

UNIVERSIDAD DE BARCELONA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL EN UN PACIENTE AFECTO DE COREA DE HUNTINGTON

por

JULIÁN LÓPEZ JIMÉNEZ* M^o JOSÉ GIMÉNEZ PRATS*
TOMÁS ESCUIN HENAR** MARGARITA LUNA DESCALZO***

BARCELONA

RESUMEN: Se presenta un caso de rehabilitación oral con prótesis fija en un paciente afecto de corea de Huntington, con retraso psíquico moderado y una importante descoordinación motriz. El tratamiento consistió en una primera fase bajo anestesia general (tratamiento odontología conservadora, tratamiento periodontal y exodoncias). En una segunda sesión, después de mantener unos niveles de placa dental correctos, se procedió al tallado de los dientes pilares y toma de registros oclusales, todo ello bajo sedación profunda. El resto de las pruebas ajuste de oclusión y cementado con premedicación psico-sedante.

PALABRAS CLAVE: Corea de Huntington, prótesis fija, guía anterior, anestesia general, sedación.

ABSTRACT: We report a case of oral rehabilitation with fixed prosthesis in a patient with Huntington's chorea, moderate mental retardation, and important motor impairment. Treatment consisted of a first step under general anesthesia that included conservative dental and periodontal treatment and exodontias. In a second step and after maintaining and adequate dental plaque index, pillar teeth were cut and occlusal registers were taken under deep sedation. All other procedures of occlusion adjustment and cementation were carried out with the aid of psychosedative premedication.

KEY WORDS: Huntington's chorea, fixed prosthesis, anterior guide, general anesthesia, sedation.

INTRODUCCIÓN

La Corea de Huntington (C.H.) es una enfermedad neuro-psiquiátrica degenerativa heredada en forma autosómica dominante, llega a afectar al 50% de los hijos de un padre afecto (1, 2). Se observa distribuida en todo el mundo, la prevalencia media es de 5-7/100.000 (3) es menos frecuente en la raza negra (4), también influyen en la prevalencia factores geográficos (5).

Cursa con una alteración física, presencia de grandes movimientos aleatorios e incontrolados por el paciente, trastornos de conducta y demencia, todo ello se instaura de forma progresiva en la vida adulta, normalmente a partir de los 30-40 años de edad, es rara la presentación en niños (6), si es transmitida por el padre la aparición es más precoz. La gravedad de la enfermedad aumenta de forma gradual produciéndose la muerte a partir de los 15 ó 20 años (7, 8), los pacientes con enfermedad avanzada están incapacitados y con demencias graves. En

casos terminales se sustituyen los movimientos coreicos por rigidez.

Solo se dispone de tratamiento sintomático, son utilizados los bloqueantes de los receptores de la dopamina, haloperidol y las fenotiacinas. Las drogas neurolépticas mejoran la presencia de movimientos involuntarios y controlan los comportamientos psicóticos, pero no detienen la progresión de la enfermedad (8). La depresión es muy frecuente en estos pacientes y presenta una buena respuesta a los antidepresivos tricíclicos (10).

Varios estudios clínicos relacionan los corticosteroides con el sistema extrapiramidal obteniendo retrasos en la progresión de la enfermedad al administrar Dexametasona (11, 12, 13).

Los hallazgos anatómo patológicos corresponden a una atrofia de los núcleos básicos del encéfalo, núcleo Caudado y núcleo Putamen (14).

Respecto a las consideraciones al tratamiento odontológico debemos tener en cuenta:

A) Alteraciones psíquicas, podemos encontrar esta-

(*) Profesor Asociado de Pacientes Especiales.

(**) Profesor Titular de Prótesis.

(***) Profesor Titular de Odontología Legal.

dos de disforia con marcados comportamientos antisociales, diversos grados de demencia, depresión, esquizofrenia, falta de atención, en definitiva cualquier patología psiquiátrica (15).

B) Alteraciones físicas, discinesias, presencia de movimientos incontrolados, imposibilidad de mantener la postura en el sillón dental, imposibilidad para mantener la boca abierta, presencia de movimientos protrusivos involuntarios de la lengua, disfunciones oclusales (bruxismo céntrico y excéntrico). Es frecuente la disartria, que ocasionara problemas de comunicación. Puede existir también la hiperventilación, que puede incrementarse al añadir el estrés que comporta el tratamiento odontológico facilitando la aparición de una pérdida de consciencia.

C) Efectos colaterales farmacológicos, pueden producir una xerostomía y una hiperplasia gingival poten-

ciada y agravada ante la presencia de placa dental, estos factores pueden incidir en un aumento de la caries y de la enfermedad periodontal. La higiene oral esta dificultada en estos pacientes debido a la discapacidad psíquica y física que presentan. Los pacientes con habito de polifarmacia a los psicofármacos, presentan una respuesta impredecible a la sedación, por ello se recomienda siempre, que sea practicada por un anestésista, en el medio adecuado y con todo el material necesario (16).

Hay que tener especial precaución en el uso de anestesia con adrenalina en los pacientes que tomen antidepressivos triciclicos. Los pacientes con tratamientos crónicos con corticoides necesitan un aporte suplementario ante tratamientos quirúrgicos y ante situaciones que puedan representar un estrés adicional, como el someterse a un tratamiento odontológico.

CASO CLINICO

Paciente de 48 años de edad afecto de C.H. presenta una discinesia con movimientos incontrolados, alteración en la marcha y dificultad para mantener la postura en sesiones largas en el sillón dental, esta iniciando la aparición de una demencia con un comportamiento excesivamente temeroso al tratamiento odontológico.

En la exploración intraoral observamos caries y enfermedad periodontal; presencia de un habito de bruxismo. (Fig. 1, 2).

Plan de tratamiento

En una primera sesión bajo anestesia general (debido a la duración excesiva, la agresividad del tratamiento y a la falta de colaboración psicológica unido a la imposibilidad postural), se realiza todo el tratamiento de odontología conservadora, periodoncia, y exodoncias. Aprovechamos para la toma de impresiones con alginato para unos modelos de estudio, registros de oclusión, del arco facial para montar posteriormente los modelos en articulador semiajustable Quick Master (Fig.3). en el postoperatorio se prescribió amoxicilina -ac. Clavulánico 500/250/8h. durante cuatro días y ac. Niflumico 250/8h. durante dos días (17), es imprescindible una correcta profilaxis antibiótica en estos pacientes ya que la principal causa de muerte es la bronco-neumonía (18).

El articulador se programó con los modelos de estudio utilizando valores estándar de guía condilea (30 grados y ángulo de Bennett 15 grados). El análisis de los modelos junto con los antecedentes médicos del paciente, hicieron recomendable la rehabilitación del sector antero-superior con prótesis fija.

Se puso como condición previa indispensable para llevar a cabo el tratamiento, el alcanzar y mantener unos niveles de placa bacteriana inferiores al 20% (Índice de O-Leary)(19), se consiguió pasada una semana después de realizado el tratamiento, mantuvimos controles semanales durante un mes antes de iniciar la prótesis (20). Durante este periodo se instauró un estricto plan de odontología preventiva y mantenimiento periodontal, normas de higiene oral, dieta (calidad, evitando azúcares, consistencia de la misma y control del número de ingestas), flúor (21, 22, 23).

Transcurrido un mes y medio después de la primera sesión procedemos a iniciar el tratamiento protodónico, según el plan previamente prescrito según el estudio previo de modelos. Bajo sedación profunda procedemos al tallado de los dientes pilares 14, 15, 23, 24 y 25 en forma de chamfer y siendo sumamente conservadores para evitar en lo posible posteriores hiperestesias dentinarias y obtener la máxima resistencia posible de los mismos (Fig. 4). Para la toma de impresiones utilizamos siliconas de baja viscosidad, de adición por sus especiales características de resistencia.

El registro de la relación céntrica presenta una dificultad adicional al no trabajar en las condiciones ideales, falta de atención y ausencia de tono muscular. Se recomienda tomar este registro, clave en la confección de prótesis fija, es una posición retrusiva mandibular que suponga una adecuada relación condilar en la cavidad glenoidea, la tomamos a partir de una posición posterior y superior de los condilos en la cavidad glenoidea, dejamos que la mandíbula se reubique en una posición más fisiológica, en la que permita un arco de bisagra terminal y que permita la obtención del registro de forma repetitiva (24). Para los registros interocclusales excéntricos. Utilizamos valores promedio citados anteriormente (25). Para el diseño de la prótesis hemos seguido estrictamente la ley de Ante (26, 27).

En esta misma sesión tomamos impresiones con siliconas de baja viscosidad, registros oclusales, relación céntrica.

Debido a que el comportamiento del paciente permite una mínima manipulación en sesiones cortas decidimos no realizar un acabado directo, sino el realizar la prótesis de una forma casi convencional con la ayuda de premedicación psicosedante, midazolam 0,1 mgr./Kg. de peso por vía sublingual veinte minutos antes de cada sesión (28), de este modo acabamos el caso con tres sesiones más, prueba de metal, prueba de bizcocho y cementado provisional, esta última sesión se llevó a cabo sin ningún tipo de premedicación ya que el comportamiento del paciente fue mejorado paulatinamente hasta llegar a ser prácticamente normal. Transcurridos dos meses después de la colocación de la prótesis y de

comprobar la ausencia de lesiones periodontales, estando el paciente asintomático y con una buena aceptación respecto a la estética y la función, procedemos al cemen-

tado definitivo con cemento de ionómero de vidrio (Fig. 5).

DISCUSIÓN

Este tratamiento según nuestra legislación vigente podría plantear ciertos problemas a la hora de llevarlo a cabo, dado que es muy garantista de derechos individuales como la integridad y la libertad de la persona (29). Cualquier actuación que pueda atentar contra la libertad o la integridad de las personas debe hacerse de acuerdo con las normativas legales al respecto (30). La primera consideración ha sido la de determinar si el paciente es susceptible de ser tratado tanto técnica como legalmente.

a que no tuvo experiencias desagradables permitiendo el cementado de la prótesis y el ajuste oclusal sin ningún tipo de ayuda farmacológica (la sedación con benzodiazepinas produce un cierto grado de amnesia, con relación a la profundidad de la misma).

La rehabilitación protésica en estos casos es necesaria, para que no se produzca una alteración en su nutrición, que no empeore su estado psíquico ni su sistema estomatognático (35).



Fig. 1

Otra ha sido la de considerar que alternativa de tratamiento era la mejor para este caso determinado, valorándolo individualmente y siguiendo los requisitos mínimos exigidos. Y por último, tener el consentimiento de los representantes legales (31), siempre previa información respecto a todo lo concerniente al caso, especialmente en cuanto a tratamiento y pronóstico (32).

Debido a la especial dificultad de este paciente para acceder a tratamiento odontológico (discinesia y demencia) hemos precisado de técnicas de manejo de disconductas que hemos variado según la complejidad del tratamiento a realizar (33), de la agresión y duración, utilizando desde la anestesia general (34), para la primera sesión que fue la más larga y cruenta hasta la simple premedicación psico-sedante para las pruebas de la prótesis, pasando por la sedación profunda para los tallados.

Es importante valorar en estos casos la combinación de restricción física con técnicas farmacológicas para que de este modo la sedación sea lo más superficial posible, si se aplica la restricción física siempre se debe informar al paciente previamente, queremos destacar en este caso como el paciente fue mejorando su comportamiento a medida que avanzaba el tratamiento, debido

En este caso la prótesis removible está claramente contraindicada dadas las alteraciones psíquicas y físicas, hubiera sido imposible el mantener una correcta higiene oral y una buena manipulación de la prótesis, a pesar que por el edentulismo parcial que presentaba si hubiera permitido una buena retención y estabilidad de una prótesis removible (35, 36). La única alternativa hubiera sido la rehabilitación con implantes dentales, pero teníamos el inconveniente de un mayor número de sesiones, mayor agresividad quirúrgica en la colocación y en la segunda cirugía, que alargábamos en más de siete meses la finalización del trabajo y que la prótesis fija convencional no estaba contraindicada.

Respecto al diseño de la prótesis nos hemos atendido sobre todo a criterios de resistencia y biológicos, por eso hemos diseñado todas las caras palatinas e incluso el borde incisal metálico (37, 38), para prevenir una posible fractura del material estético por el bruxismo que presentaba el paciente, las troneras gingivales son muy anchas para que permita una correcta higiene con un mínimo esfuerzo por parte del paciente (Fig. 5, 6). La estética si bien es importante, ya que es el primer motivo de consulta, nunca debe constituir en el diseño de la prótesis una prioridad que relegue a un segundo plano



Fig. 2

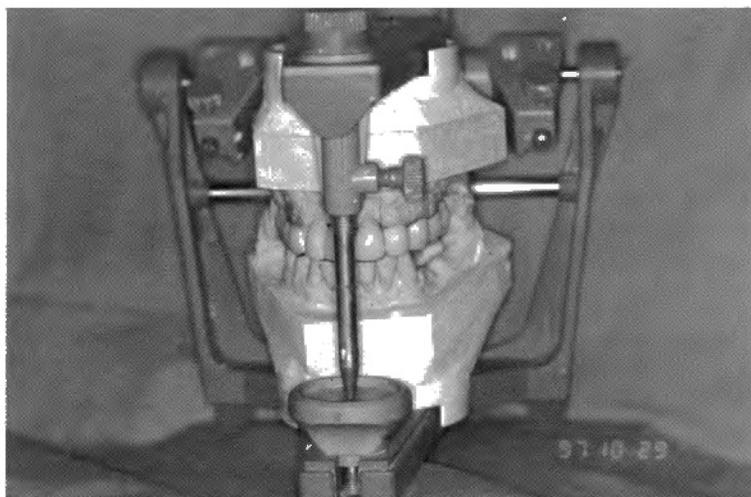


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

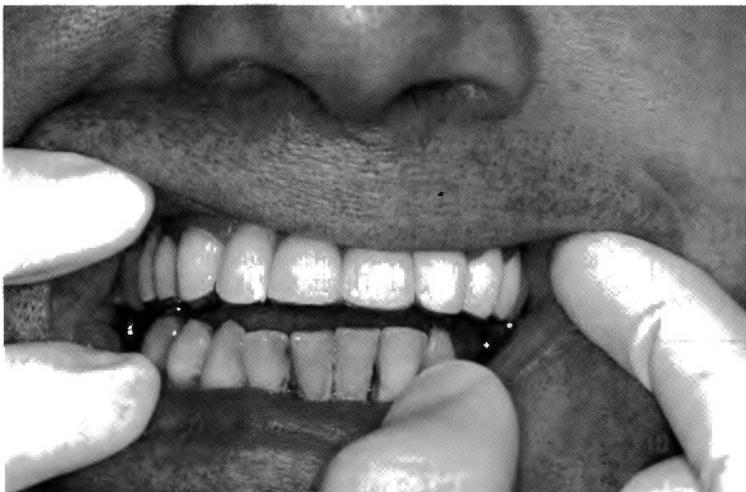


Fig. 7

un diseño resistente y que permita una buena función e higiene oral.

Una vez concluido el trabajo hemos conseguido los objetivos marcados de una rehabilitación: a) estética, b) una correcta función masticatoria. Hemos conseguido también una mejora en su autoestima que es importante para que estos pacientes no caigan en una conducta de abandono general. En las últimas imágenes se observa

como incluso se ha afeitado la barba (Fig. 7). Todo lo expuesto anteriormente va a propiciar una mejora en la calidad de vida del paciente y una mayor integración en su entorno.

Correspondencia:
Dr. Julián López Jimenez
Consejo de Ciento, 284
08007 Barcelona

BIBLIOGRAFIA

- JARKA M; BROSIG B, RICHTER HE. Psychosocial problems in Huntington Chorea. I: Overview, project description social and illness-related data. Cd. Psychiatr Prax May 1996 23 (3) p 117-20.
- JOUBERT-J, BOTHA-MC. Epidemiology and cases of early manifestations of Huntington Chorea. Zh-Nevropatol-Psikiatr. 1987; 87(3): 340-2.
- HARPER P. Huntington's Disease. Harper P. Saunders, Filadelfia, 1991 (Internet).
- JOUBERT-J, BOTHA-MC. Huntington disease in South African blacks. A report of 8 cases. S-Afr-Med-J. 1998 Apr 16, 73 (8): 489-94.
- PAVONI-M, GRANIERI-E, GOVONI-V, PAVONI-V, DEL-SENNO-L, MAPELLI-G. Epidemiologic approach to Huntington's disease in northern Italy (Ferrara area). Mapelli-G. Neuroepidemiol. 1990; 9 (6): 306-14.
- BERCIANO J, TOLOSA E. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso en Medicina Interna. Farreres Rozman (Ed) Tomo II. Doyma Barcelona 1992 p 887-890.
- Ist. Nazionale Neurologico. C. Besta Div. Biochimica e Genetica del Sistema Nervoso. Milano (Internet).
- FRAGASSI NA, STANZIONE M, ANGELINI R, DI MAIO L. Huntington chorea Clinical correlations and preliminary neuropsychological data. Acta Nurol (napoli) Aug-Dec 1992, 14 (4-6), p 530-6.
- SMURL-JF, WEAVER-DD. Presymptomatic testing for Huntington chorea: guidelines for moral and social accountability. Am-Med-Genet, 1987, Feb; 26 (2): 247-57.
- BERCIANO J, TOLOSA E. Enfermedades degenerativas del sistema Nervioso. En Medicina interna. Tomo II. Doyma, Barcelona. 1992. Pág. 887-(90).
- NUTI-UN, MAREMMANI-C, CERAVOLO-R, PAVESE-N, BONUCCELLI-U, MURATORIO-UN. Dexamethasone therapy in Huntington chorea: preliminary results. Riv-Neurol. 1991 Nov-Dic, 61 (6): 225-7.
- BRYOIS-C. The length of survival and cause of death in Huntington chorea. Schweiz-Arch-Neurol-Psychiatr. 1989, 140(2), 101-15.
- MANAU C. Protocol del programa de prevenció de las malalties bucodentals per a disminuïts físics i o psíquics. Consell assessor, sobre salut dental. Barcelona, 1990, 6-8.
- PEREZPEÑA DIAZCONTI M, CHÁVEZ MACÍAS LG, OLVER RABIELA JE. Corea de Huntington. Rasgos sobresalientes de dos casos-de autopsia. Patología (México) 1996, 34: pág. 23-25.
- VAZQUEZ A. Patología extrapiramidal en geriatría. Ribera JM; Madrid, 1989; pág. 83-92.
- LÓPEZ JIMÉNEZ J, PÉREZ MARQUINA R, GIMÉNEZ PRATS MJ. Anestesia general en odontología. Cuidados odontológicos especiales. Vol. 4, n° 2: 45-53.
- BASCONES A. Infecciones odontógenas de la cavidad bucal y región maxilofacial. Avances de Odontostomatología. 1994; 10 (supl): 21.
- LOUIS F, ROSS C. Medicina interna en Odontología. Tomo II. Salvat; Barcelona, 1992, pág. 894.
- SAUNDERS F. Huntington's Disease Collaborative Reserch Group. A novel gene containing a trinucleotide repeat that is expanded and unstable on Huntington's disease chromosomes. Cell 1993; 72: 971-983.
- LÓPEZ LÓPEZ M, BULLÓN P. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Lab. Normon, Madrid; 1996, pág. 242.
- ARMITAGE GC. Clinical evaluation of periodontal diseases. Periodontology 2000. 1995; 7: 39-53.
- WILLIAMS RC. Periodontal disease activity current concepts. En Wilson TG; Worman KS. Advances in Periodontitis. Chicago: Quintessence Publishing Co Inc. 1992: 58-66.
- MANAU C, ECHEVARRIA JJ, CUENCA E. Odontología preventiva y comunitaria. Epidemiología en el manual de odontología. Edit. Masson Salvat; Barcelona 1994.
- LÓPEZ JIMENEZ J. Prótesis Fija bajo Sedación Profunda ó Anestesia General. Rev. Archius. COEC. Vol V/n° 2. Mayo 1998. Barcelona.
- ROSSENTIEL S, LAND MF, FUJIMOTO J. Prótesis fija procedimientos clínicos y de laboratorio. Ed. Salvat, pág. 32. Barcelona 1991.
- ANTE IH. The fundamental principles of abutments. Mich State Dent. Soc. Bul 8: 14 july, 1926.
- SCHILLINBURG HT, EL AL. Fundamentals of fixed prosthodontics, ed 2 p 20. Chicago 1981. Quintessence Publishing Co. Inc. 8: 143-168.
- LÓPEZ JIMÉNEZ J, CARNEADO FERRERI M. Sedación Endovenosa en Odontología. Cuidados odontológicos especiales. En prensa.
- Constitución Española 1978.
- Código Penal Español. 1995.
- Código Civil Español.
- Ley General de Sanidad. 1986.
- CAÑADAS D, CORDERO E, JIMÉNEZ-CASTELLANOS E. Obtención de relaciones intermaxilares con neuroestimulación transcutánea. Quintessence. 1995; 8: 522-56.
- ESTANLEY F, MALAMED. Sedación guía práctica. Ed. Doyma, 1995; 3: 459-469.
- VELASCO ORTEGA E, VALENCIA ALEJANDRO S, BULLÓN FERNÁNDEZ P. Atención Odontológica del paciente con enfermedades de parkinson. Cuidados odontológicos especiales. 1996 vol. 3, n° 1, pág. 21-28.
- BOREL JC; SCHITTLY J, EXBRAYAT J. Manual de prótesis parcial removible. Ed Masson. Barcelona 1986; 93-99.
- F. DEL RÍO DE LAS HERAS, F. DEL RÍO HIGHSMITH. Consideraciones sobre nuevos materiales para coronas y puentes dentales. Rev. Europea de Odonto-Estomatología. Nov. 1996; vol VIII, n° 6.
- RUCKER LM. Prosthetic treatment for the patient with uncorroled guar mal epileptic suizures. Spec. Lare. Dentist. Sept, Oct 1985: 5 (5): 206-207.