

14
66

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



Complicaciones que Causan las Inclusiones Dentarias.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
ROSA MARIA ARELLANO MARTINEZ
SILVIA CANTON GARCIA

MEXICO, D. F.

1979

14451



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TEMARIO

INTRODUCCION	I
I. DEFINICION	1
II. CLASIFICACION	2
III. CONSIDERACIONES CLINICAS.....	23
IV. EXAMEN RADIOGRAFICO	31
V. ETIOLOGIA	43
1) LOCAL:	44
A) EMBRIOLOGICA	44
B) ENOSTOSIS	45
C) EXTRACCIONES PREMATURAS ...	45
D) EXPOLIACION TARDIA.....	47
E) DIENTES SUPERNUMERARIOS ...	50
F) FIBROMATOSIS GINGIVAL	50
G) ELEMENTOS PATOLOGICOS	52
H) ANOMALIAS DEL DESARROLLO MA XILO-MANDIBULAR	60
2) GENERAL:	64
A) RAQUITISMO	64

B) DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL ...	68
C) CRETINISMO	70
D) MIXEDEMA INFANTIL	73
E) LEONTIASIS OSEA	74
F) ENFERMEDAD DE ALBERS SHON-- BERG	75
G) DISPLASIA FIBROSA	77
H) PROGERIA	79
I) QUERUBISMO	81
J) HIPOGONADISMO	82
K) ACONDROPLASIA	83
3) OTROS FACTORES:	84
A) NUTRICION	84
B) OTROS	85

**VI. PROBLEMAS QUE ORIGINAN LOS DIENTES IN-
CLUIDOS**

A) MECANICOS	85
B) NEURITICOS	91
C) INFECCIOSOS	96
D) TUMORALES	101

VII. DIAGNOSTICO 104

VIII. TRATAMIENTO QUIRURGICO-ORTODONTICO-
DE LOS DIENTES INCLUIDOS 108

CONCLUSIONES 126

BIBLIOGRAFIA 129

INTRODUCCION

El nombre de esta tesis "COMPLICACIONES QUE CAUSAN LAS-INCLUSIONES DENTARIAS", ha sido producto de enigmas que se nos han presentado y queremos determinar su causa y poder re solverlos satisfactoriamente.

Pero antes de dar solución a estos problemas, queremos hacer notar que el Cirujano Dentista debe tener conciencia de que en algunas ocasiones es el causante de estas inclusio nes; debido a que realiza un tratamiento curativo, descuidan do el tratamiento preventivo.

Considerando lo anterior, diremos que la inclusión de dientes es un problema que afecta a un gran número de personas, debido a alteraciones de orden general o local.

Nuestro objetivo es el de dar solución a estas cuestiones, no solamente con el tratamiento a base de la extracción del diente incluido; sino el propósito es el de conservar es

te diente lo más posible en la cavidad bucal, por medio de la interrelación de la Ortodoncia y la Cirugía. Siempre y cuando su conservación esté indicada, para lo cuál se debe tener una íntima relación con el Ortodoncista.

Otro de los propósitos es la detección de los dientes incluidos en su etapa inicial o temprana para prevenir complicaciones y si estas ya existen evitar que sean mayores.

Dentro de los accidentes más simples se puede mencionar el apañamiento de los dientes presentes en la boca; -- dando como consecuencia una mala oclusión y entre las complicaciones severas puede presentarse: infecciones en el hueso como la Osteomielitis o deformación facial por la presencia de quistes; pudiendo producir hasta una fractura de la mandíbula (en los terceros molares inferiores incluidos), etc.

Por eso creemos que este tema es de gran interés para el Cirujano Dentista y sobre todo para el estudiante de Odontología.

I. DEFINICION

Para poder dar una definición de dientes incluídos, - hay que explicar primero, que todos los dientes tanto temporarios como permanentes están incluídos antes de su erupción durante un período más o menos largo en los maxilares primero y debajo de las mucosas después y sólo cuando han adquirido cierto desarrollo hacen su aparición en la cavidad bucal; para ir a ocupar el sitio que les corresponde. Pero para que la inclusión sea verdadera o patológica, debe existir después de la época normal de erupción del diente afectado; aunque en ambos casos el saco pericoronario - esté cerrado.

Denominaremos dientes incluídos, retenidos o impactados a aquéllos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados total o parcialmente en los maxilares y se encuentran completamente desarrollados y como - se dijo antes manteniendo la integridad de su saco pericoronario.

Por lo tanto, pueden quedar incluídos en los maxilares cualquiera de los dientes temporarios, que es un hecho excepcional; como permanentes o supernumerarios.

II. CLASIFICACION

La clasificación puede estar dada desde varios puntos de vista como son:

- 1) Periodos de Erupción, en los cuales se produjo la inclusión.
- 2) De acuerdo con la frecuencia con -- que se presenta en ciertos dientes.
- 3) Posiciones Individuales de los dientes incluidos, dependiendo de la región en que se encuentren, enumerando las características propias de -- cada uno de ellos.

Sin olvidar, que existe mayor inclusión en la raza -- blanca que en la negra; sobre todo en los países orientales predominando en el sexo femenino que en el masculino y sien-- do variable el número de dientes incluidos en el mismo pa-- ciente.

Creemos que con estas clasificaciones, entendiendolas

y siempre teniendolas presentes, el Cirujano Dentista puede hacer una valorización de un caso en particular e individualizarlo lo más posible para lograr un buen diagnóstico y -- llevar a cabo un tratamiento oportuno y adecuado, para evitar consecuencias y pérdida de tiempo innecesarias.

1) PERIODOS DE ERUPCIÓN EN LOS QUE SE PRESENTO

LA INCLUSION

Se puede clasificar en:

INCLUSION PARCIAL.- Los dientes se encuentran fuera de la encía, pero no -- llegan a alcanzar el plano de oclusión normal.

INCLUSION TOTAL.- Dientes que se en--- encuentran alojados en tejidos blandos o completamente dentro de hueso.

De acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo se puede clasificar en:

INTRAOSEA.- Cuando la pieza dentaria - está totalmente encerrada en el maxi-- lar cubierta íntegramente de hueso.

INTRAGINGIVAL.- Cuando el diente está-

afuera del hueso; pero recubierto por fibrinucosa.

SUPRAGINGIVAL.- Cuando hay perforación de la encía sin que el diente alcance la altura que normalmente debiera tener. Llamándose también a esta colocación del diente Semi-retención.

Esta clasificación, la menciona el Dr. Monti (1) con los nombres de: Retención Osea, Submucosa, Mucosa; respectivamente, denominando también a esta última Semi-Retención.

Estos tres tipos de inclusiones se pueden encontrar en los diferentes tipos de dientes.

2) FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA LA INCLUSION

La clasificación según su frecuencia, está basada en datos estadísticos de acuerdo a la predisposición para que los dientes queden incluidos.

La información obtenida de estos datos a evidenciado que la inclusión dentaria es más frecuente en los dientes permanentes; que en los dientes temporarios.

Después de haber recopilado los datos descriptivos de varios autores, llegamos a la conclusión de que hay diver-

sidad de opiniones al respecto. Y la clasificación que más acepta con relativa frecuencia es en el siguiente orden:

- 1) Tercer molar inferior
- 2) Tercer molar superior
- 3) Canino superior
- 4) Dientes supernumerarios
- 5) Canino inferior
- 6) Premolar inferior
- 7) Premolar superior
- 8) Incisivo central superior
- 9) Incisivo lateral superior
- 10) Incisivos inferiores
- 11) Molares superiores e inferiores; --

que excepcionalmente quedan incluidos.

Presentándose por lo general esta clasificación con más frecuencia en el lado izquierdo que en el derecho, de los maxilares.

De acuerdo con datos obtenidos de estudios efectuados por Berten-Ciesynsky (2), la frecuencia con que se presentan los dientes incluidos es la siguiente:

Tercer molar	35%
Canino superior....	34%
Tercer molar superior	9%

Segundo premolar inferior.	5%
Canino inferior.....	4%
Incisivo central superior	4%
Segundo premolar superior.	3%
Primer premolar inferior..	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior.	0.8%
Primer premolar superior..	0.5%
Segundo molar inferior....	0.5%
Primer molar superior.....	0.4%
Incisivo central superior.	0.4%
Segundo molar superior....	0.4%

Blum (1927) llevó a cabo la subsecuente estadística - sobre la frecuencia con que se presentan los dientes incluidos.

MANDIBULA

DIENTE	NUMERO	PORCENTAJE
Temporarios.....	3	2
Supernumerarios.....	11	6
Incisivo central.....	9	5
Incisivo lateral	1	0,5
Canino	99	51
Primer premolar	0	—

IBUI

DIENTE

PRO

Segundo premolar.....	2
Primer molar.....	2
Segundo molar.....	2
Tercer molar.....	2

ENAR

Temporarios.....	2
Supernumerarios.....	2
Incisivo central.....	2
Incisivo lateral.....	2
Canino.....	2
Primer premolar.....	2
Segundo premolar.....	2
Primer molar.....	2
Segundo molar.....	2
Tercer molar.....	2

3) POSICIONES INDIVIDUALES D

Esta clasificación de los diferentes tipos de dientes tiene características propias de cada diente.

pan dentro de los maxilares.

TERCER MOLAR INFERIOR

A) EDAD.- La inclusión de este diente se presenta con más frecuencia entre los 18 a 25 años. Siendo mayor el número de inclusiones en el lado izquierdo, que en el derecho.

B) Relación del molar incluido con el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula; Pell y Gregory (2), (3); han clasificado en tres clases:

CLASE I.- Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar; para ubicar el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

En estos casos el diente ha tenido suficiente lugar para hacer su correcta erupción y se trata más bien de una mala posición del tercer molar inferior.

CLASE II.- El espacio que existe entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III.- Todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama ascendente de la mandíbula.

Estas dos últimas clases, son inclusiones muy frecuentes y debe pensarse que ellas son debidas a falta de desarrollo del maxilar inferior, lo que impide la ubicación de la pieza dentaria. En estos casos el diente está, por lo menos en parte incluido en la rama ascendente de la mandíbula.

C) Profundidad relativa del tercer molar en el hueso o relación que existe entre la cara oclusal del tercer molar con respecto al plano de oclusión.

Estas tres posiciones también las adoptan Pell y Gregory.

POSICION A.- La corona del tercer molar incluido está a la altura de la línea oclusal o por encima de ésta.

POSICION B.- La porción más alta del tercer molar incluido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar; pero por encima de la línea cervical de este último diente.

POSICION C.- La parte más alta del diente incluido se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Por lo anterior, deducimos que en la posición A los dientes se encuentran parcialmente erupcionados; mientras que en las posiciones B y C están incluidos ya sea en tejidos blandos o completamente incluidos en hueso.

D) El tercer molar inferior puede encontrarse en las siguientes posiciones:

- 1) Posición vertical
- 2) Posición distoangular
- 3) Posición mesioangular
- 4) Posición horizontal
- 5) Posición linguoangular
- 6) Posición bucoangular
- 7) Posición invertida.

E) Cuando el tercer molar se encuentra desplazado por migración y lo cual se presenta rara vez, se le denomina POSICIONES PARANORMALES o EXCEPCIONALES y son las que salen fuera de las otras clases:

- 1) Posición dirigida hacia el cóndilo-

- 2) Posición orientada hacia la apófisis coronoides
- 3) Posición que tiende hacia el ángulo de la mandíbula
- 4) Posición dirigida hacia el cuerpo de la mandíbula.

F) Clasificación de acuerdo a la curvatura de las raíces:

- 1) Raíces rectas, separadas o coalescentes
- 2) Raíces curvadas en dirección distal
- 3) Raíces curvadas mesialmente.

TERCER MOLAR SUPERIOR

A) Tomando en cuenta el eje longitudinal del tercer molar superior puede ocupar las siguientes posiciones:

- 1) Posición vertical
- 2) Posición mesioangular
- 3) Posición distoangular
- 4) Posición horizontal
- 5) Posición vestibuloangular
- 6) Posición palatoangular
- 7) Posición invertida que rara vez se-

encuentra.

B) Dentro de la clasificación de la posición paranormal el tercer molar superior se encuentra en:

- 1) El seno maxilar
- 2) La apófisis pterigoides
- 3) La tuberosidad del maxilar
- 4) El suelo de la órbita
- 5) Sobre las raíces del segundo molar.

C) Profundidad relativa de los terceros molares superiores incluidos en el hueso:

POSICION A.- La porción inferior de la corona del tercer molar superior incluido está a la altura del plano oclusal del segundo molar.

POSICION B.- La porción inferior de la corona del tercer molar superior incluido está entre el plano oclusal del segundo molar y la línea cervical.

POSICION C.- La porción inferior de la corona del tercer molar incluido está-

en la línea cervical del segundo molar o por sobre ella.

CANINO SUPERIOR

La clasificación de los caninos es más complicada que la de los terceros molares.

Los caninos superiores pueden adoptar las siguientes posiciones:

1) POSICION LABIAL:

- a) La corona se encuentra en relación con las raíces de los incisivos
- b) Corona situada en la parte alta de los ápices de los incisivos
- c) Transverso.

2) POSICION PALATINA:

- a) Corona superficial en estrecha relación con las raíces de los incisivos central y lateral.
- b) Corona incluida profundamente en relación íntima con los ápices de los incisivos central y lateral.

3) POSICION INTERMEDIA: que también se le puede llamar retención mixta o transalveolar según Gietz (4).

a) Corona situada cerca de la superficie entre las raíces del incisivo lateral y primer premolar.

b) Corona encima de los ápices del incisivo lateral y primer premolar en posición labial o lingual y la raíz al contrario.

4) POSICION ATIPICA O RARA:

a) La pared antro nasal

b) En el piso de la órbita

c) En el seno maxilar

d) En el piso de las fosas nasales

e) Entre el primero y segundo premolar.

En relación a la arcada dentaria puede encontrarse el canino en:

1) Proximidad a la arcada

2) Lejos de la arcada.

En relación con el eje mayor el canino se clasifica en:

a) Posición vertical

b) Posición angular

c) Posición horizontal

DIENTES SUPERNUMERARIOS

Los dientes de esta clase se parecen en forma y tamaño a los dientes del grupo a que pertenecen, superando el número de dientes entre su grupo.

Cuando los dientes supernumerarios no pueden clasificarse como anteriormente se dijo se les da el nombre de -- dientes accesorios; que tienen forma de clavijas, son pequeños, son más cortos que los normales, con frecuencia -- tienen sus raíces curvadas en forma de S (ese).

Se pueden clasificar en: Mesiodientes, Peridientes, - Distomolares o Mesiomolares.

Alrededor del 75% de los dientes supernumerarios no erupcionan y solo brota el 10% aproximado de los mesiodientes constituyendo el mayor grupo de los dientes supernumerarios (7).

Algunos autores tratan de explicar la presencia de -- dientes supernumerarios mediante la teoría del atavismo esta se basa en el proceso evolutivo durante el cuál se suprimieron algunos dientes y que vuelven a reaparecer. Orburn (1912) menciona por ejemplo que "la anomalía es una -

especie de herencia a larga distancia" (5) y Osborn opina-
"los antecedentes paleontológicos de la evolución de los -
dientes muy completos en todos los órdenes de los mamífe--
ros no apoyan en modo alguno la teoría del atavismo aplica-
do a los dientes supernumerarios(7).

Los dientes supernumerarios que se presentan en la re-
gión de incisivos, premolares y molares; justifican esta -
teoría, pero la presencia de caninos supernumerarios (que
son muy raros) contradice dicha teoría ya que nunca hay --
más de cuatro caninos en la serie filogenética de los mamí-
feros.

Otra forma de explicar la presencia de dientes super-
numerarios y estamos de acuerdo con ella es por medio de -
la sobre actividad de la lámina dental que sería más facti-
ble y menos compleja que la anterior.

Stafne ha tabulado 500 dientes supernumerarios y acce-
sorios de 441 pacientes.

DIENTES	INCISIVOS	INCISIVOS	CANINOS	PREMOLARES
	CENTRALES	LATERALES		
SUPERIORES	227	19	2	9
INFERIORES	10	0	1	33

DIENTES	PREMOLARES	CUARTOS MOLARES	TOTAL
SUPERIORES	58	131	446
INFERIORES	0	10	54

CLASIFICACION DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS:

- 1) Se encuentra mayor número de inclusiones en el maxilar superior que en el inferior.
- 2) Son más frecuentes en la segunda -- dentición que en la primera
- 3) En orden de frecuencia se pueden enumerar de la siguiente manera:
 - a) Incisivos centrales
 - b) Molares
 - c) Premolares (más frecuente el inferior).
 - d) Caninos
 - e) Incisivos laterales
- 4) Se pueden encontrar en las siguientes posiciones:
 - a) Totalmente invertido
 - b) Posición horizontal

- c) Posición transversa con la raíz hacia la parte labial
- d) Posición vertical
- e) Posición mesioangular
- f) Posición distoangular.

5) No es rara la presentación bilateral de los dientes supernumerarios.

CANINO INFERIOR

Los caninos inferiores pueden encontrarse en las siguientes posiciones: 1) POSICION LABIAL:

- a) Entre las coronas o raíces de los premolares e incisivos laterales, en posición vertical; ésta es la más frecuente
- b) Posición oblicuolingual
- c) Posición oblicuodistal
- d) Posición horizontal, por abajo de los ápices de los dientes anteriores inferiores.

2) POSICION LINGUAL:

- a) Extraordinariamente encontrado en la superficie lingual del maxilar inferior
- b) Transversa, la corona hacia el lado lingual y la raíz hacia el lado labial.

3) POSICION INTERMEDIA:

- a) Posición transversa completa, excepcionalmente encontrada.

4) POSICIONES ATIPICAS O RARAS:

- a) En el borde inferior de la mandíbula
- b) En la eminencia mentoniana
- c) Migración entre el incisivo lateral y el central.

PREMOLAR INFERIOR

Los premolares inferiores pueden hallarse en las siguientes posiciones:

1) POSICION VERTICAL:

- a) En la porción inferior de la corona del primer molar y la del primer -- premolar entre sus raíces
- b) El premolar se encuentra hacia el -- lado lingual, la raíz transversa di-- rigida hacia el lado labial
- c) Incluido hacia el lado labial, la -- raíz transversa hacia el lado lin-- gual.

2) POSICION OBLICUA:

- a) La corona dirigida ya sea distal o-- mesialmente la raíz en el eje longi-- tudinal del maxilar.

3) POSICION HORIZONTAL:

- a) Próximo al borde inferior, bajo los ápices de los dientes contiguos
- b) Transverso, la corona dirigida ha-- cia el lado labial y la raíz hacia-- el lingual y al contrario.

4) POSICION ATIPICA:

- a) En el borde de la mandíbula.

PREMOLAR SUPERIOR

Los premolares superiores pueden tener las siguientes posiciones:

1) POSICION VERTICAL:

- a) Es rara la posición vertical, generalmente el diente está invertido.

2) POSICION OBLICUA:

- a) El premolar se encuentra en el puente alveolar con la corona dirigida hacia el primer molar.

3) POSICION HORIZONTAL:

- a) Por encima de los ápices del premolar y primer molar, en el piso del seno maxilar.
- b) Posición transversal, la corona dirigida hacia labial y la raíz hacia el paladar o viceversa.

4) POSICION ATIPICA:

- a) Diente en el seno maxilar.

INCISIVO

Los incisivos superiores como inferiores pueden admitir cualquiera de las posiciones mencionadas; pero no hay una clasificación definida debido a que en estos dientes - la inclusión es poco frecuente.

Se puede clasificar según su posición en :

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal
- c) Posición invertida
- d) Posición mesioangular
- e) Posición distoangular,

III. CONSIDERACIONES CLINICAS

La presencia de dientes incluidos puede pasar inadvertida para el paciente tanto como para el Odontólogo; por lo cual es necesario que se realice un minucioso examen -- clínico.

Este examen no establecerá por sí sólo y con exactitud si existe o no un diente incluido, ni nos dará su posición ni forma exacta pero dará una información de ciertos detalles que nos pueden llevar a sospechar la existencia de la inclusión dentaria.

El primer paso que se realiza al intentar un diagnóstico presuntivo; para determinar que existe inclusión dentaria es el de observar directamente la cavidad bucal por medio de los métodos de exploración como son:

Inspección directa

Inspección indirecta

Interrogatorio y

Palpación

El Cirujano Dentista debe percatarse de que existen ciertas anomalías como las que a continuación mencionaremos para poder llegar a un diagnóstico definitivo con ayuda del examen radiográfico.

Algunas enfermedades de la niñez pueden predisponer a la inclusión dentaria o retardo en la erupción siendo éstas:

- a) Raquitismo
- b) Cretinismo
- c) Mixedema infantil
- d) Disostosis cleidocraneal
- e) Osteosclerosis frágil generalizada -
(enfermedad de huesos de mármol o -
enfermedad de Albers Shönbrg)
- f) Leontiasis ósea.

-La hipertrofia o elefantiasis de la encía es un factor local que también predispone a la inclusión.

-Escaso desarrollo de los maxilares que se observa --
con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar superior.

-Pseudoanodoncia que se observa en los maxilares dan-

do al enfermo el aspecto senil.

-Arcos dentales en forma de V asociados con obstrucciones nasales y respiración bucal, son con frecuencia causas de la falta de erupción del canino superior.

-Cuando haya pasado la época normal de erupción de los dientes temporarios o permanentes, y éstos no se observan en la cavidad bucal del paciente.

-El mesiodiente puede causar torsoversión de los incisivos centrales, y en otras ocasiones causa un diastema medio con o sin hipertrofia del frenillo labial

-Presencia de diastemas múltiples, cuando los dientes se encuentran espaciados en los niños. Cuando existe dentición irregular.

-Al observar un diente accesorio fusionado con un diente contiguo.

-También se presenta cuando un diente temporario está

atrapado entre los dientes contiguos (permanentes).

-La erupción del diente permanente se detiene por un impedimento como cierre causando la migración de los dos dientes contiguos, por pérdida prematura del --- diente temporal.

-Transtornos a distancia como son las malposiciones dentarias de las piezas contiguas y aveces llegando hasta el canino y los incisivos, como es el caso del tercer molar incluido produciendo apilamientos antiestéticos.

-La pericoronitis que se observa rodeando la corona de un diente casi siempre en erupción incompleta (in in pactado) se observa con mayor frecuencia en la zona del tercer molar inferior.

-La erupción retardada puede juzgarse mejor por la erupción de los molares permanentes que no están afectados por la reabsorción tardía de los dientes temporales.

-Cuando ha existido infección pericoronaria de la pieza incluida puede presentarse una fístula gingival,-

que mediante la exploración armada demuestra la exis
tencia de un cuerpo duro y liso.

-Por medio de la palpación se advierte un abultamien-
to en la región del diente faltante, ya sea que se
localice éste en el paladar cuando se encuentra colo-
cado labialmente puede advertirse en la superficie -
exterior del maxilar en la región en que se encuen-
tre la inclusión.

-Al observar la persistencia de dientes temporarios -
que en ocasiones quedan incluidos los dientes perma-
nentes, en pares o grupos presentándose esta persis-
tencia unilateral o bilateral, especialmente si los-
temporales se han impactado entre los dientes veci-
nos.

-La inclusión dentaria puede manifestarse también por
trismo, espasmos faciales, perturbaciones oculares y
aún canicie precoz.

-"Transtornos tróficos por retenciones dentarias son-
frecuentes como canicie" (2).

-El dolor es un síntoma común asociado al diente incluido, casi siempre es de tipo neurálgico referido al ojo, oído, senos faciales, hueso frontal, cara, cabeza y zonas del maxilar y la mandíbula.

-Cuando observamos y el paciente además nos refiere que sus aparatos de prótesis basculan en la boca y hasta ese momento no habían sufrido ninguna variación de adaptabilidad, puede ser otra manifestación de inclusión.

Con lo que respecta a las manifestaciones de inclusiones de los terceros molares además de las citadas anteriormente presentan características propias, teniendo gran importancia por su usual presentación y por la mayor frecuencia de las complicaciones que presentan y son:

-Presencia de inflamación de la cara o de la región submaxilar cuando el diente que está incluido es el tercer molar inferior.

- La mucosa que recubre al molar incluido sin solución de continuidad, deja una línea de separación en la cara distal del segundo molar através de la cual

se puede palpar con un explorador la corona de es
te diente.

-Los terceros molares inferiores incluidos produ--
cen frecuentemente otalgia de origen dental y ti-
nitus.

-El tercer molar superior e inferior presentan do-
lor neurálgico en la región del quinto nervio que
puede ser localizado e irradiado.

-Otros pacientes se quejan de sensación indefini--
ble de presión que estorva el estudio u otra actii
vidad y que puede producir: insomnio, nerviosidad
y aún desórdenes mentales (5).

-El paciente refiere que sale pus de la región del
tercer molar.

-Puede presentarse ulceración del margen de la per
foración gingival que ha hecho el tercer molar.

-Puede producir la inclusión trismo muscular.

-Se pueden presentar ataques epileptiformes que se

repiten con frecuencia que van precedidos por dolores en la región nasal (2).

-Pueden producir también trastornos mentales (2).

-El tercer molar incluido puede estar cubierto por encía edematizada, aumentada de volúmen de color rojizo o rojo violáceo con la impresión de los dientes antagonistas y cambio de temperatura en la región.

-Cefaléa constante

-Dolor sordo en el oído

-Tumefacción gingival

-Desalineamiento progresivo en los dientes anteriores.

-Posición anómala de un diente vecino.

-Manifestaciones de inclusión de los premolares:

-Tumefacción de la cara

-Maloclusión.

Manifestaciones de inclusión de los incisivos:

-Tumefacción en el paladar que impedía la adaptabilidad de la prótesis.

IV. EXAMEN RADIOGRAFICO

La utilización de los Rayos X en Odontología es muy importante; pero es indispensable y fundamental para ayudar a dar el diagnóstico completo y tratamiento Quirúrgico-Ortodóntico de los dientes incluidos.

Una buena radiografía basta en muchos casos para aclarar un cuadro clínico que parecía confuso. Nos da información que no podemos obtener por medio de la inspección, palpación o auscultación.

Y esto es indispensable ya que antes del descubrimiento y aplicación práctica de los Rayos X ha de haber sido mayor la incidencia de estas inclusiones; algunas veces -- sin provocar trastornos y otras produciéndolos sin saber cuál era su origen.

Frecuentemente se descubre la inclusión de un diente al tomar una radiografía casual en el curso de un tratamiento de una pieza dentaria o al tomar una radiografía de

cabeza por causas ajenas a un tratamiento odontológico.

Con la tendencia actual de tomar un estudio radiográfico completo durante el exámen bucal ha disminuido las -- complicaciones que pudieran producir estos dientes.

DIFERENTES TIPOS DE PELICULAS RADIOGRAFICAS QUE SE EMPLEAN HABITUALMENTE EN EL DESCUBRIMIENTO DE LOS DIENTES INCLUIDOS .

Se clasifican las radiografías de acuerdo con la ubicación de las películas en dos grandes grupos:

- a) Intraorales
- b) Extraorales

Para ayudar al diagnóstico bucal las radiografías intraorales son las más usadas y se dividen a su vez en:

- a) Periapical o lingual
- b) Oclusal
- c) Interproximal o de Mordida lateral.

Y dentro de este grupo las más usadas son las linguales y oclusales, y tienen en este caso como objetivo determinar la presencia de dientes incluidos.

Las radiografías extraorales son menos precisas y nunca se lograrán los efectos de exactitud de la radiografía intraoral; pero son capaces de proporcionar los datos requeridos para orientarnos sobre las características de la inclusión y estas son utilizadas cuando existen problemas que impidan o dificulten la colocación intraoral, como ---trismos, procesos inflamatorios, situación poco común del diente o la intolerancia del paciente hacia la radiografía.

Para confirmar la existencia de un diente incluido se debe acudir a algunos métodos radiográficos y no simplemente a una radiografía intraoral o extraoral; pues éstas dan la superposición de todos los planos y por consiguiente en dos sentidos del espacio permitiendo demostrar la inclu---sión; pero es incapaz de indicar con exactitud la posición del diente en las tres dimensiones del espacio en el interior del maxilar.

MÉTODOS RADIOGRÁFICOS PARA LA LOCALIZACIÓN DE UN DIENTE INCLUIDO

Las técnicas no las vamos a explicar ampliamente sino solo mencionaremos sus características propias.

METODO DEL OBJETO VESTIBULAR, METODO DEL DESPLAZAMIENTO DE
LA IMAGEN O LEY DEL OBJETO BUCAL.

Es un método que está basado en la regla que tiene el mismo nombre la cual dice: "Que la imagen de cualquier objeto ubicado en vestibular parece moverse en dirección opuesta a la fuente de rayos que se mueve. A la inversa la imagen de cualquier objeto ubicado en lingual o palatino, parece moverse en idéntica dirección que la fuente de rayos que se mueve" (8).

La técnica consiste a grandes razgos en tomar dos radiografías o más periapicales.

La primera radiografía es tomada con la técnica cotidiana, se coloca la segunda radiografía en la boca con la misma angulación vertical variando solamente la angulación horizontal que se desplaza hacia adelante o mesial, hacia atrás o distal según la zona que se está examinando.

RADIOGRAFIA OCLUSAL DE SECCION TRANSVERSAL O METODO OCLUSAL (CORTE TRANSVERSAL O TOPOGRAFICO).

En este método se utiliza una película periapical y una oclusal, la película periapical se toma con las reglas establecidas en Radiología.

Se selecciona una radiografía adecuada al tamaño de la boca del paciente como puede ser una película oclusal adulta o una periapical; se siguen los lineamientos acostumbrados y solo mencionaremos que la angulación vertical adecuada está determinada por la orientación del rayo central a través de los ejes longitudinales de los incisivos centrales ya sean superiores o inferiores.

La película oclusal rápida es la mejor para tomar radiografías oclusales del maxilar superior (9).

La característica de esta radiografía es la de revelar si la corona está ubicada hacia vestibular o lingual y también sirven para visualizar en su totalidad la arcada y observar las malposiciones dentales individuales con un mínimo de error.

MÉTODOS DE LOS FUEGOS CRUZADOS DE SIMPSON

Este método descrito por C. O. Simpson es el más simple y más exacto.

Consiste en tomar una o dos radiografías pequeñas de la región y una oclusal localizando particularmente la posición de la corona.

ESTEREORRADIOGRAFIA.

Este tipo de radiografía está basada en el principio de la fotografía estereoscópica.

Se efectúa tomando dos radiografías sucesivamente después de haber desplazado el tubo del aparato de Rayos X -- una distancia correspondiente a la distancia bipupilar y -- posteriormente se colocan las radiografías una para cada ojo en el esteroscopio observándose simultáneamente las dos películas planas, con una sola profundidad y perspectiva.

Las radiografías obtenidas por éste método son muy útiles para visualizar las relaciones anatómicas.

Cuando la inclusión se encuentra cerca de los dientes vecinos la radiografía obtenida no es muy clara.

Con este método se pueden obtener radiografías intraorales (periapicales y oclusales) y extraorales.

La técnica es muy complicada y detallada por lo cual no se deben omitir detalles pues falla el efecto de relieve. Este método se utiliza muy poco a causa de otros métodos más simples.

"Los odontólogos no pueden dominar este procedimiento por las siguientes dificultades técnicas:

Colocación de dos películas exactamente en la misma -

posición para dos disposiciones separadas; conseguir la absoluta inmovilización de la cabeza del paciente entre ambas exposiciones; determinar las angulaciones de proyección vertical y horizontal correctas con dos movimientos del tubo y el correcto montaje de las películas" (9).

METODO DE KAUFMAN (SHIFTSKETCH)

En este método se toman varias radiografías pequeñas moviendo el tubo lateralmente, obteniendo de esta manera la posición de los dientes incluidos en sentido mesio-distal, vertical y vestibulo-lingual; con respecto a otro diente adyacente, requiriendo un sistema especial de interpretación.

BAJORELIEVE RADIOGRAFICO

Raper (1) cita este procedimiento donde se toma una radiografía común y de un negativo se obtiene un positivo, se fijan por medio de un portaradiografía y una tira de ribetear resultando una imagen plana en relieve o sombreada.

METODO DE HAUBERRISER

Este método tiene como objetivo obtener la posición - vestibulo-lingual de los dientes incluidos.

El autor toma una radiografía periapical y otra oclusal y proyectando las sombras de estas radiografías obtiene matemáticamente la posición geométrica del diente en el espacio.

METODO EXTRAORAL

En algunas ocasiones es necesario complementar el estudio radiográfico con radiografías extrabucales para poder llegar a un diagnóstico, sin embargo las radiografías-intraorales no necesitan para complementar el diagnóstico de las radiografías extraorales y estas últimas si necesitan de las primeras por ser menos claras y por lo tanto menos exactas.

En el método extraoral se utilizan técnicas e instrumental determinado que se debe conocer perfectamente.

Las radiografías extraorales pueden ser totales de la cabeza o parciales.

- a) Las totales de frente o perfil.

- b) Las parciales de los maxilares o de la articulación.

CARACTERISTICAS DE LAS RADIOGRAFIAS

Las radiografías deben de tener ciertas características, en primer lugar deben de ser claras, exactas y precisas y en segundo saber interpretarlas correctamente para posteriormente poder llegar a un diagnóstico definitivo.

Una buena radiografía debe contener la información acerca de:

- La causa de la inclusión
- Situación y tipo de retención exacta-
que ocupa en los maxilares
- Dirección y relación vestibulo-lingual y mesio-distal
- Dirección y relación respecto al plano de oclusión o vertical
- Profundidad en el hueso y densidad
- Tamaño y forma de la corona
- Características de la raíz:
Formación completa o incompleta de la raíz, forma de la raíz que en ocasiones se encuentra muy curvada como es-

el caso de los terceros molares inferiores si existe dilaceración y número de raíces.

-Existencia o ausencia del saco pericoronario.

Lo mencionado anteriormente es lo que respecta al diente incluido.

Con respecto a las estructuras vecinas debe de terminar:

-La relación con los dientes contiguos

-Estado de los dientes vecinos

-Relación que existe con las raíces de estos dientes

-Patología que presente el diente y -- los tejidos que lo rodean como quistes, odontomas u osteítis

-Relación de un diente con las cavidades adyacentes:

En el maxilar superior:

Fosa palatina

Piso de las fosas nasales

Seno maxilar.

Si la inclusión es en maxilar inferior ver la relación que-

guarda el diente con:

El conducto dentario inferior

Las tablas internas

Las tablas externas del maxilar.

Se puede incurrir en errores al interpretar una radiografía por ejemplo: al observar el espacio radiográfico -- que se encuentra normalmente ocupado por los restos del órgano del esmalte y el folículo dentario no debe tomarse -- como infección.

En el estudio radiográfico los dientes incluidos se identifican sin dificultad; pero para un diente supernumerario puede ser un problema serio de interpretación y se debe diferenciar entre una raíz retenida, un odontoma, un islote de hueso denso y un diente normal ya que en ocasiones presentan una forma semejante a la normal (los dientes supernumerarios tienden a ser más pequeños; pero los incisivos y premolares incluidos en el maxilar inferior con mayor frecuencia presentan el tamaño de los dientes normales).

Radiográficamente se observan los mesiodientes en la línea media y casi siempre detrás de los incisivos centrales. Pudiendo comprobar la tendencia a formarse antes, durante y después del desarrollo de los dientes normales de la región por medio de la formación de su raíz.

El estudio radiográfico es muy importante y se debe efectuar con más cuidado en la edad temprana del paciente para descubrir la presencia tanto de dientes normales, como supernumerarios incluidos permitiendo efectuar el tratamiento adecuado para evitar posibles complicaciones y fracasos; por esto es indispensable conocer con precisión las condiciones del diente incluido.

V. ETIOLOGIA

Siempre es importante determinar el origen de una enfermedad; para poder determinar el tratamiento más adecuado.

Para poder determinar con precisión la causa de la enfermedad hay que hacer incapié otra vez de la gran importancia que tiene para este fin la elaboración minuciosa de la historia clínica.

La etiología de las inclusiones dentarias puede ser local y cuando esta condición no existe; se debe de determinar si la causa es general.

La etiología de la inclusión dentaria es ante todo un problema mecánico, donde influyen todas las fuerzas u obstáculos que un diente encuentra a su paso, los cuales impiden la erupción y colocación normal dentro de la cavidad bucal obligandolo a quedar incluido.

1. ETIOLOGIA LOCAL

A) EMBRIOLOGICA

En este punto mencionaremos que la ubicación de un gérmen dentario en un sitio demasiado alejado del que normalmente debiera encontrarse va a ser una predisposición para que posteriormente el diente que se forme esté impedido por razones mecánicas; para alcanzar el reborde alveolar y quede incluido en el maciso óseo.

Otro factor de esta causa embriológica es el gérmen que puede encontrarse en su lugar pero por medio de desplazamientos de éste trae como consecuencia un cambio en su posición, siendo orientados en una dirección errada porque el eje mayor no es paralelo a la trayectoria normal de erupción adquiriendo una que es anómala y que al formarse el diente y empezar el trabajo de erupción la corona de éste choca con un diente adyacente fijándose en ésta posición produciendo como consecuencia la inclusión y/o retención y la maloclusión de los dientes ya erupcionados.

Además de gérmenes dentales de posición anormal también puede jugar un papel en la inclusión de los dientes un crecimiento y fuerza eruptiva insuficiente.

Algunos autores como Radach dicen que "Los factores etiológicos de las inclusiones son exclusivamente de carác-

ter embriológico" (2).

B) ENOSTOSIS

La enostosis según Eselman "es una variante anatómica anormal de la estructura interna de la corteza".

"La enostosis de los maxilares está constituida por un depósito de hueso dentro de la esponja" (9).

En la enostosis el crecimiento de hueso se desarrolla hacia el interior de éste, donde no existe expansión de la corteza. Estas concentraciones óseas reciben también el -- nombre de espirales óseas, hueso esclerótico y osteoscler_osis.

Este hueso tiene como característica que es más duro que el hueso que lo rodea, su contorno es irregular.

La enostosis también es una causa de que haya una predisposición a que los dientes queden incluidos dentro del maxilar debido a que el hueso que lo cubre tiene mayor densidad a la normal, frustrando por este motivo el proceso - de erupción.

C) EXTRACCIONES PREMATURAS

La caída o extracción prematura de los dientes tempo-

rales es un problema muy serio y que es difícil afrontar -- debido a que la población es apática a los tratamientos odontológicos sobre todo en los niños; por la influencia -- psicológica que se ha manejado en nuestro medio, aunado a -- la falta de aseo el problema es muy grave y muchas veces -- el tratamiento será la extracción prematura pudiendo dar -- como consecuencia la inclusión dentaria cuando no se con-- cluye el tratamiento con un mantenedor de espacio.

A veces también predisponen a la inclusión los tra-- tamientos ortodónticos preventivos donde se resuelve el -- problema inmediato sin evaluar los problemas que se produ-- cirán cuando salgan los dientes permanentes.

En la cavidad bucal los dientes se mantienen en rela-- ción correcta por la acción de una serie de fuerzas; que -- se modifican al haber una pérdida prematura de un diente -- produciendo un desplazamiento de los dientes adyacentes.

Observaciones de Mc Donald indican que la mayor parte del cierre del espacio se produce en los 6 primeros meses, -- posteriores a la pérdida del diente temporal, aunque en -- otros pacientes el cierre del espacio se produce en algu-- nos días.

La pérdida prematura de los dientes temporales se pro-- duce generalmente por caries y sus consecuencias (infeccio-- nes pulpares y periapicales); dando como resultado altera--

ciones de dirección y de sitio porque según Gurby "se ha perdido una influencia de guía" (5).

Se ha demostrado que la desviación de los dientes que encierra el espacio es mucho más marcada en los molares -- que en los incisivos; también es mayor en el maxilar superior que en el inferior. Y los dientes que con mayor frecuencia quedan incluidos son los caninos superiores y premolares inferiores.

La causa fundamental para que se produzca la inclusión como consecuencia de la pérdida prematura del diente temporal, es la falta de cuidados profilácticos para conservar el espacio suficiente para que la pieza haga su correcta erupción.

Por eso el odontólogo debe de tratar por todos los medios posibles de mantener los dientes temporarios en la cavidad bucal hasta que los dientes permanentes estén listos para ocupar su lugar. Y al indicarse una extracción de una pieza temporal no solo deberá tener en cuenta la edad; sino se debe hacer una evaluación clínica y radiográfica.

D) EXFOLIACION TARDIA

La exfoliación tardía de los dientes temporales es -- una de las principales causas que predisponen a la inclu--

sión dentaria y que muchas veces el odontólogo se encuentra frente a este problema y no le da la debida importancia ni valora las consecuencias que pueda traer consigo el mantenimiento de esta pieza después de la época normal de exfoliación.

Siempre el odontólogo frente a este problema debe agotar una serie de estudios de rutina para averiguar la causa de la inclusión del diente temporal, ya que en algunas ocasiones observamos que el paciente tiene la edad suficiente como para haberse producido el recambio de la dentición y esta no se ha llevado a cabo por una serie de factores que predisponen a que haya exfoliación tardía hay contradicciones en este punto:

Algunos autores sostienen que la persistencia del diente temporario puede provocar la inclusión del diente permanente que lo remplaza, mientras que para Palazzi (7), "La inclusión es la causa por la que el diente temporario no cae".

La exfoliación tardía puede ser bilateral o unilateral; pueden quedar dientes incluidos en grupos, pares o individualmente.

Las causas de la falta de erupción o erupción tardía resultan difíciles de determinar dentro de la exfoliación-

tardía ya que pueden deberse a numerosos factores:

- Falta de gérmen dentario
- Ausencia de reabsorción de las raíces del diente temporario o la reabsorción parcial de las raíces del diente
- Falta de sitio debido a la aproximación de los dientes vecinos.
- Anquilosis del diente temporario con el proceso alveolar que con mayor frecuencia se presenta en el segundo molar temporario
- La dilaceración de los dientes contiguos impidiendo la exfoliación del diente temporal; o la dilaceración del diente mismo y
- El retraso en el desarrollo y erupción del diente permanente.

Ocasionando los mismos problemas que la caída precoz como consecuencia anomalías de dirección y de sitio donde el diente permanente migra provocando a veces que los dientes contiguos cambien de posición debido a su intento por erupcionar.

E) DIENTES SUPERNUMERARIOS

Los dientes supernumerarios también son un impedimento mecánico para que no erupcionen uno o varios dientes permanentes adyacentes.

-La presencia del mesiodiente es la causa más frecuente de inclusión, que impide la erupción de los incisivos permanentes dejándolos dentro del maxilar superior; algunas veces desviándolos, otras permaneciendo en su posición normal.

-Los dientes accesorios a veces se fusionan con el diente contiguo y esta fusión estorba la erupción del diente permanente.

-Con frecuencia el cuarto molar también es causa de la retención del tercer molar, particularmente en la mandíbula.

F) FIBROMATOSIS GINGIVAL

Se conoce con varios nombres como son: Hipertrofia --

Ideopática o Herencia de las encías, Elefantiasis Gingival Macroencía Congénita, Hipertrofia Primaria de las Encías, Fibroma Difuso, y Gingivoma.

Es una enfermedad muy rara que se caracteriza por un crecimiento generalizado o localizado no inflamatorio de la encía.

Puede o no ser hereditario, "la fibrosis gingival hereditaria es la menos frecuente de las fibromatosis gingivales familiares; en las clínicas dentales de Columbia University se han podido solamente archivar veinte casos bien documentados en el espacio de 20 años mientras que el total de enfermos es superior a 100,000. Entre los 20 casos archivados se encontró que habían 2 o 3 niños afectados en cada una de 3 familias" (12).

Rara vez se ve que se presente después del nacimiento y en la dentición decidua; generalmente se presenta cuando erupcionan los incisivos permanentes y esto es de gran importancia diagnóstica.

Su característica es crecimiento de tejido duro que no esta inflamado; que cubre la mayor parte de la corona anatómica de los dientes ya erupcionados interfiriendo en la función bucal y produciendo un efecto antiestético desagradable.

Este tejido llega a ser tan firme y denso que puede -

impedir la erupción normal de los dientes dejándolos incluidos.

Es de gran importancia diferenciarla de la Fibrosis - por Dilantin.

La fibrosis de la encía local también puede ser una consecuencia de la formación de una cicatriz después de la extracción de un diente temporal, produciendo también la falta de erupción del diente permanente.

G) ELEMENTOS PATOLOGICOS

Los elementos patológicos también se oponen a que la erupción dentaria sea normal.

Entre estos se encuentran:

Quistes Odontógenos

Complejo

Odontomas

Compuesto.

QUISTE DENTIGERO

Se le ha dado también el nombre de quiste Coronodental, quiste Folicular y quiste Dentífero.

Probablemente tiene su origen en una alteración del -

epitelio reducido del esmalte después de haberse formado - por completo la corona. Hay acumulación de líquido entre - este epitelio y la corona del diente. Sin embargo, este -- quiste puede derivar de la degeneración quística de los -- restos de la lámina dental (13).

Es el más común de los quistes foliculares, pues se-- gún Bhaskar comprende el 95% de estos quistes y alrededor del 34% de todos los quistes odontogénicos (14).

Se presentan en cualquier parte del maxilar y mandíbu la; en dientes temporales, permanentes y supernumerarios a fectando principalmente a los terceros molares, caninos y premolares.

Se presenta en personas jóvenes, puede tener una pre- disposición hereditaria, "Beyrent hace notar que en algu-- nos casos hay predisposición familiar a la producción de - quistes dentígeros. En 4 miembros de una familia halló -- que dos de los 4 miembros tenían 4 quistes cada uno (uno - tenía 4 en el maxilar inferior y otro tenía 2 en el maxi-- lar superior y 2 en la mandíbula); el tercero y cuarto in- dividuos tenían solo 1 cada uno en el maxilar inferior.

Las edades de los pacientes eran entre 9 y 12 años" - (5).

el quiste dentígero se origina en la corona de un -- diente cuando la formación de éste no se ha interrumpido,-

se pueden presentar múltiples.

Thoma divide en dos grupos al quiste dentífero:

- 1) Quiste Dentífero Central. - se forma en la parte central de la corona y desplaza al diente en dirección apical.
- 2) Quiste Dentífero Lateral. - se forma en la parte lateral del diente después de que se ha atrofiado la parte central, se desplaza tomando una dirección oblicua u horizontal (5).

También menciona que existe otra división a la cual le da el nombre de:

Circunferencial. - donde el órgano del esmalte está alrededor del cuello del diente, se hace quístico permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste dando una imagen idéntica a la del quiste radicular (13)

Los quistes Dentíferos pueden pasar inadvertidos por años. El quiste crece o aumenta de tamaño cuando retarda o impide la erupción; dirigiéndose hacia la zona de menor resistencia como son las regiones posteriores de los maxilares y las ramas ascendentes.

Se localiza usualmente en el tercer molar del maxilar inferior, en el canino y tercer molar del maxilar superior y el segundo premolar del maxilar inferior; aunque también aparece en cualquier otro diente incluido.

La corona del diente se proyecta dentro de la cavidad quística, puede tener un tamaño pequeño debido a una leve dilatación del saco pericoronar hasta ocupar todo el cuerpo y la rama mandibular.

Los quistes de gran tamaño por lo general se encuentran en el maxilar superior, a veces pueden desplazar al diente en dirección apical debido a la presión que ejerce el quiste sobre la pieza dentaria pudiendo quedar detenidas las raíces en su desarrollo porque chocan con el hueso.

El quiste puede llegar a incluir las coronas de varios dientes adyacentes.

Stafne menciona que en algunos casos raros desaparece el quiste por causas desconocidas (10).

Se ha mencionado que los quistes dentígeros pueden convertirse en "Tumores Potenciales" ya que algunos ameloblastomas se originan en quistes foliculares.

QUISTE DE ERUPCION

El quiste de erupción es un tipo poco frecuente de quiste dentífero asociado con dientes deciduos en erupción o rara vez permanentes.

Es una acumulación de líquido hístico o sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de la corona de un diente en erupción.

Estos quistes son pequeños están a punto de brotar, se desarrollan entre la encía y la corona de un diente y pueden hacer difícil o impedir la erupción.

Los sitios de mayor predisposición para que se formen los quistes de erupción son los terceros molares inferiores (13).

Se descubren por la falta de un diente o por la presencia en el reborde alveolar de una tumefacción lisa, ligeramente saliente.

En algunas ocasiones estos quistes son unilaterales o bilaterales; únicos o múltiples y pueden existir al nacer (13).

ODONTOMA

Es un tumor benigno, se considera una malformación --

del desarrollo que se origina en las estructuras donde se desarrollan los dientes; son tumores formados por tejidos dentarios.

El odontoma con mucha frecuencia se encuentra relacionado con un diente que no ha hecho erupción quedando estos incluidos en la vecindad o en su interior.

Se presenta en ambos sexos; pero en una estadística realizada en 1945 se vió que predominaban en el sexo femenino en una relación de 3 a 2.

Los odontomas pueden desarrollarse en ambos maxilares pero son más frecuentes en el maxilar inferior en la relación de 4 a 1 (2).

Se presentan en la juventud, se desarrollan lentamente y suelen ser pequeños. Presentándose con mayor frecuencia en el tercer molar y canino superior y con menor frecuencia en el canino inferior o en cualquier parte de la arcada.

Según Gorlin son los tumores odontogénicos más frecuentes y según Hitchin pueden ser hereditarios (15).

Existen varios tipos de clasificaciones:

- 1) Blandos
- 2) Duros (9).

G. Shklar e Irving Meyer los clasifican en:

- 1) Simples (Dentinoma)
- 2) Compuestos (16).

De los odontomas simples solo mencionaremos el Dentinoma por estar relacionado con los dientes incluidos.

DENTINOMA

Tumor raro de origen odontogénico mesodérmico que está exclusivamente formado por dentina, se presenta en jóvenes.

Con frecuencia suele estar asociado con un diente incluido encontrándose preferentemente en las raíces de estos dientes. (21).

Se presenta sobre todo en la mandíbula, frecuentemente en la región de molares.

Dentro de los odontomas compuestos se encuentran:

ODONTOMA COMPLEJO

Esta formado por tejidos dentarios (esmalte, dentina, cemento, matriz y areas de tejido compacto), no tiene la -

forma de una estructura dental, todas estas partes dentarias están mezcladas entre sí sin guardar la forma anatómica de un diente normal.

Suele tener este odontoma un tamaño bastante pequeño (de unos milímetros), aunque en algunas ocasiones es gigante (varios centímetros).

Se presenta con mayor frecuencia en la región del segundo y tercer molar sobre todo en el maxilar inferior y en la parte anterior del mentón; algunas veces están asociados con el desarrollo de un quiste dentífero, suelen ser asintomáticos.

En general está asociado a un diente que ha sido desplazado y no ha hecho erupción.

Cuando hay poca diferenciación en la relación de los tejidos del diente con los de un diente normal se les ha dado el nombre de Odontoma Dilatado.

ODONTOMA COMPUESTO MIXTO O COMBINADO

Este tumor está caracterizado por la mayor diferenciación de las estructuras formadas del diente que en el caso del odontoma complejo no se efectúa.

Está constituido por un gran número de dientes pequeños llamados dentículos; los cuales son rudimentarios, ena

nos y deformados unidos por tejido fibroso.

La mayoría de estos tumores se presentan con mayor -- frecuencia en la región incisivo-canina del maxilar supe-- rior, ocupando un espacio entre los dientes temporales an-- teriores y los permanentes.

Estos tumores no aumentan de tamaño una vez que los - diversos elementos han formado masas calcificadas.

"Son probablemente los tumores odontogénicos más fre-- cuentes; Herrman dió a conocer el caso de un tumor que con-- tenía aproximadamente 2,000 dientes diminutos" (6).

Debido a que estos tumores se encuentran entre las -- raíces de los dientes anteriores temporales impidiendo la-- erupción de los dientes permanentes.

H) ANOMALIAS DEL DESARROLLO MAXILO-MANDIBULAR

La micrognasia superior y la micrognasia del maxilar-- inferior son anomalías del desarrollo que también predispo-- nen a la inclusión dentaria.

Micrognasia o Micrognatia..- Es una anomalía que con-- siste en la detención del desarrollo del maxilar superior - o del inferior; puede ser congénita o adquirida.

En algunas ocasiones puede existir micrognasia aparen-- te teniendo los maxilares un tamaño normal pero existiendo

una posición o relación anormal de un maxilar con el otro o con el cráneo.

La etiología congénita está asociada en muchos casos con anomalías del esqueleto.

MICROGNASIA DEL MAXILAR SUPERIOR

Se debe frecuentemente a una deficiencia en la zona premaxilar y los pacientes con esta deformidad tienen el tercio medio de la cara retraído.

La función respiratoria tiene mucha importancia para el desarrollo de los maxilares y todos aquellos procesos que puedan dificultar la respiración son capaces de ocasionar la falta de desarrollo de los senos maxilares, dando lugar a esta anomalía para efectuarse una respiración bucal. En estos casos se presenta el arco dental estrecho y el paladar se hace ojival en forma de V.

Clínicamente se observa el maxilar superior colocado hacia atrás en relación con la mandíbula produciendo un aplanamiento o depresión de la parte media de la cara. Puede parecer que la mandíbula y el mentón estén en retrusión.

Esta anomalía se debe a trastornos alérgicos, mala nutrición y trastornos gastrointestinales aparte de los mencionados anteriormente.

La alteración que puede traer desde el punto de vista dental esta anomalía es principalmente la inclusión del canino superior por la falta de espacio; debido a que el gérmen se encuentra situado en la parte más elevada de la fosa canina y el premolar y el lateral ejercen presión sobre el espacio destinado a este diente, a veces obligándolo a cambiar su dirección.

MICROGNASIA DEL MAXILAR INFERIOR

Esta anomalía consiste en la detención del desarrollo del maxilar inferior.

Puede afectar a un solo mamelón (unilateral) o a los dos mamelones (bilateral); siendo esta última la más frecuente.

La etiología de esta anomalía es debida a traumatismo inflamación, radiación, partos en los cuales se hizo uso de forceps sobre la articulación temporo-mandibular (ATM), infección dental dirigida hasta los tejidos regionales y la ATM; que actúan dañando al centro de crecimiento del cóndilo alterando su desarrollo normal.

Estos factores son más nocivos en la primera etapa de la vida, cuando la actividad del crecimiento del cóndilo es mayor.

La prominencia del maxilar superior y de la nariz dan un aspecto al perfil de la cara del paciente característica que ha sido denominada por Wolff "cara de pájaro" (7).

Este aspecto de cara de pájaro se debe a que se interrumpe el crecimiento de los dos cóndilos (o centro de crecimiento condilar), donde el maxilar es sumamente corto -- con el mentón colocado hacia atrás.

Clínicamente se pueden observar alteraciones en la erupción y posición de los dientes; algunos están incluidos y otros se hayan dentro de las ramas ascendentes del maxilar.

Esto es provocado en primer lugar por la falta de crecimiento de la altura de la rama lo cuál no deja espacio - entre los maxilares para que los dientes hagan erupción.

En segundo lugar es afectado el crecimiento de la rama hacia atrás de tal modo que la longitud del cuerpo es - menor y no queda mucho espacio para la erupción de los --- dientes.

2. ETIOLOGIA GENERAL

A) RAQUITISMO

El raquitismo es una afección crónica de la época del crecimiento de los huesos caracterizada esencialmente por el reblandecimiento de los huesos y deformaciones óseas.

Esta alteración del esqueleto es producida por la falta de sales cálcicas, en donde el depósito de calcio en el cartílago de crecimiento es insuficiente.

Es una enfermedad de la infancia que se presenta en los dos primeros años de vida, apareciendo frecuentemente entre el sexto y octavo mes.

El raquitismo no está ligado al sexo (15).

La etiología es debida a varios factores:

Nutritivos.- En donde los alimentos no llevan la cantidad de cal suficiente.

Endócrinos.- Se han asociado varios trastornos de las glándulas con esta enfermedad (timo, tiroides, suprarrenales y paratiroides).

Autointoxicaciones.- En las cuales influyen todas las intoxicaciones graves prolongadas de la infancia.

Gastrointestinales.- En estos casos se administra la cantidad suficiente de cal pero el organismo está imposibilitado para asimilarla y fijarla. También en los trastornos digestivos prolongados existe una descalcificación a consecuencia de una intoxicación masiva.

Falta de Calcio.- Este elemento infuye ya que es necesario para la fijación de cal en el organismo.

Privación de Luz Solar.

Falta de Fósforo.

Falta de Vitaminas.- La vitamina D es necesaria para la absorción de calcio y fósforo para mantener las cantidades normales en el organismo.

También un autor menciona que los niños prematuros -- presentan una predisposición al raquitismo a causa del crecimiento rápido de su esqueleto por estar mal mineralizado (4).

Los niños afectados por esta enfermedad presentan una desproporción entre el tamaño de la cabeza y el resto del-

cuerpo en el cual este último está acortado.

En los casos de raquitismo grave los huesos se doblan adquiriendo diversas formas; ésto es debido a que los huesos están poco mineralizados y son incapaces de soportar el peso corporal dando como consecuencia piernas arqueadas. Presentan dificultad para sentarse o estar de pie, deformaciones torácicas y fracturas frecuentes. En algunos casos puede dar lugar a una talla más pequeña de la que debiera tener el individuo.

Con lo que respecta a la cabeza del paciente raquítico se presentan los huesos del cráneo reblandecidos y adelgazados y suelen perforarse en algunas partes formando lagunas que se denominan Craneotabes, que es una de las primeras manifestaciones óseas de esta enfermedad. La cara se presenta pequeña comparada con el cráneo, esta enfermedad tiene gran influencia en el desarrollo de los maxilares y las manifestaciones de deformación que sufre se presentan ordinariamente al final del segundo año.

Estas deformaciones son debidas a la fuerza que ejercen los músculos de la cara sobre los huesos reblandecidos y se manifiestan en un estrechamiento transversal y un alargamiento anteroposterior de los maxilares; dando como consecuencia una bóveda palatina alta y estrecha.

La presencia de estas deformaciones son más raras en-

el maxilar inferior que en el superior; en algunos casos - puede imposibilitar el cierre perfecto de la boca.

En cuanto al tema que nos interesa (dientes incluídos), mencionaremos que se puede presentar retromentonismo cuando el raquitismo se origina en una edad muy temprana - impidiendo así el desarrollo normal de la mandíbula. También se presenta prognasia y como consecuencia de la falta de tamaño de los maxilares; los dientes sobre todo los permanentes no encuentran espacio suficiente para su ubicación correcta y normal; predisponiendo de esta manera a la inclusión dentaria. Los dientes se encuentran en formación cuando se presenta el raquitismo y los más afectados son: incisivo central y lateral y aveces los caninos sobre todo los permanentes ya que los dientes caducos no suelen afectarse.

También se presenta con frecuencia un retardo en el desarrollo de los dientes hay aparición retardada de los dientes temporarios los cuales no erupcionan en orden normal, también pueden presentar exfoliación tardía.

Los dientes del paciente afectado por raquitismo presentan alteraciones en la estructura dental debido a que sus gérmenes se desarrollan en el período activo de esta enfermedad produciendo de esta manera hipoplasias parciales o totales.

B) DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL O ENFERMEDAD DE MARIE SAINTON

Es una enfermedad congénita muy rara que con frecuencia es hereditaria. De etiología desconocida y no tiene preferencia por ningún sexo.

Esta enfermedad afecta a todo el esqueleto, las características de la enfermedad son patognómicas donde se presenta un defecto en el desarrollo y calcificación de la clavícula, con deformaciones craneales (aumento del desarrollo del diámetro transversal del cráneo), acompañadas por anomalías óseas y dentarias.

La estatura del paciente es baja, el cuello parece largo y los hombros son estrechos e inclinados.

Se presenta osificación defectuosa de los huesos craneales y suele observarse un retardo en el cierre de las fontanelas y suturas; que a veces se efectúa hasta la adolescencia y la edad adulta o no se llega a efectuar a causa de la falta de unión de algunos huesos.

También es una característica propia de esta enfermedad la ausencia parcial o completa; unilateral o bilateral de la clavícula o calcificación incompleta de sus extremos. Hay una gran amplitud del movimiento de los hombros por delante del tórax.

El individuo presenta un cráneo corto con grandes emi

nencias frontales y parietales, nariz ancha en su base con puente deprimido.

Se observa un signo constante, la falta de desarrollo de los huesos de la cara y del maxilar superior y el inferior. Los maxilares superiores se encuentran poco desarrollados presentandose retruídos en relación con la mandíbula dando un aspecto falso a esta última de un desarrollo exagerado.

La disostosis cleidocraneal produce anomalías en los dientes que junto con las del maxilar trae como consecuencia una maloclusión.

Uno de los razgos más importantes de las anomalías dentarias es la prolongada retención de los dientes temporales y el retardo múltiple de la erupción de los dientes permanentes produciendo en el paciente una pseudoanodoncia que en algunos casos puede ser total donde la mayor parte de estos dientes quedan incluidos.

Rushton opinó que: "la falta de erupción se debe a la incapacidad de resorción de la cripta ósea", pero esto aún necesita ser más demostrado (13).

También se presenta una falta de exfoliación de los dientes deciduos debido a la falta de resorción radicular y en algunas ocasiones siguen persistiendo en una edad adulta; en algunos casos se ha hecho la extracción de estos

dientes pero no parece facilitar la erupción de los dientes permanentes.

Al efectuar un estudio radiográfico se hace evidente la presencia de dientes permanentes no erupcionados y varios dientes supernumerarios que son los que muchas veces imposibilitan la erupción. Se presentan con más frecuencia en la zona de incisivos o premolares en ambas arcadas y -- que en algunas ocasiones son tan numerosos que constituyen prácticamente una tercera dentición.

Los rebordes alveolares están a menudo engrosados.

Es posible que exista formación de quistes alrededor de los dientes incluidos o desplazados, pudiendo llegar a producir una destrucción de hueso y como consecuencia una fractura patológica.

El retardo de la erupción puede ser una de las causas de que las raíces de los dientes permanentes estén acortadas e irregulares por no disponer de espacio suficiente para su desarrollo.

Los dientes que han hecho erupción pueden estar rotados o inclinados por lo cual la masticación es defectuosa.

C) CRETINISMO

A esta enfermedad también se le conoce con el nombre-

de Hipotiroidismo Congénito.

El cretinismo es una alteración endócrina, congénita que se manifiesta al nacer y durante el período de crecimiento más rápido, caracterizado por la insuficiencia de producción de hormona tiroidea; debido a una atrofia subdesarrollo o falta de la glándula tiroidea; produciéndose entonces una cantidad insuficiente de hormonas para satisfacer las necesidades del organismo.

El cretinismo se manifiesta generalmente de los 3 a los 6 primeros meses de vida, pudiéndose manifestar muchas veces después de varios años.

En los pacientes afectados por esta enfermedad las manifestaciones clínicas van a variar de acuerdo con la edad del paciente, así como la duración e intensidad de la deficiencia hormonal.

Los signos y síntomas que se presentan con mayor frecuencia son: piel áspera, seca, arrugada, intolerancia al frío, debilidad, lenguaje torpe, aumento de peso, edema general, pérdida del cuero cabelludo, uñas quebradizas, las glándulas sudoríparas están atrofiadas y en algunas ocasiones presentan hipertrofia gingival. Presentan macroglosia con protusión de la lengua que en algunas ocasiones se encuentra fisurada y pueden sobre salir de la boca ocasionando de esta manera que permanezca abierta en la ma

yoría de estos pacientes. También presentan retraso mental y falta de desarrollo físico (enanos, desproporcionados, - la cabeza es demasiado grande y las piernas y los brazos - son extremadamente cortos. Existe un retraso en el creci- - miento óseo y desarrollo craneofacial anormal.

Hay un retraso en la sinóstosis de las suturas craneales.

La base del cráneo es demasiado corta y la cara es ancha y no se desarrolla en sentido longitudinal.

Los maxilares y la mandíbula están subdesarrollados, - especialmente el maxilar superior, la mandíbula está re- - truida.

En estos pacientes el retardo del crecimiento del cráneo provoca que tengan un arco dental pequeño ocasionando - anomalías en los dientes.

Con relación a las estructuras dentales el cretino -- presenta erupción muy retrasada de la dentición temporal - así como caída tardía de los mismos.

Los pacientes afectados presentan dientes deciduos incluidos y en algunas ocasiones solamente presentan el re- - tardo en su erupción y exfoliación. Cuando la exfoliación - de los dientes temporales no se efectua a tiempo como en - el caso del cretinismo los dientes permanentes están pre- - dispuestos a quedar incluidos o a erupcionar en una época -

muy alejada de su erupción normal.

Se presenta hipoplasia en el esmalte de los dientes temporales y permanentes en el cretinismo.

D) MIXEDEMA INFANTIL

Las alteraciones producidas por deficiencia tiroidea cuando se manifiesta en niños de más edad se le da el nombre de mixedema infantil.

El mixedema puede estar relacionado con el estado de nutrición (deficiencia de yodo) del enfermo y otras influencias perjudiciales para la glándula tiroidea.

Se desarrolla entre los 6 y 12 años de edad resultando la persistencia de caracteres infantiles en un sujeto a dulto.

Como el crecimiento esquelético de estos pacientes está más avanzado que en el cretinismo cuando empieza el desequilibrio las anomalías faciales y corporales están ausentes; pero se presenta obesidad y exfoliación tardía de los dientes primarios y el retardo de la erupción de los dientes permanentes.

E) LEONTIASIS OSEA

Se le ha dado también el nombre de Displasia Craneome tafisiaria (13), algunos autores consideran que es una forma de displasia fibrosa que da a la cara un aspecto peculiar "leonado" (15) (17).

Su etiología es desconocida, aparece en ambos sexos - aunque estudios clínicos revelan que predominan en las mujeres.

Esta enfermedad afecta comunmente a niños y jóvenes; afectando con más frecuencia los huesos de la cara y posteriormente se propaga al cráneo.

Es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a la porción superior de la cara, se localiza en el maxilar superior, en el borde inferior de la cavidad orbitaria y en la región cigomática y rara vez afecta al maxilar inferior.

El primer signo clínico es el abultamiento o engrosamiento difuso, indoloro del maxilar.

Las características de su aspecto facial son: nariz amplia, arcos dentales prominentes, boca abierta debida al bloqueo nasal, estenosis nasal. No hay dolor al principio pero conforme avanza la enfermedad se presentan jaquecas -- frecuentes y obliteración de los senos y estrechamiento de la órbita.

Esta enfermedad afecta simultáneamente a otros huesos sobre todo los que soportan peso; el paciente presenta cabeza grande con puente nasal muy amplio y aplanado. El cráneo aumenta de peso.

Esta enfermedad progresiva produce en el paciente encorvamiento, con el tórax hundido y las piernas arqueadas, -- conduce a la ceguera o sordera, retraso mental, cefaléa, vómitos e irritabilidad.

Con lo que respecta a maxilares y dientes diremos que esta enfermedad produce un aumento de tamaño y densidad en los maxilares.

Los dientes son normales pero se presenta dentición retardada y en algunas ocasiones inclusiones dentarias; debidas posiblemente a la densidad ósea.

F) ENFERMEDAD DE ALBERS SHÖNBERG

Se la ha dado también los nombres de Osteopetrosis, - Huesos de Mármol, Enfermedad Osea Marmórea, Osteoclerosis - Frágil generalizada.

Es una enfermedad rara de los huesos, es de origen hereditario. Su principal característica es la aposición constante de hueso que produce un aumento de densidad y esclerosis.

La enfermedad de Albers Shönberg empieza en las primeras etapas de la vida y se diagnóstica hasta la segunda década o en la juventud. Se presenta en ambos sexos y se localiza en el maxilar superior y en el inferior.

El paciente puede presentar un aspecto físico normal, pero en ocasiones se aprecia el agrandamiento del cráneo. Pueden encontrarse alteraciones de la visión, sordera e incluso parálisis facial debido a la compresión que ejercen los huesos sobre los nervios craneales.

La gran acumulación de minerales en el hueso lo vuelven más frágil y por lo tanto susceptible a fracturas, anemia, disminución de la resistencia a la infección, produciendo gran peligro de necrosis en los maxilares los cuales tienen gran predisposición a la osteomielitis, siendo un peligro característico en estos enfermos.

Radiográficamente se observa un aumento en la densidad ósea que en algunas ocasiones impide que se observen las raíces de los dientes.

Las alteraciones en los dientes que produce esta enfermedad es la hipoplasia del esmalte donde los dientes -- presentan formas irregulares, caries múltiples, obliteración de las cámaras pulpares, raíces pequeñas y torcidas. Y muchas veces hay aplasia de dientes permanentes (14).

Se observa retraso en la erupción de los dientes deci

duos; puede haber falta de erupción de los dientes permanentes y la detención de la formación de las raíces. La falta de la erupción es debida a la falta de reabsorción ósea durante el trabajo de erupción.

G) DISPLASIA FIBROSA

Es una enfermedad que suele empezar en los primeros años de vida, aunque sus manifestaciones clínicas suelen hacerse evidentes en la adolescencia y en adultos jóvenes.

La etiología es desconocida aunque en algunos estudios sugieren que es debido a un defecto del desarrollo o detención de la formación de hueso. No parece ser neoplásica y no hay pruebas de una base genética (13).

Esta displasia puede localizarse en un solo hueso (monostótica) o en varios huesos (poliostótica). siendo la primera más frecuente que la última.

Se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres.

Las lesiones se presentan en la infancia o principios de la adolescencia. El paciente presenta un encorvamiento incipiente de las piernas en el primer año de edad, puede ser asintomático o acompañado de dolor o fractura.

Las lesiones pueden ser de tamaño pequeño o ser gran

des alcanzando varios centímetros. Pueden escapar a la observación del paciente y su forma es variable.

Las lesiones tienden a estabilizarse al haberse efectuado el crecimiento esquelético. En los casos de displasia fibrosa moderada o intensa suele presentarse una tumoración dolorosa o una deformidad o asimetría de la cara y maxilares que persiste durante bastante tiempo.

La tumoración es sólida e inmóvil de consistencia ósea. La radioterapia puede producir un cambio maligno, sin embargo puede aparecer este cambio sin ella.

El maxilar superior está afectado con mayor frecuencia que el inferior (13).

"Del 10 al 15% de las lesiones monostóticas están localizadas en el cráneo y maxilares, el 15% de los pacientes con displasia fibrosa polioestótica tienen lesiones maxilares" (13).

La displasia fibrosa en el maxilar superior produce un crecimiento continuo presentando exoftalmos y obstrucción nasal ya que afecta principalmente al antro. En el maxilar inferior la zona más afectada es la región premaxilar y molar.

Los dientes de la región afectada tal vez no salgan y puede haber resorción de las raíces, los dientes que se encuentran en el interior de las lesiones de la displasia fi

brosa pueden ser desplazados por el tumor en expansión, lo cual es un hallazgo muy frecuente (13).

Radiográficamente la unión de estas lesiones con el hueso normal es definida y algunas veces no están bien limitadas. Las lesiones óseas tienden a ser más densas conforme pasan los años y pueden estar relacionadas con pequeños quistes.

H) PROGERIA O SINDROME DE HUTCHINSON-GELFORD

Esta enfermedad está caracterizada por una combinación de enanismo, inmadurez y pseudosenilidad. Aparece en ambos sexos y hay estudios que indican que esta enfermedad es hereditaria.

Clínicamente el recién nacido es normal al nacer, su peso es menor a 2,500 gramos. EL crecimiento es casi normal hasta que alcanza un año de edad y desde entonces se detiene hasta los 10 años, alcanzando aproximadamente en 10 años la estatura de un niño de 3. En el segundo año de vida el cabello desaparece siendo reemplazado por una pelusa bellosa; pierden las cejas y a veces las pestañas, su voz es elevada y chillona.

Su inteligencia es normal o superior, presenta un tórax estrecho y abdomen abombado, existe una flexión ligera-

en las rodillas. Las clavículas pueden ser cortas o casi no existen; presentan una pérdida de músculo y tejido subcutáneo, su piel es delgada y atrófica y muchas veces pigmentada.

Las uñas son delgadas, amarillas, atróficas, frágiles e incluso faltan. En la mayoría de los casos ha habido relación con una sordera progresiva.

La bóveda del cráneo es muy delgada, la fontanela anterior está abierta y muchas veces no hay senos frontales.

La cara es pequeña en proporción con el cráneo. Presentan abolladura frontal y parietal y están presentes venas dilatadas en el cuero cabelludo.

La nariz es delgada encorvada en forma de pico. Estos pacientes presentan un desarrollo insuficiente de la cara central e incluso hipoplasia mandibular.

Los dientes tienen tamaño normal pero se encuentran mal colocados en el maxilar debido a que es pequeño. En la mayoría de los pacientes la erupción de los dientes está retrasada, y muchas veces se retiene la dentición decidua.

"Rosenthal describió un caso de un paciente de 11 años y la calcificación de sus dientes permanentes correspondía a la que se encuentra usualmente en un niño de 5 años de edad" (13).

I) QUERUBISMO

Es una anomalía genética del hueso que se localiza casi exclusivamente en el maxilar superior y en el inferior afectando a uno o a ambos.

Es una enfermedad fibrosa proliferante muy rara, se considera que es de origen hereditario; sin embargo se han presentado más casos en hombres que en mujeres (13).

La enfermedad empieza mediante una proliferación fibrosa intraósea afectando bilateralmente a los maxilares.

El niño es normal al nacer y entre los 2 y 4 años de edad presenta una hinchazón mandibular a veces ha aparecido antes de esta edad pero nunca antes de los 18 meses.

El tamaño del maxilar aumenta rápidamente hasta los 7 años después de esta edad el proceso parece quedar detenido hasta la pubertad, donde se observa una mejoría en la cara.

Clínicamente se observa un intenso agrandamiento bilateral de la cara y los maxilares, la piel que los cubre está estirada y tensa, esta característica puede dar al paciente un aspecto grotesco y querubínico.

Se produce imitación de los movimientos maxilares, dificultad al hablar, deglutir, masticar y respirar.

Las lesiones se limitan por lo general a las regiones

más posteriores aunque a veces puede abarcar toda la mandíbula o todo el maxilar.

El remplazo fibroso del hueso desplaza a los dientes deciduos del maxilar inferior. Muchas veces faltan dientes permanentes que no se han desarrollado como en el caso de los terceros molares, o están deformados o sin hacer erupción.

Radiográficamente se observan muchos dientes desplazados y sin salir y parecen flotar en espacios parecidos a quistes.

J) HIPOGONADISMO O SINDROME DE KLINEFELTER

Esta enfermedad se caracteriza por la producción inadecuada de hormonas, óvulos y espermatozoides. Es una insuficiencia de la función endócrina de las gónadas.

Existen dos tipos de hipogonadismo: primario y secundario. En el primario las principales lesiones se manifiestan solo en la gónada, en el secundario las alteraciones gonadales son producto de una insuficiencia de la estimulación gonadotrófica hipofisiaria.

Las causas de la insuficiencia gonadal primaria pueden provenir de la extirpación quirúrgica de las glándulas enfermedades infecciosas o inflamatorias o al cese fisioló

gico de la actividad.

Sus características clínicas consisten en una falta o inadecuado desarrollo de los caracteres secundarios, esterilidad, líbido y potencia sexual disminuido o ausente.

Cuando el hipogonadismo se presenta en la adolescencia la desaparición de las epífisis se retrasa debido a la falta de hormonas sexuales; esto ocasiona que sigan creciendo durante muchos años presentando brazos y piernas extremadamente largos.

Con respecto a los dientes esta anomalía produce dentición pobre, incisivos centrales grandes, laterales pequeños y caninos romos. Radiográficamente se observan dientes permanentes no erupcionados.

En el hipogonadismo prepuberal se observa un retraso en la erupción de los dientes y una hipocalcificación tanto de los maxilares como de los dientes.

K) ACONDROPLASIA

Esta enfermedad ha recibido también el nombre de Condrodistrofia Fetal o Enanismo.

Es una enfermedad hereditaria y generalmente se considera como transmitida.

La acondroplasia es una enfermedad generalizada del -

esqueleto óseo que ataca a los huesos de tejido cartilaginoso. Como característica presenta los huesos de las extremidades gruesos y acortados.

Esta enfermedad puede ser reconocida en el nacimiento algunos niños nacen muertos o mueren poco después de nacer; los que sobreviven presentan enanismo.

Presentan tres signos característicos: enanismo, micromelia y la macrocefálea (1).

Puede haber una osificación defectuosa en la base del cráneo, reduciendo su longitud dando como resultado la protusión de la mandíbula y los huesos frontales.

Con lo que respecta a los dientes se observa una notable malposición de los dientes los cuales provocan una maloclusión. La falta de desarrollo dentario se manifiesta con frecuencia por el retardo y la ausencia de la erupción dentaria. Se ha observado la existencia de anodoncia parcial en la cuál los dientes quedan incluidos.

3. OTROS FACTORES

A) NUTRICION

El ser humano ha sido objeto de una evolución que ha traído alteraciones en el tamaño de los maxilares y los dientes; produciendo una reducción gradual de los maxilares.

impidiendo de esta manera, el acomodamiento de los dientes - sobre todo del tercer molar. Debido a esto se ha observado - la ausencia congénita de este diente.

"Nodine señala que por lo menos desde hace 200 años - se ha creído responsable de la disminución de los maxilares a la falta total de estímulo, que exige un desarrollo ade-- cuando de los maxilares y que provea de suficiente espacio - para la erupción normal de los dientes" (9).

Estas alteraciones son debidas al sistema moderno de - alimentación ya que no requiere de un esfuerzo en la masti - cación que estimule el crecimiento de los maxilares. La ali - mentación actual de los bebés es artificial, y la alimenta - ción subsecuente a este período es blanda con una consisten - cia líquida o suave y por lo general no contienen elementos nutritivos.

Esto es indudable ya que en estudios efectuados por - Nodine se comprobó en varios grupos humanos que no tienen - dientes incluidos; debido a que la alimentación es simple - en preparación y su consistencia es tal que requiere una -- gran fuerza de masticación desde la niñez.

En la actualidad un gran número de adultos no tienen - terceros molares. El Dr. Robert Cayron sugiere que este fe - nómeno también puede observarse en otros dientes:

Terceros molares

Incisivo lateral superior
Segundo premolar inferior (18).

B) OTROS

También se ha relacionado con los estados febriles -- del niño como escarlatina, sarampión etc. son causas capaces de interrumpir y aún de detener totalmente la dentición presentar anodoncia o erupción retardada (19).

Otro impedimento de la erupción son los fenómenos inflamatorios o procesos degenerativos del gérmen dental (7). Enfermedades como anemia, sífilis congénita y tuberculosis, ocasionando los mismos problemas. Los hábitos durante la infancia y la niñez y los traumatismos también predisponen a esta anomalía (9).

El Dr. Ellis Gilmore reporta que en casos donde se ha sufrido un traumatismo en dientes anteriores temporales puede afectar a los dientes permanentes produciendo un desarrollo tardío y la falta de erupción de estos dientes. O por la formación de quistes por traumatismo los cuales pueden impedir la erupción.

VI. PROBLEMAS QUE ORIGINAN LOS DIENTES INCLUIDOS

Los trastornos o accidentes que pueden provocar un diente incluido son muy diversos y pueden clasificarse en:

- A) Mecánicos
- B) Neuróticos
- C) Infecciosos
- D) Tumoraes.

En general los dientes incluidos de cualquier grupo están propensos a producir estos trastornos; en ocasiones el paciente no refiere molestias pues estos pasan inadvertidos para él.

El grupo de dientes que en general producen estos trastornos, debido a su frecuencia con que quedan incluidos son los terceros molares, sobre todo los inferiores. Estos accidentes son más frecuentes en el lado izquierdo que en el derecho; presentándose más en mujeres que en hombres por razones fisiológicas y anatómicas del desarrollo de los

maxilares y de la mandíbula.

A) MECANICOS

Dentro de los accidentes mecánicos se considera a los obstáculos que ponen resistencia para la erupción de los --
dientes, estos pueden ser:

- Un diente temporal que no ha caído o cuando ha caído y deja tejido de neoformación.
- Malposiciones dentarias de las piezas contiguas
- Malposiciones de los dientes incluí--
dos.

Estas pueden actuar localmente produciendo una giro--
versión individual del diente adyacente, presionando sobre los dientes vecinos, o produciendo un cambio de la oclusión con una creciente irregularidad del alineamiento de los ---
dientes, produciendo de esta manera un problema general.

El canino causa con frecuencia labioversión, linguo--
versión o rotación del incisivo lateral y más raramente del incisivo central.

Los dientes supernumerarios actúan mecánicamente cau-

sando anomalías de posición de los dientes adyacentes; por ejemplo el mesiodiente puede causar torsoversión de los incisivos centrales, y en ocasiones causan diastema con o -- sin hipertrofia del frenillo. La presión del tercer molar puede alterar todo la oclusión, y producir trastornos a distancia como el que ejerce sobre los caninos e incisivos y produciendo alteraciones estéticas en el paciente. Estas desviaciones son producidas por la fuerza del diente en su intento por erupcionar, produciéndose especialmente en personas jóvenes.

Otro trastorno mecánico, que produce el diente incluído, sobre el diente vecino es el efectuado por medio -- de la constante presión de la corona de este diente; produciendo una alteración sobre la raíz reabsorbiendo el cemento, dentina y aún llegar a la pulpa (risolisis) y se -- observa que en ocasiones el diente que presenta la risolisis que ha llegado hasta la pulpa, presentan un cambio de coloración y mortificación pulpar.

Si se produce esta complicación, la invasión pulpar -- puede producir diversos procesos, dependiendo de la intensidad de la destrucción que haya tenido.

En este caso el diente incluído, actúa alterando la -- integridad anatómica del diente vecino, pudiendo llegar a provocar que se haga necesaria la extracción de este diente.

Un trastorno que puede producir el tercer molar; por medio de la presión contra las raíces del segundo molar es de importancia, ya que causa con frecuencia la inclusión de este diente y oclusión abierta.

Puede provocar también otro trastorno la inclusión dentaria (dientes permanentes, supernumerarios y primarios) como es el caso de la resorción externa-interna donde se puede -- presentar una anquilosis del hueso alveolar.

Otro accidente mecánico, es el riesgo de erupción de los dientes incluidos en lugares como fosas nasales y seno maxilar; por ejemplo los mesiodientes que generalmente presentan una posición invertida pueden erupcionar en la cavidad nasal

Carver publicó un caso de un niño de 6 años y medio; que tenía una escrescencia en el párpado inferior derecho, donde hizo aparición un punto duro y blanco y gradualmente brotó-- la corona de un canino hasta que hizo erupción (3).

También los dientes incluidos pueden producir trastornos " protésicos" según Maurel (2), en el cuál se manifiesta un desajuste de la prótesis, ya que los estímulos producidos por ésta ocasiona que el diente erupcione.

Este diente trae un cambio en la arquitectura del maxilar; por medio de su trabajo de erupción ocasionando molestias.

Esto ha sido confirmado por una serie de numerosos ca--

sos, donde los pacientes refieren que sus prótesis vasculan en la boca y no se adaptan como inicialmente estaban acostumbrados.

B) NEURITICOS

Los accidentes nerviosos producidos por los dientes incluidos son muy frecuentes.

Los síntomas neurálgicos con mayor frecuencia, se presentan en individuos menores de 30 años. Ya que lo más probable es que se produzcan estos trastornos durante el desarrollo del diente, cuando crecen las raíces sin erupción compensadora del diente incluido.

Estos dolores neurálgicos se presentan en el lado donde se encuentra incluido el diente.

La inclusión dentaria puede producir accidentes nerviosos que se manifiestan en forma de neuralgias de dos tipos:

- 1.- Localizadas
- 2.- Irradiadas

Que son el resultado de la presión de este diente, sobre los filetes nerviosos que se encuentran dentro de los maxilares; pudiendo causar trastornos nerviosos diversos.

Estos trastornos se pueden manifestar en forma de reflejos nerviosos como son:

- Trismos
- Espasmos faciales
- Parálisis faciales
- Perturbaciones oculares (córnea)
- Perturbaciones del oído
- Dolor neurálgico, en cualquiera de --
las ramas que inerva el quinto par craneal (neuralgias del Trigémino).

Esta compresión del diente, sobre los nervios o sobre los troncos mayores, puede originar algias intensas de tipo y duración variables; produciendo dolor local o reflejo.

- Dolor del tipo neurálgico referido a:
 - Ojo
 - Oído
 - Senos faciales
 - Hueso frontal
 - Cara
 - Cabeza y
 - Zonas del maxilar superior y maxilar-inferior.
- Cefaléas frontales

-Celaléas occipitales

-La inclusión del tercer molar infe---
rior con frecuencia produce otalgia -
de origen dental y tinitus

-Las lesiones de los nervios y arte---
rias dentales inferiores y mentonia--
nas, son una de las complicaciones --
más comunes provocadas por dientes su
pernumerarios incluídos

-Puede producirse otalgia por la resor
ción del diente contíguo

-Se puede producir elongación de un --
nervio por la emigración del diente

-Los mesiodientes que erupcionan en la
cavidad nasal pueden producir dolor,-
obstrucción nasal y flujo.

Stafne ha publicado casos de esta naturaleza, donde
estos dientes causaban "abundante secreción y obstrucción na
sal y "regurgitación de los líquidos al suelo de las fosas -
nasales" através de la perforación hecha por este diente.

-Se han observado casos de neuralgia -
glosofaríngea

Riesman ha observado dos casos con intensos dolores -

paroxísticos en la faringe y en la base de la lengua; que desaparecieron después de la extracción del tercer molar (3).

-Se ha presentado también por inclusión dentaria fenómenos reflejos, en la zona de distribución de los nervios torácicos e incluso la región del hombro (3).

Los accidentes nerviosos que con mayor índice de frecuencia se presentan; son los producidos por el tercer molar inferior, que son debidos a lesiones del nervio dental inferior que producen neuralgias a distancia de la región que inervan; o producen signos reflejos los cuales parten de las inervaciones del lugar donde se encuentra la pieza dentaria-incluida.

En algunos casos, se pueden producir trastornos de orden nervioso cuya causa no se encuentra en otra parte del organismo, y puede ser que el causante de este fenómeno, sea el diente incluido produciendo:

-Canicie precoz

-Peladas (2)

-Convulsiones epileptiformes

-Histeria

-Algunos pacientes se quejan de una sensación indefinible de presión en la nuca; que impide el estudio u otra clase de trabajo (5)

-Insomnio

-Nerviosidad

-Desórdenes mentales (3)

-Irritabilidad

-Mal humor

-Depresión del ánimo.

-Transtornos de la conducta en pacientes jóvenes

-Psicosis maniacodepresiva (3).

Todas estas alteraciones, se han atribuido a la falta de erupción, por desaparecer cuando las alteraciones que ha producido el diente incluído ha desaparecido.

Maurel y Cantonnet, observaron un caso de ulceración en la cornea, en relación con un tercer molar incluído en el límite de la bóveda palatina en la fosa pterigomaxilar (2).

Gläserman dió a conocer un caso de un paciente en el cual se presentaban ataques epilépticos repetidos, precedidos de dolor en la región nasal. El paciente presentaba un diente incluído y al efectuar la extracción desaparecieron los transtornos (2).

Nodine ha presentado varios casos de pacientes, con transtornos mentales producidos por la inclusión dentaria (2).

Engel ha publicado el caso de un paciente de 63 años de

edad con ptosis del párpado izquierdo, anestesia gustativa, disfagia, incapacidad para masticar y pérdida de la función normal del brazo y pierna derechos, melancolía; síntomas que desaparecieron al efectuarse la extracción del tercer molar inferior (3).

C) INFECCIOSOS

Estas alteraciones, se presentan con menos frecuencia que las dos anteriores.

Los procesos infecciosos producidos por los dientes incluidos se localizan en el lugar de este diente y son producto de una infección de su saco pericoronario. Teniendo su origen en una serie de diversos mecanismos y distintas vías de entrada:

- El diente incluido hace erupción parcial, -- provocando que se abra el saco pericoronario al ponerse en contacto con el medio bucal.
- La infección también se puede producir como una complicación apical o periodóntica, del diente contiguo o por su extracción.
- También puede producirse por vía hemática, -- presentándose la infección del saco del dien

te incluido.

La infección que se produce puede ser aguda, subaguda y crónica; pudiendo provocar complicaciones en los tejidos cercanos.

La infección aguda produce una tumefacción de la cara y la crónica presenta solo una fístula por la que drena una pequeña cantidad de exudado purulento.

Los gérmenes llegan a la cavidad pericoronaria, aunque la pieza se encuentre en una profundidad considerable y sin ningún contacto con la cavidad bucal; por los factores antes mencionados produciendo inflamación local, con sus signos y síntomas como son: Dolor, aumento de temperatura local, absceso y fístula.

La infección puede propagarse a la encía y al periostio y provocar toxiinfecciones generales.

Se puede presentar una infección periapical en los dientes incluidos; pero se presenta con mayor frecuencia en el tercer molar. Esto es debido a la caries que presentan los dientes parcialmente brotados y que invade gradualmente la pulpa. Esta infección puede extenderse hasta el hueso por debajo de la línea de inserción del milohiideo y producir un absceso submandibular.

Se debe distinguir la reabsorción interna de la caries; en la cual la primera se presenta en dientes completamente -

incluidos sin abertura de la encía.

La infección afecta principalmente a los molares, pudiéndose presentar procesos sépticos supurativos en la cavidad pericoronaria.

Cuando los terceros molares están parcialmente brotados sucede que la porción de la encía anterior se reabsorbe pero no el periostio y la porción posterior de la corona, presentando un periostio resistente y fibromucosa gruesa en forma de capuchón, dejando un espacio entre el diente y éste en donde los dentritus pueden acumularse y produciendo la masticación un traumatismo constante aumentando los factores de infección presentándose la supuración que es difícil de canalizar y que favorece la propagación rápida a los tejidos cercanos.

EL dolor se manifiesta en esta porción posterior, y al hacer presión sobre el capuchón se puede ver escurrir pus blanco.

Entre el espacio que existe entre la corona y el capuchón (opérculo), que recubre a un tercer molar es frecuente que se origine gingivitis ulcerosa que desaparece con la eliminación del diente. En este caso se debe de tener cuidado de no extraer ningún diente durante la fase aguda de la infección de Vincent; pues podría producir graves complicaciones.

En los casos en que se efectúa la erupción ectópica; efectuándose esta hacia la cara de la mucosa que no es reabsorbible, da origen a úlceras que en contacto con el medio séptico de la cavidad bucal se forma la úlcera dentaria.

Puede suceder que cuando la infección se prolonga; el medio bucal tome un carácter hiperséptico y que la deglución se haga difícil por la presencia de estas úlceras, llevando al enfermo a un estado de desnutrición, fatiga y palidez; -- que constituye la caquexia dentaria(19).

Como en todos los procesos ulcerativos e infecciosos, se presentan como síntomas la propagación linfática, la adenitis, que se presenta cuando las infecciones son poco virulentas; los ganglios maxilares se infartan en cadenas dolorosas móviles que desaparecen al cesar los accidentes locales.

Las complicaciones que producen en los tejidos cercanos los procesos infecciosos del saco folicular, pueden actuar como infección focal provocando trastornos diversos a distancia sobre los órganos vecinos como el seno maxilar y las fosas nasales:

-Sinusitis

-Osteítis

-Osteomielitis, que puede ser supurada o localizada y cuando se presenta en el maxilar inferior, cerca del ángulo de la mandíbula, la pus se dirige al canal denta-

rio hasta la espina de Spix; difundiéndose en la laringe o invadiendo los tejidos subyacentes a los tegumentos, produciendo fístulas de trayectorias muy variables. También puede ir más allá de las lesiones del maxilar y llegar a la necrosis o reaccionar en el hueso produciendo la osteomielitis hipertrófica.

Se debe instituir, y determinar lo más rápidamente posible ya que la osteomielitis puede acabar con la vida del paciente.

Muy raras veces se presentan propagaciones infecciosas por vía venosa, pudiendo llegar a producir infecciones meningéas.

En las infecciones se puede formar un absceso pericoronar, que en el maxilar es frecuente que vaya acompañada de trismos, disfagia y linfadenitis o absceso submaxilar o para faríngeos; en algunos casos la infección puede extenderse al diente contiguo. Esto se presenta en dientes con erupción parcial que se encuentran ligeramente angulados.

Cuando se presenta una fístula, provoca un mal sabor de boca en el paciente; esto es debido a la salida de exudado purulento.

En algunas ocasiones la tumefacción en el maxilar superior, se presenta cuando el canino se encuentra en posición labial, extendiéndose la tumefacción hasta la órbita o hacia

la bóveda palatina.

En otros casos el balanceo de una dentadura, con la consiguiente tumefacción acaba por lesionar la mucosa y los microorganismos pueden penetrar en los tejidos profundos donde se origina inflamación aguda, que con frecuencia se extiende al hueso.

D) TUMORALES

Los accidentes tumorales más comunes son los producidos por los quistes dentígeros y los menos comunes por los odontomas.

En ocasiones el folículo dental de los dientes incluidos, forma un quiste, que suele hallarse alrededor de la corona. Se ha dicho que todo diente incluido es un quiste dentígero en potencia. Y los dientes que presentan estos quistes son desplazados de su sitio de origen por la presión que ejercen ellos al crecer. Al igual que el odontoma.

Se ha mencionado que existen tumores de otro tipo, que actúan provocando los mismos problemas.

Maurel cita el caso de un épulis; Loos presenta un caso de un tumor maligno originado por un diente incluido (2).

Los accidentes tumorales son producidos por un diente - incluido, que presenta un quiste u odontoma que puede causar

perturbaciones más o menos serias en la erupción de las piezas contiguas como son: Falta de erupción, mal posición, etc. El dolor es una complicación de este accidente provocado por la compresión causada por los quistes y otros tumores en crecimiento.

Otro factor que produce este trastorno puede ser:

- Asimetría facial
- Presencia de flujo purulento
- Inflamación de la cara o de la región submaxilar
- Tumefacción de tamaño variable en la región que corresponde al diente incluido, las cuales en algunas ocasiones impiden la oclusión normal.
- En ocasiones aunque el quiste se desarrolla en un solo diente, puede incluir en las coronas de varios dientes adyacentes al dilatarse.
- En ocasiones pueden desplazar los dientes en posiciones alejadas de sus localizaciones normales, especialmente en el maxilar superior.
- Los quistes dentígeros también pueden provocar una considerable dilatación, generalmen-

te indolora de la lámina externa del maxilar
-Las fracturas pueden ser una consecuencia de
éstos accidentes tumorales, debido a destruc-
ción o debilitamiento del hueso provocado --
por el quiste u otros tumores como el amelo-
blastoma.

La fractura con mayor frecuencia se presenta en la man-
díbula a nivel de la zona donde se encuentran dientes incluí-
dos; en consecuencia se deduce, que la inclusión dentaria --
puede predisponer a la fractura mandibular, debido al debili-
tamiento que sufre el hueso en su trabeculado.

Cuando existe una resorción producida por la presión de
dientes incluídos, generalmente presentan un fenómeno de re-
paración, produciendo el anquilozamiento de éstos en el hue-
so aumentando de esta manera el riesgo a la fractura a nivel
del ángulo de la mandíbula y en el maxilar superior, en la -
tuberosidad.

VII. DIAGNOSTICO

Consideramos que este tema es de gran importancia, debido a que va a dar la pauta para determinar el tratamiento a seguir y si hay algún error al diagnosticar y establecer el tratamiento se producirán graves consecuencias para el paciente. Para introducirnos al tema citaremos textualmente -- las palabras del cirujano Halsted: "El cirujano es la persona que se vale de la cabeza tanto como de las manos; si solo hace uso de las manos, se convierte en un operario que practica un arte manual, pues pierde de vista las razones científicas".

Lo cual, creemos que tiene una razón lógica, ya que el diagnóstico se establece mediante la valoración de una serie de datos obtenidos por medio de la historia clínica, examen clínico (observación, palpación); examen radiográfico y exámenes de laboratorio; que ayudan a identificar una enfermedad o anomalía; sugiriendo o proporcionando una base segura para que el tratamiento sea adecuado. Por lo tanto, el diag-

nóstico llega a ser un requisito indispensable del tratamiento.

Para tener éxito en el diagnóstico se deben de conocer no solo los signos clínicos de la enfermedad; sino también las causas y manifestaciones roetgenológicas.

Nunca se debe de diagnosticar una anomalía por un solo método de diagnóstico, ya que se corre el peligro de caer en un error.

Para elaborar el diagnóstico es impresindible una comprensión de los procesos patológicos y su etiología incluyendo una valoración general del paciente.

El diagnóstico debe de ser organizado, con una finalidad específica y debe de contener una explicación coherente del problema.

Para la elaboración del diagnóstico, se debe determinar primero si hay inclusión dentaria, que en la mayoría de los casos se establece a partir de la observación, advirtiéndose la falta de una pieza en el arco dentario y se hace un diagnóstico presuntivo de una posible inclusión dentaria; estableciéndose ésta por los diferentes métodos de diagnóstico; determinándose la causa, adquiriendo de esta manera el cuadro completo de la anomalía.

El odontólogo al establecer la existencia de un diente incluido debe de cuestionarse antes de determinar la conduc-

ta a seguir, sobre las siguientes consideraciones:

-Si la estética ha sido alterada por la falta del diente incluido

-O si la inclusión dentaria a traído como consecuencia trastornos los cuales ya hemos mencionado en el tema anterior.

Con respecto a la inclusión dentaria la resolución al problema lo van a dar conjuntamente el Cirujano Dentista y el Ortodoncista; éste último va a dar su opinión para ver si el diente incluido puede corregirse por procedimientos propios de su especialidad.

En algunas ocasiones el tratamiento ortodóntico no va a estar indicado; debido a que aveces encontramos que no hay alteraciones estéticas en la cavidad; y la relación que existe entre los dientes es armoniosa, por ejemplo: En ocasiones el tamaño reducido de los maxilares puede imposibilitar la erupción y los dientes que estan presentes en la boca no presentan diastema y están perfectamente alineados. O en el caso en que haya una dentición mixta y tengan las condiciones antes mencionadas y esté perfectamente implantado en el maxilar; puede permanecer en la boca durante muchos años, presentando una funcionalidad tanto estética como fisiológica.

ca.

En este caso tampoco estará indicado el tratamiento ortodóntico; ya que sería un gasto inútil y un tratamiento --- traumático para el paciente.

En estos casos estará indicada la extracción profiláctica del diente incluido, o la del diente vecino de acuerdo a las características que éste presente.

El Dr. Avellanal sugiere que el cirujano dentista no debe precipitarse a determinar la extracción del diente incluido sin tener una razón patológica, y cuando el paciente refiere no haber tenido trastornos, se debe valorar la posibilidad de la extracción y en los casos en que se decida dejar un diente incluido dentro de los maxilares se debe de tomar en cuenta y hacérselo saber al paciente; para que en el momento en que presente algún trastorno poder instituir que el problema es esta inclusión.

En realidad la valoración y el diagnóstico para llegar al tratamiento de un diente incluido se debe de hacer en cada caso en particular, valorando la situación individual de cada paciente.

VIII. TRATAMIENTO QUIRURGICO-ORTODONTICO DE LOS DIENTES INCLUIDOS

Todo diente incluido en los maxilares, puede ser llevado a su lugar por medios quirúrgicos-ortodónticos (2).

Por lo general se efectúa y ésta indicado en caninos superiores y en ocasiones en terceros molares superiores e inferiores, siempre y cuando condiciones favorables así lo indiquen; esta decisión depende del Ortodoncista y del Cirujano Dentista. El tratamiento se debe efectuar en pacientes jóvenes, cuando la fuerza eruptiva del diente es todavía activa y cuando el hueso alveolar está en desarrollo. Que generalmente se encuentra en perfecto estado de sus defensas orgánicas.

El objetivo de este tratamiento es el de llevar al diente incluido al lugar que le corresponde en la boca; por medio de la cirugía aplicando sobre éste métodos ortodónticos por medio de la lenta tracción.

El buen resultado de estas intervenciones se logra adap

tando un procedimiento operatorio que no lesione en los más-- mínimo a los dientes y estructuras vecinas y que al mismo -- tiempo no sea causante de trastornos en la estabilidad y fi-- jeza del órgano dentario; que se quiere poner al descubierto además de las precauciones propias a toda intervención. Este tratamiento es conservador "durante todas las maniobras se -- tiene que tener presente conservar la mayor cantidad de mucosa o fibromucosa, de tejido óseo y no interferir siempre que sea posible el anillo circular y las lengüetas interdenta--- rias de los mismos". (1).

Es imposible establecer de una manera general una técni-- nica; que abarque todos los casos debido a sus diferentes -- grados de retención, posición y lugar.

Como en cualquier tipo de intervención se ordenan, exá-- menes de sangre para ver tiempo de coagulación y sangrado y-- se ordenan otros exámenes de laboratorio si es necesario.

En pacientes nerviosos se administra medicación ligera-- mente sedante antes de la intervención; para obtener mejores resultados.

También en este punto hay diversas opiniones para efec-- tuar este tratamiento, ya que algunos autores mencionan que-- el tratamiento ortodóntico se debe de hacer inmediatamente, -- y otros dicen que hay que esperar a que haya una respuesta -- del diente ante el tratamiento quirúrgico.

El Dr. Monti aconseja realizar la intervención en un orden determinado, para lo cual lo divide en 7 tiempos para -- cualquier diente incluido que requiera de esta intervención.

PRIMER TIEMPO

En este tiempo se efectúan enjuagues ligeramente antisépticos y antes de anestesiar la zona a intervenir se pincela con tintura de yodo o alcohol yodatado etc; anestesiándose posteriormente indicándose la anestesia local infiltrativa -- alrededor y en las vecindades del diente a exponer. También se pueden utilizar anestesia general recomendándose aplicar también la local para cohibir más rápidamente la hemorragia.

SEGUNDO TIEMPO

Se cubre con compresas esterilizadas la superficie de -- la mesa la ropa y la cabeza del paciente, se verifica la insensibilidad de la zona y se procede a efectuar una incisión en círculo completo, de una extensión de un centímetro de -- diámetro aproximadamente coincidiendo lo más exactamente posible con la corona del diente incluido.

Ries Centeno, indica que la incisión debe de ser mucho más amplia que el diámetro del diente incluido: para evitar-

que el proceso cicatricial impida la erupción. Cuando el ---
diente se encuentra por vestibular, la incisión será recta o
en arco (2).

TERCER TIEMPO

Consiste en desprender la fibromucosa y el periostio ---
circunscrito en la incisión; para lo cual se utilizan peque-
ñas leguas eliminando el colgajo, presentándose tejido óseo
si la retención es ósea; o el diente incluido si la inclu-
sión es subgingival.

Cuando se presentan ligeras hemorragias generalmente --
son detenidas por la compresión ejercida digitalmente, utili-
zando un trozo de gasa esterilizada.

El Dr. Monti ha observado que en las retenciones subgin-
givales se produce generalmente una mayor hemorragia, debido
a que al encontrarse un diente debajo de la zona gingival, -
hay una mayor afluencia sanguínea, producida por la presen-
cia de la pieza dentaria, rose de los alimentos y la palpa-
ción repetida del mismo paciente, provocando una congestión.

Se puede cohibir esta hemorragia, por medio de un tapo-
namiento compresivo adicionando una sustancia coagulante que
actúe localmente o bién por la cauterización con galvano o -
termocauterio. Este último procedimiento es útil, para retar

dar la cicatrización de la brecha quirúrgica y para permitir posteriormente la colocación del resorte que completará la intervención.

CUARTO TIEMPO

Si la retención es subgingival, en este momento se estará en contacto con el diente incluido y para completar la intervención bastará con descubrir el resto de la porción coronaria que se considere necesaria; para lo cual es a veces imprescindible resacar pequeñas y delgadas porciones de tejido óseo; que se consigue por medio de cinceles, guías o escoplos pequeños accionados a mano o se puede recurrir al escoplo y martillo y al torno dental, en el cual las fresas que se utilizan son de fisura cilíndricas o redondas (medianas).

El escoplo debe de ser utilizado con prudencia y siempre se debe dirigir oblicuamente a la superficie y nunca perpendicularmente ya que se trata de preservar la pieza incluida por lo cual se deben de tomar precauciones en todas las maniobras con instrumentos cortantes para no lesionar el esmalte del diente.

Cuando la retención es intraósea, es más complicada por que es necesario eliminar tejido óseo por un espacio muy reducido.

La eliminación o tallado del tejido óseo se debe de hacer lo más exacto posible al sitio y dirección a la retención; ya que una diferencia de 1 a 2 milímetros sacrificará una zona ósea innecesaria.

Primeramente se efectuará un ventana en la lámina ósea llegando hasta el diente y se extenderá la brecha hacia la parte que nos indique el diente. En algunos casos será necesario también extender la apertura gingival.

Este tallado es necesario hacerlo sin precipitaciones, despejando el campo operatorio de las esquirlas y sangre que dificulten la visión.

Cuando la eliminación de tejido óseo se hace por medio de fresas se efectúan cuatro perforaciones equidistantes y por medio de pequeños golpes con escoplo se unirán entre sí, levantando de esta forma una zona ósea más extensa en menor tiempo y con menor molestia para el paciente.

La osteotomía se debe de efectuar bajo refrigeración -- que se lleva a cabo lavando intermitentemente con suero fisiológico la brecha quirúrgica.

La osteotomía se puede realizar de varias formas:

Con fresa de bola número 2 de carborundum (8), circunscribiendo la porción ósea a reseca, como en el caso de los caninos incluidos eliminándose la tapa ósea con un escoplo uniéndose a presión las diferentes perforaciones realizadas -

por la fresa.

También se pueden utilizar el escoplo y martillo para -
efectuar dicha brecha; pero no es muy recomendable ya que --
puede ser muy molesto para los pequeños pacientes (2).

Se debe de efectuar la eliminación del saco pericorona-
rio para poder colocar los aparatos ortodónticos, esto no es
fácil pero debe realizarse para cohibir la hemorragia que el
saco en general produce y para prevenir la infección de este
tejido. El saco se extirpa con pequeñas cucharillas para --
hueso o se pueden utilizar en última instancia fresas redon-
das evitando lesionar el esmalte del diente incluido (2).

QUINTO TIEMPO

En este tiempo se debe de confirmar, si el sitio que se
había determinado como conveniente para la colocación del so
porte sigue siendo el más adecuado. Después se lava el espa-
cio para su colocación, que puede ser la cara mesial o dis--
tal o en el cuello del diente según el sitio en que esté in-
cluido y para el lugar que se concidera que debe dirigirse.

Algunos autores no aconsejan el uso de escoplo y marti-
llo pero se pueden utilizar escoplos y guvias afiladas y de-
un tamaño proporcional a la intervención.

Debe de respetarse la integridad de los dientes vecinos y no ocasionar inecesarias destrucciones pretendiendo la liberación total de la corona del diente con la intención de hacer más fácil la erupción o para poner casquetes.

SEXTO TIEMPO

En este tiempo se efectúa la regularización de los bordes óseos, mediante pequeñas curetas o el fresado con fresas redondas y la eliminación de esquirlas que puedan encontrarse.

Se aconseja el lavado postoperatorio porque es el único que elimina rápida y eficazmente las partículas de hueso, esquirlas, restos de fibrina de los cuábulos formados durante la intervención etc. Su función no es desinfectante sino la de arrastre mecánico y la de estimular por su temperatura, un mayor aflujo sanguíneo que favorezca a la eliminación rápida del anéstepico empleado y la actuación inmediata de los elementos orgánicos para la acción defensiva y reparadora, utilizando suero fisiológico templado o en su defecto agua hervida templada con unas gotas de tintura de yodo.

SEPTIMO TIEMPO

Consiste en la cauterización de los bordes por medio -- del galvanocauterio en la graduación del rojo sombra, este -- es un medio eficaz para retardar la cicatrización. Si se ha -- bía utilizado este paso para inhibir pequeñas hemorragias, -- solo se completará. De lo contrario se cauterizará todo el -- borde fibroso o fibromucoso según la región.

Los consejos postoperatorios serán la asepsia de la ca- vidad con enjuagatorios analgésicos y antisépticos suaves, -- la tranquilidad del sitio evitando en lo más posible los ali- mentos duros y calientes; también se utilizarán pequeños tro- citos de hielo para impedir el edema y evitar un poco por me- dio de analgésicos. Con este paso se ha terminado la cirugía para el tratamiento correctivo de los dientes incluidos; se- guida de la intervención del ortodoncista; para concluir es- te tratamiento con la colocación de los aparatos necesarios-- para la ubicación ortodóntica del diente incluido.

Es difícil establecer una técnica ya que hay grandes di- ferencias en los casos particulares. Por ejemplo el Dr. Finn sugiere que al exponer quirúrgicamente los caninos superio-- res pueden seguirse dos métodos (20):

- 1) Se puede palpar la corona del canino por la eleva--- ción causada por ella, se hace excisión en el mucoperiostio;

que se encuentra encima y se extrae con fresas cuidadosamente para no lesionar el esmalte. Ensanchando posteriormente el espacio pericoronario, hasta la unión de cemento y esmalte con escariadores periodontales, logrando un espacio aproximado de dos milímetros alrededor de la corona. El Dr. McDonald menciona que se expondrá un milímetro de hueso circundante y cuando la corona se encuentra muy cerca de las raíces de los incisivos no es posible esta cantidad de exposición.

Se adapta una forma de corona de celuloide o aluminio, sobre la corona hasta acercarse a la unión entre esmalte y dentina cementándose con oxido de zinc y eugenol.

La parte oclusal de la corona debe salir del hueso y el mucoperiostio para mantener esta abertura; con este mismo fin anteriormente se utilizaban curaciones de gasa con cemento quirúrgico (8). Se necesitaba cambiar frecuentemente estas curaciones y era molesto para el paciente.

Cuando la corona se encuentra debajo de la mucosa no se requiere de estas curaciones.

Oppenheim se opone a la utilización de ganchos metálicos cementados a la corona de la pieza pues demostró que este método va seguido de necrosis pulpar en la mayoría de los casos (20).

Después se puede iniciar el tratamiento ortodóntico.

2) En este caso la posición del diente incluido no se puede asegurar por palpación y se deberá hacer un colgajo, después se adapta y se cementa a la corona y se vuelve a colocar el colgajo cortando una abertura en él, suturando posteriormente el colgajo en su posición.

En algunos casos es imposible la exposición quirúrgica seguida del tratamiento ortodóntico después de haber expuesto la corona y durante la operación se tendrá que hacer la extracción de la pieza incluida.

Cuando no se puede colocar una forma de corona sobre la corona del diente; por ejemplo: cuando este hace contacto con la pieza vecina se colocará un alambre de acero inoxidable alrededor de la corona expuesta para retraerse.

No siempre es sencillo hacer esto y puede hacerse presión con un hilo de seda 2-00, obteniendo suficiente espacio para que las suturas se deslicen entre los dos dientes. Si el contacto es muy estrecho se utilizará seda doble para que el alambre puede llevarse al espacio doblándolo sobre sí mismo y tirando de él hacia el área que circunda el cuello.

El factor importante de la intervención, desde el punto de vista quirúrgico es la de lograr una exposición suficiente y la exposición en cualquier sentido; para que se pueda emplear un aparato ortodóntico y orientar al diente en su posición correcta.

Los dientes incluidos pueden mostrar varias respuestas al ser descubiertos, algunos erupcionan en pocas semanas, otros en varios meses y algunas veces pueden necesitar una segunda exposición quirúrgica; si se cubre nuevamente con tejido o si se detiene su curso de erupción.

Algunas veces los dientes no responden a este tratamiento quirúrgico y entonces después de 6 meses de observación se podrá unir un aparato al diente y ejercer una ligera tracción, se puede colocar una ansa de alambre alrededor de la corona retorciéndola y uniéndola a un aparato para tracción o se hace un orificio en la corona del diente con fresa y se coloca un alambre manteniéndolo ahí con amalgama o cemento.

Hay otras técnicas que necesitan de dispositivos cementados sobre la corona del diente incluido que han tenido menos éxito (8).

No hay que impacientarse e inducir a una erupción demasiado rápida ya que el diente puede perder su vitalidad. Cuando se ha notado algún progreso es mejor esperar.

El aparato ortodóntico se debe de haber construido previamente a la intervención, determinando cual será el aparato adecuado según el sitio de retención (aparato lingual o vestibular) no perdiendo tiempo en la colocación del elemento que actuará sobre el diente retenido. Los aditamentos se colocarán terminada la intervención quirúrgica.

El paciente llega a la intervención con el aparato (elementos primarios), excepto los aditamentos (elementos secundarios), y se puede retirar durante la intervención si molesta.

El resorte o la ligadura que se coloca sobre el diente-incluido debe efectuarse en el momento mismo de la intervención, en donde el campo se encuentra limpio y si se colocan algunos días después se imposibilita dicha aplicación.

Terminando la intervención se elige el elemento secundario de acuerdo con el tipo de retención (completa o parcial).

Los elementos secundarios con que cuenta el ortodoncista son:

El resorte

El casquete y

La perforación dentaria.

Este último siempre que sea posible se tratará de no utilizarlo para evitar la perforación del diente.

RESORTE

Es el aditamento más indicado, porque molesta menos a los tejidos vecinos y ejerce una fuerza continua y suave.

Es un aditamento de alambre de oro o de acero inoxidable--

ble y el arco al que se une también debe de ser del mismo material. Este alambre se suelda al arco principal y cuando se va a hacer una gran movilidad del diente se coloca una ansa que permite mayor desplazamiento.

El resorte se adapta por su extremo libre al diente incluido en la cara opuesta a la dirección del desplazamiento, produciendo así un estímulo eruptivo.

Cuando ha hecho erupción el diente se orienta fácilmente por medio de un casquete o de una banda.

Es muy importante tener la precaución, de darle la acción al resorte en el mismo sentido para evitar pérdida de tiempo y lesiones en los tejidos vecinos.

CASQUETE

Este aditamento se utiliza en dientes incluidos que tienen una posición vertical, y la inclusión puede ser total o parcial y donde se ha descubierto una porción amplia de la corona dental haciéndose visible el diente incluido.

El uso de casquete es importante ya que permite orientar las fuerzas en la dirección deseada, cosa que no siempre es posible con la aplicación del resorte directo.

Se construye, por medio de una impresión de la porción descubierta del diente en el momento de la intervención; que

se realiza por medio de stens o godiva y un anillo de cobre.

Esta impresión se llena con amalgama dejándose endurecer y sobre el muñón de amalgama se trabaja la cera con el mínimo espesor, vaciándolo en oro de 24 kilates; se pule y se coloca en la boca. 48 horas después se cementa colocando posteriormente el aditamento adecuado.

Los aditamentos pueden ser ligamento y resorte.

LIGADURA

Solo se recurre a ella cuando el diente incluido es poco accesible a la colocación del resorte.

Consiste en un anillito de alambre cuya luz permite el paso holgado de un alambre de 0.3 milímetros de diámetro; se cementa el casquete al diente y al día siguiente se efectúa la ligadura del anillo al arco. Se puede afectar por medio de hilo metálico o de seda, éste último se colocará solamente si el paciente puede ir cada dos días al consultorio, -pués después de este tiempo el hilo se dilata dejando sin efecto el desplazamiento obtenido.

Se recomienda el hilo de seda porque su acción es constante y evita que el casquete se desprenda.

En su defecto se puede colocar el alambre metálico, cuya colocación es muy delicada pues puede desplazar al diente

RESORTE

Puede también ser de acero inoxidable u oro.

Este procedimiento es el más aconsejado, pues el movimiento del diente se efectúa lento y continuo, sin producir trastornos en los tejidos vecinos.

En este caso el aditamento que se suelda al casquete es un ganchito que permite el calce fácil del extremo libre del resorte que se suelda al arco principal.

El aparato se retira cada 8 días imprimiéndole al resorte una presión suave y orientada hacia el mismo sentido.

PERFORACION DENTARIA

Este método se efectúa en el momento de la intervención y consiste en perforar la cara lingual del diente incluido; esto en algunas ocasiones no es posible y entonces la perforación se efectuará en otras caras.

Esta perforación debe ser superficial para evitar lesionar la pulpa dentaria, se efectuará con una fresa redonda, pequeña (nueva) y luego se continúa con una fresa de fisura cilíndrica, cuyo calibre es igual al del alambre (5 milímetros), para que quede el perno correctamente cementado no es necesario profundizarlo demasiado.

La estabilidad del alambre estará dada por el mejor ajuste y el correcto secado de la perforación.

Posteriormente se confecciona el ancha en su extremo libre del alambre y se cementa al diente. La fuerza motriz va a estar dada por ligaduras o resortes.

La utilización de estos aditamentos se debe suspender cuando el diente ha erupcionado lo suficiente para que se pueda colocar una banda que permita la acción directa del arco principal.

Existen otros aditamentos que pueden llevar a los dientes incluidos a su lugar, como coronas de celuloide colocadas después del descubrimiento quirúrgico.

La colocación de una corona total de plástico o metálica, es la forma empleada con mayor frecuencia y que ofrece más posibilidades de éxito.

Esta corona impide que la mucosa cicatrice sobre el diente incluido y la experiencia clínica da la impresión de erupción más rápida, debido a la construcción de la cicatriz alrededor de la corona.

Un informe reciente sobre 2,000 casos tratados de esta manera afirma que los dientes hicieron erupción hasta la cavidad bucal aplicándose posteriormente el movimiento ortodóntico para llevarlo a su posición reduciéndose de esta manera el tiempo que se llevan los aparatos y se elimina la necesi-

dad de tirar del canino, hasta que éste tome su posición original a excepción de casos como son los caninos en mala posición labial que muestran menos tendencia a hacer erupción a su posición normal, después de descubrirlos quirúrgicamente.

CONCLUSIONES

El Cirujano Dentista tiene la función de efectuar una medicina preventiva antes que curativa, y en esta medida en algunos casos puede evitar que se presenten complicaciones como es el caso de los dientes incluídos: pudiendo impedir que se produzca una inclusión o diagnosticarla en su etapa temprana.

Esto se logra mediante el control nutricional, hormonal y local; efectuando un tratamiento adecuado en las ramas de la clínica, como son: Odontopediatría, Ortodoncia, Cirugía, etc.

Con estas medidas se eliminará gran parte de las inclusiones dentarias.

En los casos en los que se presenten dientes incluídos es primordial que el cirujano lleve a cabo una exploración clínica correcta, mediante la aplicación de los métodos apropiados y la anotación de los datos obtenidos por medio de la exploración en la Historia Clínica.

El diagnóstico va a estar basado en estos datos pero in discutiblemente el método por el que se comprueba que existe inclusión dentaria es el Radiográfico, haciéndose indispensa ble y fundamental en este caso. Este examen Radiográfico mínimo debe de constar de dos radiografías para que de la ubicación tridimensional del diente.

Nunca se debe caer en el error de diagnosticar una anomalía por un solo método de diagnóstico.

Son múltiples las causas que originan las inclusiones dentarias, pero la que actualmente predomina es la falta de espacio en los maxilares.

Las complicaciones que producen los dientes incluidos son diversas y en algunos casos la causa de estos no se encuentra en otra parte del organismo, pudiendo ser una manifestación de la inclusión dentaria. La evaluación de todos los datos obtenidos, nos van a llevar al diagnóstico para determinar cuál es el tratamiento a seguir y el tratamiento efectivo de la inclusión dentaria radica principalmente en el reconocimiento del problema individual y en la comprensión de su mecanismo. Tal conocimiento hace posible la elección de métodos más adecuados.

No siempre se va a resolver el problema de una inclusión dentaria por el tratamiento ortodóntico; pero siempre que sea posible se deberá de conservar este diente en la cavidad bucal colocándolo en posición estética y fisiológica.

El tratamiento Quirúrgico-Ortodóntico es conservador y al efectuarlo se debe de evitar lesionar la estabilidad del diente y a los dientes y estructuras vecinas.

Existen diversas técnicas para el tratamiento de dientes incluidos (quirúrgico-ortodóntico), semejantes todas en sus principios y cada Cirujano y Ortodoncista escogerán la que sea más adecuada para cada paciente en particular.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Monti Armando E. TRATADO DE ORTODONCIA
Tomo I 3a. Ed.
Ed. El Ateneo 1958.
p.p. 164-166; 175-176; 180, 182-183;
200-208; 210, 241-265; 387-388; 401,
431-442.
- (2) Ries Centeno CIRUGIA BUCAL
G. A. 7a. Ed. Ed. El Ateneo
1978.
p.p. 69-72; 247, 300-308; 310-319; -
338-339; 344-345; 354-368; 573-578;-
689-690; 692-696; 698, 701, 713-727.
- (3) Thoma Kurt. CIRUGIA BUCAL
Tomo I 2a. Ed.
Ed. UTEHA 1955.
p.p. 196, 199-203; 216-218; 220, 222
225, 229-230; 233, 238-242; 262-266;
274-281; 284-287; 289-300.

- (4) Velazquez Tomás. ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL.
la. Ed. Ed. La prensa Medica
Mexicana 1966.
p.p. 4, 6-9; 119-120; 206-207; 255-
-257; 259, 271-273; 290-292; 302-305
310, 328, 330, 331, 333-334; 344-346
349-350.
- (5) Thoma Kurt PATOLOGIA BUCAL
Tomo I 2a. Ed
Ed. UTEHA 1959
p.p. 19, 21-26; 28-33; 35-45; 47-48;
50-51; 571-578; 589-593; 596, 601-
-604; 627-629; 665-673; 679-681; 688
-690; 819-822; 824-826; 855-863.
- (6) Thoma Kurt PATOLOGIA BUCAL
Tomo II 2a. Ed.
Ed. UTEHA 1959
p.p. 1152-1153; 1241-1242; 1300-1311;
1320.
- (7) Alcayaga C. O. PATOLOGIA ANATOMIA Y FISIOLOGIA PATO
Olazabál R. A. LOGICA BUCODENTAL

4a. Ed. Ed. El Ateneo
1960.

P.p. 19, 147, 161-169; 528-533; 558,
825-834.

(8) Mc. Donald
Ralp E.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLES
CENTE.

Ed. Mundi 1976.

p.p. 18, 20, 65-66; 70, 76-82; 83-88
104-107; 224-225; 299, 329, 362, 378
380-382; 480-481; 484-485; 490-493;-
495-496.

(9) Archer W.
Harry.

CIRUGIA BUCAL

Tomo I 2a. Ed.

Ed. Mundi

p.p. 101-133; 166-167; 174-178; 190,
192-200; 210, 217, 225.

(10) Stafne E.
Edward C.

ROENGENODIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICO

2a. Ed. Ed. Labor S.A.

1961

p.p. 14-19; 25, 33-51; 106-110; 140-
-146; 172-176; 182, 206-207; 209-212

214-216; 223, 236-237; 239, 243, 245
248-250.

(11) O'brien

RADIOGRAFIA DENTAL

Richard C.

2a. Ed.

Ed. Interamericana

1975.

p.p. 66, 70, 74, 86-89; 91, 93-95; -
197-198.

(12) Zegarelli

DIAGNOSICO EN PATOLOGIA ORAL

Edward V.

Reimpresión

Ed. Salvat. S.A.

Kutscher A. H.

1974

Hyman G. A.

p.p. 42, 47-48; 58-60; 68-71; 110-
-111; 139, 141-142; 144, 209-210; --
214-215; 233-235; 284-286; 450-451; -
511-512; 514, 516.

(13) Thoma Kurt

PATOLOGIA ORAL

Gorlin R. J

Reimpresión

Ed. Salvat S.A.

Golman H. M.

1975

p.p. 47, 123-136; 165-170; 172-173; -
176-177; 180, 226-236; 465-466; 487-
-494; 543-548; 578-586; 590-595; 673
-675; 677-678; 680-682; 688-690, 948
-950.

- (14) Bhaskar S. N. PATOLOGIA BUCAL
2a. Ed. Reimpresión
Ed. El Ateneo 1975
p.p. 38, 48, 60, 62, 88-90; 92, 104-
-105; 137-138; 157-162; 195-196; 210
-211; 233-235; 411, 425-426.
- (15) Shafer William G. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Hine M. K. 1a. Ed Ed. Interamericana.
Levy Barnet M. 1977.
p.p. 7-9; 39,42-49; 64-67; 238-244;-
278-280; 495, 594-597; 609-611; 627-
-630; 633-637; 647-648,
- (16) Facultad de "FO" Revista Facultad de Odontología
Odontología Vol III No. 12
1a. Ed. espacial Febrero 1976.
p.p. 48, 51, 53, 59-60.
- (17) Tieceke Stute- FISIOPATOLOGIA BUCAL
ville Calandra. 1a. Ed. Ed. Interamericana
1960.
p.p. 74-75; 80, 90, 300, 302-303; --
312, 331-333; 336, 348-354; 356-357;
462-463.

- (18) Readr's Digest Art. "LOS TERCEROS MOLARES" SELECCIO
NES DEL READS'S DIGEST Julio 1978
p.p. 30
- (19) Quiroz Gutie- PATOLOGIA BUCAL
rrez Fernando. 2a. Ed. Ed. Porrúa S.A.
1959.
p.p. 17-31; 37-38; 65-66; 69-80; 146
-147; 367-370; 374, 379, 380, 384, -
387.
- (20) Finn Sidney ODONTOLOGIA PEDIATRICA
4a. Ed. Ed. Interamericana
1976.
p.p. 84-86; 293-294; 302-304; 339, -
344-345; 352-359; 534, 536-537; 544,
582, 585, 587-590; 592.
- (21) C. D. Selva "APUNTES DE LA CATEDRA DE CIRUGIA MA
Martínez Jaime. XILO-FACIAL
Año Escolar 1977-1978.
- (22) Bernier Joseph. TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ORA-
LES

1a. Ed. Ed. Bibliográfica

Omeba 1962.

p.p. 78, 88-90; 394-396; 411-412; --
499-500; 510-511; 515-519; 565, 614;
617, 622, 665, 667-674; 702, 747.

(23) Graver T. M.

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

3a. Ed. Ed. Interamericana

1974.

p.p. 257, 311-328; 341-342; 346-348;-
351, 353-354; 356, 367, 399-401; 404
427, 458, 638-639; 707-710; 715.

(24) Thoma Kurt

CIRUGIA BUCAL

Tomo II 2a. Ed.

Ed. UTEHA 1955.

p.p. 1025, 1029-1030; 1038-1042; 1046
-1047; 1259-1261.