

# Consideraciones sobre el tratamiento en el gabinete dental de pacientes especiales

Nieves E<sup>(1)</sup>, Machuca G<sup>(2)</sup>, Villalta R<sup>(3)</sup>, Sánchez A<sup>(4)</sup>, Machuca C<sup>(5)</sup>, Bullón P<sup>(6)</sup>

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

**Resumen:** La asistencia odontológica de los pacientes discapacitados está adquiriendo una gran importancia en los últimos tiempos. Los pacientes con Síndrome de Down y con parálisis cerebral son algunos de los que con más frecuencia solicitan asistencia odontológica. En este estudio se revisan las indicaciones, contraindicaciones y modificaciones terapéuticas más importantes que deben tenerse en cuenta para el tratamiento de estos pacientes.

**Palabras Clave:** Parálisis cerebral; Síndrome de Down; Manejo odontológico.

**Abstract:** In the last days, dental assistance for handicapped and mentally retarded patients became very important matter. Dental assistance is more usually asked by Down's syndrome and cerebral palsy patients. In this paper, indicated, non-indicated treatments and odontological therapy modifications are reviewed and discussed.

**Key Words:** Cerebral palsy; Down's syndrome; Dental management.

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes discapacitados presentan un alto índice de patología oral. Su manejo y tratamiento en el gabinete dental va a ser más difícil que en condiciones normales, pero con cierta destreza los podremos tratar. En ocasiones necesitaremos medidas terapéuticas especiales para su tratamiento<sup>(1)</sup>.

Hay que tener en cuenta que cuando estos pacientes aparecen en la consulta, muchos profesionales sienten cierta incomodidad porque en muchos casos no se sienten preparados para llevar a cabo el tratamiento<sup>(2)</sup>, requieren más tiempo que otros pacien-

tes, sufren alteraciones de conducta y/o enfermedades de base que pueden condicionar de una u otra forma el tratamiento normal de éstos<sup>(3)</sup>.

Por otro lado existen autores que señalan que el tratamiento de estos pacientes no difiere demasiado de los pacientes normales<sup>(4)</sup>.

Hay que señalar además la creencia de la mayoría de los profesionales de la odontología de que estos pacientes necesitan ser hospitalizados y anestesiados de forma general para su tratamiento. Cierto es que alguno de ellos (los más deteriorados intelectualmente o los de comportamiento más problemático) necesitarán un tratamiento con anestesia general, pero la mayoría de ellos son pacientes que con cierta habilidad y tiempo se tratan de forma normal en un consultorio privado<sup>(5)</sup>.

De cualquier forma hemos de tener en cuenta algunas variables para su tratamiento que están relacionadas con los siguientes

(1) Profesora Colaboradora de Odontología Integrada del Adulto. Universidad de Sevilla.

(2) Profesor Titular. Universidad de Sevilla.

(3) Profesora Asociada. Universidad de Sevilla.

(4) Catedrático de Periodoncia y Medicina Oral. Universidad de Sevilla.

puntos:

- 1.- El acceso a la consulta, ya que muchos de ellos van con sillas, andadores...
- 2.- Grado de dependencia con otras personas.
- 3.- Tipo de discapacidad que presentan porque en ocasiones condiciona el tratamiento que haya que realizar.
- 4.- Enfermedades sistémicas que padecen y medicación que consumen, pues en ocasiones pueden tener efectos negativos colaterales para la salud del paciente<sup>(2)</sup>.

## SÍNDROMES QUE PUEDEN APARECER DE FORMA FRECUENTE EN EL GABINETE DENTAL

### SÍNDROME DE DOWN

Es la anomalía cromosómica más frecuente que determina un síndrome generalizado<sup>(6)</sup>. Fue escrito por Lang-Down en 1886 como la existencia de un cromosoma adicional en el grupo G<sup>(7)</sup>, aunque también existe un alto porcentaje de casos que se deben a una traslocación de los cromosomas 21 ó 22. Se denomina idocia mongoloide, mongolismo o trisomía 21 ó G.

Las manifestaciones orales y craneofaciales de este síndrome están muy estudiadas. La lengua está agrietada con aspecto escrotal, proyectándose hacia delante debido a un pseudoprognatismo de la mandíbula con ángulos goniacos oblicuos y por una hipoplasia del maxilar superior, dando aspecto de macroglosía.

La respiración suele ser bucal teniendo constantemente las mucosas secas, con los labios agrietados y gran disposición a la queilitis e infección por *Cándida*<sup>(8)</sup>.

Con respecto a las alteraciones en la erupción y forma de los dientes, hay que señalar que frecuentemente aparecen retrasos eruptivos, así como agenesias de algunas piezas, sobre todo los laterales superiores: es también frecuente la aparición de dientes

microdónticos o con formación defectuosa de esmalte. En ocasiones encontramos tinciones intrínsecas del diente por consumo de determinados antibióticos durante la infancia debido a las múltiples infecciones que padecen<sup>(7,9)</sup>.

La maloclusión más observada en esta población es una mordida cruzada posterior debido a la hipoplasia del maxilar superior, presentando una especial tendencia a la Clase III de Angle<sup>(8)</sup>.

Hay que señalar la incidencia de caries en la población Down es baja, sin embargo, la predisposición a la enfermedad periodontal es muy alta. La explicación a estas afirmaciones tienen distinto origen; por un lado después de analizar la saliva de la glándula parótida se ve como tiene un pH alto y altas concentraciones de sodio, calcio, ácido úrico y bicarbonato. Por otro lado la pobre higiene oral que presentan estos pacientes, ya sea por la poca destreza o porque simplemente no han sido instruídos en la enseñanza de higiene oral o por las alteraciones en la inmunidad<sup>(9,10,11)</sup>.

### PARÁLISIS CEREBRAL

Con este término se describen una serie de trastornos no progresivos estáticos, causados por un daño cerebral que ocurrió prenatalmente, durante el nacimiento o en el período postnatal, antes de que el sistema nervioso central alcanzara su desarrollo total.

Los problemas odontoestomatológicos de esta población están también muy estudiados, pudiendo observar que en ellos prevalecen más que en la población normal hipoplasias del esmalte en los dientes primarios, y que en ocasiones pueden indicar la época del daño cerebral al feto en desarrollo.

Tienen una proporción ligeramente supe-

rior de caries y gingivitis, muchos con trastornos como en muchos casos este hecho se debe a la medicación para las caries.

Además presentan una alta incidencia de maloclusiones<sup>(12,13)</sup> y en algunos casos un bruxismo intenso que produce un cierre de la mordida y un desgaste de la articulación temporomandibular.

Aparecen una función deficiente de los labios, lengua, guas, labios y carrillos, con un patrón igualmente anómalo, teniendo que consumir en muchos casos alimentos blandos y ricos en hidratos de carbono que se desmenuzan y que conllevan que se acentúe la dificultad de su despiece y la higiene bucal, que se debe a la incapacidad para controlar la alimentación.

### DEFECTOS CONGÉNITOS DEL LEPORINO Y PALADAR

Defectos congénitos de la boca vamos a interesarnos por los que afectan fundamentalmente orofacialmente. Esta medida nos alteran de manera importante en nuestra actuación.

Por ello trataremos de:

- 1.- Hendidura de labio inferior que afecta entre un 20 - 30% de los casos.
- 2.- Hendidura de labio superior que afecta entre el 35 - 55%.
- 3.- Hendidura del paladar que afecta entre un 30 - 45%.

Estos niños van a presentar problemas psicosociales por el impacto que tiene todo por el defecto físico y de comunicación, para la palabra ya que el labio superior no sella el espacio y además múltiples problemas psicológicos, entre ellos, destaca

nticos o con formación defectuosa  
alte. En ocasiones encontramos  
s intrínsecas del diente por consumo  
minados antibióticos durante la in-  
ebido a las múltiples infecciones que  
(7, 9).

maloclusión más observada en esta  
ón es una mordida cruzada posterior  
a la hipoplasia del maxilar superior,  
ando una especial tendencia a la Cla-  
e Angle<sup>(8)</sup>.

que señalar la incidencia de caries  
población Down es baja, sin embargo,  
posición a la enfermedad periodontal  
alta. La explicación a estas afirma-  
tienen distinto origen; por un lado  
de analizar la saliva de la glándula  
se ve como tiene un pH alto y altas  
raciones de sodio, calcio, ácido úrico  
onato. Por otro lado la pobre higiene  
presentan estos pacientes, ya sea por  
destreza o porque simplemente no  
instruidos en la enseñanza de higie-  
o por las alteraciones en la inmuni-  
(11).

## ANÁLISIS CEREBRAL

este término se describen una serie  
ornos no progresivos estáticos, cau-  
por un daño cerebral que ocurrió  
lemente, durante el nacimiento o en  
do postnatal, antes de que el sistema  
o central alcanzara su desarrollo to-

problemas odontoestomatológicos de  
blación están también muy estudia-  
diendo observar que en ellos prevale-  
as que en la población normal  
sias del esmalte en los dientes prima-  
que en ocasiones pueden indicar la  
del daño cerebral al feto en desarro-

en una proporción ligeramente supe-

rior de caries y gingivitis, sobre todo los pa-  
cientes con trastornos convulsivos. En mu-  
chos casos este hecho se asocia a la ingesta  
de medicación para las convulsiones.

Además presentan una mayor incidencia  
de maloclusiones<sup>(12, 13)</sup> y en muchas ocasio-  
nes un bruxismo intenso que puede llevar a  
un cierre de la mordida y problemas de la  
articulación temporomandibular, además del  
desgaste que se produce en estos casos.

Aparecen una función anormal de la len-  
gua, labios y carrillos, con una presencia de  
un patrón igualmente anormal de deglución,  
teniendo que consumir en la mayoría de los  
casos alimentos blandos con gran aporte de  
hidratos de carbono que son fáciles de tragar  
y que conllevan que se adhieran y la poste-  
rior dificultad de su despeje por la pobre hi-  
giene bucal, que se debe en muchos casos en  
la incapacidad para controlar la función mus-  
cular.

## DEFECTOS CONGÉNITOS. LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

Defectos congénitos hay muchos pero  
vamos a interesarnos por aquellos que son  
fundamentalmente orofaciales y que en cier-  
ta medida nos alteran de mayor o menor for-  
ma nuestra actuación.

Por ello trataremos de:

- 1.- Hendidura de labio aislada que se da en-  
tre un 20 - 30% de los casos.
- 2.- Hendidura de labio y paladar que apare-  
cen entre el 35 - 55% de los casos.
- 3.- Hendidura del paladar aislada que apa-  
rece entre un 30 - 45% de los casos<sup>(14)</sup>.

Estos niños van a tener problemas  
psicosociales por el impedimento y sobre  
todo por el defecto físico a la vista, proble-  
mas de comunicación, para la articulación de  
la palabra ya que el labio no va a estar ínte-  
gro y además múltiples problemas odonto-  
lógicos, entre ellos, destacar que presentan

una mayor incidencia de defectos en la mor-  
fodiferenciación que el resto de la población  
normal<sup>(15)</sup>, dientes congénitamente ausentes  
(sobre todo premolares e incisivos laterales)  
en las líneas de hendidura, dientes supernu-  
merarios, dientes fusionados, dientes mal-  
formados con esmalte defectuoso en lo refe-  
rente a la calcificación o que lleva a una es-  
tructura con fosas amarillentas, hipoplásicas  
susceptibles a caries, dientes en malposición,  
erupción demorada y sobreerupción de los  
dientes antero inferiores<sup>(16)</sup>.

## PREVENCIÓN

Uno de los datos más importantes en es-  
tos pacientes, como en cualquier otro, es la  
prevención. En el caso de estos pacientes es  
más difícil ya que al presentar patologías y  
enfermedades más graves y de más difícil  
tratamiento, el estado oral se abandona o bien  
se trata posteriormente.

En la mayoría de los casos el paciente no  
está capacitado para entender nuestras expli-  
caciones, teniendo que implicar a terceras  
personas en su cuidado oral con lo que ello  
conlleva.

En las ocasiones en las que el paciente  
puede atender a nuestra explicaciones le en-  
señaremos a cepillar los dientes y a intentar  
establecer en él un hábito de higiene oral.  
Cuando el paciente no puede cepillarse solo  
o bien no puede atender a nuestras explica-  
ciones instruiremos a los padres y/o tutores  
sobre el cuidado oral que necesitan los ni-  
ños, explicando qué es la placa bacteriana,  
la enfermedad periodontal y la caries, con-  
cienciando sobre la importancia de la hgiene  
oral en estos niños, ya que en ocasiones las  
distintas patologías pueden llegar a ser más  
severas que en pacientes normales.

## MANEJO DEL PACIENTE EN EL GABINETE DENTAL

Antes del tratamiento vamos a clasificar a los pacientes en distintos grupos para ver si vamos a poder llegar a tratar a determinado paciente o bien va a necesitar un tratamiento hospitalario con anestesia general.

- 1.- Clase I: pacientes que nos van a permitir el tratamiento odontológico sin vacilación, son pacientes excelentes con los que no tendremos problemas.
- 2.- Clase II: pacientes algo más reticentes al tratamiento. Tienen capacidad para razonar y hay que explicar el procedimiento a realizar, paso a paso. La restricción física no es necesaria pero debemos estar atentos a movimientos indeseables.
- 3.- Clase III: de entrada no van a permitir el tratamiento, no pueden razonar. Necesitaremos abre bocas y restricción física mínima. Con la frecuencia y el tiempo serán pacientes que pasarán a la categoría anterior.
- 4.- Clase IV: constituyen un gran problema incluso con restricciones físicas mayores. Para su tratamiento será necesario gran restricción física y premedicación con distintas drogas.
- 5.- Clase V: son pacientes con grandes problemas de manejo y su tratamiento privado no es posible, a no se que utilicemos anestesia general.
- 6.- Clase VI: pacientes con problemas odontológicos mínimos y que no cooperan nada y por tanto no merece el riesgo el tratamiento con anestesia general<sup>(5)</sup>.

Lo primero va a ser realizar un diagnóstico adecuado del paciente y evaluar el grado de discapacidad que presenta el mismo<sup>(17)</sup> y viendo la capacidad que tiene de colaboración<sup>(18)</sup> para poder catalogarlo en uno de los grupos de la clasificación anterior pudiendo tener una idea del tratamiento que vamos a

poder realizarle<sup>(5)</sup>.

Hemos de tener una actitud más cordial, amigable y cuidadosa, sin movimientos bruscos, para evitar más aprensión de la que presentan los pacientes.

Planificaremos el tratamiento con la presencia de los padres o tutores del paciente para su aprobación<sup>(12)</sup>, teniendo en cuenta que lo primero será eliminar el dolor. La patología oral de estos pacientes es la misma que en los pacientes que generalmente tratamos y por tanto la terapéutica no difiere en sí.

Una vez que el paciente está sentado procederemos al examen clínico, englobando exploración extraoral e intraoral. En el examen intraoral valoraremos además de los dientes, los labios, lengua, mucosas... necesitaremos contar con una radiografía panorámica ya que en la mayoría de los casos la realización de radiografías intraorales será muy dificultoso<sup>(17)</sup>.

En cuanto al tratamiento periodontal, utilizaremos el ultrasonido y raspado y alisado radicular, reservando los casos de cirugía para pacientes muy seleccionados. El uso de colutorios con clorhexidina es muy útil después del cepillado<sup>(19)</sup>.

En el tratamiento operatorio va a ser indispensable el uso del dique de goma, las obturaciones las haremos de amalgama de plata, reservando los compositores para la parte anterior<sup>(20)</sup>.

Las prótesis se utilizarán sólo en casos muy determinados, cuando el paciente tenga total control de la masticación y deglución, por el riesgo que podemos tener de aspiración de la prótesis, así que tendremos que evaluar muy bien las circunstancias que rodean a cada paciente<sup>(21)</sup>.

El tratamiento ortodóncico va a ser beneficioso en la mayoría de los casos pero al igual que en el caso prostodóncico, vamos a valorar muy bien a cada paciente ya que este

tratamiento requiere mucho

Siempre que podamos anestesia sin vasoconstricción anestésicos con vasoconstrictores efectos de los antidepresivos

Hay ocasiones en las que no se puede utilizar antes de realizar el diagnóstico propiamente dicho para no alterar la conciencia<sup>(23)</sup>. Los pacientes están relajados, con falta de conciencia al sueño anestésico y sus reflejos laríngeos y faríngeos que el paciente pueda morir por asfixia<sup>(24)</sup>. La inducción y mantenimiento ser rápidas, sin efectos secundarios, pero bien entorpecer el tratamiento

En otros casos el tratamiento será imposible realizarlo sin recurrir a la anestesia general

Las indicaciones para anestesia general van a ser:

- Pacientes muy poco cooperativos y temerosos<sup>(27)</sup> con un tratamiento extenso.
- Pacientes con problemas cardíacos, renales, ... que requieran tratamiento dental inmediato
- Pacientes con múltiples patologías cuyo tratamiento con anestesia local poco efectivo debido a las variaciones anatómicas
- Pacientes con traumatismos maxilares y orofacial.
- Pacientes jóvenes con patologías faciales (por ejemplo fracturas) que necesiten tratamiento quirúrgico en período quirúrgico prolongado
- Pacientes con retraso mental, discapacidad física o sensorial y que el tratamiento en condición no permita una buena evaluación de rutina.

Las contraindicaciones para cualquier otro procedimiento

...arle<sup>(5)</sup>.  
de tener una actitud más cordial,  
cuidadosa, sin movimientos brus-  
...itar más aprensión de la que pre-  
...pacientes.

...aremos el tratamiento con la pre-  
...ps padres o tutores del paciente  
...bación<sup>(12)</sup>, teniendo en cuenta que  
...erá eliminar el dolor. La patolo-  
...estos pacientes es la misma que  
...ntes que generalmente tratamos  
...la terapéutica no difiere en sí.

...que el paciente está sentado pro-  
...al examen clínico, englobando  
...o extraoral e intraoral. En el exa-  
...ral valoraremos además de los  
...labios, lengua, mucosas... nece-  
...ontar con una radiografía pano-  
...ue en la mayoría de los casos la  
...de radiografías intraorales será  
...toso<sup>(17)</sup>.

...nto al tratamiento periodontal,  
...el ultrasonido y raspado y alisa-  
...r, reservando los casos de cirugía  
...tes muy seleccionados. El uso de  
...on clorhexidina es muy útil des-  
...pillado<sup>(19)</sup>.

...atamiento operatorio va a ser in-  
...el uso del dique de goma, los  
...es las haremos de amalgama de  
...vando los compositores para la  
...or<sup>(20)</sup>.

...tesis se utilizarán sólo en casos  
...inados, cuando el paciente tenga  
...l de la masticación y deglución,  
...o que podemos tener de aspira-  
...prótesis, así que tendremos que  
...y bien las circunstancias que ro-  
...paciente<sup>(21)</sup>.

...amiento ortodóncico va a ser be-  
...n la mayoría de los casos pero al  
...el caso prostodóncico, vamos a  
...bien a cada paciente ya que este

tratamiento requiere mucha atención<sup>(22)</sup>.

Siempre que podamos vamos a utilizar anestesia sin vasoconstrictor, porque los anestésicos con vasoconstrictor potencian los efectos de los antidepresivos tricíclicos<sup>(17)</sup>.

Hay ocasiones en las que tendremos que utilizar antes de realizar el tratamiento odontológico propiamente dicho, sedantes para alterar la conciencia<sup>(23)</sup>. Los pacientes van a estar relajados, con falta de conciencia cercana al sueño anestésico pero conservando sus reflejos laríngeos y faríngeos, de modo que el paciente pueda mantener su vía de aire<sup>(24)</sup>. La inducción y recuperación deben ser rápidas, sin efectos secundarios y no deben entorpecer el tratamiento dental<sup>(4, 25)</sup>.

En otros casos el tratamiento dental nos será imposible realizarlo y tendremos que recurrir a la anestesia general.

Las indicaciones para el tratamiento con anestesia general van a ser<sup>(26)</sup>:

- Pacientes muy poco colaboradores, ansiosos y temerosos<sup>(27)</sup> con tratamiento dental extenso.
- Pacientes con problemas médicos<sup>(28)</sup> de tipo cardíacos, renales, ... que necesitan tratamiento dental inmediato.
- Pacientes con múltiples problemas dentales cuyo tratamiento con anestesia local es poco efectivo debido a infección aguda, variaciones anatómicas, alérgicas, etc.
- Pacientes con traumatismo dental múltiple y orofacial.
- Pacientes jóvenes con anomalías craneofaciales (por ejemplo fisura labio palatina) que necesitan tratamiento dental extenso y período quirúrgico prolongado.
- Pacientes con retraso mental, incapacidad física o sensorial y que la severidad de su condición no permita un tratamiento o evaluación de rutina.

Las contraindicaciones serán las mismas que para cualquier otro procedimiento qui-

rúrgico con anestesia general<sup>(26)</sup>.

En el caso de necesitar anestesia general ésta será llevada a cabo en un centro hospitalario y con la ayuda de un anestesista<sup>(29)</sup>.

De cualquier forma, antes de utilizar la anestesia general hemos de agotar todas las técnicas que conozcamos para mejorar el comportamiento, entre ellas:

- Técnica de desensibilización: se basa en decir, mostrar y hacer, hay que tener en cuenta que la mayoría de pacientes que vamos a tratar no tienen gran capacidad de comprensión, aún así da muy buenos resultados.
- Técnica de modelamiento: pasar al niño mientras estamos tratando a otro niño de buen comportamiento, esta técnica nos sirve para niños con cociente intelectual mayor.
- Técnica de refuerzo: elogiar y premiar con regalos después del tratamiento<sup>(30)</sup>.

Para estos pacientes discapacitados la aprensión y el miedo se deben en la mayoría de los casos al desconocimiento y al ambiente, por eso en muchos casos el trato amable y atento es suficiente para mejorar el tratamiento de estos pacientes<sup>(31)</sup>.

## CONCLUSIONES

Los pacientes discapacitados son pacientes que pueden tratarse de forma normal en el gabinete dental teniendo en cuenta siempre sus problemas médicos y la medicación que consumen que generalmente es amplia.

Es importante señalar igualmente, que para el tratamiento vamos a necesitar su colaboración y cooperación, así como la colaboración de la familia.

Hay que tener en cuenta las prioridades que tienen estos paciente y su rápida solución.

Tenemos que elogiar el comportamiento de los pacientes aunque lo que hayamos po-

didó hacer sea mínimo, pero gracias a estos pequeños avances podremos tratarlos con normalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Thorthon JB, Suad AA, Campbell V. Oral hygiene levels and periodontal disease prevalence among residents with mental retardation at various residential settings. *Spec Care Dentist* 1989; 186 - 90.
- 2.- Machuca-Portillo G, Cutando-Soriano A, Velasco-Ortega E. Manejo odontológico de pacientes especiales. En: *Manual de Odontología*. Masson-Salvat. Barcelona, 1994; 1.335 - 7.
- 3.- Treteault S, Fortin A, Sutton. Dental care for a handicapped persons. *Jovin Can Dent Assoc* 1990; 56: 433 - 5
- 4.- Scully C, Cawson RA. Medical problems in dentistry. *Wright Bristol*, 1987.
- 5.- Nowak AJ. *Odontología para el paciente impedido*. 1º ed. Buenos Aires, 1979.
- 6.- Smith GF, Berg JM Síndrome de Down. Barcelona. 1987.
- 7.- García-Ballesta C, Tomás-Esteva C, Pérez-Flores D, Mas-Vermejo C. Programas preventivos de la enfermedad periodontal en trisomía 21. Estudio de sus manifestaciones en escolares españoles. *Rev. Act Estom Esp*. 1986; 46: 31 - 7.
- 8.- Soto-Ibarreta MT. Prevalencia de maloclusiones en Síndrome de Down. Tesina de Licenciatura. Madrid, 1992.
- 9.- Sanger R, Casamassimo PS. Paciente dental, físico y mental incapacitado. En: *Clínicas Odontológicas de Norteamérica*. Interamericana. Madrid, 1983; 381 - 97.
- 10.- Saxen L, Aula S. Periodontal bone loss in patients with Down's syndrome: a follow-up study. *J. Periodontal*. 1982
- 11.- Izumi Y, Sugiyama S, Shinozoka T, Yamazakit. Defective neutrophil chemotaxis in Down's syndrome patients and its relationship to periodontal destruction. *J. Periodontal* 1989; 5: 238 - 42.
- 12.- Hunter B. Dental care for handicapped patients. *Wright, Bristol*. 1987; 4: 32 - 44.
- 13.- Wessels KE. Oral conditions in cerebral palsy. *Dent Clin North Am*. 1960; 4: 455.
- 14.- Gorlin RJ, Pindborg JJ. *Syndromes of the head and neck*. New York, 1964.
- 15.- Jordan RE, Kraus BC, Neptune CM. Dental abnormalities associated with cleft lip and for palate. *Cleft Palate J*. 3: 22 - 55.
- 16.- Jacobson BN, Rosenstein SW. Teh cleft palate patient: dental help needed. *J Dent Child*. 37: 17 - 27.
- 17.- O'Donell J, Cohen M. Dental care for the institutionalized retarded individual. *J Pediatric* 1984; 9: 3.
- 18.- Holle RL. Adjuncts in dental treatment of the handicapped. *Dent Clin North Am* 1960: 469 - 81.
- 19.- Fardal O, Turnbull RS. A review of the literature on the use of chlorhexidine in dentistry. *Jada* 1986; 112: 863 - 9.
- 20.- Dávila JM. Restraint and sedation of the dental patient with developmental disabilities. *Spec Care Dent*. 1990.
- 21.- Vigo-Martínez M. Valoración de salud oral en una población de disminuidos psíquicos de la provincia de Sevilla. Tesis doctoral. Facultad de Medicina y Odontología de Sevilla, 1983.
- 22.- Alió-Sanz JJ, Menéndez-Núñez M, Travesí-Gómez J. Tratamiento ortodóncico en pacientes especiales. En: *La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos*. Bullón-Fernández P, Machuca-Portillo G, 1996; 257 - 86.
- 23.- Bailenson G. Manejo con sedantes. En: *Odontología para el paciente impedido*. Nowak AJ, 1979; 255 - 77.
- 24.- Manford ML, Roberts GJ. Dental treatment in young handicapped patients. An assessment of relative analgesia as an alternative to general anaesthesia. *Anaesthesia* 1980; 35: 1.157 - 68.
- 25.- Bratos-Morillo M. Utilización de psicofármacos como premedicación en pacientes minusválidos. *Cuidados Odontológicos Especiales* 1995; 2: 47 - 53.
- 26.- Velez-Colón A, Machuca-Portillo C. Tratamiento de pacientes especiales bajo anestesia general. La sedación en odontología. En: *La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos*. Bullón-Fernández P, Machuca-Portillo G. Madrid, 1996; 109 - 48.
- 27.- Hall N, Edmonsonson HD. The aetiology and psychology of dental fear. *Br Dent J* 1983; 154: 247 - 52.
- 28.- D'Ambrosio JA, Raborn GW. Diagnostic considerations for the medically complex patients. *Dent Clin North Am* 1992; 36: 841 - 55.
- 29.- Thomson WM. Day - stay treatment for dental carries at New Zeland hospital dental unit: a 5 years retrospective audit. *N.Z. Dent J*. 1994; 90: 139 - 40.
- 30.- Barbería E. *Odontopediatría*. Barcelona, 1995.
- 31.- Dávila JM. Restraint and sedation of the dental patient with developmental disabilities. *Spec Care Dent* 1990.

## IV Congreso

Sociedad Española  
y Pacientes Especiales

Presidencia de Honor

Sevilla, 26 y 27 de Septiembre

Hotel Los Lebreros

## COMITÉ ORGANIZADOR

*Presidente*

*Vice-Presidente*

*Secretario*

*Coordinador congreso*

*Tesorera*

*Vocales*