

**CASO CLÍNICO**

Online ISSN: 2665-0193

Print ISSN: 1315-2823

**Abordaje odontológico multidisciplinario en paciente con discapacidad intelectual. Reporte de un caso****Multidisciplinary dental approach in patient with intellectual disability. A case report**Lucero María José<sup>1</sup>, Álvarez Verónica<sup>2</sup>, Troncone Rómulo<sup>3</sup>, Vieira Jorge<sup>4</sup>, Leonardi Rómulo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Odontólogo. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital, Venezuela. <sup>2</sup>Odontólogo. Facultad de Odontología. Universidad Santa María. Distrito Capital, Venezuela. <sup>3</sup>Odontólogo. Coordinador del Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Pérez de León II. Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital, Venezuela. <sup>4</sup>Odontólogo. Profesor Agregado. Coordinador Postgrado de Prostodoncia. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital, Venezuela. <sup>5</sup>Cirujano Bucomaxilofacial, Hospital General del Oeste José Gregorio Hernández. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

[mjoseluceroescobar@gmail.com](mailto:mjoseluceroescobar@gmail.com)Recibido 13/03/2023  
Aceptado 15/04/2023**Resumen**

La profesión odontológica tiene la obligación ética de brindar atención de calidad a toda la población incluyendo aquellos con condiciones discapacitantes del desarrollo intelectual. Se ha descrito diferentes niveles de discapacidad intelectual; desde leve hasta severa. En pacientes con necesidades de tratamiento odontológico, esto es determinante al momento de seleccionar la alternativa de tratamiento más conveniente. La dificultad en la atención odontológica en estos pacientes radica en el manejo de sus comportamientos y control de las variaciones emocionales y físicas y no de las condiciones bucales. El objetivo de este trabajo fue describir a través del reporte de un caso, el abordaje odontológico multidisciplinario en una paciente con discapacidad intelectual leve. Se describe la intervención odontológica multidisciplinaria en una paciente femenina de 51 años de edad diagnosticada con discapacidad intelectual leve, ejecutada en diferentes fases: de evaluación y diagnóstico, periodontal, protésica pre-quirúrgica y quirúrgica.

**Palabras clave:** discapacidad intelectual, manejo multidisciplinario, pacientes especiales, odontología**Summary**

The dental profession has an ethical obligation to provide quality care to all segments of the population, including those with disabling conditions of intellectual development. Science has described different levels of intellectual disability; from mild to severe. This in patients with dental treatment needs can be decisive to select the most convenient treatment alternative. The difficulty in dental care in patients with

intellectual disabilities lie in the management of their behaviors and control of emotional and physical variations and not of oral conditions. The aim of this paper was to describe through a case report, the multidisciplinary dental approach in a patient with mild intellectual disability. She is a 51 years old female patient diagnosed with mild intellectual disability, who underwent a multidisciplinary intervention carried out in different phases: evaluation and diagnosis, periodontal, pre-surgical prosthetic and surgical.

**Keywords:** intellectual disability, multidisciplinary approach, patients with disabilities, dentistry

## Introducción

Los pacientes con necesidades especiales son todos aquellos que presentan alguna discapacidad física, mental, sensorial, psicológica, social o algún tipo de compromiso médico<sup>1,2</sup>. La discapacidad intelectual (DI) es un trastorno neuropsiquiátrico que afecta funciones cognitivas, motoras, sociales y de lenguaje. La etiología para este trastorno es desconocida en la mayoría de los casos, pero puede correlacionarse con la época del evento causal prenatal (factores genéticos), perinatal (anoxia, prematuridad) y posnatal (infecciones, traumatismos cráneo-encefálicos, entre otros).<sup>2,3</sup>

Existe una gran variabilidad en las actitudes y comportamientos de estos pacientes, por consiguiente, se han establecido niveles de DI en función del Coeficiente Intelectual (CI), por lo que pueden especificarse diferentes grados de intensidad: leve, moderado, severo y profundo.<sup>2,4</sup>

Existe una diferencia notoria entre aquellos pacientes que presentan discapacidad intelectual leve y aquellos que no presentan ningún tipo de discapacidad, y esto se evidencia en el control de

sus emociones, puesto que su expectativa de la belleza física es superior a la persona que no presenta ninguna discapacidad. Si bien es cierto que parecieran tener una edad mental inferior a su edad cronológica, ellos pueden estar conscientes de su aspecto físico al punto de notar si su apariencia, específicamente la facial, es agradable para ellos o no. La evidencia reciente resalta la existencia de desigualdad en la salud entre las personas con discapacidad intelectual y las personas sin discapacidad.

En este tipo de pacientes, la limitación mental para comprender la importancia de las cosas y la ingesta de muchos medicamentos (antipsicóticos, anticonvulsivantes y antidepresivos) acaban causando una dificultad en la realización de una higiene bucal adecuada para el mantenimiento de su salud bucal.<sup>5</sup>

Un cuidado bucal deficiente puede impactar negativamente en la salud y bienestar general del individuo deteriorando su calidad de vida, ya que puede producir, entre otras cosas, dolor, dificultad para comer, trastornos del sueño, problemas en la dieta y disminución de la autoestima, por lo tanto, el tratamiento odontológico adecuado de estos pacientes es fundamental.

El abordaje multidisciplinario es clave para lograr resultados predecibles y mejorar la calidad de vida de los pacientes<sup>6-8</sup>. El objetivo de este trabajo es describir el enfoque multidisciplinario en el tratamiento odontológico a través del reporte del caso de una paciente diagnosticada con discapacidad intelectual leve.

## Reporte de caso

Paciente femenina de 51 años quien acude al Hospital Pérez de León II en Caracas para la realización de una evaluación odontológica en compañía de un familiar cuidador como representante legal. La paciente se presenta con

un diagnóstico médico psiquiátrico: discapacidad intelectual leve.

El abordaje multidisciplinario del caso fue realizado en 5 fases:

### 1. Fase de evaluación y diagnóstico

Durante la anamnesis la paciente demuestra una comunicación verbal coherente, respondiendo a las preguntas realizadas, sin embargo, aparenta una edad mental menor con respecto a su edad cronológica. Su familiar cuidador refiere que la

paciente nació prematuramente a las 35 semanas. La paciente es hipertensa y diabética controlada desde el año 2012. Este hallazgo coincide con lo reportado por McVilly<sup>9</sup> sobre la prevalencia de la diabetes Tipo 2 en este tipo de paciente. En el año 2015 fue intervenida quirúrgicamente para la extirpación de un quiste en un ovario.

En el examen clínico extrabucal se observó: maxilar en retrognasia y la mandíbula en prognatismo (Clase III), el labio superior carente de soporte y el labio inferior prominente y el surco mentolabial poco marcado. (Fig.1)



**Figura 1.** Imágenes clínicas extrabucal inicial. Correspondiente a la fase de inicio y diagnóstico.

En el examen clínico intrabucal se observaron ausencias dentarias (clase II de Kennedy, modificación 1 maxilar y mandibular), lesiones cervicales no cariosas, restauraciones de amalgamas no defectuosas, migración apical de la encía generalizado en los dientes remanentes y

rebordes alveolar residual con reabsorción vertical y horizontal.

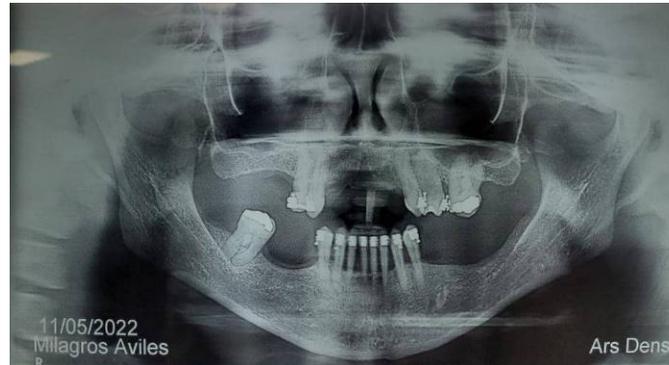
Discrepancia maxilo-mandibular con una relación oclusal Clase III, presencia de brackets ortodónticos en algunos dientes remanentes sin arcos. (Fig.2)



**Figura 2.** Imagen clínica intrabucal correspondiente a la fase de evaluación y diagnóstico.

Al examen radiográfico a través de una panorámica se visualizaron imágenes radiopacas compatibles con restauraciones metálicas y brackets ortodónticos, espacios edéntulos con

diferentes grados de reabsorción, disminución del soporte periodontal generalizado y estructuras óseas maxilar y mandibular sin datos patológicos. (Fig. 3)



**Figura 3.** Radiografía panorámica inicial de diagnóstico.

A través de la radiografía cefálica lateral inicial se observa la magnitud de la discrepancia maxilo-mandibular y la correlación de los tejidos duros y blandos. (Fig.4)

así como la enseñanza de una técnica adecuada de higiene bucal. El objetivo de esta fase fue eliminar y controlar todo proceso infeccioso periodontal previo a la cirugía ortognática. En los controles periodontales post-operatorios, se reforzó, en presencia de sus familiares cuidadores, el control de placa dental a través de la técnica de cepillado y uso de medios auxiliares.



**Figura 4.** Radiografía cefálica lateral inicial de diagnóstico.

## 2. Fase periodontal pre-quirúrgica

Antes de la fase protésica pre-quirúrgica se realizó un tratamiento periodontal por parte de un especialista en periodoncia, el cual consistió en tartrectomía y raspado y alisado radicular en dientes remanentes maxilares y mandibulares,

## 3. Fase protésica pre-quirúrgica

Desde el punto de vista protésico, se indicaron unas prótesis parciales removibles (PPR) maxilar y mandibular provisional con modificación de la dimensión vertical, por parte de un especialista en prostodoncia con el fin de realizar un nuevo trazado cefalométrico previo a la cirugía ortognática. Los elementos constituyentes de estas PPR son: conectores mayores y bases en resina acrílica termocurada, retenedores contorneados recíprocos por la extensión lingual o palatina del conector mayor y dientes de resina acrílica seleccionados en forma, tamaño y color de acuerdo a las características de los dientes remanentes. Se realizó una prueba de enfilado dentario previo al acrilizado para corroborar aspectos relacionados con la modi-

ficación de la dimensión vertical y soporte labial. En este mismo sentido, las PPR se instalarán en el acto quirúrgico, ya que orientará la nueva relación maxilo-mandibular. (Fig.5) En esta misma fase (con las PPR instaladas y con

marcadores radiopacos en línea media y molares maxilares) se realizó una nueva radiografía cefálica lateral con trazado cefalométrico Legan y Burstone para predecir y planificar la cirugía ortognática.

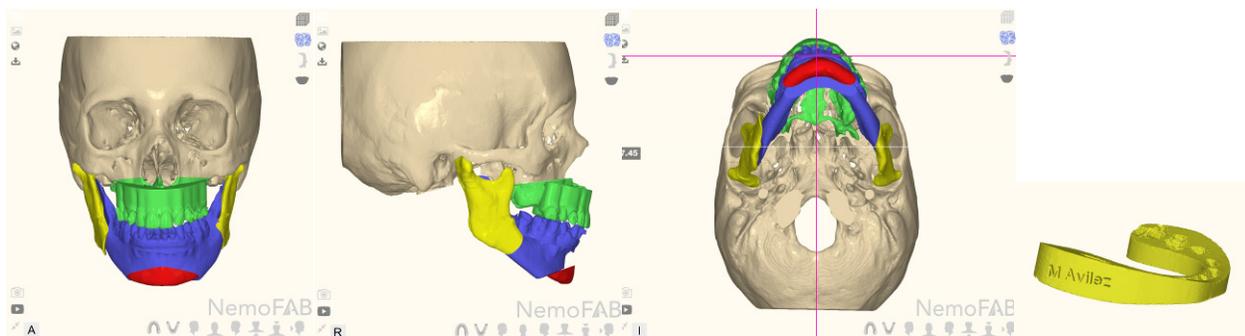


**Figura 5.** Fase de prueba de enfilado pre-quirúrgica de prótesis parciales removibles provisionales.

#### 4. Fase de planificación digital de la cirugía ortognática y guía quirúrgica con abordaje multidisciplinario

Esta fase consistió en realizar impresiones digitales del maxilar y la mandíbula, así como de una tomografía craneal. Estos archivos fueron

relacionados en un programa para planificar digitalmente la cirugía ortognática. Esto permitió finalmente obtener una guía quirúrgica que fue impresa y junto a las PPR serían los responsables del reposicionamiento adecuado del maxilar y la mandíbula. (Fig. 6)



**Figura 6.** Imágenes de la planificación quirúrgica virtual o digital vista en los 3 planos y de la guía quirúrgica que será impresa. El mentón finalmente no fue reposicionado durante la cirugía.

#### 5. Fase Quirúrgica

Posterior a la asepsia y antisepsia y colocación de los campos estériles, se procedió a insertar el *packing* faríngeo. Se usó anestesia local infiltrativa al 2% con vasoconstrictor para comenzar con la incisión circunvestibular maxilar de canino a canino, la disección subperióstica y la disección submucosa del piso

de las fosas nasales previo a la osteotomía. Según la planificación, se hizo una osteotomía *Lefort I* convencional con 5 mm de avance y 2 mm de impactación. Para garantizar una fijación maxilomandibular adecuada, el especialista en prostodoncia instaló las PPR y las mismas se fijaron con 4 tornillos de fijación intermaxilar en maxilar y 4 tornillos en mandíbula y finalmente se hizo la fijación maxilomandibular con

alambre. Se hizo la fijación de hueso maxilar con una placa en L con puente en piriforme derecho e izquierdo con 4 tornillos de 5 mm y una placa arbotante cigomaticomaxilar de 3 orificios con 2 tornillos. En mandíbula, se hizo una incisión circunvestibular extendida en línea oblicua izquierda y disección subperióstica de rama y cuerpo mandibular. Se hicieron las marcas para la osteotomía sagital de la rama mandibular izquierda y fijación con 4 tornillos monocorticales y 2 bicorticales. Se hizo la

osteotomía sagital de ambas ramas de la mandíbula con retroposición mandibular a oclusión y posterior fijación con 2 placas. En este momento, se hizo la liberación de la fijación maxilomandibular para comprobar la oclusión. Durante el acto quirúrgico, se estimó que, debido a lo obtenido por el avance maxilar y la retracción mandibular, no era necesario intervenir el mentón. Se procedió con el cincho nasal, cierre de los tejidos y retiro de *packing* faríngeo. (Fig. 7)



**Figura 7.** Imágenes de la fase quirúrgica donde se observa el reposicionamiento maxilar con la ayuda de las PPR provisionales y la guía quirúrgica.

## 6. Control post-quirúrgico

A la paciente se le realizaron controles post-quirúrgicos a los 15 y 30 días para monitorear su evolución y tomar previsiones en la medida que el caso así lo requiriera. (Fig. 8). Como terapia farmacológica, se le indicó amoxicilina y ácido clavulánico (875mg + 275mg) cada 12 horas por

7 días y ketoprofeno, 100mg cada 8 horas por 3 días. Igualmente, se le indicó dieta líquida hiperproteica por 21 días y termoterapia local cada 8 horas por 15 días para controlar la inflamación. Para su higiene bucal, enjuague con clorhexidina al 0,12% por 15 días y cepillado 3 veces diarias previo retiro de las PPR.



**Figura 8.** Imágenes clínicas faciales post-quirúrgico a los 30 días

## Discusión

Diversos autores indican que las personas con trastornos mentales presentan un mayor riesgo de padecer problemas en su salud general y bucal debido a una serie de factores, entre ellos: una dieta cariogénica, higiene bucal deficiente, uso de distintos medicamentos y barreras económicas o socioculturales, entre otras.<sup>1,10-14</sup> Luengas *et al.*, señalan que los pacientes con discapacidad intelectual son un gran reto en la consulta odontológica, por lo tanto, el odontólogo puede apoyarse en otros especialistas para su manejo<sup>10</sup>. Estos pacientes generalmente presentan distintas patologías bucales, es por ello que para el manejo de este caso fue necesario un equipo multidisciplinario dispuesto a proporcionar la mejor atención en cada una de las áreas descritas.<sup>15</sup>

Un aspecto clave durante la atención de la paciente fue su grado de discapacidad. Ke y Liu indican que la discapacidad intelectual leve representa un 80% de todos los casos de discapacidad intelectual y que estos pacientes son capaces de comunicarse, aprender habilidades básicas y que su edad intelectual no corresponde con su edad cronológica<sup>16</sup>. En este caso, la paciente concuerda con todas estas características de una discapacidad intelectual leve, por lo tanto, el enfoque fue hacia técnicas de adaptación sencillas descritas por Julian.<sup>17</sup>

El protocolo de tratamiento usado para llevar a cabo las fases protésica y quirúrgica ya ha sido descrito por diversos autores<sup>7,18,19</sup>. Este consistió en la confección de unas PPR tanto maxilar como mandibular, con una modificación de la dimensión vertical para así recrear la oclusión ideal de la paciente debido a sus ausencias dentarias y la realización de un análisis cefalométrico. Posteriormente las mismas PPR fueron usadas como la guía de reposicionamiento maxilomandibular durante la cirugía ortognática.

El componente familiar siempre estuvo presente en todas las fases del tratamiento. Los familiares que actúan como cuidadores de personas con discapacidad intelectual tienen que participar de forma activa en el cuidado posterior al tratamiento y en el mantenimiento de su salud bucal.<sup>3</sup>

Uno de los aspectos más importante desde el punto de vista psicológico de la paciente fue la consciencia en cuanto a su aspecto facial y dental, lo cual ella refería que quería cambiar.

En el Tratado de Psiquiatría Clínica del Massachusetts General Hospital se describe la depresión como parte del perfil psicológico de los adultos con discapacidad. Esto es motivado a que a medida que pasan los años estos pacientes entienden su diferencia con respecto a la sociedad, lo cual conlleva a problemas de autoestima.

Durante el tratamiento multidisciplinario, se trató de enfatizar las expectativas de la misma paciente, esto con el fin de mejorar su autoestima y percepción personal.<sup>20</sup>

## Conclusión

El abordaje odontológico multidisciplinario fue la mejor alternativa para la paciente con discapacidad intelectual leve, debido a que el mismo le permitió: alcanzar salud periodontal pre-quirúrgica a través de tratamientos y controles realizados por un especialista en periodoncia, restitución de la dimensión vertical, función masticatoria, oclusión funcional y estética facial a través de unas PPR confeccionadas, además con fines quirúrgicos, por un especialista en prostodoncia y de la misma cirugía ortognática realizada por un equipo de cirujanos maxilofaciales.

En este mismo sentido, su confianza y autoestima mejoraron significativamente, ya que

para este tipo de pacientes son muy relevantes para su desenvolvimiento social, por lo tanto, se recomienda en la medida de lo posible, ofrecerles a los pacientes que presenten esta condición, un diagnóstico y un tratamiento donde se incorpore un abordaje odontológico multidisciplinario seleccionado apropiadamente.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

## Referencias

- Morales, M. Odontología y discapacidad en Venezuela. *Dental Tribune*. 2013;10(5):4-6
- Lee K, Cascella M, Marwaha R. Intellectual Disability. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. PMID: 31613434.
- Cho SM, Song J, Chang J. Differences between caregiver-perceived and dentist-assessed oral health status of patients among intellectual disabilities. *Community Dent Health*. 2019;36(4):255-61. doi: 10.1922/CDH\_4583Cho07. PMID: 31664796.
- Félix, CM, Salazar MR, Soto JE, Silva EL. Manejo odontológico de paciente con discapacidad intelectual moderada secundaria a autismo. *Revista Tamé*. 2018;7(20):804-8.
- Cançado-Figueiredo M, Cardoso-Cappellaro E, Back-Gouvêa D, Vianna-Potrich AR, Liberman-Perlmutter J. Nueve años de atención odontológica a un paciente con discapacidad intelectual: relato de caso clínico. *Rev Peru Investig Salud*. 2021;5(4):321-5. doi.org/10.35839/repis.5.4.1107
- Meger MN, Fatturi AL, Gerber JT, Weiss SG, Rocha JS, Scariot R, Wambier LM. Impact of orthognathic surgery on quality of life of patients with dentofacial deformity: a systematic review and meta-analysis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2021;59(3):265-71. doi: 10.1016/j.bjoms.2020.08.014. PMID: 33546846.
- Alkhayer A, Piffkó J, Lippold C, Segatto E. Accuracy of virtual planning in orthognathic surgery: a systematic review. *Head Face Med*. 2020;16(1):34. doi: 10.1186/s13005-020-00250-2. PMID: 33272289; PMCID: PMC7716456.
- Alves e Silva AC, Carvalho RA, Santos Tde S, Rocha NS, Gomes AC, de Oliveira e Silva ED. Evaluation of life quality of patients submitted to orthognathic surgery. *Dental Press J Orthod*. 2013;18(5):107-14. doi: 10.1590/s2176-94512013000500018. PMID: 24352396.
- McVilly K, McGillivray J, Curtis A, Lehmann J, Morrish L, Speight J. Diabetes in people with an intellectual disability: a systematic review of prevalence, incidence and impact. *Diabet Med*. 2014;31(8):897-904. doi: 10.1111/dme.12494. PMID: 24824086.
- Aguirre MI, Quintero EL, Martínez, LP. Atención odontológica a personas con discapacidad intelectual: una cuestión de derecho. *Revista ADM*. 2017;74 (5): 269-74.
- Kisely S. No mental health without oral health. *Can J Psychiatry*. 2016;61(5): 277-82.
- Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, Lewis P, Philip P, Sumar B, George A. Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1530. doi: 10.1186/s12889-019-7863-1. PMID: 31729967; PMCID: PMC6858643.
- Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*.

- 2010;30(3):110-7. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x. PMID: 20500706.
14. Anderson LL, Humphries K, McDermott S, Marks B, Sisirak J, Larson S. The state of the science of health and wellness for adults with intellectual and developmental disabilities. *Intellect Dev Disabil.* 2013;51(5):385-98. doi: 10.1352/1934-9556-51.5.385. Erratum in: *Intellect Dev Disabil.* 2013;51(6). doi:10.1352/0047-6765-51.6.fmii. PMID: 24303825; PMCID: PMC4677669.
  15. Numoto Y, Mori T, Maeda S, Tomoyasu Y, Higuchi H, Egusa M, et al. Low bone mass is a risk factor in periodontal disease-related tooth loss in patients with intellectual disability. *Open Dent J.* 2013;7:157-61. doi: 10.2174/1874210601307010157. PMID: 24358063; PMCID: PMC3866628.
  16. Ke X, Liu J. Discapacidad intelectual. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP.* Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. 2017:1-28.
  17. Julian John N. Discapacidad intelectual. *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica.* Madrid: Elsevier; 2019.
  18. Siadat H, Arshad M, Shirani G, Alikhasi M. New method for fabrication of gunning splint in orthognathic surgery for edentulous patients. *J Dent (Tehran).* 2012;9(3):262-6. Epub 2012 Sep 30. PMID: 23119136; PMCID: PMC3484831
  19. Birbe Joan. Planificación clásica en cirugía ortognática. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac.* 2014;36(3):99-107. <https://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.04.007>.
  20. Davies L, Randle-Phillips C, Russell A, Delaney C. The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities: The role of shame, self-compassion and social support. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2021;34(4):1037-47. doi: 10.1111/jar.12844. Epub 2020 Dec 10. PMID: 33305501.

