

Condiciones dentales comunes

El siguiente artículo es un resumen de la presentación del ortodoncista Dr. David Musich. El manifestó que el 100% de los niños con síndrome de Down poseen problemas complejos de ortodoncia. Los niños con síndrome de Down son diez veces más propensos a la falta congénita de dentadura que los niños sin síndrome de Down. Los dientes que no aparecen más comúnmente son los molares de los tres años, premolares y los incisivos laterales.

Los individuos con síndrome de Down tienen una alta incidencia de dientes o muelas que no brotan. Uno de cada cuatro niños con síndrome de Down presenta esta condición.

Treinta a cincuenta y cinco por ciento de los pacientes poseen dientes pequeños o poco desarrollados, con raíces cortas.

Dentadura ectópica es también común. Resulta generalmente de la retención de los dientes de leche. Por ejemplo, un diente molar de leche retenido es tres veces el tamaño del diente permanente que lo reemplazaría. Los dientes ectópicos pueden salir en el paladar detrás del otro diente o en la parte superior de las encías, por el tamaño más reducido de la mandíbula superior o la falta de arco en el perímetro bucal.

El Dr. Musich explicó el término de una lengua más grande como una mayor laxitud por la hipotonía o bajo tono muscular, común en los individuos con síndrome de Down. Por ello, la lengua tiende a empujar hacia fuera de la cavidad bucal, haciéndola aparecer más grande. Esto puede ocasionar respiración bucal y sequedad, que contribuyen a problemas dentales como la enfermedad periodontal.

Otra condición común es la mordida cruzada. Causada por un desbalance en el crecimiento de la mandíbula relativo al crecimiento facial. El Dr. Musich explicó como en una mordida correcta, la mandíbula superior reposa sobre la mandíbula inferior, tal como una tapa reposa sobre un frasco. Por el bajo desarrollo de la mandíbula superior en longitud y amplitud, el 65% de los individuos con síndrome de Down presentan lo que se denomina una mordida de Clase III. La mandíbula inferior es más larga que la superior de forma que los dientes superiores frontales reposan detrás de los inferiores, cuando la boca se

encuentra cerrada. Si aparece en una edad temprana, debe ser evaluada y tratada por un ortodoncista.

El tratamiento es posible

Si bien existen muchas condiciones dentales comunes en niños con síndrome de Down, el Dr. Musich comentó que el 80% de los pacientes con síndrome de Down de su oficina respondieron al tratamiento de ortodoncia sin necesidad de una intervención quirúrgica. Es importante empezar el tratamiento antes de que el crecimiento disminuya. El Dr. Musich explicó como el crecimiento facial se detiene típicamente a los 13 años. Sin embargo, la mandíbula inferior continúa creciendo hasta los 16-18 años en las mujeres y los 20's en los hombres. La edad típica de visitar al ortodoncista es a los 8 años de edad. Una visita inicial puede ser a los 4 o 6 años. Aun a los 11, 12 o 13, existe todavía un crecimiento en el esqueleto tremendo en el niño para beneficiarse del tratamiento de ortodoncia. Generalmente, los pacientes son tratados en diferentes etapas para expandir la mandíbula superior y permitir un alineamiento mas normal de los dientes.

Toma de datos para la ortodoncia

Se deben hacer varias medidas para determinar el patrón del esqueleto del paciente antes de iniciar el tratamiento de ortodoncia. Estas son las visitas de toma de datos. Se toman impresiones dentales del paciente como modelos de estudio. Para facilitar el proceso, en la oficina del Dr. Musich toman inicialmente un molde de la mano, para que el niño tome nota del material usado. Ocasionalmente envían los moldes a la casa, para que el niño practique utilizando yogurt como el medio de impresión. Una radiografía panorámica de la boca para el análisis lateral cefalométrico le permite al ortodoncista medir el crecimiento de la mandíbula. Una radiografía posterior y anterior de la cabeza muestra si el paciente necesita una expansión de la mandíbula superior y cuanto se necesita para corregir la mordida. Una radiografía de la muñeca se toma para saber cuanto mas le queda de crecimiento al individuo, para determinar las opciones de tratamiento. También se toman fotografías de los dientes del paciente para ver los espacios y las marcas de su uso.

La primera impresión es la definitiva

El grupo de ortodoncistas opina que el trabajo en grupo es importante cuando se trata niños con necesidades especiales. Los profesionales

trabajan con la familia para crear una atmósfera cómoda para el niño. Usan una variedad de formas para ello. Algunas incluyen: gafas oscuras para evitar la luz sobre la cara, juego en casa para practicar el procedimiento y consultar con otros pacientes dispuestos a ayudar a los nuevos en el proceso.

Los pacientes experimentados generalmente son muy receptivos a permitir que los nuevos observen y aprendan esta experiencia. Algunos pacientes necesitan saber que viene después y otros no desean saberlo. Se trata de ofrecer un nivel de comodidad a cada paciente. Algunos pacientes necesitan una intervención quirúrgica específicamente si son ya mayores y el crecimiento se ha detenido. Otros no les agrada el tratamiento dental de ninguna clase y un tratamiento de ortodoncia de meses, sería muy difícil. Cada paciente debe evaluar el costo-beneficio de un tratamiento en su caso individual.