

Avaliação das características bucais de pacientes portadores de síndrome de Down da APAE de Mogi das Cruzes – SP

Assessment of the oral alterations in patients with down syndrome of the APAE Mogi das Cruzes – SP

Camila Negretti Santangelo¹; Danieli Peixoto Gomes²; Luiza de Oliveira Vilela³; Tamy Shiozawa de Deus⁴; Vinicius de Oliveira Vilela⁵; Elaine Marcílio Santos⁶

¹ Graduanda em Odontologia – Universidade de Mogi das Cruzes

² Graduanda em Odontologia – Universidade de Mogi das Cruzes

³ Graduanda em Odontologia – Universidade de Mogi das Cruzes

⁴ Graduanda em Odontologia – Universidade de Mogi das Cruzes

⁵ Graduando em Odontologia – Universidade de Mogi das Cruzes

⁶ Doctor Dental Surgery/Science, PhD em Odontopediatria e Mestre em Patologia Bucal – Faculdade de Odontologia da USP; Professora titular – Universidade de Mogi das Cruzes

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

São Paulo, SP [Brasil]
camilansantangelo@hotmail.com

RESUMO

Os pacientes portadores da síndrome de Down têm alteração genética resultante da trissomia simples do cromossomo 21 e apresentam uma série de alterações bucais que o cirurgião dentista precisa conhecer para atendê-los adequadamente. Assim, neste artigo, o objetivo é avaliar as características gerais bucais de 20 pacientes da APAE, de Mogi das Cruzes, onde foi realizado exame clínico e aplicado questionário, para identificar as alterações oclusais e os hábitos mais frequentes dos entrevistados. Os dados foram avaliados, utilizando-se o programa estatístico EpiInfo, versão 6.0, e o Harvard Graphics, versão 2.0. As principais características bucais observadas foram macroglossia, hipotonia muscular, respiração bucal, palato ogival, poucas lesões de cárie e problema periodontal severo. As alterações oclusais que prevaleceram foram a mordida aberta e a cruzada posterior, Classe III de Angle ou “falsa”, Classe III, em decorrência da hipotonia muscular e macroglossia. Os resultados permitiram concluir que os pacientes apresentam alterações oclusais provocadas pelas alterações esqueléticas e funcionais comuns em portadores da síndrome.

Descritores: Alterações oclusais; Mordida aberta; Síndrome de Down.

ABSTRACT

The patients with Down syndrome have a genetic alteration resulting from the simple trisomy of chromosome 21 and present several oral alterations that dental surgeons ought to know in order to provide a good service. Thus, in this study, the aim was to assess the general and oral characteristics of 20 patients of the APAE from Mogi das Cruzes city, where they were submitted to examination and implementation of a questionnaire for assessing oral characteristics, occlusal changes and more frequent habits. The data were analyzed with the statistical software EpiInfo version 6.0 and Harvard Graphics, version 2.0. The main oral features observed were macroglossia, muscle hypotonia, oral breath, ogival palate, few cavities and severe periodontal disease. The most frequent malocclusions found in this sample were anterior open bite with posterior crossbite, Angle Class III or Pseudo-Class III due to muscle hypotonia and macroglossia. The results have enabled us to conclude that the patients have occlusal changes caused by skeletal and functional alterations, and which are frequently found in patients with the syndrome.

Key words: Down syndrome; Open bite; Oral alterations.

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, tem-se observado ações multidisciplinares, exigindo a compreensão dos fatores biológicos, sociais, comportamentais e ambientais determinantes do processo saúde/doença¹. Nesse contexto, insere-se a odontologia, que preconiza a integração de todas as especialidades.

Pacientes com necessidades especiais são aqueles que apresentam doenças e/ou condições que requerem atendimento diferenciado, por serem portadores de alterações mentais, físicas, orgânicas, sociais e/ou comportamentais^{2,3}. A odontologia para portadores de necessidades especiais surge na busca pela inserção social desse grupo e pela proposta de melhor atendê-lo. Considerada especialidade em 2002, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), sua criação se justifica pelo fato de que esses pacientes, além das dificuldades por sua condição incapacitante, sofrem discriminação da sociedade pelos profissionais de saúde e até mesmo por seus familiares^{4,5}.

Há aparente preocupação dos profissionais com esses pacientes; porém, na prática, pouca atenção lhes têm sido dedicada. Na maioria dos casos, o profissional encontra-se despreparado e inseguro diante dessa clientela⁶.

Estima-se que hoje, no Brasil, exista pequeno número de dentistas que atendem esses pacientes. Além disso, o tratamento odontológico é dificultado pelo pouco conhecimento que possuem das suas principais características bucais, para determinar os procedimentos clínicos a serem realizados.

Os portadores da síndrome de Down apresentam alteração genética resultante da trissomia simples do cromossomo 21, e, por possuírem uma série de alterações bucais e funcionais, sua frequência em consultório odontológico é grande. A partir disso, propõe-se, neste trabalho, avaliar as características bucais de portadores da síndrome, pacientes da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), de Mogi das Cruzes – SP.

REVISÃO DA LITERATURA

Na literatura, há vários conceitos do que seria um paciente portador de necessidades especiais. A definição poderia ser “[...] aquele que apresenta desvios de normalidade de ordem física, mental, sensorial, de comportamento e crescimento, tão acentuadas, a ponto de não se beneficiar de programas rotineiros de assistência”⁷. Essa visão implica que os programas de assistência parecem não poder contemplar essa clientela de forma sistemática, pela inabilidade inerente de esses pacientes se relacionarem com a sociedade brasileira.

Entre esses conceitos, percebe-se que o termo especial é amplo, porque gera definições que se complementam e se reforçam. O termo também é relativo, pois depende das visões de normalidade que prevalecem em determinada sociedade e que, por sua vez, determinam as ações necessárias em relação a quem se desvia da norma.

A *International Association of Dentistry for Disabilities and Oral Health* classificou esses pacientes em: desvios de inteligência, defeitos físicos e congênitos, desvios comportamentais e psíquicos, deficiências sensoriais, doenças sistêmicas crônicas, doenças endocrinometabólicas, problemas sociais, estados fisiológicos especiais².

A síndrome de Down resulta, em 95% dos casos, da trissomia simples do cromossomo 21. Em 2% dos pacientes, evidenciam-se mosaicos cromossômicos; em 2%, há translocação de um dos três cromossomos 21 para um cromossomo do grupo D; e, em 1%, a translocação ocorre com um cromossomo do grupo G21 ou 22⁸.

A síndrome de Down foi descrita pela primeira vez, em 1860, por John Down, tendo sido a primeira anormalidade autossômica analisada sendo mais comum em filhos de mães com idade superior a 30 anos⁸. A incidência da síndrome é de 1: 650 nascimentos vivos, sendo importante o aconselhamento genético, principalmente das mães idosas, em razão de apresentarem maiores índices de filhos com essa síndrome^{3,9}.

As características gerais dos portadores da síndrome de Down são as seguintes: faces achatadas, posição mongolóide das fendas palpebrais, epicanto, nariz em sela pequeno, deformidades das orelhas, braquicefalia, região occipital achatada⁹, pescoço curto e achatado, baixa estatura, mãos e pés pequenos e largos⁹. São relatadas alterações no sistema endócrino-metabólico, envolvendo, principalmente, as glândulas tireóide e pituitária e no sistema hematológico e gastrointestinal, além de defeitos cardíacos¹⁰.

As principais características bucais relatadas são: mordida aberta anterior – devido à pseudomacroglossia e hipotonia lingual, gerando deslocamento dos dentes e mandíbula; respiração bucal; palato em ogiva, e tonsilas e adenóides hipertrofiadas^{3, 11}. A presença de úvula bífida, fenda labial e palatina, mordida cruzada posterior e de maloclusão de Classe III, de Angle, é ocasional¹⁰. Quanto às anomalias dentárias, as mais comuns são hipodontia, dentes conóides, microdentes, hipocalcificação do esmalte, fusão e geminação. Observa-se também retardo na erupção e esfoliação dos decíduos e permanentes^{3, 8}.

A incidência de cárie é menor, sendo atribuída a um aumento da capacidade tampão da saliva e à tendência ao bruxismo observada pelas superfícies oclusais desgastadas⁸. Os dentes mais acometidos são os segundos molares inferiores e superiores e os primeiros molares superiores, seguidos dos inferiores¹².

A pobre higiene oral e a alta incidência de gengivite e doença periodontal são relevantes nos portadores dessa síndrome^{13, 14}. Dessa forma, observa-se a importância do correto diagnóstico para atender às necessidades desses pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Mogi das Cruzes, processo 76/07. Foram avaliados 20 pacientes, portadores de síndrome de Down, da APAE de Mogi das Cruzes, conforme solicitação

do Comitê de Ética. Foi desenvolvido exame clínico para avaliação das características bucais de interesse apresentadas na literatura. Efetuou-se também o preenchimento de ficha anamnética para abordagem geral dos pacientes. Os dados foram tratados com programa estatístico EpiInfo, versão 6.0, na confiabilidade de 95%, e programa Harvard graphics, versão 2.0.

RESULTADOS

As Tabelas 1 e 2 demonstram os dados obtidos com a anamnese e a presença de hábitos nocivos, respectivamente.

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com fatores avaliados na anamnese

Dados anamnéticos	Presença n	%	Ausência n	%
Doenças sistêmicas	6	30	14	70
Dificuldades motoras	2	10	18	90
Medicação	8	40	12	60
Desvio de face	3	15	17	85
Gosto ruim na boca	4	20	16	80
Dor na boca	3	15	17	85
Rosto cansado	3	15	17	85
Dor ouvido/cabeça	4	20	16	80

Tabela 2: Presença de hábitos nocivos

Hábitos nocivos	Presença n	%
Deglutição atípica	11	55
Respiração bucal	17	85
Sucção digital	7	35
Mordedura de lábios	4	20
Sucção de bochechas	3	15
Onicofagia	4	20
Hábitos noturnos	8	40
Interposição lingual	16	80

As Figuras 1 a 3 demonstram os valores percentuais dos achados clínicos apresentados pelos pacientes avaliados, referentes ao tipo de

FICHA DE ANAMNESE

Nome:

Sexo: () M () F

Raça:

Idade:

Moradia: () zona urbana () zona rural

Doença sistêmica: () S () N Qual (is)?

Tem dificuldades motoras?

Toma medicamentos?

Nome comercial:

Posologia:

Alimentação: () deficiente () satisfatória () equilibrada () desequilibrada () restrita

Consistência: () líquida () pastosa () fibrosa () intermediária

Já foi ao dentista?

Já recebeu orientações de higiene bucal?

Quantas vezes escovas o dente por dia?

Escova: macia () média () dura ()

Cabeça: pequena () média () grande ()

Usa fio dental?

Sente gengiva irritada, coçar, doer?

Há sangramento gengival?

Sente gosto ruim na boca?

Sente a boca seca?

Sente dor em alguma parte da boca?

Sente o rosto cansado quando acorda?

Dor de cabeça/ouvido?

Desvio(s)/Assimetria(s): () S () N

Lábios: () fechados () entreabertos () abertos

Lubrificação/hidratação: () ressecados () normais () hiperlubrificados

Perfil facial: () reto () côncavo () convexo

Hábitos parafuncionais

Deglutição atípica:

Respiração bucal?

Sucção digital? Sucção/mordida de lábios? Sucção da bochecha?

Onicofagia? Hábitos noturnos? Interposição de língua?

Mastigação: () unilateral () bilateral

FICHA DE EXAME CLÍNICO

Dentição: () decídua () mista () permanente

Higienização: () ruim () regular () boa () mancha branca () cárie () dentes ausentes

Diastemas: () fisiológico () patológico

Oclusão CI Angle:

() mordida aberta () mordida profunda — OVERBITE

() sobressaliência — OVERJET

() mordida cruzada — () anterior () posterior () bilateral

() unilateral

Ficha 1

dentição, classificação de Angle e maloclusão, respectivamente.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram maior frequência na raça branca e nenhuma diferença entre os

sexos (Figuras 1 e 2). Dos hábitos avaliados, observou-se maior frequência de respiração bucal, interposição lingual e deglutição atípica (Tabela 2). Esses dados concordam com os observados por Manzano, Salazar e Manzano¹⁵, Mugayar¹⁰, Guedes-Pinto⁸ e Baruffaldi³, que determinaram a respiração bucal como o hábito mais frequente desses pacientes.

Mustachi e Peres¹¹ (2000) também citam a interposição lingual como de maior ocorrência.

A língua desses pacientes tende a ser maior, considerando-se que essa macroglossia é relativa, pelo pequeno espaço encontrado para seu posicionamento. Indivíduos com essa condição anatômica se sentem mais confortáveis com a boca aberta e a língua protuída, aparentando língua aumentada. A macroglossia provoca deslocamento dos dentes e, conseqüentemente, maloclusão e hábitos bucais deletérios⁸. Ainda como conseqüência da macroglossia e da hipotonicidade da língua, os lábios se apresentam freqüentemente banhados por saliva, o que leva à irritação e a fissuras nos cantos labiais, queilite angular, facilitando a instalação de processos infecciosos¹⁰.

As maloclusões mais observadas, neste estudo, foram a mordida aberta e a cruzada posterior, isoladas ou associadas. Esses dados estão de acordo com os obtidos nos estudos de Manzano, Salazar e Manzano¹⁵ e Mugayar¹⁰. No entanto, diferem dos obtidos por Baruffaldi³ (2005), que detectou maior prevalência de mordida cruzada anterior e maloclusão classe II. Autores como Brown, Shtodel, Pharm¹³ e Mugayar¹⁰ admitem alteração oclusal não-específica.

Os autores citados concordam que o hipodesenvolvimento do terço médio da face e do palato ogival e a presença de pseudoprognatismo são comuns em pacientes portadores de síndrome de Down^{3,9}. No entanto, a presença de úvula bífida, fenda labial e palatina são ocasionais¹⁰.

A anamnese e o exame clínico nesses pacientes devem ser detalhados, pois, em cerca de 40% dos casos, observa-se cardiopatia congênita e, em 3 a 7,5%, encontram-se defeitos do tubo digestivo, além de maior susceptibilidade para infecções do trato gastrointestinal, respiratórias e urinárias, em razão da deficiência imune do sistema de linfócitos⁸.

Quanto às anomalias dentárias, as mais comuns são hipodontia, dentes conóides, microdentes, hipocalcificação do esmalte, fusão e geminação^{3,8}.

A incidência de cárie é menor⁸, contudo a ineficiente higiene oral e a alta incidência de

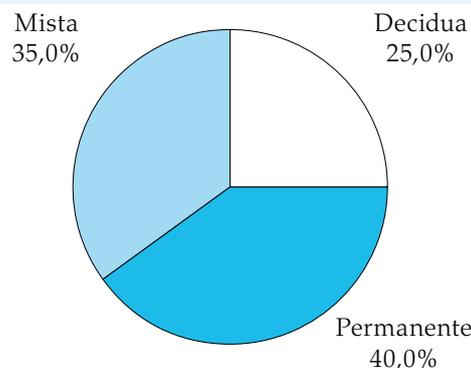


Figura 1: Distribuição percentual de amostra de acordo com o tipo de dentição

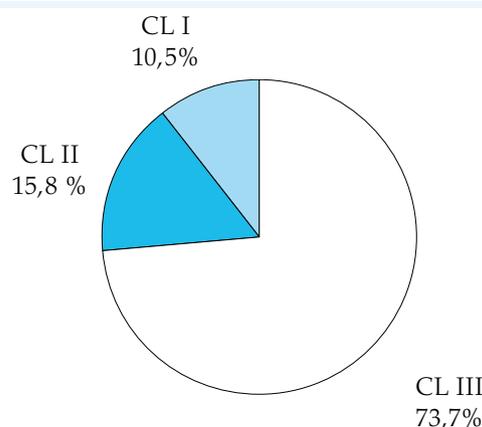


Figura 2: Distribuição percentual de amostra; classificação de Angle

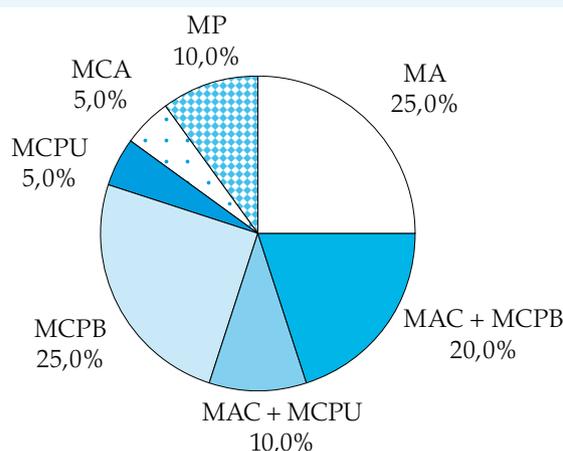


Figura 3: Distribuição percentual de amostra segundo a maloclusão

gingivite e doença periodontal são relevantes nos portadores da síndrome^{13, 14}.

Além disso, o bruxismo também é comumente encontrado, podendo ter como causas fatores de ordem emocional, maloclusão, estresse e problemas neurológicos⁸.

Com isso, nota-se a necessidade de mais estudos que avaliem as características gerais e bucais de pacientes portadores de necessidades especiais, para que se possa desenvolver, na odontologia, a abordagem geral e a inclusão desses pacientes no contexto de manutenção de saúde bucal.

CONCLUSÃO

O paciente portador de síndrome de Down apresenta características bucais específicas, atribuídas a fatores ligados ao seu crescimento, desenvolvimento e hábitos. Os resultados apontados, neste estudo, permitem sugerir a tendência de maior frequência de instalação de maloclusão de mordida aberta anterior e cruzada, além de observar a respiração bucal e interposição lingual como os hábitos nocivos mais prevalentes.

REFERÊNCIAS

1. Moisés ST, Watt R. Promoção de saúde bucal: definições. In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
2. Santos MTBR, Sabbagh-Hadda A. Quem são os pacientes com necessidades especiais? In: Cardoso, JA, Machado MEL. Odontologia, arte e conhecimento. São Paulo: Artes Médicas; 2003, p. 263-268.
3. Baruffaldi PRM. Avaliação das características bucais e viabilidade da técnica de restauração atraumática com papacárie em crianças portadoras de necessidades especiais da Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE) do município de Cotia/SP [monografia de especialização]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Unicastelo, 2005.
4. Eisemberg LS. The care and treatment of handicapped children. ASDC J Dent Child. 1976; 43(4):240-4.
5. Koch G, Thomas M, Poulsen S, Rasmussen P. O Paciente criança no tratamento odontológico. In: Odontopediatria: uma abordagem clínica. 2ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 1995. p. 65-77.
6. Marchioni SAE. A formação de vínculo no atendimento odontológico. In: Seger L, Cols. Psicologia & odontologia: uma abordagem integradora. 4ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2002.
7. Ministério da Saúde. Manual programa nacional de assistência odontológica integrada ao paciente especial: 2. Brasília, DF, 1992.
8. Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 7ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2003. p. 897-931.
9. Mustachi Z, Rosone G. Síndrome de Down: aspectos clínicos e odontológicos. São Paulo: Cid Ed. 1990.
10. Mugayar LLR. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast; 2000. p. 13-46.
11. Mustachi Z, Peres S, organizador. Genética baseada em evidências: síndromes e heranças. São Paulo: CID Ed., 2000.
12. Moraes MEL, Bastos MS, Moraes LC, Rocha JC. Prevalência de cárie pelo índice CPO-D em portadores de Síndrome de Down. 2002;5(2):64-73.
13. Brown JP, Schodel DR, Pharm BA. A review of controlled surveys of dental disease in handicapped persons ASCJ Dent Child. 1976;43(5):313-20
14. Modéer T, Barr M, Dahllof G. Periodontal disease in children with down syndrome. Scand J Dent Res. 1990;98(3):228-34.
15. Pirela de Manzano M, Salazar V, Carmen Rosa Y Manzano F, Moises A. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta Odontol Venez. 1999; 37(3):193-8.