



Atención Bucodental y síndrome de Down

DOWN
España

Divina  Pastora
Seguros



 **CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN COLEGIADA
DE DENTISTAS
DE ESPAÑA

OMC 
ORGANIZACIÓN
MÉDICA
COLEGIADA
DE ESPAÑA

Dra. M^ª ÁNGELA MAYORAL TRÍAS
Médico-Odontóloga. Ortodoncista
Centro Médico Fundación Catalana síndrome de Down
DR. JAVIER BLANCO DELGADO
Estomatólogo

DRA. ISABEL BRAU MAIRE. Profesora Asociada de la Universidad de Barcelona.

DR. JULIÁN LÓPEZ JIMÉNEZ. Presidente de la Sociedad Española de Odonto-Estomatología para el Minusválido y Pacientes Especiales.

DR. FRANCISCO JAVIER SILVESTRE DONAT. Vocal de la Sociedad Española de Odonto-Estomatología para el Minusválido y Pacientes Especiales.

Dr. JOSÉ M^ª BORREL MARTÍNEZ

Asesor Médico de DOWN ESPAÑA. Dirección y revisión de la Guía

Alteraciones asociadas al síndrome de Down

Son consecuencia de trastornos neurológicos y motrices, del desarrollo craneofacial y del sistema inmunológico y se resumen en la siguiente tabla:

ÁREA	CONDICIÓN
Paladar	En escalera, altura palatina reducida, forma en V, angostura, hipoplasia maxilar superior
Labios	Queilitis angular, labio inferior evertido, no sellado labial, agrietados, gránulos de Fordyce, frenillo labial superior corto
Lengua	Fisurada, escrotal, macroglosia, protrusión, procesos adenoideos
Dientes	Microdoncia, agenesias, supernumerarios, erupción retardada e irregular en ambas denticiones, retención prolongada de la dentición temporal, taurodontismo, fusiones, facetas de desgaste, abrasiones, hipoplasia del esmalte, baja incidencia de caries
Periodonto	Gingivitis, periodontitis (tipo juvenil, grave) en ambas denticiones, halitosis, aumento del pH salival, disminución secreción, progresión severa y rápida
Oclusión	Bruxismo normalmente diurno, mordida abierta, mordida cruzada uni o bilateral, Clase III esquelética por hipoplasia maxilar, pseudoprognatismo
Función	Respiración oral, interposición lingual, hipotonía muscular, sequedad mucosa, mordisqueo línea alba, deglución atípica

Intervenciones odontológicas: EDAD PEDIÁTRICA

Recomendaciones generales

Si la salud bucodental en cualquier persona es importante, en las personas con SD es imprescindible, por lo que hay que instaurar hábitos de prevención desde muy temprana edad: dieta variada, sana y progresiva sin abusar de los alimentos cariogénicos para asegurar el aporte de todos los nutrientes (especialmente calcio y vitaminas). Favorecer una buena función masticatoria y el consumo de agua (hidratación). Realizar una limpieza nasal diaria con agua de mar salina para faci-

litar la respiración nasal. Realizar una estimulación orofacial psicomotriz precoz con énfasis en terapia miofuncional y refuerzo de la tonicidad labio-lingual que redundarán en una mejor función oronasal. Es básico instaurar una higiene oral eficiente lo antes posible. Debido a su discapacidad los niños con SD precisan ayuda de los padres hasta que la persona adquiere la suficiente autonomía. El papel de los padres es básico en este período. La constancia, perseverancia y paciencia son necesarias para lograr una prevención bucal satisfactoria. Se recomienda hacer la primera visita al odontopediatra sobre los 2 años e instaurar a partir de esa edad revisiones periódicas cada 6 meses. Se recomienda también una visita al ortodoncista sobre los 6-8 años y a partir de esa edad revisiones periódicas cada año.

Hipoplasia del esmalte

- Uso de flúor tópico en molares afectos aplicado con bastoncillos de algodón sobre los dientes hasta que el niño aprenda a enjuagarse cada noche.
- Aplicación cada 6 meses de flúor tópico en gel o barniz si el paciente lo tolera.
- En dentición permanente sellar los molares.

Gingivitis / Periodontitis

- El uso de reveladores de placa para mejorar el cepillado dental y controlar el nivel de placa bacteriana es un factor determinante.
- Uso tópico de clorhexidina colutorio al 0,12% en tratamiento agudo, incluso puede ser necesario gel o spray al 0,20% en zonas de difícil acceso y al 0,05% como mantenimiento durante un máximo de un mes, aplicado con bastoncillos de algodón a nivel del margen gingival de los dientes, sobre todo en molares, hasta que el niño pueda enjuagarse y mantenerlo en boca como mínimo un minuto. Dependiendo del niño y su control de la placa se recomienda prolongar el uso de un colutorio sin clorhexidina, con triclosan o similar.
- Práctica de higiene bucodental cada 6 meses con refuerzo al niño y a los padres sobre la técnica de cepillado. El uso de cepillos eléctricos puede ayudar a controlar mejor la placa bacteriana. Sin embargo, los niños con SD suelen rechazarlo por el ruido y el movimiento. Se recomienda posponerlo hasta la etapa de adolescencia o adulta.
- Profilaxis antibiótica para prevenir sobreinfecciones y endocarditis infecciosa.

Erupción dental

- Debido al retraso en la erupción, a la retención de piezas temporales y a posibles anomalías dentarias de número (agenesias sobre todo), microdoncia y de posición y erupción, conviene hacer un seguimiento continuo del recambio dentario.
- Desde la primera visita constatar los dientes existentes y las posibles agenesias. Extracción de los dientes temporales retenidos que impidan la erupción de los permanentes o los desplacen fuera de la arcada, para facilitar que los dientes permanentes se coloquen en mejor posición en arcada.
- Es útil a partir de los 8 años obtener una ortopantomografía para valorar las posibles anomalías dentarias.

Bruxismo (Foto 1)

- Predomina el bruxismo diurno y se inicia precozmente en la infancia, decreciendo con los años. Por lo general no precisa tratamiento odontológico. El grado de abrasión dentaria dependerá de la duración, frecuencia e intensidad de la parafunción así como del factor individual de resistencia.

Hipotonía muscular

- La falta de tono en los músculos faciales debido a la hipotonía generalizada en los niños con SD favorece la apertura bucal en reposo, la eversión del labio inferior, la protrusión lingual y la respiración oral.
- Es conveniente realizar una terapia miofuncional temprana por parte del logopeda para obtener la función masticatoria y posición y función linguales correctas.

Maloclusión (Foto 2/3)

- Se observan con frecuencia mordidas cruzadas uni o bilaterales, mordidas cruzadas anteriores de uno o más dientes, mordidas abiertas, apiñamientos dentarios de moderados a severos o espaciamientos por agenesias y protrusión de incisivos.
- Según la gravedad de la maloclusión (esquelética y/o dental, en sentido sagital, transversal y/o vertical), la dentición y la edad del niño, el ortodoncista decidirá el tipo de tratamiento.
- Debe eliminarse el concepto de que por su discapacidad no pueden tolerar un tratamiento de ortodoncia, aunque requerirá la colaboración de los padres y mucha paciencia y comprensión por parte del ortodoncista y su equipo. Dada la complejidad de los problemas que presenta un niño con SD muchas veces se contemplan dos fases de tratamiento, la primera en dentición mixta y la segunda en dentición permanente.
- La aparatología de elección es la fija ya que no interfiere con la dicción y no es necesaria la colaboración del niño. Sólo exige una higiene oral estricta para evitar la gingivitis y controles periódicos del estado periodontal. Se recomiendan los brackets de baja fricción y autoligado para evitar las ligaduras elásticas y facilitar las primeras fases de alineación y nivelación dentarias.

Recomendaciones para cada grupo de edad pediátrica

- *Edad preescolar (2-6 años).* La presencia de la madre o el padre en la clínica para la primera visita representa una gran ayuda para transmitir seguridad al niño. Conforme crece, su presencia resultará menos importante e incluso puede influir negativamente y deteriorar el contacto entre el profesional y el niño. Las experiencias previas negativas o el hecho de que el niño haya sido manipulado por diferentes profesionales pueden dificultar su colaboración. En este período es importante alabar toda conducta positiva y dar órdenes sencillas, aunque firmes. La distracción con juegos en los pequeños o con palabras en los mayores es útil. Se requiere gran comprensión, paciencia y afecto.
- *Edad escolar (6-12 años).* Esta etapa exige una gran comprensión por parte del profesional, que debe dar explicaciones detalladas de lo que

se está haciendo y alabar toda conducta positiva. Es interesante usar un vocabulario pediátrico sustitutivo que elimine connotaciones de ansiedad: contador de dientes en vez de sonda, fotografía como radiografía, cepillo limpiador con agua a presión como turbina. En esta etapa la técnica de explicar-mostrar-hacer se puede utilizar para familiarizar al niño con los tratamientos e instrumentos de la consulta dental. La paciencia y el afecto son imprescindibles. El control de la voz puede servir para restablecer una conducta no colaboradora, consistiendo en un cambio súbito del tono. Cuanto más mayor es el niño, más hay que motivarle para que adquiera unos buenos hábitos de higiene dental.

- **Adolescencia.** Hay que continuar trabajando para motivarle a que adquiera responsabilidad sobre su propia salud dental, aunque según el grado de discapacidad es aconsejable que los padres revisen la higiene dental diariamente. Hay que evitar tratar al niño con un exceso de autoridad. Debe explicársele con detalle lo que se está haciendo y los tratamientos dentales que precisa. Es fundamental guiarlo hacia lo conveniente con tacto y paciencia. A esta edad conviene el uso del cepillo eléctrico.

Intervenciones odontológicas: EDAD ADULTA

El aumento en la esperanza de vida de las personas con SD propicia situaciones médicas con posible repercusión en el ámbito orofacial, que pueden requerir especial atención odontológica:

CONDICIONES MÉDICAS	IMPLICACIONES DENTALES
Alteraciones inmunológicas	Periodontitis
Alteraciones hematológicas	Leucemia
Disfunciones esofágicas (reflujo)	Abrasión dental Hipersensibilidad dental
Alteraciones cardiovasculares	Riesgo de endocarditis infecciosa
Inestabilidad atlantoaxoidea	Riesgo de lesión medular ante una manipulación de la región nucal
Hipotonía muscular	Hipotonía de la musculatura perioral y masticatoria, lengua protruida
Enfermedad de Alzheimer	Ansiedad y/o fobia leve a moderada Falta de cooperación
Infecciones respiratorias	Riesgo de aspiración de secreciones orales
Diabetes	Xerostomía, lengua/boca ardiente, periodontitis, agrandamiento de parótida, cicatrización retardada
Apneas del sueño	Dispositivo de avance mandibular (DAM)



Recomendaciones generales

- Es imprescindible mantener una buena higiene bucodental y realizar controles periódicos cada 6 meses de la salud dental para evitar una evolución desfavorable de las patologías bucales asociadas al SD con la consecuente pérdida de dientes.
- Es fundamental la colaboración de la familia, padres y en su defecto hermanos o tutores, si son personas institucionalizadas.
- Se recomienda el uso del cepillo eléctrico.
- Hay que eliminar siempre cualquier foco séptico.
- Hoy en día es posible realizar con éxito tratamientos de implantes osteointegrados y de rehabilitación protésica en casos de múltiples pérdidas dentarias. Sopesar el riesgo de fracaso.

Gingivitis/periodontitis (Foto 4)

- En casos agudos, uso tópico de colutorio de clorhexidina al 0,12% durante 10 días, complementado con gel o spray al 0,20% en zonas de difícil acceso, y pasar al 0,05% como mantenimiento durante un máximo un mes por el riesgo de tinciones. Según el control de la placa bacteriana puede ser necesario el uso de un colutorio sin clorhexidina durante más tiempo.
- Uso de cepillos interproximales para mantener una buena higiene interdental.
- Terapia antibiótica en casos de periodontitis aguda (espiramicina-metronidazol)
- Práctica de higienes bucodentales cada 6 meses y control de la placa bacteriana y del cepillado dental cada 3 a 6 meses según el estado periodontal y general del paciente.
- Profilaxis antibiótica para prevenir sobreinfecciones y endocarditis infecciosa una hora antes de la higiene con amoxicilina, 2g v.o. En caso de alergia a la penicilina se prescribirá clindamicina 600 mg v.o.

Normas de conducta en consulta ante un paciente con síndrome de Down

- El paciente ha de ir acostumbrándose al entorno y al equipo de la consulta.
- El manejo de la conducta del niño con SD para conseguir un buen tratamiento dental suele exigir una cuidadosa dedicación que es perfectamente manejables con una buena técnica de control de conducta.

- El niño con SD ha de ir tomando progresivamente conciencia del espacio del consultorio, del profesional y de su equipo, que deberá realizar los tratamientos de modo progresivo. Según su comportamiento puede ser necesario el uso de ansiolíticos o sedantes tales como antihistamínicos (Hidroxicina) o benzodiacepinas (Diacapan/Midazolam) aproximadamente 1 hora antes de la visita.
- En adultos puede ser también necesaria la instauración progresiva de los tratamientos precisos dependiendo de su colaboración.
- Realizar profilaxis antibiótica ante todo tratamiento cruento.
- Es imprescindible que el profesional actúe con comprensión, paciencia y tacto.
- En casos difíciles que requieran tratamientos dentales urgentes de corta duración, que se prevé no duren más de una hora, se puede utilizar la sedación consciente vía endovenosa con monitorización y supervisión de un médico-anestésista.
- En casos de nula cooperación que requieran múltiples tratamientos dentales y de larga duración se recomienda la sedación profunda en un medio hospitalario. Con anestesia general, considerar la intubación, por la micrognatia y la macroglosia relativa.



Foto 1: Bruxismo



Foto 2: Caso de maloclusión antes del tratamiento de ortodoncia



Foto 3: Mismo caso postratamiento



Foto 4: Periodontitis

Atención Bucodental y síndrome de Down

El "Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down"
se encuentra disponible en la web de DOWN ESPAÑA



www.sindromedown.net
www.mihijodown.com

ANDALUCÍA: Down Andalucía · Down Almería Asalsido · Down El Ejido · Down Cádiz Lejeune · Besana Asociación Síndrome de Down Campo de Gibraltar · Down Barbate Asiquipu · Asodown · Cedown · Asociación Down Jeréz Aspanido Fundación Down Jeréz Aspanido Down Córdoba · Down Granada · Down Huelva Aones · Down Jaen y Provincia · Down Málaga · Down Ronda y Comarca · Asidoser Asociación Síndrome de Down de Sevilla y Provincia · Aspanri-Down · Asociación Síndrome de Down de Sevilla **ARAGÓN:** Down Huesca Down Zaragoza **ASTURIAS:** Down Principado de Asturias **BALEARES:** Asnimo Asociación Síndrome de Down Balears · Down Menorca Fundación Síndrome de Down de las Islas Baleares **CANARIAS:** Down Las Palmas · Down Tenerife Trisómicos 21 **CANTABRIA:** Fundación Síndrome de Down de Cantabria **CASTILLA Y LEÓN:** Down Castilla y León · Down Ávila · Fundabem · Asociación Síndrome de Down de Burgos · Down León Amidown · Down Palencia · Asdopa Down Salamanca · Down Segovia Asidos · Down Valladolid · Down Zamora **CASTILLA-LA MANCHA:** Down Castilla la Mancha · Down Ciudad Real Caminar · Down Cuenca · Down Guadalajara · Down Toledo **CATALUÑA:** Down Catalunya · Fundació Projecte Aura · Down Sabadell Associació Andi · Down Girona Astrid 21 · Down Lleida · Down Tarragona · Fundación Talita Barcelona · Fundación Catalana Síndrome de Down · Barcelona Down **CEUTA:** Down Ceuta **EXTREMADURA:** Down Extremadura · Fundhex · Iberdown de Extremadura **GALICIA:** Down Galicia · Down Coruña · Down Ferral Teima Asociación Down Compostela · Fundación Down Compostela · Down Lugo · Down Ourense · Down Pontevedra "Xuntos" · Down Vigo **MADRID:** Apadema · C.E.E. María Corredentora · Fundación Apracor · Prodis **MURCIA:** Down Murcia Aynor · Fundown · Asido Murcia Águilas Down · Asido Cartagena **NAVARRA:** Down Navarra **PAÍS VASCO:** Down Álava Isabel Orbe · Aguidown Asociación Guipuzcoana para el Síndrome de Down **LA RIOJA:** Arside Down Rioja **C. VALENCIANA:** Asindown Asociación Síndrome de Down de Valencia Fundación Asindown · Down Alicante · Asociación de Padres de Niños con Síndrome de Down de Castellón · Fundación Síndrome de Down de Castellón

Síguenos en:

