

20
426

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION EN ODONTOPEDIATRIA

" MANIFESTACIONES BUCALES EN
NIÑOS CON SINDROME DE DOWN "

Coordinadora: Ma. de los Angeles Mondragón

María Cecilia Vargas Rodríguez
Marzo 1989

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
CARACTERISTICAS FISICAS CRANEOFACIALES	3
CAPITULO II	
ANOMLIAS DE LA DENTICION	5
CAPITULO III	
LENGUA	10
CAPITULO IV	
MALOCCLUSIONES, PALADAR Y LABIO	12
CAPITULO V	
ENFERMEDAD PARODONTAL	13
CAPITULO VI	
CARIES DENTAL	17
CAPITULO VII	
PROCESOS INFECCIOSOS, PREVENCION	18

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO, ALIMENTACION 19

CONCLUSIONES 21

BIBLIOGRAFIA 22

I N T R O D U C C I O N

El Síndrome de Down o Trisonomía 21, comprende a un grupo de pacientes con un retraso mental variable, es un padecimiento genético que trae como consecuencias efectos en el sistema nervioso central.

Presentan diferentes características físicas generales y bucales comparadas con un niño normal; la mayoría de sus anomalías se manifiestan desde el nacimiento, a medida que pasa el tiempo las diferencias son notorias e impiden que se desarrollen normalmente.

Es por eso que debemos conocerlas, para que al desempeñar la odontología infantil sean precisos los tratamientos elegidos y distinguir sus patologías en el estado que se presente el paciente en el consultorio.

En algunos casos su inteligencia es desarrollada y en otros una personalidad y mentalidad poco desarrollados; estas diferencias pueden ser más marcadas, dependiendo del nivel socioeconómico del paciente y el grado de educación que reciba.

Por lo general son educados y atendidos en institutos especializados en su manejo. Aquí, los ayudan a que puedan desarrollar una vida casi en su totalidad normal, dependiendo de lo menos posible de la gente que los rodea.

Son niños inquietos, cariñosos, contentos y ocasionalmente pueden presentarse agresivos cuando por alguna circunstancia ellos se ven agredidos.

El objetivo de este trabajo es conocer y diferenciar las manifestaciones normales y anormales y en caso de enfermedad, conocer su etiología para que en la práctica podamos prevenir dichas enfermedades o por lo menos disminuir las molestias.

Las anomalías son de cara, mandíbula, lengua, dientes, paladar, tejidos gingivales y las estructuras de soporte dentarias afectadas por la enfermedad parodontal, la caries y los problemas oclusales.

Por lo tanto, precisaré específicamente el desarrollo de cada una de las manifestaciones para llegar a mis objetivos, al igual que facilitar la información a todas aquellas personas que se presenten ante dicha situación.

C A P I T U L O I

CARACTERISTICAS FISCAS CRANEOFACIALES

Se presenta un retardo total en el crecimiento apocisiona^l y endocraneal que trae como resultado una estatura pequeña.

Su cráneo es branqueocefálico y en ocasiones hiperbranqueocefálico, por una reducción mayor en el tamaño de la parte posterior y un menor desarrollo en el tercio medio de la cara.

El cabello es fino, escaso, ralo y lacio. La piel se presenta seca, áspera con inflamación de los estratos cutáneos más superficiales acompañado de prurito. Frecuentemente hiperqueratosis con un tinte amarillento y un enrojecimiento de las mejillas.

La nariz es "nata", es decir, un puente nasal pequeño acompañada de una hipoplasia de los senos frontales.

Hay defectos oculares, sus ojos son oblicuos, la f^usur^a palpebral angosta y se inclina hacia abajo en dirección a la línea media, suele presentar pliegues epicánticos en niños muy pequeños.

Dentro de los defectos oculares se manifiestan más frecuentemente el estrabismo, nistamus (movimientos involuntarios, rápidos y rítmicos de los glóbulos oculares) y opacidad en el cristalino.

En el oído, es común encontrar anomalías en el conducto externo.

- Cohen, informó que más de la mitad de los niños estudiados en una escuela presentaron anomalías caracterizadas por una oreja translapada con el reborde del pabellón chato o aucente.

C A P I T U L O I I

ANOMALIAS DE LA DENTICION

Debido a la falta de desarrollo normal en su crecimiento, es notorio un retraso en la erupción dentaria tanto temporal como permanente.

La dentición temporal puede empezar desde los 9 a 20 meses y completarse a los 3 o 4 años.

Su patrón de erupción es diferente a la de un niño normal; puede aparecer primero los molares o los caninos antes que los incisivos centrales.

La erupción por consiguiente es anormal, puede quedar completa en la boca la dentición temporal hasta los 14 o 15 años.

Un factor importante en su etapa de erupción es la presencia de hipodoncia o falta parcial de dientes.

- Mc Millan la menciona como la falta de los dientes fuera de los límites normales aceptados en el período de la erupción. Esta ausencia puede ocasionar la falta de uno o más dientes.

Los dientes faltantes son casi siempre los mismos que en una población infantil normal, estos serían: los incisivos laterales, segundos premolares y terceros molares.

En el maxilar inferior la frecuencia de ausencias son: el incisivo central (11%), seguido por el incisivo lateral (8%) y premolar (8%).

En la dentición permanente, el más frecuente en ausentarse son los laterales superiores, siendo entre todos el que en la mayoría de los casos se ausenta.

Al terminar la erupción en cada uno de los dientes se observan las alteraciones por abrasión caries o alguna intervención clínica.

Cronológicamente los organos dentarios que más afectados son:

- 1.- Canino superior
- 2.- Segundo premolar superior
- 3.- Primer molar superior
- 4.- Incisivo lateral superior
- 5.- Segundo premolar inferior
- 6.- Incisivo central superior
- 7.- Primer premolar superior

Las alteraciones en forma de las coronas de los r dientes temporales y permanentes se deben a los defectos en la distribución cromosómica en el Síndrome de Down.

La frecuencia en los cambio morfológicos que se establece en ambas denticiones son variables pero en igual proporción.

Comúnmente se presentan en la superficie labial y borde incisal de los dientes anteriores; la inclinación de la cúspide del canino, ausencia o reducción de la cúspide distolingual de los molares superiores y el desplazamiento de la cúspide distal de los molares inferiores.

Se puede presentar la fusión de los dientes temporales, los incisivos laterales inferiores con los caninos, y

los incisivos centrales con los laterales.

- Cohen, señala que la incidencia de fusión de los dientes en Síndrome de Down es de 1.2% y puede observarse en dientes permanentes.

El, estableció una clasificación que menciona todas anomalías morfológicas presentes y el orden que las menciona depende de la frecuencia que se establece.

Lóbulo distal o distal y medio superdesarrollados	P1 P2	inf
Incisivos en forma de pala	I1 I2	sup
Cuspide distal: malposición y/o reducción	M1	inf
Ausencia de hipócano o etócano	M1 M2 P2	sup
Hipodoncia reducida (cúspide distolingual)	M1 M2	sup
Cresta marginal reducida o aucente	P1 P2 M1	sup
Cúspide protuberante	C P1 P2	sup
Corona deformada	I1 L2 C P1	sup
Cúspide canina distal accesoria	C	sup
Exageración en el entócano	P2	inf
Molares comprimidos o reducidos	M1 M2	sup
Cúspide molar accesoria	M2	sup
Cíngulo exagerado	C	sup
Cúspide mesiolingual dividida	M1	inf
Incisivo en forma de gancho	I2	inf
Incivos cónicos	I1 I2	inf
Anchura excesiva de la corona	E1 I2	sup
Premolar cilíndrico o en forma de tambor	P1 P2	inf
Borde incisal espeso	I1 I2	sup
Exceso de mamelones	I1 I2	sup
Ausencia de cúspide distolingual	P2	inf

Por tanto, es común la presencia de coronas cónicas o bulbosas molarización de los premolares inferiores, en los molares la tendencia a la reducción de las cúspides y simplificación de los surcos.

Respecto al tamaño de los dientes, es característico encontrar en los niños con Síndrome de Down, unos dientes pequeños, es decir una microdoncia.

La dimensión disminuye en la mayoría de los dientes principalmente en el diámetro mesiodistal; sin incluir al primer molar superior y a los incisivos centrales inferiores.

El grado de dimorfismo asexual, se identifica entre hombres y mujeres; es la diferencia en su diámetro bucolingual, siendo mayor en el hombre que en la mujer.

Se observa en el canino e incisivo central inferior, mostrando mayor dimorfismo en los incisivos laterales y primer premolar más que en el segundo premolar inferior.

La máxima reducción del tamaño se denota en 10% en niñas, según sus medidas coronales y en un 8% en niños.

Por consiguiente el tamaño de los dientes temporales es menor o igual que la reducción de los dientes permanentes. Se piensa que esta reducción tan marcada se debe al mecanismo de desarrollo alterado por la actividad micótica celular decreciente.

En el esmalte, la alteración que se presenta es la hipoplasia; caracterizada por manchas blancas yesosas en su superficie. Se debe a que la disposición normal del esmalte se ve alterada, igualmente que su mineralización, siendo que el período prenatal se encuentra separado por una línea neonatal; consecuencia de un brusco cambio ambiental que experimenta el recién nacido.

Puede ser tan marcado que se observan varias manchas neonatales.

Este disturbio se presenta desde el cuarto mes de vida intrauterina, es un ataque a la calcificación hasta el nacimiento; atribuyendo a esto la causa por el tamaño de las coronas de los dientes.

Otra característica que podemos ver es la pigmentación de las coronas por la administración de tetraciclina.

Estudios recientes han demostrado otra alteración dentaria que acompaña a la oligodoncia: la translocación dentaria. Se debe al intercambio de lugar de los gérmenes, conocida como translocación de germen.

Extremadamente raro en forma unilateral, pues se han reportado más común en forma bilateral en una misma arca da, alterando la colocación y el orden que corresponde.

Esta anomalía no altera la estética del paciente, no existe tratamiento; únicamente es muy importante el estudio radiográfico para establecer un adecuado diagnóstico.

C A P I T U L O I I I

LENGUA

El paciente manifiesta alteraciones en la lengua que dificultan la masticación, deglución, el habla y superiormente las infecciones del tracto respiratorio como consecuencia de mantener la boca abierta obstaculizada por la lengua.

La cavidad oral es pequeña, por la falta en su desarrollo, relacionada con la disminución de las funciones miofuncionales y limitada por el espacio alveolar, los movimientos de la lengua se ven alterados.

Su tamaño se caracteriza por una macroglosia (por cuestión proporcional con el resto de la cavidad oral).

En 1 de cada 3 niños puede ir acompañada de cianosis como causa de los problemas cardiacos característicos en ellos.

Clínicamente la lengua es esclerosal en un 50% de los pacientes y su textura es áspera.

A nivel muscular se ve afectada por la hipotimia de los musculos de la lengua y labio, con problemas en los movimientos de la mandíbula por la tensión de los musculos masticadores.

Otro problema que puede llegar a ocasionar el tamaño y posición de la lengua son las maloclusiones, mordida abierta anterior y posterior.

En general estos niños demostraron un cambio en la

posición de la lengua anterior ante la presencia de varios tipos de alimentos. Pero también se ha demostrado que la posición de la lengua se ve alterada desde inicios de la presentación del alimento.. Colocando esta en la superficie lingual de los dientes anteriores. Variando así, el tiempo del ciclo de masticación.

En un estudio realizado por Schwartz, se demostró que el 40% de niños con edad de 5 años manifestaron protusión de la lengua y del labio inferior.

C A P I T U L O IV
MALOCLUSIONES, PALADAR
Y LABIO

Es común la presencia de maloclusión CLASE III y re
ducción en la CLASE II, según la clasificación de Angle. Ade-
más relacionada con las alteraciones de la base del cráneo y
el tamaño facial, siendo la principal causa de la incidencia
de maloclusiones.

El empuje o protusión de la lengua, es otro factor
que ocasiona mordida abierta.

La mordida cruzada anterior como posterior igualmen
te se ven relacionadas con las malformaciones dentarias y el
defecto craneofacial del crecimiento tan marcado del maxilar
inferior y la pérdida de crecimiento del maxilar superior.

Una predisposición más en la conformación osea, son
las alteraciones en el paladar, este es alto y en ocasiones
fisurado acompañado además del labio.

Por último, el bruxismo es otra de las manifesta-
ciones importantes en los pacientes Down, siendo ocasionado
por la tensión muscular.

C A P I T U L O V

ENFERMEDAD PARODONTAL

La mayoría de los autores mencionan que casi todos los niños con Síndrome de Down, manifiestan enfermedad parodontal en cualquiera de sus grados.

Es elevada la incidencia de dicha enfermedad, afectando al tejido gingival y tejido de soporte.

Su causa, son los desordenes congénitos característicos de ellos, hay una menor resistencia ante las infecciones bacterianas acompañada de mala higiene; la acumulación de bacterias en la encía marginal, causa la enfermedad parodontal.

Se forma una bolsa de tejido parodontal y se establece la pérdida de tejido de soporte.

Al perder el hueso alveolar trae como consecuencia la exfoliación de los dientes temporales como permanentes.

Proporcionalmente hay un incremento en un 21% a 33%, del grupo de los 42 dientes que son afectados por la enfermedad parodontal.

La destrucción osea se detecta, mediante el estudio radiográfico (periapical) y las pruebas de movilidad dentaria. Conjuntando con las características clínicas comunes de la encía ante el problema de gingivitis aguda.

Dicha enfermedad avanza rápidamente, sus resultados son desalentadores por la pérdida progresiva de los dientes.

-Cohen, afirma que de 100 niños Daow, el 96% de ellos

presentan una enfermedad parodontal caracterizada por la gingivitis crónica, movimiento dentario y pérdida de hueso.

Las zonas más afectadas son los incisivos inferiores. En estudios realizados se ha comprobado que aún a los 3 años puede haber desmoronamiento tisular y la pérdida temprana de los incisivos centrales primarios. Seguidos de los incisivos permanentes antes de que termine la pubertad; es muy común encontrar esta secuencia.

A la edad de 18 a 19 años se puede presentar una pérdida incontrolable del hueso de soporte, afectando la porción anterior del maxilar y mandíbula, continuando hacia los primeros molares.

Cutress, propone que los factores locales que ocasionan este estado son: la macroglosia (provocando mordida abierta), maloclusiones dentarias, bruxismo y la función masticatoria.

Aunque la higiene bucal suele ser pobre, tiene poca correlación con el grado de enfermedad parodontal, siendo la presencia de los cálculos y materia alba no muy característico.

En la mayoría de los casos tienen que auxiliarse de una tercera persona para realizar su higiene bucal adecuada.

Malloy, estableció las diferentes categorías que pueden diferenciarse para evaluar el grado de enfermedad parodontal, y son:

1.- GINGIVITIS, inflamación gingival que se presenta en uno o más dientes, se manifiesta por alteraciones en el contorno, pérdida del puntilleo, rojiza, con hemorragia y cambios en su consistencia.

2.- PERIODONTITIS, inflamación del margen gingival, pérdida cresta alveolar y depresión del surco gingival con exudado de la bolsa parodontal.

3.- PERIODONTOSIS, movilidad, migración y elongación de los incisivos del maxilar y mandíbula, inflamación gingival formación de bolsa con supuración, engrosamiento del espacio parodontal, ausencia de los hazines de la lámina dura, destrucción del espacio interdentario del hueso alveolar en dirección vertical y alteración en el trabeculado.

Debido a que la enfermedad parodontal va agravandose según la edad del paciente, -Cohen, realizó otra clasificación en grupos, tomando en consideración la edad y estado clínico, es la siguiente:

GRUPO I : entre 0 y 2 años.

la encía en el momento de la erupción, aparece roja, edematosa, esponjosa y fácilmente blanda. La condición periodontal fue considerada únicamente en el margen gingival.

GRUPO II: entre 3 y 6 años.

Presenta una gingivitis marginal más generalizada, materia alba, cálculos, resorción gingival y formación de bolsas. Puede presentarse aguda necrosis gingival involucrando los incisivos inferiores acompañado de diastema.

GRUPO III : entre 7 y 12 años.

Es ya dentición mixta; la enfermedad es más severa que en el grupo I y II, la necrosis gingival afecta a los incisivos permanentes.

GRUPO IV: entre 13 y 17 años.

Son pacientes jóvenes, pero la enfermedad ya esta muy avanzada. Presencia de necrosis gingival y formación de bolsa.

GRUPO V: entre 17 y 30 años.

Caracterizada por necrosis gingival, pérdida del hueso vertical como horizontal, formación de bolsa con supuración, se ven involucradas las bifurcaciones en las áreas de molares, y marcada movilidad de los dientes posteriores como anteriores.

Además de los factores locales ya mencionados, también se le atribuye a la falta de cuidado dental e higiene, atención por parte de sus familiares y alimentación inadecuada.

C A P I T U L O VI

CARIES DENTAL

La susceptibilidad a la caries suele ser baja en quienes tienen Síndrome de Down.

-Brawn y Cunningham, afirman que la incidencia de caries es menor en la dentición temporal como permanente, y casos que se presentan en un 44% libres de caries.

-Cutress, menciona que el tratamiento de las caries que se observan es mínimo o innecesario. Siendo el número de cavidades menor que en un niño normal.

Además, que el hecho de ser inertes a la caries, está asociado por los defectos genéticos, su estado de erupción que es tardío, el número de dientes presentes, ayudando la formación simple de los dientes con fisuras menos profundas.

Es raro encontrar la incidencia de caries relacionado con la limpieza bucal, pues la retención de alimentos en la superficie es mínima, beneficiada por la excesiva fluidez y cantidad de saliva, característico de estos pacientes.

La dieta, como en todos los casos es un factor importante para la incidencia de caries.

En los pacientes que se encontró alta incidencia y actividad cariogénica, dependía en la mayor parte de la historia de la dieta del niño ligada con el nivel socioeconómico y el grado de educación de sus familiares y gente a su cargo.

C A P I T U L O VII
PROCESOS INFECCIOSOS
PREVENCION

Durante los procedimientos dentales realizados en pacientes Down, se establece que son muy susceptibles a desarrollar una bacteremia provocando una endocarditis bacteriana.

Un factor que predispone al desarrollo de esta enfermedad son las variaciones que podemos encontrar en la estructura cardiaca, incluyendo el prolapso de la valvula mitral.

Cuando al paciente se le ha provocado una bacteremia durante el tratamiento dental, es necesaria la profilaxis, administrando el antibiótico necesario.

Ante cualquier grado de enfermedad parodontal es indicada la profilaxis con antibiótico antes de realizar cualquier tipo de tratamiento.

Para poder administrar el antibiótico debemos conocer las causas que ocasionan el problema infeccioso.

Se presentan infecciones comunes crónicas y agudas, como del tracto respiratorio superior e inflamación crónica de las conjuntivas.

Otra enfermedad sistémica común, es la incidencia de anomalías en los glóbulos blancos.

Las enfermedades cardíacas congénitas y las infecciones del tracto respiratorio, son las causas más comunes de muerte en niños con Síndrome de Down durante los primeros 5 años de vida.

C A P I T U L O VIII
TRATAMIENTO
ALIMENTACION

Como anteriormente mencioné, la susceptibilidad a la caries dental suele ser mínima, para su tratamiento es aconsejable, si es muy extensa deberá ser atendida, pero si la lesión es pequeña, es mejor dejarla en observación, para evitar así el desgaste de tejido sano y alterar al paciente en caso de que se vea agredido.

En la enfermedad parodontal se realiza la previa administración de antibiótico, valoración clínica y radiográfica, indicar una buena técnica de cepillado, y en caso necesario el curetaje parodontal para eliminar el tejido inflamado como la bolsa que se formó.

Cuando se presenta alguna extracción dentaria, también esta indicada la previa administración de antibiótico.

Para cualquier tipo de tratamiento hay que estar en comunicación constante con el psicólogo y su médico que lo atiende para que nos oriente en su manejo y su salud.

Los tratamientos endodónticos son contraindicados, por los procesos infecciosos que se ocasionan y el avance de estos.

La ortodoncia y la prótesis están contraindicados por diversos factores que se conjuntan: estado gingival, longitud escasa de la raíz, tamaño de la lengua, higiene, etc.

En la alimentación se debe estimular al niño con alimentos de textura suave y agradable para que el ciclo de

la masticación sea menos prolongado y los movimientos de la lengua no desencadenen más problemas cuando esta es colocada en la superficie lingual de los dientes anteriores inferiores.

C O N C L U S I O N E S

Durante el desarrollo de la odontología infantil, el odontólogo debe conocer las características físicas y mentales del paciente, para no caer en el error de confundirlos con otros síndromes o enfermedades que se asemejen.

Debe llevar un control de las anomalías que se manifiestan durante su crecimiento, al igual que observar sus estados de enfermedad para poder realizar medidas preventivas y aminorar las molestias que ocasionan.

La familia debe ayudar al paciente para que al desempeñar las diferentes actividades con la lengua no sean tan difíciles y las realice adecuadamente.

El odontopediatra debe tener mayor control de los estados parodontales de su paciente, para prevenir posibles problemas infecciosos que afecten a las estructuras cardíacas.

A pesar de que en la mayoría de la información obtenida en este trabajo, se afirma que estos niños son libres de caries o con baja incidencia, no se debe olvidar la importancia del nivel socioeconómico, que en la mayoría de los casos puede determinar la presencia de caries.

Para la atención de estos pacientes el odontopediatra debe comunicarse constantemente con los especialistas, para intercambiar conocimientos y orientarlo en su manejo.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- BARNETT Michael L
Periodontal and caries in Down syndrome
Dental Abstracts
September 1986 (480-481)
- 2.- BARNETT Michael L, Friedman Debora
The prevalence of mitral valve prolapse in patients with
Down syndrome: implications for dental management.
Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol.
October 1988 V-66 # 4 (445-447)
- 3.- BRAHAM Raymond L
Odontología Pediátrica
Ed. Médica Panamericana
Abril 1984 Argentina
- 4.- BROWN John P
A review of controlled survey of dental disease in
handicapped persons.
Journal of Dentistry for Children.
September-October 1976 (17-21)
- 5.- CLARO- Woodruff Wanda
Proportional change in craniofacial growth between
Down syndrome and normal individuals,
Am. Journal of Orthodontics and Orthopedics
August 1988 V-9 # 2 (175-176)
- 6.- COHEN M. Michael
Oral aspects of mongolism
Oral Surg, Oral Med, Oral Pathologic
January 1961 V-14 # 1

- 7.- DIJK L.J. Bosma. W
Periodontal disease in Down's syndrome: a review.
Journald Clinic Periodontal
June 1986 V-13 # 1 (64-73)
- 8.- GARCIA Ballesteros Carlos
Alteraciones dentales en niños con Síndrome de Down.
Revista Española de estomatología
1984 V-32 # 4 (233-241)
- 9.- GARCIA Ballesteros Carlos
Programa preventivo de la enfermedad periodontal en la
trisonomía 21, estudio de sus manifestaciones escolares
españolas.
Revista Actual de Estomatología Española
Junio 1986 V-46 (31-37)
- 10.- GARCIA Escamilla Sylvia
El niño con Síndrome de Down
Ed. Diana
6ª Impresión Oct. 1988
México D.F.
- 11.- GISEL Erika G
Tongue movements in 4 and 5 year old Down syndrome children
children during eating: a comparison with normal children.
The American Journal of occupational Therapy.
October 1984 V-38 # 10 (660- 665)
- 12.- GISEL Erika G
Chewing Cycles in 4 and 5 years old Down's syndrome
children. A comparison of eating efficacy with normal
October 1984 V-38 # 10 (666 - 670)

- 13.- GULIKSON John S
Oral findings in children with Down's syndrome
Jul- Agust 1973 V-40 #4 (41-51)
- 14.- KRAUS Bertram S
Mental retardation and anomalies of the dentition
American Journal Mental Deficient
1968 # 72 (905-917)
- 15.- LLANERA Ma. E.
Translocación de dientes permanentes en Síndrome
de Down.
Asociación Dental Mexicana
P.O. V-8 #2 (12-14) 1986
- 16.- MC DONALD Ralph E
Odontología para el niño y el adolescente
Ed. Mundi
Argentina 1975
- 17.- MC MILLAN Russel
Relation of human abnormalities of structure and function
to abnormalities of the dentition: II Mongolism.
The Journal of the American Dental Association.
September 1961 V-63 (368-373)
- 18.- ROZNER Leo
Down's Syndrome and tongue size
The Medical Journal of Aust
Agust 1984 V-141 # 3 (196-197)
- 19.- SAXEN Leena
Periodontal bone loss in patients with Down's syndrome
a follow-up study
Journal Periodontic
November 1986 V-57 #11 (158-162)

- 20.- SHAW Linda
Periodontal destruction en Down's Syndrome and juvenile periodontis
Journald Periodontic
November 1986 V-57 # 11 (709-715)
- 21.- TOWNSEND G. C.
Tooth size in children and young adults with tridomy 21 (Down) syndrome
Arch Oral Biologic
1983 V-28 # 2 (159-166)
- 22.- TOWNSEND G.C.
Dental crown variants in children and young adults with Down syndrome
Acta Odontológica pediátrica
Diciembre 1986 V-7 #2 (35-39)
- 23.- WEXMAN Joan
Odontología para el niño impedido
Ed. Mundi Argentina
1ª Edición 1976

FE DE ERRATAS

pág.	reng.	dice	debe decir
Ind.	6	ANOMLIAS	ANOMALIAS
Ind.	16	INFECIOSOS	INFECCIOSOS
	4	animalias	anomalías
10	19	musculo	músculo
10	20	mandibula	mandíbula
10	21	musculo	músculo
13	19	destecta	detecta
13	21	DAOW	Down
15	29	necorisi	necrosis
18	2	INFECIOSOS	INFECCIOSOS
18			