

SÍNDROME DE DOWN: ABORDAGEM ODONTOPEDIÁTRICA NA FASE ORAL

DOWN'S SYNDROME: ODONTOPEDIATRIC APPROACH IN THE ORAL PERIOD

Ana Carolina de Souza Leitão Arruda FALCÃO¹

carolinafalcao@hotmail.com

Juliana Marques dos SANTOS²

juju_4959@hotmail.com

Kamilla Lima Lopes NASCIMENTO³

kamillasampaio2010@hotmail.com

Diego Belmiro do Nascimento SANTOS⁴

diegobelmiro@outlook.com

Paula Vitoria de Andrade COSTA⁵

vitoria.andrade1@outlook.com

RESUMO

O presente artigo tem como finalidade realizar uma revisão de literatura para identificar aspectos fisiológicos associados à Síndrome de Down, as implicações na cavidade bucal e sistêmicas em pacientes na fase oral, bem como as repercussões no tratamento odontológico. As bases de dados utilizadas foram: Lilacs, Bireme e Scielo na busca de artigos relacionados à Síndrome de Down no período de janeiro de 1999 até 2016. Após o estudo concluiu-se que a inclusão do cirurgião-dentista na terapia de uma criança com Síndrome de Down é fundamental e se iniciada na fase oral pode intervir de maneira precoce acompanhando o crescimento e desenvolvimento ósseo e dentário, além de ainda orientar os responsáveis sobre hábitos e doenças bucais.

DESCRITORES: SÍNDROME DE DOWN; ODONTOPEDIATRIA; MANIFESTAÇÕES BUCAIS.

ABSTRACT

The purpose of this article is to conduct a literature review to identify physiological aspects associated with Down syndrome (SD), oral and systemic implications in oral patients; as well as the repercussions on

1 Cirurgiã-Dentista, Doutoranda em Clínica Integrada pela UFPE, Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Maurício de Nassau.

2 Cirurgiã-Dentista

3 Cirurgiã-Dentista

4 Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau

5 Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau

ISSN 1983-5183

dental treatment. The databases used were: Lilacs, Bireme and Scielo in the search of articles related to ED in the period from January 1999 to 2016. After the study it was concluded that inclusion of the Dentist (CD) in the therapy of a child with DS is fundamental and if initiated in the oral phase can intervene in an early manner accompanying bone and dental growth and development, as well as guiding those responsible for oral habits and diseases

DESCRIPTORS: DOWN SYNDROME; PEDIATRIC DENTISTRY; ORAL MANIFESTATIONS

INTRODUÇÃO

Pacientes portadores de necessidades especiais (PNEs) são todos os indivíduos que apresentam alterações de ordem física, mental e social simples ou complexas, interferindo diretamente no comportamento e desenvolvimento deles na sociedade¹. Portadores da Síndrome apresentam alterações genéticas, muitas vezes bastante limitantes, o que os torna dependentes, em muitos casos, de cuidadores e de equipes multiprofissionais².

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Síndrome de Down (SD) ou trissomia do cromossomo 21 é uma condição humana geneticamente determinada. É a alteração cromossômica mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população. A presença do cromossomo extra na constituição genética determina características físicas específicas e atraso no desenvolvimento. Sabe-se que as pessoas portadoras da síndrome, quando atendidas e estimuladas adequadamente, no entanto, têm potencial para uma vida saudável e plena inclusão social. Desde 2012, existe um protocolo do Ministério da Saúde brasileiro, "Diretrizes de Atenção à pessoa com Síndrome de Down", que visa oferecer orientações às equipes multidisciplinares para o cuidado à saúde de pacientes portadores da alteração cromossômica. Devido à alta prevalência de indivíduos portadores, foram desenvolvidos diferentes programas para a melhoria e desenvolvimento da qualidade de vida desses pacientes³.

No Brasil, estima-se que 01 entre 700 crianças nascidas vivas possuem a Síndrome de Down, independente de gênero ou classe social. Manifesta-se em diferentes graus, podendo ser: leve, moderada e, com menos frequência, grave e profunda. Diante desse grande número de pacientes, compreender as características peculiares a esses especiais permite uma abordagem mais precoce e adequada, evitando complicações odontológicas¹.

A fase oral do desenvolvimento infantil, entre zero e um ano e meio de vida, caracteriza-se pela adaptação da criança ao meio ambiente, onde a boca é a estrutura sensorial mais desenvolvida e proporciona maior prazer à criança. É através da boca que ela entra em contato com o mundo, através do choro e de gritos; que se alimenta; além de também respirar. E assim, um importante momento para a abordagem do odontopediatra, diante de transformações de crescimento e desenvolvimento estomatognático associadas à fase⁴.

A Literatura cita possíveis achados bucais, como: macroglossia, língua protrusa, língua fissurada, má oclusão dental, manchas dentárias, lesões cariosas, candidíase oral, variações e atrasos no padrão de erupção, doenças periodontais, taurodontismo e agenesia dentária⁵. Além de alterações sistêmicas, como coordenação motora deficiente, coeficiência de inteligência reduzida, envelhecimento precoce, além de alterações endócrino-metabólicas, envolvendo principalmente a glândula tireoide, cardiopatias congênitas e mudanças no padrão do sono⁶.

ISSN 1983-5183

A busca por auxílio odontológico deve ser o mais cedo possível, tendo em vista a erupção dentária e a predisposição ao desenvolvimento de doenças periodontais e cárie devido às alterações bucais e à deficiência motora e neurológica do paciente com Síndrome de Down^{7,8}.

A resolução 25/2002, publicada no Diário Oficial da União em 28/05/2002 pelo Conselho Federal de Odontologia, regulamentou a especialidade Odontológica para portadores de necessidades especiais, com a intenção de capacitar os CDs ao atendimento de pessoas que necessitam de cuidados especiais durante toda a vida ou por um período⁹.

A partir de então é direito dos pacientes com necessidades especiais terem atendimentos integrais pelos serviços e programas públicos. O Centro de especialidades odontológicas (CEO) é um dos serviços oferecidos pelo sistema único de saúde a esses usuários¹⁰:

Através de uma Revisão de Literatura, este estudo visa identificar os principais achados bucais e os riscos à saúde encontrados em crianças na fase oral de desenvolvimento, portadoras de Síndrome de Down, e as orientações específicas ao tratamento odontológico.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão de literatura com abordagem qualitativa, de natureza básica, que teve como ferramenta de pesquisa as seguintes bases de dados: Lilacs, Bireme e Scielo, na busca de artigos em português publicados entre os anos de 1999 a 2016. Visando identificar particularidades na cavidade bucal relacionadas a essa síndrome e mostrando a importância da abordagem odontopediátrica na fase oral.

REVISÃO DE LITERATURA

Conceituando Síndrome de Down

A Síndrome de Down (SD) foi inicialmente descrita em 1866, por John Langdon Down, porém, somente em 1932 um médico holandês propôs que essa síndrome poderia ser causada por uma aberração cromossômica. Produto de um erro na configuração genética durante a divisão celular, que pode se apresentar de três formas: a Trissomia 21, onde o indivíduo apresenta 47 cromossomos em todas as células com um cromossomo Extra, sendo a mais frequente, 95% dos casos; o Mosaico, que apresenta uma mistura de células tanto normais quanto trissômicas; e a Translocação, caracterizada pela fusão de 2 cromossomos no par 21 e o outro no par 15, resultando apenas 46 cromossomos, além da presença de um cromossomo extra aderido ao par 21^{1,7}.

A SD constitui uma das principais causas de deficiência mental de origem pré-natal e é considerada a anomalia cromossômica congênita mais comum¹¹.

Segundo o censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) há uma incidência de 300 mil brasileiros e anualmente nascem cerca de 8 mil portadores de SD, sendo maior entre os fetos de mães com idade de 35 anos ou acima¹².

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Alguns achados podem ser comuns, na maioria dos pacientes, como: déficit cognitivo, hipotonia muscular, baixa estatura, dismorfia craniofacial, braquicefalia, malformação dos pavimentos auriculares,

ISSN 1983-5183

fendas palpebrais oblíquas, base nasal achatada, cabelos finos, sedosos e ralos na maioria das vezes, cardiopatia congênita e membros curtos com prega palmar transversal. Dentre as doenças crônicas sistêmicas, destacam-se: cardiopatias (a mais frequente o prolapso da válvula mitral, a probabilidade de ocorrer endocardite bacteriana nesses casos é de 3 a 8 vezes maior, sendo assim o dentista deve fazer uma profilaxia antibiótica antes de procedimentos invasivos); hipotireoidismo (disfunção da tireoide que pode afetar diretamente o desenvolvimento dos ossos e dentes, ocasionando atraso na erupção dos dentes tanto decíduos quanto permanentes); alterações nas vias respiratórias (apresentam maior prevalência na garganta, ouvido, nariz e vias aéreas devido à deficiência imune associada à hipotonia muscular e anatomia alterada), o que favorece o acúmulo de bactérias principalmente nos primeiros anos de vida^{2, 8, 13}.

CARACTERÍSTICAS BUCAIS

Entre os achados bucais mais comuns, a literatura cita: lábios fissurados, mandíbula e cavidade oral pequenas, língua fissurada, palato duro menor e de forma ogival, úvula bífida bem como fenda labial e palatina. Também são encontradas alterações oclusais, sendo a mais comum uma má oclusão de Classe III de Angle de origem essencialmente esquelética, caracterizada pelo posicionamento mais anterior da mandíbula em relação à maxila, sendo que a discrepância pode ser causada pela deficiência anterior da maxila, prognatismo mandibular excessivo ou a combinação e, mordida cruzada anterior e posterior. A posição da língua mais anteriorizada produz força anormal nos dentes anteriores. Observa-se ainda bruxismo e macroglossia decorrente de hipotonia lingual, retardo na erupção dos dentes principalmente dos decíduos, taurodontia, agenesias, microdentes, dentes conoides e hipodontia^{7, 10, 14}.

Nos acometidos, o primeiro dente decíduo na cavidade oral ocorre por volta do 12º ao 20º mês de vida e a dentição decídua estará totalmente erupcionada somente aos 4 ou 5 anos de idade. Eventos semelhantes ocorrem com a dentição permanente, sendo que o primeiro dente dessa dentição erupciona aproximadamente aos 8 ou 9 anos de idade^{15, 16}.

Acúmulo de placa bacteriana predispõe gengivite; periodontite; úlceras aftosas; infecções orais por cândida; destruição periodontal severa; halitose e perda precoce dos elementos dentários são sintomas encontrados no portador de SD^{5, 17, 18}.

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

O tratamento odontológico ao especial deve iniciar o mais breve possível, desde os primeiros meses de vida, pois é um momento no qual o CD tem a oportunidade de intervir numa fase de grandes alterações de crescimento e desenvolvimento, quando a criança ainda está desdentada ou mesmo na dentição decídua, sendo preconizada a orientação dos pais referente aos riscos patológicos e a importância de evitá-las de maneira precoce^{9, 19}.

O CD deve estar ciente das possíveis complicações e características intra e extrabucais para atender melhor às necessidades do seu paciente. Alguns cuidados devem ser priorizados, tais como uma anamnese cuidadosa com o objetivo de compreender e interpretar as condições de ordem geral e comportamental da criança, assim como obter um diagnóstico preciso, e então traçar um plano de tratamento adequado. A utilização de reforço positivo, atendimento pontual, consultas curtas, atenção às formas de expressão, gestos e reações, preferir procedimentos mais simples nas primeiras consultas, são orientações essenciais^{9, 20, 21}.

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA FASE ORAL

Durante a infância, a criança SD e os seus responsáveis estão em fase de adaptação à nova realidade, priorizando apenas os cuidados e necessidades sistêmicas, e assim acabam negligenciando a busca pelo auxílio da equipe de saúde bucal e, dessa forma, o atendimento ocorre tardiamente, a família não recebe orientações preventivas e a primeira visita ocorre, em geral, apenas quando já precisam de alguma intervenção curativa^{22, 23}.

A prevenção é a melhor forma de atendimento em crianças SD, pode atingir grandes índices de sucesso. A orientação aos responsáveis sobre as anormalidades da Síndrome, a importância do CD nos cuidados bucais necessários, estimulação do aleitamento materno quando possível, alimentação saudável, imunização e acompanhamento periódico devem ser preconizados; higienização supervisionada é fundamental tendo-se em vista a predisposição de patologias de gengiva e deficiência motora; o papel da família é primordial para o sucesso do tratamento odontológico. O profissional deve estar atento ao comportamento do paciente e de seus responsáveis, quanto à ansiedade e superproteção ou rejeição, e observar se é um paciente colaborador ou se oferece dificuldades ao tratamento^{9, 20, 24}.

No atendimento a criança de zero a um ano e meio de idade o CD deve priorizar a informação dos responsáveis sobre possíveis hábitos deletérios, sobre cronologia de erupção, sobre a importância do teste da linguinha, sobre a dieta e os riscos cariogênicos, além de orientações sobre higiene bucal¹⁶.

ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno traz diversos benefícios ao bebê, favorece o sistema imunológico, emocional e nutricional, propicia o correto estabelecimento da respiração nasal, além de estimular o desenvolvimento saudável do sistema estomatognático e craniofacial. Crianças com SD possuem anormalidades que favorecem o desmame precoce, como a sucção insuficiente devido ao tônus muscular dificultando o ato de sugar, deglutir e controlar os movimentos dos lábios e língua, o freio lingual subdesenvolvido; o estresse emocional causado pelo impacto da notícia é bastante relevante no que diz respeito à amamentação; com o desmame a criança não supre suas necessidades de sucção e acaba adquirindo hábitos de sucção não nutritiva, e possíveis consequências no desenvolvimento craniofacial, na oclusão, na respiração e nos aspectos motores-orais, contudo a conduta do CD diante de tais problemas é focada no apoio e orientação à família, a estimulação do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses^{15, 25, 26}.

O aleitamento artificial é indicado quando a mãe não consegue amamentar seu filho, tendo-se que levar em consideração todos os riscos e cuidados necessários para que o lactante tenha uma saúde bucal e desenvolvimento adequado. Quando o uso da mamadeira for inevitável, é importante usá-la de forma correta para evitar futuros problemas ortodônticos e fonoaudiólogos. É ideal utilizar mamadeiras com o bico ortodôntico, pois oferece melhor adaptação na boca da criança fazendo com que ela mantenha adequada força muscular na hora da sucção e movimentos corretos da língua. É importante salientar o alto risco de se desenvolver a cárie devido ao uso da mamadeira noturna. Durante a noite, a salivagem diminui fazendo com que os resíduos de leite fermentem na boca da criança aumentando o risco cariogênico.

TESTE DA LINGUINHA

A lei 13.002/2014 foi criada com o objetivo de determinar como obrigatório o teste da linguinha, que tem por função o exame do freio lingual, a fim de avaliar a espessura, consistência e extensão, pois

ISSN 1983-5183

alterações nessa estrutura podem limitar a protrusão e interferir na fonação e até mesmo no crescimento e desenvolvimento mandibular^{1,4}.

IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL PARA A SAÚDE SISTÊMICA

Uma atenção especial deve ser dada à medicação prescrita para esses pacientes, pois, em sua maioria, fazem uso de diversas drogas devido ao desenvolvimento de doenças crônicas sistêmicas que a síndrome lhes confere. Entre os medicamentos utilizados estão medicamentos para tratamento de doenças cardíacas (anticoagulantes, ex.: Aspirina; deve-se suspender o medicamento 7 dias antes do procedimento e voltar a utilizar logo após), e medicamentos para anemia, doenças respiratórias, antiepiléticos, calmantes, hipotireoidismo, antioxidantes e complexos vitamínicos, anti-hipertensivos (Beta-bloqueadores não-seletivos ex.: propranolol, este pode interagir com o agente vasoconstritor noradrenalina e promover taquicardia e aumento brusco da pressão arterial sanguínea). Os medicamentos para tratamento de doenças cardíacas são os que apresentam maiores efeitos e restrições para o tratamento odontológico (risco de hemorragia se não suspender o anticoagulante, endocardite bacteriana, aumento da pressão arterial e taquicardia com uso de vasoconstritor noradrenalina)^{4,24}.

Destaca-se, ainda, a necessidade do uso de medicações profiláticas para pacientes com alto risco, nos procedimentos em que há maiores sangramentos e manipulação gengival (exodontias, procedimentos periodontais invasivos, implantes dentários, instrumentação endodôntica ou apicectomia, colocação de bandas ortodônticas). O protocolo mais atual de profilaxia da endocardite bacteriana recomendada pela American Heart Association é a administração em criança de 50mg/kg de amoxicilina, em dose única uma hora antes do procedimento; como antibiótico alternativo podem ser utilizadas claritromicina ou azitromicina via oral, dose única de 15mg/kg, uma hora antes do procedimento. Em crianças incapazes de utilizar medicação via oral é recomendada a ampicilina 50mg/kg por via intramuscular ou endovenosa trinta minutos antes do procedimento, em crianças com histórico de alergia utiliza-se clindamicina 20mg/kg. Os anestésicos com vasoconstritor (lidocaína+felipressina) devem ser empregados em caso de o cirurgião-dentista necessitar de uma anestesia pulpar de maior duração. Sendo a Mepivacaína 3% sem vasoconstritor o anestésico de primeira escolha para os demais procedimentos, no máximo 2 tubetes^{9,12,27}.

HÁBITOS BUCAIS

A literatura cita que os hábitos bucais são frequentes nesses pacientes. O bruxismo, a respiração bucal e a interposição lingual são de maior prevalência no paciente sindrômico. A Pseudo-Macroglossia (cavidade oral menor relacionada com hipotonia muscular) é um fator primordial para o desenvolvimento dos hábitos bucais deletérios; devido a essa anormalidade as crianças se sentem mais confortáveis com a boca aberta e a língua protruída, a qual interfere diretamente no deslocamento dos dentes e consequente má oclusão, dificuldade de selamento labial, podendo haver dificuldade com a sucção de chupetas ortodônticas, interposição lingual, além de contribuir para o hábito da respiração bucal^{2,14,25}.

Pacientes SD apresentam ansiedade crônica, subdesenvolvimento do controle nervoso, proporcionando um aumento da frequência de Bruxismo, que inicialmente leva a um desgaste dos sulcos e fissuras da superfície oclusal dos dentes, tornando-as mais lisas, a longo prazo pode levar à sobrecarga dos tecidos de suporte e consequente fratura dentária, além de contribuir para os problemas periodontais²¹.

RISCO CARIOGÊNICO E DE DOENÇA PERIODONTAL

Pacientes portadores de Síndrome de Down apresentam predisposição a desenvolver infecções como a cárie e a doença periodontal, justificadas pela sua condição motora prejudicada, ineficiência da higienização oral da criança, as alterações sistêmicas, anatomia dentária, deficiência autoimune, causando acúmulo de biofilme^{5,26}.

Alguns autores, no entanto, afirmam que esse menor índice de cárie é devido ao pH salivar mais alto, assim como os níveis de sódio, cálcio e bicarbonato, a capacidade tampão conseqüentemente apresenta-se aumentada; atraso da erupção, bruxismo e presença de diastemas podem ser achados que diminuem o risco ao desenvolvimento de cáries. A doença periodontal é a doença oral mais frequente nas crianças com SD e se inicia nos primeiros anos de vida, as alterações de funções e hábitos explicam o grande índice da doença nesse grupo^{17,18}.

DISCUSSÃO

Berthold *et al.*² (2004), Dutra *et al.*⁶ (2008), Camera *et al.*⁹ (2011), Campos *et al.*¹¹ (2009), Pereira Macho¹³ *et al.* (2008) descrevem as características gerais dos portadores de T21 como: faces achatadas, posição mongoloide das fendas palpebrais, epicanto, nariz em sela pequeno, braquicefalia, região occipital achatada, pescoço curto e achatado, baixa estatura, mãos e pés pequenos e largos, déficit cognitivo, hipotonia, dismorfia craniofacial, malformação dos pavimentos auriculares, instabilidade atlanto-axial, macroglossia relativa. São relatadas ainda alterações sistêmicas como: cardiopatias congênitas, audição reduzida, problemas oftálmicos, sistema imunológico ineficiente, hipotonia muscular esquelética, anomalias gastrointestinais, alteração na coordenação motora, diabetes mellitus, hipotireoidismo, apneia do sono.

Rodríguez Guerrero e Clavería Clark⁷ (2015) Santangelo *et al.*¹⁰ (2008) Carvalho *et al.*⁸ (2010), Farneze *et al.*¹⁴ (2013) relatam que as características bucais incluem: palato estreito alto e ogival, língua fissurada, protrusa e com hipertrofia papilar, tonsilas e adenoide hipertrofiada, respiração bucal frequente que resulta em secura e fissura dos lábios, quelite angular devido à dificuldade do indivíduo em fechar a boca, cárie, doença periodontal, microdontia, hipodontia, fusão e taurodontia, atraso na erupção tanto dos dentes decíduos quanto nos permanentes, agenesia na dentição permanente, má oclusão dental, candidíase pseudomembranosa.

A literatura é escassa e conflitante no que se refere aos achados científicos sobre a incidência da doença cárie em portadores de Síndrome de Down, dificultando o estabelecimento de conclusões concretas.

Para Castilho e Marta⁵ (2010), Gonçalves *et al.*¹⁷ (2010), Fonseca *et al.*¹⁹ (2010), e Souza²⁷ (2011) há uma menor prevalência de cárie nesse grupo de indivíduos, o que provavelmente acontece pelo fato de terem uma grande tendência aos hábitos de bruxismo que deixa a superfície dos elementos acometidos lisas e desgastadas pelo ranger dos dentes, pelo aumento da capacidade tampão da saliva, e outra explicação seria o atraso na erupção dos dentes, presença de diastemas, agenesias e perda precoce de alguns elementos dentários. Contudo há vários fatores encontrados no paciente síndrômico que explicam a alta predisposição à cárie como a dificuldade de manter uma higiene oral adequada, respiração bucal, dieta cariogênica e má oclusão que são fatores principais para o desenvolvimento da doença.

Segundo Gonçalves *et al.*¹⁷ (2010), Medrado *et al.*¹⁸ (2015), Camera²⁰, Nacamura²⁸ a doença periodontal tem início muito cedo, é agressiva e de rápida progressão, é a doença oral mais comum nas crianças

ISSN 1983-5183

com Trissomia 2, pois apresentam uma higiene oral precária devido à deficiência motora e neurológica juntamente com a ineficiência do sistema imunológico, fatores estes que contribuem para acúmulo de placa bacteriana, gengivite e periodontite

Abreu *et al.*³ (2009), Silva e Lobão²⁴ (2013) e Brandão²⁸ (2011) concordam que portadores de Síndrome de Down apresentam com maior frequência hábitos deletérios como consequência da macroglossia relativa. Pacientes com essa anormalidade anatômica tendem a ficar com a boca aberta e a língua protruída por bastante tempo se tornando respiradores bucais e interpositores linguais. O bruxismo por sua vez é justificado por fatores emocionais e neurológicos que ocasionam desgaste uniforme do esmalte dentário, disfunção temporomandibular levando o paciente a sintomatologia dolorosa.

Oliveira e Giro²⁰ (2011), Gonçalves e Koerich²³ (2004), Silva e Lobão²⁴ (2013), Amorim *et al.*²⁵ (1999) são unânimes no que se refere à importância do aleitamento materno, tendo em vista que o ato de sucção favorece o desenvolvimento muscular craniofacial, diminui a susceptibilidade a infecções respiratórias, cria um vínculo afetivo Mãe/Filho contribuindo positivamente para o estado emocional da criança, e o aspecto nutricional também é favorecido. Entretanto, devido às peculiaridades da criança com SD, essa prática nem sempre ocorre naturalmente, e em muitos casos ela não ocorre, devido à dificuldade emocional da Mãe, pelo fato do nascimento de um filho deficiente e, pela característica anatômica do tônus muscular diminuído, sua sucção.

Segundo Noguti *et al.*¹² (2010), Pereira Macho *et al.*¹³ (2008) e Santangelo *et al.*¹⁰ (2008) vários problemas sistêmicos acometem os pacientes SD, que exigem uma atenção minuciosa do CD nos atendimentos odontológicos. Em torno de 50% apresentam cardiopatias congênitas, susceptibilidade aumentada às infecções respiratórias e urinárias devido à deficiência autoimune. É prudente que o CD faça uso do protocolo da Profilaxia Antibiótica nos casos de cardiopatias comprovadas após exames laboratoriais e acompanhamento do cardiologista, com objetivo de prevenir a Endocardite Bacteriana tendo em vista o alto risco de infecção no sítio cirúrgico dos procedimentos cruentos, evoluindo para migração, colonização e multiplicação dos microrganismos na corrente sanguínea.

Guedes-Pinto⁴ (2003), Camera *et al.*⁹ (2011), Oliveira e Giro²⁰ (2011) e Oliveira *et al.*²² (2007) afirmaram a extrema importância no atendimento odontológico precoce em crianças com SD, devido as inúmeras características orofaciais que acometem este grupo de pacientes de interesse odontológico, e sem tratamento preventivo e terapêutico interagem com as anormalidades sistêmicas e acabam por comprometer a saúde geral do paciente. A odontologia dá ênfase a uma prática voltada à prevenção e promoção da saúde, conciliando procedimentos educativos e reabilitadores.

Com isso nota-se a necessidade de uma equipe multidisciplinar no acolhimento à família que espera a chegada de uma criança especial, tendo em vista o aspecto emocional dos responsáveis e posteriormente o acúmulo de necessidades imediatas tanto bucais como sistêmicas que essa criança precisa²⁸.

Assim, pacientes com Síndrome de Down apresentam histórico de doenças sistêmicas e alterações bucais que não podem ser negligenciadas pelo CD e devem ser avaliados detalhadamente quanto à sua história médica passada e atual para avaliação das condutas adequadas no seu tratamento odontológico.

CONCLUSÃO

As crianças síndrômicas estão presentes em um grupo específico que tem maior risco de desenvolver anormalidades dentárias, problemas periodontais e hábitos bucais deletérios, devendo serem estas as principais preocupações do CD no atendimento, para minimizar maiores problemas futuros, melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

Conclui-se, então, que a abordagem odontopediátrica ainda na fase oral é de extrema importância, tendo em vista os aspectos onde só o CD embasado cientificamente aborda de forma integral e humana todas as necessidades pertinentes à saúde bucal dessas crianças, enfatizando medidas de promoção à saúde, assim como atividades preventivas.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Acesso em: 03 maio 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf.
2. BERTHOLD TB, Araujo VP, Robinson WM, Hellwig I. Síndrome de Down: aspectos gerais e odontológicos. *Rev Ci méd biol, Salvador* 2004 jul./dez.;3(2):252-60.
3. ABREU KCS, Franco SOB, Calheiros PR. Abordagem odontológica para pacientes portadores de distúrbios neuropsicomotores. *Revista Científica Eletrônica* [Periódico on-line].2009; 1(1). Acesso em: 03 maio 2019. Disponível em: <http://www.facimed.edu.br/o/revista/pdfs/31b1d0bc6502190f69ab2e62163d9a2b.pdf>.
4. GUEDES-PINTO AC. Odontopediatria. 7. ed. São Paulo: Santos; 2003.
5. CASTILHO ARF, Marta SN. Avaliação da incidência de cárie em pacientes com síndrome de Down após sua inserção em um programa preventivo. *Ciênc saúde coletiva* 2010 15(Suppl 2):3249-53.
6. DUTRA MEP, Santos KCP, Costa C, Armonia PL, Oliveira JX. Diabetes Mellitus em pacientes com Síndrome de Down- características de interesse odontológico. *J Health Sci Inst* 2008 out.-dez.;24(4):458-62.
7. RODRÍGUEZ Guerrero K, Clavería Clark RA, Peña Sisto M. Algunas características clínicoepidemiológicas del síndrome de Down y su repercusión en la cavidad bucal. *MEDISAN* 2015 19(10):1272-82.
8. CARVALHO ACA, Campos PSF, Crusoé-Rebello I. Síndrome de Down: aspectos relacionados ao sistema estomagnático. *Rev Ci méd biol* 2010 8(Supl.1):49-52.
9. CAMERA GT, Paula MA, Roberta BD, Baggio FG, Faglioni B-CDC. O papel do cirurgião-dentista na manutenção da saúde bucal de portadores de síndrome de down. *Odontol Clín-Cient* 2011 set.;10(3):247-50.
10. SANTANGELO CN, Gomes DP, Vilela LO, Deus TS, Vilela VO, Santos EM. Avaliação das características bucais em pacientes portadores de síndrome de Down da APAE de Mogi das Cruzes - SP. *ConScientiae Saúde* 2008 7(1):29-34.

ISSN 1983-5183

11. CAMPOS CC, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira MG, Setúbal PCO. Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. 2. ed. Goiânia: Universidade Federal de Goiânia; 2009.
12. NOGUTI J, Frascino AVM, Lascanei NA, Fraga CTP. Uso de profilaxia Antibiótica para pacientes portadores de Síndrome de Down. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac, Cama-ragibe* 2010 out./dez.;10(4):31-8.
13. PEREIRA Macho V, Seabra M, Pinto A, Soares D, Andrade D. Alterações craniofaciais e particularidades orais na Trissomia 21. *Acta Pediátrica Portuguesa* 2008 39(5):190-4.
14. FARNEZE PA, Lopes LC, Fernandes MLMF. Síndrome de Down: características bucais. *Pós rev centro universitário Newton Paiva* 2013 2(8):90-4.
15. SILVA G, Aguiar S. Erupção dental de crianças portadoras de Síndrome de Down e crianças fenotipicamente normais: estudo comparativo. *Rev Odontol Araçatuba* 2003 Jan./Jul.;24(1):33-9.
16. SOARES KA, Mendes RF, Prado Júnior RR, Rosa LC, Costa KCA. Prevalência de maloclusão em portadores de Síndrome de Down na cidade de Teresina-PI. *RGO (Porto Alegre)* 2009 abr.-jun. ;57(2):187-91.
17. GONÇALVES SS, Canalli CSE, Babinski SG, Babinski JW, Miasato JM. Levantamento das condições de cárie e doença periodontal na associação de portadores da síndrome de Down em Teresópolis-RJ. *Rev odontologia Universidade da Cidade de São Paulo* 2010 jan./abr.;22(1):19-24.
18. MEDRADO AP, Silva DARC, Wanderley FGC. Estudo da prevalência de lesões em mucosa oral de pacientes portadores de necessidades especiais. *Rev Bahiana Odontol* 2015 ago.;6(2):73-80.
19. FONSECA ALA, Azzalis LA, Fonseca FLA, Botazzo C. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Rev bras crescimento desenvolv hum* 2010 ago.;20(2):208-16.
20. OLIVEIRA ALBM, Giro EMA. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. *Odontol Clín-Cient* 2011 19(38):45-51.
21. OLIVEIRA AC, Czeresnia D, Paiva SM, Campos MR, Ferreira EF. Uso de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down. *Rev Saúde Pública* 2008 ago.;42(4):693-9.
22. OLIVEIRA AC, Luz CL, Paiva SM. O papel da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo com síndrome de Down. *Arq odontol* 2007 43(4):162-8.
23. GONÇALVES S, Koerich GSM. A afetividade como aliada no sucesso do tratamento odontológico do portador de deficiência mental. *Extensio Rev Eletronica Extensão* 2004 1(1):1-7.

ISSN 1983-5183

24. SILVA LCP, Lobão DS. Manejo de pacientes com necessidades especiais nos cuidados da saúde 2013. Acesso em: 03 maio 2019. Disponível em: <http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-26-Manejo-de-Pacientes-com-Necessidades-Especiais-nos-cuidados-da-Saude.pdf>.
25. AMORIM STSP, Moreira H, Carraro TE. Amamentação em crianças com síndrome de Down: a percepção das mães sobre a atuação dos profissionais de saúde. *Rev Nutr* 1999 abr.;12(1):91-101.
26. NACAMURA CA, Yamashita JC, Busch RMC, Marta SN. Síndrome de Down: inclusão no atendimento odontológico municipal. *FOL - Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep* 2015 jan.-jun.;25(1):27-35.
27. SOUZA EMMF. Alterações sistêmicas e comportamentais de interesse odontológico em pacientes com síndrome de Down [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011.
28. BRANDÃO CM. Abordagem odontológica para pacientes portadores de Síndrome de Down [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação]. Piracicaba, SP: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2011.

RECEBIDO EM 02/10/2018

ACEITO EM 21/01/2019