



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Sig. Top. M 206 1987

Compra Canje Donación

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

0230

206
1987

T.O.
~~00206~~
00215

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO AL PACIENTE ESPECIAL
SÍNDROME DOWN "MONGOLISMO"

MARIA ISABEL CORREDOR MILLAN

Bogotá, Noviembre 1987

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO AL PACIENTE ESPECIAL
SÍNDROME DOWN "MONGOLISMO"

MARIA ISABEL CORREDOR MILLAN

Monografía presentada como
requisito parcial para optar
el título de odontóloga.

Bogotá, Noviembre 1987

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

Rector:	Dr : Jorge Arango Tamayo
Decano:	Dra: Marisol Arango de León
Vice-Decano:	Dr : Jairo Forero Morales
Secretario Académico:	Dr : Luis Felipe Falla
Coordinador de Clínica:	Dr: Roberto Arciniegas
Directora de Monografía:	Dra: Carmenza Macias

CONCEPTO DE ACEPTACION DEL DIRECTOR
DE LA PRESENTE MONOGRAFIA

EXCELENTE

BUENO X

REGULAR

DIRECTOR MONOGRAFIA: DRA: CARMENZA MACIAS



AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas aquellas personas que me brindaron sus conocimientos y sus experiencias durante mis estudios universitarios, con los cuales aprendí y amplié mis capacidades para poder asimilar dichos conocimientos y experiencias y ofrecerlos en un futuro muy cercano, a todas aquellas personas que me los soliciten.

También agradezco a la Dra. Carmenza Macias por haberme orientado en la elección y ejecución de esta monografía.



DEDICATORIA

Dedico esta monografía con especial agradecimiento a aquella persona que durante todos los semestres se mostró activo y constante brindándome apoyo, paciencia y confianza en los momentos difíciles.

A él que me dedicó gran parte de su tiempo, disfrutando y padeciendo conmigo todos aquellos momentos agradables y difíciles que transcurrieron durante toda mi carrera. A Mario Castillo Gutierrez.

También la dedico a mis padres Teresa Millan y Guillermo Corredor por la paciencia y el apoyo económico que me brindaron y la gran oportunidad que me dieron para poder estudiar Odontología.

INDICE

	Pág
INTRODUCCION	1
CAPITULO I HISTORIA	2
CAPITULO II PATOLOGIAS	3
2.1 ANORMALIDADES CROMOSOMICAS	3
2.2 CARACTERISTICAS FISICAS	4
2.3 MANIFESTACIONES BUCALES	5
2.3.1 MALOCCLUSIONES	6
2.3.2 CARIES	6
2.3.3 GINGIVITIS ULCERO NECROZANTE AGUDA	7
2.3.4 CALCULOS DENTALES	8
2.3.5 PERIODONTITIS	9
CAPITULO III MANEJO DEL PACIENTE	11
3.1 ACERCAMIENTO AL NIÑO CON SINDROME DE DOWN	12
CAPITULO IV HISTORIA ODONTOLÓGICA	13
4.1 CITA INICIAL	14
4.2 EXAMEN CLINICO	15
4.3 EXAMEN BUCAL	16
CAPITULO V DIAGNOSTICOS	18
CAPITULO VI TRATAMIENTOS	20
6.1 GINGIVITIS	20
6.2 GINGIVITIS ULCERO NECROZANTE AGUDA	22
6.3 ABCESO PERIODONTAL	23

6.4 PERIODONTITIS	24
6.5 PERIODONTOSIS	25
6.6 ENCIA HIPERPLASICA	25
CONCLUSION	
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

El tratamiento odontológico para el paciente impedido es asequible solamente en centros especiales, ya que en la práctica privada el odontólogo experimenta una falta de comprensión en el manejo de estos pacientes y por lo tanto no tiene interés en tratarlos. Otro factor importante y frustrante es que algunas facultades de odontología solo ofrecen enseñanza teórica más no práctica sobre el manejo de estos pacientes y no se presenta un texto completo sobre el tema al estudiante o profesional de la odontología como guía.

Debido a este vacío tan grande que experimentamos he tratado en esta monografía describir un solo tipo de paciente impedido, los mal llamados niños mongólicos o mejor Síndrome Down, investigando desde sus características físicas; bucales, siguiendo con la adaptación, Dx y tratamientos de dichos pacientes.

CAPITULO I. HISTORIA

Es llamado Síndrome de Down (trisomía 21), descrito por primera vez por John Langdon Hayden Down, en 1866. Aunque su descripción clínica era bastante exacta, la clasificación étnica de "mongolismo" con sus infortunadas implicaciones raciales, es considerada como no científica y está perdiendo favor rápidamente.

El síndrome de trisomía 21 que es un fenómeno de traslocación tiene una incidencia de aproximadamente uno de cada seiscientos recién nacidos vivos y está asociada con la edad materna avanzada, la posible contribución de la edad avanzada del padre se está investigando.

CAPITULO II. PATOLOGIA

2.1 ANORMALIDADES CROMOSOMICAS

En pacientes afectados por el Síndrome de Down se ha encontrado aberraciones cromosómicas de trisomía, traslocación y mosaicismo. La gran mayoría de los pacientes afectados por este síndrome tienen 47 cromosomas y cariotipo de trisomía 21, aproximadamente 5 a 10 por ciento tienen traslocación de cromosomas afectando a material cromosómico 21 adicional, y otro 5 a 10 por ciento presenta cariotipo de mosaico.

Los hijos con síndrome de Down pueden nacer de madres de cualquier edad; sin embargo el riesgo de que el hijo sufra este síndrome aumenta con la edad de la madre. Si al analizar un examen de cariotipo se encuentra una anomalía de tipo traslocación en que un número extraordinario de cromosomas 21 está unido a otro cromosoma, es importante determinar si uno de los progenitores es un portador equilibrado de la traslocación, si es el caso el riesgo de tener otro hijo "mongoloide" de un embarazo subsecuente es muy elevado, en este tipo de síndrome de Down se aconseja un análisis prenatal de cariotipo, a pesar de que la pareja probablemente elejirá un aborto terapéutico si se encontrara que el feto sufría el síndrome de Down por diagnóstico de cariotipo, el procedimiento puede permitir el nacimiento de un hijo sano, ya que normalmente la pareja no se arriesgaría a tener un hijo sin someterse antes a estudios cromosómicos prenatales.

2.2 CARACTERISTICAS FISICAS

Las anomalías en el síndrome de Down son tan comunes en individuos afectados que a menudo parecen primos, algunos de los signos clínicos de estos pacientes son:

- a- Corta estatura
- b- Occipucio aplanado
- c- Pliegues Epicánticos
- d- Amplio puente nasal
- e- Orejas redobladas
- f- Pequeño maxilar superior
- g- Lengua protrusiva
- h- Manos y dedos cortos
- i- Clinodactilia
- j- Línea simia
- k- Triradio distal
- l- Cardiopatía congénita
- m- Separación del primer y segundo dedo del pie
- n- Hipotonía
- o- Retardo mental
- p- Reflejo moro pobre
- q- Exceso de piel en la nuca
- r- Fisuras palpebrales oblicuas
- s- Displasia de pelvis
- t- Cabeza braquiocefálica
- u- Hiperflexibilidad de articulaciones
- v- Piel seca, eczematosa, hiperqueratósica



- w- Forma de caminar rara tambaleante
- x- Hipoplasias en los senos frontales
- z- Cuello corto y grueso

2.3 MANIFESTACIONES BUCALES

En el síndrome de Down hay una inhibición generalizada del crecimiento en áreas específicas, por lo tanto, presenta anomalías morfológicas típicas características de esta desviación cromosómica congénita. Se observa una elevada incidencia de anomalías dentarias.

Algunos de los hallazgos dentales encontrados son:

- a- Erupción tardía de piezas caducas
- b- Exfoliación temprana de las mismas
- c- Incisivos laterales superiores defectuosos o ausentes
- d- Anomalías en la forma dental
- e- Paladar angosto alto
- f- Maxilar superior pobremente desarrollado
- g- Dientes pequeños e irregulares
- h- Diastemosis
- i- Lengua ancha fisurada (macroglosia)
- j- Lengua escrotal
- k- Periodontosis
- l- Enfermedades periodontales
- m- Procesos laterales engrosados
- n- Dientes conoides

- o- Hipoplasia del esmalte
- p- Anodoncia
- r- Dientes supernumerarios

2.3.1 Maloclusiones

Debido a los patrones aberrantes de erupción, anomalías en la morfología dentaria, el pobre crecimiento y desarrollo de la parte superior de la cara, la incidencia de maloclusión es alta.

Típica del síndrome de Down, es una relación intermaxilar prognática mandibular, complicada por mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, apiñamiento anterior, rotaciones, dientes supernumerarios.

Se presenta una protrusión de dientes anteriores superiores e inferiores debido a que la mayoría de los pacientes presentan macroglosia, ocasionando una mordida abierta asociada por un hábito de empuje por una lengua agrandada, la protrusión anterior puede estar relacionada con respiración bucal.

2.3.2 Caries

La incidencia de caries en pacientes con síndrome de Down ha sido estudiada extensamente y se ha encontrado que es menor que en los sujetos controlados, internados y no internados. Las razones para esto son especulativas y van desde las teorías de características morfológicas a factores culturales, como acceso

disminuido a alimentos con alto contenido de hidratos de carbono.

2.3.3 Gingivitis Ulcero Necrosante Aguda

La infección gingival causa una pérdida de tejido interproximal la que a su vez crea zonas para la acumulación de alimentos, esto junto con la pobre higiene bucal produce zonas para las exacerbaciones inflamatorias recurrentes, la recidiva crónica de estas inflamaciones gingivales agudas, resultan en una recesión gingival progresiva, pérdida de hueso, movilidad dentaria aumentada y pérdida de dientes a una edad temprana.

Esta enfermedad se caracteriza por una destrucción rápida de la papilas interdentes, está asociada con dolor y hemorragia como resultado de la necrosis tisular, se forma un cráter interdentario que puede tener una pseudomembrana marginal, esta condición se ve en edades tempranas, las situaciones estresantes, dieta mala, higiene bucal y falta de descanso son importantes en su etiología.

Se ha encontrado elevada prevalencia en esta enfermedad en individuos con síndrome de Down especialmente en edades tempranas, si no se trata correctamente esta enfermedad produce cráteres interdentarios que sirven como zonas de acumulación de alimentos y restos y con la irritación prolongada, inicia la destrucción periodontal.

2.3.4 Cálculos Dentales

La importancia de cálculos dentales en la enfermedad de Down es importante por ser una de las etiologías de la enfermedad periodontal que parece ser triple; mantiene la placa bacteriana en contacto constante con los tejidos gingivales, provee una fuente de irritación mecánica y bloquea la salida del surco gingival, impidiendo el flujo del líquido del mismo, se ha observado una relación entre enfermedad periodontal marginal, y depósitos dentarios calcificados y no calcificados.

El mecanismo exacto en la formación de cálculos está precedido, por la formación de placa, las bacterias son consideradas importantes en este proceso que se inicia por una reacción local que favorece la precipitación de sales minerales en algunas zonas de la placa, aumentando el espesor a medida que se produce más calcificación, los cálculos supragingivales producidos y depositados sobre la cresta gingival es de origen salival.

Se ha observado que el total de saliva producida en pacientes con síndrome de Down, con niveles de calcio aumentado y Ph de saliva parotídea elevada más la tendencia a la xerostomía y otras anomalías epiteliales puede estar relacionada con una mala absorción de la vitamina A las cuales tienen efectos sobre el depósito de cálculos.

2.3.5 Periodontitis

Los tejidos gingivales de los individuos con síndrome de Down con frecuencia permanecen crónicamente inflamados y la enfermedad periodontal es común en esta clase de individuos que hasta el 90% de ellos padecen periodonpatias en la zona anterior.

Se notaron que los primeros dientes periodontalmente afectados eran habitualmente los incisivos inferiores, seguido por los incisivos superiores, los primeros molares permanentes superiores e inferiores, los molares primarios, los premolares y finalmente los caninos.

Las poblaciones bacterianas en la placa de personas con síndrome de Down, se encontró que la flora bacteriana estaba compuesta por bacteroides Melaninogenicos, implicados en la enfermedad periodontal y encontrados en el surco gingival, se especuló que como este bacteroide es excretado en la heces, es posible una contaminación temprana bucal, la presencia de restos bucales en el surco puede haber facilitado la implantación temprana y la supervivencia de esta especie bacteriana, estas bacterias que son causadas, probablemente por la diferencia en la higiene bucal, hábitos alimentarios y tipo de dieta son muy comunes en pacientes con síndrome de Down.

Esta placa dental está estrechamente relacionada y asociada con las lesiones periodontales, estos pacientes pueden ser especialmente susceptibles a la destrucción periodontal por algún

factor sistémico, los agentes causales principales son las bacterias dentro de la placa dental, ciertas cepas de actinomicetes aisladas de pacientes producen lesiones periodontales y caries radiculares.

La destrucción de tejido es una característica primaria de la enfermedad periodontal, la causa de esta destrucción esta dada por tres tipos de mediadores, las enzimas hidrolíticas de las bacterias de la placa a las células inflamatorias de la zona, pueden considerarse como una clase de agente causal, las otras dos posibilidades son la destrucción de tejido que puede resultar de una respuesta inmunológica a la proteína bacteriana o a las toxinas bacterianas.

Para que estos mediadores sean operativos, es aparentemente necesario que penetren el tejido del surco gingival e invadan el epitelio conectivo subyacente. Un epitelio sano, impide el ingreso de estos mediadores mientras que en un epitelio dañado ulcerado facilitará la penetración de materiales tóxicos, en algunas condiciones incapacitantes como en el síndrome de Down, pueden existir deficiencias sistémicas que alteran la función protectora del epitelio del surco y permiten una rápida difusión de los diversos productos nocivos en las estructuras periodontales.

CAPITULO III. MANEJO DEL PACIENTE

La diferencia principal entre tratar al impedido y al normal es el manejo del paciente, se han descrito seis clasificaciones generales de pacientes y las acciones apropiadas a seguir en el tratamiento de los individuos en cada clase.

Clase I: Estos pacientes permitirán los procedimientos odontológicos sin vacilación, son excelentes y mucho mejores que la mayoría de los pacientes que se ven a diario en el consultorio.

Clase II: Son algo renuentes al tratamiento, tienen la capacidad de razonar y hay que explicarles los procedimientos, hay que estar alerta a movimientos indeseables.

Clase III: No permitirán los procedimientos debido a su capacidad para razonar, el uso de restricciones físicas menores, como cinturones de asiento o inmovilizadores de brazos, está indicada en estos individuos además con frecuencia son indicados los abre bocas, después de un tiempo se convertirán en muy buenos pacientes.

Clase IV: Constituyen un problema aún cuando se usen inmovilizadores físicos y la terapia con droga está indicada para controlar su conducta, pueden ser tratados eficientemente con una combinación de premedicación y restricción física.

Clase V: Son problemas de manejo, graves y no pueden ser tratados en el consultorio requiriendo anestesia general.

Clase VI: Son pacientes no cooperadores que necesitan una cantidad mínima de tratamiento odontológico y por lo tanto no deben ser sometidos a un gasto económico de anestésico general, estos pacientes suelen ser tratados con una restricción física leve.

3.1 ACERCAMIENTO AL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

Ningún odontólogo podrá ejercer la odontología para niños con comodidad y con éxito, a menos que confíe y sea capaz de manejar su comportamiento. Los niños que padezcan síndrome de Down con un retardo mental leve, debe ser confirmado fácilmente con una entrevista con los padres si el niño está recibiendo una educación diferenciada, es capaz de vestirse y alimentarse por sí mismo y puede realizar tareas simples y seguir las indicaciones y orientaciones de los padres, entonces la naturaleza del compromiso mental no debe ser tal que el odontólogo sea incapaz de manejar el niño en el sillón dental, aunque se pudiera necesitar más paciencia y más explicaciones que para un niño normal de la misma edad generalmente no se necesitarían restricciones físicas.

La mayoría de los niños con síndrome de Down son afectuosos, felices y amistosos, sin embargo, pueden volverse repentinamente tercos y obstinados y presentan problemas en el consultorio odontológico.

CAPITULO IV. HISTORIA ODONTOLOGICA

El propósito de hacer a este tipo de pacientes una historia odontológica, es proporcionarnos el conocimiento suficiente, de las experiencias previas del paciente, a través de las siguientes preguntas:

- Ha sido atendido por un odontólogo antes? y que tipo de tratamiento recibió
- Tuvo problemas para conseguir atención Odontológica?
- Tiene usted problemas que puedan influir en nuestro tratamiento?
- Cuál fue la razón para buscar atención Odontológica?
- Cuál es su principal preocupación dental?

Es importante establecer comunicación con el paciente, percibir lo que serán sus necesidades, y determinar a que nivel se comenzará con el tratamiento, se deben incluir respuestas a preguntas como; cuándo se rasparon los dientes por última vez?, hay alguna historia de infecciones gingivales?, se perdieron algunos dientes como resultado de enfermedad gingival?, con que frecuencia se cepilla los dientes?, puede el paciente cepillarse los dientes?, usa el paciente hilo o seda dental?, ha habido alguna reacción desfavorable a un tratamiento dental previo?, el conocimiento ganado con esta información es muy valioso para el diagnóstico, plan de tratamiento y manejo del paciente.

4.1 CITA INICIAL

Si se emplea tiempo en estas citas iniciales para que el paciente conozca al odontólogo y el consultorio, disminuirán los problemas de conducta en visitas futuras.

Es importante clasificar el niño en este tipo de síndrome y darse cuenta de sus dificultades físicas, puede ser necesaria alguna forma de restricción si se trata de un atetoide, ya que estos individuos tienen poco o ningún control de sus movimientos, el uso de inmovilizadores es aconsejado solamente en aquellos casos en los que es absolutamente imposible proceder sin ellos.

Si bien limitan los movimientos corporales, los sacudimientos de la cabeza cuando existen son casi imposibles de detener. Por lo tanto hay límites para los beneficios que pueden obtenerse de ese equipo y deben ser cuidadosamente balanceados para evitar el posible daño psicológico, cuando es necesaria una forma de control, el paciente es sostenido firmemente en el regazo de la madre cuando el niño es pequeño, o su cabeza es sostenida por la madre o una de las asistentes, esto cumple el doble propósito de restringir los movimientos del paciente y al mismo tiempo brindar alguna comodidad y seguridad.

El odontólogo debe siempre tomarse el tiempo necesario para explicar que está haciendo, en forma que el paciente pueda entender, esa indulgencia al comienzo asegurará el buen éxito en citas futuras.

La prioridad es establecer una buena relación con el paciente y el padre y completar todo cuanto sea posible de una manera positiva, si el paciente tiene una situación de emergencia en la visita inicial, se le debe dar prioridad, pero encarada cuidadosamente como para no crear problemas de manejo posteriormente.

4.2. EXAMEN CLINICO

Antes del examen bucal, hay que hacer un estudio general del paciente, incluyendo estatura, forma de caminar, dicción y cualquier asimetría notable, estas observaciones se pueden hacer rápidamente y deben ser anotadas en la historia, darán alguna visión sobre patrones de crecimiento, defectos motores, dificultades de comunicación y el enfoque general del paciente a las situaciones nuevas.

Después del estudio general ya con el paciente sentado, se examina la cabeza y el cuello, observando el estado del cabello y la piel, si hay hinchazón facial, la articulación temporomandibular, orejas, ojos, zona nasal y palpación del cuello.

El examen clínico de la boca debe seguir al de la cabeza y cuello, antes de examinar el tejido duro, corresponde hacer en forma completa con los tejidos blandos, incluyendo labios mucosa labial y bucal, encía, lengua y espacio sublingual, paladar, faringe y amígdalas, las variaciones de lo normal deben consignarse

en la historia.

4.3 EXAMEN BUCAL

Al hacer un examen periodontal en un paciente con síndrome, es aconsejable usar un espejo o reflector de plástico, un explorador con punta corta, y una sonda periodontal. Puede ser necesario un abrebocas de goma, o un protector metálico para el dedo, si la cooperación es pobre, puede ser útil administrar un sedante o analgesia con óxido nitroso.

El aspecto de toda la cavidad bucal, la cantidad de encía insertada, altura de las inserciones de los frenillos, zonas de recesión gingival marcada, higiene bucal, color y contorno de la encía, zonas inflamadas y dientes ausentes y cariados, deben ser anotados en la historia.

Medir la profundidad de la bolsa con una sonda periodontal puede ser difícil, sino imposible y entonces habrá que confiar en las radiografías, aunque quizás estas no se pueden obtener. También hay que estudiar la movilidad de los dientes, aunque la posibilidad de hacerlo también puede estar limitada, dependiendo del grado de cooperación del paciente.

El examen no debe limitarse a las estructuras periodontales. También hay que observar caries, y restauraciones defectuosas, ya que juegan un papel importante en la iniciación de los trastornos periodontales. La oclusión debe controlarse en los pacientes en

quienes la cooperación permite este tipo de comprobación. Otras alteraciones en la relación de los dientes, como una mordida abierta y dientes en malposición, rotados o apiñados deben anotarse. Las relaciones oclusales anormales, como las mordidas abiertas, pueden estar asociadas con hábitos de empuje por una lengua agrandada. La protrusión anterior superior puede estar relacionada con respiración bucal, un hábito que puede causar sequedad en la encía y llevar a inflamación e hiperplasia gingival.

Las radiografías son fundamentales para cualquier examen completo de las estructuras periodontales como única forma de evaluar la extensión de la complicación ósea alrededor del diente. El sondeo hace posible determinar la profundidad y aspectos tridimensionales de las bolsas, pero es de valor limitado para establecer la relación entre la arquitectura ósea y diente.

Cuando se tratan situaciones periodontales en niños con este síndrome, el odontólogo encontrará ocasionalmente situaciones en que no se pueden obtener radiografías y el sondeo periodontal está limitado, esto es infortunado pero no deja otra alternativa que evaluar esos pacientes lo más minuciosamente posible dentro de los límites de la información asequible.

CAPITULO V. DIAGNOSTICOS

Según el grado de cooperación del paciente, se requiriran dos o tres visitas para obtener el diagnóstico, durante este periodo se determina en que medida la extensión de la enfermedad interfiere con el tratamiento normal, se analiza la dieta y se implementan las instrucciones para la higiene bucal. Si la cooperación del paciente y del padre son buenas y la destrucción periodontal no ha sido extensa, se puede hacer mucho para mantener la integridad de las estructuras periodontales.

Siempre habrá unos pocos pacientes impedidos que no pueden ser tratados sin anestesia general, esto presenta un problema serio, porque pacientes que son tan difíciles de manejar que necesitan anestesia general para poder tratar sus problemas periodontales, también serán física o mentalmente incapaces de practicar una correcta fisioterapia bucal después, la intervención quirúrgica en estos pacientes resultará inútil salvo que haya una situación de emergencia como un absceso y la salud general y la comodidad del paciente están en juego.

Cuando puede mantenerse una higiene bucal correcta, es muy eficaz para reducir la enfermedad periodontal, aún en aquellos pacientes cuya condición los hace muy susceptibles. Se realizó un estudio de niños internados con síndrome de Down y con otros tipos de retardo mental se encontró que luego de la implementación de un programa de higiene bucal, la gravedad y la prevalencia de la enfermedad periodontal disminuyó en ambos grupos, el porcentaje de

disminución, sin embargo, era mayor en los niños con enfermedades que no fueran el síndrome de Down.

Siempre hay un sector de la población impedida afectada tan gravemente que no son capaces de atender su propia salud bucal, la eliminación mecánica de la placa, aún por otro, es difícil, si no imposible, en esos casos, se necesitan nuevos enfoques para la atención bucal, en vista del conocimiento actual de la naturaleza bacteriana de la placa se han probado recientemente una cantidad de antibióticos y anticépticos por su capacidad inhibitoria de la placa, existe el peligro potencial de mantener un régimen antibiótico continuado, por esta razón solo tienen un uso limitado en el control de la placa.

Resultados más prometedores han sido comunicados con el agente antimicrobiano clorhexidina, este antiséptico de alto espectro es capaz de absorción selectiva a la superficie dentaria y parece evitar muchas de las dificultades inherentes al uso de los antibióticos.

Estudios de corta duración indican que enjuagatorios bucales con clorhexidina inhibieron la formación de placa y gingivitis.

Estudios prolongados aún están pendientes de realización y son importantes para comprobar los efectos en la salud bucal y sistémica, la investigación en esta área es muy promisoría, y algún día se dispondrá de elementos químicos específicos para eliminar la placa sin abrasión mecánica.

CAPITULO VI. TRATAMIENTOS

6.1. GINGIVITIS

Es probablemente el problema periodontal más extendido que se encuentra en personas impedidas de todas las edades, y suele ser el resultado de restos acumulados alrededor de la porción del surco gingival, materiales como alimentos, materia alba, placa bacteriana y cálculos, producen reacciones inflamatorias de variadas intensidades. Característicamente los tejidos aparecen rojos, hinchados y propensos a hemorragias al tocarlos, si se le deja sin tratar el proceso inflamatorio causa una distorsión de la anatomía gingival, haciendo más difícil la higiene y permitiendo el depósito de más placa, restos y cálculos, este proceso clínico, con el tiempo produce la destrucción irreversible de las estructuras periodontales.

Los pacientes deben ser examinados cuidadosamente para descubrir todos los irritantes locales que puedan ser factores responsables (materia alba, placa bacteriana, cálculos, contactos separados, odontología restauradora incompleta, cepillado dentario incorrecto, respiración bucal, aparatos ortodónticos, y dietas no abrasivas). Los pacientes deben entender como efectuar una higiene bucal correcta y ser estimulados a practicarla para prevenir más depósitos de material extraño sobre los dientes.

En los casos en que son incapaces de atender su boca, alguien debe ser delegado para entenderse de ella, hay que hacer raspaje y

alisado de las raíces, si la cooperación es un problema, puede resultar beneficioso utilizar sedantes o analgesia con óxido nitroso, un elemento ultrasónico facilitará la eliminación de cálculos y pigmentaciones, como ese instrumento expelle grandes cantidades de agua, es fundamental proporcionar una buena evacuación bucal porque muchos pacientes impedidos tienen arcadas con facilidad.

Deben corregirse las malas restauraciones y los contactos separados en los casos en que la dieta es muy blanda, el uso de un cepillo eléctrico para estimular la encía es beneficioso. Si bien la respiración bucal es difícil de corregir, un buen cuidado bucal contrarestará muchos de los efectos nocivos, la aplicación de vaselina sobre la zona gingival puede servir como protección contra la deshidratación del tejido, la eficacia de los enjuagatorios comerciales con propiedades bacteriostáticas o bactericida es limitada.

Estos productos no pueden reemplazar a otras medidas fisioterapéuticas, sus propiedades bactericidas pueden ser consideradas en el mejor de los casos, pero los enjuagatorios son útiles en las infecciones gingivales agudas, porque ayudan a eliminar tejido necrótico, productos bacterianos y algunos restos.

Los antibióticos aplicados tópicamente como la kanamicina o agentes antimicrobianos como la clorhexidina, todavía están en una fase experimental.

Debido a los movimientos incontrolados de algunos pacientes impedidos, el tratamiento en el consultorio y el mantenimiento de la higiene bucal adecuada puede ser difícil, el manejo y el tratamiento se simplifica a veces en la premedicación y el uso de un abrebocas o un dedal metálico, puede ser necesario la ayuda de un asistente para controlar los movimientos de la cabeza, parándose detrás del paciente y manteniéndola firme.

El raspaje y el curetaje son posibles en la mayoría de esos pacientes sin demasiada dificultad, el paciente con síndrome de Down tiene algunas anomalías sistémicas que son de particular relevancia para el tratamiento de la enfermedad periodontal, muchos tienen defectos cardíacos congénitos y una incidencia de leucemia más elevada de lo normal; es importante tener esto en mente aunque cuando se piensen en los procedimientos periodontales más elementales para estos pacientes, su alta susceptibilidad a la enfermedad periodontal obliga a que este grupo reciba los mejores tratamientos preventivos posibles, una vez que la condición avanza, el tratamiento suele tener una eficacia limitada especialmente en el grupo de pacientes de mentalidad baja.

6.2 GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE AGUDA

Esta enfermedad se caracteriza por una destrucción rápida de las papilas interdentales, está asociada con dolor y hemorragia, como resultado de la necrosis tisular se forma un cráter interdentario que puede tener una pseudomembrana marginal.

Se ha señalado una elevada prevalencia de esta enfermedad en individuos con síndrome de Down especialmente a edades tempranas, para el tratamiento puede ser necesario antibióticos sistémicos en los casos graves y el uso local de un enjuagatorio con una solución de 1,5% de peróxido de hidrógeno cada pocas horas, si hay una acumulación grande de restos los dientes deben ser pulidos cuidadosamente pero sin intentar raspaje subgingival en caso de encías con inflamación aguda, después de unos pocos días el proceso inflamatorio agudo suele ceder y se puede hacer el raspaje, ya se puede iniciar la fisioterapia bucal, interrumpiendo los enjuagatorios con peróxido de hidrógeno.

El estado de la arquitectura gingival debe ser evaluado después de eliminados todos los irritantes locales y completada la cicatrización de los tejidos gingivales, los defectos interproximales que persisten pueden necesitar intervención quirúrgica porque si no se le corrige producen zonas donde se acumulan restos alimentarios rápidamente, favoreciendo el crecimiento de bacterias, lo cual puede traer la recidiva de la enfermedad.

6.3 ABSCESO PERIODONTAL

Esta es otra condición inflamatoria aguda causada por la mala higiene bucal, el diagnóstico diferencial entre un absceso periodontal y otro periapical puede ser difícil a veces, porque no siempre se dispone de radiografías y falta la comunicación, el examen clínico y el sondeo pueden ser las únicas ayudas

diagnósticas disponibles.

El tratamiento disponible de emergencia consiste en incisión directamente en el absceso y avenamiento, el masaje del tejido ayuda a eliminar toda la supuración, la lesión debe dejarse abierta para que pueda continuar drenando, el ajuste oclusal puede ser necesario si un diente está extruido y en la mayoría de los casos este tratamiento tendrá éxito.

6.4 PERIODONTITIS

Con mayores incidencias de mala higiene bucal, es de esperar un grado mayor de destrucción periodontal en esta población que en los individuos normales, parece que la destrucción ósea más extendida se encuentra en quienes padecen síndrome de Down, y comienza a una edad sorprendentemente temprana, en estas condiciones incapacitantes, la destrucción periodontal parece estar en relación directa con el grado de cuidado bucal y otros factores locales.

Hay una variedad de procedimientos quirúrgicos para tratar la periodontitis que va desde el curetaje a la complicada cirugía de colgajo y hueso. El criterio respecto a las técnicas quirúrgicas apropiadas y la descripción de las mismas se pueden encontrar en cualquiera de los muchos textos sobre periodoncia.

El tratamiento de la periodontitis en los pacientes con síndrome es generalmente similar al que se hace en la población normal, la limitación principal en los primeros no es la capacidad

para efectuar un procedimiento quirúrgico específico, ya que si la cooperación es inadecuada se puede usar anestesia general, si no el mantenimiento de una buena atención bucal para prevenir la recidiva del problema como se ha indicado previamente.

En los pacientes con síndrome de Down con su muy alta susceptibilidad a la destrucción periodontal, la terapia tendrá que limitarse a insistir en una muy buena fisioterapia bucal y procedimientos de tratamiento periodontal sencillos como el curetaje.

6.5 PERIODONTOSIS

Se caracteriza por un aflojamiento y desviación de dientes con o sin la presencia de irritación local, hay formación de bolsas y atrofia alveolar y la condición se ha visto en niños pequeños, los dientes afectados más comúnmente son los anteriores superiores e inferiores y los primeros molares, se piensa que esta enfermedad es una degeneración del tejido periodontal causada por un trastorno sistémico.

6.6 ENCIA HIPERPLASICA

Hay una cantidad de condiciones en las que se produce hiperplasia gingival, como la fibromatosis gingival (que consiste en un trastorno caracterizado por una hiperplasia indolora de la encía libre e insertada, el agrandamiento gingival se extiende en forma pareja y bilateral, puede comenzar con la erupción de los

primeros dientes primarios), respiración bucal, puberta, y ocasionalmente como una manifestación bucal de la leucemia aguda.

El tratamiento requiere un diagnóstico diferencial en cuanto a su etiología, todos los factores irritantes locales deben ser eliminados, toda inflamación tratada y hay que establecer un buen programa de fisioterapia, el tratamiento habitual es la gingivectomía con gingivoplastia, la intervención quirúrgica debe ser demorada lo más posible, porque puede no haberse suprimido el factor etiológico y la recidiva será común.

CONCLUSION

Además de entender ahora la condición especial del paciente, es posible utilizar con ellos, medidas preventivas y técnicas restauradoras conocidas, y la práctica profesional, puede asumir el compromiso de tener éxito en el logro de un estado óptimo de salud bucal.

Espero que esta monografía sirva como motivación a muchos de mis compañeros para que se decidan a tratar y comprender al paciente impedido ya que ellos requieren mayor o igual ayuda por parte del odontólogo que una persona normal.

LISTA DE DIAPOSITIVAS

- 1 MACROGLOSIA
- 2 MANOS Y DEDOS CORTOS
- 3 DIENTES CONOIDES Y DIASTEMOSIS
- 4 CUELLO CORTO Y GRUESO
- 5 PLIEGES ^{EPICANTICOS} EPITELIALES Y ESTRAVISMO
- 6 INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES DEFECTUOSOS O AUSENTES
- 7 MAXILAR SUPERIOR FOBREMENTE DESARROLLADO
- 8 CLINODACTILIA
- 9 PERIODONTOSIS
- 10 LINEA ^ISIMEA
- 11 AMPLIO FUENTE NASAL
- 12 FISURAS PALPEBRALES OBLICUAS
- 13 APARIENCIA DE PRIMOS
- 14 LENGUA ANCHA FISURADA
- 15 CABEZA BRAQUICEFALICA
- 16 LENGUA PROTRUSIVA
- 17 PERIODONTITIS
- 18 HIPOPLASIA DEL ESMALTE Y ANOMALIAS EN LA FORMA

BIBLIOGRAFIA

- BRAHAM, Raymond L., MORRIS Merle E. ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
Editorial Médica Panamericana. Junín 813, Buenos Aires,
Argentina 1984. Pag; 561, 562, 563, 571, 572.
- FINN, Sidney B. y Colaboradores. ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
4a. Edición. México, Interamericana 1976. Pag; 552, 553, 554.
- LAMBERT, Jean L., RONDAL, Jean A. EL MONGOLISMO. Editorial Herder,
Barcelona 1982. Pag; 72, 73, 74, 95, 98, 99, 120, 121.
- MACDONAL, Ralph, E. y Colaboradores. ODONTOLOGIA PARA EL NINO Y EL
ADOLECENTE. Buenos Aires, Argentina S.A. I.C y F. 1975. Pag;
82, 83, 84.
- NOWAK, Arthur J. D.M.D., M.A. ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE
IMPEDIDO. Editorial Mundi S.A. T.C. y F. Buenos Aires,
Argentina. 1a. Edición 1979. Pag; 203, 209, 303 a 317, 337.