

Medicent Electrón. 2018 abr.-jun.;22(2)

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA «RAÚL GONZÁLEZ SÁNCHEZ»****COMUNICACIÓN****Atención estomatológica integral a los pacientes con enfermedad de Parkinson****Integral dental care of patients with Parkinson's disease****Deyanira Cabrera Escobar¹, Luis González Valdés²**

1. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. La Habana. Cuba. Correo electrónico: luisgy@infomed.sld.cu
2. Policlínico Universitario Cuatro Caminos. La Habana. Cuba.

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson es la afección neurodegenerativa más frecuente en la población, superada únicamente por la enfermedad de Alzheimer. La población cubana presenta una tendencia al envejecimiento, por lo que se puede predecir que su prevalencia irá en aumento en la próxima década. Los pacientes con Parkinson muestran una elevada predisposición a padecer enfermedades bucales debido al deterioro motor que presentan, a las alteraciones psicológicas y a los efectos secundarios de los fármacos que consumen. En este trabajo se profundiza en aspectos importantes a tener en cuenta sobre la atención estomatológica a los pacientes con este padecimiento.

DeCS: enfermedad de Parkinson, manifestaciones bucales, comorbilidad.

ABSTRACT

Parkinson's disease is the second most common neurodegenerative disease in the population after Alzheimer's disease. Cuban population has a tendency to ageing so we can predict that its prevalence will increase in the next decade. Patients with Parkinson's disease show a high predisposition to oral diseases due to their motor impairment, psychological disorders and side effects of the drugs they consume. In this paper we deepen on important aspects to be considered in relation to dental management of Parkinson's patients.

DeCS: Parkinson disease, oral manifestations, comorbidity.

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo, crónico y lentamente progresivo del sistema nervioso central (SNC).¹ Fue descrita y documentada en 1817 por el médico británico James Parkinson, aunque no fue hasta la década de 1960 cuando los investigadores identificaron un defecto cerebral fundamental, que es el distintivo de la enfermedad: la pérdida de

células cerebrales que produce el neurotransmisor: la dopamina, fundamental en los circuitos cerebrales implicados en el control del movimiento. En concreto, se pierde hasta un 70 % de las neuronas dopaminérgicas de la «sustancia negra» y del núcleo estriado.²

La EP es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente en la población, superada únicamente por la enfermedad de Alzheimer.³ Lo más típico es que se presente entre los 30 y 70 años de edad, con un pico máximo a los 60, pero puede ocurrir en edades más tempranas y con un origen genético. En el mundo, ha aumentado la incidencia debido al envejecimiento de la población.⁴ La población cubana presenta una tendencia al envejecimiento, por lo que se puede predecir que la prevalencia de la EP irá en aumento en la próxima década. De mantenerse esta tendencia, el número de pacientes con EP se puede incrementar hasta 29 000 en dos décadas.³

Los síntomas motores cardinales incluyen temblor en reposo, bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural.^{5,6} La demencia afecta aproximadamente al 50 % de los pacientes y la depresión es común.¹

Las manifestaciones bucales de la enfermedad se encuentran relacionadas con las restricciones en la movilidad y la rigidez muscular que presentan estos pacientes; en consecuencia, se les dificulta realizar una correcta higiene bucal. Asimismo, los efectos secundarios producidos por los fármacos empleados en su terapéutica los sitúa en el grupo de pacientes con categoría de elevado riesgo de padecer enfermedades bucales.

La bradicinesia (lentitud del movimiento), la acinesia (dificultad para iniciar un movimiento) o la hipocinesia (reducción de la amplitud del movimiento) constituyen el síntoma cardinal más incapacitante de la enfermedad. Desde el punto de vista clínico se manifiesta por una pobreza en todo tipo de movimiento: pérdida de los movimientos automáticos, retraso en iniciar un movimiento a la orden y reducción de la amplitud de los movimientos voluntarios; puede culminar con una inmovilidad completa (congelación).³ Esta hipocinesia se expresa en todos sus actos y movimientos (comer, vestirse, peinarse, entre otros).² La hipomimia, la micrografía y la sialorrea son manifestaciones de hipocinesia.³ La rigidez predomina en general en el cuello, el tronco y la raíz de los miembros y es responsable de las actitudes que toman estos pacientes, así como de la pérdida de la soltura de los movimientos. Su presentación es asimétrica y afecta al otro hemisferio años después.²

Chen y colaboradores⁷ demostraron la elevada frecuencia de la enfermedad periodontal en los pacientes con EP; a su vez, estimaron que la dificultad para remover la placa dentobacteriana se encuentra relacionada con el deterioro motor, cognitivo, la depresión y la apatía que padecen, aspectos que influyen negativamente en la higiene bucal de los individuos con Parkinson. Esta circunstancia puede determinar una mayor predisposición para la pérdida dentaria e, incluso, para la posible aparición de complicaciones sistémicas relacionadas con la enfermedad periodontal.

Zlotnik y otros⁸ obtuvieron resultados similares en su investigación; demostraron que la morbilidad bucal que sufren estos pacientes se encuentra asociada principalmente a la dificultad motora, que los conduce a tener una mala higiene bucal, a consumir un patrón de dieta cariogénica, lo que sumado a la sequedad bucal incrementa en ellos la prevalencia de caries y la enfermedad periodontal.

De igual modo, Barbe⁹ y colaboradores observaron la presencia de xerostomía en pacientes con EP, y especificaron que esta se encuentra asociada al efecto adverso de la medicación, especialmente la levodopa, lo cual intensifica aún más el riesgo de padecer caries; asimismo, los enfermos padecían infecciones como la candidiasis, disgeusia, molestias al utilizar las prótesis removibles y dificultad para deglutir los alimentos sólidos.

El babeo es uno de los signos que más preocupan a estos enfermos y a sus familiares, debido a las consecuencias psicosociales. Plasencia¹ señala que el 78 % de los pacientes con EP experimentan sialorrea como síntoma muy temprano, problema que surge de la combinación de una inadecuada deglución de la saliva, dificultad para mantener la boca cerrada y una postura anormal, más que de una excesiva producción de aquella; esto constituye uno de los problemas más molestos para los pacientes con Parkinson: ocasiona aislamiento social, incrementa la depresión y es una de las principales causas de broncoaspiración y neumonías.

Ivanov y otros⁹ destacan que la disfagia, la disfunción salival y el síndrome de boca ardiente (SBA) son manifestaciones comunes que aparecen en estos pacientes debido a la medicación con levodopa; no obstante, Zlotnik y colaboradores⁸ plantean que los factores psicológicos en ellos, como la ansiedad, la depresión y el estrés, también pueden desencadenarlo.

La característica progresiva de la EP conduce a restricciones en la movilidad y la rigidez muscular, lo cual ocasiona dificultades en el mantenimiento de una adecuada salud bucal. Sus manifestaciones clínicas suscitan un deterioro del estado físico, psíquico y social. Es criterio de los autores que a medida que la EP avanza es mucho más difícil tratar a los pacientes debido a su incapacidad motora, a su menor tolerancia a permanecer mucho tiempo en el sillón dental y a las modificaciones en su estado psicológico, por lo que el tratamiento estomatológico a estos enfermos debe ser diferenciado; por tanto, constituye una gran necesidad proporcionarles una atención estomatológica integral, en la que sean prioridades las acciones de promoción de salud bucal, la prevención de las complicaciones bucales y las intervenciones terapéuticas tempranas sobre las enfermedades bucales. Estas acciones de salud contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes con EP.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcos Plasencia LM, Padrón Sánchez A. Protocolo para la alimentación- nutrición en la atención integral al paciente con enfermedad de Parkinson. Medisur [internet]. 2011 mayo-jun. [citado 28 jun. 2016];9(3):[aprox. 19 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000300001&lng=es
2. Barranco Peregrino B, Aranda Izquierdo AA, Fernández Franch N, Barciela Calderón J. Manejo holístico rehabilitador del paciente con enfermedad de Parkinson. AMC [internet]. 2009 nov.-dic. [citado 28 jul. 2016];13(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000600019&lng=es
3. Rodríguez Pupo JM, Díaz Rojas YV, Rojas Rodríguez Y, Ricardo Rodríguez Y, Aguilera Rodríguez R. Actualización en enfermedad de Parkinson idiopática. CCM [internet]. 2013 abr.-jun. [citado 17 jun. 2016];17(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200007&lng=es
4. Rodríguez Martín YN, Pola Alvarado L, Juvier Riesgo T, Cabal Rodríguez R, Soto Labastida A, Pérez García E. Manifestaciones neurooftalmológicas en la enfermedad de Parkinson. Rev Cubana Oftalmol [internet]. 2013 ene.-abr. [citado 17 jun. 2016];26(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762013000100017&lng=es
5. Rodriguez Ribeiro G, Heitor Campos C, Matheus-Rodriguez Garcia RC. Oral Health in Elders with Parkinson's Disease. Braz Dent J [internet]. 2016 May-Jun. [citado 18 jul. 2016];27(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402016000300340&lng=en
6. Schapira A.HV, Kulisevsky J. Características clínicas: motoras y no motoras. En: La enfermedad de Parkinson. New York: Editorial Oxford University Press; 2011. p. 17-25.
7. Ciccìu M, Risitano G, Lo Giudice G, Bramanti E. Periodontal health and caries prevalence evaluation in patients affected by Parkinson's disease. Parkinson's Dis [internet]. 2012 [citado 20 ago. 2015];2012(2012):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/pd/2012/541908/>
8. Zlotnik Y, Balash Y, Korczyn AD, Giladi N, Gurevich T. Disorders of the oral cavity in Parkinson's disease and parkinsonian syndromes. Parkinsons Dis. 2015;2015:379-482.
9. Proulx M, De Courval F, Wiseman M, Panisset M. Salivary production in Parkinson's disease. Mov Disorders. 2005 Feb.;20(2):204-7.
10. Coon EA, Laughlin RS. Burning mouth syndrome in Parkinson's disease: dopamine as cure or cause? J Headache Pain. 2012;13(3):255-7.

Recibido: 4 de octubre de 2017

Aprobado: 21 de noviembre de 2017

Deyanira Cabrera Escobar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. La Habana. Cuba. Correo electrónico: luisgv@infomed.sld.cu