

Abordaje estomatológico en paciente pediátrico con microcefalia y retraso del desarrollo psicomotor

Bojórquez-Vega AP¹, Aguilar-Ayala FJ¹, Rejón-Peraza ME¹, Pinzón-Te AL¹, Castro-Linares NC¹, Negrón-Espadas JC².

¹ Maestría en Odontología Infantil, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Yucatán

² Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán

RESUMEN

El desarrollo psicomotor se refiere a la adquisición de habilidades en el niño durante la infancia, etapa de vida donde el retraso psicomotor se manifiesta como las alteraciones que se presentan durante esta fase, afectando cualitativa o cuantitativamente las áreas del desarrollo; manifestándose de manera global o específica, con asociación a factores ambientales, genéticos y perinatales. El retraso del desarrollo psicomotor suele estar asociado a trastornos en el crecimiento del cráneo y talla baja. El diagnóstico temprano de estas alteraciones, con intervención multidisciplinaria de especialistas como el pediatra, neuropediatra, genetista y terapeuta de lenguaje, entre otros, complementan el pronóstico y el tratamiento mejorando la calidad de vida de estos pacientes. El odontopediatra, como parte de este equipo de salud desempeña un papel fundamental en el manejo y prevención del riesgo a caries y de las enfermedades estomatológicas. En este caso clínico se evidencia la importancia del conocimiento de las etapas de desarrollo del niño y la detección y tratamiento oportuno de las alteraciones del sistema estomatognático de manera multidisciplinaria.

Palabras clave: retraso psicomotor, microcefalia, talla baja, odontopediatría.

ABSTRACT

Psychomotor development is the acquisition of capacities during childhood. Delays in this type of development in this stage can cause alterations that can qualitatively and quantitatively affect development. These alterations can manifest in overall development and/or in specific aspects, and are associated with environmental, genetic and perinatal factors. Delays in psychomotor development tend to be associated with cranial growth disorders and low height. Quality of life in these patients can be improved by early diagnosis and timely treatment including multidisciplinary intervention involving specialists (e.g. pediatricians, neuropediatricians, geneticists, and language therapists, among others). Pediatric dentistry plays a fundamental role in the prevention and handling of caries and orofacial diseases in these cases. The present clinical case highlights the importance of understanding child development stages, and timely, multidisciplinary detection and treatment of orofacial system alterations.

Key words: psychomotor delays, microcephaly, low height, pediatric dentistry.

Solicitud de sobretiros: M. en O. Marina Ediviges Rejón Peraza

Correo electrónico: laurap@correo.uady.mx

Correspondencia: Calle 61 A No. 492A x Av. Itzáes, Col. Centro, Mérida, Yucatán, México. CP. 97000.

Recibido: Octubre 2015 / Aceptado: Diciembre 2015

Artículo disponible en <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V07N2p71.pdf>

INTRODUCCIÓN

El término desarrollo psicomotor designa la adquisición de capacidades y habilidades necesarias para la vida, que se observan en el niño de forma continua durante toda la infancia, corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas (cerebro, médula, nervios y músculos) como al aprendizaje que el bebe, luego niño, tiene descubriéndose a sí mismo y al mundo que lo rodea, por lo tanto esta determinado por factores biológicos y ambientales (1). En este sentido, el retraso del desarrollo psicomotor es una alteración que se manifiesta en la lentitud de los logros del desarrollo del infante durante sus primeros 3 años de vida. Estas alteraciones pueden ser cuanti o cualitativas y presentarse de forma global o específica, afectando a una o varias áreas del desarrollo según su asociación con factores genéticos, ambientales y perinatales (2) pudiendo o no causar discapacidad (1).

El retraso del desarrollo psicomotor puede estar asociado a trastornos del crecimiento craneal como microcefalia o macrocefalia. La microcefalia se describe como una medición por debajo de 3 desviaciones estándar para la media de edad, sexo y edad gestacional; mientras que la macrocefalia se considera como un aumento del tamaño del cerebro o de la cantidad de líquido cefalorraquídeo; lo cual se refleja en el tamaño del cráneo. Los niños con microcefalia presentan mayor riesgo de sufrir alteraciones del desarrollo, los factores de riesgo que presentan estos pacientes son de tipo social, ambiental y biológico (3).

La talla baja se define como la talla por debajo de dos desviaciones estándar para la edad y el sexo o más de dos desviaciones estándar por debajo de la talla media familiar (4,5). Se debe considerar que cuando mayor sea la desviación de la talla con respecto a la media en la población, es mayor la severidad

La valoración pediátrica al nacer es determinante para observar parámetros normales o alterados, estas deben ser evaluadas para precisar la expresión de una patología o la variación del proceso normal. De tal modo, la consulta precoz se vuelve imprescindible para lograr revertir algunos aspectos de cada proceso patológico, con la

finalidad de mejorar su pronóstico, aunque el tratamiento se prolongue en los siguientes años (6). En odontopediatría el diagnóstico integral del paciente es la herramienta principal que proporcionará las pautas para establecer el diagnóstico y plan de tratamiento individualizado. La Asociación Americana de Pediatría (AAP) recomienda una evaluación bimestral de rutina, donde los valores de talla, peso y perímetro cefálico entre otros, forman parte de la inspección del recién nacido y su control hasta los dos años (7,8). Sin embargo, en algunos casos la ignorancia por parte de los familiares o la falta de acceso a servicios de salud puede ser un obstáculo que retrase el diagnóstico oportuno de éstas alteraciones en el niño, por lo que su diagnóstico temprano favorecen el pronóstico y la calidad de vida del niño (9).

La multidisciplinaria es un factor elemental para la rehabilitación del paciente, por lo cual la atención integral requiere de un equipo multi e interdisciplinario que incluye la participación del pediatra, neurólogo pediatra, rehabilitador físico, psicólogo, terapeutas físicos y estomatólogo pediatra (10).

Para integrarse al equipo médico durante el proceso de diagnóstico, rehabilitación y seguimiento, el estomatólogo pediátra debe estar capacitado para realizar el monitoreo del perímetro cefálico, talla y peso en cada consulta estomatológica, especialmente ante la sospecha de alguna alteración del crecimiento y desarrollo, además de la detección y tratamiento oportuno de las alteraciones del sistema estomatognático y el control de los factores de riesgo para las enfermedades bucales mediante la implementación de los diferentes niveles de prevención con base en los criterios de la OMS.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 20 meses de edad originario de Hocabá, Yucatán, que acude a valoración estomatológica acompañado de su abuela por presentar lesiones cariosas que dificultan su alimentación. Entre los antecedentes pre y perinatales se refiere gesta única, mal control prenatal, se desconoce si se presentaron enfermedades durante el embarazo, parto distócico por cesárea debido a taquicardia y sufrimiento fetal, pesó al nacer 1,900gr, se desconoce edad

gestacional, talla, perímetro cefálico y valoración APGAR al nacimiento.

Entre los antecedentes personales patológicos; se niega enfermedades exantemáticas propias de la infancia, así como malformaciones congénitas agregadas, crónico - degenerativas, traumáticos o transfusionales, sin diagnóstico de base definido.

A la exploración extraoral se observa talla baja, facies atípica, marcha con asistencia y psicomotricidad inconsistentes con la edad, sin endostosis ni exostosis, microcefalia, adecuada implantación de pabellones auriculares con ligera rotación posterior, estado de atención alerta, peso 11 kg, talla 80 cm, perímetro cefálico de 45 cm (Figuras 1-2).



Figura 1. Obtención de medidas antropométricas del paciente. Diagnóstico.

A la exploración intraoral se observan mucosas íntegras, con adecuada coloración e hidratación, dentición primaria incompleta acorde a la edad cronológica y lesiones cariosas de diversos grados en incisivos centrales superiores e inferiores y presencia de tartaro dental en la cara palatina de 5.2 y 6.2. Se interconsulta con médico genetista quien reporta: microcefalia, retraso psicomotor y talla baja considerando que aunque es baja, la talla blanco familiar también lo es; por lo que recomendó monitorear peso, talla y perímetro cefálico (Figura 3).

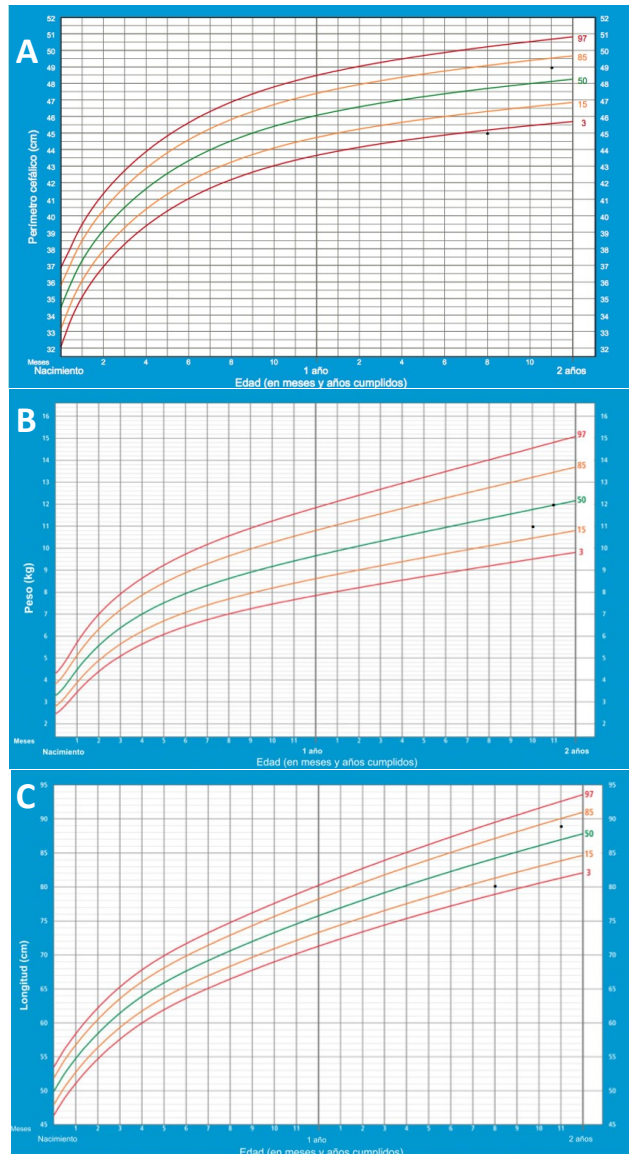


Figura 2. A. Perímetro cefálico para la edad en niños B. Peso para la edad en niños. C Talla según edad en niños

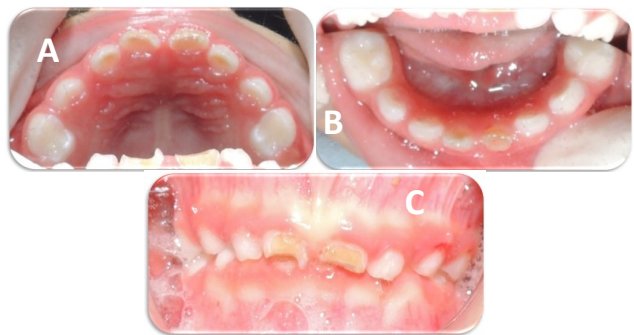


Figura 3. Fotos intraorales iniciales. Arco superior. Diagnóstico. Arco Inferior. Diagnóstico, Imagen frontal. Diagnóstico

El tratamiento estomatológico consistió en asesoría dietética, medidas y seguimiento de higiene bucal, detartraje bucal completo, haciendo énfasis en los OD 5.2 y 6.2, terapia pulpar en OD 7.1 y 8.1; rehabilitación con coronas acero cromo en OD 5.1, 6.1, 7.1 y 8.1 y aplicación de flúor tópico. Se establecieron citas de seguimiento y control de restauraciones y factores de riesgo cada dos meses, así como la medición de perímetro cefálico, peso y talla (Figura 3).

La técnica de manejo conductual utilizada durante el tratamiento estomatológico fue la de inmovilización por protección dada las características del paciente con base en la clasificación de conducta de Frankl (Frankl I). Se refirió al Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) para su rehabilitación integral (Figuras 4 y 5).



Figura 4 Medidas antropométricas durante el control postoperatorio.



Figura 5. Fotos intraorales postoperatorio 6 meses. A. Arco superior. B. Arco inferior. C. frontal.

DISCUSIÓN

Las alteraciones en el desarrollo tales como el retraso psicomotor, aumentan los factores de riesgo para las patologías bucales debido a que se dificulta la higiene bucal y exige una mayor participación por parte del tutor para la promoción de la salud bucal y el control estricto de los factores de riesgo. Así mismo el estomatólogo pediatra debe ser capaz de detectar las alteraciones del desarrollo del niño, de tal manera que pueda referirlo con los especialistas pertinentes para su atención integral correcta y oportuna.

La atención temprana de estos pacientes tiene el objetivo de dar solución a las necesidades transitorias o permanentes que se presentan en el individuo (1, 6). Con base en esto, no solo la atención clínica del paciente es esencial, la capacitación del tutor para realizar cada una de las acciones preventivas facilitando estrategias y supervisando su implementación es la base para mantener la calidad de vida del paciente.

Por otra parte, la idiosincrasia de la población mexicana, ocasiona que se desarrollen los prejuicios en algunas personas sobre la presencia de un miembro en la familia con discapacidad (11), lo cual a su vez ocasiona el retraso en la atención puntual y temprana de los diferentes problemas de salud (1, 11).

El estomatólogo pediatra debe conocer los valores normales antropométricos, debido que en muchas ocasiones, es el profesional de la salud de primer contacto con el niño debido a patologías bucales presentes siendo una prioridad del tutor, a pesar de las alteraciones del crecimiento y desarrollo evidentes.

Por lo tanto, se recomienda como parte del tratamiento estomatológico la integración y registro de los cambios funcionales, antropométricos, del crecimiento y desarrollo en el paciente como es el caso del retraso psicomotor (10). La integración de la historia clínica estomatológica es de suma importancia, debido a que es el momento donde deben detectarse variantes, que requieran hacer remisiones oportunas estableciendo la inter y multidisciplinaria en etapas tempranas para el manejo integral y óptimo del paciente así como del seguimiento y control del mismo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Huiracocha L, Robalino G, Huiracocha M, García J, Pazán C, Angulo A. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador MASKANA 2012;3(1):13-28.
2. Narbona J, Schlumberger E. Retraso psicomotor. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. Internet. Disponible en: www.aeped.es/protocolos
3. Martí-Herrero M., Cabrera-López JC. Macro y microcefalia, trastornos del crecimiento craneal Asoc Esp Ped 2008;185-193
4. Núñez-Enríquez JC, Arias-Gómez J, Nishimura-Meguro E. Proceso diagnóstico en talla baja Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012;50(6): 623-30
5. Aguirrezabalaga B, Pérez C. Protocolos de endocrinología. talla baja: diagnóstico y seguimiento desde atención primaria Bol Pediatr 2006;46: 261-264.
6. Bonnevaux M. Ponce de León E, Ravera C. Tratamiento interdisciplinario de tempranos que consultan por retraso significativo del lenguaje o psicomotor. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 1999;(90):207-26.
7. Vericat A, Bibiana-Orden A. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico Ciênc Saúde Coletiva 2013;18(10):2977-84
8. Abordaje diagnóstico y seguimiento del paciente con talla baja. México: Secretaría de Salud, 2011. Internet. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/510_GPC_Tallabaja/GER_TallaBaja.pdf
9. López Pisón J, Monge Galindo L. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2011;(20):131-144
10. Iceta A, Yoldi ME. Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria Psychomotor development of the child and its evaluation in primary care. Anal Sis San Navarra 2002;(25) Suplemento
11. Gobierno del Distrito Federal (DIF-DF) y UNICEF, El reto de la Inclusión y Atención Integral de niños, niñas y jóvenes con discapacidad en el Distrito Federal. México. 2006. Internet. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_reto_inclusion_estudio_discapacidad.pdf