

Estudio de alteraciones bucales en niños con síndrome de Down en Brasilia

Este estudio se refiere a los descubrimientos clínicos del aparato estomatológico de los portadores de síndrome de Down de 0 a 3 años de edad, matriculados en el Centro de Enseñanza Especial-02, de la Secretaría de Estado de Educación de Brasilia DF. Los resultados reportaron alteraciones significativas de interés de los padres y de los profesionales que asisten la población de síndrome de Down, en los aspectos relacionados a la caries, placa bacteriana y las alteraciones de mucosas. Estos datos sugieren la necesidad de aplicación de programas educativos en los CEE del DF, con énfasis en la salud bucal



El aparato estomatológico del portador de síndrome de Down se encuentra en forma anómala, debido al desarrollo reducido de las dimensiones del cráneo, formato redondeado y achatamiento a nivel del occipital, y, las estructuras bucales presentan alteraciones que dificultan la fisiología de este sistema.

Este trabajo trata sobre un estudio transversal, y tuvo como objetivo verificar las alteraciones del aparato estomatológico de 20 niños con síndrome de Down de ambos sexos matriculados en el Centro de Enseñanza Especial-CEE -02 de Brasilia, de la Secretaría de Estado de Educación del DF. Para la realización de este estudio solicitamos la autorización de la Dirección de Enseñanza Especial, y, obtuvimos de los padres su consentimiento libre y claro. El examen clínico odontológico fue realizado en consultorio dental, situado en el propio CEE-02, por un cirujano-Ddntista y con la participación de los padres. Las madres, sentadas en el asiento odontológico, acomodaron a sus hijos, durante el examen clínico bucal, utilizando la técnica del abrazo.

El examen clínico de la boca fue iniciado palpando e inspeccionando los labios superior e inferior. Enseguida se observó la mucosa de los labios y comisuras labiales, surco gingival labial rebordes gingivales, encía inserida y faz vestibular de los dientes.

Se observó la lengua en sus facés dorsal, lateral y ventral, seguida del piso de la boca, frenillo lingual y las demás estructuras vecinas.

El niño con la boca abierta es acomodado posteriormente, se observó el paladar duro y blando; con una espátula envuelta en gasa se presionó levemente la lengua, los pilares del velo del paladar y la úvula.

El examen de la arcada dental fue iniciado por el hemiarco superior derecho, seguido del hemiarco superior izquierdo, bajando para el hemiarco inferior izquierdo hasta el hemiarco inferior derecho.

Para la identificación de los dientes examinados se utilizó el sistema digital, aprobado por la Federación Dental Internacional-FDI.

Las medidas de seguridad fueron utilizadas, tales como: gorro, guantes de procedimiento, máscaras desechables, anteojos de protección y delantal.

El instrumental y los materiales utilizados durante el examen clínico fueron: espejo bucal, apartador de lengua y mejillas (espátula de madera), abridor de boca confeccionado con gasa, esparadrapo y espátula de madera, gasas y toalla de papel.

La iluminación utilizada fue por intermedio de tres fuentes: iluminación natural, reflector de equipo y linterna a pila con batería de 9 volts.

La esterilización del instrumental fue en estufa, con duración de 1 hora a 170 grados o 2 horas a 160 grados, según los criterios adoptados por el Ministerio de Salud -MS a través del servicio de vigilancia sanitaria. Las partes del equipo odontológico, a saber: asiento, foco, jeringa triple y la unidad auxiliar, fueron desconta-

minados por el método de fricción después de cada atención, con una solución de alcohol iodado a 70 grados y protegido con plástico adherente.

Las alteraciones bucales más expresivas verificadas en los niños de este estudio fueron: paladar ojival en 18 niños (90%), freno techo labial en 8 niños (40%), freno techo labial inferior en 3 niños (15%), freno labial superior con hiperplasia en 6 niños (30%), lengua con fisura en 4 niños (20%), rafe palatino con hiperplasia en 7 (35%), mordida cruzada anterior en 4 (20%), queilitis angular en 1 niño (5%) y mancha melánica en 1 niño (5%).

En cuanto a las alteraciones dentales, los niños fueron divididos de acuerdo con la faja de edad de 0 a 12 meses; 13 a 24 meses y 25 a 36 meses.

En 10 niños del sexo masculino de 0 a 36 meses de edad, no fueron observadas las enfermedades caries, mientras que en 2 niñas, en la faja de edad de 25 a 36 meses presentaron carie, en un total de 17 dientes cariados y un diente restaurado.

Se observó que los dientes acometidos por la enfermedad carie en el arco superior fueron: 55 (1), 52 (2), 51 (2), 61 (2), 62 (2) y 65 (1), en un total de 10 dientes cariados.

Mientras que en el arco inferior, los dientes acometidos por la enfermedad carie fueron: 85 (2), 84 (1), 73 (1), 74 (1), 75 (2), en un total de 7 dientes cariados.

En este estudio también se observó la presencia de biofilm dental sin el uso de evidenciador de placa en 8 niños.

Quedó claro en este estudio, la importancia de la participación de los padres, y el interés en conocer las alteraciones del aparato estomatológico de los hijos. Así como se verificó la necesidad de orientarlos sobre la higiene bucal de los hijos, principalmente en las regiones del frenillo labial con hiperplasia, en el sentido de evitar traumas con el cepillo dental; higiene en los rebordes de la encía, paladar, lengua y toda la mucosa de revestimiento de la boca, con gasa embebida en agua filtrada luego de cada mamada y/o comida, en el sentido de evitar estomatitis, carie y gingivitis, muy frecuente en niños de la primera infancia que hacen uso de fármacos que contienen azúcar en su composición. En cuanto al período de erupción de los dientes, los niños del sexo masculino presentaron atrasos, comparados con las niñas, en los períodos de 0 a 12 meses de edad.

También se observó mayor incidencia de carie en las niñas, así como necesidades de aclaraciones y toma de conciencia de los padres sobre la prevención de las enfermedades infecciosas: caries y gingivitis, en faz de que esta población presenta alto índice de cardiopatía y otras enfermedades sistémicas con repercusión en la boca. ■

BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE:

- ALBUQUERQUE, M.E.S. *Estudio de la Topografía y de la Morfología del Freno Labial Superior de Niños de 0 a 36 Meses*. São Paulo. Ensayo (Maestrazgo en Odontología Pediátrica). Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo, 57p, 1990.
- BRASIL. Ministerio de Salud. *Manual Programa Nacional de Asistencia Odontológica Integrada al Paciente Especial*. Brasília, 1992, 23p.
- BUISCHI, YVONNE DE PAIVA. *Promoción de Salud Bucal en la Clínica Odontológica*. Ed. Artes Médicas Ltda. São Paulo-SP-2000.
- CASTRO, ACYR LIMA. *Estomatología*. Ed. Livraria y Editora Santos. São Paulo-SP. 1995.
- COLEMAN, GARY C.; NELSON, JOHN. *Principios de Diagnóstico Bucal*. Ed. Guanabara Koogan - Rio de Janeiro. 1993.
- COORRÊA, M.S.N.P. *Odontología Pediátrica en la Primera Infancia*. Ed. Santos. 2001. 679p
- ELIAS, R. *Odontología de Alto Riesgo: Pacientes Especiales*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 171 p.
- FREIRE, PAULO. *Toma de Conciencia*. Ed. Moraes. São Paulo - SP-1980.
- HOFFE, PATRICIA A.A. *Genética Médica Molecular*. Ed Guanabara Koogan S.A Rio de Janeiro -RJ-1998.
- *II Congreso Brasileiro y I Encuentro Latinoamericano sobre síndrome de Down - De la Segregación a la Integración - Un proceso para la construcción de la ciudadanía*. Brasília-DF. 1997.
- MIRANDA, M. P. A F et al. *Estudio sobre ataque de carie y sus componentes en niños portadores de necesidades especiales matriculadas en cinco Centros de Enseñanza Especial de la Red Pública del Distrito Federal*. Brasília, 1996.
- MIRANDA, M.P.A. F. *Trissomia 21: Promoción de la Salud Bucal en Niños de 0 a 3 años de edad*. Ensayo del Curso de Pos graduado Master of Science (stricto sensu) en Ciencias de la Educación. Lisboa. 2004. 205 p.
- MUSTACCHI, Z; ROZONI, G. *Síndrome de Down: Aspectos Clínicos y Odontológicos*. São Paulo: Cid, 1990. 248 p.
- OTTO, PRISCILA GUIMARÃES; OTTO, PAULO ALBERTO; FROTA-PESSOA, OSWALDO. *Genética Humana y Clínica*. Ed Roca Ltda. São Paulo - SP. 1998.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiología Teórica y Práctica*. Rio de Janeiro: Koogan. 1995. 583p.
- PINTO, VITOR G. *Salud Bucal Colectiva*. Ed. Livraria Santos Editora- São Paulo-2000
- ROSSETTI, HUGO. *Salud para la Odontología*. Ed. Santos. São Paulo-SP 1999.
- SILVA, B. A C; FARIAS, A.M.C. *Pacientes de Alto riesgo en Odontología*. 2 Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 126p.

Correspondencia para: Maria da Penha Araújo Franco Miranda
e-mail: mdapenha@hotmail.com
e-mail:mdapenha@brturbo.com.br

Cirujana-Dentista por la Universidad Federal da Paraíba.
Pos-Graduada en Odontología en Salud Colectiva y en Educación en Salud UnB
Profesora en Ciencias de la Educación UL
Profesora del Curso de Odontología pediátrica del módulo de Pacientes Especiales Facultad de Odontología del Planalto Central-FOPLAC

Opinión de **Javier Oliver**

Vicepresidente de ASIQUIPU y padre de un niño con síndrome de Down, ha participado en la 4th Internacional Conference on Developmental Stages in Down Syndrome, que tuvo lugar a finales de septiembre en Portsmouth (Reino Unido). Éste es el Resumen de su ponencia

Ser invitado por la Dra. Sue Buckley, especialista a la que debemos, entre otros, su contribución al desarrollo del sistema de lectura global, a participar en el congreso organizado por "The Down Syndrome Educational Trust" fue una oportunidad que no quise perder para profundizar en un tema tan interesante como es el de las prioridades para padres y profesionales en cuanto a la formación de personas con S.D. y qué áreas de conflicto pueden ser observadas cuando nuestros objetivos son similares pero no idénticos.

Como introducción al meollo de la cuestión y teniendo en cuenta el foro anglosajón en el que me encontraba, con sus muchas contradicciones, en el que más de la mitad de los nacidos con síndrome de Down en Inglaterra son dados en adopción (con ejemplos espeluznantes para nuestra cultura mediterránea como el de madres rechazando al mellizo S.D. y quedándose con el otro hermano!) creí importante cuestionarles, con una foto de mi hijo Pedro, si consideraban que él pudiera tener



tanto derecho a nacer como ellos mismos y en que medida los "posibles futuros padres" estaban suficientemente informados/preparados para tomar una decisión tan trascendental como la de permitir o no el nacimiento de sus hijos discapacitados.

Tras este "shock" inicial nos encaminamos por la senda de conceptos tan importantes y muchas veces olvidados en la atención temprana, como el AMOR, motor principal que va a permitir progresar naturalmente a nuestro hijo y el MIEDO como

freno a posibles experiencias enriquecedoras y madurativas.

No olvidé repetir la importancia que tiene la educación y preparación de los padres, labor en la que los profesionales deberían, bajo mi punto de vista, involucrarse mucho más. Así, mencioné a Robin Chapman, importantísima investigadora de desordenes en el lenguaje, cuando les recordaba a los profesionales que un niño de 5 años ha recibido, durante su corta vida, ya más de 5 millones de comunicaciones verbales por parte de sus padres, con lo cual, todo trabajo en ese sentido era fundamental.

Por último, he de agradecer a todos aquellos que participaron en los cuestionarios, entrevistas y en especial como hablaron sin tapujos de lo que les molestaba o les preocupaba en unas relaciones en las que uno se quejaba principalmente de la falta de implicación, algunos en la falta de intimidad y otros de nuestra "insana" preocupación por los objetivos, olvidando el camino y como conseguirlos. ■

