

NOÇÕES BÁSICAS EM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PARA PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN



Anatomia e Fisiologia Bucal na Síndrome de Down

Alterações Anatômicas Faciais e Orais

Pessoas com Síndrome de Down apresentam um conjunto característico de **alterações anatômicas faciais e orais** que resultam da trissomia do cromossomo 21 e afetam diretamente o desenvolvimento craniofacial. Essas alterações influenciam não apenas a estética, mas também a função oral, a fala, a respiração e a deglutição, exigindo atenção especial no cuidado odontológico.

Entre as características mais marcantes está a **macroglossia relativa**, que não se refere necessariamente a uma língua anormalmente grande, mas sim ao descompasso entre o tamanho da língua e a cavidade bucal, que geralmente é reduzida. Essa condição pode levar à protrusão da língua, dificultando a fonação, a mastigação, a deglutição e favorecendo a respiração bucal (Silva et al., 2016).

Outra alteração comum é o **palato ogival ou palato estreito**, que se caracteriza por uma abóbada palatina mais alta e estreita do que o habitual. Essa condição está associada à hipoplasia maxilar, ou seja, **subdesenvolvimento do osso maxilar**, o que contribui para a má oclusão dentária, especialmente a mordida cruzada posterior (Ferreira et al., 2011).

A **hipoplasia da maxila**, por sua vez, é uma das causas da aparência facial típica da síndrome, como o **terço médio da face achatado**, além de favorecer o crescimento mandibular em relação à maxila, o que resulta em **prognatismo mandibular**. Essa desproporção pode prejudicar a harmonia facial e comprometer a função mastigatória (Moreira et al., 2014).

Outras características anatômicas incluem **lábios espessos e hipotônicos**, que podem contribuir para a **incompetência labial**, facilitando a respiração oral e o acúmulo de saliva na região perioral. O **freio lingual curto (anquiloglossia)** também pode estar presente, interferindo na mobilidade da língua e na articulação de fonemas.

Essas alterações anatômicas, quando somadas às **dificuldades neuromotoras, diminuição do tônus muscular e habilidades motoras orais reduzidas**, impactam significativamente o desenvolvimento orofacial. Por isso, o acompanhamento por profissionais como cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos e ortodontistas é essencial desde os primeiros anos de vida, favorecendo intervenções precoces que minimizem os impactos funcionais e estéticos dessas alterações.

Referências Bibliográficas

- Ferreira, R. I., Paranhos, L. R., Ramos, A. L., & Rocha, R. (2011). **Aspectos odontológicos em indivíduos com Síndrome de Down.** *Revista Odontológica do Brasil Central*, 20(54), 21-26.
- Moreira, A. N., Faber, J., & Vasconcelos, M. H. (2014). **Alterações craniomaxilofaciais na Síndrome de Down.** *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 19(3), 36–43.
- Silva, R. J., Lima, G. M. M., & Moura, L. F. A. D. (2016). **Características orais de crianças com Síndrome de Down: uma revisão da literatura.** *Revista Brasileira de Odontologia*, 73(2), 124-129.



Desenvolvimento Dentário e Erupção

O desenvolvimento dentário em pessoas com Síndrome de Down apresenta diversas particularidades que exigem atenção odontológica especializada desde os primeiros anos de vida. As alterações no padrão de erupção, na formação dos dentes e na oclusão são comuns e resultam de fatores genéticos, anatômicos e funcionais relacionados à trissomia do cromossomo 21.

Um dos aspectos mais frequentes é o **atraso na erupção dentária**, tanto da dentição decídua quanto da permanente. Esse atraso pode variar em meses ou anos, influenciado por fatores como hipotireoidismo, hipotonia muscular e alterações craniofaciais. Em geral, os primeiros dentes decíduos surgem por volta dos 12 a 24 meses, enquanto na população geral a erupção ocorre por volta dos 6 meses de idade (Silva et al., 2016). Esse atraso pode afetar a mastigação, a fala e o desenvolvimento orofacial, além de demandar acompanhamento clínico contínuo.

Outro achado comum é a **agenesia dentária**, ou seja, a ausência congênita de um ou mais dentes. Estudos indicam que a agenesia é mais prevalente na dentição permanente de indivíduos com Síndrome de Down, principalmente nos incisivos laterais superiores e segundos pré-molares. Essa condição pode comprometer a estética, a função mastigatória e favorecer o desalinhamento dentário (Ferreira et al., 2011).

A **má oclusão** é uma das consequências mais significativas das alterações dentárias e esqueléticas observadas nessa população. A hipoplasia maxilar associada à macroglossia relativa e à respiração bucal contribui para o desenvolvimento de **mordida cruzada posterior, mordida aberta anterior e prognatismo mandibular**. Esses padrões de oclusão afetam a harmonia facial e a eficiência mastigatória, além de dificultarem a higiene bucal, favorecendo o acúmulo de placa bacteriana e o desenvolvimento de doenças periodontais (Moreira et al., 2014).

Diante dessas alterações, o acompanhamento precoce com o cirurgião-dentista, especialmente o odontopediatra e o ortodontista, é essencial. A identificação antecipada de distúrbios na erupção e na oclusão permite a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas que visam melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade da cavidade bucal do paciente.

O planejamento individualizado, o envolvimento da família e a integração com outros profissionais da saúde são fundamentais para o sucesso do tratamento odontológico em pessoas com Síndrome de Down.

Referências Bibliográficas

- Ferreira, R. I., Paranhos, L. R., Ramos, A. L., & Rocha, R. (2011). **Aspectos odontológicos em indivíduos com Síndrome de Down.** *Revista Odontológica do Brasil Central*, 20(54), 21-26.
- Moreira, A. N., Faber, J., & Vasconcelos, M. H. (2014). **Alterações craniomaxilofaciais na Síndrome de Down.** *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 19(3), 36–43.
- Silva, R. J., Lima, G. M. M., & Moura, L. F. A. D. (2016). **Características orais de crianças com Síndrome de Down: uma revisão da literatura.** *Revista Brasileira de Odontologia*, 73(2), 124-129.



Respiração Bucal e Problemas Orofaciais

A **respiração bucal** é uma condição frequentemente observada em pessoas com Síndrome de Down e está relacionada a diversos fatores anatômicos e funcionais que comprometem a respiração nasal. As causas mais comuns incluem **hipotonia muscular, hipoplasia da maxila, obstruções nasais, aumento das amígdalas e adenoides**, além de **macroGLOSSIA relativa**, que contribui para o posicionamento inadequado da língua e, conseqüentemente, para a predominância da respiração pela boca (Silva et al., 2016).

A respiração bucal provoca **alterações significativas no desenvolvimento orofacial**, interferindo no crescimento ósseo, na postura da língua, na mastigação e na fonação. Um dos efeitos mais notáveis é a modificação no padrão de crescimento da face, resultando em **face alongada, mordida aberta anterior e má oclusão dentária**. Além disso, o hábito de manter a boca aberta constantemente contribui para a **incompetência labial** e para o ressecamento da mucosa oral, criando um ambiente favorável ao acúmulo de biofilme e ao desenvolvimento de **cáries e doenças periodontais** (Faria et al., 2013).

Outro impacto importante da respiração bucal é a **diminuição da oxigenação durante o sono**, o que pode levar à **síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS)**. Essa condição está associada a alterações no comportamento, déficit de atenção, sonolência diurna e dificuldades de aprendizado, afetando diretamente a **qualidade de vida** e o desenvolvimento cognitivo do indivíduo com Síndrome de Down (Marcus et al., 2012).

Do ponto de vista funcional, a respiração bucal compromete também a **deglutição e a fala**, dificultando a articulação de fonemas e aumentando o risco de aspiração alimentar. A presença constante de inflamações nas vias aéreas superiores e infecções de repetição, como otites e sinusites, também é mais comum nesse grupo de pacientes.

O acompanhamento por uma **equipe multiprofissional**, composta por otorrinolaringologistas, cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, é essencial para o diagnóstico precoce e a intervenção adequada. Estratégias terapêuticas podem incluir desde o tratamento de obstruções nasais até **exercícios de reeducação miofuncional**, visando restabelecer o padrão respiratório nasal e prevenir complicações futuras.

A atuação preventiva e o manejo correto da respiração bucal são fundamentais para garantir **melhor desenvolvimento orofacial, funções fisiológicas preservadas e mais qualidade de vida** para a pessoa com Síndrome de Down.

Referências Bibliográficas

- Faria, P. T. M., Guimarães, F. S., & Hermont, A. P. (2013). **Respiração oral: implicações clínicas e terapêuticas na odontologia.** *Revista da Faculdade de Odontologia – UPF*, 18(2), 220–227.
- Marcus, C. L., Keens, T. G., Bautista, D. B., & von Pechmann, W. S. (2012). **Obstructive sleep apnea in children with Down syndrome.** *Pediatric Pulmonology*, 47(2), 156–161.
- Silva, R. J., Lima, G. M. M., & Moura, L. F. A. D. (2016). **Características orais de crianças com Síndrome de Down: uma revisão da literatura.** *Revista Brasileira de Odontologia*, 73(2), 124-129.

