



15 DE OCTUBRE AL 15 DE
NOVIEMBRE 2024

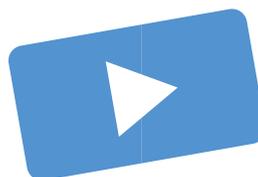
*"MARCANDO 40 AÑOS DE LA MEDICINA FAMILIAR.
RETOS PERSISTENTES"*

CURSO

**TITULO: Tratamiento estomatológico en una
discapacidad intelectual: Síndrome de Down.**

**Profesores: Dra. M. Sc. Leonor de las Mercedes Hernández
González.**

Dra. M. Sc. Luxury Espinosa Morales.



Profesores: Leonor de las Mercedes Hernández González. Master en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer y Segundo Grado en EGI. Profesora Auxiliar. Clínica Estomatológica Docente Dr. Luis Páez Alfonso. Ciego de Ávila. Cuba.

Luxury Espinosa Morales. Master en Odontopediatría Infanto-Juvenil. Especialista de Primer y Segundo Grado en EGI. Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente Dr. Luis Páez Alfonso. Ciego de Ávila. Cuba.

CURSO: Tratamiento estomatológico en una discapacidad intelectual: Síndrome de Down.

Temáticas a tratar:

1. Antecedentes y conceptualización.
2. Fenotipo.
3. Diagnóstico
4. Características bucales.
5. Consulta estomatológica.



Resumen

Se realiza el curso de Tratamiento estomatológico en una discapacidad intelectual: Síndrome de Down, con el objetivo de actualizar a los profesionales de la salud y otros profesionales de sectores que conforman la vida pública, dada que en la actualidad se considera que un 10% de la población mundial, representado por 650 millones de personas, viven con alguna ausencia de estado óptimo (discapacidad).

Se estima que esta cifra seguirá aumentando, debido al crecimiento y envejecimiento de la población. Nuestro país se identifica con un proyecto social que tiene como finalidad la prosperidad, la independencia, el desarrollo humano sostenible y la preservación de la identidad cultural, contemplando la integración de todos sus miembros, lo que ha constituido brújula para la orientación de la toma de decisiones en la atención a personas en general y discapacitados intelectuales en particular.

Palabras claves: Síndrome de Down, alteraciones bucales, manejo estomatológico.

Pacientes especiales, se utiliza en la literatura para referirse a los pacientes discapacitados deficientes, que son aquellos que por largos periodos de tiempo, ya sea por condiciones físicas o mentales, están limitados de una participación completa en las actividades normales de su grupo de edad, incluyendo aquellas de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional.

Otra definición encontrada es la de pacientes con necesidades especiales se considera aquellas personas que por su condición de salud necesitan cuidados diferentes a la gran mayoría de la población, y cuyos requisitos de atención son de diferente complejidad. Se trata de personas con condiciones físicas, médicas, del desarrollo o intelecto que limitan su capacidad para recibir un tratamiento estomatológico de rutina. Los pacientes con necesidades especiales incluyen a personas con **síndrome de Down**, parálisis cerebral, autismo, etc.

La discapacidad intelectual, según el modelo médico de la American Psychiatric Association, comienza en el período de desarrollo e incluye limitaciones del funcionamiento intelectual y del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

En el presente curso se abordara el tratamiento de una discapacidad intelectual: el síndrome de Down. Para un desarrollo favorable del mismo utilizaremos el concepto que se enuncia en el artículo de Tan Castañeda y otros donde se plantea: paciente especial es aquel que "presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento, que para su atención odontológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, con capacidad de atender en el consultorio las necesidades que estos generan".



Se trata de personas que escapan a los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud bucodental de la población.

El síndrome de Down es la alteración cromosómica más frecuente y la causa principal de discapacidad intelectual en todo el mundo. En la mayoría de los casos su causa es una copia extra del cromosoma 21. Se trata de la primera cromosopatía descubierta en el ser humano en 1958, casi simultáneamente, por Jérôme Lejaune y Jacobs, pero su clínica es conocida desde la descripción realizada en 1866 por John Langdon Haydon Down; de ahí su nombre; este investigador logró describir sobre el trastorno genético, sin embargo, no pudo demostrar que causas lo producían.

La trisomía 21 es la causa genética más común de discapacidad intelectual moderada. La incidencia de síndrome de Down en nacidos vivos es de alrededor de 1/733.

Fenotipo

A nivel de la cabeza son niños braquicéfalos, con cara y occipucio planos, ojos oblicuos con aberturas palpebrales dirigidas hacia arriba y hacia afuera, epicantus e hipertelorismo. En el iris aparece un punteado blanquecino manchas Brushfield. Pueden presentarse otras diversas anomalías oculares: cataratas, nistagmus, hipoplasia de iris, estrabismo, microftalmia, anoftalmia, glaucoma. La nariz es pequeña, con raíz deprimida.

La boca es pequeña, con labios gruesos favoreciendo la salida de la lengua, que con la edad aparece agrietada. El paladar es elevado, pudiendo presentar a veces fisuras, así como en los labios, que se agrietan con facilidad. Mientras los pabellones auriculares suelen ser displásicos con frecuente implantación baja y el conducto auditivo muy estrecho.

En el tronco corporal aparece, no rara vez, deformación en quilla o infundibuliforme, así como hernia umbilical, con gran hipotonía de la musculatura abdominal. En extremidades, las manos son toscas, con dedos cortos, especialmente en el quinto, que suele presentar clinodactilia por displasia de la segunda falange y ausencia del segundo pliegue de flexión.

Los pliegues de flexión palmar medio y distal suelen estar fusionados, constituyendo la línea o pliegue de los cuatro dedos en cuestión. En el recién nacido y lactante destaca la hipotonía intensa.

Así mismo en los pies, unido a su pequeño tamaño, suelen en muchos de ellos presentarse marcada separación entre el dedo pulgar y el segundo dedo.



Diagnóstico

La clínica sufre modificaciones si se trata de mosaico o de trisomía segmentarias o parciales; en el caso de la translocaciones con otros cromosomas, de los que puede haber también trisomía o monosomía, se puede modificar el cuadro. Los mosaicos con una línea normal suelen tener una clínica más atenuada y menor afectación de la inteligencia.

También las formas por translocación, cuando no es el cromosoma completo el translocado, pueden tener menor gravedad, sin que exista una regla exacta, dado que en ocasiones la presencia de la llamada región crítica, se puede acompañar del cuadro completo.

Con la edad la clínica sufre modificaciones. En el recién nacido destacan como síntomas principales, también llamados cardinales: hipotonía, hiperlaxitud articular, posible ausencia o debilidad bilateral del reflejo Moro, cuello corto con piel abundante en la nuca, los rasgos propios de la cara y manos y la displasia de pelvis.

A partir de los dos años se hacen, además, evidentes la braquicefalia con occipucio plano, la oblicuidad palpebral con epicanthus, las anomalías dentarias, el retraso psíquico, la lengua escrotal y el paladar ojival.

En todo caso, el diagnóstico clínico no se basará en un solo síntoma, por ejemplo las anomalías oculares, sino que al retraso psicomotor se debe

añadir un mínimo de cuatro síntomas principales como: deficiencia mental, hipotonía, anomalías faciales y acromicria.

El síndrome de Down tiene efectos muy diversos en el paciente, desde las funciones cognitivas (mentales) hasta los órganos vitales primario; en consecuencia, la salud bucal no es inmune a los cambios provocados por el gen causante del síndrome; estos cambios a nivel bucal son muy diversos e incluyen microstomía, labios gruesos, macroglosia, paladar ojival y propensión a la mordida abierta. Los dientes pueden presentar cambios en la forma que por lo general suelen ser menores (microdoncia) y número, así como un retraso en la erupción, lo que está relacionado con una baja prevalencia de caries.

Características Bucales

Los pacientes con síndrome de Down también se ven afectados por diversos problemas intra y extraorales. Las diferencias anatómicas en el tercio medio de la cara, en combinación con las diferencias de desarrollo, como la hipotonía de los músculos orofaciales, pueden causar problemas funcionales, como problemas para amamantar, deglutir, masticar y hablar. Los niños con síndrome de Down tienden a sacar la lengua, debido a los músculos orofaciales hipotónicos. Para obtener una oclusión dentaria más estable, también protruyen la mandíbula.

La combinación de protrusión de la lengua y una mandíbula prognática puede provocar una respiración con la boca abierta, lo que puede desencadenar el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y las infecciones de las vías respiratorias. Debido a esta respiración con la boca abierta, aumenta la acumulación de placa dentobacteriana y se altera el mecanismo natural de limpieza de la saliva.



Con ello se destacan otras características marcadas en diferentes estructuras del sistema estomatognático:

Lengua: presencia de Macroglosia verdadera o relativa, fisurada, depilación lingual y protrusión lingual.

Labios: son de textura gruesa, y de apariencia con tonos blanquecinos, por otra parte, el labio superior se caracteriza por ser corto, la comisura labial se ve descendida, mientras que el labio inferior se observa evertido y también agrietado, el paciente refiere respiración oral con babeo u queilitis angular.

Paladar: se observa reducido en largo y más ancho ojival.

Dientes: se presenta la existencia de microdoncia, alteraciones de forma y de número, taurodontismo, hipoplasia del esmalte, retraso eruptivo dental, menor riesgo de caries más que todo en la población infantil.

Periodonto: mayor riesgo de padecer enfermedades gingivales y periodontales, precisamente por el déficit en su higiene dental.

Oclusión dentaria: se presentan diversas características como clase III de Angle, protrusión mandibular, mordida cruzada anterior y posterior, mordida abierta anterior. Por tales características la función masticatoria y fonatoria se encuentran comprometidos por las anomalías bucales y dentales.

Consulta Estomatológica

La comunicación con pacientes en condición de discapacidad como autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, deficiencia auditiva, presenta un componente adicional de dificultad, por lo cual es necesario apoyarse en un sistema de estrategias comunicativas, protocolos de atención y otros medios que pueden variar entre las distintas discapacidades. Estos permiten que personas con dificultades de comunicación puedan relacionarse e interactuar con su entorno. La capacitación para el odontólogo en este campo no es fácil, dado que no se cuenta con suficientes programas que cubran de manera completa la formación del profesional en este ámbito.

En estos pacientes lo más importante es lograr la prevención desde que nacen, estableciendo patrones de higiene bucal para ellos y para sus padres, convenciéndolos de que de esta manera evitan sufrimientos futuros a sus hijos, dándole reglas de conductas higiénicas adecuadas.

El procedimiento estomatológico se fundamenta en mantener el control, manejar al paciente mediante el uso de técnicas, con el objetivo de lograr un mejor trato hacia el paciente. Las técnicas de desempeño del profesional, junto a la educación que los padres condicionen en el paciente, brindarán a este infante un vínculo entre profesional y paciente, generando tranquilidad y confianza, lo cual permite el trabajo del mismo.

El profesional puede usar recursos para manejar la conducta de este tipo de pacientes durante la atención odontológica, viabilizando el servicio, siendo la relación profesional-paciente no traumática la base para la estabilidad y paz.



Por ello, el facultativo debe conocer las principales herramientas a usar, apropiarse de ellas, y saber cuál es la más adecuada con cada paciente. Entre las principales técnicas que pueden ser utilizadas se encuentran la comunicación verbal y no verbal, decir- mostrar-hacer, control de voz, refuerzo positivo, distracción y desensibilización, terapia de juego, etc. En la comunicación verbal se manifiestan los métodos al paciente, explicando lo que se va a hacer, en lo que en la comunicación no verbal se observa el contacto, la postura, la expresión de la cara y del cuerpo, reforzando lo transmitido. La técnica decir-mostrar-hacer trata de familiarizar con el procedimiento, al explicarle al niño lo que se va a llevar a cabo, mostrándole el instrumental, haciendo simuladores del tratamiento (decir), mostrar en un modelo visual y táctil (mostrar), tranquilizándolo, y hacer el método en el propio paciente (hacer). Puede resultar útil la utilización de juguetes para la transferencia de miedos, ansiedades y anhelos, donde el infante puede aprender por medio del juego, según su ritmo y capacidades. Esta técnica permite el aprendizaje y consecuentemente se incrementa la autoestima, disminuyendo de esta forma la ansiedad y posibilitando su colaboración en las ocupaciones y cuidados con más motivación.

De forma general no existe una regla para atenderlos, depende de su estado de ánimo, vendrán u día dispuestos a sentarse y recibir cualquier tratamiento y otros no querrán más que la visita explorando la consulta y sus ocupantes. Eso hay que admitirlo y no obligarlo, pues ello provocaría rechazo con el lugar, el estomatólogo y el tratamiento.

Un aspecto negativo a considerar una vez que se comience el tratamiento curativo, es el exceso de saliva y la intranquilidad, por lo cual es recomendable que la cita sea en horas de la mañana cuando están frescos y no tienen la agresividad que puede aparecer cuando cambian de medio, aumentando la intranquilidad y la sialorrea. Se puede solicitar que sean traídos a la consulta cuando están bajo los efectos de los medicamentos, en el caso que tomen habitualmente algún sedante.

El proceder se realizará de acuerdo a la necesidad y a la posibilidad, pues no siempre se realizará de la misma manera, pues a veces es posible tratarlos usando abre bocas, taco de goma, dedil de acrílico; siempre usando el ingenio para que el tiempo con que se realice el tratamiento sea el menor posible, sin afectar la calidad del mismo. En este momento es muy importante la participación eficiente y efectiva del personal técnico, pues hay que preparar el instrumental y materiales con anterioridad; logrando así un desarrollo adecuado del proceder estomatológico curativo.

En muchas ocasiones las cavidades en estos pacientes no se pueden realizar terapéuticas con todos los requerimientos, sino solo usando los instrumentos manuales que posibiliten eliminar todo el tejido reblandecido, por lo que se hace necesario utilizar materiales que no necesiten fondos cavitarios para así agilizar el proceso. Por tal razón es



recomendable el ionomero de vidrio y el policarboxilato con limalla; y en el caso de los dientes anteriores las resinas autopolimerizables.

Por otra parte se encuentran los que no cooperan aun utilizando todas las herramientas expuestas con anterioridad y los tratamientos curativos se deben realizar bajo los efectos de la anestesia general, con todas las consecuencias negativas de la misma. En este caso se realizarán todos los procedimientos posibles en una sesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bastarrechea Milián MM, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Barciela González Longoria MC. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica. Rev Cubana Estomatol. 2021;58(3):e3658.
2. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionada con los pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana de Estomatol. 2001 [acceso: 20/01/2019]; 38(3):181-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300006.
3. Reyes Guerra S. Salud oral del paciente con síndrome de Down. Revisión bibliográfica y propuesta de una guía de atención. Odontol Pediátr 2020;28(2):74-83.
4. Bastarrechea Milián M de las M, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D. Riesgo médico en pacientes estomatológicos según la clasificación ASA. Revista Habanera de Cien Med. 2020 [acceso: 20/12/2020]; 19(3):1-14. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3032/2588> .
5. Rodríguez K, Peña M, Clavaría R, Vallejo G, García R. Oral health in patients with Down syndrome according to the attitude of their legal tutors. Revista Médica Electrónica. 2017[cited 22 September 2021];39(4):842-849. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n7/san10217.pdf> .



6. Pérez D. Síndrome de Down. Rev Act Clínica. 2016[cited 21 September 2021];45(01): 2357-2361. Available from: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v45/v45a01.pdf> .
7. Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de La Habana: MINSAP, 2018.
8. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003.

III Jornada de Medicina Familiar en Ciego de Ávila. MEFAVILA. MAYO/2023

Curso: Tratamiento estomatológico en una discapacidad intelectual: Síndrome de Down.

La siguiente selección de preguntas constituye el cuestionario final del curso:

Su objetivo fundamental es comprobar los conocimientos adquiridos durante el transcurso del mismo y de cierta forma, concluir con los aspectos más esenciales abordados en el mismo. Esperamos que dicho curso haya sido de su agrado.

Nombre y apellidos:

Carnet de Identidad:

Provincia:

Institución:

Correo:

Teléfono:

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EJ: X

Si	No	No sé X
----	----	------------

1. ¿El término pacientes especiales es utilizado para identificar al paciente deficiente discapacitado?

Si	No	No sé
----	----	-------

2. ¿Los niños con síndrome de Down son braquicéfalos, con cara y occipucio planos, ojos oblicuos con aberturas palpebrales dirigidas hacia arriba y hacia afuera?



Si	No	No sé
----	----	-------

3. ¿La apnea obstructiva del sueño está dada por la combinación de protrusión de la lengua y una mandíbula prognática?

Si	No	No sé
----	----	-------

4. ¿ A nivel de la lengua se observa presencia de Macroglosia verdadera o relativa, fisurada, depilación lingual y protrusión lingual.

Si	No	No sé
----	----	-------

5. ¿El taurodontismo, la hipoplasia del esmalte y retraso eruptivo dental son algunas de las alteraciones presentes en los dientes?

Si	No	No sé
----	----	-------

6. ¿La prevención constituye la acción fundamental en este grupo poblacional?

Si	No	No sé
----	----	-------

7. ¿Se utilizan los instrumentos manuales para la eliminación de la dentina reblandecida?

Si	No	No sé
----	----	-------









