

248
207



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN Y
SU ATENCION EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S A
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a:

ALICIA PALMA CASAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1993





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.

EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN Y SU ATENCION EN
ODONTOPEDIATRIA

	Pág.
INTRODUCCION.	7
CAPITULO I GENERALIDADES DE SINDROME DE DOWN.	
A) ETIOLOGIA.	10
B) CARACTERISTICAS FISICAS.	11.
C) CARACTERISTICAS BUCALES.	20
CAPITULO II PERSPECTIVA FAMILIAR HACIA EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.	
A) REACCION DE LA FAMILIA ACERCA DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.	24
B) EL PAPEL DEL MEDICO, EL ODONTOLOGO Y - LOS PADRES ANTE EL TRATAMIENTO DENTAL - DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.	25
CAPITULO III EXAMEN BUCODENTAL AL NIÑO CON SIN- DROME DE DOWN.	
A) REALIZACION DE HISTORIA CLINICA Y PLAN DE TRATAMIENTO.	32.
B) ESTUDIO RADIOGRAFICO.	39
3.1 RADIOGRAFIA INTRABUCAL.	39
3.2 RADIOGRAFIA EXTRABUCAL.	40
CAPITULO IV MANEJO DEL NIÑO CON SINDROME DE - DOWN.	
A) CLASIFICACION DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN RESPECTO A SU COLABORACION.	42
B) TECNICAS DE INMOVILIZACION DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.	43

CAPITULO V ANESTESIA EN EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

- A) ANESTESIA EN EL PACIENTE ANSIOSO. 47**
- B) ANESTESIA POR OXIDO NITROSO. 48**
- C) ANESTESIA GENERAL. 49**

CAPITULO VI ESTADO BUCAL DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

- A) ANOMALIAS. 51**
- B) CARIES. 55**
- C) PARODONTO. 56**
- D) MALOCLUSIONES. 59**

CAPITULO VII ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

- A) HIGIENE ORAL Y EL USO DE FLUORUROS. 63**
- B) ALIMENTACION Y DIETA. 66**

CONCLUSIONES. 69

BIBLIOGRAFIA. 71

INTRODUCCION.

Durante muchos años la atención al paciente impedido -- (física y mentalmente) se había limitado a realizarse sólo a nivel hospitalario y bajo anestesia general o en instituciones especializadas privadas. Hablando en especial del niño - Síndrome de Down, su atención también es limitada debido al insuficiente manejo que el odontólogo puede tener en la práctica privada y por esto no se tenía interés en atenderlos.

En la mayoría de ocasiones muchos de estos pacientes -- han sido excluidos de un tratamiento dental, manifestando el dolor indeterminado para finalmente someterlo a una extracción, por lo que existe pérdida de dientes.

Con el avance de técnicas, el uso de nuevos materiales de restauración y una eficiente operatoria se ha observado un aumento en el número de odontólogos dispuestos a la ayuda del tratamiento de este tipo de pacientes.

La finalidad de este trabajo no es más que el poder mostrar que los pacientes con Síndrome Down pueden ser tratados como cualquier paciente normal, aunque la atención de estos pacientes es manejada a nivel de odontopediatría, si el odontólogo de práctica general se siente capaz y tiene la inquietud y la voluntad de atender a estos pacientes puede llegar a hacerlo, siempre y cuando tenga los conocimientos necesarios sobre el manejo de los mismos y su tratamiento.

En odontopediatría no solo se limita uno a realizar --

una restauración más sino también aprende el manejo y trato_ que al paciente infantil se le debe de dar, se nos enseña -- también los diferentes tipos de técnicas y lo más sencillo y eficaz que puede ser para que el niño esté el menor tiempo - posible en el sillón dental además algunos tratamientos de - ortodoncia interceptiva que podrían ayudar en determinado mo_ mento a prevenir maloclusiones.

El atender a niños con Síndrome de Down ha sido una -- gran experiencia y de gran aprendizaje; y ojalá se alentara_ a la comunidad a poner su granito de arena para la atención_ del niño con Síndrome Down y se darán cuenta que pueden lle_ gar a ser los mejores pacientes y la mayor de las satisfac-- ciones de uno como odontólogo de poderse ganar la confianza_ y el cariño de estos niños.

GENERALIDADES DE SINDROME DE DOWN.

La primera descripción de esta anomalía fué la de Se --
guín en 1846 que llamo "idiocia furfuracea".El término de --
idiocia de tipo mongólico fué dado por Langdon Down en 1866
A partir de esta fecha la palabra más usada fué mongolismo y
el niño afectado se le llamo mongol o mongoloide.

En los últimos 10 a 20 años el término síndrome de Down
se utilizó como sustituto.La palabra síndrome se refiere en
medicina al "conjunto de signos y síntomas que constituyen -
una enfermedad independiente de la causa que lo origina y el
término Down es en honor a quién por primera vez hizo una --
descripción clínica amplia del padecimiento.(5)

ETIOLOGIA

En la trisomía 21 la distribución de los cromosomas se--
rá defectuosa una de las dos células,producto de la división
celular,reciben un cromosoma extra y la otra célula uno me--
nos.Esto ocurre en el par de cromosomas número 21,mientras -
que los demás pares de cromosomas se distribuyen en las célu
las hijas de manera correcta. Hay tres tipos de trisomía:

TRISOMIA 21 REGULAR. Se conoce así en donde todas las -
células del organismo tienen 47 cromosomas,en vez de 46, la-
ubicación del cromosoma extra se encuentra en el cromosoma -
original del par 21.

En consecuencia,en vez de ir un solo cromosoma del par-
21,van los dos a una sola célula.El error de distribución se
produce antes de la fecundación.

TRISOMIA 21 POR MOSAICISMO. Se caracteriza por que solo una porción del total de las células del organismo del niño tienen un cromosoma 21 extra, mientras que la otra porción de las células son normales. Cuando la división anormal sucede en una etapa más tardía, puede producirse un menor número de células trisómicas, de tal forma que el niño con síndrome de Down podrá presentar signos menos aparentes en cara, cuerpo y extremidades.

TRANSLOCACION. Se distingue de las otras por que una parte del cromosoma del par 21 se encuentra pegado o unido con otro cromosoma que no es del par 21 y es consecuencia de una alteración en los cromosomas de los padres.

En este caso lo que produce es una ruptura de una parte del cromosoma 21 así como de otra más de un cromosoma diferente al 21 (frecuentemente pares 13, 14 y 15) de manera tal que la unión de los fragmentos provenientes del cromosoma 21 con los del 13, 14 o 15 forman un cromosoma extra. (5)

B) CARACTERISTICAS FISICAS

Los niños con síndrome de Down son parecidos entre ellos ya que comparten un cromosoma extra, sin embargo hay diferencias del cromosoma adicional en el desarrollo por lo que tendrán diferencias clínicas, unos muy completas mientras que otros sólo algunas de ellas. Las características más comunes entre ellos son:

CABEZA: La forma de su cráneo es braquiocefálico y en ciertos casos hasta hiperbraquiocefálico habiendo un desarrollo menor del tercio medio de la cara, esto hace que haya un aplastamiento del puente nasal. Se han encontrado también -- anomalías en el hueso esfenoideas y en la silla turca (en donde se aloja la glándula hipófisis). Por radiografía se ha observado que los huesos de la base del cráneo también son -- de menor tamaño. (17,12,19)

OJOS: Las fisuras palpebrales están inclinadas hacia -- abajo en la línea media y existe epicanthus, hay estrabismo en la mitad de los casos y opacidad del cristalino. En cuanto a orilla interna son más distantes uno de otro. También existen las llamadas manchas de Brushfield que se localizan en el -- iris y se caracterizan por ser una mancha de color blanco -- grisáceo y se aprecian más en niños que son de piel blanca y se piensa que son debido a la presencia de tejido conectivo -- localizado en la capa anterior del iris.

NARIZ: Hay hundimiento del puente nasal, no es raro que exista desviación del tabique nasal y es lo que le da el aspecto de cara aplanada al niño.

OREJAS: El conducto auditivo externo es frecuentemente -- más estrecho y a veces no está presente el lóbulo de la oreja, o está muy pegado al resto de la cabeza. (12,17,19)

CUELLO: Suele ser corto y ancho con mayor cantidad de -- tejido celular subcutáneo y puede llegar a ser menos aparente con el paso de los años.



Notese las fisuras palpebrales que presenta en los ojos, y lo distantes que son uno de otro.



Aquí se observa el aspecto de cara aplastada que presenta la niña debido al hundimiento del puente nasal.



El lóbulo de la oreja se encuentra ausente, y a veces muy pegado al resto de la cabeza.

TORAX: Generalmente su toráx es pequeño y fornido (lo pequeño puede ser debido a la falta de la última costilla, llegan a tener sólo 11 en lugar de 12). A veces se aprécia el esternón un poco hundido o por el contrario puede ser muy prominente.

ABDOMEN: En niños de un año su abdómen es agrandado y distendido y se atribuye a la disminución en el tono de los músculos del propio abdómen así como a la diastasis de los músculos abdominales. (8)

EXTREMIDADES: En comparación con el tronco, sus extremidades son cortas y pequeñas con curvas. Sus manos son pequeñas y anchas con dedos cortos y fofos, presenta clinodactilia del dedo meñique con solo un pliegue de flexión, existe el pliegue simiano que se extiende de un lado a otro en toda la palma.

En cuanto a los dedos de los pies existe una separación entre el dedo gordo y el segundo con un pliegue plantar entre dos dedos.

PIEL Y CABELLO: Estos niños presentan piel seca y aspera con un enrojecimiento de las mejillas. El cabello es fino y escaso.

TONO MUSCULAR: El tono muscular esta disminuido sobre todo en las extremidades. Sus movimientos son lentos al sentarse, pararse y caminar, su ritmo de desarrollo es más lento de lo normal. En promedio son de estatura más pequeña en comparación con la de un niño normal. (10)



Dentro de las características se encuentran las extremidades cortas y curvadas.



En cuanto a piel hay resequedad y un enrojecimiento de las mejillas.



Su estatura es pequeña en relación con la de un niño normal.

GENITALES: Hay poco desarrollo en los organos genitales del niño y puede haber criptorquidia (falta de uno o de los dos testículos), el vello púbico tiene una distribución horizontal, y se dice que son estériles.

Las niñas tienen menor desarrollo de los senos, la menarca aparece tardiamente.

Aparecen defectos cardiacos congénitos en un tercio de los casos, puede presentar cianosis, también es posible un trastorno de la tiroides al igual que el hipopituitarismo.

(20)

Estos niños son muy propensos a las infecciones sobre todo bronquitis e infecciones de vías respiratorias por lo que se explica el por que de pocos sobreviven hasta edades avanzadas.

C) CARACTERISTICAS BUCALES.

Las manifestaciones bucales en el niño con síndrome de Down incluyen lo siguiente;

Hay lengua fisurada, en la dentición primaria como permanente hay ausencia congénita de dientes y relativo prognatismo mandibular como resultado de la deficiencia de desarrollo de la cara.

Es frecuente la mordida cruzada anterior y posterior por lo que a veces se diagnostica una clase III de Angle en más de un tercio de los niños. Hay escaso tono labial y el cierre labial suele ser incompleto. La bóveda palatina es ba-

ja y estrecha con anomalías del paladar. (4,8,18)

Castillo-Morales (1970) observó que existían características clasificadas como primarias y secundarias.

CARACTERISTICAS PRIMARIAS.

- Hipotonía de los músculos orbiculares, cigomático, masetero-temporales y mímicos.
- Desordenes del sistema inmune.
- Diastasis lingual, hoja lingual concava y debilidad del frenillo lingual.
- Reducción primaria del ángulo de la mandíbula.
- Reducción primaria del largo total de la mandíbula. (8)

FASE HIPOPLASICA

- Hipoplásia de el maxilar en la dimensión sagital y transversa.
- Reducción del alto del paladar, pero no un paladar estrecho observado por cefalometría.
- Paladar en escalón.
- Velum hipotónico, alguna vez en la submucosa del paladar hundido.
- Retardo de la dentición, microdoncia, anodontia, hipotonía y dientes aberrantes. (8)

CARACTERISTICAS SECUNDARIAS

- Eversión del labio bajo, que queda prominente.
- El ángulo de la boca en niños con síndrome de Down es prominente.

- El labio superior es inactivo y prominente hacia arriba, - con un desarrollo insuficiente y un frenillo corto.
- La respiración con la boca abierta, que secan las membranas mucosas.
- Periodontitis crónica, infecciones respiratorias.
- Babeo, agrietamiento del labio bajo y los ángulos de la boca.
- Posterior macroglosia relativa, raramente macroglosia verdadera, el secado de las superficies de la lengua.
- Protusión de los dientes anteriores superiores e inferiores.
- Pronunciación indistinta.
- Reducción progresiva del ángulo de la mandíbula, pero baja reducción en el crecimiento del largo de la mandíbula. (8)
- Boca abierta con los componentes dentoalveolares.
- Pseudoprognatismo, clase III de Angle.
- Crecimiento sagital maxilar y el paladar permaneciendo alto y reducido.
- Crecimiento maxilar transversal reduciendo progresivamente.
- Posiblemente la formación de el paladar en forma de V, alto en apariencia.
- Insuficiencia alveolar, contracción ocasional a una forma cóncava.
- Retardo en la función de la boca.
- Estereotipos orales. (8)

**PERSPECTIVA FAMILIAR HACIA EL NIÑO
CON SINDROME DE DOWN.**

A) REACCION DE LA FAMILIA ACERCA DEL NIÑO CON SINDROME DE -
DOWN.

Así como la sobreprotección y la ansiedad existen y pueden ser perjudiciales, también el rechazo consciente o subconsciente del niño puede darse por ser un niño con Síndrome de Down. El desagrado se manifiesta por que los padres quisieran un mayor desarrollo de su hijo y no se les dá el cariño al igual que a sus hermanos que son normales.

La familia compartira responsabilidades, satisfacciones y problemas pero también deberá evitar presiones que afectan la buena relación familiar.

Por lo general hay una visión negativa de la familia hacia el niño con Síndrome de Down, sobre todo en las madres; hay madres que son sobreprotectoras que tratan de que el niño no tenga ningún sufrimiento (que aveces se da cuando el niño necesita atención dental) o madres indiferentes hacia el niño (que lo mismo le da o no si el niño tiene problemas dentales). (2,5)

Se tiene que el niño con Síndrome de Down por no ser una persona normal sea sujeto de una actitud negativa por parte de la sociedad, por lo que su campo de desenvolvimiento es limitado al igual que su atención dental.

B) EL PAPEL DEL MEDICO, EL ODONTOLOGO Y LOS PADRES ANTE EL -
TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

EL PAPEL DEL MEDICO.

El sistema de prestación de salud está cambiando rápidamente, un médico cumplía los papeles de diagnosticar, dar su servicio médico y en algunas ocasiones era consejero respecto a problemas personales y familiares.

En cada época su papel cambia en beneficio de su propia práctica, y ahora se puede ver su intervención en el empleo de técnicas de orientación anticipada en pediatría y en las medidas de odontología preventiva en niños y adultos jóvenes que están impedidos. La prestación de los servicios de salud y el interés de los pacientes en utilizar dichos servicios - han de influir en definitiva en el papel del médico para su aportación de salud dental.

Actualmente existen pocos médicos que no han tomado importancia de la salud dental óptima para una persona con Síndrome de Down. Los niños y adultos con impedimentos necesitan no sólo los programas de atención usuales requeridos (revisión periódica con su médico, análisis, estudios, etc.) sino también un programa de atención dental que muchas veces - tendrán que adaptarse a las necesidades del paciente de acuerdo a sus capacidades físicas y motoras tanto como a sus limitaciones mentales.

A menudo el médico tiene que hacer una serie de pregun-

tas a los padres de los niños del porqué no se ha llevado al paciente oportunamente a los servicios odontológicos. Para - detectar caries y su tratamiento oportuno. (12,19)

Después de realizar su evaluación el odontólogo debe de comunicarse con el médico para que los dos integren su información y diagnóstico en un plan de tratamiento óptimo para - el paciente con Síndrome de Down.

Aunque es posible un diagnóstico médico y dental a edades tempranas (como en el caso de el Síndrome de Down) la mayoría de las veces se tiene que postergar por lo menos hasta los 3 años de vida del paciente ya que hay trastornos dentales que solo se pueden detectar una vez erupcionados los - dientes. (10,17)

EL PAPEL DEL ODONTOLOGO.

El objetivo principal del odontólogo en el tratamiento del niños con Síndrome de Down, es brindar la mejor atención dental a cada uno de estos pacientes como a cualquier paciente normal, y de acuerdo con sus necesidades. En términos del tratamiento a efectuar este va a variar de acuerdo a cada caso que se presente, surgirán modificaciones a lo largo del - tratamiento pero siempre se hará buscando el bienestar del - paciente y para esto es importante:

- Mejorar la comunicación con el paciente, ganarse la - confianza de dichos pacientes y tener buena comunicación con los padres de familia.

- Brindarle toda la atención posible y actitudes como a cualquier paciente que llegue a solicitar su atención dental.

El odontólogo debe de tener conocimientos para la atención del paciente que le permitan tratar con comodidad las ansiedades que llegara a tener el paciente Down. En estos niños las ansiedades suelen ser muy frecuentes.

A veces debido a su incapacidad de comunicarse o por algún impedimento físico la reacción del niño con Síndrome de Down suele ser a lo contrario de un paciente normal. Si el odontólogo no está preparado para este tipo de reacciones, puede aparecer sentimientos de tensión e incomodidad.

Para disminuir la posibilidad de que esto suceda, el odontólogo debe de estar familiarizado con las características comunes y las condiciones que incapacitan al niño Down teniendo también información específica de cada paciente antes de comenzar un tratamiento. (5,10,11)

EL PAPEL DE LOS PADRES.

De acuerdo a datos recientes una pequeña parte de niños con Síndrome de Down visitan al odontólogo por lo menos 2 veces al año.

A menudo los padres dan infinidad de razones de el descuido a estos niños para su atención dental; que van desde el aspecto socioeconómico hasta el cultural.

La condición de un niño con Síndrome de Down cambia el

estilo de vida de una familia y afecta hasta el punto de vista que el niño se convierte en el factor central o dominante dentro de la vida familiar. Ellos requieren constante aten--ción debido a su estado. Muchas y variadas necesidades que --tiene el niño con Síndrome de Down dificultan a la familia --el llevarlos a una atención dental como prioridad para el niño aunque sea esencial.

Los padres de un niño con Síndrome de Down pueden vol--verse sobreprotectores y tratar de evitar el sufrimiento del niño durante una cita odontológica y lo que esto implica. --Las referencias dadas por experiencias previas de un trata--miento dental hacen al padre renuente para el descuido del --tratamiento. (2,5)

Los padres serán orientados con frecuencia para la administración a veces necesario de una premedicación o como apo--yo psicológico para el niño antes de la visita. Ocasionalmen--te el padre o la madre estarán presentes durante el trata---miento como apoyo psicológico o para detener físicamente al--niño. Dado que para el niño con Síndrome de Down la presen--cia de la madre será determinante (como un caso especial ---siempre estarán presentes) durante el tratamiento.

También se les dará motivación a los padres para que --cumplan las medidas preventivas en el hogar que el odontólo--go les indique (como la higiene bucal, dieta o el uso de al--gún fluoruro). (1)

La clave de la relación entre los padres y el odontólogo es importante, ya que los padres comprenden el problema y la atención del niño Down.

Los padres a menudo niegan la incapacidad de los niños con Síndrome de Down, al igual que están restringidos de actividad por la enorme tarea de atender a un niño con síndrome, que a veces se interpreta como falta de atención o una actitud de indiferencia hacia el niño. En sus momentos de más comprensión los padres llegan a ser incondicionalmente cooperadores en el tratamiento del niño y con el odontólogo.

Una fuente de aliento y energía para los padres de niños con Síndrome de Down es el tener contacto con padres de otros niños con problemas similares. Los padres aprecian el apoyo del odontólogo a estos niños y cualquier apoyo que se les pueda brindar es apreciado.

Si el niño con Síndrome de Down tuviera otro tipo de impedimentos se tendría que contar con un tercer centro de atención para él. En las mejores circunstancias el padre debe buscar la atención del niño Down del mismo modo que lo encuentra para el resto de la familia. (5)

Los padres de niños con Síndrome de Down tratan con muchos profesionales (maestros, médicos, odontólogos y trabajadores sociales), esas personas que están dedicadas a prestar ayuda a cada niño y alcanzar su superación máxima como una persona normal.

Los padres tratan con el odontólogo como una base regular, a veces ocasionalmente en la explicación de algún tratamiento o quizá solo una vez que es cuando los padres no vuelven a llevar a su niño a su atención dental.

A veces reaccionan con tanta coherencia en base a las necesidades dentales del niño Down ya que si les es importante para los miembros normales de la familia lo es de igual manera para el niño con Síndrome de Down.

Los odontólogos deben de motivar a los padres para que continúen buscando buena atención dental para sus hijos con Síndrome de Down. (1,2)

**EXAMEN BUCODENTAL AL NIÑO
CON SINDROME DE DOWN.**

El exámen bucodental corresponde hacerlo en forma completa en tejidos blandos (lengua,labios,mucosas,etc) y tejidos duros (incluye número de dientes,tamaño,forma y color), seguido de modelos de estudio y las radiografías correspondientes para poder llegar a un plan de tratamiento lo más completo posible.

La historia clínica comunmente utilizada en odontopediatría es la siguiente, (historia clínica de la División de Estudios de Posgrado).



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA U. N. A. M.

HISTORIA CLINICA DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre _____ (_____) Fecha _____
 Edad _____ Fecha y lugar de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Tel. _____
 Escuela _____ Grado _____
 Padre _____ Ocupación _____
 Domicilio de trabajo _____ Tel. _____
 Madre _____ Ocupación _____
 Pediatra o médico familiar _____ Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades _____

 Acompañante o responsable del tratamiento _____
 Motivo de la consulta _____

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico _____
 Razón _____
 Intervenciones quirúrgicas padecidas _____

 Medicamentos que toma regularmente _____
 Problemas en el embarazo y/o perinatales _____

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

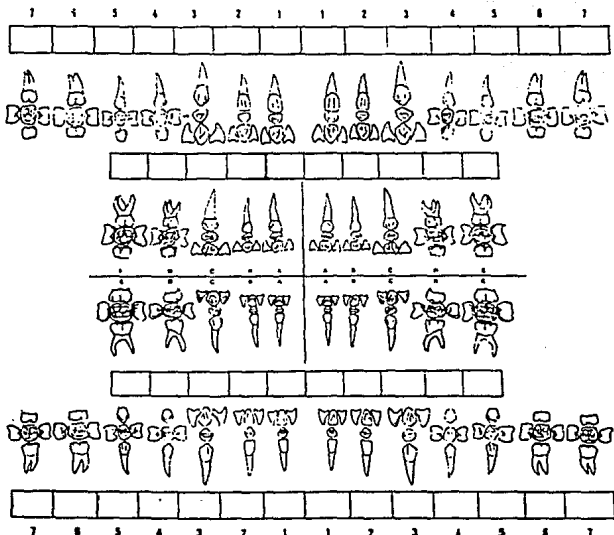
	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Fiebre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Toxiferina	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	() _____	Fiebres eruptivas	() _____
Cardiopatías	() _____	Escarlatina	() _____	Otras:	_____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____	_____	_____
Enf. Renal	() _____	Tifoideas	() _____	_____	_____
Enfermedad Hepática	() _____	Papera	() _____	_____	_____
Trastornos del lenguaje	() _____	Poliomielitis	() _____	_____	_____

	Si	No
¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes?	()	()
¿Tiene dificultades en la Escuela?	()	()
Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos	_____	_____
_____	_____	_____

Observaciones: _____

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 U.N.A.M.

EXAMEN DENTAL



- Color: Rojo ___ Caries y otras Patosis
 Rojo y Azul ___ Caries Secundaria
- Azul ___ Restauraciones
 Triángulo Azul ___ Ausente (Extracción o Exfoliación)
- Triángulo Rojo ___ Ausente (Congénito)
 Cuadrado ___ Sin Erupción
- Flechas ___ Inclinación del Diente
 Flechas ___ Giroversión de Diente
- (- -) (| |) (())

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Su)

Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (I) Centro de la

Corona (c) Cervical Solamente (ca)

Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEX)

Movilidad en el Diente (MV)

Inflamación Gingival (PMA)

Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones _____

OCCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal	Deriviado a		2) Planos Terminales	1) Vertical	2) Mesial	3) Distal
		Itq.	Der.				
3) Espacios Primates	Si	No		4) Angle	I	II 1, 2	III
5) Mordida Cruzada	Si	No		6) Sobre Mordida		Si	No
7) Traslape Horizontal	Si	No		8) Mordida Abierta		Si	No
9) Malposición Dentaria	Si	No		10) Diastema		Si	No

HABITOS PERNICIOSOS

1) Succión de Jedo	()	2) Protusión de lengua	()
3) Morderse el Labio	()	4) Morderse las Uñas	()
5) Respirador Bucal	()	6) Otros: _____	

ERUPCIÓN Y DENTICION

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Pérdida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Edad Dental



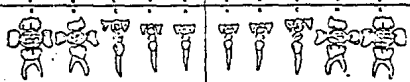
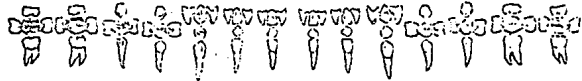

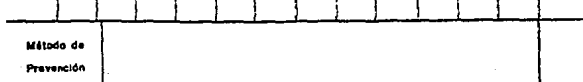
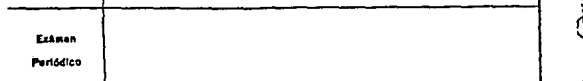
CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral:	Buena	Regular	Pobre	Placa	Sarro
Localización:	Supragingival _____		Subgingival _____		
Cantidad:	Poca	Mediana		Abundante	
Calcificación:	Buena	Pobre	Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta		

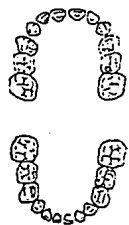
PLAN DE TRATAMIENTO

Nombre _____

Diente	Punto Problema	Método de Instrucción	No. de Veces
Higiene Bucal			
Dieta			

												Orden de Tratamiento
												1
												2
												3
												4
												5
												6
												7
												8
												9
												10
												11
												12
												13
												No. de Citas
												Total

Método de Prevención	
Examen Periódico	
Cuidado en el Hogar	



Siempre debe haber un responsable en el tratamiento del niño con Síndrome de Down (en especial que sea el padre o la madre) y para todo tratamiento a realizar será con la autorización de los padres a quienes ya se habra explicado el procedimiento a seguir en el tratamiento del niño.

Posteriormente vendra el examen bucal en donde se examinarán tejidos duros, tejidos blandos y se hara la anotación de las piezas cariadas, perdidas y obturadas, así como cualquier anomalía de la dentición o de cualquier componente de la misma. (9,17,18)

Una vez realizado esto se podra plantear el tratamiento (también se contará con Rx de las que se hablará más adelante). Por lo general el tratamiento del niño con Síndrome de Down es igual al de cualquier niño normal y se le dará prioridad a la atención del dolor o de alguna infección siempre tomando en cuenta el diagnóstico médico ya realizado.

Se aconseja que en la primera cita solo se familiarize al niño con el lugar realizando la historia clínica, la toma de radiografías y mostrar al niño los instrumentos que se utilizarán para su atención.

También se podrá evaluar la capacidad del niño para cooperar durante su tratamiento en citas posteriores con el dentista.

La duración de la cita será dada por el odontólogo, al igual que la forma de seguir el tratamiento, y también la fre

cuencia de las citas. Y se le dará a elegir a los padres los días y la hora que les sea accesible para las citas del niño. (19)

B) EXAMEN RADIOGRAFICO.

La necesidad de un exámen radiográfico completo es de importancia en los niños con Síndrome de Down, ya que con frecuencia tienen una elevada incidencia de anomalías bucales que en un niño normal. Para esto hay diferentes técnicas en la toma de radiografías.

RADIOGRAFIA INTRABUCAL.

Para la realización de estas radiografías se usa la técnica convencional y las películas pueden ser de adulto del #2 para oclusales o radiografías infantiles para la región de molares. En caso de que el niño tenga dientes permanentes (11 años) se utilizará serie radiográfica. La técnica de bisectriz es la siguiente:

La película se sostiene en el plano oclusal entre los dientes, y el haz del rayo se dirigirá perpendicular a la bisectriz del ángulo formado por la película y el eje del diente.

Steinberg y Bramer (1976) describen la técnica para la toma de radiografías interproximales por medio de la aleta de mordida, sosteniendo la película entre el diente y el carrillo como ya se dijo por medio de una aleta que será confeccionada por el odontólogo. (19)

RADIOGRAFIA EXTRABUCAL.

Es usada como complemento de un estudio radiográfico -- general. Es muy eficaz con el paciente con Síndrome de Down que no es cooperador.

La más usual es la radiografía panorámica por su capacidad de diagnóstico, lo económico y la comodidad del paciente y la seguridad del operador.

También es útil para un tratamiento parodontal en la -- realización del diagnóstico en donde se puede observar la cantidad de hueso de soporte de los dientes, y de igual manera -- se observa si hay reabsorción del mismo por cualquier alteración gingival o parodontal. (6)

Se cuenta también con la radiografía lateral de cráneo que es más usada a nivel de ortodoncia y ortopedia para detectar alguna anomalía del crecimiento óseo.

Para la realización del diagnóstico exacto y el plan de tratamiento el odontólogo depende del estudio radiográfico -- completo, en donde le permite detectar lesiones de caries, -- procesos patológicos y la evaluación del desarrollo y crecimiento.

MANEJO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

Para la atención dental del niño con Síndrome de Down - hay que tener en cuenta su comportamiento durante la consulta dental. De igual modo se tendrán presentes las técnicas - para el control de ansiedad de estos pacientes, desde lo más simple hasta el uso de medicamentos.

A) CLASIFICACION DEL PACIENTE CON SINDROME DE DOWN.

Menius ha descrito una clasificación general de pacientes de acuerdo a la cooperación que estos muestran durante - su tratamiento odontológico. (19)

CLASE I.- Pacientes que permiten los procedimientos odontológicos sin complicación alguna, son excelentes pacientes, incluso llegan a tener una actitud aveces mejor que la de un niño normal.

CLASE II.- Son algo renuentes al tratamiento. Pueden razonar y se les debe explicar los procedimientos. La restricción física no es necesaria pero la - asistente estará al pendiente de sus movimientos corporales.

CLASE III.- No permiten los procedimientos odontológicos, - no razonan. Se usan restricciones físicas menores, es necesario el uso de abre bocas.

CLASE IV.- Ya son problema, aún con restricciones físicas_ y se da la indicación de premedicación para con trolar su conducta. Con frecuencia estos niños figuran entre los internados y son pacientes --

muy raros en el consultorio dental. Pero con la premedicación y la restricción física llegan a ser tratados en el consultorio con buenos resultados.

CLASE V.- Son problemas de manejo grave y no pueden ser - tratados en el consultorio, requieren anestesia general.

CLASE VI.- Son pacientes no cooperadores que necesitan una cantidad mínima de tratamiento odontológico y - no merecen el riesgo de la anestesia general. Para ellos se usa una restricción completa como la de Pedi-Wrap.

B) TECNICAS DE INMOVILIZACION Y CONTROL DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

En el caso del niño con Síndrome de Down en algunas ocasiones no coopera con el odontólogo y es imposible el tratamiento dental. Cuando esto pasa el odontólogo se auxilia de ciertas técnicas para estos pacientes como:

- 1.- Manipulación bucal.
- 2.- El uso del óxido nitroso.
- 3.- Sedación bucal.
- 4.- Anestesia general.

Analizaremos la manipulación bucal y otro tipo de restricciones, el uso de anestesia general y óxido nitroso se - explicarán en otro capítulo.

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA.

Es una técnica usada por el odontólogo para ganar la -- atención del niño histérico o agresivo, son niños entre los 3 y 6 años de edad, si no hay comunicación entre el niño y -- el odontólogo puede llegar a mostrar temor cuando está en el sillón dental.

La forma de calmar esta sensación es colocando la mano_ del odontólogo sobre la boca del niño para evitar que conti-- núa gritando, al mismo tiempo se le diría que esté tranquilo con voz suave y con bajo tono, dándole las razones del por-- qué se debe de calmar. (11)

INMOVILIZACION O RESTRICCION DE MOVIMIENTOS.

Para inmovilizar físicamente al paciente hay un adita-- mento que es el más conocido y es el Pedi-Wrap, que se utili-- za para la inmovilización completa del niño con Síndrome de_ Down, que es una especie de cama confeccionada en nylon que sujeta al niño desde los hombros hasta los pies por medio de una maya.

Se debe de usar adecuadamente para que el niño no lo -- sienta como un castigo. (10)

En ocasiones se utilizan abre bocas para el mejor acceso a la cavidad oral. El abre boca ayuda al paciente a mantener_ la boca abierta e impide que el niño llegue a morder al odo-- nólogo o mientras se utiliza algún instrumento punzante.

Si se usa en modo adecuado son aceptados como agradable

para el niño.

Los instrumentos pequeños que se utilicen (grapas, matrices, etc.) deben ser sujetados con un hilo para evitar -- que el paciente llegue a broncoaspirar y haya un accidente.

**ANESTESIA EN EL NIÑO CON
SINDROME DE DOWN.**

En la práctica odontológica se encuentran a menudo los niños con Síndrome de Down que no pueden ser tratados de manera óptima a excepción que se le medique algo para calmar su estado emocional y físico durante el tratamiento odontológico.

En estos pacientes la sedación puede estar indicada, -- para esto el odontólogo ha aprendido como tratar a los niños con Síndrome de Down y manejar su ansiedad. Aunque también -- este tipo de niños puede ser atendido óptimamente solo con -- anestesia local.

La anestesia local es la más comunmente usada para un -- paciente normal, su presentación es en cartuchos dentales al -- 2%. Las técnicas empleadas en este tipo de anestesia son:

A nivel de la raíz del diente a tratar (por infiltra -- ción) en dientes superiores, y la anestesia regional (que -- desensibiliza la mitad de la arcada) en los dientes inferiores y es óptima para el trabajo por cuadrante.

A) ANESTESIA EN EL PACIENTE ANSIOSO.

Hay varios tipos de sedación, uno consiste en que el paciente respire óxido nitroso con oxígeno en contracciones -- controladas por medio de una mascara nasal haciendole sentir -- se aturdido y dispuesto al tratamiento.

Otros odontólogos usan la llamada premedicación que es -- uno de los mejores métodos. La palabra premedicación se em-- pleo como la utilización de una droga habitualmente oral an-

tes del tratamiento dental del paciente.

B) ANESTESIA POR OXIDO NITROSO.

La acción del óxido nitroso es la depresión del sistema nervioso central, produce analgésia e hipnósis por sí mismo . Actúa a buen nivel junto con el oxígeno, como sedante el óxido nitroso tiene muy pocos efectos sobre las funciones corporales, el paciente solo se encuentra relajado, los ojos reaccionan normalmente a la luz y otros estímulos, los movimientos son menores y demorados. Si se usa adecuadamente carece de toxicidad.

Naton (1991) encontró en niños con Síndrome de Down -- usando óxido nitroso como reductor de ansiedades, en niños entre 7 y 14 años de edad, notó un cambio en el comportamiento después de usado el óxido nitroso. (11,14)

Hay otro tipo de uso de el óxido nitroso y es en combinación con la hidroxizona. Ambos medicamentos son seguros y no tienen efectos serios.

Lang reporta el uso de este, usando 50mg de hidroxizona administrado al paciente una hora antes del tratamiento. Esto demuestra que la hidroxizona reduce significativamente la conducta difícil en los niños con Síndrome de Down. (12)

Stewart reporta el uso de óxido nitroso con hidroxizona reduce la ansiedad preoperatoria en el niño. (14)

C) ANESTESIA GENERAL.

Es el último recurso del odontólogo para el tratamiento bucal de un paciente con Síndrome de Down y se hace en niños muy aprensivos y no cooperadores. Antes de efectuarla se deberán estudiar todas las posibilidades y contraindicaciones que acarreará en este tipo de pacientes y puede ser nasal en donde no se terminará el tratamiento dental debido a que es muy breve su duración. También puede ser endotraqueal en donde su tiempo de duración es más prolongado. (11,12)

**ESTADO BUCAL EN EL NIÑO CON
SINDROME DE DOWN.**

En el Síndrome de Down son muy comunes las anomalías -- dentarias, por lo que se tendrá un estudio radiográfico completo para la detección de las mismas.

Se observa una baja incidencia de caries y mayor enfermedad periodontal. Por las mismas anomalías se presentan maloclusiones en el niño con Síndrome de Down.

A) ANOMALIAS.

Los niños con Síndrome de Down tienen una cavidad bucal más pequeña o menos desarrollada, lo que propicia que los dientes sean lentos en su erupción.

La aparición del primer diente es entre los 9 y 10 meses y completa la erupción hasta los 4 o 5 años. El orden en que erupcionan los dientes son desordenados; primero erupcionan los incisivos superiores antes que los inferiores y en algunos casos los molares erupcionan antes que los incisivos (7).

La mayoría de estos pacientes pueden tener dientes congénitamente ausentes, siendo los más frecuentes los incisivos laterales superiores.

En este caso en particular se vió a un niño con Síndrome de Down al que se le diagnostica translocación del canino y premolar permanentes del cuadrante superior izquierdo, que hasta ahora ha sido una anomalía poco común.

En el estudio radiográfico se detectó ausencia del lateral superior izquierdo, y un intercambio de lugar de los ger-

menes del canino y primer premolar en donde el canino ocupa el lugar del premolar y viceversa, esto no altera en nada la estética, por ser similares estos dientes en su anatomía de la cara vestibular. (7,9)

La forma de la prominencia del paladar en los bebés con Síndrome de Down entre los 2 y 6 meses de edad, fué medida por Frisher - Brandies, también revelaron que la dimensión vertical del paladar es reducida en relación a la dimensión transversa, en comparación con la altura vertical del paladar de la población normal. (4,8)

Los niños con Síndrome de Down de la edad escolar, muestran una forma en V del paladar, lo cual da la impresión de un paladar alto. Otro resultado es que el largo total de la mandíbula es reducido y menos expandido que el normal, la mordida abierta puede ser la causa primaria. (4,8)

Annerén reportó que los niños con Síndrome de Down no son simplemente deficientes de somatomedinas, típico del empobrecimiento pituitario; también mostró una deficiencia selectiva de la hormona del crecimiento. (20)

Después de una terapia tiroidea la transición de la dentición de la mandíbula fué más acelerada que el maxilar, las hormonas tiroideas pueden influenciar la actividad del metabolismo local de el hueso alveolar. En general después de la terapia tiroidea, el crecimiento mandibular se da armoniosamente. (20)

La verdadera macroglosia es muy rara en los infantes -- con Síndrome de Down. Limbrock y Hoyer (1990) observaron una lengua con macroglosia cuando esté tamaño es realmente grande, que el paciente puede solo con esfuerzos cerrar la boca y cuando el tejido de la lengua es aumentado por palpación digital. Hay un número de problemas orofaciales en los niños -- con Síndrome de Down que son clasificados como primarios y secundarios y que fueron señalados dentro de las características bucales. (capítulo I) (4,8)

Algunas variantes relacionan específicamente a los dientes permanentes mientras que otros fueron expresados en ambas denticiones. (9,18)

Este estudio confirma lo descubierto por Kraus que las variaciones de la corona son muy comunes en los dientes permanentes de los individuos con Síndrome de Down, además, las -- variaciones morfológicas de la corona de los dientes temporales fueron también observadas, aunque generalmente no tan frecuente como en los dientes permanentes. El 53% mostraron fusión de temporales mandibulares laterales y caninos. (13,18)

Dentro de las variaciones dentales en el Síndrome de -- Down están el tamaño del diente, la agenesia y la alta frecuencia de irregularidades de la corona. Y se tiene la siguiente clasificación:

- Patrones alterados del mamelón.
- Cíngulo alterado.
- Alteración de la cúspide de los caninos.



Notese la relativa macroglosia existente en el niño con Síndrome de Down.

- Protuberancia bucal de la cúspide de los premolares.
- Salientes exageradas (en su cara distal) en los premolares
- Reducción y hasta pérdida de la cresta marginal de premolares y molares.
- Pérdida o reducción de la cúspide disto lingual sobre los molares.
- Compresión o distorción del diente.
- Desplazamiento o pérdida de la corona distal de los molares inferiores. (18)

C) CARIES.

En los niños afectados con Síndrome de Down se ha comprobado que hay más resistencia a la caries. Esto se relaciona por que las piezas dentarias se encuentran en la forma más simple ya que presentan menos fisuras profundas.

Según Cutress (1971) muy pocos sujetos fueron libres de caries en los dientes permanentes después de la edad de 10 años comparado con el 11 al 18% y 36 - 55% respectivamente en los grupos entre los 10 a 14 años de edad. (3,13,16)

También asocia el retardo de erupción y la ausencia congénita de dientes permanentes en diferentes edades, pueden influenciar en la prevalencia de caries. (3,13,16)

La baja prevalencia de las lesiones de caries en los pacientes con mongolismo han sido notados por Nash y Rapaport (1961). Y consideran 2 posibilidades en la evaluación de la prevalencia de caries reducida en pacientes con mongolismo.

- El bajo índice puede ser asociado directamente con algunos disturbios caracterizados del mongolismo.
- La morfología anormal de los dientes puede ser asociado -- con una reducción o disminución de cavidades o fisuras para este grupo diagnosticado. (3,13,16)

Finalmente, la relación inversa de las lesiones de la caries hacia la enfermedad parodontal puede ser asociado con un trastorno metabólico desconocido caracterizado del mongolismo. (3,13,16)

C) PARODONTO.

El problema se complica en individuos con Síndrome de - Down, cuya susceptibilidad a la enfermedad parodontal parece ser muy común. Las compenetraciones localizadas de microorganismos sobre las superficies dentarias se denomina Placa Dentaria. Es muy probable que la placa se forme en superficies que no son accesibles al cepillado de los dientes siendo común en las zonas interproximales y cuellos de los dientes.

Casi todos los niños con Síndrome de Down sufren de un grado moderado o severo de enfermedad parodontal, es muy frecuente en la zona de los incisivos inferiores y a la edad de 3 años puede haber desmoronamiento tisular y pérdida temprana de los dientes centrales temporales, a veces hasta de los dientes permanentes, antes de la pubertad es muy común.

Con la formación de bolsas hay separación del borde gingival insertado y pérdida progresiva del hueso de soporte.

Esto avanza con la edad seguido de complicaciones de -- los incisivos inferiores, luego los incisivos superiores y -- más tarde el resto de los arcos dentarios. (6,10)

Radiográficamente hay falta de la lámina dura y las trabeculas óseas parecen más cortas y gruesas, con espacios medulares más pequeños; hay raíces cortas de los incisivos.

El análisis del hueso trabecular mandibular puede no sólo ayudar a la etiología de la enfermedad periodontal que -- ocurre en un alta frecuencia en pacientes con Síndrome de -- Down.

La presencia o ausencia de una anormalidad en la estructura de la mandíbula fué el enfoque de este estudio como posible causa de la susceptibilidad en los pacientes con Síndrome de Down en la enfermedad periodontal. (6)

La pérdida del hueso y la calcificación de anormalidades pueden solo ser detectadas por medio de una radiografía cuando la desmineralización y la hipomineralización son más del 30 o 40%. La forma trabecular establecida en los pacientes es invariable según la edad y se dieron las siguientes conclusiones:

- La trabécula mandibular de los sujetos normales cambian -- con el incremento de la edad.
- La trabécula mandibular de los pacientes con Síndrome de -- Down mostraron correlación con la edad del paciente. (6)

Cuando exista caries, su tratamiento será de acuerdo a la magnitud de caries que el diente presente, al igual que su obturación.

En caries de clase II (donde falta 1 ó más paredes) se restaurará con corona de acero cromo.

En dientes anteriores se podrá restaurar con resina en cingulos y caries pequeñas en cara vestibular.

Cuando la caries ya es extensa y puede haber lesión de la pulpa, se realizará tratamiento endodóntico con pulpotomía o pulpectomía según el tipo de lesión que la pulpa presente y en este caso siempre se colocará corona de acero cromo (por que el diente pierde vitalidad y se vuelve quebradizo).

Si el diente ya es para extracción y el niño es pequeño se colocará un mantenedor de espacio (dejándolo en boca hasta que empiezen a erupcionar los dientes permanentes) evitando así malposición dentaria.

D) MALOCLUSIONES.

Hay falta de crecimiento del maxilar superior lo que hace verse más pequeño y se le diagnostica clase III de Angle.

Puede existir mordida abierta posterior en uno o en ambos lados agregando una sobremordida. Los dientes presentan diastemas debido a la ausencia congénita de algunos dientes y se observa con mucha frecuencia el apiñamiento de algunos dientes debido al poco desarrollo de los maxilares. (9,18)

Hay una proyección lingual debido a la lengua agrandada y por falta de espacio para una lengua aparentemente normal, esto puede producir una sobremordida anterior. (8)

Suele haber una falta de sellado labial y posible labioversión de los incisivos inferiores, acentuando la relación incisiva invertida. (4,13)



Hay falta de sellado labial debido
a el tamaño de la lengua y la hi-
potonfa de algunos músculos.

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA EL PACIENTE
CON SINDROME DE DOWN.**

La teoría de que la caries dental es una enfermedad bacteriana multifactorial que afecta los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal hay amplia evidencia para demostrar que la placa dental es el agente causal de la caries y la enfermedad periodontal.

Por lo mismo el odontólogo debe estar capacitado para modificar la conducta de los pacientes de Síndrome de Down y enseñarles el cuidado de su boca.

La presentación odontológica debe de tratar los siguientes puntos:

- La necesidad de una salud dental óptima.
- Determinación de la necesidad de fluoruros sistémicos y/o tópicos.
- Evitar hábitos de biberón especialmente por las noches.
- Desarrollos de hábitos de comida, influyendo frecuencia y calidad del alimento.
- El uso del chupón.
- Métodos de limpieza dental y fluoruros.

Hasta ahora el único medio eficaz para eliminar la placa de las partes coronarias y oclusales de los dientes y de la unión con los tejidos periodontales, es mediante medios mecánicos como el cepillado dentario y el uso de hilo dental. Desafortunadamente esto requiere la participación activa del paciente en forma regular. La persona impedida es más resistente a la prevención por que no puede entender la razón que

la determina o no es capaz de realizarla.

Los métodos mecánicos deben de ser enseñados a los niños con Síndrome de Down y a los padres para que juntos lo practiquen diariamente.

A) HIGIENE ORAL Y EL USO DE FLUORUROS.

El cepillado dental sigue siendo el medio principal para conseguir una higiene oral aceptable, así como los padres deben de responsabilizarse en el cepillado dental de sus niños pequeños, de igual manera deben de ayudar al niño con Síndrome de Down y ayudarlo a que él realice su propia higiene bucal.

Las soluciones reveladoras son de valiosa ayuda en la detección de placa dentobacteriana, dependiendo de la cooperación del niño pueden colocarse directamente en la boca del niño o por medio de una solución llamada fucsina que se utiliza como enjuague. (1,10)

La recomendación para un cepillo dental deben de adaptarse a la salud dental del niño y a la destreza manual que el niño con Síndrome de Down tenga. El cepillado a veces es insuficiente para las zonas interproximales por lo que es necesario usar el hilo de seda dental, para los niños con Síndrome de Down que son inquietos y no cooperan lo suficiente, se puede usar el porta hilo.

En los niños con Síndrome de Down pequeños o con condiciones incapacitantes más graves los dentríficos disminuyen

la visibilidad a la hora del cepillado y si por hábito es necesario el uso del dentrífico se hace en cantidad pequeña.

Se ha sugerido que si un niño con Síndrome de Down consigue un resultado aceptable para el odontólogo de su limpieza con el cepillado este no debe modificarla. Para estos niños de acuerdo a su capacidad manual se recomienda la técnica horizontal que hasta ahora ha sido efectivo. Cualquiera que sea el método el cepillado cotidiano y minucioso es lo más importante. El padre del niño debe desarrollar su rutina diaria para el cuidado del cepillado del niño con Síndrome de Down. Una vez cepillados perfectamente todos los dientes se debe de usar el hilo dental para las superficies dentales interproximales evitando el acumulo de alimentos en esta zona.

(12)

MOTIVACION PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA DEL CEPILLADO EN PACIENTES CON SINDROME DE DOWN.

Todo cirujano dentista que desea aportar comprensión, paciencia en pacientes con Síndrome de Down; es posible que en dichos pacientes se debe modificar en algo el plan de tratamiento teniendo en cuenta la situación física y mental de los pacientes impedidos, pero estos principios no se deben alterar ni cambiarlos por ninguna condición.

En niños entre 8 y 12 años se realizó control de placa con diferentes métodos de tinción.

A un grupo se le hizo tinción de placa bacteriana por -

medio de fucsina básica, se registro en indice de placa inicial, así como el indice gingival.

Posteriormente se les enseñó la técnica de cepillado -- por modelaje (Stillman) a padres y maestros de este grupo y se solicitó su ayuda para que los niños se cepillaran después de cada alimento, además de recomendarles un cepillo de cabeza pequeña y cerdas suaves. Este tratamiento fué durante 19 semanas teniendo una sesión por semana y en cada cita se les dió reforzamiento positivo.

En las primeras 11 semanas hubo reforzamiento objetivo (con globos, estrellas, etc.) y subjetivo (palabras amables, cariñosas) y después las semanas restantes reforzamiento subjetivo. De acuerdo a este estudio se puede decir que la motivación a los pacientes es de gran ayuda para lograr un buen resultado para el cepillado; se notó que la cantidad de placa bacteriana disminuyó en estos pacientes, mientras que en los niños que no hubo ningún estímulo, no hubo cambio alguno en cuanto al cepillado. (1,7)

EL FLUORURO COMO PREVENCIÓN.

El uso del fluoruro sigue siendo el método más eficaz -- para la prevención de caries. Ya sea que su utilización sea por vía sistémica o tópicamente por soluciones, geles o colutorios la reducción de las caries es notable.

Si el paciente vive en una zona donde el agua que se -- consume está fluorada los fluoruros adicionales no serán ne-

cesarios. Si la zona donde habita el agua está parcialmente fluorada se darán suplementos de fluoruro en forma de gotas, tabletas o pastillas.

En el caso de que el paciente no tenga ningún acceso de fluoruros por el agua se le deberá aplicar en el consultorio dental por lo general cada 6 meses. De acuerdo a la cooperación del paciente el fluoruro podrá ser aplicado por enjuagues fluorados, el cepillado con gel o por lo más común que es la técnica de cubetas topicadoras. La terapia con fluoruros es muy útil para los niños con Síndrome de Down especialmente por que ni se tiene el aseo debido por su incapacidad y también para la realización del tratamiento restaurador -- que siempre es de dificultad.

Frente a la pobre higiene que tiene el niño con Síndrome de Down el sellado de fosetas y fisuras en dientes posteriores está indicado individualmente por su efectividad para reducir la caries, los dientes pueden ser sellados tan pronto como erupcionan lo suficiente como para que se pueda aislar. (7,10,17)

B) ALIMENTACION Y DIETA.

La alimentación y la dieta pueden afectar los dientes - en:

- Sistemáticamente durante la formación, desarrollo y mantenimiento.
- Localmente por el contacto con las superficies - --

de los tejidos y los productos resultantes del metabolismo bacteriano.

El efecto de ciertos componentes y las propiedades del alimento parecen tener un efecto marcado en la iniciación de la enfermedad dental. Puede decirse que con el aumento en la frecuencia de las comidas sobre todo si son carbohidratos -- azúcar o almidón tiene una facilidad para adherirse a la superficie dentaria.

Caldwell comunicó que en muchos casos después de comer hay alimentos retenidos en los tejidos blandos de la boca -- que en los duros, de modo que la acción de la lengua, carrillos y labios juegan un papel importante en el despegue de los alimentos. (19)

El dar alimentos fibrosos al niño con Síndrome de Down a edad temprana en donde se puede permitir que se aprenda a masticar es muy favorable.

En los niños con Síndrome de Down que tienen problemas neuromusculares, con incapacidad de tragar, afectan la ingestión de alimentos. (4,8,19)

La atención del dentista debe concentrarse en la ingestión de sacarosa que realiza el paciente y especialmente en la contenida en golosinas y bebidas. Aquí es indispensable -- marcarle límites al niño con Síndrome de Down, no se deben -- emplear los dulces como estímulo ni en recompensa de que el niño se halla portado bien durante su tratamiento dental.

Como consecuencia del medicamento que a veces toman regularmente los niños con Síndrome de Down tiene constante sequedad de boca por lo que se les aconseja que se le dé de beber agua sin ningún endulzante o colorante. Es importante insistir que con pequeñas restricciones y un poco de sentido común en la ingesta de azúcar hay una disminución notoria en el índice de caries del niño.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

Los niños con Síndrome de Down pueden ser tratados con éxito en el consultorio dental. Los temas descritos pueden ser de gran utilidad, tanto para el odontopediatra como para el odontólogo de práctica general para la atención del niño con Síndrome de Down.

Después de la conclusión del tema se noto que hay baja incidencia de caries en el niño con Síndrome de Down, pero un aumento en la enfermedad periodontal.

La mayoría de veces los padres de familia de los niños con Síndrome de Down se quejan de la poca información que reciben acerca de estos niños y del cuidado dental que se les debe tener para un tratamiento oportuno.

Es responsabilidad del odontopediatra el darse cuenta de los problemas que afrontan la familia y el niño con Síndrome de Down para su atención dental y debemos de ayudarlos a obtener una buena salud dental, aceptándolos no solo en clínicas especiales, si no también en la práctica privada.

La salud bucal es importante para una masticación adecuada, la digestión y el habla, por lo que se requiere realizar una buena higiene bucal por medio de un programa educativo a largo plazo; en el que es fundamental la participación del odontopediatra y de los padres.

Se pondrá énfasis en la adaptación de los procedimientos preventivos de acuerdo a las necesidades físicas y menta

les del niño con Síndrome de Down.

La mayoría de padres de niños con Síndrome de Down están encargados de la regulación de la dieta del niño, y el efecto de ciertos alimentos parecen tener una reacción marcada en la iniciación de la enfermedad dental, por ejemplo las madres que hasta después del año le siguen dando papillas al niño (o dieta blanda), no permitiéndole se desarrolle su capacidad de masticar, la selección incorrecta de alimentos -- que le son nutritivos al niño; el alta ingesta de hidratos de carbono hacen que se tenga un mal hábito con lo referente a la alimentación del niño con Síndrome de Down.

Es importante insistir que con pequeñas restricciones y un poco de sentido común en cuanto a los hábitos de la dieta y las medidas preventivas para el niño se puede conseguir -- una salud bucal gratificante en el paciente con Síndrome de Down.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arroniz Padilla Salvador, MOTIVACION PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA DE CEPILLADO EN PACIENTES CON SINDROME DE DOWN.
Práctica Odontológica, vol. 5 no. 7 Agosto 1984, pp. 52.
- 2.- Cooley Can W, REACTIONS OF MOTHERS AND MEDICAL PROFESSIONALS TO A FILM ABOUT DOWN SINDROME.
A.J.D.C. vol. 144 Octubre 1990, pp. 1122-1116.
- 3.- Cutress T W, DENTAL CARIES IN TRISOMY 21.
Oral Biology vol. 16 1971, pp. 1329-1344.
- 4.- Hover H DMD, OROFACIAL REGULATION THERAPY IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME USING THE METHODS AND APPLIANCES OF CASTILLO-MORALES.
- 5.- Jasso Luis, EL NIÑO DOWN MITOS Y REALIDADES.
Edit. Manuel Moderno, México D.F. 1991, 232 págs.
pp. 29-37, 204-220.
- 6.- Kashima Isamu, Miyake Kumeo, BONE TRABECULAR PATTERN ANALYSIS IN DOWN SYNDROME WITH THE USE OF COMPUTED PANORAMIC RADIOGRAPHY.
Oral Surg ord Med Oral Pathology, vol. 70 no. 3 Septiembre 1990, pp. 360-363.
- 7.- Lesama del Valle David, ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE CON SINDROME DE DOWN.
Seminario Interdisciplinario de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM.
Periódico EL NACIONAL Sección Divulga, 13 de abril de 1993, año LXIV, tomo XI, no. 23,054 México, D.F. pp. 6.
- 8.- Limbrock G Johannes, REGULATION THERAPY BY CASTILLO-MORALES IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME: PRIMARY AND SECONDARY OROFACIAL PATHOLOGY.
Journal of Dentistry for Children, vol. 52 no.6 Noviembre-Diciembre 1990, pp. 446-450.
- 9.- Llanera Ma. E, Ornelas Rubio F., TRANSLOCACION DE DIEN- TES PERMANENTES EN SINDROME DE DOWN.
Práctica Odontológica, vol. 8 no. 8 Febrero 1987, pp. 12-14.
- 10.- Magnusson O Bengt, ODONTOPEDIATRIA ENFOQUE SISTEMATICO.
Edit. Salvat, Barcelona España 1985, 369 págs.
pp. 301-324.

- 11.- Musselman Robert J, CONSIDERATIONS IN BEHAVIOR MANAGEMENT OF THE PEDIATRIC DENTAL PATIENT.
Pediatric Clinics of North América, vol. 38 no. 5
Octubre 1991, pp. 1309-1319.
- 12.- Nowak J Arthur, ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO.
Edit. Mundi, México D.F. 1976, 142 págs.
- 13.- Russell s McMillan DDS, RELATION OF HUMAN ABNORMALITIES OF STRUCTURE AND FUNCTION TO ABNORMALITIES OF THE DENTITION II MONGOLISMO.
The Journal of the American Dental Association, vol.63
Septiembre 1961, pp. 50-55.
- 14.- Shapira H Joseph, EVALUATION OF THE EFFECT OF NITROUS OXIDE AND HIDROXIZINE IN CONTROLLING THE BEHAVIOR OF THE PEDIATRIC DENTAL PATIENT.
Dentistry Pediatric, Mayo-Junio 1992, vol. 14 no. 3
pp. 167-170.
- 15.- Stabholz A Mann J, CRIES EXPERIENCE, PERIODONTAL TREATMENT NEEDS, SALIVARY pH, AND STREPTOCOCCUS MUTANS COUNTS IN A PREADOLESCENT DOWN SYNDROME POPULATION.
Journal Dentistry for Children, vol. 11 no. 5
Septiembre-Octubre 1991.
- 16.- Sproles C, CYCLIC AMP CONCENTRATION IN SALIVA OF NORMAL CHILDREN AND CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME.
Journal of Dentistry for Children, 1973, pp. 915-917.
- 17.- Thompson M Lewis, Jonh M David, ATLAS DE PAIDODONCIA.
Edit. Panamericana, México 1984, 595 págs.
- 18.- Towseand G C, DENTAL CROWN VARIANTS IN CHILDREN AND YOUNG ADULTS WITH DOWN SYNDROME.
Acta Odontológica Pediátrica, vol. 7 no. 2 Diciembre 1986, pp. 35-38.
- 19.- Weyman Joan, CDCNTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS.
Edit. Mundi, México 1976, 142 págs.
- 20.- Winke Reuland Bosma, MANDIBULAR AND DENTAL DEVELOPMENT SUBSEQUENT TO THYROID THERAPY IN A BOY WITH DOWN SYNDROME: REPORT OF CASE.
Journal of Dentistry for Children, vol. 58 no. 1
Enero-Febrero 1991.