

Tratamiento Odontológico en Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil. Serie de Casos

Atilio Napoleón Zurita Lucano¹

dr.azul2008@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0681-223X>

Investigador Independiente
Ecuador

Carlos Ortega Zurita

carlos_orteg@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2125-7852>

Investigador independiente
Ecuador

María Nancy Criollo Supe

hnatasha_26@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9250-2109>

Investigadora independiente
Ecuador

Juan José Ortega Pazmiño

juanjoseop@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-4527-259X>

Investigador independiente
Ecuador

RESUMEN

La parálisis cerebral infantil es un trastorno neuromotor permanente, no curable, no progresivo, afecta la deambulación y postura de la persona, compromete la audición, el lenguaje y exhibe discapacidad intelectual. Un equipo multidisciplinario debe enfrentar esta situación para mejorar el estilo de vida del individuo. El Odontopediatra guiará a familiares y cuidadores en la alimentación e higiene bucal del paciente; debido a que no puede realizar sus actividades por sí solo. En edad adulta seguirá bajo control bucal periódico con el odontólogo general. Así evitaremos tratamientos agresivos y complicados que requieren de sedación o anestesia general en quirófano, que conllevan gastos elevados para la familia. El objetivo es aplicar los procedimientos preventivos y curativos odontológicos, con ayuda del manejo conductual, en períodos cortos de trabajo seguidos de períodos de descanso largos reduciendo así el temor y la ansiedad del paciente evitando de tal manera tratamientos con anestesia general y en quirófano. El profesional con destreza y rapidez logrará su objetivo en un ambiente confortable y tranquilo. Se presentan 3 casos de personas con parálisis cerebral por asfixia durante el parto con más del 90% de discapacidad psicomotriz que requieren de profilaxis, eliminación de cálculo, operatoria dental y extracciones.

Palabras clave: parálisis cerebral; discapacidad intelectual; sedación; anestesia general

¹ Autor principal

Correspondencia: dr.azul2008@gmail.com

Dental Treatment in Patients With Cerebral Palsy. Cases Reports

ABSTRACT

Cerebral palsy is a permanent, non curable, non progressive neuromotor disorder that affects an individual's mobility and posture, compromises hearing and speech, and results in intellectual disability. A multidisciplinary team must address this condition to improve the individual's quality of life. The pediatric dentist will guide family members and caregivers in the patient's oral hygiene and feeding because the patient cannot perform these activities independently. In adulthood, the patient will continue to receive regular dental check-ups with a general dentist, avoiding aggressive and complicated treatments that require sedation or general anesthesia in an operating room, which can be costly for the family. The goal is to apply preventive and restorative dental procedures with the help of behavioral management in short work periods followed by long rest periods, reducing the patient's fear and anxiety and thereby avoiding treatments involving general anesthesia and the operation room. The skilled and efficient professional will achieve their goal in a comfortable and calm environment. Three cases of individuals with cerebral palsy due to birth asphyxia, with over 90% psychomotor disability, are presented, requiring prophylaxis, calculus removal, restorative procedures and extractions.

Keywords: cerebral palsy; intellectual disability; sedation; general anesthesia

Artículo recibido 20 septiembre 2023

Aceptado para publicación: 30 octubre 2023

INTRODUCCIÓN

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI), en la actualidad se la conoce también como “Insuficiencia Motora de Origen Central” registrada en el CIE10 con el código G80, es un trastorno neuromotriz de etiología multifactorial y de manifestaciones clínicas heterogéneas. (López, H. Hernández, Y. Martínez, B. Torre, G. 2019 enero-febrero). Coincide con: (Toledo, P. Díaz, J. Zaror, C. Jans, A. 2015 abril).

A nivel mundial este trastorno tiene una prevalencia de 1.5 a 6 casos por cada 1000 nacidos vivos (Piñon, K. Pozo, J. Correa, M. 2020 marzo); afectando el desarrollo del movimiento y la postura causando limitaciones en las actividades diarias. (Orellana, V. Bego, V. Morales, M. 2016). Coincide con: (Quintela, M. Falconí, E. Pimenta, G. 2021).

Es un trastorno permanente, no curable, no progresiva; se puede producir antes, durante o después del nacimiento cuando el cerebro y el sistema nervioso central tienen gran plasticidad, es decir; cuando está en la etapa de mielinización y generación de sinapsis nerviosas (López, H. Hernández, Y. Martínez, B. Torre, G. 2019 enero-febrero). A continuación, enumeramos los posibles factores causantes de dicho trastorno en sus diferentes etapas (Cuesta, U. Castejon, I. Molina, A. Roncero, M. 2008 octubre). Reafirma (Vicelis A. Pérez, E. Martínez, M. 2019) y (Pelaez, M. Cordon, A. Madrid, A. Nuñez, E. Ramos, J. (2021 abril-julio).

- **Factores Prenatales:** trastornos genéticos y metabólicos, gestación múltiple, exposición agentes teratógenos y toxinas, fiebre materna, defectos del cierre del tubo neural y microcefalia.
- **Factores Perinatales:** Prematurez (antes de la semana 32), bajo peso al nacer (menor de 2500 gr), eventos hipóxicos durante el nacimiento
- **Factores posnatales:** traumatismos de cabeza, ahogamiento, asfixia, encefalopatías metabólicas, convulsiones, infecciones (citomegalovirus, rubeola, herpes simple, meningitis).

(López, H. Hernández, Y. Martínez, B. Torre, G. 2019 enero-febrero). Se ha clasificado a la parálisis cerebral infantil de acuerdo a su gravedad en:

- **Leve:** se puede mover sin asistencia y sin restricción en sus actividades diarias
- **Moderada:** se requiere de medicación y apoyo para sus actividades
- **Grave:** requiere asistencia, silla de ruedas y cuidadores permanentes

(Piñon, K. Pozo, J. Correa, M. (2020 marzo). El daño motor se lo clasifica de la siguiente manera:

- **Espástica:** 70-80% de los casos, hipertrofia, afección vía piramidal y corteza cerebral. El estrés corporal deriva en contracturas, escoliosis y deformidad de las extremidades
- **No Espástica:** 20-30% de casos, movimientos involuntarios, ataxia (sin coordinación, falta de equilibrio e inestabilidad), discinética atetósica (movimientos lentos y retorcidos)

(López, H. Hernández, Y. Martínez, B. Torre, G. 2019 enero-febrero). Su diagnóstico se puede realizar a partir de los 6 meses de edad y se recomienda valorar el desarrollo psicomotor en menores de 2 años apoyándose en exámenes complementarios (Resonancia magnética, Tomografía axial computarizada, Electroencefalograma, Electromiograma) para la búsqueda de lesiones cerebrales.

La discapacidad intelectual está en estrecha relación con la gravedad de la parálisis cerebral infantil; la audición, visión, lenguaje y aprendizaje se encuentran afectados. Puede presentar convulsiones o epilepsia motivos por los cuales se dificulta la interrelación con su entorno (Cuesta, U. Castejon, I. Molina, A. Roncero, M. 2008 octubre). Lo ratifica: (Vicelis, A. Pérez, E. Martínez, M. 2019) y (Pelaez, M. Cordon, A. Madrid, A. Nuñez, E. Ramos, J. 2021 abril-julio).

A nivel gastrointestinal tiene mal nutrición por una inadecuada y débil masticación, rechazo a alimentos sólidos, dificultad en la deglución y succión, tendencia a escupir o al vómito, bruxismo, reflujo gastroesofágico, respirador bucal y sialorrea (factor que influye e impresiona a nivel social por su desagradable apariencia). (Toledo, P. Díaz, J. Zaror, C. Jans, A. 2015 abril). Lo confirma (Bacco, J. Araya, F. Flores, E. Peña, N. 2014 marzo) y (Quintela, M. Falconí, E. Pimenta, G. 2021).

Para mejorar el estilo de vida de estas personas se debe conjugar un grupo multidisciplinario de salud (médico, ortopedista, terapeuta físico, fonoiatra, psicólogo, oftalmólogo, nutricionista, terapeuta de lenguaje, etc.) en el cual debe incluirse a los Odontopediatras en primera línea y posteriormente a los odontólogos generales y especialistas (Toledo, P. Díaz, J. Zaror, C. Jans, A. 2015 abril). Coincide con (Dieste, I. Gómez, M. Suastegui, F. 2017 enero-junio).

Las personas con PCI por su situación neurológica y emocional son muy apegados a su familia y especialmente a sus colaboradores o cuidadores. (Quintela, M. Falconí, E. Pimenta, G. 2021) y (Pelaez, M. Cordon, A. Madrid, A. Nuñez, E. Ramos, J. 2021 abril-julio); por tanto; se los debe guiar y educar en nutrición (dieta no cariogénica, hidratación constante) y en limpieza bucal (uso de cepillo dental con

pasta fluorada después de las comidas; sino cuenta con cepillo dental, emplear gasa envuelta en el dedo y empaparla con clorhexidina para eliminar residuos de alimentos; teniendo la precaución de que el paciente no le muerda el dedo). (Bacco, J. Araya, F. Flores, E. Peña, N. 2014 marzo) y (Giraldo, M. Martínez, C. Cardona, N. Gutierrez, J. Giraldo, K. Jiménez, P. 2017 julio-diciembre).

En el consultorio dental, el ambiente debe ser amplio, de fácil acceso, sin obstáculos y libre circulación (Giraldo, M. Martínez, C. Cardona, N. Gutierrez, J. Giraldo, K. Jiménez, P. 2017 julio-diciembre). “Se ha reportado que se puede tratar en ambientes odontológicos de rutina con mínimas adaptaciones especiales o con intervenciones que están al alcance de la mayoría de odontólogos (Dougherty 2009)”. (Toledo, P. Díaz, J. Zaror, C. Jans, A. (2015 abril).

El profesional debería tener conocimientos en Psicología y experiencia práctica para tratar a estos pacientes (su angustia es mayor), debe anticiparse a los movimientos involuntarios para evitar accidentes y darse modos de comunicarse con el paciente para conseguir su cooperación y tiempo adecuado para realizar los procedimientos que requiera ejecutar; “evitando así que el profesional se ponga nervioso y molesto frente a los cambios conductuales del paciente pudiendo incrementar la ansiedad y generar temores en el paciente (Martínez et al)” (Toledo, P. Díaz, J. Zaror, C. Jans, A. 2015 abril). El temor y la falta de experiencia de los profesionales es evidente al tratar a este tipo de personas, no cuentan con suficientes programas que cubran de manera completa la formación del profesional y mucho menos no existen prácticas en el manejo de pacientes con discapacidad relacionadas con la salud mental (Quintela, M. Falconí, E. Pimenta, G. 2021) y (Giraldo, M. Martínez, C. Cardona, N. Gutierrez, J. Giraldo, K. Jiménez, P. (2017 julio-diciembre).

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD 2012) propone que las técnicas de manejo conductual (decir, mostrar, hacer; distracción, refuerzo positivo, control de voz, comunicación no verbal) debe priorizarse antes que decidir utilizar anestesia general. (Toledo, P. Díaz, J. Zaror, C. Jans, A. 2015 abril)

Procurar mantenerlo con la mejor comodidad en el sillón odontológico en posición semi sentado, con sus brazos y piernas lo más cerca de su cuerpo empleando almohadones, almohadillas, flotadores, mantenedores posturales de esponja, restricción física Macri, etc.; para evitar accidentes por

movimientos bruscos e involuntarios del paciente. (Bermejo, G. Romero, M. 2005) y (Giraldo, M. Martínez, C. Cardona, N. Gutierrez, J. Giraldo, K. Jiménez, P. 2017 julio-diciembre).

Se puede implementar la técnica rodilla- rodilla con el cuidador o asistente e incluso se puede atender al paciente en su silla de ruedas con los seguros puestos y con apoyos en espalda, cabeza y cuello (Giraldo, M. Martínez, C. Cardona, N. Gutierrez, J. Giraldo, K. Jiménez, P. 2017 julio-diciembre) y (Quintela, M. Falconí, E. Pimenta, G. 2021).

En caso de presentarse un episodio epiléptico o convulsivo, se debe retirar inmediatamente todos los implementos e instrumentales cercanos o que se encuentren en boca del paciente para evitar su aspiración; se debe colocar a la persona en decúbito lateral, proteger la cabeza para evitar golpes y el profesional acompañar al paciente siempre hasta que pase la crisis convulsiva (Giraldo, M. Martínez, C. Cardona, N. Gutierrez, J. Giraldo, K. Jiménez, P. 2017 julio-diciembre).

Por la falta o mala higiene bucal debido a su deficiencia motriz para realizar sus actividades cotidianas; o así lo realice su cuidador, no es lo mismo. En estudios realizados se ha evidenciado que estas personas presentan un alto índice de caries, gingivitis, periodontitis y destrucción dentaria por bruxismo (Orellana, V. Bego, V. Morales, M. 2016). Corrobora (Quintela, M. Falconí, E. Pimenta, G. 2021) y (Pelaez, M. Cordon, A. Madrid, A. Nuñez, E. Ramos, J. 2021 abril-julio). Por tanto, el odontólogo está en la obligación de planificar tratamientos sencillos y rápidos, empleando la menor cantidad de agua posible y alta succión, con períodos frecuentes de descanso (López, H. Hernández, Y. Martínez, B. Torre, G. 2019 enero-febrero).

Como terapias preventivas están: chequeos rutinarios, profilaxis periódicas, fluorización (flúor barniz, aplicaciones semanales por un mes y luego cada 3 meses), colocación de sellantes y enseñar a familiares y cuidadores a disminuir la dieta cariogénica, mejorar el cepillado en el paciente y aplicar colutorios que contengan clorhexidina y/o manzanilla con isopos para disminuir carga bacteriana en boca y evitar la formación de caries y la inflamación del periodonto (Bacco, J. Araya, F. Flores, E. Peña, N. 2014 marzo); (Dieste, I. Gómez, M. Suastegui, F. 2017 enero-junio) y (Pelaez M, Cordon A, Madrid A, Nuñez E, Ramos J. (2021 abril-julio).

En tratamientos más invasivos como la eliminación de caries se recomienda la técnica ART empleando abre bocas de caucho o juntar varios bajalenguas en bloque formando un abre bocas fácil y económico

(Toledo, P. Díaz, J. Zaror, C. Jans, A. 2015 abril) y (Quintela, M. Falconí, E. Pimenta, G. 2021).

Algunos autores en procedimientos complicados o quirúrgicos recomiendan la anestesia general (Cuesta, U. Castejon, I. Molina, A. Roncero, M. 2008 octubre). En países como Estados Unidos, el 80% de Odontopediatras emplean la Sedación Conciente Intravenosa (SCI), realizada por un anestesiólogo, ya que el paciente en estos casos se pone más ansioso y por tanto se le dificulta mantener la boca abierta por períodos prolongados de tiempo. (Bermejo, G. Romero, M. 2005). Coincide con lo enunciado por: (Dieste, I. Gómez, M. Suastegui, F. 2017 enero-junio)

La SCI es una depresión de la conciencia inducida por drogas y el paciente responde intencionalmente a las órdenes verbales, con esta técnica no requiere de intervención para mantener las vías aéreas estables (traqueotomía), la ventilación y las funciones cardíacas son adecuadas. De acuerdo a la literatura esta SCI realizada por un anestesiólogo como auxiliar en la atención dental se considera un procedimiento seguro (Dieste, I. Gómez, M. Suastegui, F. 2017 enero-junio).

Por último, existen autores que recomiendan realizar odontología preventiva y curativa para mejorar la condición de vida de estas personas, evitando realizar intervenciones complicadas en quirófano que conlleven a recuperaciones prolongadas, rehabilitaciones orales costosas y que repercuten en el gasto familiar (Vicelis, A. Pérez, E. Martínez, M. 2019).

Descripción de los casos

Caso clínico 1

Paciente masculino de 45 años, con PCI producto de asfixia durante el parto, con discapacidad física del 90% e intelectual del 50%, acude a consulta con su familiar quien refiere que el paciente durante toda su vida ha tenido dificultad en su higiene oral y apatía con el personal de salud por lo que ha sido llevado a diferentes consultorios odontológicos tanto públicos como privados para su control bucal.

El paciente puede comunicarse verbalmente y explica que ha sido discriminado tanto por la sociedad como por el personal de salud, de ahí su apatía social.

Al desarrollar la historia clínica se le explica detenidamente el procedimiento del examen físico intraoral y la necesidad de su colaboración; se emplea la técnica decir, mostrar y hacer además de modulación de la voz.

Foto 1. Paciente colabora durante el examen intraoral



Se evidencia mala higiene oral, gingivitis, caries, remanentes radiculares y pérdida de piezas dentales por lo cual se planifica profilaxis con remoción de cálculo, restauraciones y extracciones de remanentes radiculares.

Foto 2. Paciente durante la profilaxis



Se inicia el tratamiento con la profilaxis empleando tartrectomos manuales y ultrasonido con succión; se emplea gasa embebida con clorhexidina para limpiar tejidos blandos. Para las restauraciones se utiliza cucharitas para remoción de caries y se continua el protocolo para restauraciones con resinas de fotocurado. Por último, para las extracciones empleamos la guía de exodoncias de remanentes radiculares.

Foto 3. Paciente luego de la exodoncia



Al paciente se lo ha revisa cada 6 meses para control durante 9 años. Tiempo en el cual se ejecutan profilaxis, restauraciones con resinas y exodoncias; piezas dentales que son extraídas por fracturas muy

extensas debido al bruxismo. No se ha requerido de anestesia general o sedación consciente en ningún momento, se lo trata desde el inicio en el sillón odontológico, con calma aplicando la modulación de voz y la distracción con conversaciones amenas para el paciente y con períodos largos de descanso.

Caso clínico 2

Paciente femenina de 26 años con PCI por asfixia debido a negligencia médica; presenta 92% de retardo psicomotriz reconocido en el Ecuador (CONADIS), acude con sus padres a la consulta para chequeo dental. La paciente permanece en su silla de ruedas, no puede caminar ni hablar, se comunica a través de algunos gestos de agrado, tristeza, dolor o indiferencia.

Foto 4. Paciente antes de llegar a la consulta



Sus padres refieren que su hija ha sido tratada por odontólogos en diferentes consultorios y que han notado el nerviosismo, falta de profesionalismo y experiencia al tratar a su hija. Ella al percibir la actitud de los profesionales se rehúsa a colaborar girando su cabeza hacia el otro lado.

Fotos 5. Manipulación por parte de la madre explicándole que debe colaborar



Antes de iniciar con el chequeo dental me dirijo directamente hacia la paciente en presencia de sus padres sin que ellos interfieran, demostrándole tranquilidad, confianza y seguridad, modulando el tono

de mi voz; explicándole todo lo que voy a realizar en su boca y pidiéndole colaboración porque es para beneficio de ella.

Con gestos de agrado y una sonrisa de la paciente, sus padres me informan que ella acepta mi ayuda. Con asistencia del padre la ubicamos en el sillón odontológico. Se realiza el examen intraoral y se evidencia cálculo supragingival y cinco caries (2 en caras oclusales y 3 en caras vestibulares). Se realiza profilaxis con el uso de tartrectomos, cavitron, cepillo, pasta profiláctica, gasas embebidas en colutorio que contiene clorhexidina y succión, por períodos cortos y por cuadrantes, con espacios prolongados de descanso.

Foto 6. Durante el proceso de profilaxis



Para la eliminación de caries se emplea turbina y succión de alta velocidad para evitar aspiración y asfixia. Por último, se sigue el protocolo de restauraciones con resinas de fotopolimerizado.

Foto 7. Proceso de restauración con resina



Se emplea almohadas para mejorar la postura de la paciente en el sillón odontológico. En todo momento se le felicita por su colaboración al mantener su boca abierta y poder finalizar los procedimientos con éxito. Ella se siente tranquila, no se desespera por el ruido de los aparatos. Al finalizar la paciente se encuentra con buen ánimo.

Foto 8. Período de descanso



Caso clínico 3

Paciente masculino de 44 años con PCI por asfixia al momento de nacer, presenta 95% de discapacidad psicomotriz, acude con su padre y hermana a la consulta para revisión dental.

El padre informa que su hijo ha sido intervenido solo en quirófano con anestesia general para todo procedimiento odontológico (profilaxis, restauraciones y exodoncias). Aparentemente no entiende lo que le hablan y lo que le están haciendo; como medio de defensa grita y se mueve bruscamente.

Como los procedimientos en quirófano son costosos en la práctica particular, han desistido del mismo; ahora acude al seguro social donde demoran mucho tiempo para tomar un turno y más aun no cuentan con profesionales capacitados para la atención de pacientes con este trastorno y todo quieren hacerlo en quirófano.

Foto 9. Colaboración y apoyo de sus familiares



Ha perdido muchas piezas dentales, se evidencia gingivitis, presencia de dos caries en piezas anteriores en caras mesiales y un remanente radicular. En este caso se tuvo la colaboración de la hermana quien sostenía su cabeza y el padre coloca su brazo entre las piernas para controlar movimientos bruscos e involuntarios que se presenten.

Foto 10. Período de descanso



Se lo mantiene relajado con música de su agrado, esto nos permite realizar la profilaxis con instrumental manual y gasas empapadas con clorhexidina para eliminar el sarro y limpiar tejidos blandos; en las restauraciones se emplea cucharetas para remoción de caries y se obtura con resina de fotocurado. En la extracción del remanente, por ser un procedimiento cruento; el paciente se descontrola un poco, pero con la ayuda de sus familiares se logra tranquilizarlo para el éxito del tratamiento.

Foto 11. Después de la exodoncia



RESULTADOS

En los casos mencionados se logra mejorar la salud oral conservando sus piezas dentales sanas, recobrando y manteniendo la integridad de tejidos blandos realizando profilaxis frecuentes cada 6 meses con aplicación de flúor. En el caso de las piezas perdidas está contraindicado el uso de prótesis. Los familiares y cuidadores han implementado dietas no cariogénicas con la ayuda de nutricionistas. Mejoraron la higiene oral tanto del paciente como de las personas que se encuentran en su entorno con las indicaciones que se les brindó.

DISCUSIÓN

En la actualidad se ha evidenciado muchos avances científicos con protocolos y procedimientos que facilitan la labor del profesional; la aplicación de nuevos materiales más beneficiosos y estéticos para el paciente que mejoran la salud oral del mismo, pero no debe relegarse la interrelación profesional-paciente punto importante para el éxito del tratamiento. La empatía entre las dos partes debe ser fuerte. Los familiares de los pacientes en mención coinciden que los profesionales deben mejorar su preparación académica, pero sobre todo deben romper paradigmas sociales, dejar de verlos con pena o recelo, no considerarlos como un retraso en el flujo de los demás pacientes en la consulta o que están perdiendo su tiempo.

CONCLUSIÓN

El profesional puede ofrecer un servicio de calidad disminuyendo el estrés, temor y ansiedad a estas personas con profesionalismo, equilibrio emocional, paciencia y madurez; en su consulta habitual en un ambiente más agradable, de esta manera se gana la confianza del paciente, evitando en lo posible realizar procedimientos en quirófano que conllevan gastos elevados para la familia.

RECOMENDACIÓN

Las instituciones de educación superior deben mejorar o perfeccionar su malla académica en el manejo de pacientes con parálisis cerebral infantil, personas con síndrome de Down, otros trastornos genéticos, hipertensos, diabéticos, personas que consumen estupefacientes o que tengan trastornos psiquiátricos. El profesional está en la obligación de capacitarse en el manejo odontológico de estas personas para mejorar el estilo de vida de las mismas o realizar trabajo multidisciplinarios con otras áreas de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bacco, J. Araya, F. Flores, E. Peña, N. (2014 marzo). Trastornos de la alimentación y deglución en niños y jóvenes portadores de parálisis cerebral. Revista Médica clínica Las Condes. 25 (2); 330-342. [Archivo PDF] Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700446>

Bermejo, G. Romero, M. (2005). Tratamiento odontopediátrico integral en parálisis cerebral. Reporte de un caso. Odontología Sanmarquina. 8 (2); 25-30. [Archivo PDF] Recuperado de: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/handle/123456789/4084>

Cuesta, U. Castejon, I. Molina, A. Roncero, M. (2008 octubre). Estudio epidemiológico de salud buco dental en pacientes con parálisis cerebral. Revista clínica de medicina familiar. 2 (5). [Archivo PDF] Recuperado de:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2008000300003&script=sci_arttext&tlng=en

Dieste, I. Gómez, M. Suastegui, F. (2017 enero-junio). Abordaje interdisciplinario en pacientes adultos con parálisis cerebral infantil. Reporte de caso clínico. Revista mexicana de estomatología. 4 (1). [Archivo PDF] Recuperado de:

<https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/112>

Giraldo, M. Martínez, C. Cardona, N. Gutierrez, J. Giraldo, K. Jiménez, P. (2017 julio-diciembre). Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. CES odontología. 30 (2). [Archivo PDF] Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2017000200023

López, H. Hernández, Y. Martínez, B. Torre, G. (2019 enero-febrero). Estrategias terapéuticas de calidad en Odontopediatría: Parálisis Cerebral. Acta Pediátrica Mexicana. 40 (1); 32- 43. [Archivo PDF] Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85009>

Orellana, V. Bego, V. Morales, M. (2016). Alteraciones bucodentales prevalentes en una población con parálisis cerebral. Odontología pediátrica. 24 (2); 117-124. [Archivo PDF] Recuperado de:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2MrciYD3AhU4QzABHXmjd2IQFnoECAIQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.odontologiapediatrica.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F05%2F305_03_Original_300_Garcia.pdf&usg=AOvVaw1c1gf1PqTiRVktxpNyqns

Pelaez, M. Cordon, A. Madrid, A. Nuñez, E. Ramos, J. (2021 abril-julio). Parálisis cerebral en pediatría: Problemas asociados. Revista ecuatoriana de neurología. 30 (1). [Archivo PDF] Recuperado de:

http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812021000100115

- Piñon, K. Pozo, J. Correa, M. (2020 marzo). Exodoncia bajo anestesia general en pacientes con parálisis cerebral infantil. Revista electrónica Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta. 45 (5). [Archivo PDF]
Recuperado de: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2013>
- Quintela, M. Falconí, E. Pimenta, G. (2021). Encefalopatía crónica no progresiva de la infancia (PCI). Odontología San Marquina. 24 (2); 193-194. [Archivo PDF] Recuperado de:
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/download/19908/16518>
- Toledo, P. Díaz, J. Zaror, C. Jans, A. (2015 abril). Tratamiento odontológico ambulatorio de pre-escolar con parálisis cerebral. International Journal of OdontoStomatology. 9 (1). [Archivo PDF]
Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718381X2015000100016&script=sci_arttext
- Vicelis, A. Pérez, E. Martínez, M. (2019). Atención dental en pacientes con atrofia cortical severa, infarto cerebral y parálisis cerebral infantil. Revista mexicana de medicina forense. 4 (1); 10-12. [Archivo PDF] Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95052>