

Atención y cuidados odontológicos para los niños con síndrome de Down

José Daniel Molina Blanco

RESUMEN

El artículo revisa los problemas bucales y odontológicos más frecuentes en los niños con síndrome de Down: las maloclusiones, el bruxismo, la respiración por la boca, las alteraciones en la erupción de los dientes, la caries dental y la enfermedad periodontal. Expone los cuidados especiales que hay que tener y ofrece un conjunto de normas muy prácticas para evitar que aparezcan los problemas, tanto en el niño como en la edad adulta.

Introducción

Soy odontólogo y el papá de Alejandro, un maravilloso niño de tres años que tiene síndrome de Down.

Una de las dudas que nos planteamos los padres en relación con nuestros hijos es qué cuidados dentales tenemos que proporcionarles para reducir al mínimo los problemas que les puedan surgir en la boca.

Entre todas las características especiales que tienen nuestros hijos, comprobamos que su boca puede presentar, con una frecuencia alta, unas particularidades que están asociadas al síndrome de Down, aunque eso no quiere decir que tengan que aparecer en todos los niños.

Características odontológicas asociadas al niño con síndrome de Down

Maloclusiones dentarias (dientes mal colocados)

Su lengua suele ser más grande e hipotónica, es lo que se conoce como "macroglosia", y como consecuencia de ello, los niños suelen tener una mayor dificultad para la fonación (pronunciación de las palabras), y suelen tener un mayor desarrollo de la mandíbula inferior respecto al maxilar superior. En ocasiones la lengua no es más grande pero puede parecerlo, al ser más pequeña la cavidad bucal

Este mayor desarrollo mandibular puede producir maloclusiones dentarias futuras, ya

que el empuje de esa lengua más grande produce un mayor adelantamiento mandibular respecto al maxilar superior, mientras que en una oclusión correcta (forma en que muerden los dientes), el maxilar superior está un poco más adelantado y los dientes superiores 1-2 mm. por delante de los inferiores. Técnica-mente, esa mandíbula adelantada se conoce como una maloclusión tipo III o prognatismo mandibular.

En épocas pasadas se utilizaban unos aparatos ortodóncicos extraorales llamados "mentoneras" que intentaban sujetar el crecimiento óseo mandibular adelantado. Su efectividad está cuestionada por lo que no es recomendable.

Si observan una maloclusión en sus hijos, mi consejo es que acudan a un ortodoncista, que es el odontólogo especialista en situar o colocar adecuadamente los dientes.

Antes de los 7 años no hace falta hacer nada, porque los ortodoncistas suelen realizar los tratamientos a lo largo de dos períodos de tiempo.

a) Ortodoncia interceptiva

Se ejecuta entre los 7-10 años, que es cuando erupcionan los incisivos y los primeros molares definitivos (molares de los 6 años). Con esta técnica se intenta guiar el crecimiento de los huesos maxilares con aparatos removibles (aparatos de quitar y poner que requieren colaboración y cooperación del niño), o fijos (sujetos a unas bandas metálicas que se pegan a los molares de los 6 años) con el fin de que los dientes se vayan colocando correctamente.

b) Ortodoncia correctiva

Se realiza entre los 11-14 años, que es cuando erupciona el resto de los dientes definitivos, premolares, segundos molares o molares de los 12 años y caninos. Corresponde con la fase puberal de crecimiento y es cuando se colocan los aparatos fijos llamados *brackets* en todos los dientes, que fijados por una serie de arcos van colocando los dientes correctamente.

Dependiendo de la maloclusión dentaria, el ortodoncista les aconsejará el mejor momento de empezar el tratamiento y si se ha de hacer en una o dos fases (interceptiva y/o correctiva). Salvo casos complicados, se tiende a realizar la fase correctiva a los 12-14 años, para evitar tratamientos muy prolongados que excedan los 2 años, ya que resultan pesados tanto para los niños como para los padres.

Bruxismo

Algunos niños "rechinan" los dientes produciendo movimientos involuntarios que provocan el roce y apretamiento de los dientes, sobre todo por la noche. Esto tiene como consecuencia el desgaste de los dientes y se conoce como "bruxismo".

En los niños con bruxismo no es necesario ningún tratamiento, ya que no pasa nada porque se desgasten los dientes de leche; de hecho, es normal que se desgasten un poco en todos los niños.

En adultos, si se produce mucho desgaste o hay dolores en la articulación témporo-mandibular, que está debajo de las sienes, se recomienda utilizar "férulas intraorales". Son unos dispositivos plásticos que se adaptan a los dientes (similares a los protectores bucales de los deportistas), para evitar el desgaste de los dientes y relajar la mandíbula y la musculatura oral, disminuyendo el dolor producido por las contracturas musculares.

Respiración bucal

Con mucha frecuencia nuestros hijos suelen respirar por la boca, y esas continuas espiraciones e inspiraciones provocan sequedad en la mucosa oral y tendencia a tener los labios agrietados. Es conveniente lubricar los labios con vaselina o productos balsámicos de mejor sabor; nosotros usamos uno llamado "LetiBalm pediátrico".

Al tener una lengua grande, les sale saliva por las comisuras, y se facilita la infección de estas comisuras por gérmenes oportunistas tipo hongos, sobre todo del género *Cándida*.

Esta infección se conoce como *Queilitis Angular*, que son unas fisuritas o pupas en las comisuras que cuesta mucho que desaparezcan. Hay que tratarla con geles que poseen fármacos antifúngicos como el "*Fungisdín Oral*", que es un gel que contiene miconazol y se aplica durante 10-15 días. Insisto en que los tratamientos de los hongos son largos. Junto a ello es preciso aplicar un programa que fomente el hábito de mantener cerrada la boca. Con paciencia y constancia se consigue.

Alteraciones de la erupción dentaria

El desarrollo general de nuestros hijos es un poco más lento y los dientes no van a ser menos. No nos debemos preocupar si hay retrasos en la erupción y a los 12 meses aún no tienen ningún diente. Ya saldrán, no tiene ninguna importancia ya que las variaciones en la erupción dentaria son grandes, tanto en los niños con síndrome de Down como en los que no lo tienen, aunque son más acusadas en los primeros.

Nuestros hijos pueden tener microdoncia (dientes más pequeños) y agenesias dentales (falta de algún diente). No debemos preocuparnos. Mi hijo, por ejemplo, tiene unos dientecitos picudos que parece un tiburoncito. Por supuesto que no hay que hacer nada, son de leche, cuando salgan los dientes definitivos ya veremos. En la edad adulta, con los avances de la ortodoncia y la estética dental se pueden corregir defectos de forma, número y posición de los dientes. La ortodoncia, como ya comenté, puede empezar en la infancia aunque también se puede realizar ortodoncia en adultos.

Caries dental

En general los niños con síndrome de Down no tienen más incidencia de caries que los otros niños. Pero por la importancia que en sí tiene este problema, me parece conveniente tratarlo aquí y exponer los cuidados bucales que es preciso mantener para los niños en general.

a) Alimentación sana, evitando el consumo de azúcar refinado

Los alimentos más peligrosos son los azúcares refinados, sobre todo si son sólidos y retentivos (caramelos, gominolas, chocolate).

Los azúcares refinados fermentan en la boca por acción de bacterias cariogénicas (productoras de caries) que están presentes en todas las bocas (sobre todo el *Streptococcus mutans*). Esta fermentación produce ácidos

que perforan el esmalte y forman unas cavidades llamadas caries.

Por ello es tan peligroso el consumo de golosinas, ya que supone una producción continua de ácido alrededor de los dientes que supera las capacidades defensivas de la boca. Influye más el número de exposiciones al azúcar que la cantidad.

Hay que ofrecer a los niños alternativas sin azúcar (productos que contengan xilitol) o frutos secos. Los azúcares de las frutas son naturales, por lo que tienen poco poder cariogénico, no así los zumos artificiales que tienen mucho azúcar y, si se dan con biberón, producen el efecto continuado que es tan peligroso para los dientes. En algunos niños pueden salir grandes caries en los dientes temporales, se llaman "caries de biberón".

b) Cepillado con pasta fluorada y otros aportes de flúor

Tenemos que empezar a cepillar los dientes cuando erupcionan los dientes temporales. Alrededor de ese período, a los 1-2 años usaremos cepillos dentales infantiles sin pasta para evitar que la traguen. A medida que crezcan, controlen la deglución y no traguen la pasta, iremos introduciéndola poco a poco.

Usaremos una cantidad mínima de pasta; al principio un ligero pincelado del cepillo, hasta llegar a poner el tamaño de una lenteja a la edad aproximada de 6 años y de un guisante, como mucho, a los 8-9 años.

Hay que utilizar pastas infantiles o junior por su adecuada concentración de flúor, por si acaso tragan algo, ya que a veces es imposible de evitar.

Es muy importante cepillar los dientes después de las comidas, o después de que consuman azúcares. Reitero que es más peligrosa la frecuencia de la ingesta de azúcares que su cantidad, es decir, lo peor es estar picoteando dulces todo el día.

En ciudades donde el agua no esté fluorada (en Bilbao donde vivo y en toda la Comunidad Autónoma Vasca está fluorada con una concentración de 1 ppm de ión flúor), y en niños susceptibles de caries (que hayan tenido caries en

dentición temporal) se recomienda el uso de suplementos de flúor en tabletas según la tabla 1.

Si el niño tiene mucho riesgo de caries (caries muy grandes y/o en muchos dientes) se recomienda el uso de un enjuague de flúor diario por las noches, siempre después del cepillado.

c) Sellado de fisuras de los molares definitivos.

Los primeros molares definitivos erupcionan a los seis años (se llaman molares de los 6 años), por detrás de los molares de leche y sin que se caigan éstos. Es ésta la mejor edad para comenzar la revisión en el dentista, ya que él será quien decida, en función del riesgo de caries que aprecie en el niño, y de la forma y profundidad de los surcos de los molares, si es conveniente sellarlos para evitar el desarrollo de caries.

Es un método preventivo muy eficaz para prevenir la aparición de caries, es inocuo, sencillo y no requiere anestesia. Se pincela un líquido sobre los surcos de las muelas (es una resina líquida, como un empaste líquido), que endurece al aplicar una luz halógena (fotopolimerizable), sellando el surco. Al quedar una superficie lisa, se evita el depósito de azúcares y su fermentación en el fondo de los surcos de los molares que son las zonas más susceptibles en los niños.

Los dientes y muelas son más susceptibles a sufrir caries en los primeros años post-erupción, ya que su esmalte es más inmaduro. Además, en estas edades de 6-12 años suele ser mayor el consumo de golosinas y chuches. Por ello hay que estar atento a la erupción de los molares, acudiendo al dentista cuando salgan, ya que son los dientes que más surcos tienen y por ello se pueden cariar más.

Con el tiempo y los suplementos de flúor se van endureciendo y se hacen más fuertes.

d) Revisión por el dentista.

Ya hemos comentado que la edad de los 6 años es buena para acudir al odontólogo, ya

Tabla 1. Suplementos de flúor en tabletas según el grado de fluoración de las aguas

| Edad del niño | Agua no fluorada = 0.7 ppm | Agua fluorada = 0.7 ppm |
|---------------|----------------------------|-------------------------|
| 0-2 años | 0 | 0 |
| 3-5 años | 0,25 mg | 0 |
| 6-15 años | 0,50 mg | 0 |



Ale

que es cuando empiezan a erupcionar los dientes definitivos. Pero si en las revisiones médicas se aprecia algún problema bucal, sobre todo caries en dentición temporal, es conveniente acudir antes al dentista.

Es mejor acudir al odontopediatra, que es el dentista especializado en tratar a niños pequeños y, por tanto, está más preparado para tratar a niños con algunas dificultades, como puede ser el caso de nuestros hijos.

Es conveniente obturar o empastar los dientes de leche, así evitamos problemas de dolores o infecciones, y prevenimos la posibilidad de que haya que extraerlos.

La extracción de los molares temporales puede ser perjudicial para la correcta erupción posterior de los dientes definitivos. Así también prevendremos maloclusiones que necesiten ortodoncia para alinear bien los dientes.

Enfermedad periodontal

Los niños y adultos con síndrome de Down tienen mayor susceptibilidad para sufrir la llamada enfermedad periodontal o periodontitis (que se conoce habitualmente como "Piorrea").

La periodontitis es una enfermedad que afecta a los tejidos que rodean al diente en el alvéolo: el hueso alveolar y las fibras periodontales que unen el cemento que está sobre la raíz del diente con ese hueso. Cuando hay una mala higiene bucal, se produce una acumulación de bacterias y sarro alrededor de los dientes, en la zona adyacente a la encía (que se llama surco gingival), y se origina la inflamación de las encías que es lo que se conoce como *gingivitis*, y es la primera fase de la enfermedad periodontal.

Con el paso del tiempo, esta inflamación

asociada a más sarro, puede provocar pérdida de los tejidos que rodean al diente y pueden empezar a moverse los dientes y al final perderse. Esta evolución es en el 98 % de los casos muy lenta, y en adultos sin tratar empiezan a perder los dientes a partir de 40-50 años.

La prevención es la mejor forma de combatir el desarrollo de esta enfermedad, es decir, con una buena técnica y un hábito de cepillado diario.

Hay que cepillar no sólo los dientes, sino también la zona de unión del diente y la encía, ya que es en este surco gingival donde se acumula más sarro. En condiciones normales no mide más de 1-2 mm. y no sangra; en cambio cuando hay ya gingivitis y/o enfermedad periodontal puede medir más de 3 mm., sangrar y molestar.

Si la encía está enferma y sangra, es conveniente acudir al dentista para su tratamiento y limpieza.

Yo soy periodoncista, trato muchas encías enfermas, y puedo asegurar que el mejor tratamiento es un hábito de cepillado correcto. El cepillado más importante es el de la noche. Tenemos que estar al menos 5 minutos cepillando los dientes a nuestros hijos, y de forma muy especial porque es muy importante, en esa zona del surco gingival que es donde más sarro se acumula, con movimientos de barrido verticales desde la encía hasta el diente. No debemos tener miedo porque si se usa un cepillo de cerdas sintéticas suaves no le vamos a hacer daño al niño.

Hay que cepillar todas las superficies de dientes y su unión con la encía. Pensemos que la boca es como una cocina con muchas esquinas y que hay que barrerlas todas. Conviene sistematizar el cepillado, siguiendo un orden y

siempre el mismo; por ejemplo, primero arriba a la derecha por fuera y seguir hasta la última muela de la izquierda; al terminar, volver por dentro, por la zona del paladar hasta la primera muela derecha cepillada, y lo mismo abajo. Cepillar por separado los dientes superiores e inferiores en grupos de 2 dientes más o menos (molares, caninos e incisivos).

A medida que los niños adquieran habilidad, podemos dejarles que se cepillen ellos, pero después de que nosotros le hayamos hecho un correcto cepillado de, al menos, 5 minutos. Hemos de tener paciencia; pensemos que ese cepillado prevendrá muchos tratamientos futuros, y yo al menos, paso un rato estupendo con mi hijo. A él le encanta que le cepille, y cuando termino, le dejo un cepillo un poco machacado porque uno nuevo no resiste ni uno de sus cepillados.

Un cepillo infantil puede durar un mes; cuando las cerdas se doblen se debe cambiar (o dejarlo para que se "cepille" él).

En jóvenes y adultos con periodontitis y/o gingivitis, es conveniente, además de la visita al periodoncista, el uso de colutorios que ayuden al control de la placa y el sarro. En fases activas de sangrado de encías se utilizan colutorios y pastas del antiséptico clorhexidina como tratamiento complementario, utilizando colutorios y

pastas de mantenimiento que tengan triclosán para usar como prevención de enfermedad periodontal.

En pacientes que no controlen el uso de enjuagues, hay un formato de clorhexidina en spray que es muy fácil de utilizar, lo tienen varias casas comerciales (Isdin, Lácer, Dentaïd) y está indicado en todo tipo de pacientes discapacitados que presentan dificultad para su higiene bucal manual, al igual que el uso de cepillos eléctricos que no requieren tanta destreza.

Conclusiones

Lo más importante para mantener una boca sana en nuestros hijos es la prevención, mediante unos hábitos de higiene bucal correctos y una alimentación sana, cepillando los dientes tres veces al día, después de las comidas, incidiendo más en el cepillado de la noche que es el más importante, y cepillando la zona de la encía que se une al diente.

Espero que estos consejos nos hayan servido para mantener una boca sana en nuestros hijos, y que con ellos evitemos futuros problemas odontológicos que tanto molestan y que pueden suponer un grave deterioro de la boca, con todas sus consecuencias.

Bibliografía

Bullón Fernández P, Machuca Portillo G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Ediciones Normon. 1996.

Molina Blanco J, Villalón del Río A y col. Atención odontológica hospitalaria a pacientes discapacitados con anestesia general..

Avanc Odontoestomatol 1998; 14: 485-92.

Rioboo R. Higiene y prevención en Odontología. Ediciones Avances. 1994.