



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

ALTERACIONES BUCALES EN EL SINDROME DE DOWN

BEATRIZ K. DE LEIKIJ *

RESUMEN

En este trabajo se constataron las manifestaciones bucales en el mogólico, comparándolas con un grupo de control, normales. Se investigó la prevalencia de caries, paradenciopatías, problemas de oclusión, hipoplasia, hipocalcificación, anomalías de forma, número y hábitos.

BUCCAL ALTERATION IN THE SYNDROME OF DOWN

SUMMARY

This work verified the mogol buccals manifestation. It was compared with a control standard group and it was investigated the prevalent of caries, paradent changes, problems of occlusion, hypoplasia, hypocalcification and anomaly of form, numbers and habits.

El mogolismo, llamado también Síndrome de Down o "Trisomía 21" fue descrito por primera vez por Down en 1866.

Estos pacientes presentan múltiples anomalías físicas: trastorno en el crecimiento, tienden a ser obesos, hipotonía muscular, piel áspera, anomalías de las extremidades, malformaciones cardíacas, retardo mental, etc.

Las características faciales que presentan son: subdesarrollo generalizado del tercio medio del rostro, aberturas parpebrales angostas, generalmente se encuentra un "epicanthus" que va del párpado al puente nasal, cubriendo la carúncula lagrimal. Se observa frecuentemente el estrabismo, como así también las alteraciones inflamatorias crónicas que afectan las conjuntivas y los bordes parpebrales. Tienen la nariz corta, con dorso plano (debido a

Cátedra de Odontopediatría

* Jefe de T. P. Armenia 155 - Bº Pueyrredón.

la falta de desarrollo del hueso nasal) y anomalías de las orejas (1-2-4-8-12-13).

Las manifestaciones bucales observadas y estudiadas en los mogólicos se han mencionado en la literatura desde 1890. La cavidad bucal es pequeña, el labio inferior grueso, sobresaliente y algo caído. Pueden presentar lengua normal, escrotal o macroglosia, (Fig. 1) esta última, en algunos casos no es real, sino, que debido al menor desarrollo del maxilar superior la lengua impresiona ser de gran tamaño (2-4-8).

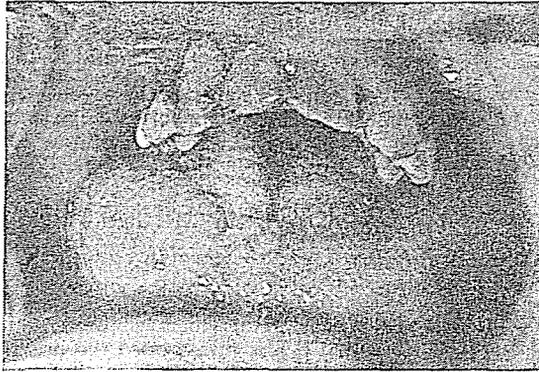


Fig. 1 — Lengua escrotal y macroglosica de niño mogólico.

Las alteraciones dentales descritas por distintos autores fueron: retardo en la erupción y el recambio; hipoplasia e hipocalcificación; anomalías de forma, tamaño y número (agenesia de laterales, 2º premolares y 3º molares) (2-3-9).

Este trabajo tiene como objetivo presentar los problemas odontológicos de niños con el "Síndrome de Down", comparándolos con normales de la misma edad; considerando que el odontólogo se ve requerido cada vez con mayor frecuencia a la atención de los mismos.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 50 alumnos pertenecientes al "Instituto de Rehabilitación al Mogólico", de 3 a 22 años de edad de ambos sexos, y de distintos niveles socio-económico, y a manera de testigo

de los anteriores, 50 pacientes normales que concurren a la Facultad de Odontología, alumnos de la Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano y consultorio privado.

Para realizar la evaluación se los dividió en dos grupos de acuerdo a la edad cronológica: 1º) de 3 a 12 años (dentición primaria y mixta) y 2º) de 13 a 22 años (dentición permanente).

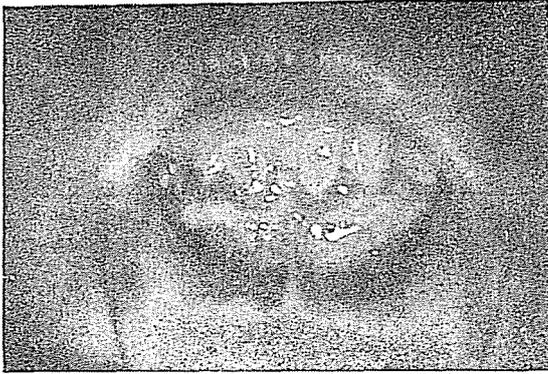


Fig. 2 — Enfermedad periodontal severa, a nivel de los incisivos inferiores, en un niño mogólico.

Las variables estudiadas fueron: 1) índice de caries; se consideró elementos careados desde el momento en que presentaban una interrupción de la normalidad del esmalte, hasta la extracción por complicación de la misma, incluyéndose también los obturados; se los dividió en cada caso, por el número total de elementos presentes multiplicado por 100. 2) Presencia o no de hipoplasia, 3) Hipocalcificación, 4) Anomalía de forma (conoideas), 5) Anomalía de número (anodoncia de laterales, 2º premolares y 3º molares), 6) Paradenciopatías (Fig. 2) (con dicho nombre englobamos cualquier grado de inflamación de encía, omitiendo la presencia o no de bolsa patológica), 7) Anomalía de posición (cualquiera sea su clasificación), 8) Presencia de hábitos bucales. Para la evaluación de estas anomalías se determinaron el número de casos y no de elementos dentarios.

RESULTADOS

1): Caries: en el primer grupo no existe diferenciación en el índice de caries entre normales y mogólicos, (Fig. 3), en cambio en

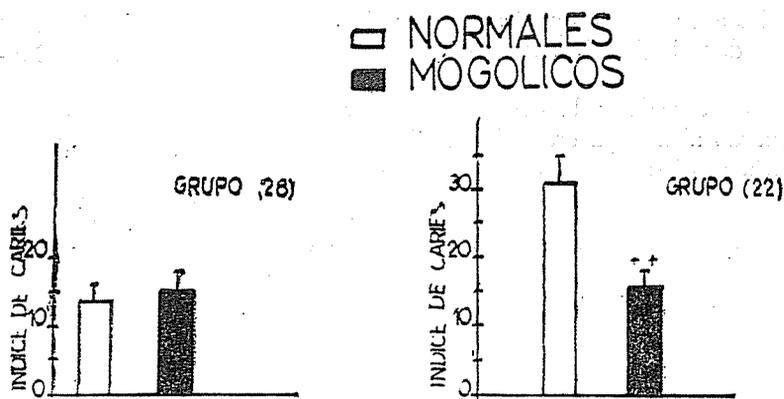


Fig. 3—Índice de caries de niños normales y mogólicos. Las columnas expresan la medida del grupo. Se consignan los E.S.T.M. Entre paréntesis: número de casos. ++ = $P < 0.01$.

el segundo, mientras los mogólicos conservan su índice, el de los normales se acrecienta (Fig. 3), lo que hace que en este segundo grupo la diferencia sea estadísticamente significativa.

2) Paradenciopatías: prevalece significativamente en los niños con trisomía 21 de ambos grupos (Fig. 4 y 5) con respecto a los normales.

3) Oclusión: los mogólicos presentan un porcentaje significativamente mayor de anomalías de oclusión en los dos grupos con respecto a los de control (Fig. 4 y 5).

4) Hipoplasia y 5) Hipocalcificación: en ambos se presenta un hecho semejante, donde su prevalencia es significativamente mayor que en el grupo de normales (Fig. 4 y 5).

6) Anomalía de forma: es también significativamente mayor en los dos grupos de mogólicos, (Fig. 4 y 5). 7) Anomalía de número: en el primer grupo el 10,7% de los mogólicos presentan esta anomalía, y solamente el 3,6% de normales. La diferencia no es estadísticamente significativa, sin embargo se acentúa en el segundo grupo: 27,3% de niños con trisomía presentan anodoncia parcial mientras que solamente el 4,5% corresponden a niños normales (Fig. 4 y 5). Se encontró un solo diente supernumerario en los dos grupos de mogólicos.

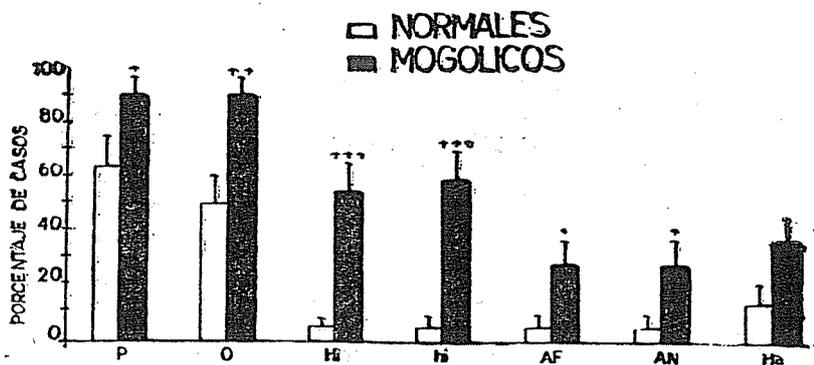


Fig. 4 — Niños normales y mogólicos (1º grupo, ver texto), con distintas alteraciones bucales. Las columnas representan el porcentaje. Se consigna el E.S.P.

P: Paradenciopatía

O: Oclusión

Hi: Hipoplasia

hi: Hipocalcificación

AF: Anomalía de forma

AN: Anomalía de número

Ha: Hábitos

+ = $P < 0.05$; ++ = $P < 0.01$; +++ = $P < 0.001$;

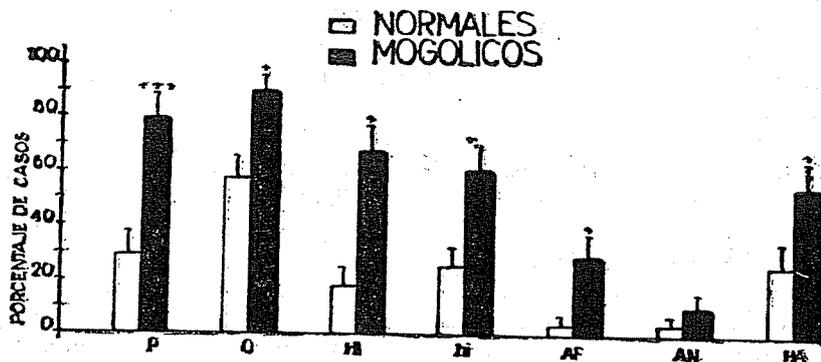


Fig. 5 — Niños normales y mogólicos (2º grupo, ver texto), con distintas alteraciones bucales. Las columnas representan el porcentaje. Se consigna el E.S.P.

P: Paradenciopatía

O: Oclusión

Hi: Hipoplasia

hi: Hipocalcificación

AF: Anomalía de forma

AN: Anomalía de número

Ha: Hábitos

+ = $P < 0.05$; ++ = $P < 0.01$; +++ = $P < 0.001$;

8) Hábitos orales: los niños con trisomía tienen mayor tendencia a adquirirlos (succión de dedos, lengua, ropa, etc.). La diferencia es estadísticamente significativa en el primer grupo y no en el segundo (Fig. 4 y 5).

DISCUSION

De los datos obtenidos con respecto a la prevalencia de caries estamos de acuerdo con distintos autores (4-7), en que el porcentaje de los mismos es bajo. Es decir que en el primer grupo el porcentaje es similar al de normales; en el segundo grupo mientras el porcentaje en mogólicos se mantiene, en los normales aumenta en forma significativa, datos que concuerdan con lo demostrado por Gullikson (7). La razón de esta aparente resistencia a las caries no ha sido determinada, aunque podría ser motivada por la erupción tardía de los elementos dentarios, o bien algún factor incidente en el fisiologismo salival (4).

Hemos encontrado un alto porcentaje de paradenciopatías, cifra ésta bastante alarmante, que también concuerda con los trabajos realizados por diversos autores (2-3-4-5-7-11). Esto sería motivado por una serie de factores que concurren para producirla: mala higiene, desarmonías entre las bases óseas y los elementos dentarios, problemas de oclusión, labio evertido asociado en algunos casos con macroglosia y reiterados procesos infecciosos de las vías respiratorias altas, que llevan a una constante respiración bucal.

Dos alteraciones afectan la superficie de los tejidos duros de los dientes: hipoplasia e hipocalcificación, son más frecuentes en forma significativa en los niños con Síndrome de Down, que en normales, datos que concuerdan con los presentados por otros autores (3-4-5-7-8-11).

En los niños con trisomía 21, el porcentaje de dientes con forma anómala (conoides) es estadísticamente mayor que en ambos grupos de control, datos que concuerdan con los de otros autores (2-7).

La anomalía de número (agenesia) es más frecuente en los mogólicos, coincidiendo nuestros datos con los realizados por los Dres. E. Otero, y N. Znajder en una muestra de 120 mogólicos (9).

Con respecto a los problemas de oclusión, es significativamente mayor comparado con el grupo control, lo que concuerda con otros autores (4-7), que ponen de manifiesto el escaso porcen-

taje de casos de clase II y el gran número de porcentaje de clase III, como consecuencia del escaso desarrollo del maxilar.

El porcentaje de niños mongólicos con hábitos bucales coinciden con datos presentados, en la literatura científica (4-7).

Se puede concluir que: 1) Caries: el porcentaje del mismo es relativamente bajo, no habiendo diferencia estadística en el primer grupo, niños de 3 a 12 años (dentición primaria y mixta), mientras en el 2º grupo, 13 a 22 años, (dentición permanente), la diferencia es significativa, con respecto a los controles.

2) Paradenciopatías: se presenta en un porcentaje muy elevado, desde muy temprana edad.

3) Oclusión: es notable este problema en los niños con trisomía 21 que sobre todo presentan alteraciones de clase III

4) Hipoplasia y 5) Hipocalcificación se observa en forma frecuente.

6) Anomalía de forma: en los mongólicos se encuentran frecuentemente elementos dentarios con forma anómala, sobre todo conoides.

7) Anomalía de número: presentan ausencia congénita de incisivos laterales, 2º premolares y 3º molares.

8) Hábitos: hay una inclinación marcada en los mongólicos por la succión de dedos y otros objetos.

AGRADECIMIENTO

La autora agradece a la Licenciada Marina Alonso directora del IRAM, al personal docente y comisión directiva por haber facilitado tan gentil y desinteresadamente: grupo humano, dependencias y material didáctico - experimental, que permitieron una positiva investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Alexander, J. Schaffer, M. D. Enfermedades del recién nacido. Madrid, Barcelona, 1963 (trad.). cap. LXXXI.
2. Brown, H. Dental Treatment of the Mongoloid child. J. Dent. Child. 32: 73, 1965.

3. Cohen, M. (et al) Abnormalities of the permanent dentition in trisomy G. J. Dent. Res. 49: 1386. 1970.
4. Cohen, M.; Winer, R.: Dental and facial characteristics in Down's syndrome (Mongolism). J. Dent. Res. 44: 197, Part. 2 Suppl. N° 1, 1965.
5. Cutress T. W. Periodontal disease and oral hygiene in trisomy 21. Arch Oral Biol. 16: 1345, 1971.
6. Garrahan, J. P.: Medicina Infantil (Pediatria y Puericultura) 8. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1958. p. 1038.
7. Gullikson, J. S. Oral findings in children with Down's syndrome. J. Dent. Child. 41: 293, 1973.
8. Nelson, W. E. Tratado de Pediatria. 5. ed. Barcelona - Buenos Aires, Salvat, 1965. p. 1458.
9. Otero, E.; Sznajder, N. Agenesia de dientes permanentes en el Síndrome de Down (Mongolismo). Rev. Asoc. Odont. Argent. 54: 257, 1966.
10. Sánchez Cascos, A.; Morales, A. Barreiro, E. Estudio Genético de 20 casos de Síndrome de Down (Mongolismo). Rev. Clin. Esp. 93: 23, 1964.
11. Sznajder, N. (et al): Periodontal findings in trisomy 21 (Mongolism). J. Period. Res. 3: 1, 1969.
12. Valentine, G. H. Cromosopatías humanas. Barcelona, Jims, 1968, cap. V.
13. Wunderlich, Chr. El niño mongólico. Barcelona, Científico - Médica, 1972.