

# Los hábitos de higiene oral en pacientes con deficiencias físico-psíquicas en comparación con población normal

Pérez Lajarín, L.; Pérez Flores, D.; García Ballesta, C.; López Nicolás, M.; Cortés Lillo, O.

## Resúmen

En el presente artículo mostramos un estudio experimental en el que comparamos aspectos relacionados con la higiene oral, a través del Índice de O'Leary para control de placa bacteriana, en tres grupos de pacientes discapacitados físico-psíquicos, un total de 233 individuos diagnosticados de Oligofrenia, Parálisis Cerebral y S. de Down. El índice más elevado lo presentó el grupo de P. Cerebral.

Posteriormente relacionamos nuestros resultados con un grupo de población normal extraídos del análisis de la literatura, de condiciones socioambientales similares, para comparar ambos grupos. Se observa cómo esta situación es más precaria en el grupo de pacientes con déficit físico y/o mental.

Palabras Clave: Discapacidad mental; Retraso mental; Higiene oral.

## Summary

We show in this article an experimental study in which we compare different aspects in relation with oral hygiene in three groups of physical-psychically handicapped patients. We did this through O'Leary index to control bacterial plaque, and there were a whole of 233 patients diagnosed of Oligophrenia, Cerebral Palsy and Down's Syndrome. The Cerebral Palsy group presented the highest index.

After that, we related our results with a group of normal population with similar environmental conditions that was extracted from literature, so that we could compare both groups. It was observed that the situation is more precarious in the group of physical mentally handicapped patients.

Key Words: Mental handicap; Mental retardation; Oral hygiene.

## Introducción

El término disminuido psíquico o sus sinonimias, deficiente mental, retrasado mental, etc. no describe a un sujeto con una enfermedad propiamente dicha, más bien a una persona con una serie de síndromes cuya principal característica viene dada por el déficit o deterioro de sus facultades intelectuales. Esta situación se manifiesta desde el nacimiento o surgirá durante el período de desarrollo<sup>(1)</sup>. Según el grado de inteligencia, todos aquellos cuyo valor esté situado por debajo de los límites normales se considerarán deficientes mentales. En este caso el concepto se define en términos de Coeficiente Intelectual (CI)<sup>(2)</sup>.

Los rasgos esenciales de la deficiencia mental son<sup>(3)</sup>: un funcionamiento intelectual por debajo de la media, defecto o alteraciones de la conducta adaptativa del sujeto y tiene su inicio antes de los 18 años de edad.

Se puede entender por Deficiencia Mental una incapacidad o retardo en el desarrollo madurativo de las facultades mentales superiores. Sus consecuencias van a tener manifestaciones y etiologías muy dispares<sup>(4)</sup>. Podemos destacar tres grandes cuadros dentro de la deficiencia psico-física: Oligofrenia, Parálisis Cerebral y Síndrome de Down.

### *Oligofrenia*

La Oligofrenia no puede definirse con reglas precisas, representa una noción aún en nuestros días poco clara, de modo que no hay un nivel real en que se pueda decir que comienza la verdadera deficiencia, e incluso su definición. Podemos hablar en plural de enfermedades de naturaleza dispar, cuya característica común es un retraso de las facultades mentales superiores<sup>(1)</sup>, con un CI inferior a la media, marcada para la población en la que se integran<sup>(2, 3)</sup>.

### *Parálisis Cerebral*

La Parálisis Cerebral pertenece a un grupo de trastornos relacionados, que se superponen clínica y etiológicamente y se ubican bajo el encabezamiento de síndromes de disfunción cerebral, que también incluye tipos de déficit mental y epilepsia. En general es difícil de clasificar, ya que muchos cuadros van a ser mixtos. Es una encefalopatía crónica que cursa con una alteración de la postura y del movimiento como consecuencia de una lesión del cerebro, inmaduro, no progresiva, causando deterioro de la coordinación muscular, en detrimento de la realización de movimientos voluntarios normales<sup>(5, 6)</sup>. Es importante destacar que aunque en la Parálisis Cerebral hay una cierta incidencia de disminución psíquica, no siempre es ésta una característica esencial.

### *Síndrome de Down*

El S. de Down o Trisomía 21 es la más frecuente de las cromosopatías descritas<sup>(7)</sup>, considerándose como media una proporción de 1/600 - 1/700 nacidos vivos<sup>(8)</sup>. Las variantes en el genotipo son tres: Trisomía 21 regular, mosaicismo y traslocación<sup>(9, 10)</sup>. Las manifestaciones clínicas originan un fenotipo peculiar y propio de estos pacientes<sup>(8)</sup>.

## **Revisión Bibliográfica**

La literatura es extensa y amplia en el tema que tratamos. Observaremos cómo la higiene oral está relacionada con determinadas patologías bucales.

### *Caries:*

En 1970, Fishman et al.<sup>(11)</sup> investigaron un grupo de niños con P. Cerebral y lo compararon con sus hermanos normales, con edades de 4 a 18 años. No hallaron diferencias significativas en relación a índices de caries e higiene oral, siendo más precaria en los primeros, en los niños de menor edad, pero a partir de los 11 años los parálíticos cerebrales mostraron mayor cantidad de placa.

Brown y Schodel<sup>(4)</sup> en 1976, al estudiar las enfermedades dentales en pacientes disminuidos observaron que la higiene oral no se correlacionaba con la incidencia de caries, aunque aquella era muy deficiente.

Tesini<sup>(12)</sup> en 1981, llevó a cabo una investigación bibliográfica de caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal en deficientes mentales y establece que su prevalencia depende de múltiples factores y variables, entre los que incluye a la higiene oral.

En 1984 Palin-Palokas et al.<sup>(13)</sup> estudiaron a 71 deficientes mentales y los compararon con un grupo control de 67 niños normales. Observaron que la higiene bucodental a través del cepillado y la fluoración eran menores en los primeros, de manera significativa. Estos autores opinan que, en contra de lo observado en niños normales, la frecuencia de cepillado no está asociada con la salud bucal observada en deficientes mentales.

García Ballesta et al.<sup>(14)</sup> en 1985, exploraron a 70 escolares trisómicos entre 8 y 16 años, para realizar un estudio epidemiológico sobre caries. De sus conclusiones obtenemos que la prevalencia en pacientes trisómicos es alta y lo explican en función de que la higiene oral en estos pacientes apenas existe, a la vez que su dieta es blanda y cariogénica, por su incoordinación muscular y déficit psíquico.

En 1992 Pope J. E. y Curzon M. E.<sup>(15)</sup> realizaron un estudio de caries entre 150 niños con P. Cerebral comparándolos con un grupo control de 192 niños normales y observaron que la higiene oral y la salud gingival estaban más deterioradas en el grupo de parálíticos cerebrales.

En el mismo año, Goto H. et al.<sup>(16)</sup>, realizaron un estudio comparativo entre 241 retrasados mentales institucionalizados y un grupo de población normal utilizado como control. Entre otras cosas, el estudio mostró una pobre habilidad para el cepillado dental en los pacientes deficientes, hecho que se relacionaba con su precaria situación dental.

### *Patología Periodontal:*

Brown y Cunningham<sup>(17)</sup> en 1961 examinaron a 80 pacientes trisómicos institucionalizados, entre 1 y 39 años. Concluyeron con que no existe relación directa en los niños con S. de Down entre la periodontitis y la mala higiene oral. Más del 50% de las periodontitis no tenían cálculo de ningún tipo.

En el mismo año, Cohen et al.<sup>(18)</sup> hicieron una comparación del estado periodontal de pacientes afectados de S. de Down con otros deficientes mentales. Indican que los niños mostraban mala higiene y cálculo, como también materia alba en abundancia, sobre todo los deficientes no mongólicos. A la vez afirman que la presencia de cálculo es un hecho a destacar en el S. de Down.

En 1963 Kisling y Krebs<sup>(19)</sup> observaron una gran incidencia de enfermedad periodontal en el S. de Down. No hallaron relación importante entre las periodontitis y la escasa y pobre higiene oral.

Swallow<sup>(20)</sup> en 1964 opina que la higiene oral es pobre en los pacientes afectados de S. de Down pero no proporcional a

la severidad de la enfermedad periodontal. Observó poco cálculo y de forma casi exclusiva en pacientes trisómicos institucionalizados. Este mismo autor<sup>(21)</sup> en 1968 examinó a 298 niños afectados de P. Cerebral y los comparó con un grupo control. Tampoco halló diferencias significativas en cuanto a higiene oral, sin embargo, ésta era más precaria en la P. Cerebral. Este autor manifiesta que los niños con P. Cerebral reciben menos tratamiento y cuidados dentales que la población normal.

En 1971, Cutress<sup>(22)</sup>, en un estudio de niños afectados de S. de Down institucionalizados y otros que vivían en sus casas, halló mayor prevalencia de cálculo y placa en los primeros. Este autor opina que existe relación entre higiene oral y condición periodontal. Encontró que la placa dental estaba estrechamente asociada con las lesiones periodontales, e incluso las precedían. Sugiere que los agentes causales principales de la patología periodontal, son las bacterias de la placa, concretamente ciertas cepas de Actinomyces y Bacteroides.

Brown y Schodel<sup>(4)</sup> en 1976, en una revisión de enfermedades bucodentales, observaron una peor higiene en niños deficientes que en normales, y lo relacionaron de forma paralela a la incidencia de gingivitis y enfermedad periodontal que encontraron en ellos.

Scully<sup>(23)</sup>, en 1977 observó que en pacientes con S. de Down es más frecuente la parodontosis en la región anteroinferior y relaciona la gravedad de las lesiones periodontales con la higiene oral.

En 1978, Ugazzio y Lanzauecchia<sup>(24)</sup>, demostraron en su trabajo que los niños con S. de Down mostraban mejor higiene oral que otros deficientes mentales, aunque si bien, una buena higiene no les previene de la patología periodontal que sufren. Igualmente opinan Barkin et al.<sup>(25)</sup> en 1980.

Maclaurin et al.<sup>(26)</sup>, en 1985 realizan un estudio comparativo entre deficientes mentales (incluidos algunos con S. de Down) y niños normales como control. Valoraron la higiene oral y la enfermedad periodontal. Encontraron mayor higiene en estos últimos que en los deficientes. Presentaban buena higiene oral el 73% de los normales, el 41% de los trisómicos y el 43% de los otros deficientes. No encontraron diferencias entre estos dos últimos grupos. En el mismo año, Virgild<sup>(27)</sup> evaluó el estándar de higiene oral y salud periodontal en disminuidos psíquicos institucionalizados, con S. de Down y sin el, en relación a nivel socioeconómicos y cuidados dentales. En general, la higiene oral y salud periodontal fueron pobres y la mayoría tenían problemas gingivales. Los trisómicos tuvieron menor cantidad de placa y cálculo que el resto, aunque la gingivitis fue más severa en ellos.

Bratos Morillo<sup>(29)</sup>, en 1986, en su trabajo sobre pobla-

ción minusválida, obtuvo un índice de higiene oral de 76'28% mostrando una correlación entre la mala higiene y su precaria salud periodontal. El índice de higiene más elevado se hallaba en el grupo de Down.

En 1986 García Ballesta et al.<sup>(29)</sup>, realizaron una investigación para determinar el estado gingival y la higiene bucal (índice de Loe y Silness) en 70 niños Down. La higiene se consideró aceptable en dos casos (2'9%), regular en el 22'8% y mala en el 74'2%. Al analizarla en función de la edad, vieron que empeoraba significativamente. Confirmaron una gran relación positiva entre el escaso control de placa y la enfermedad periodontal, lo que lo convierte para ellos en un factor etiopatogénico primario.

En 1989 González E.<sup>(30)</sup> en un estudio sobre una muestra de deficientes mentales, clasificados en grados de deficiencia mental y síndromes (Oligofrenia, P. Cerebral y S. de Down), comparado con un grupo control de individuos normales, observó en cuanto a higiene oral, que siendo ésta similar, los pacientes trisómicos presentaban mayor prevalencia y severidad de enfermedad periodontal, con un índice de placa medio de 31'36%, el menor de los tres síndromes estudiados. Asimismo la higiene estaba más deteriorada en los deficientes graves. Finalmente determina que no existe relación entre el grado de higiene oral y la afectación gingival.

Kao C.T.<sup>(31)</sup> en 1991, en su estudio de pacientes con S. de Down y otros retrasados mentales, en comparación con normales, valoró dos índices: I. de placa e I. gingival. Obtuvo diferencias significativas entre los tres grupos, predominando valores mayores de ambos índices para el primer grupo respecto a los otros dos. El sexo no influyó en sus resultados.

En 1995 López y Roselló<sup>(32)</sup> analizaron dos grupos de discapacitados mentales, 19 con S. de Down y 38 con otras patologías discapacitantes. En lo referente a higiene oral, ésta resultó defectuosa en ambos grupos (sin diferencias significativas), a pesar de tratarse de pacientes en los cuales resultaba factible aplicar planes de cuidado oral, dada su institucionalización y el hecho de depender de terceras personas.

## Objetivos

Los objetivos de nuestro trabajo han sido los siguientes:

1. Realizar un estudio descriptivo y analítico del estado de higiene oral en un grupo de población disminuía físico-psíquica en nuestra comunidad murciana.
2. Comparar nuestros resultados con un grupo de población normal, de condiciones socioambientales similares, obtenido del análisis de la literatura.

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SEGÚN PATOLOGÍAS Y GRUPOS DE EDAD											
	Oligofrenia			Parálisis cerebral			S. Down			GLOBAL	
	X	Es	P	X	Es	P	X	Es	P (1)	X	Es
I.H. Oral	58'53	± 1'48	NS	61'84	± 1'78	NS	60'16	± 1'87	NS	60'17	± 1'00
5 - 15	59'43	± 3'15	NS	62'98	± 2'26	NS	59'26	± 2'27	NS	61'29	± 1'53
16 - 25	58'08	± 1'59	NS	59'35	± 2'83	NS	61'05	± 3'02	NS	59'02	± 1'27

(1) Significación estadística de la comparación de S. Down con Oligofrenia

X = media

Es = error estándar

P = nivel de significación

Tabla I.

## Material y Método

### Material

La población se ha extraído de cuatro Centros Públicos de la Región de Murcia, uno perteneciente a la Comunidad Autónoma y otros tres al M.E.C. El tamaño de la muestra es de 233 deficientes, con edades comprendidas entre 5 y 25 años, clasificados en dos grupos de edad: de 5 a 15 y de 16 a 25, para que ambos grupos fueran homogéneos cuantitativamente.

Toda la muestra se reagrupó en tres grandes síndromes: Oligofrenia (93 casos), Parálisis Cerebral (92) y S. de Down (48), a partir de la información de las historias médicas de los pacientes. Todos estaban en régimen de semiinstitucionalización, salvo unos pocos que se hallaban en régimen de internado, y al ser tan pocos no se valoró en el estudio.

La exploración clínica se llevó a cabo en una habitación específica de los Centros, bien iluminada y el material utilizado fue: Ficha médica de diagnóstico, perteneciente al Centro, silla exploratoria, lámpara de luz halógena (100 W), espejos planos (nº 5), sondas de exploración, abrebocas Molt, tabletas reveladoras de placa Plac-Control (Dentaid), guantes y mascarillas de un solo uso. Los datos eran anotados en una ficha confeccionada para tal fin.

Para la elaboración estadística de los datos se utilizó un PC y el paquete estadístico SPSS+. Se hizo una comparación de medias (T-test) y un análisis de la varianza, poniendo la edad como covariante (ANCOVA).

### Método

La higiene oral ha sido evaluada a través del índice de placa O'Leary, descrito por Katz en 1982<sup>(33)</sup>. Utilizamos éste por ser de fácil uso al establecer una secuencia sistemática en el examen, cada pieza dentaria se divide en cuatro sectores, que corresponden a sus caras mesial, vestibular, distal y lingual o

palatina. Una vez aplicado el revelador de placa durante un minuto y después de enjuagarse el paciente, examinamos las superficies dentarias teñidas de colorante. El puntaje final se halla contando el número total de superficies con placa (rojas), dividiendo este número por la cantidad total de superficies presentes en boca y multiplicando por 100 para hallar el porcentaje.

Hablaremos de buena higiene oral con un índice de placa de hasta el 10%, tal como indica Rioboó R.<sup>(34)</sup>.

## Resultados

### Por patologías:

En la Tabla I expresamos el índice de higiene oral según las patologías, controlando por grupos de edad. Como se puede apreciar, no se observan diferencias significativas entre los tres grupos, ni globalmente ni por edades. El grupo de Oligofrenia fue el que mejor higiene presentaba, mientras que el grupo de P. Cerebral mostró el mayor índice de placa (61'8), o lo que es lo mismo, fueron los que peor higiene tenían. El grupo de Down estuvo intermedio entre los dos anteriores. En general, el índice de placa ha presentado una media global de 60%.

Por edades se observa como en Oligofrenia y P. Cerebral, los de menor edad presentaron algo más alto el índice, sin embargo en el grupo de Down, son los de mayor edad los de peor higiene.

### Por grado de deficiencia mental:

Al analizar el índice de placa según el grado de deficiencia mental, globalmente y por edades (Tabla II), los que tenían deficiencia mental grave muestran la peor situación de higiene (63'6), con diferencias significativas (P = 0'01) al compararlos con los leves y moderados (P = 0'03). Los de mayor edad presentaron una ligera disminución del índice en la deficiencia

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SEGÚN PATOLOGÍAS Y GRUPOS DE EDAD											
	LEVE			MODERADA			GRAVE			GLOBAL	
	X	Es	P	X	Es	P	X	Es	P (1)	X	Es
I.H. Oral	56'19	± 2'21	NS	58'80	± 1'29	(0'0349)	63'69	± 1'89	(0'0120)	60'17	± 1'00
5 - 15	52'64	± 3'66	NS	58'90	± 1'91	(0'0800)	65'17	± 2'59	(0'0563)	61'29	± 1'53
16 - 25	56'98	± 2'58	NS	58'90	± 1'73	NS	63'32	± 2'66	NS	59'02	± 1'27

(1) Significación estadística de la comparación de Deficiencia Mental Grave con Leve

X = media  
Es = error estandar  
P = nivel de significación

Tabla II.

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SEGÚN PATOLOGÍAS Y GRUPOS DE EDAD							
	VARÓN			MUJER			P
	X	Es	N° C.	X	Es	N° C.	
I.H. Oral	59'19	± 1'32	146	61'82	± 1'50	87	NS

X = media  
Es = error estandar  
N° C. = n° de casos  
P = nivel de significación

Tabla III.

ANÁLISIS DE LA COVARIANZA PARA ÍNDICE DE HIGIENE ORAL POR PATOLOGÍAS					
Fuente de Variación	G. L.	Suma Cuadrática	Varianza	F	P
Patologías	2	211'27	105'63	0'45	0'635
Edad	1	439'93	439'93	1'89	0'170
Error	229	53246'12	232'51		
Comparaciones individuales de medias: Significación estadística					
Sin eliminar el efecto de la edad			Eliminando el efecto de la edad		
	Oligofrenia	Parálisis cerebral		Oligofrenia	Parálisis cerebral
Parálisis cerebral	0'141	-	Parálisis cerebral	0'342	-
S. de Down	0'548	0'537	S. de Down	0'642	0'721

G.L. = grado de libertad  
F = estadístico  
P = nivel de significación

Tabla IV.

moderada y grave, mientras que en la leve obtuvimos un aumento del mismo, sin que las diferencias llegaran a ser estadísticamente significativas.

*Por sexo:*

En la comparación de la higiene oral por sexo (Tabla III), apreciamos un ligero incremento del índice en las mujeres sobre los varones, sin diferencias significativas.

*Análisis de la covarianza:*

Tras haber realizado el análisis de la covarianza para eliminar el efecto de la edad, en la comparación del índice de higiene según las patologías (Tabla IV), vemos cómo la significación estadística no varía notoriamente tras controlar por edad, por tanto la edad no está influyendo sobre este índice. Al analizar la Tabla V., en la que expresamos el análisis de la covarianza para el mismo índice, según los grados de deficien-

ANÁLISIS DE LA COVARIANZA PARA ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SEGÚN GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL					
Fuente de Variación	G. L.	Suma Cuadrática	Varianza	F	P
Patologías	2	1332'07	666'03	2926	0'056
Edad	1	298'23	298'23	1310	0'254
Error	229	52125'33	227'62		
Comparaciones individuales de medias: Significación estadística					
Sin eliminar el efecto de la edad			Eliminando el efecto de la edad		
	Oligofrenia	Parálisis cerebral		Leve	Moderada
Moderada	0'547	-	Moderada	0'381	-
Grave	0'049	0'025	Grave	0'016	0'024

G.L. = grado de libertad  
 F = estadístico  
 P = nivel de significación

Tabla V.

cia mental, se observa que sin eliminar el efecto de la edad, aparecen diferencias significativas al comparar la deficiencia leve con la grave ( P = 0'049), como también la deficiencia mental moderada con la grave (P = 0'036), que se mantienen, incluso con mayor significación estadística al eliminar la edad. De lo cual deducimos que la edad tampoco influye en este caso.

*Comparación de la muestra de deficientes con grupo control:*

La Tabla VI presenta los valores medios del índice de higiene oral. La media del índice de placa para el grupo de deficientes mentales fue globalmente de 60'17 y para el grupo control de 39'15, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos. Por grupos de patologías, P. Cerebral supera la media total, con 61'84 y Oligofrenia es inferior (58'53), encontrándose Down con valores similares al total.

Observamos pues que la higiene oral fue deficiente en ambos grupos, siendo aún peor en los que tenían déficit mental.

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL		
Comparación entre Deficientes Mentales y Grupo Control		
	X Deficientes Mentales (Presente estudio)	X Grupo Control (González)
TOTAL	60'17	39'15
Oligofrenia	58'53	39'15
Parálisis Cerebral	61'84	39'15
S. Down	60'16	39'15

X = media

Tabla VI.

**Discusión**

*Por patologías:*

En los tres grupos de patologías examinados existía una higiene oral deficiente, con un índice de placa moderadamente elevado.

Los niños afectados por S. de Down tenían mayor afectación gingival, no existiendo relación entre el grado de higiene oral y aquella. En este aspecto coincidimos con González<sup>(30)</sup>, Kisling y Krebs<sup>(19)</sup>, Johnson y Young<sup>(35)</sup>, Swallow<sup>(20)</sup>, Ugazzio<sup>(24)</sup> y Barkin et al.<sup>(25)</sup>, que son de la opinión que los individuos afectados por S. de Down, aun teniendo mejor higiene oral que otros deficientes mentales, en ellos, una buena higiene no previene la enfermedad. La higiene oral en los pacientes con S. de Down no es proporcional con la severidad de la enfermedad periodontal que padecen.

Brown y Schodel<sup>(4)</sup> observaron una peor higiene en niños deficientes mentales que en niños normales y lo relacionaron de forma paralela a la incidencia de gingivitis y enfermedad periodontal que encontraron en ellos. También coincidimos con los resultados de Maclaurin et al.<sup>(26)</sup> al no encontrar diferencias significativas en la higiene oral entre pacientes con S. de Down y otros deficientes mentales, sin embargo estos autores no encuentran relación entre ésta y la severidad de la enfermedad periodontal en trisómicos. Otros autores, como Cohen et al.<sup>(18)</sup> encuentran que los niños trisómicos tienen una mala higiene oral, con presencia de cálculo y materia alba abundante.

Aunque nuestras cifras indican una deficiente higiene oral, no coinciden con las encontradas por otros autores, como Bratos Morillo<sup>(28)</sup>, que en un estudio sobre minusválidos examinó pacientes con S. de Down, Oligofrenia y P. Cerebral y

Epilepsia y observó el más alto índice de placa en el S. de Down, con 87'5%, más elevado que el nuestro.

García Ballesta et al.<sup>(29)</sup> evaluaron la higiene oral en 70 niños Down encontrando que solamente dos mostraban higiene oral buena, el 74'2% tenían una higiene mala y hallaron un aumento significativo del índice de placa con la edad. En nuestro trabajo, de los tres grupos de patologías, los que peor higiene oral han presentado han sido los afectos por P. Cerebral. Fishman et al.<sup>(11)</sup> observaron igualmente que los niños con P. Cerebral tenían una higiene mucho peor que sus hermanos normales. Bratos Morillo<sup>(28)</sup> encuentra también un elevado índice de placa en parálisis cerebrales, en su estudio de pacientes deficientes.

#### *Por grado de deficiencia mental:*

En relación a este parámetro, fueron los deficientes mentales severos o graves los que mostraron más elevado el índice de placa, además obtuvimos diferencias significativas al comparar este grupo de deficientes con los moderados y también con los leves, tanto globalmente como en los menores de edad. Los que presentaron más reducido el índice de placa fueron los leves, encontrándose los moderados a nivel intermedio con los otros grupos. Por intervalos de edad, podemos observar que, si bien en los leves hay un incremento en los mayores de la muestra, no ocurre igual en los moderados y graves, que ofrecen valores más elevados en las edades inferiores.

Podemos deducir que la precaria higiene oral está relacionada con el retraso mental grave que presenta este grupo de deficientes, que les impide realizar cualquier medida de higiene. Coincidimos con los resultados obtenidos en su trabajo con González E.<sup>(30)</sup>, que al examinar la higiene oral en el colectivo de deficientes mentales estudiados por el autor, observó que los deficientes graves presentaban la peor situación de higiene oral.

#### *Comparación entre deficientes mentales y población normal:*

El índice de higiene oral resultó ser más elevado en el colectivo de deficientes que en el grupo control, con un margen de diferencia importante. El estado de higiene ha sido peor en deficientes que en población escolar normal, coincidiendo con autores como Maclaurin et al.<sup>(26)</sup>, Brown y Schodel<sup>(4)</sup> y Vigild<sup>(27)</sup>. Por grupos de patologías, dentro de la deficiencia mental los

resultados no difieren significativamente entre sí, presentando la peor higiene el grupo de p. cerebral, seguido por el S. de Down y finalmente Oligofrenia.

Autores como Cutress<sup>(22)</sup>, Keyes et al.<sup>(36)</sup> y García Ballesta et al.<sup>(29)</sup> encuentran en sus trabajos unos índices de placa bastante altos en pacientes trisómicos, hallando relación entre la higiene oral y el estado periodontal.

Al comparar la higiene oral entre P. Cerebral y el grupo control, es donde se observan diferencias más notorias. En este aspecto estamos de acuerdo con Fishman et al.<sup>(11)</sup> y González E.<sup>(30)</sup>, pero discrepamos con Swallow<sup>(20)</sup> que observa un índice de placa semejante en P. Cerebral y niños normales.

En general, basándonos en nuestros resultados, la higiene bucodentaria en la deficiencia mental es peor que en la población normal, observando una cierta relación entre el índice de placa y el estado periodontal.

### **Conclusiones**

- 1.- La higiene oral fue deficiente en los tres grupos de patologías, con un índice de placa superior al 60%. Fue mayor para el colectivo de Parálisis Cerebral, siendo inferior en los que padecían Oligofrenia.
- 2.- Los que presentaban deficiencia mental grave tenían una higiene oral más deteriorada que los otros grupos.
- 3.- Las mujeres han mostrado cifras más elevadas que los varones.
- 4.- Los valores recogidos en los deficientes han superado significativamente a los de la muestra control.

Pérez Lajarín, L.: Profesora Asociada. Facultad de Medicina y Odontología. Murcia; Pérez Flores, D.: Profesor Titular. Facultad de Medicina y Odontología. Murcia; García Ballesta, C.: Profesor Titular. Facultad de Medicina y Odontología. Murcia; López Nicolás, M.: Profesor Asociado. Facultad de Medicina y Odontología. Murcia; Cortés Lillo, O.: Profesora Asociada. Facultad de Medicina y Odontología. Murcia.

Correspondencia: Leonor Pérez Lajarín; Facultad de Odontología; Hospital Morales Meseguer, 2ª planta; Avda. Marqués de los Vélez, s/n; 30008 - Murcia.

**Bibliografía**

- 1.- CERVERA, S.; GURPEGUI, M.: En: *Psiquiatría*, de Ruiz C., López Ibor, J.J., Barcia D. Tomo I; 1982; 9: 629 - 50.
- 2.- BROPY, J.: *Diagnóstico clínico y tratamiento de Schroeder S., Krupp M. y Tierney L. Jr. Ed. El Manual Moderno S.A. 27ª edición. México D.F. p. 705. 1991.*
- 3.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3ª edic. Revisada (DSM III-R). 1987.*
- 4.- BROWN, J.P.; SCHODEL, D.R.: *A review of controlled surveys of dental disease in handicapped persons. J. Dent. Child. 1976; 43: 313 - 320.*
- 5.- BOBATH KAREL: *Base neurofisiológica para el tratamiento de la Parálisis Cerebral. 2ª edic. Ed. Panamericana. Buenos Aires 1986.*
- 6.- SÁNCHEZ VILLARES, E.: *Pediatría básica. 1ª Edic. Ed. Idepsa. Madrid 1980; 38 - 42.*
- 7.- SMITH, G.F.; BERG, J.M.: *Síndrome de Down (Mongolismo). Ed. Médica y Técnica. Barcelona 1978; 17 - 47.*
- 8.- CRUZ HERNÁNDEZ, M.: *Tratado de Pediatría. 6ª edic. Ed. Expax. Barcelona 1988, Vol. 1, 1095 págs.*
- 9.- HOOK, E.; CROSS, P.: *Paternal age and Down's Syndrome genotypes diagnosed prenatally: no association in New York State data. Hum. Genet. 1982; 62: 167 - 174.*
- 10.- THOMPSON, J.S.; THOMPSON, N.M.: *Genética Humana. Barcelona 1975. Salvat Edit. S.A. 401 págs.*
- 11.- FISHMAN, S.R.; YOUNG, W.O.; HALEY, J.B.; SWORD, C.H.: *The status of oral Health in Cerebral Palsy children and their Sibling. J. Dent. Child. 1970; 34: 219 - 227.*
- 12.- TESINI, D.A.: *An annotated review of the literature of dental caries and periodontal disease in mentally retarded individuals. Spec. care in Dent. 1981; 1: 75 - 87.*
- 13.- PALIN-PALOKAS, T.; HAUSEN, H.; ALVESALO, L.; HEINONEN, O.P.: *Risk factors of dental caries in 9-10 year old mentally retarded finnish children. Community Dent. Oral. Epidemiol. 1984; 12: 376 - 380.*
- 14.- GARCÍA BALLESTA, C.; MÁSBERMEJO, C.; PÉREZ FLORES, D.: *Una aportación al estudio de la caries en escolares españoles afectados de Trisomía 21. Avances en Odontostom. 1985; 1: 137 - 146.*
- 15.- POPE, J.E.; CURZON, M.E.: *The dental status of cerebral palsied children. Pediatric Dent. 1991; 13 (3): 156 - 162.*
- 16.- GOTO, H.; UEDA, T.; KOSAKA, M.: *A study of dental status and its contributing factors in mentally retarded persons institutionalized in welfare facilities. Nippon Koshu Eisei Zasshi 1991; 38 (7): 498 - 506.*
- 17.- BROWN, R.; CUNNINGHAM, W.M.: *Some manifestation of Mongolism. Oral Surg. 1961; 14: 664 - 676.*
- 18.- COHEN, M.M.; WINER, R.A.; SCHWARTZ, S.; SHKLAR, G.: *Oral aspects of Mongolism. Periodontal disease in Mongolism. Oral Surg. 1961; 14: 92 - 107.*
- 19.- KISLING, E.; KREBS, G.: *Periodontal condition in adult patients with mongolism (Down's Syndrome). Act. Odontol. Scand. 1963; 2: 391 - 405.*
- 20.- SWALLOW, J.N.: *Dental disease in children with Down's Syndrome. J Ment. Defic. Res. 1964; 8: 102 - 118.*
- 21.- SWALLOW, J.N.: *Dental disease in Cerebral Palsy children. Develop. Med. Child. Neurol. 1968; 10: 180 - 189.*
- 22.- CUTRESS, T.W.: *Periodontal disease and Oral Hygiene in Trisomy 21. Archs. Oral. Biol. 1971; 16: 1345 - 1355.*
- 23.- SCULLY CRISPAN: *Síndrome de Down: Aspecto del cuidado dentario. Práctica Dental. 1977; 12: 11 - 19.*
- 24.- UGAZZIO, D.G.; LANZAUECCHIA, A.: *Immunodeficiency in Down's Syndrome. Acta Pediatr. Scand. 1978; 67: 705 - 708.*
- 25.- BARKIN, R.M.; WESTON, W.L.; HUMBERT, J.R.; SUNAKA, K.: *Phagocytic function in Down's Syndrome II: Bactericidal activity and fagocitosis. J. Ment. Defic. Res. 1980; 24: 251 - 256.*
- 26.- MACLAURIN, E.T.; SHAW, L.; FOSTER, T.D.: *Dental caries and periodontal disease in children with Down's Syndrome and other mentally handicapping conditions. J. Pediatr. Dent. 1985; 1: 15 - 19.*
- 27.- VIGILD, M.: *Periodontal conditions in mentally retarded children. Community Dent. Oral. Epidemiol. 1985; 13: 180 - 182.*
- 28.- BRATOS MORILLO, M.: *Estomatología preventiva para minusválidos físicos y psíquicos: 4 años de un programa preventivo (1982 - 1985). Tesis Doctoral. Madrid 1986.*
- 29.- GARCÍA, B.C.; TOMÁS, E.C.; PÉREZ, F.D. MÁS, B.C.; PÉREZ, L.L.: *Programas preventivos de la enfermedad periodontal en la Trisomía 21. Estudio de sus manifestaciones en escolares españoles. Rev. Act. Estom. Esp. 1986; 31 - 39.*
- 30.- GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, E.: *Estudio de estado bucodental de una población andaluza de deficientes mentales. Tesis Doctoral. Univ. Granada. 1989. 319 págs.*
- 31.- KAO, C.T.; CHOU, M.Y.: *Survey on oral hygiene status in children with Down's Syndrome and mental retardation. Chung-hua Y a I Hsueh Hui Tsa Chih. 1991; 10 (1): 13 - 19.*
- 32.- L'OPEZ LÓPEZ, J.; ROSELLÓ LLABRES, X.: *Síndrome de Down y enfermedad periodontal. Estudio clínico. Rev. Europ. ed Odonto-Estomat. 1995. Vol. VII nº 2; 85 - 90.*
- 33.- KATZ, S.: *Odontología en acción. 3ª edic. Ed. Médica. Panamericana. Buenos Aires. 1982.*
- 34.- RIOBOÓ GARCÍA, R.: *Cuaderno de prácticas de Estomatología Preventiva Sanitaria y Social. Escuela de Estomatología U.C.M. 1986.*
- 35.- JOHNSON, N.P.; YOUNG, N.A.: *Periodontal disease in mongols. J. Periodont. 1963; 74: 41 - 47.*
- 36.- KEYES, P.H.; BELLACK, S.; JORDAN, J.V.: *Studies on the pathogenesis of destructive lesions of the gums and teeth in mentally retarded children. I. Dentobacterial plaque infection in children with Down's Syndrome. Clin. Pediatr. 1971; 10: 711 - 718.*