

8
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



PRINCIPALES ALTERACIONES ORALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN, Y SU SOLUCION DENTRO DEL CONSULTORIO ODONTOLOGICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARIA ELENA ARVAYO CASTRO

ASESOR: GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JALISCO 1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" PRINCIPALES ALTERACIONES ORALES DEL NIÑO CON SÍNDROME DE
DOWN, Y SU SOLUCIÓN DENTRO DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

INDICE

	PAGS.
	<i>Introducción.....</i>
CAPITULO I	<i>Características del Niño Down: 1</i>
	<i>a) Aspectos generales..... 6</i>
	<i>b) Aspectos bucales..... 12</i>
	<i>c) Psicología y Comportamiento. 14</i>
CAPITULO II	<i>Principales alteraciones orales en el Niño Down..... 16</i>
	<i>a) Tejidos duros..... 17</i>
	<i>b) Tejidos periodontales, etc.. 21</i>
CAPITULO III	<i>Atención Odontológica..... 29</i>
	<i>a) Programa preventivo..... 30</i>
	<i>b) Rehabilitación oral..... 36</i>
	<i>Casística (3 casos clínicos).. 42</i>
	<i>Conclusiones..... 50</i>
	<i>Bibliografía..... 52</i>

INTRODUCCION.

Hasta hace poco tiempo, el tratamiento odontológico para el paciente impedido era aceptable solo en centros médicos aislados, escuelas de odontología y un pequeño porcentaje de prácticas privadas.

Muchos pacientes impedidos, cuando enfrentaban la necesidad de tratamiento odontológico, estaban forzados a sufrir el dolor o finalmente, la extracción del diente. La mayoría de los odontólogos expresaban una falta de comprensión en el manejo de esos enfermos, y por lo tanto, no tenían interés en tratarlos. Los que estaban dispuestos a intentarlo, tenían entrenamiento formal en estos problemas especiales, pero les resultaba imposible brindar una atención completa a tantos pacientes.

Así este trabajo está encaminado para analizar las distintas técnicas de prevención, rehabilitación y limitación del daño en las lesiones orales que se presentan en el niño con síndrome de Down.

CAPITULO I

" CARACTERISTICAS DEL NIÑO DOWN. "

CAPITULO I

" CARACTERISTICAS DEL NINO DOWN. "

El patrón más común de malformación en seres humanos es el Síndrome de Down (trisomía 21), descrito por primera vez por John Langdon Down, en 1866. (10)

(29)
En 1959 Lejeune y colaboradores demostraron que este síndrome se debe a la existencia de 47 cromosomas en lugar de 46. El cromosoma adicional es un cromosoma acrocéntrico pequeño, que convencionalmente se considera el 21. (11)

(23)
Langdon Down le dio el nombre de Idiocia Mongólica y tiene una incidencia en el momento del nacimiento de aproximadamente 1 por 700 en la población de raza blanca. Los casos son lo bastante numerosos como para construir un importante problema social y, en consecuencia ha sido el más extensamente estudiado de todos los síndromes atribuibles a anomalías cromosómicas. Está caracterizado por un retraso mental grave y una enorme cantidad de anomalías anatómicas menores, ninguna de las cuales está invariablemente presente. (4)

La traslocación puede ser la causa de la gran frecuencia de lactantes con síndrome de Down nacidos de al-

gunas madres jóvenes, puesto que el cromosoma extra pudo haber sido transmitido por un progenitor normal portador no afectado. Aunque con estos casos el progenitor portador puede poseer solo 45 cromosomas, el análisis cariotípico muestra, en realidad la presencia de 46 con un cromosoma del par 21 traslocado a otro cromosoma. En estos casos se observa un aumento considerable de la frecuencia del síndrome de Down en los hermanos siguientes. (2)

CONSEJO GENETICO.-

Dada la relativa frecuencia de síndrome de Down, es muy frecuente que se pida un consejo genético, en particular por las parejas que han tenido ya un hijo con síndrome de Down. En general, en una madre que no haya tenido ningún hijo Dow y en cuya familia no exista este síndrome, el riesgo empírico de tener un hijo Down está en relación directa con su edad: Cuanto mayor sea, tanto más posible será que tenga un hijo con este síndrome. Si ya ha tenido un hijo con síndrome de Down y se trata de una trisomía 21 regular, el riesgo de que se repita está también relacionado con la edad, pero es unas tres veces superior. (2)

Riesgo de síndrome de Down

(Tomado de Moutulsky.)

EDAD DE LA MADRE	RIESGO DE TENER UN HIJO CON SÍNDROME DE DOWN.	
	en cualquier embarazo	después de un con Síndrome de Down.
29	1:3.000	1:1.000
30-34	1:600	1:200
35-39	1:280	1:100
40-44	1:70	1:25
45-49	1:40	1:15
Promedio	1:665	1:200

€

(11)

Generalmente, el síndrome de Down es más frecuente entre niños nacidos de madres mayores de 40 años; su frecuencia es cinco veces superior a la del índice de 1 por 600 nacimientos que se observa en la población general. La frecuencia esperada entre los descendientes siguientes de haber nacido un niño Down es aproximadamente de 1 por 100; sin embargo en caso de traslocación de un cromosoma-21 a otro autosoma, la frecuencia esperada puede aumentar considerablemente. Es imposible predecir con precisión las posibilidades exactas basadas en la segregación meiótica, puesto que los estudios de meiosis, necesarios para

poder hacerlos, son impracticables en la mujer. Sin embargo en el hombre se han realizado estudios meióticos en células obtenidas mediante biopsia testicular.

Si la madre de un lactante con síndrome de Down tiene menos de 30 años en el momento del nacimiento, las probabilidades de que el niño afectado tenga una traslocación heredada son de 1 en 50; si tiene 30 años o más, las probabilidades son de 1 en 333. Estos cálculos se refieren a la probabilidad de una traslocación heredada asociada con el síndrome de Down y no a las probabilidades de recurrencia del mongolismo en la descendencia futura.

Los trastornos que ocurren en la composición cromosómica son tan importantes -generalmente una trisomía- que pueden apreciarse en el cariotipo. La entidad clínica se caracteriza por un retraso mental de grado moderado o grave. Las alteraciones anatomopatológicas son inconsistentes cuando los exámenes se realizan durante los primeros decenios de la vida del enfermo. Sin embargo, la demencia precoz, que se observa en los individuos Down entre los 40 y 60 años, presenta gran interés además de su relación con el envejecimiento. La demencia es parte del problema de retraso mental que dura toda la vida. (2)

El nombre de mongolismo se deriva de la descripción original hecha por Langdon Down⁽²³⁾, que reflejaba el aspecto oriental de estos pacientes, por su epicanto y la situación oblicua de sus ojos. Esta denominación va siendo -- actualmente desplazada por los nombres de síndrome de -- Down o trisomía 21.

CUADRO CLINICO.-

El síndrome de Down puede diagnosticarse en el recién nacido por la presencia de determinados signos característicos. Aunque ninguno de estos signos es en sí mismo patognomónico, en su conjunto originan un cuadro clínico recortado; es bien conocido que se parecen más entre sí dos sujetos con síndrome de Down que con los demás -- miembros de las respectivas familias. (11)

Otros autores mencionan que el síndrome de Down por traslocación no depende de la edad materna y puede ser familiar. Es patente que los niños que llevan esta mutación pueden llegar a la edad adulta y reproducirse.

En términos generales, el pronóstico para individuos con síndrome de Down ha mejorado mucho en los años últimos como resultado del dominio de la infección. Algunos niños con anomalías viscerales graves mueren en edad --

temprana, y otros fallecen a causa de leucemia mielógena aguda, que alcanza frecuencia poco corriente en el síndrome de Down; en la mayoría en la actualidad hay duración normal de la vida. (14)

Los diez signos cardinales del síndrome de Down en el recién nacido han sido descritos por Hall, como sigue: (10)

Signos	Incidencia (porcentaje)
Hipotonía	80
Reflejo de Moro pobre	85
Hiperflexibilidad de articulaciones	80
Exceso de piel en la nuca	80
Perfil facial chato	90
Fisuras palpebrales oblicuas	80
Anomalias del oído	60
Displasia de la pelvis	70
Clinodactilia del dedo meñique	60
Pliegue simiano	45

A).- ASPECTOS GENERALES:

El aspecto general del niño con síndrome de Down es muy característico por la cara, el porte y la estatura baja, todo lo cual se reconoce muy bien al confrontar éste con un gemelo normal. La boca algo abierta, con la lengua visible, la cabeza inclinada y la diferencia de altu-

ra de los mellizos son los signos característicos somáticos, que pueden ser completados con algunos hallazgos -- en los órganos. Entre éstos deben destacarse los estomatológicos, por el hecho de que muchas veces son pasados por alto en estos niños mentalmente retardados, o se los confunde con las alteraciones gíngivales de los imbeciles o niños con daños cerebrales de otra etiología. (6)

Las anormalidades en el síndrome de Down son tan -- comunes en individuos afectados que a menudo parecen primos. Hay un retardo total en el crecimiento aposicional y endocondral que lleva a una estatura pequeña, con una forma de caminar rara, tambaleante. La cabeza es braqui céfala, con una reducción mayor en tamaño en la parte -- posterior, produciendo un occipucio relativamente chato. La piel es seca, eczematosa y frecuentemente hiperqueratósica. Kislíng⁽²⁷⁾ describe hipoplasia de los senos frontales y un puente nasal pequeño, con aplasia completa -- del hueso nasal en el 15% de los casos. Los ojos se -- caracterizan por una oblicuidad, fisuras palpebrales angostas y, en los pacientes más pequeños, pliegues epicónticos. Suele haber un estrabismo convergente o divergente. En el infante, se ven con frecuencia nubes en el -- iris (manchas de Brushfield), pero desaparecen con la -- edad. El cuello suele ser corto y grueso, presentando -- problemas anatómicos en la administración de anestesia --

general y frecuentemente está unido por una membrana (pterygium colli). Las anomalías cardíacas se presentan - - aproximadamente en un 40% de los individuos con síndrome de Down y, junto con una tendencia a la leucemia, constituyen los riesgos más grandes para una vida larga. (10)

Otro autor nos menciona que la irradiación materna, - la fertilización retrasada, y la infección son otras causas posibles de síndrome de Down. (18)

MENCIONAMOS OTROS ASPECTOS:

La nariz es achatada y ancha. Los labios son gruesos, en ocasiones con el inferior caído. La lengua es -- grande, tiende a la protrusión y su aspecto puede ser escrotal. La aparente macroglosia hizo que se confundiera el síndrome de Down con los estados hipotiroideos congénitos, como el cretinismo.

El tronco es ancho y grueso. En cerca del 35% de -- los casos se comprueba una cardiopatía congénita. Las -- más frecuentes son la comunicación interventricular y la comunicación interauricular. Las anomalías del tubo digestivo son mucho menos frecuentes, quizás las más características son la atresia de duodeno y el páncreas anular.

Las manos son cortas y anchas, con los dedos centrales de muy semejante longitud, por lo que ha recibido el nombre de "mano en tridente". Destaca un pliegue palmar-

transversal único en más del 75% de los casos. Un signo muy valioso es la presencia de un solo pliegue de flexión en el dedo meñique. Los pies son también anchos, sin apenas arco plantar; a menudo se observa una gran separación entre el I y II dedos. (11)

El grado de retraso mental varía desde leve hasta intenso y se acompaña de una curiosa configuración facial y estatura pequeña. Diversos estigmas del síndrome de Down pueden reconocerse en el período neonatal. (12)

El enfermo recién nacido es de dimensiones normales pero conforme pasa el tiempo se advierte su baja estatura. La estatura media de un adulto con síndrome de Down a lo sumo llega a ser la de un niño de 10 años. (12)

Además de tener una forma redondeada, adecuada al tamaño del cráneo, peso subnormal y un patrón de circunvoluciones relativamente sencillo, con especial pequeñez de los lóbulos frontales y las circunvoluciones temporales superiores, el cerebro Down no tiene anomalías específicas. (12)

La tasa de mortalidad es alta en los primeros años de la vida. En estos casos la muerte se debe a infecciones respiratorias, lesiones cardíacas intraventriculares con insuficiencia, o bien leucemia. Dentro del grupo de

los pacientes con síndrome de Down que sobrevive a la pubertad, muchos viven hasta la edad adulta media sólo para sufrir una forma prematura de degeneración cerebral de -- Alzheimer (que se inicia en la mayoría hacia los 40 años). (12)

La talla del niño Down suele ser baja, al menos un - 75% de lo que correspondería por su edad. Por el contrario, su peso es superior al normal. Las extremidades son también cortas en relación a su talla.

La introducción de los antibióticos ha permitido que los niños Down superen las frecuentes infecciones respiratorias que anteriormente eran causa habitual de su muerte antes de los 2 años. En la actualidad los sujetos afectados pueden vivir durante muchos más tiempo, aunque la - - proporción que supera los 20 años es escasa. Cuando exlste una cardiopatía congénita asociada el pronóstico es mucho más grave.

Los niños con síndrome de Down que alcanzan la pubertad lo hacen tardíamente. En los varones puede existir - criptorquidia uni o bilateral con relativa frecuencia. El pene es en general pequeño, y habitualmente no son fértiles. En las hembras los labios mayores son gruesos, y -- los menores muy pequeños; la menarquía es tardía, y la - menopausia, precoz. (11)

Anomalías en los niños afectados del síndrome de Down.
(Tomado de J. Antich.)

AREA	FRECUENTE (50% O MAS)	MENOS DEL 50% DE CASOS
GENERAL	Hipotonía	
S.N.C.	Retraso mental. C.I.=25-50	Convulsiones
Cráneo	Occipucio plano	
Ojos	Oblicuidad mongoloide, arriba y lateral, fisuras palpebrales, epicanto, manchas de -- Brushfield.	Estrabismo.Nistagmo.
Orejas	Displásicas, pequeñas	Implantación baja.
Nariz	Pequeña	
Boca	Hipoplasia de la mandíbula. - Protrusión de la lengua, con fisuras o sin ellas.	
Cuello	Ancho y corto	Laxitud de la piel.
Manos	Manos y dedos cortos. Clino-- dactilia del V dedo. Surco -- simiesco. Dermales: tri-- díos palmar axial distal, pre dominio de asas cubitales en los dedos.	Surco único en el V de-- do.
Pies	Pliegue plantar.	Dibujo dérmico en el ar-- co tibial halucal. Sin-- dactilia del II y III - dedos.
Tórax		En tonel.
Abdomen	Diastasis recti	Hernia umbilical
Genitales	Pene pequeño (varón)	Criptorquidia.
Radiogra-- fla.	Hipoplasia de la falange media del V dedo .	Pelvis displásica, dis-- minución de los ángulos iliaco y acetabular.
Corazón		Comunicación atrioven-- tricular, comunicaci-- ón-intraventricular.
Intesti - no.		Atresia duodenal.Fístu-- la traqueoesofágica.

B).- ASPECTOS BUCALES:

Las manifestaciones bucales en el síndrome de Down incluyen:

Lengua escrotal, macroglasia con protrusión y mordida abierta, anomalías palatinas (rugas anteriores prominentes, procesos laterales engrosados, dos surcos en el paladar), maxilar superior hipoplásico, ángulos gonfacos-oblicuos (tendencia a la clase III), desarmonías oclusales (mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, rotaciones), microdoncia, dientes primarios que no se exfolian, patrones de erupción aberrantes, dientes conoides, hipoplasia del esmalte, anodancia, y dientes supernumerarios. (10)

(27)

Landau efectuó una comparación cefalométrica de niños Down y de sus hermanos normales. Fue evidente el retardo en el crecimiento de ambos maxilares. Ambos maxilares estaban ubicados hacia adelante bajo la base craneana. La altura facial superior fue hallada significativamente inferior en los niños Down. La cara media también resultó menor en sentido vertical y horizontal. (9)

En el síndrome de Down hay una inhibición generalizada del crecimiento en áreas específicas; por lo tanto, -- presenta anomalías morfológicas típicas características de esta desviación cromosómica congénita. Se observa

una elevada incidencia de anomalías dentarias y craneales incluyendo:

- 1.- Cráneo visceral y base craneal anormalmente pequeños.
- 2.- Paladar angosto alto.
- 3.- Maxilar superior pobremente desarrollado.
- 4.- Dientes pequeños, irregulares.
- 5.- Diastemosis.
- 6.- Lengua ancha, fisurada.
- 7.- Periodontosis.

Debido al pobre crecimiento y desarrollo de la parte superior de la cara, la incidencia de maloclusión es alta. Típica del síndrome de Down es la relación intermaxilar - prognática mandibular, complicada por mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior y una complicación periodontal generalizada. En algunas circunstancias, la terapia ortodóncica puede estar contraindicada por la alta incidencia de enfermedad periodontal, una característica del síndrome de Down. (10)

El síndrome de Down es una de las anomalías congénitas en las cuales la erupción retardada de los dientes es un hecho frecuente. Los primeros dientes temporales pueden no aparecer hasta los 2 años y la dentición puede no quedar completa hasta los 4 ó 5 años. La erupción sigue, con frecuencia, una secuencia anormal y algunos de los -- dientes temporales pueden quedar en la boca hasta los ---

14 ó 15 años. (9)

C).- PSICOLOGIA Y COMPORTAMIENTO:

El retraso psicomotor no es muy notable al comienzo, y solo puede objetivarse una hipotonía, que a veces constituye el primer signo clínico que llama la atención. Hacia el año, el retraso psicomotor es ya evidente, pues no puede todavía mantenerse sentado; en general éstos pacientes no comienzan a andar hasta los 2 ó 3 años. Sin embargo el niño Down es más bien afable y tranquilo, lo cual no ocurre en otros tipos de déficit mental. En general estos pacientes llegan a hablar, aunque su vocabulario es pobre y las frases muy sencillas. El síndrome de Down es la entidad clínica que más frecuentemente da lugar a un déficit mental. (11)

El retardo mental suele ser intenso y la mayoría de los niños tienen cociente intelectual entre 25 y 50. Es irónico que estos niños que sufren la trágica desventaja suelen ser dóciles, tímidos y susceptibles de adiestramiento y, en realidad, se manejan más fácilmente que sus hermanos que gozan de todas las ventajas. (15)

El pronóstico de estos niños suele ser sombrío. El 40 por 100, aproximadamente, mueren el primer año de vida, el 60 por 100, en la primera década. Sin embargo,

con mejores cuidados, es cada vez mayor el número de los que alcanzan la vida adulta y, algunos pueden incluso tener hijos. Su carácter genetal y acomodaticio, que tan frecuentemente falta en sus hermanos normales, permite en trenar muchas de éstas pequeñas personas tlmidas para que lleven una vida buena. (13)

Aunque algunos de los niños Down con escasa mentalidad no son manejables en el consultorio dental, en su mayoría son agradables, animosos, cariñosos y de buen comportamiento. Pueden ser manejados en el consultorio tal como los niños normales. Hay que tener en cuenta la posi bilidad de una resistencia reducida a la infección al - - tratar un niño con síndrome de Down. (9)

CAPITULO II

" PRINCIPALES ALTERACIONES ORALES EN EL NINO DOWN. "

CAPITULO II

" PRINCIPALES ALTERACIONES ORALES EN EL NINO DOWN. "

La enfermedad periodontal es quizá la condición patológica bucal más común que afecta a la población adulta - general, pero en lo que concierne a los individuos impedidos, es el problema dental de mayor prevalencia en todas las edades. Esto parece ser cierto sobre todo en muchos - impedidos mentales, pacientes internados cuyas intensas - acumulaciones de placa bacteriana llevan a la iniciación - de trastornos periodontales a una edad temprana. El problema se complica en individuos con síndrome de Down cuya susceptibilidad a la enfermedad periodontal parece irrestricta. (10)

CARACTERISTICAS ORALES DEL SINDROME DE DOWN.

- 1.- Poca higiene y alimentación.
- 2.- Los labios hipotónicos provocan protrusión lingual y una mordida abierta superior.
- 3.- Pérdida de dientes congénita (especialmente los incisivos laterales (33%).
- 4.- Erupción retardada.
- 5.- Caries resistente.
- 6.- Enfermedad periodontal incrementada.
- 7.- Pequeñas cantidades de cálculos.
- 8.- Morfológicamente los dientes son más pequeños, bulbosos y de pocas fisuras. (7)

A.- TEJIDOS DUROS:

Las anomalías dentales empiezan con la dentición -- tardía de los dientes temporales. A veces se ven aplasias de algunos dientes, especialmente de los incisivos laterales superiores. En la dentición permanente se encuentra con mayor frecuencia la retención de segundos y terceros molares. A estos dientes, últimos en erupción, les falta el empuje para la erupción, similar a las otras numerosas irregularidades de los órganos del niño-Down. Además hay modificaciones típicas en el tamaño de algunos dientes, pero menos en la dentición temporal. -- Por lo general, el esmalte no alcanza el espesor normal; a veces se encuentra microdoncia, con espacios interdientales anormalmente grandes. En una comparación morfológica de los dientes, llama la atención que los incisivos centrales superiores muchas veces son más chicos que sus antagonistas. La macrodoncia relativa de los incisivos centrales inferiores, no raras veces, es acompañada por malposiciones, con tendencia a divergir en forma de V.

A las anomalías dentales, hay que sumar la piel seca (liquenificación), cabellos hirsutos y cataratas, como trastornos concomitantes ectodérmicos; además hay -- una irritación crónica de las encías.

No se ha agotado todavía el estudio etiológico de las relaciones entre la inestabilidad cromosómica, como-

la causa de trastornos del desarrollo, y las malformaciones concomitantes dentales. (6)

La incidencia de caries en pacientes con síndrome de trisomía 21 ha sido estudiada extensamente y se ha encontrado que es menor que en los sujetos controlados, internados y no internados. Las razones para esto van desde las teorías de características morfológicas a factores -- culturales, como acceso disminuido a alimentos con alto contenido de hidratos de carbono. (10)

ACUMULACION Y RETENCION ALIMENTARIA:

La acumulación de alimentos entre los dientes puede dañar los tejidos gingivales interproximales, sobre todo si se deja permanecer el alimento por un período prolongado. La integridad del arco dentario juega un papel importante en la protección de la retención alimentaria. En el impedido, en quien puede prevalecer la pérdida de dientes, restauraciones defectuosas o lesiones de caries no tratadas, la acumulación de alimento crea serios problemas periodontales. La retención crónica de alimentos puede causar un dolor difícil de diagnosticar en el retardado grave quien no puede comunicar verbalmente sus problemas. (10)

La movilidad dentaria, sensibilidad a la presión, mi-

gración de dientes y ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, son indicaciones de oclusión traumática. En los impedidos pueden encontrarse frecuentemente patrones oclusales anormales causados por factores como la pérdida de dientes permanentes y la inclinación de los dientes vecinos, burxismo, la manía de masticar objetos o la presencia de restauraciones dentales "altas" debido a la incapacidad del paciente de expresar incomodidad. (10)

No solamente el demasiado estímulo se encuentra en pacientes impedidos, sino también el menor estímulo de la oclusión. Esto último puede deberse al hecho de tragar el alimento con poca o ninguna masticación o por la ingestión de una dieta muy blanda, lo que resulta en una falta del estímulo masticatorio correcto para el periodontium y un aumento en los depósitos de placa. (10)

Se han demostrado variaciones morfológicas, anomalías en tamaño y forma del diente, en varios tipos de retardo mental, ocurriendo más frecuentemente en el síndrome de Down. En ésta enfermedad, se encuentran involucrados en orden de frecuencia premolares, después segundos molares, primeros molares, e incisivos laterales. (16)

El premolar que frecuentemente se involucra en el síndrome de Down, está entre los menos frecuentemente involucrados en otros grupos. (16)

En el síndrome de Down hay un porcentaje de aproximadamente el 43% de niños afectados en quienes comúnmente el diente ausente es el incisivo lateral superior. (8)

Algunos de los hallazgos dentales encontrados en pacientes afectados por el síndrome de Down, son: erupción tardía de piezas caducas, exfoliación temprana de las mismas, incisivos laterales superiores defectuosos o ausentes, anomalías en la forma dental, enfermedades periodontales, maloclusión y prognatismo. Las enfermedades periodontales son el problema principal en pacientes con síndrome de Down, en mayor grado que la caries dental. (3)

El niño con síndrome de Down presenta a menudo un maxilar superior pequeño que genera diversas situaciones bucales y dentarias. La lengua puede protruir realmente o aparentemente y la boca suele estar abierta. Las desarmonías oclusales acompañan esta observación. Es común la oclusión mesial, los dientes son pequeños y la cantidad de irregularidades dentarias es más frecuente que en poblaciones normales. (1)

Los pacientes suelen presentar macroglosia con protrusión de lengua, así como lengua fisurada o guijarrosa debido al agrandamiento de las papilas. También es común que tenga paladar alto. A veces, los dientes tienen malformaciones, de las cuales las más comunes son la hipopla

sia adamantina y la microdoncia. (17)

La susceptibilidad a la caries dental suele ser escasa en el síndrome de Down. Esto fue comunicado por - - - Johnson⁽²⁴⁾ y asociados, quienes hallaron una experiencia de caries muy inferior en ambas denticiones. Brown⁽²⁰⁾ y Cunnin⁽²²⁾gham, en un estudio de niños Down hallaron que un 44% estaba libre de caries. (9)

La dentición ha sido afectada globalmente con morfología atípica y calcificación. Existe hipoplasia generalizada grave del esmalte, anodontia parcial en la dentición primaria, dientes supernumerarios múltiples incluidos en el segmento anterior del maxilar superior, amelogenesis defectuosa de los primeros molares permanentes incluidos y posible falta de todos los premolares inferiores permanentes. (5)

B.- TEJIDOS PERIODONTALES, ETC.:

De las muchas anormalidades bucales asociadas con el síndrome de Down, la enfermedad periodontal es la más común. Esta condición puede comenzar poco después de la -- erupción de los dientes primarios y se cree que está asociada con la elevada prevalencia de gingivitis necrotizante. (10)

La infección gingival causa una pérdida de tejido interproximal, la que a su vez crea zonas para la acumulación de alimentos; esto, junto con la pobre higiene bucal produce zonas para exacerbaciones inflamatorias recurrentes. La recidiva crónica de estas inflamaciones gingivales agudas resultan en una recesión gingival progresiva, pérdida de hueso, movilidad dentaria aumentada y pérdida de dientes a una edad temprana. Johnson y Young ⁽²⁴⁾ ⁽³⁰⁾ encontraron enfermedad periodontal en el 96% de los pacientes examinados internados con síndrome de Down. Notaron que los primeros dientes periodontalmente afectados eran habitualmente los incisivos inferiores, seguidos por los incisivos superiores, los primeros molares permanentes superiores e inferiores, los molares primarios, los premolares y finalmente los caninos. (10)

(21)

Cohen y asociados informaron que el 96% de un grupo de 100 pacientes con síndrome de Down internados, tenían enfermedad periodontal combinada con una gingivitis necrotizante en 29 de los pacientes. Aunque había muchos factores locales, la pérdida grave de hueso alveolar y los intensos cambios inflamatorios en la encla sugerían una relación entre factores sistémicos, daño cerebral y el periodontium. (10)

EPIDEMIOLOGIA:

La enfermedad periodontal puede variar desde una ---

inflamación gingival muy leve, limitada a un solo diente, a una pérdida ósea grave alrededor de muchos dientes. Por esta razón, en cualquier discusión sobre la presencia de esta enfermedad hay que prestar correcta consideración a la gravedad de la complicación periodontal. En todos los estudios en los que se ha tomado en cuenta la gravedad, - la enfermedad parece aumentar con la edad. (10)

La enfermedad periodontal comienza a una edad más temprana en los niños mentalmente impedidos, especialmente - en aquellos que tienen síndrome de Down. Existe un acuerdo total entre los investigadores de la enfermedad periodontal en los impedidos mentales, que la condición es más grave en el síndrome de Down. Otros individuos mentalmente subnormales tienen menos complicación periodontal que quienes padecen el síndrome, pero más la población normal. La higiene bucal pobre suele ser la causa atribuida de la mayor susceptibilidad de los impedidos. (10)

PERIODONTITIS:

Con mayores incidencias de mala higiene bucal es de esperar un grado mayor de destrucción periodontal en los impedidos que en los individuos normales. Parece que la destrucción ósea más extendida se encuentra en quienes -- padecen síndrome de Down, y comienza a una edad sorprendentemente temprana. En otras condiciones incapacitantes la destrucción periodontal parece estar en relación direc

ta con el grado de cuidado bucal y otros factores locales.
(10)

La destrucción del tejido es una característica primaria de la enfermedad periodontal. Las causas precisas de esta destrucción no han sido aclaradas, pero se han -- propuesto tres mediadores. Las enzimas hidrolíticas de las bacterias de la placa o las células inflamatorias en la zona, pueden considerarse como una clase de agentes -- causales. Las otras dos posibilidades son que la destrucción del tejido puede resultar de una respuesta inmunológica a la proteína bacteriana o a las toxinas bacterianas. Para que esos mediadores sean operativos, es aparentemente necesario que penetren el epitelio de la hendidura e -- invadan el tejido conectivo subyacente. Un epitelio de la hendidura intacto, sano, impide el ingreso de esos mediadores, mientras que un epitelio ulcerado o dañado, facilitará la penetración de materiales tóxicos. El algunas condiciones incapacitantes como el síndrome de Down: -- pueden existir deficiencias sistémicas que alteran la función protectora del epitelio de la hendidura y permiten -- una rápida difusión de los diversos productos nocivos bacterianos en las estructuras periodontales. (10)

Numerosos estudios concuerdan en que hay una alta -- proporción de trastornos periodontales, con algunos cálculos que llegan al 90% de la población afectada. (10)

Los tejidos gingivales de los niños con síndrome de Down con frecuencia permanecen crónicamente inflamados y la enfermedad periodontal es común en los niños Down mayores. ⁽²⁰⁾ Brown y ⁽²²⁾ Cunningham informaron que hasta un 90% de afectados por el síndrome de Down padecía la periodontología por lo menos en la región anterior. (9)

Otro autor nos menciona que al investigar el estado periodontal de grandes grupos con síndrome de Down se observó enfermedad periodontal avanzada, casi invariable, que no parecía de origen local. (17)

HIGIENE BUCAL INADECUADA:

El descuido de los procedimientos de higiene bucal se ve con mucha frecuencia en la población de impedidos. Esto no sólo resulta con mayores restos alimentarios, placa y acumulación de cálculos, sino también un estímulo gingival insuficiente, lo que origina una menor queratinización de la superficie y menor circulación sanguínea por esos tejidos. (10)

CÁLCULOS DENTALES:

La importancia de los cálculos dentales en la etiología de la enfermedad periodontal parece ser triple; mantiene la placa bacteriana en contacto con los tejidos gingivales, provee una fuente de irritación mecánica y

bloquea la salida de la hendidura gingival, impidiendo el flujo del líquido de la misma. Se ha observado una relación entre enfermedad periodontal marginal y depósitos dentarios calcificados y no calcificados. Además, se ha demostrado repetidamente que es necesario eliminar y controlar esos depósitos para mantener la salud de los tejidos periodontales. (10)

El mecanismo exacto de la formación de cálculos es desconocido, pero parece estar precedido por la formación de placa. Las bacterias son consideradas importantes en la formación de cálculos en seres humanos. El proceso parece iniciarse por una reacción local que favorece la precipitación de sales minerales en algunas zonas de la placa. En esas zonas calcificadas se acumula más placa la cual aumenta el espesor a medida que se produce más calcificación. Los cálculos supragingivales depositados sobre la cresta gingival son de origen salival, mientras que los cálculos subgingivales expuestos al líquido de la hendidura gingival y a bacterias específicas de la zona tienen un origen totalmente diferente. Cualquier factor en el medio bucal que ayude a la formación de placa, invariablemente ayudará a la formación de cálculos. Por eso la composición de la saliva y la velocidad del flujo, la eficacia de la higiene bucal, la textura de los alimentos la dieta, la respiración bucal y la coordinación muscular

son agentes causales importantes, y su prevalencia en muchos pacientes impedidos los predispone a una mayor formación de cálculos en las superficies oclusales de los dientes. (10)

(26) (19) (25)
 Keyes, Bellock y Jordan en un estudio de pacientes con síndrome de Down internados, encontraron que las bacterias en la placa dentaria parecían ser el agente causal primario de la enfermedad periodontal. Observaron que pacientes con síndrome de Down en la institución donde es tan aislados de los otros libres de placa, no tenían signos de problema periodontal. Cuando se permitió a estos niños mezclarse con otros, apareció más placa y comenzaron a desarrollarse lesiones periodontales. (10)

RESPIRACIÓN BUCAL:

La respiración bucal parece ocurrir más frecuentemente entre los impedidos que en la población normal, lo cual puede suceder debido al menor control y coordinación muscular de las personas impedidas. La respiración bucal tiene un efecto deletéreo sobre los tejidos bucales que están expuestos constantemente al aire que entra. Se ha especulado que la sequedad de los tejidos gingivales actúa como un irritante y los tejidos responden sufriendo una proliferación hiperplásica. Esta hiperplasia se pro-

duce en la encla labial en las regiones anteriores superiores, que habitualmente están más expuestas a la entrada del aire. (10)

CAPITULO III

" ATENCION ODONTOLÓGICA. "

CAPITULO III

" ATENCION ODONTOLÓGICA. "

La naturaleza de algunas incapacidades mentales, como retardo mental congénito grave (microcéfalia, hidrocefalia, cretinismo, síndrome de Down) y daño cerebral grave-adquirido, es tan grave que el paciente es incapaz de beneficiarse estéticamente por la dentadura. En algunos ca sos, hasta la necesidad masticatoria está comprometida. - La mayoría de esos pacientes sólo pueden ser tratados por anestesia general o sedación. Además, otros factores - - acompañantes como la mala higiene bucal, dieta blanda, re gurgitación frecuente y respiración bucal, resultan en un pronóstico muy pobre para la dentadura y el periodontium. Cuando el enfermo es completamente dependiente como conse cuencia de un retardo mental grave y, por lo tanto, es in educable e intratable y probablemente pase toda su vida - en una institución, sus necesidades y requisitos pueden - exigir un enfoque completamente distinto. (10)

Es indispensable que la profesión dental se ocupe -- de enseñar e insistir para el control de placa para los - niños incapacitados. La enfermedad dental es uno de los - pocos problemas que presentan estos niños que pueden ser - controlados. La buena salud bucal es importante para la - masticación adecuada, la digestión, el aspecto, el habla-

y la salud.

Algunos niños deficientes no son mentalmente capaces de comprender los procedimientos para la limpieza de los dientes . Cuando un niño sea incapaz de mantener la higiene bucal óptima, será necesario que otro individuo asuma ésta responsabilidad. (5)

Por consiguiente, aquí expondremos algunas de las -- conductas clínicas que el cirujano dentista puede seguir dentro del consultorio para lograr la atención y solución de los problemas bucales del niño con síndrome de Down.

A.- PROGRAMA PREVENTIVO:

DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS.- En muchos pacientes - impedidos, la dieta restringida, y la actividad muscular-anormal pueden disminuir el estímulo funcional de las estructuras de soporte de los dientes y aumentar los depósitos deletéreos de placa. (10)

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INADECUADO.- Las lesiones - de caries, si no son tratadas precozmente y la extracción de dientes sin ser reemplazados, resultará en la pérdida del contacto interdentario y promoverá la acumulación de alimentos. Estas condiciones se ven a menudo en el sector de la población de impedidos que raramente recibe tratamiento odontológico. (10)

Con frecuencia, aun cuando se recibe atención, la gravedad del impedimento limitará innecesariamente, la extensión del tratamiento. Esos factores pueden ayudar a iniciar lesiones periodontales en pacientes impedidos. (10)

RESPIRACION BUCAL:

La eliminación de la respiración bucal en pacientes impedidos suele ser imposible. Por lo tanto el tratamiento queda limitado a la aplicación de agentes protectores, como la vaselina y a una buena higiene bucal, para prevenir la infección secundaria y disminuir la proliferación tisular. (10)

En los impedidos con poco problema de coordinación muscular y suficiente nivel de inteligencia para asegurar cooperación, la terapia periodontal será la misma que para el individuo normal. A medida que el deterioro físico y el coeficiente intelectual se desvía de lo normal, el odontólogo quedará más limitado a la terapia que puede efectuar, llegando a un punto en que será muy difícil, si no imposible de cumplir. Esto es cierto sobre todo con el paciente con síndrome de Down, cuya susceptibilidad a la enfermedad es tan grande. Por esta razón, insistimos en la importancia de un buen programa preventivo para asegurar a esos pacientes los máximos beneficios del tra-

tamiento periodontal. (10)

PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE PLACA:

Para poder controlar bien la placa, es importante -- que el niño y la persona responsable de la salud bucal -- trabajen en un medio relajado y agradable, tal como la sala del hogar, mientras ven la televisión, en el dormitorio antes de que el niño se duerma o al aire libre, en una tarde tibia y soleada. La hora del día escogido deberá coincidir, cuando sea posible, y coordinarse con los momentos en que el niño presenta un comportamiento más receptivo. La madre o la auxiliar puede ayudar al niño a relajarse manteniendo algún tipo de contacto físico (por ejemplo, acariciándole la cara) y hablando con una voz baja y calmada. (5)

APLICACION DE SOLUCION REVELADORA.- La solución reveladora para poder observar la placa constituye un buen auxiliar para la enseñanza y la evaluación de la eficacia del empleo de la cera o hilo dental en el cepillado. La solución se aplica en forma concentrada diluida en agua o en forma de tabletas que puede ser masticada y disuelta en una cucharada de agua. Se aconseja pedirle al niño que se enjuague la boca con la solución o aplicarla con un hisopo de algodón. La utilización de una solución reduce el sabor desagradable de la tableta y distribuye la-

solución uniformemente. (5)

CEPILLADO DE LOS DIENTES:

La elección del cepillo y la técnica varían según la deficiencia del niño, su tamaño y el grado de cooperación. Se recomienda un cepillo blando multicerdas de nilón, utilizado con movimientos circulares de arriba abajo. Con el niño que se niega a emplear el cepillo, se aconseja -- limpiarle los dientes con un lienzo o un hisopo de algodón impregnado de abrasivo o glicerina y sabor de limón. -- El cepillo dental y los auxiliares adicionales pueden -- ser introducidos una vez que el niño haya aprendido a -- aceptar los procedimientos de higiene bucal. (5)

Independientemente de la técnica de cepillado, es -- muy importante que se establezca una técnica sistemática -- y que se ejecute una vez al día como mínimo, preferente -- mente a la hora de acostarse. Para evitar el reflejo -- nauseoso, deberá mejorarse la visibilidad y se eliminará -- la necesidad de emplear un cuarto de baño; no se recomien -- da el uso de dentífrico. (5)

EMPLEO DEL HILO DENTAL:

También es indispensable perfeccionar una forma sis -- temática para la eliminación de la placa interproximal --

empleando el hilo dental. Cuando el niño coopera, deberá hacerse la limpieza con el hilo, envolviendo éste alrededor del dedo medio o amarrándolo en un pequeño círculo. - Para el niño que no coopera, podrá emplearse un dispositivo especial, existente en el mercado, para sujetar el hilo dental. Este instrumento permite hacer la limpieza -- con una sola mano. Aparatos para irrigación acuosa y pabillos colocados en mangos de plásticos pueden ser empleados para apoyar los procedimientos sistemáticos de control de placa.

APLICACION DE FLUORURO:

Para la protección adicional del niño se recomienda la aplicación diaria de fluoruro. El fármaco puede prescribirse en forma de tableta masticable con sabor o como un enjuague. Si el niño es incapaz de masticar una tableta, podrá aplicarse una solución de fluoruro con un cepillo dentario o hisopo de algodón. La dosis diaria recomendada es una tableta o una cucharadita (5 ml.) de enjuague por día. Ambas presentaciones contienen 1.0 mg. de fluoruro de 2.2. mg. de fluoruro de sodio. Deberá procederse con cuidado al emplear el enjuague cuando el control de fluoruro en el agua potable sea 0.7 partes por millón o más y debemos tener cuidado al utilizar las tabletas cuando el contenido de fluoruro de sodio sea ma--

yor de 0.3 partes por millón. Muchos niños incapacitados viven en áreas en que el agua contiene fluoruro, pero no beben la suficiente cantidad de agua para recibir el beneficio total del mismo, por lo que deberán recibir un tratamiento suplementario con fluoruro.

CONSEJOS NUTRICIONALES:

Muchos niños incapacitados tienden a consumir dietas blandas y cariogénicas; por esto, el consejo nutricional o dietético es indispensable para el control de placa. El individuo responsable de la alimentación del niño deberá saber la relación existente entre los carbohidratos refinados y la salud bucal. Debemos hacer sugerencias para mejorar la dieta haciendo mayor énfasis en proporcionar alimentos adecuados y no cariogénicos. Por ejemplo, papatas, maní, rositas de maíz, frutas frescas y refrescos con sabor artificial, que podrán utilizarse para sustituir al pastel, los dulces, las galletas y las bebidas endulzadas con azúcar.

La enseñanza de control de placa en niños incapacitados en un servicio cuya importancia no puede ser exagerada. Es responsabilidad de la profesión dental enseñar a estos niños las técnicas adecuadas para la conservación de la higiene bucal óptima. Esto deberá incluir educación y participación de los padres. La profesión dental-

podrá ayudar al niño incapacitado a disfrutar de la vida y a conservar una sonrisa alegre. (5)

B.- REHABILITACION ORAL:

ALGUNAS MODIFICACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO --
DOWN SON:

- 1.- Paciencia.
- 2.- Pronóstico ortodóntico y protético malo a causa del desbalanceo muscular.
- 3.- Se premedica con antibiótico si hay defectos del corazón. (7)

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico correcto es siempre uno de los aspectos más importantes del tratamiento odontológico. Cuando se trata de niños impedidos, el problema se complica debido a la necesidad de juzgar no solamente su condición bucal, sino también la extensión de su capacidad para cooperar, su deterioro físico y su condición sistémica. Sólo cuando uno de estos factores es evaluado correctamente, es posible brindar una atención adecuada a esos pacientes especiales.

EXAMEN BUCAL:

La exactitud del examen bucal dependerá mucho del --

grado de cooperación del paciente. Como su edad mental - puede ser baja, es imperativo que el acercamiento sea según el nivel de su edad mental y no la cronológica. Si se emplea tiempo en estas citas iniciales para que el paciente impedido conozca al odontólogo y el consultorio, - disminuirán los problemas de conducta en visitas futuras.

El odontólogo debe siempre tomarse el tiempo necesario para explicar qué está haciendo, en forma que el paciente pueda entender. Esa indulgencia al comienzo asegurará el buen éxito en citas futuras. No hay fórmula mágica para el enfoque correcto de un paciente impedido, como no hay un enfoque específico para pacientes normales. Sin embargo, hay enfoques y técnicas que permiten al odontólogo establecer una relación armoniosa entre él y la persona impedida.

Al hacer un examen periodontal en un paciente impedido, es aconsejable usar un espejo o reflector de plástico, un explorador con punta corta y una sonda periodontal. Puede ser necesario un abre bocas de goma o un protector metálico para el dedo.

El aspecto de toda la cavidad bucal, la cantidad de encía insertada, altura de las inserciones de los frenillos, zonas de recesión gingival marcada, higiene bucal,

color y contorno de la encla, zonas inflamadas y dientes ausentes y cariados, deben ser anotados en la ficha. Medir la profundidad de la bolsa con una sonda periodontal puede ser difícil. Si no imposible y entonces habrá que confiar en las radiografías, aunque quizás éstas no se puedan obtener. También hay que estudiar la movilidad de los dientes, aunque la posibilidad de hacerlo también puede estar limitada, dependiendo del grado de cooperación del paciente.

El examen no debe limitarse a las estructuras periodontales. También hay que observar caries y restauraciones defectuosas, ya que juegan un papel importante en la iniciación de los trastornos periodontales. La oclusión debe controlarse en los pacientes en quienes la cooperación permite este tipo de comprobación. Otras alteraciones en la relación de los dientes, como una mordida abierta y dientes en mal posición, rotados o apiñados deben anotarse. Las relaciones oclusales anormales, como las mordidas abiertas, pueden estar asociadas con hábitos de empuje por una lengua agrandada. La protrusión anterior superior puede estar relacionada con respiración bucal, un hábito que puede causar sequedad en la encla y llevar a inflamación e hiperplasia gingival. Las condiciones oclusales pueden ser corregidas ortodónticamente en algunos pacientes que cooperan bien. (10)

En lo que respecta a las dificultades de manejo que se presentan en el síndrome de Down, se menciona que estas directamente relacionadas con la edad mental. Algunos casos pueden ser muy difíciles con respecto a procedimientos radiográficos intrabucuales, si bien pueden cooperar razonablemente para un examen panorámico, procedimiento que ha constituido una merced para el manejo de este tipo de pacientes. (1)

Siempre que se pueda, deben obtenerse buenas radiografías intrabucuales. Cuando esto no es posible, se las puede reemplazar con una película panorámica; la única desventaja de este tipo de radiografía es que los detalles no son tan buenos como en las intrabucuales.

Las radiografías son fundamentales para cualquier examen completo de las estructuras periodontales, como única forma de evaluar la extensión de la complicación ósea alrededor de los dientes.

El paciente con síndrome de Down tiene algunas anomalías sistémicas que son de particular relevancia para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Muchos tienen defectos cardíacos congénitos y una incidencia de leucemia más elevada que lo normal. Es importante tener esto en mente aún cuando se piense en los procedimientos periodontales más elementales para estos pacientes.

Su alta susceptibilidad a la enfermedad periodontal obliga a que este grupo reciba los mejores tratamientos preventivos posibles. Una vez que la condición avanza, el tratamiento suele tener una eficacia limitada, especialmente en el grupo de mentalidad baja.

El tratamiento de la periodontitis en los impedidos es generalmente similar al que se hace en la población normal. La limitación principal en los primeros no es la capacidad para efectuar un procedimiento quirúrgico específico, ya que si la cooperación es inadecuada se puede usar anestesia general, sino el mantenimiento de una buena atención bucal para prevenir la recidiva del problema. Como se ha indicado previamente, esto puede no ser posible con algunas personas impedidas y la terapia tendrá que ser muy limitada. Entre pacientes con síndrome de Down, con su muy alta susceptibilidad a la destrucción periodontal, la terapia tendrá que limitarse a insistir en una buena fisioterapia bucal y procedimientos de tratamiento periodontal sencillos como el curetaje.

MODIFICACIONES PARA LA ODONTOLOGIA RESTAURADORA DEL PACIENTE IMPEDIDO:

La operatoria dental convencional puede ser ampliada con pequeños agregados, para acomodarse mejor y permitir-

el tratamiento restaurador de los diversos pacientes impedidos y proteger al paciente y al odontólogo. [10]

Aunque algunos de los niños con síndrome de Down con escasa mentalidad no son manejables en el consultorio dental, en su mayoría son agradables, animosos, cariñosos y de buen comportamiento. Pueden ser manejados en el consultorio tal como los niños normales. [9]

CASO CLINICO # 1

NOMBRE: M.C.O.H.

EDAD: 21 años

SEXO: Femenino.

LUGAR DE ORIGEN: México, D.F.

ANTECEDENTES EDUCACIONALES: Asiste al Instituto Down en 4to. Grado.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Se le han hecho aplicaciones de fluor periódicas y técnicas de cepillado.

PROBLEMA ODONTOLÓGICO: Caries de distinto grado en premolares sin llegar a causar molestia, mordida abierta anterior por hábito de protrusión de lengua, ligero agrandamiento gingival por acumulación de placa bacteriana.

A).- COMPORTAMIENTO ANTE EL CIRUJANO DENTISTA.-

El comportamiento fue totalmente favorable gracias a la motivación por parte de sus padres y el trato obtenido en el Instituto Down. La edad mental que manifestaba era de una niña de 8 años y solo manifestaba deficiencias en la lectura, muy repetitiva en su conversación y mostrando una afición desmedida por los gatos y los juguetes mecánicos.

B).- MOTIVACION Y MANEJO.-

Tratamos de explotar sus aficiones y habilidades adecuando la conversación a su nivel intelectual y de educación (artes manuales), con lo que obtuvimos una interrelación bastante adecuada.

C).- SOLUCION DEL PROBLEMA.-

Se le dieron 5 citas en las que se manejó convencionalmente el sistema de cuadrantes, iniciando por el cuadrante superior izquierdo, después el superior derecho, -siguiendo al inferior izquierdo, inferior derecho y por último los incisivos centrales superiores, siendo los molares superiores e inferiores obturados con amalgama Clase I y los centrales superiores obturados con Resina auto polimerizable con Clase IV. Terminando el tratamiento -- con Profilaxis y pulido de todos los dientes..

OBSERVACIONES:

El desarrollo odontológico transoperatorio fue totalmente favorable, solamente se perdió por algunos momentos el control de la paciente durante la tercera sesión cuando ella se encaprichó al referirnos accidentalmente con una persona de poca capacidad intelectual ("no seas tonta"), se le pidieron disculpas en repetidas ocasiones, y con la ayuda del padre volvimos a lograr su total cooperación.

CASO CLINICO # 2

NOMBRE: P.R.V.Z.

EDAD: 9 años

SEXO: Masculino

LUGAR DE ORIGEN: Tuxpan, Nayarit.

ANTECEDENTES EDUCACIONALES: Ninguno, (recibe educación en el hogar).

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Extracción de un primer molar temporal, (hace 2 años).

PROBLEMA ODONTOLÓGICO: Caries de 4to. grado en sus cuatro primeros molares permanentes con presencia de fistula y dolor en los 2 molares superiores, - - agrandamiento gingival notable y retención de placa bacteriana, -- malposición de todas sus piezas y mordida cruzada en la hemiarcada derecha.

A).- COMPORTAMIENTO ANTE EL CIRUJANO DENTISTA.-

El paciente fué citado 2 veces para asistir como --- observador en el tratamiento odontológico de su hermanita y otro niño, ambos de 5 años de edad, durante los cuales-

se comportó de una manera muy favorable, pero en el momento que le tocaba su turno, rehusa por completo del tratamiento.

B).- MOTIVACION Y MANEJO.-

En virtud de la dificultad para comunicarnos con él por su limitado lenguaje, nos fue imposible programarlo y atenderlo regularmente, pero con la anuencia de los padres se le programó para atenderlo con anestesia general.

C).- SOLUCION DEL PROBLEMA.-

En la sala de operaciones se decidió inducir al niño con óxido nítrico complementando la anestesia con xilocaína al 2%. Iniciándose con la profilaxis que se efectuó con instrumentos de mano y micromotor, posteriormente se hicieron las obturaciones de las piezas cariadas, luego raspaje periodontal y por último las extracciones de los 4 primeros molares a los que se les colocó en los alveolos celulosa oxidada y se suturó con catgut 000 (reabsorbible).

Una vez que comprobamos que no existía hemorragia -- se le fue suministrando oxígeno al paciente hasta volver a su plena conciencia.

OBSERVACIONES. -

Al paciente se le dió de alta hasta el dia siguiente y no tuvimos ninguna complicación a excepción de una leve resequedad en la mucosa oral causada por el oxígeno, y -- una pequeña úlcera traumática (por mordedura de labio).

CASO CLINICO # 3

NOMBRE: J.A.C.

EDAD: 5 años

SEXO: Femenino

LUGAR DE ORIGEN: Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES EDUCACIONALES: Ninguno, (analfabeta).

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Ninguno.

PROBLEMA ODONTOLÓGICO: Caries de primer grado en sus 4 - segundos molares temporales, gran acumulación de placa bacteriana y caries de 4to. grado en los 2 incisivos centrales superiores temporales.

A).- COMPORTAMIENTO ANTE EL CIRUJANO DENTISTA.-

La paciente fue llevada ante el Dentista por recomendación de su médico al notar que la niña tenía fístulas - en los incisivos centrales superiores. La paciente se -- mostró siempre cooperadora pero temerosa, su actitud era de la de un niño de aparentemente 2 años de edad que no - quería desprenderse de su madre, y su lenguaje era muy -- limitado.

B).- MOTIVACION Y MANEJO.-

La paciente fue motivada mediante pequeños regalos -- (estrellitas y juguetitos de plástico), y se le pidió a la madre asistir al área de operación desde la primera cita -- iniciando con la profilaxis, y en la segunda cita la obturación del 2do. molar superior izquierdo previa a ésta cita media hora se le administró Hidrato de cloral por vía -- oral en dosis de 250 ml. con lo que se logró la tranquilidad de la paciente y su cooperación. No siendo necesaria la administración de éste medicamento en ninguna de las -- citas subsecuentes, ni aún cuando se hicieron las extracciones de los incisivos en la última cita.

C).- SOLUCION DEL PROBLEMA.-

1ra. Cita = Profilaxis.

2da. Cita = Obturación del 2do. molar superior izquierdo (usando hidrato de cloral y anestesia -- infiltrativa).

3ra. Cita = Obturación del 2do. molar superior derecho -- utilizando únicamente anestesia infiltrativa.

4ta. Cita = Obturación del 2do. molar inferior izquierdo, con anestesia infiltrativa.

5ta. Cita = Obturación del 2do. molar inferior derecho, también usando anestesia infiltrativa.

6ta. Cita = Extracción de incisivos centrales superiores utilizando anestesia infiltrativa y nazopalatina.

OBSERVACIONES:

La paciente se mostró siempre muy cooperadora al igual que sus padres y se le indicó a la madre la forma en que debería complementar el cepillado y cuidado de los dientes -- de su hija. Se citó dentro de 4 meses.

CONCLUSIONES.

Este trabajo nos muestra las características más importantes que todo cirujano dentista debe conocer respecto a los niños down; y nos señala las diferentes conductas clínicas que el profesional debe adoptar para lograr dar la mejor atención integral a los niños portadores del síndrome de down, superando así las antiguas creencias de que éstos niños solamente podían ser atendidos en condiciones muy especiales, y por profesionales también especialistas. Quedando de manifiesto que todo Cirujano dentista que tenga voluntad y deseo, podrá estar capacitado para atender la mayoría de los pacientes, y en un caso determinado que no sea así, podrá derivarlos al especialista, cumpliendo ampliamente con los principios éticos.

Las relaciones que debemos establecer con los padres de estos pacientes es de gran importancia ya que ellos son quienes a veces directamente modelan el carácter del niño en el consultorio.

Estamos conscientes de que el tratamiento dental de estos pacientes muchas veces requerirá de la atención de un especialista única y exclusivamente. Por eso el Dentista general con la debida información, investigación y dedicación podrá hacer frente a estos integrantes de la

sociedad como a los problemas que el mismo representa.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BRAHAM RAYMOND L., MORRIS MERLE E.
Odontología pediátrica.
1a. Edición, Buenos Aires (Argentina).
Editorial Médica Panamericana, 1984
Pág. 246, 564
- 2.- BRUNSON JOEL G., GALL EDWARD A.
Tratado de Patología Humana.
1a. Edición, México, D.F.
Editorial Interamericana, 1975
Pág. 109, 110, 187
- 3.- FINN SIDNEY B.
Odontología pediátrica.
4ta. Edición, México, D.F.
Editorial Interamericana, 1982
Pág. 552
- 4.- FLOREY H. W.
Patología General
4ta. Edición, Barcelona (España).
Salvat Editores, 1972
Pág. 516, 517
- 5.- FOX LAWRENCE A.
Clínicas Odontológicas de Norteamérica,
Julio - 1974
1ra. Edición, México, D.F.
Editorial Interamericana, 1974
Pág. 595, 598, 599, 601, 602, 607, 683.

- 6.- HARNDT E., WEYERS H.
Odontología infantil.
1ra. Edición, Buenos Aires (Argentina).
Editorial Mundi, 1969
Pág. 143, 144

- 7.- JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN.
January - February, 1976
Vol. XLIII, No. 1
Pág. 45

- 8.- LAW., LEWIS., DAVIS.
Un Atlas de Odontopediatría.
1ra. Edición, Buenos Aires (Argentina).
Editorial Mundi, 1972
Pág. 52

- 9.- McDONALD RALPH E.
Odontología para el niño y el Adolescente.
2a. Edición, Buenos Aires (Argentina)
Editorial Mundi, 1975
Pág. 82, 83

- 10.- NOWAK, ARTHUR J.
Odontología para el paciente impedido.
1a. Edición, Buenos Aires (Argentina)
Editorial Mundi, 1979
Pág. 49-51, 286, 289, 303-318, 337

- 11.- PONS AGUSTIN PEDRO.
Tratado de patología y clínicas médicas.
4ta. Edición, Barcelona (España)
Salvat Editores, 1970, Tomo III.
Pág. 537, 1119, 1120, 1121, 1126

- 12.- PETERSDORF, ADAMS, BRAUNWALD, ISSELBACHER, MARTIN, WILSON.
Principios de Medicina Interna.
6ta. Edición, México, (México).
Editorial McGraw-Hill, Tomo II, 1986
Pág. 2988
- 13.- ROBBINS STANLEY L.
Patología Estructural y Funcional
1ra. Edición, México, D.F.
Editorial Interamericana, 1975
Pág. 184
- 14.- ROBBINS STANLEY L., ANGEL MARCIA.
Patología Básica.
2da. Edición, México, D.F.
Editorial Interamericana, 1979
Pág. 177
- 15.- ROBBINS S.L., ANGEL M., KUMAR VINAY.
Patología Humana.
3a. Edición, México, D.F.
Editorial Interamericana, 1985
Pág. 174, 175
- 16.- ROSENSTEIN SOLOMON N.
*Dentistry in Cerebral Palsy and Related Handicapping
Conditions.*
Springfield, Illinois, U.S.A.
Charles C. Thomas, Publisher, 1978.
Pág. 140
- 17.- SHAFFER WILLIAM G.
Tratado de Patología Bucal.
3a. Edición, México, D.F.
Editorial Interamericana, 1982
Pág. 632, 633

18.- SODEMAN Y SODEMAN.

Fisiopatología Clínica.

6ta. Edición., México, D.F.

Editorial Interamericana, 1983

PAG. 76

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

19.- BELLOCK DE: NOWAK ARTHUR J.

Odontología para el paciente impedido.

1ra. Edición, Buenos Aires, Argentina.

Editorial Mundi., 1979., PAG. 309

20.- BROWN DE: McDONALD RALPH E.

Odontología para el niño y el adolescente.

2da. Edición, Buenos Aires, Argentina.

Editorial Mundi., 1975., PAG. 83

21.- COHEN DE: NOWAK ARTHUR J.

Odontología para el paciente impedido.

1ra. Edición, Buenos Aires, Argentina.

Editorial Mundi, 1979., PAG. 309

22.- CUNNINGHAM DE: McDONALD RALPH E.

Odontología para el niño y el adolescente.

2da. Edición, Buenos Aires, Argentina.

Editorial Mundi, 1975., PAG. 83

23.- HAYDEN DOWN, JOHN LANGDON DE: NOWARK ARTHUR J.

Odontología para el paciente impedido.

1ra. Edición, Buenos Aires, Argentina.

Editorial Mundi., 1979., PAG. 49

24.- JOHNSON DE: McDONALD RALPH E.

Odontología para el niño y el adolescente.

2da. Edición., Buenos Aires, Argentina.

Editorial Mundi., 1975., PAG. 83

- 25.- JORDAN DE: NOWARK ARTHUR J.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición, Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi., 1979., PAG. 309
- 26.- KEYES DE: NOWARK ARTHUR J.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición, Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi., 1979., PAG. 309
- 27.- KISLING DE: NOWARK ARTHUR J.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición, Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi., 1979., PAG. 49
- 28.- LANDAU DE: McDONALD RALPH E.
Odontología para el niño y el adolescente.
2da. Edición, Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi, 1975., PAG. 82
- 29.- LEJEUNE DE: PEDRO PONS AGUSTIN.
Tratado de patología y clínica médica.
4ta. Edición, Barcelona, España.
Salvat Editores; Tomo III., 1970., PAG. 1119
- 30.- YOUNG DE: NOWARK ARTHUR J.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición, Buenos Aires Argentina.
Editorial Mundi., 1979., PAG. 308