđević V, Đukić-Dejanović S, Janković L, Todorović L. Schizophrenia and oral health: Review of the literature. *Balkan J Dent Med*. 2016;20(3):15–21.
8. Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A, Ponizovsky AM. Dental health and the type of antipsychotic treatment in inpatients with schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2015;114–8.
9. Kisely S, Baghaie H, Laloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med*. 2015;77(1):83–92.
10. Lim MAWT, Liberali SAC, Borromeo GL. Utilisation of dental services for people with special health care needs in Australia. *BMC Oral Health*. 2020.
11. ASA Physical Status Classification System. American Society of Anesthesiologist. 2014

12. Chantaracherd P, John MT, Hodges JS, Schiffman EL. Temporomandibular joint disorders' impact on pain, function, and disability]. 2015;94(3 Suppl):79S-86S
13. Fradeani M. Rehabilitación estética en prostodoncia fija. Barcelona: Editorial Quintessence, S.L; 2006
14. Chaple Gil Alain Manuel, Gispert Abreu Estela de los Ángeles. "Amar" el índice de O'Leary. Rev Cubana Estomatol. 2019.
15. Ion Zabalegui. Periodoncia clínica: "Diagnóstico y tratamiento periodontal". Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia. Época I, Año IV, no11. 2018
16. Villafuerte RD, Mazzini WU, Katty D, Almeida R. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES PARCIALMENTE EDÉNTULOS. 2017
17. Sanz-Sánchez I, Bascones-Martínez A. Terapéutica periodontal de mantenimiento. Av periodoncia implantol oral. 2017;29(1):11–21.
18. Cabello Dominguez G, Aixelá Zambrano ME, Calzavara D, Gonzalez D. Puesta al día en Periodoncia Pronóstico en Periodoncia. Análisis de factores de riesgo y propuesta de clasificación. Periodoncia y Osteointegración. 2005; 15(2), 93–110
19. Barbieri G, Vignoletti F, Barbieri G, Costa LA, Cabello G. Pronóstico de un diente. Revisión de la literatura y propuesta de clasificación. Periodoncia y Oseointegración. 2012; 22(4), 301–320
20. Ls OV, Medina A. Restauraciones protésicas sobre dientes con soporte periodontal reducido. Prosthetic restoration on teeth with reduced periodontal tissue support. 2009
21. Bryson EO, Kellner CH. Psychiatric diagnosis counts as severe systemic illness in the American Society of Anesthesiologists (ASA) physical status classification system. 2014;83(4):423–4
22. Pozhitkov A, Seth N, Kidambi TD, Raytis J, Achuthan S, Lew MW. Machine learning algorithm to perform ASA Physical Status Classification. 2021.

23. García Flores K, Suárez Zafra D, Huerta Flores K de la. Panorama de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. 2014
24. Ningrum V, Wang W-C, Liao H-E, Bakar A, Shih Y-H. A special needs dentistry study of institutionalized individuals with intellectual disability in West Sumatra Indonesia. 2020
25. Britton J, Bradley N. Why should everybody care about special care dentistry? Br Dent J. 2021
26. Pini D de M, Fröhlich PCGR, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. Einstein (Sao Paulo). 2016
27. Gupta S, Pk P, Gupta R. Necessity of oral health intervention in schizophrenic patients - A review. Nepal J Epidemiol. 2016
28. Hage SR, Lopes-Herrera SA, Santos TF, Defense-Netvral DA, Martins A, Sawasaki LY, et al. Oral hygiene and habits of children with autism spectrum disorders and their families. J Clin Exp Dent. 2020
29. Buda LV. Ensuring maintenance of oral hygiene in persons with special needs. Dent Clin North Am. 2016;60(3):593–604.
30. Waldron C, Nunn J, Mac Giolla Phadraig C, Comiskey C, Guerin S, van Harten MT, et al. Oral hygiene interventions for people with intellectual disabilities. Cochrane Database Syst Rev. 2019;5(6):CD012628.
31. Wajs S. Dental caries. Pieleg Polozna. 2017;3(9):4–5.
32. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Dental Fillings Disponible en: <https://www.nidcr.nih.gov/health-info/dental-fillings>
33. Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, Livas C. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013;18(6):e862-8.

34. Santosh A, Kakade A, Mali S, Takate V, Deshmukh B, Juneja A. Oral Health Assessment of children with Autism Spectrum Disorder in Special Schools. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2021;14(4):548–53.
35. Pérez Hernández LY, de Armas Cándano A, Fuentes Ayala E, Rosell Puentes F, Urrutia Díaz D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. *Rev cienc médicas Pinar Río.* 2011; 15(2):53–64.
36. Orellana LM, Martínez-Sanchis S, Silvestre FJ. Training adults and children with an autism spectrum disorder to be compliant with a clinical dental assessment using a TEACCH-based approach. *J Autism Dev Disord.* 2014;44(4):776–85.
37. Mistry T, Balavenkatasubhramanian J, Gurumoorthi P, Shankar B. Perioperative care in a patient with acute psychosis: Challenges and management. *Bali J Anesthesiol.* 2020;4(3):122.
38. Taghizadeh N, Davidson A, Williams K, Story D. Autism spectrum disorder (ASD) and its perioperative management. *Paediatr Anaesth.* 2015;25(11):1076–84.
39. Wang Y-C, Lin I-H, Huang C-H, Fan S-Z. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiol Taiwan.* 2012;50(3):122–5
40. Shin CJ, Saeed S. Toothbrushing barriers for people with developmental disabilities: a pilot study: TOOTHBRUSHING BARRIERS. *Spec Care Dentist.* 2013;33(6):269–74
41. Yamazaki S. Maximum opening of the mouth by mouth prop during dental procedures increases the risk of upper airway constriction. *Ther Clin Risk Manag.* 2010
42. Kiymet Karataban P. Oral aspects and dental management of special needs patient. En: Ardelean DL, Rusu PLC, editores. *Oral Health Care [Working Title].* Londres, Inglaterra: IntechOpen; 2022.
43. Dougherty N. The dental patient with special needs: a review of indications for treatment under general anesthesia. *Spec Care Dentist.* 2009;29(1):17–20.

44. Townsend JA, Wells MH. Behavior guidance of the pediatric dental patient. En: *Pediatric Dentistry*. Elsevier; 2019. p. 352-370.e2.
45. Choi Y-S, Kim H, Rhee S-H, Ryoo S-H, Karm M-H, Seo K-S, et al. Multiple implant therapy with multiple inductions of general anesthesia in non-compliant patients with schizophrenia: A case report. *J Dent Anesth Pain Med*. 2019;19(4):239–44.
46. Kim I-H, Kuk TS, Park SY, Choi Y-S, Kim HJ, Seo K-S. Prognosis following dental implant treatment under general anesthesia in patients with special needs. *J Dent Anesth Pain Med*. 2017;17(3):205–13.
47. Castellanos-Cosano L, Corcuera-Flores JR, Mesa-Cabrera M, Cabrera-Dominguez J, Torres-Lagares D, Machuca-Portillo G. Dental implants placement in paranoid squizofrenic patient with obsessive-compulsive disorder: A case report. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(11):0–0.
48. Nam H, Sung K-W, Kim MG, Lee K, Kwon D, Chi SI, et al. Immediate implant placement for schizophrenic patient with outpatient general anesthesia. *J Dent Anesth Pain Med*. 2015;15(3):147–51
49. Jo C-W, Park C-H, Lee J-H, Kim J-H. Managing the behavior of a patient with autism by sedation via submucosal route during dental treatment. *J Dent Anesth Pain Med*. 2017;17(2):157–61.
50. Shah S, Shah S, Apuya J, Gopalakrishnan S, Martin T. Combination of oral ketamine and midazolam as a premedication for a severely autistic and combative patient. *J Anesth*. 2009;23(1):126–8.
51. Heaton LJ, Hyatt HA, Huggins KH, Milgrom P. United States dental professionals' perceptions of dental anxiety and need for sedation in patients with mental illness. *SAAD Dig*. 2012;28:23–30.
52. Pisalchaiyong T, Trairatvorakul C, Jirakijja J, Yuktarnonda W. Comparison of the effectiveness of oral diazepam and midazolam for the sedation of autistic patients during dental treatment. *Pediatr Dent*. 2005;27(3):198–206.

53. da Mata LL, Rodrigues da Cunha AMS, Moronte AM. Dental management of a patient with special health care needs. *Case Rep Dent.* 2021
54. Olszewska A, Daktera-Micker A, Cieślińska K, Firlej E, Biedziak B. Auto-aggressive behavior in dental patients. *J Med Sci.* 2017;86(1):65–8.
55. Hong S-J, Chae YK, Lee C, Choi SC, Nam OH. A digital fabrication of dental prosthesis for preventing self-injurious behavior related to autism spectrum disorder: A case report. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(17):9249.
56. Okamoto A, Miyachi H, Tanaka K, Chikazu D, Miyaoka H. Relationship between xerostomia and psychotropic drugs in patients with schizophrenia: evaluation using an oral moisture meter. *J Clin Pharm Ther.* 2016;41(6):684–8.
57. Kisely S, Quek L-H, Pais J, Laloo R, Johnson NW, Lawrence D. Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2011;199(3):187–93. (dieta y medicación psicotrópica con efectos como xerostomía, edentulismo en enfermedad mental, métodos físicos más traumáticos)
58. Eltas A, Kartalcı S, Eltas SD, Dündar S, Uslu MO. An assessment of periodontal health in patients with schizophrenia and taking antipsychotic medication: Periodontal health and schizophrenia. *Int J Dent Hyg.* 2013;11(2):78–83.
59. Marín C, Díaz-de-Valdés L, Conejeros C, Martínez R, Niklander S. Interventions for the treatment of xerostomia: A randomized controlled clinical trial. *J Clin Exp Dent.* 2021;13(2):e104–11.
60. Craig MH, Scott JM, Slayton RL, Walker AL, Chi DL. Preventive dental care use for children with special health care needs in Washington's Access to Baby and Child Dentistry program. *J Am Dent Assoc.* 2019;150(1):42–8.
61. Wagle M, Acharya G, Basnet P, Trovik TA. Knowledge about preventive dentistry versus self-reported competence in providing preventive oral healthcare – a study among Nepalese dentists. *BMC Oral Health.* 2017;17(1).

62. Vozza I, Cavallè E, Corridore D, Ripari F, Spota A, Brugnoletti O, et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Ann Stomatol (Roma)*. 2015;6(3–4):96–9.
63. Bernath B, Kanji Z. Exploring barriers to oral health care experienced by individuals living with autism spectrum disorder. *Can J Dent Hyg*. 2021;55(3):160–6.
64. Alshatrat SM, Al-Bakri IA, Al-Omari WM. Dental service utilization and barriers to dental care for individuals with autism spectrum disorder in Jordan: A case-control study. *Int J Dent* ;2020:3035463