

Anomalías dentarias de número y forma. Caso clínico

Karla Karen Bernal Sánchez,* María Angélica Cárdenas Mendoza**

RESUMEN

Las anomalías dentarias constituyen una desviación de la normalidad en la formación de los dientes que puede ocurrir por condiciones locales o ser manifestación de alteraciones sistémicas. Se producen como consecuencia de alteraciones que afectan el proceso normal de la odontogénesis. Dependiendo de la etapa en la que ocurran, pueden verse comprometidas la dentición primaria, la permanente o ambas. El propósito de este reporte es dar a conocer el caso particular de un paciente pediátrico que acudió al Centro de Especialidades Odontológicas del IMIEM; el niño presentaba anomalías dentarias de número y forma. Se presenta una breve revisión de la literatura, así como los métodos de diagnóstico de las anomalías dentarias y los pasos de la rehabilitación bucal del paciente.

Palabras clave: Odontogénesis, anomalía dentaria, agenesia dental, oligodoncia, dientes cónicos o conoides.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías dentarias constituyen una desviación de la normalidad en la formación de los dientes, que puede ocurrir por condiciones locales o ser manifestación de alteraciones sistémicas. Se producen como consecuencia de alteraciones que afectan el proceso normal de la odontogénesis. Dependiendo de la etapa en la que ocurran, pueden verse comprometidas la dentición primaria, la permanente o ambas.¹

El patrón de desarrollo está bien definido, por lo que es posible determinar, de acuerdo con las anomalías observadas, qué periodo fue afectado. En cada una de las etapas de la odontogénesis intervienen diversos genes que actúan regulando el proceso. De acuerdo con la etapa y genes alterados, puede afectarse el número, tamaño, forma, estructura y color de algunos o la totalidad de los dientes.²

ABSTRACT

Dental anomalies are departures from normality in the formation of teeth, which can occur by local conditions or be a manifestation of systemic disorders. They occur as a result of alterations affecting the normal process of odontogenesis. Depending on the stage in which they occur, primary, permanent teeth or both can be compromised. The purpose of this report is to present the case of a pediatric patient who attended the Centro de Especialidades Odontológicas IMIEM; he had dental anomalies of number and form. A brief review of the literature and the diagnostic methods are described, as well as the steps of the patient's oral rehabilitation.

Key words: Odontogenesis, dental anomaly, dental agenesis, oligodontia, conical or peg-shaped teeth.

Lewis y Davis³ clasifican las anomalías dentarias de la siguiente forma: I. De número, II. De forma, III. De estructura y textura, IV. De color, V. De erupción y exfoliación, y VI. De posición.

En este caso que presentamos se tratarán las anomalías de número y forma, por lo cual las describimos:

Las anomalías de número. Se originan en la fase de formación de la lámina dental. Se refieren al aumento o disminución del número de dientes en el arco dentario. En este caso particular, se hablará de un caso de oligodoncia, que se refiere a la ausencia clínica y radiológica superior a seis dientes.³⁻⁶

Las anomalías de forma. Se originan en la fase de diferenciación morfológica del desarrollo dental; entre las aberraciones que existen debido a ésta, se encuentran los dientes cónicos o conoides, que con-

* Pasante de Cirujano Dentista, Facultad de Odontología, UAEM.

** Adscrita al Centro de Especialidades Odontológicas, IMIEM.

sisten en la falta de desarrollo del lóbulo mesio- y distolabial, dando así la apariencia conoide de la corona dental.³⁻⁶

La agenesia dental es la ausencia clínica y radiológica de un órgano dentario temporal o permanente, la cual puede obedecer a tres factores:

1. Locales: ya sean de tipo traumático, vascular, trófico u obstructivo (por limitación de espacio), que actúan sobre la lámina dentaria en una determinada zona e impiden su desarrollo.
2. Enfermedades generales: infecciosas, padecidas por la madre durante el embarazo (rubéola) o por el paciente en la infancia, como intoxicaciones o irradiaciones en las fases del desarrollo embriológico de los gérmenes dentarios.
3. Genéticos: suele formar parte de ciertos síndromes generales e ir acompañada de otras anomalías, como trastornos en el tamaño y forma de los dientes.⁴

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de género masculino de tres años tres meses de edad, originario de Valle de Bravo, Estado de México, con antecedente de dacrioadenitis. Presenta anomalías dentarias de forma (incisivos centrales superiores cónicos) (*Figuras 1 y 2*), así como anomalías dentarias de número (ausencia congénita de laterales temporales, laterales y segundos premolares en la dentición permanente) (*Figuras 3 y 4*). Glositis migratoria benigna, úvula bífida y caries leve.

TRATAMIENTO

Las anomalías de forma se pueden rehabilitar con tratamiento de operatoria dental como las coronas de níquel-cromo, o se pueden emplear cofias de acetato para resina fotopolimerizable; en este caso, se decidió utilizar resina fotopolimerizable con técnica por incrementos.

Las anomalías de número en dentición temporal se pueden solucionar por medio de prótesis fijas o

removibles, dependiendo la gravedad de las agenesias; o bien, indicar los cuidados de higiene a la madre para evitar caries y esperar a una edad adecuada para establecer un tratamiento definitivo en la dentición permanente.

Para la realización del tratamiento de este tipo de pacientes, se deben considerar los siguientes puntos: 1. tranquilizar al niño y a los padres, 2. ase-

Clínicamente



Oclusal superior



Oclusal inferior

Figura 2. Vista oclusal superior e inferior.



Figura 1. Arcada en oclusión.



Figura 3. Ortopantomografía.

Radiográficamente



Oclusal superior



Oclusal inferior

Figura 4. Vista oclusal superior e inferior.

soramiento genético, 3. suprimir el dolor, 4. restablecer la estética, 5. conseguir función adecuada, 6. mantener la dimensión oclusal vertical, 7. demorar el tratamiento definitivo hasta una edad idónea, y 8. preparación interdisciplinaria del plan de tratamiento definitivo.⁵

PROCEDIMIENTO

1. Tras elaborar la Historia Clínica, en el registro fotográfico observamos la conicidad de los órganos dentarios deciduos incisivos centrales superiores derecho e izquierdo (51 y 61) (Figura 1), así como la ausencia clínica de los órganos dentarios incisivos laterales superiores e inferiores (52, 62, 72 y 82) (Figura 2); en el estudio radiográfico observamos la ausencia de los órganos dentarios permanentes lateral superior izquierdo, laterales inferiores y segundos premolares inferiores (22, 32, 42, 35 y 45) (Figuras 3 y 4). Se establece el



Figura 5. Se infiltra localmente lidocaína al 2% con epinefrina 1:100 000.

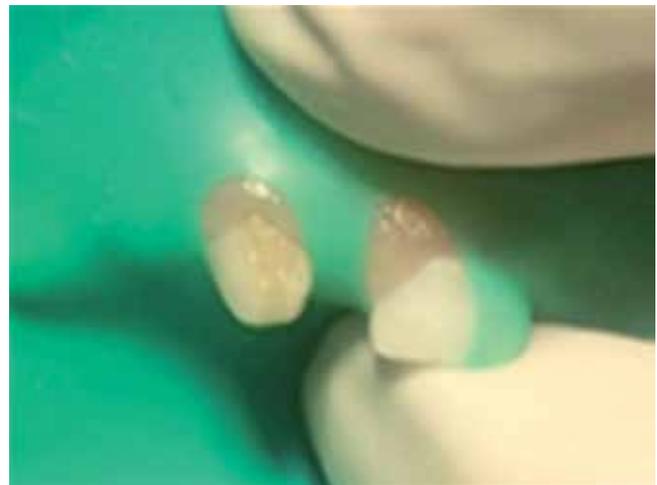


Figura 6. Se aísla con dique de hule.

diagnóstico y, previo consentimiento informado de la madre, se lleva a cabo el tratamiento.

2. Se infiltra localmente con lidocaína al 2% con epinefrina 1:100 000 para desensibilizar el órgano dentario y tejidos anexos (Figura 5).
3. Se aísla el órgano dentario 61 con dique de hule (Figura 6).
4. Se retira caries con excavador para mantener la mayor cantidad de estructura dentaria (Figura 7).
5. Se aplica ácido grabador durante 10 segundos, se retira con agua y se seca (Figura 8).
6. Se aplica «bonding» para sellar los túbulos dentinarios expuestos y permitir la adhesión de la resina, se fotopolimeriza (Figura 9).
7. Se coloca la resina por incrementos y moldeándola de acuerdo con la anatomía correcta del órgano dentario 61 (Figura 10).

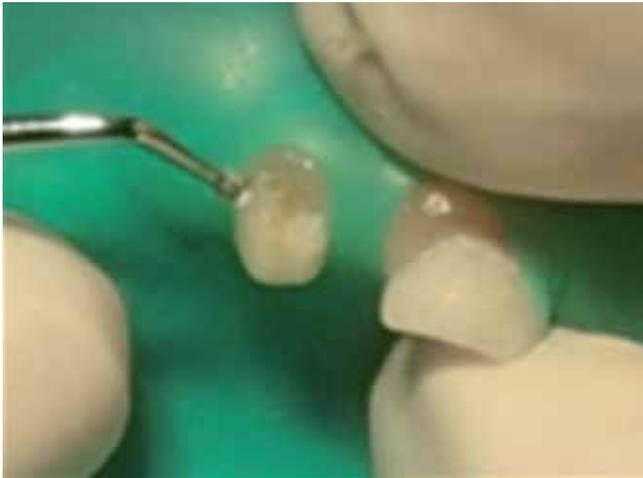


Figura 7. Se retira caries con excavador.



Figura 10. Se coloca la resina por incrementos.



Figura 8. Se aplica ácido grabador.



Figura 11. Se fotopolimeriza.



Figura 9. Se aplica «bonding».

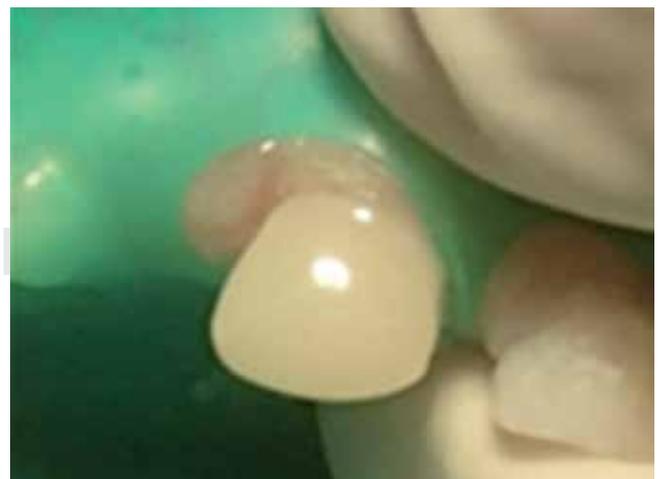


Figura 12. Resina modelada de acuerdo con la anatomía correcta del órgano dentario.

8. Se fotopolimeriza (*Figura 11*), se observa la resina moldeada de acuerdo con la anatomía del órgano dentario 61 (*Figura 12*).
9. Se da anatomía y terminado con fresas de carburo milhojas (*Figuras 13 y 14*).
10. Finalmente, así se observa el órgano dentario 61 rehabilitado (*Figura 15*).
11. Se realiza el mismo procedimiento para el órgano dentario 51; se graba con ácido, se lava con agua y se seca con aire (*Figura 16*).
12. Se aplica «bonding» en la superficie dentaria, se coloca aire y se fotopolimeriza (*Figura 17*).
13. Se colocan incrementos de resina, fotopolimerizando en cada capa y dando correcta anatomía del órgano dentario 51 (*Figura 18*).
14. Se da terminado con fresas de milhojas (*Figura 19*) y se pule con piedra de Arkansas (*Figura*



Figura 13. Se da terminado con fresa de milhojas.



Figura 14. Se retira el dique para checar altura y dar terminado.

20), alisando las paredes y dando un terminado uniforme.

15. Se observan ambos órganos dentarios restaurados (*Figura 21*).

CONCLUSIONES

Las anomalías dentarias son una de las aberraciones más comunes que podemos encontrar al desempeñar nuestra práctica odontológica; es indispensable para el clínico conocerlas, ya que pueden estar asociadas a síndromes o bien, aparecer aisladas; hay posibilidad de que se presenten como factor hereditario.

En la mayoría de las ocasiones no requieren rehabilitación; sin embargo, se pueden trabajar por razones estéticas, fonéticas y/o de función.

Es importante establecer un tratamiento multidisciplinario, abordando los aspectos odontológicos, genéticos, médicos y psicológicos del paciente y los padres.

La técnica de resina por incrementos y modelado directamente en boca requiere de habilidad manual del odontólogo, así como de conocimiento exacto de



Figura 15. Se observa el incisivo central izquierdo rehabilitado.

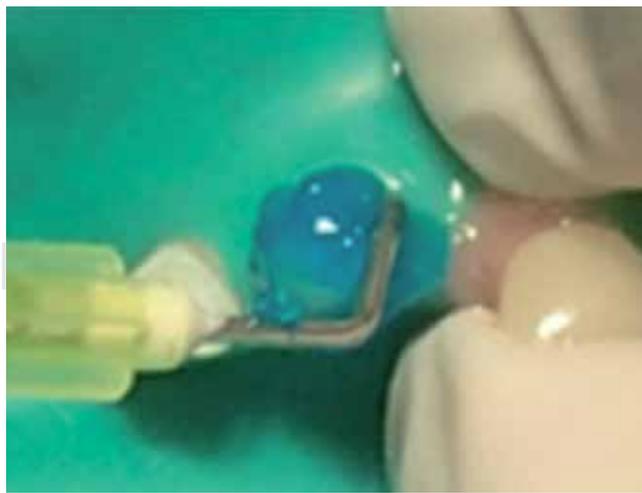


Figura 16. Se aplica ácido grabador al incisivo central derecho.



Figura 17. Se aplica «bonding».



Figura 18. Se coloca la resina por incrementos.



Figura 19. Se da terminado con fresa de milhojas.



Figura 20. Se pule con piedra de Arkansas.



Figura 21. Se observan ambos órganos dentarios rehabilitados.

la anatomía bucodental para satisfacer las necesidades estéticas y funcionales del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez de Ferraris ME, Campos MA. Histología y embriología bucodental, 3ª ed., Madrid: Editorial Panamericana; 2009: 333-424.
2. Pineda P, Fuentes R, Sanhueza A. Prevalencia de la agenesia dental en niños con dentición mixta de las clínicas odontológicas docente asistencial de la Universidad de la Frontera, Int J Morphol, 2011; 29 (4): 1087-1092.
3. Law David B, Lewis Thompson, Davis John. Un Atlas de Odontopediatría, Buenos Aires, Argentina: Editorial Mundi; 1972.
4. Porrás CI, Castillo CK. Oligodoncia: Reporte de un caso, Pub Cient Fac Odontol UCR, 2010; 12: 81-84.
5. Camero Angus, Widmer Richard. Manual de Odontología Pediátrica, Madrid, España: Editorial El Harcourt; 1997.
6. Bog JR, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatría, Barcelona, España: Editorial Masson; 2005.

Correspondencia:
P.C.D. Karla Karen Bernal Sánchez
E-mail: brshzkrn@live.com.mx