

# Influencia del factor retraso mental en las anomalías bucodentarias

González Rodríguez, E.; Ostos Garrido, M.J.; Menéndez Núñez, M.

### Summary

It's made in study about prevalence of dental caries, gingivitis, dental malocclusions and others dental anomalies in a group of mentally handicapped children. The purpose of this study has been to investigate the relation between the factor "mental reterdation" and the prevalence of dento-facial abnormalities.

Key words: Mentally retarded children, dental abnormalities.

### Resumen

Hemos hecho un estudio de prevalencia de caries, gingivitis, maloclusiones y otras anomalías orales en una población infantil disminuida psíquicamente. El objetivo del trabajo ha sido ver la influencia del factor "retraso mental" en la presencia de anomalía dento-faciales.

Palabras clave: Niños disminuidos psíquicos, anomalías dento-faciales.

### Introducción

La prevalencia de anomalías en personas disminuidas psíquicamente va a depender de múltiples factores intrínsecos y extrínsecos, así como de factores ambientales. Variables como edad, grado de retraso mental, institucionalización, higiene oral, enfermedades, etc. influyen de forma diferente en la prevalencia de las enfermedades orales. La baja prevalencia a menudo encontrada en algunos grupos de deficientes mentales se debe en sí al grupo estudiado (1). Así, por ejemplo se ha encontrado que los niños deficientes mentales con Síndrome de Down tienen una menor prevalencia de caries y una mayor prevalencia de enfermedad periodontal que otros niños deficientes no trisómicos (2, 3, 4, 5). También se han hecho numerosos estudios que demuestran que los deficientes mentales institucionalizados presentan mayor frecuencia y severidad de enfermedad periodontal (6, 7), relacionándolo con la menor higiene oral y la dieta existente en las instituciones (8).

Los factores de riesgo en los niños con deficiencia mental son los mismos que para niños normales, pero hay que sumarles la disminución de secreción salivar por la toma de tranquilizantes, la hipertrofia gingival por las hidantoínas, etc. (9).

El objetivo de este trabajo consiste en examinar y comparar las anomalías orales en niños con diferente grado de

deficiencia mental con el fin de aportar datos sobre la influencia del factor "retraso mental" en la presencia de enfermedades orales. Con esto también se ayuda a establecer un orden de prioridades a la hora de la instauración de programas preventivos.

### Material y método

Este trabajo se ha realizado en un colegio estatal para disminuidos psíquicos de la ciudad de Granada.

El tamaño de la muestra es de 180 niños deficientes mentales de edades comprendidas entre 6 y 21 años, en su mayoría pertenecientes a una clase social baja y media.

La exploración clínica de la muestra se realizó en la enfermería del centro y el instrumental que utilizamos consistió en:

- Ficha médica de diagnóstico, perteneciente al centro.
- Ficha de historia clínica estomatológica.
- Sillón y camilla exploratoria.
- Lámpara portátil de luz halógena de 100 w.
- Espejos dentales de acero inoxidable.
- Sondas Hu-Friedy de exploración rectas y curvas.
- Esterilizador de bolas de vidrio marca Zenith.
- Abrebocas.

- Tabletas de revelador de placa, Plack Control, de los laboratorios Dentaïd.

Para la exploración y registro de los datos, así como para el estudio de los resultados, utilizamos las siguientes fichas que se describen:

FICHA I:

- *Nombre y apellidos del niño.*
- *Lugar de nacimiento.*
- *Nombre y edad del padre.*
- *Nombre y edad de la madre.*

FICHA II:

- *Edad del niño.*
- *Sexo.*
- *Cociente de inteligencia:*

Hemos dividido el grado de deficiencia mental en leve, moderado y grave, tal como se refleja en las historias clínicas de cada niño, obtenidas de las fichas personales archivadas en el centro. Se basan en el cociente intelectual que es el resultado de dividir la edad cronológica por la edad mental obtenida mediante test de inteligencia.

• *Tipo de síndrome:*

Anotamos si presenta Síndrome de Down, Oligofrenia, Parálisis Cerebral u otros.

• *Caries:*

Utilizamos un diagrama dentario para anotar las caries detectadas, las obturaciones y los dientes ausentes.

Utilizamos los Índices de caries, CO para la dentición temporal y CAOD, CAOS y CAOM para la dentición permanente.

A continuación hallamos la media de dientes permanentes careados, ausentes y obturados, por separado, tanto en dentición temporal como permanente.

También hallamos el porcentaje de primeros molares permanentes que presentan este tipo de patología.

Y por último hallamos los porcentajes de escolares que presentan caries, el número de escolares que están libres de caries y el número de escolares que presentan extracciones y obturaciones.

• *Estado periodontal:*

El estado periodontal lo valoramos explorando con sonda periodontal Michigan "0" por cuadrante y basándonos en el esquema del Índice Gingival de Loe y Silness (CI) (10, 11). Cada una de las cuatro unidades gingivales se anotan según el siguiente criterio:

- Encía sana: cuando a la observación clínica la encía tiene color rosado, márgenes regulares, punteado de corte-

za de naranja y a la exploración con sonda, el surco gingival es de uno a tres milímetros de profundidad. La encía sana la cuantificamos con cero puntos.

- Ligero edema, cambio de color e inflamación. No hemorragias a la exploración. Cuando la encía presenta estas características la cuantificamos con 1 punto.

- Edema, enrojecimiento, inflamación moderada. Hemorragia a la exploración con sonda. Este caso lo cuantificamos con 2 puntos.

- Cuando la encía presenta un edema marcado, enrojecimiento, inflamación severa, ulceración y tendencia a la hemorragia espontánea la cuantificamos en 3 puntos.

A cada una de las superficies vestibular, mesial y lingual y distal del diente le damos puntuación de 0 a 3 puntos. Sumamos los puntos de cada diente, los dividimos por cuatro y así obtenemos el Índice gingival por diente. Sumando los Índices de cada diente y dividiendo por el número de dientes examinados, obtenemos el puntaje por escolar del Índice gingival.

Para expresar la severidad de la gingivitis, hacemos la siguiente relación:

| Puntaje gingival | Lesión              |
|------------------|---------------------|
| 0,1 - 1,0 .....  | Gingivitis leve     |
| 1,1 - 2,0 .....  | Gingivitis moderada |
| 2,1 - 3,0 .....  | Gingivitis grave    |

• *Higiene oral:*

La higiene bucodentaria se evalúa mediante el Índice de Placa de O'Leary, descrito por Katz en 1982 (12). Cada diente se divide en cuatro sectores que corresponden a sus caras mesial, vestibular, distal y lingual. Una vez aplicado el revelador de placa durante un minuto y después de enjuagarse el paciente, examinamos y anotamos las superficies dentarias teñidas de colorante, para posteriormente hallar el puntaje final que se determina contando el número total de caras con placa, dividiendo este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y multiplicando por cien. Consideramos que hasta un 10% de Índice de placa sería aceptable para poder hablar de buena higiene bucal, como indica Rioboo, G. (13).

• *Patología dento-oclusal:*

Señalamos en la ficha con una cruz la existencia de las siguientes alteraciones:

- Movilidad dentaria anómala.
- Diastemas.
- Apiñamiento.
- Sobremordida excesiva.

- Resalte aumentado.
- Mordida abierta anterior.
- Mordida cruzada.
- Clase molar de Angle.
- Desviación de la línea media.
- Paladar ojival.

• *Otras patologías:*

- Hipoplasias de esmalte.
- Anomalías de número dentario: Agenesias y supernumerarios.
- Anomalías de tamaño: Macrodoncia y microdoncia.
- Anomalías de forma dentaria.
- Macroglosia.

• *Hábitos orales:*

En los casos en que la observación clínica no sea suficiente, preguntaremos al profesor encargado de cada niño:

- Succión digital.
- Succión de carrillos.
- Interposición lingual.
- Interposición labial.
- Otros.

Para el estudio estadístico de los datos de tipo cuantitativo hemos utilizado la prueba de significación "t" de Student para comparar promedios de las variables consideramos dos a dos, y para aquellos datos de tipo cualitativo hemos utilizado el tipo de distribución binomial.

**Resultados**

Del total de la muestra de 180 escolares, 35 casos (20,5%) presentaban una Deficiencia mental leve, 78 (38,3%) una Deficiencia mental moderada y 67 (41,1%) una Deficiencia mental grave. La media de edad para cada grupo es de 16, 15 y 12 años respectivamente y en los tres grupos existía un mayor porcentaje de varones que de hembras.

**CARIES**

En la Tabla nº 1 expresamos los Indices de caries en cada grado de Deficiencia mental.

Los Indices más elevados tanto para la dentición temporal como para la permanente, los encontramos en el grupo de Deficiencia mental grave, aunque no hemos podido demostrar diferencias estadísticamente significativas, en ninguno de los Indices entre los tres grados de deficiencia mental.

**TABLA Nº 1  
COMPARACION DE INDICES DE CARIES  
SEGUN GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL**

|      | LEVE | MODERADA | GRAVE |
|------|------|----------|-------|
| CO   | 1,16 | 0,50     | 2,78  |
| CAOD | 3,71 | 4,00     | 5,30  |
| CAOS | 7,71 | 7,83     | 10,64 |
| CAOM | 2,03 | 1,91     | 2,61  |

En la tabla nº 2, expresamos la comparación entre el número de dientes permanentes careados, ausentes y obturados en los tres grupos de Deficiencia mental.

**TABLA Nº 2  
COMPARACION DE NUMERO DE DIENTES  
PERMANENTES CAREADOS, AUSENTES  
Y OBTURADOS ENTRE GRADO DE  
DEFICIENCIA MENTAL**

|     | D.M. LEVE |           | D.M. MODERADA |           | D.M. GRAVE |           |
|-----|-----------|-----------|---------------|-----------|------------|-----------|
|     | N.        | $\bar{X}$ | N.            | $\bar{X}$ | N.         | $\bar{X}$ |
| DPC | 109       | 3,10      | 245           | 3,10      | 308        | 4,50      |
| DPA | 17        | 0,50      | 55            | 0,70      | 38         | 0,50      |
| DPO | 4         | 0,10      | 13            | 0,10      | 3          | 0,04      |

El número total de dientes temporales careados fue de 15 en el grupo de Deficiencia mental leve, 40 en el grupo de moderada y 92 en el grupo de grave. La media por escolar fue de 1,6, 1,4 y 2,7 respectivamente, no existiendo diferencias de significación estadística entre ellas. Tabla nº 3.

**TABLA Nº 3**  
**COMPARACION DE DIENTES TEMPORALES CAREADOS Y OBTURADOS ENTRE GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL**

|     | D.M. LEVE |           | D.M. MODERADA |           | D.M. GRAVE |           |
|-----|-----------|-----------|---------------|-----------|------------|-----------|
|     | N.        | $\bar{X}$ | N.            | $\bar{X}$ | N.         | $\bar{X}$ |
| DTC | 15        | 1,60      | 40            | 1,40      | 92         | 2,70      |
| DTO | 0         | 0,00      | 0             | 0,00      | 0          | 0,00      |

En la tabla nº 4, expresamos el número total de primeros molares careados, ausentes y obturados, en cada tipo de Deficiencia mental.

**TABLA Nº 4**  
**COMPARACION DE NUMERO DE PRIMEROS MOLARES CAREADOS, AUSENTES Y OBTURADOS ENTRE GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL**

|     | D.M. LEVE |      | D.M. MODERADA |      | D.M. GRAVE |      |
|-----|-----------|------|---------------|------|------------|------|
|     | N.        | %    | N.            | %    | N.         | %    |
| DPC | 56        | 40,0 | 113           | 36,2 | 148        | 55,2 |
| DPA | 10        | 7,1  | 29            | 9,30 | 28         | 10,4 |
| DPO | 2         | 1,4  | 6             | 1,90 | 2          | 0,7  |

En el grupo de Deficiencia mental leve, de 109 dientes permanentes careados que existían, 56 es decir un 51% correspondían a primeros molares; de 17 dientes obturados, 10 (58,8%) correspondían también a dichas piezas y de 4 dientes extraídos, 2 eran primeros molares, es decir la mitad.

En el grupo de Deficiencia mental moderada del total de dientes careados el 46,1%, eran primeros molares permanentes, del total de dientes ausentes el 52,7% eran de primeros molares y del total de dientes extraídos lo eran el 46,1%.

En el grado de Deficiencia mental grave, del total de dientes permanentes careados, el 48%, correspondían a primeros molares permanentes, de dientes ausentes el 73,6% y de dientes obturados el 60,6%.

Observamos por tanto, que en todos los casos, el mayor número de caries, extracciones y obturaciones se dio en los molares de los seis años.

El mayor número de escolares libres de caries, lo hallamos en el grupo de Deficientes mentales graves (26,8%), siendo el porcentaje más del doble que en los otros dos grupos. Tabla nº 5.

**TABLA Nº 5**  
**COMPARACION DE ESCOLARES CON CARIES Y SIN CARIES ENTRE GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL. PORCENTAJES**

|            | D.M. LEVE |       | D.M. MODERADA |      | D.M. GRAVE |      |
|------------|-----------|-------|---------------|------|------------|------|
|            | N.        | %     | N.            | %    | N.         | %    |
| CON CARIES | 33        | 94,24 | 71            | 91,0 | 49         | 73,0 |
| SIN CARIES | 45        | 45    | 7             | 8,90 | 18         | 26,8 |

Existían diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a número de escolares sin caries entre el grupo de los Deficientes mentales graves y los leves y entre los Deficientes mentales graves y moderados. No existían diferencias significativas entre los grupos de leves y moderados.

En la tabla nº 6 comparamos el número de escolares con extracciones y con obturaciones, según el grado de Deficiencia mental. El mayor porcentaje de escolares con extracciones, lo encontramos en el grupo de Deficiencia mental grave y el mayor porcentaje de escolares con obturación, en el grupo de Deficiencia mental moderada, aunque no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo.

#### ESTADO PERIODONTAL

En la tabla nº 7 observamos la distribución de los grados del Índice gingival, según el grado de Deficiencia mental de la totalidad de la muestra.

**TABLA Nº 6**  
**COMPARACION DE ESCOLARES CON**  
**EXTRACCIONES Y CON OBTURACIONES**  
**ENTRE GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL.**  
**PORCENTAJES.**

|              | D.M. LEVE |      | D.M. MODERADA |      | D.M. GRAVE |      |
|--------------|-----------|------|---------------|------|------------|------|
|              | N.        | %    | N.            | %    | N.         | %    |
| EXTRACCIONES | 10        | 28,5 | 20            | 25,6 | 21         | 31,3 |
| OBTURACIONES | 2         | 5,7  | 5             | 6,4  | 2          | 2,9  |

Del total de niños con encía sana, el mayor porcentaje lo encontramos en el grupo de los Deficientes mentales de tipo leve (22,8%) y el menor (10,4%) en el grupo de niños con Deficiencia mental grave, no existiendo diferencias de significación estadística entre los tres grupos de Deficiencias mentales.

El mayor porcentaje de Gingivitis grave lo observamos el grupo de Deficientes mentales graves (34,3%) con gran diferencia con respecto al grupo de Deficientes mentales leves (5,71%). No hubo diferencias con respecto al grupo de los moderados. También existían diferencias estadísticamente significativas, en el porcentaje de niños con Gingivitis grave, entre el grupo de leves y moderados.

**TABLA Nº 7**  
**COMPARACION DE INDICE GINGIVAL ENTRE**  
**GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL**

|      | D.M. LEVE |      | D.M. MODERADA |      | D.M. GRAVE |      |
|------|-----------|------|---------------|------|------------|------|
|      | N.        | %    | N.            | %    | N.         | %    |
| CERO | 8         | 22,8 | 13            | 16,6 | 7          | 10,4 |
| 1    | 14        | 40,0 | 23            | 29,4 | 16         | 23,8 |
| 2    | 11        | 31,4 | 23            | 29,4 | 21         | 31,3 |
| 3    | 2         | 5,7  | 19            | 24,3 | 23         | 34,3 |

No encontramos diferencias estadísticamente significativas, en el tipo de Gingivitis leve y moderada entre los tres grupos.

**HIGIENE ORAL**

El Índice de placa para los niños con Deficiencia mental leve, fue de 41,2; los Deficientes mentales de grado moderado tuvieron un 43,4 y los graves un 55,5. No existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto al Índice de placa entre los tres grupos.

En la tabla nº 8 indicamos la media de Índices de placa, distribuida por grupos de edad. El Índice más alto lo hallamos en el grupo de Deficientes mentales graves de 19 a 21 años.

**TABLA Nº 8**  
**COMPARACION DE INDICES DE PLACA**  
**ENTRE GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL**

|       | D.M. LEVE | D.M. MODERADA | D.M. GRAVE |
|-------|-----------|---------------|------------|
| 6-9   | 23,80     | 35,00         | 50,10      |
| 10-12 | 4,050     | 34,70         | 54,50      |
| 13-15 | 39,50     | 39,10         | 55,80      |
| 16-18 | 41,60     | 51,40         | 59,30      |
| 19-21 | 55,80     | 56,50         | 60,50      |
| TOTAL | 41,23     | 43,43         | 55,58      |

**PATOLOGIA DENTO-OCCLUSAL**

En la tabla nº 9 indicamos los casos y porcentajes de los diferentes tipos de Patología Dento-oclusal, según los diferentes tipos de Deficiencia mental.

La mayor frecuencia de Diastema central superior, la obtuvimos en la Deficiencia mental grave, existiendo diferencias estadísticamente significativas con el grupo de Deficiencia mental moderada.

No pudimos demostrar diferencias significativas, en cuanto a la frecuencia de Apiñamiento, Sobremordida excesiva y Resalte aumentado, entre los tres grupos.

La Mordida abierta alcanzó su mayor porcentaje en el grupo de Deficientes mentales graves, diferenciándose

**TABLA N° 9**  
**COMPARACION DE LA PATOLOGIA DENTO-OCCLUSAL SEGUN GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL**

| PATOLOGIA                  | LEVE  | MODERADA | GRAVE |
|----------------------------|-------|----------|-------|
| Movilidad Dentaria Anómala | 0,00  | 2,56     | 1,49  |
| Diastema Central Superior  | 14,28 | 16,66    | 26,86 |
| Apiñamiento                | 25,71 | 33,33    | 19,40 |
| Sobremordida               | 5,71  | 5,12     | 10,44 |
| Resalte                    | 28,57 | 21,79    | 35,82 |
| Mordida Abierta            | 2,85  | 11,53    | 32,83 |
| Mordida Cruzada Anterior   | 5,71  | 14,10    | 5,97  |
| Mordida Cruzada Lateral    | 31,42 | 29,48    | 26,86 |
| Clase Molar de Angle I     | 68,57 | 55,12    | 43,28 |
| Clase Molar de Angle II    | 2,85  | 11,53    | 23,88 |
| Clase Molar de Angle III   | 28,57 | 33,33    | 32,83 |
| Desviación Línea Media     | 28,85 | 32,05    | 25,37 |
| Paladar Ojival             | 14,28 | 25,64    | 46,26 |

estadísticamente del grupo de los moderados, y de los leves.

No hubo diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a frecuencia de Mordida cruzada anterior y Mordida cruzada lateral.

En cuanto a la Relación molar de Clase I, la mayor frecuencia se dio en el grupo de Deficiencia mental leve, con diferencias estadísticamente significativas con el grupo de los graves. No observamos diferencias entre leves y moderados ni entre moderados y graves.

La Relación molar de Clase II se dio con mayor frecuencia en el grupo de Deficientes mentales graves, existiendo diferencias estadísticamente significativas, solamente entre este grupo y el de Deficientes mentales leves.

Con respecto a la Relación molar de Clase III no demostramos diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

Tampoco hubo diferencias en cuanto a frecuencia de Desviación de la línea media.

La frecuencia de presencia de Paladar ojival fue más alta en el grupo de Deficientes mentales graves, encontrando diferencias estadísticamente significativas con los grupos moderados y leves.

#### OTRAS PATOLOGIAS

En la tabla n° 10 mostramos los casos de Otras Patologías.

Con respecto a las hipoplasias de esmalte, del total de 9 casos, 4 se presentaban en el tipo de Deficiencia mental moderada, 2 de forma generalizada 2 de forma aislada y 5 casos en el tipo de Deficiencia mental grave, 1 de forma generalizada y 4 de forma aislada. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

Obtuvimos 2 casos de Dientes Supernumerarios en el tipo de Deficiencia mental leve y ningún caso en los tipos moderada y grave.

El mayor número de Agencias dentarias, 8 casos lo encontramos en el grupo de Deficiencia mental grave, mientras que encontramos sólo dos casos, en cada uno de los otros grupos, moderada y leve.

No hallamos diferencias estadísticamente significativas, en las Anomalías del número dentario entre los tres grupos.

En cuanto a las Anomalías del tamaño dentario, encontramos dos casos de Microdoncia en el grupo de Deficiencia mental leve, dos casos en el grupo de Deficiencia mental moderada y un caso en el grupo de Deficiencia mental

**TABLA N° 10  
OTRAS PATOLOGIAS**

|                        | N | %    | N  | %    | N  | %    |
|------------------------|---|------|----|------|----|------|
| Hipoplasias de Esmalte | 0 | 0,0  | 4  | 5,1  | 5  | 7,4  |
| D. Supernumerario      | 2 | 5,7  | 0  | 0,0  | 0  | 0,0  |
| Agenesias              | 1 | 2,8  | 5  | 6,4  | 6  | 8,9  |
| Microdoncia            | 1 | 2,8  | 2  | 2,5  | 2  | 2,9  |
| Macrodoncia            | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 0  | 0,0  |
| Anomalías forma        | 1 | 2,8  | 1  | 1,3  | 3  | 4,5  |
| Macroglosia            | 4 | 11,4 | 21 | 26,9 | 14 | 20,8 |

grave. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

No encontramos ningún caso de Macrodoncia.

Las Anomalías de forma dentaria se presentaron en cinco casos, tres de ellos correspondían al grupo de Deficientes mentales graves, uno al grupo de moderados y uno al grupo de Deficientes mentales leves. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

Con respecto a la presencia de Macroglosia apareció muy frecuente en el grupo de deficiencia mental moderada.

#### HABITOS ORALES

En la tabla n° 11 expresamos la frecuencia de los hábitos orales, según los diferentes tipos de Deficiencia mental. Observamos que el grupo de Deficientes mentales graves es el que mayor número y frecuencia de hábitos orales presenta. Dentro de ellos el más frecuente es el de Interposición lingual. Los niños con Deficiencia mental leve son los que presentan menor número de hábitos, solamente 4 casos del total, 2 de Interposición lingual y 2 de Interposición labial.

Solamente encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto al hábito de Interposición lin-

**TABLA N° 11  
COMPARACION DE HABITOS ORALES ENTRE GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL**

| HABITO                | LEVE | MODERADA | GRAVE |
|-----------------------|------|----------|-------|
| Succión Digital       | 0,0  | 2,5      | 4,4   |
| Succión de Carrillos  | 0,0  | 0,0      | 1,4   |
| Interposición Lingual | 8,5  | 20,5     | 20,8  |
| Interposición Labial  | 2,8  | 1,2      | 8,9   |
| Otros                 | 0,0  | 0,0      | 7,4   |

igual entre el grupo de Deficientes mentales graves, en el que el porcentaje de escolares con el hábito era de 21% y el grupo de leves, en el que el porcentaje era del 3%.

## Discusión

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en los Índices de caries entre los diferentes grados de deficiencia mental.

El mayor número de dientes permanentes careados lo hallamos en el grupo de Deficientes mentales graves, con una media de 4,5 por escolar y asimismo en este grupo es donde menor número de dientes obturados existía. Discrepamos en nuestros resultados con JONES y BLINKHORN (14) que en sus investigaciones sobre Deficientes mentales encuentran que el menor número de dientes careados y mayor de dientes obturados están en el grupo de Deficientes mentales graves.

También el mayor número de escolares con extracciones y el menor número de escolares con obturaciones, se encuentra en el grupo de Deficiencia mental grave, de donde deducimos que es el que menor atención dental recibe y cuando la recibe se limita a tratamiento de extracciones dentarias.

SWALLOW (15) de sus investigaciones deduce que los niños con Parálisis Cerebral, que por lo general presentan deficiencia mental grave son los que menos cuidados dentales reciben.

JONES y BLINKHORN (14) de su estudio obtienen que existe una considerable necesidad de cuidados dentales sobre todo en niños con Deficiencia mental leve. Consideran que los Deficientes mentales leves y los Deficientes mentales moderados responden bien a los tratamientos dentales, no así los Deficientes mentales graves a los que es más difícil y requiere más tiempo acostumbrarlos a los tratamientos.

Según BABER (16), la habilidad para aprender es un factor de gran influencia para el éxito del tratamiento Odontológico. En los niños severamente deficientes, el éxito en el cuidado dental dependerá de los adultos responsables.

Cuando analizamos el Estado Periodontal, observamos que donde menos niños había con encía sana (10,4%) era en el grupo de Deficientes Mentales graves y donde más severa en los Deficientes Mentales graves y así era este grupo el que mayor porcentaje de niños con Gingivitis grave presenta (34,3%). Así pues, observamos que los escolares con Deficiencia mental grave eran los que peor Estado periodontal presentaban. Coincidimos con los hallazgos de JONES y BLINKHORN (5), que cuando exa-

minaron Deficientes Mentales leves, moderados y graves, encontraron mayor porcentaje de gingivitis en los graves.

En cuanto al Índice de placa, aunque no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, también fueron los Deficientes Mentales de tipo grave los que mostraron más elevado el Índice de Placa. En todos los grupos, el Índice de Placa aumentaba conforme aumentaba la edad.

Apreciamos pues, que el grupo de Deficientes Mentales graves es el que peor Higiene oral mostraba. Como hemos indicado antes este grupo también presentaba el mayor y más severo grado de afectación gingival. Pensamos por tanto, que la mala higiene oral guarda relación con el grave retraso mental que presenta este grupo, que le impide cualquier medida de higiene. A la vez, vemos que existe relación entre la mala higiene oral y el Estado periodontal.

Con respecto a la Patología Dento-oclusal, destacamos que la Mordida abierta es una alteración que se presenta con alta frecuencia en el grupo de Deficiencia Mental grave (32,83%), con gran diferencia con los otros dos grupos.

También la presencia de Diastema central superior y Paladar ojival la hallamos en mayor porcentaje en el grupo de Deficiencia Mental grave.

En cuanto a la Relación molar de Angle, observamos que en los tres tipos de Deficiencia, se presentó con mayor frecuencia la Relación I molar, seguida de la Relación de Clase III y en baja proporción de la Relación de Clase II.

De la Relación Molar de Clase II, solo encontramos un caso en la Deficiencia Mental leve (2,85%), comparado con 11,53% en la moderada y un 23,88% en la grave. Observamos por tanto que la Relación Molar de Clase II, fue más frecuente en los Deficientes Mentales graves y muy poco frecuente en los Deficientes Mentales leves.

En cuanto a la frecuencia de Hábitos orales entre los tres tipos de Deficiencia, solamente el Hábito de Interposición lingual destacó con mayor porcentaje en la Deficiencia Mental grave, probablemente debido a la mayor incoordinación motriz que presentan estos pacientes.

## Conclusiones

El grupo de niños con deficiencia mental grave es el que mayor patología presenta en cuanto a prevalencia y severidad de afectación gingival estando relacionado directamente con una mala higiene oral. Igualmente es este grupo donde existen mayor número de maloclusiones dentarias.

Los molares de los seis años presentan en todos los grupos una mayor susceptibilidad a las caries que el resto de los dientes.

La frecuencia de hábitos orales es también mayor en la deficiencia mental grave, destacando sobretodo el hábito de interposición lingual.

Existe una gran necesidad de atención dental a los niños disminuidos, particularmente los niños con deficiencia mental grave son los que menos cuidados dentales reciben y los que mayor patología presentan.

González Rodríguez, E.: Profesor Titular Interino de Odontología Infantil. Facultad de Odontología de Granada.  
Ostos Garrido, M.J.: Profesor Titular Interino de Odontología Infantil. Facultad de Odontología de Granada.  
Menéndez Núñez, M.: Profesor Titular Interino de Odontología Infantil. Facultad de Odontología de Granada.

Dirección para correspondencia: Encarnación González Rodríguez. Acera del Darro, 78, 2º. 18005-Granada.

#### Bibliografía

- 1.- TESINI, D.A. (1981). An annotated review of the literature of dental caries and periodontal disease in mentally retarded individuals. *Spec. care in Dent.* 1: 75-87.
- 2.- VIGILD, M. (1986). Social. Dental caries experience among children with Down's Syndrome. *Escuela de Estomatología. Universidad Complutense. Madrid.* 179. *J. Ment. Res.* 30: 271-276. 100.
- 3.- BRATOS MORILLO (186). *Estomatología preventiva para minusválidos físicos y psíquicos: cuatro años de un programa preventivo (1982-1985).* Tesis Doctoral. Madrid.

4.- KROLL, R.G.; BUDNICK J. and KRUBEN, A. (1970). Incidence of dental caries and periodontal disease in Down's Syndrome. *New York State Dent. J.* 36: 151-156.

5.- REULAND-BOSMA, W. and VAN DIJK, J. (1986). Periodontal Disease in Down's Syndrome: a review. *J. Clinic. Periodont.* 13: 64-73.

6.- CUTRESS, T.W. (1971). Periodontal disease and Oral Higiene in Trisomy 21. *Archs. Oral. Biol.* 16: 1345-1355.

7.- SAXEN, L. and WESTERMARK, T. (1977). Periodontal disease associated with Down's Syndrome: an orthopantomographic evaluation. *J. Periodont.* 48: 337.

8.- BROWN, J.P. and SCHODEL, D.R. (1976). A review of controlled surveys of dental disease in handicapped persons. *J. Dent. Child.* 43: 313-320.

9.- BOBER-MOKER, I.B. and CLARK, M.S. (1981). The handicapped in dentistry. *Clin. Prev. Dent.* 3: 15-18.

10.- LÖE, H.; THEILADE, E. and JENSEN, S. (1965). Experimental gingivitis in a man. *J. Periodont.* 35: 177-187.

11.- LÖE, H. and SILNESS J. (1964). Periodontal Disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontol. Scand.* 21: 533-537.

12.- KATZ, S. (1982). *Odontología en acción.* 3. Edición. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.

13.- RIOBOO GARCIA (1986). *Cuaderno de Prácticas de Estomatología Preventiva y Sanitaria.*

14.- JONES, M.G. and BLINKHORN (1986). Dental health of Children in Glasgow. *J. Pediatr. Dent.* 2: 61-66.

15.- SWALLOW, J.N. (1968). Dental Disease in Cerebral Palsied children. *Develop. Med. Child. Neurol.* 10: 180-189.

16.- BARBER, T.K. (1964). The dentist and the handicapped child. *Bull. Acad. Gen. Dent.* June 29-33.

## Uso del DNA para identificar al soldado desconocido

El Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas Americanas en Washington, D. C., está elaborando un almacén de DNA de sus soldados.

Weedn, jefe del Instituto de Identificación por DNA, dice que este almacén sirve para ayudar en la identificación de un cuerpo muerto, bien por la fatalidad de la guerra, o como consecuencia de un desastre como una catástrofe aérea.

La elaboración de este almacén se realiza mediante la toma de muestras de sangre de todos los reclutas.

Si el cuerpo de un soldado no puede ser identificado a través de sus huellas dactilares o de su dentadura, el DNA de sus tejidos se compara con el DNA del banco. -Esta prueba es irrefutable ya que el DNA de cada persona es único-.