

870123
93
24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ANOMALIAS DENTARIAS MAS FRECUENTES EN CAVIDAD ORAL
Y SU ADECUADA INTERPRETACION RADIOGRAFICA**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

FERNANDO TORRES FLORES

Asesor: Dra. ALBERTINA MALDONADO MARTINEZ
GUADALAJARA, JALISCO. 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION:

CAPITULO I

ANOMALIAS DE NUMERO

Dientes supernumerarios.

- a).- Mesiodens.
- b).- Paramolares.
- c).- Distomolares.
- d).- Tercera dentición.
- e).- Dentición natal.
- f).- Dentición Posnatal.

Anodoncia congénita o adquirida.

- a).- Hipodoncia parcial congénita.
- b).- Hipodoncia parcial adquirida.

CAPITULO II

ANOMALIAS DE TAMAÑO

- a).- Macrodoncia.
- b).- Microdoncia.
- c).- Taurodoncia.

CAPITULO III

ANOMALIAS DE FORMA

- a).- Geminación.
- b).- Fusión.
- c).- Concrecencia.
- d).- Densindens.
- e).- Diente evaginado.
- f).- Raíces y tuberculos accesorios.
- g).- Perlas adamantinas.

CAPITULO IV

ANOMALIAS DE DESARROLLO O DE CONSTITUCION

- a).- Dentinogenesis imperfecta.
- b).- Amelogenesis imperfecta.

CAPITULO V

ANOMALIAS DE SITIO

- a).- Transposición.
- b).- Migración dentaria.

CASUISTICA:

3 Casos clínicos.

CONCLUSIONES:

BIBLIOGRAFIA:

" I N T R O D U C C I O N "

Toda anomalía dentaria constituye una desviación de la normalidad, dichas desviaciones pueden ocurrir por condiciones locales, por tendencia hereditaria dental o como resultado de perturbaciones sistémicas.

Las anomalías asociadas con las enfermedades sistémicas y otros trastornos del desarrollo, son factores determinantes para la identificación, valorización y localización de los casos segun su complejidad en cada uno de ellos.

Las anomalías orales más comunes son las que afectan a los dientes y mas rara vez la resultante, de un desarrollo defectuoso de sus estructuras de soporte.

Las de los dientes no solo afectan su forma, tamaño, disposición, número y desarrollo, sino que modifican también su estructura histológica.

Durante la evolución dentaria, la radiografía constituye el único medio para determinar la presencia del germen permanente, para realizar el examen del germen y para el desarrollo de la erupción.

Terminamos estas consideraciones, destacando que la radiografía juega un papel importante para determinar el tipo de anomalía que se nos presenta, siempre y cuando considerando de vital importancia el examen clínico.

Es por eso la importancia que tengo en realizar ésta tesis de anomalías dentaria, para en lo futuro saber dar un buen diagnóstico presuntivo, ante un negativo radiográfico y determinar su signo radiográfico correcto.

El objetivo de esta investigación, es con el fin de ofrecer una visión global de las anomalías dentarias como parte de la Odontología integral, para señalar los problemas con que el Odontólogo de la práctica general se ha de enfrentar en su consulta.

Con el fin de no cometer errores en el diagnóstico presuntivo de las anomalías dentarias, que con frecuencia suele ocurrir.

DEFINICION DE RADIOLOGIA.

La radiografía es un auxiliar necesario para el examen bucal completo a cargo del Odontólogo. Aunque se desdena muy a menudo, es la ayuda mas importante para la acertada práctica de la Odontología. Es uno de los instrumentos de diagnóstico mas importantes para detectar las anomalías dentarias.

Hay tan pocos niños que escapan a este tipo de anomalías que la mayoría de las personas llegan a su primer contacto con la Odontología en la infancia, dado que las primeras impresiones son las mas duraderas, es extraordinariamente importante que cualquier servicio prestado al niño sea de gran calidad, el estado de la dentadura del paciente al llegar a la madurez dependera en gran medida de la cantidad y calidad del servicio dental que recibio durante su infancia. Si se usa juiciosamente la radiología para realizar el valor del servicio dental, podrán salvarse muchas piezas que de otra manera se perderian y podrán evitarse muchas maloclusiones. Los servicios dentales adecuados necesitan uso extensivo de este medio de diagnóstico para que la Odontología pueda satisfacer el ideal de una ciencia auténticamente preventiva.

La radiografía tiene aplicaciones extremadamente amplias en la localización de este tipo de anomalías que generalmente se manifiestan a temprana edad, es por esto que los niños tal vez necesitan mas de la radiología que los adultos, ya que en ellos la preocupación principal en todo momento son los problemas de desarrollo y crecimiento y los factores que los alteran.

El éxito en la localización de las anomalías dentarias se logra si se basa en la radiografía. Es por eso que debemos considerarla como un importante auxiliar de diagnóstico.

NATURALEZA Y PROPIEDADES DE LOS RAYOS X

Son vibraciones atómicas que se originan cuando un electrón libre, animado de gran velocidad, choca dentro de un átomo pesado, con otro electrón satélite, haciendolo pasar de una a otra de las

órbitas profundas del átomo, se produce un desequilibrio energético dentro de éste (átomo), que se manifiesta exteriormente por la emisión de una radiación X.

Los rayos X tienen pa propiedad de atravesar los cuerpos y son invisibles.

Fueron producidos entre otros, por Morgan en 1885, por Plücker en 1850, por Geissier en 1860, por Hittorf en 1869 y por Lenard en 1892, esto es, por quiénes experimentaron el paso de una corriente de alta tensión (alto voltaje) a través de baja presión (enardecidos), recien fueron descubiertos por Roengent en 1895, al observan la flourecencia provocada por los mismos.

TIEMPOS PROMEDIO DE ERUPCION NORMAL

SERIE TEMPORAL (en meses)		(Variación normal: \pm 6 meses para los incisivos) (\pm 12 meses para los molares)				
Primer incisivo	Segundo incisivo	Canino	Primer molar	Segundo molar		
6	9	18	12	24		

SERIE PERMANENTE (en años)		(Variación normal: \pm 2 años; además puede existir una variación menor en la secuencia de erupción)					
Primer molar	Incisivo central	Incisivo lateral	Primer premolar	Segundo premolar	Canino	Segundo molar	Tercer molar
6	7	8	9	10	11	12	18 a 25 (muy variable)

CAPITULO I
ANOMALIAS DE NUMERO Libro #3 Pag. 139

Podemos mencionar que este tipo de anomalías se refiere tanto a la reducción o aumento en el número de dientes en la cavidad oral, en el caso de la reducción del número de dientes recibe el nombre de ANODONCIA, y en el caso del aumento de los mismos reciben el nombre de dientes SUPERNUMERARIOS.

Libro 1 Pag. # 44

Un diente supernumerario puede semejarse mucho a los dientes del grupo al cuál pertenece es decir molares, premolares y anteriores.

Se ha sugerido que los dientes supernumerarios forman un tercer germen dental que se genera en la lámina dental cerca del germen dental permanente o, posiblemente por la división del germen permanente.

Libro #4 Pag. 231

Este tipo de anomalía ocurre con mas frecuencia en el sexo masculino y también puede presentarse en cualquier sector de los arcos dentarios, tiene predilección a hacerlo en el siguiente orden de frecuencia decreciente:

- 1).- Región anterior superior.
- 2).- Región de los molares.
- 3).- Región premolar inferior.

Libro 1 Pag. # 44

DISTRIBUCION DE 500 DIENTES SUPERNUMERARIOS

	Incisivos centrales	Incisivos Laterales	Caninos	Premolares	Paramola- res	Cuartos molares	TOTAL
MAXILAR	227	19	2	9	58	131	446
MANDIBULA	10	0	1	33	0	10	54

CUANDO ESTOS DIENTES PRESENTAN ASPECTO DE LA BIBLIOTECA normales en cuanto a forma y tamaño se denominan SUPLEMENTARIOS.

Los dientes suplementarios que se encuentran a nivel de la línea media que son los mas frecuentes se les denomina MESIODENS, debido a su ubicación. Aparecen en proporción de un 80% como un único mesiodens en el 20% restante, por pares o en mayor número; y en un 75% de los casos permanecen retenidos y con relativa frecuencia invertidos, por lo general siempre son Odontoides (corona cónica y raíz reducida).

Estos dientes no son muy comunes en la mandíbula.

Libro 5 Pag. # 30

RADIOGRAFICAMENTE, los "mesiodens" se observan generalmente cónicos en cuanto a su forma. Los incisivos, premolares y terceros molares inferiores, tienden a parecerse a la forma normal, aquellos que aparecen en la zona del tercer molar superior pueden verse de forma normal o cónica.

Libro 5 Pag. # 31

En el maxilar superior los MEDIODENS, se localizan cerca de la línea media y casi siempre estan por detrás de los incisivos centrales superiores normales, muchos de ellos por consiguiente son sobrepasados por los incisivos permanentes que pueden así erupcionar en condiciones normales dentro del arco.

Algunas de las complicaciones que se manifiestan radiográficamente en los "mesiodens", son los que aparecen en la región de los incisivos inferiores, por lo general se parecen tanto a los incisivos normales que es difícil distinguirlos de ellos.

Libro 4 Pag. # 88

TECNICA RADIOGRAFICA, utilizada en el maxilar superior para localizar los MESIODENS.

METODO OCLUSAL: Se le denomina de esta manera porque la posición

que ocupa el paquete coincide con el plano de oclusión.

Debemos tomar en cuenta al interpretar estos dientes ("mesiodens"), en la radiografía, la proximidad que guardan con las raíces de los incisivos centrales superiores, por lo cual nos manifiesta con frecuencia mal posición, resorción radicular y retardo en la erupción.

TECNICA RADIOGRAFICAS OCLUSALES UTILIZADAS EN EL
MAXILAR SUPERIOR PARA LOCALIZAR LOS "MESIODENS".

Libro 4 Pag. # 35

REGISTRO REGION ANTERIOR:

DATOS TECNICOS:

Posición de la cabeza: Posición I

Posición del paquete:

Paquete oclusal, con su eje largo coincidente con el plano sagital medio, introducido aproximadamente dos tercios.

DIRECCION DEL RAYO CENTRAL (RC)

ANGULOS: Vertical + 65%; horizontal 0° coincide con el plano sagital.

ENTRADA: Debajo de la intersección de la línea bipupilar con el plano sagital medio; unión de cartílagos y huesos nasales.

DISTANCIA FOCO PIEL: "Corta", con esta radioproyección se obtiene el registro de incisivos "mesiodens", superiores y el registro libre de incisivos normales superiores y superpuesto, el de premolares superiores.

Libro 4 Pag. # 87

TECNICA OCLUSAL COMPLETA SUPERIOR (Localizar "mesiodens")

POSICION DE LA CABEZA: Posición I

POSICION DEL PAQUETE: Paquete oclusal con su eje corto coincidente con el plano sagital medio, introducido hasta los bordes anteriores de los bordes de las ramas ascendentes de la mandíbula.

Es aconsejable a fin de disminuir el tiempo de exposición (dosis movilidad), utilizar chasis oclusal con pantallas reforzadoras, las medidas de estos chasis exceden muy poco de la de los paquetes; son de 6 X 8 centímetros.

DIRECCION DEL R.C.:

ANGULOS: Vertical + 90° horizontal 0° coincide con el plano sagital medio.

ENTRADA: En la intersección del plano frontal que pasa por los angulos externos de los ojos, con el plano sagital medio.

DISTANCIA FOCO PIEL: "Corta".

Para radioproyección de la región gonadal/prenatal, será necesario usar pantalla submandibular o, modificando la relación cabeza/dirección del R.C., en este caso de "mesiodens", se procura obtener especialmente la radioproyección axial de los incisivos. La angulación vertical la determinara la inclinación de los ejes de estos dientes, (indicada por el examen oral previo), en tales casos generalmente, esta angulación es mayor de + 105° y el punto de entrada esta mas atrás del indicado.

Otro dato importante respecto a esta radioproyección es que para obtener su registro a causa del gran espesor de sus tejidos es necesario emplear suficiente penetración (kilovoltaje); si esta es insuficiente, los resultados serán nulos, es necesaria una penetración correspondiente a 60-70 K.V.P. se trata de una radioproyección transcraneana.

Libre 4 Pag. # 88

TECNICA DE REGISTRO PARCIAL ANTERIOR
(Radioproyección infracraneana).

DATOS TECNICOS:

POSICION DE LA CABEZA: Posición I

POSICION DEL PAQUETE: paquete estander periapical; son su eje corto coincidente con el plano sagital medio o paralelo a este, es decir, de manera que el área focal o central del paquete "cubra" la pequeña zona a examinar.

DIRECCION DEL R.C.: Angulos: Vertical + 90°; horizontal 0° (coincidente con el plano sagital medio).

ENTRADA: Sobre la intersección de la línea bipupilar con el plano sagital medio o en la sutura fronto nasal. (Cefalométricamente punto nasión).

DISTANCIA FOCO PIEL: "Corta" dado el menor espesor de los tejidos (atravesados); esta radioproyección puede registrarse utilizando aparatos de bajo kilovoltaje.

Libro 1 Pag. # 45

EL PARAMOLAR: Es un molar supernumerario, pequeño y rudimentario, se sitúa por vestibular o por lingual de uno de los molares superiores o entre el primero o segundo, o el segundo o el tercer molar, es interesante, aunque no tenga explicación todavía, que alrededor del 90% son superiores.

Libro 5 Pag. # 31

DISTOMOLARES: Son molares supernumerarios que aparecen por detrás del tercer molar y alineados con este; pero la mayoría no lo hacen y en general interfiere con la erupción de tercer molar, el inicio del desarrollo no ocurre hasta después de los siete años; por lo tanto no interfiere con la erupción del segundo y primer molar. En general su frecuencia es de significación clínica menor, que la de los supernumerarios que aparecen por delante de la zona del tercer molar superior. También se presenta el muy rarísimo quinto molar, ambos generalmente de muy reducidas dimensiones, que a veces se presenta de tamaño normal.

Libro 3 Pag. # 145

TERCERA DENTICION: Ha habido publicaciones, respecto a la posibilidad de una dentición post-permanente en la que dientes se desarrollan

y erupcionan mas tarde de lo esperado, pero son raros los casos genuinos de este tipo. Muchos de tales informes parecen representar miembros normales o quizás supernumerarios de la serie permanente que han surgido en individuos desdentados de edad, debido quizás a la continúa reabsorción del reborde alveolar, de modo que esto ha sido mal interpretado como ejemplo de una tercera dentición.

Libro 1 Pag. # 47

En el caso de la DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL, es característico encontrar dientes supernumerarios múltiples, muchos de ellos retenidos como en el caso de el SINDROME DE GARDNER, que es un complejo nosológico interesante, estudiado por Fader y colaboradores, también, se caracteriza por presentar múltiples dientes supernumerarios retenidos, este síndrome se compone de:

- 1).- Poliposis múltiple del intestino grueso.
- 2).- Osteomas en los huesos largos, cráneo y maxilares.
- 3).- Quistes epidermoides y sebáceos de la piel particularmente en el cuero cabelludo y la espalda.
- 4).- Desarrollo ocasional de tumores dermoides.
- 5).- Dientes supernumerarios y permanentes retenidos.

Esto se debe a una gen pleotrófico único y tiene una pauta de herencia dominante autosómica; con penetración completa y expresión variable, esta enfermedad reviste interes para la profesión Odontológica, puesto que los dientes retenidos y osteomas de los maxilares, conducen al diagnóstico de la totalidad del síndrome.

Libro 4 Pag. # 231

Otra de la afecciones donde el exagerado número de dientes podria considerarse una tercera dentición (en maxilar y mandíbula), es en el caso de la hiperodoncia.

LA HIPERODONCIA: Puede aparecer asociada, acompañada de otros defectos, así lo hace acompañada de FISURA PALATINA O LABIAL.

Libro 1 Pag. # 62

DENTICION NATAL: Se le denomina con este nombre a los dientes primarios brotados en recién nacidos para diferenciarlos de los dientes neonatales, que son definidos como los dientes que erupcionan en los primeros treinta días de vida. Spogue y Feasby, señalaron que los dientes brotados prematuramente, suelen ser bien formados y normales en todos los aspectos, salvo que tienen cierta movilidad; la erupción prematura de los dientes permanentes es por lo común, una secuela de la pérdida prematura de dientes primarios, en este caso podemos tratar el caso de: SECUESTRO DEL BROTE; anomalía recientemente reconocida, asociada con el brote dental en niños.

Libro 1 Pag. # 62

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Podemos reconocer el secuestro de brote en la radiografía aún antes de que el diente comience a brotar en la cavidad oral o antes que la espícula, perfora la mucosa.

Se observa como una pequeña opacidad, por sobre la fosa oclusal central, pero separada del diente.

Libro 3 Pag. # 145

SPOGUE: Nos dice de acuerdo a sus estudios estadísticos, que uno de cada 2000 a 3500 recién nacidos ya poseen dientes erupcionados en la cavidad oral, por lo general, en la región incisal central inferior.

En ciertas ocasiones su aparición imperfecta o el hecho, que se han aflojado rápidamente y caído, han llevado a la especulación que pueden representar una DENTICION PREDECIDUA, empero no existe respaldo científico, a causa de la comprensible renuencia a practicar un examen RADIOGRAFICO del área afectada.

Libro 1 Pag. # 47

DENTICION POSTNATAL: También se denominan como dientes neonatales o, PREPRIMARIOS.

Estos dientes fueron clasificados, como estructuras epiteliales cornificadas, sin raices; en la encía de la cresta del reborde, son mucha facilidad de extraer, debido a su poco soporte se supone que este tipo de dientes, nacen de un germen dental accesorio de la lámina dental, antes que el germen primario, por eso se les denomina también DIENTES PREPRIMARIOS.

Sin embargo el concepto de dientes preprimarios fué discutido, por Spogue y Feasby, tal vez esten en lo cierto al decir, que considerar a esos dientes primarios como una entidad; es hacer una interpretación equivocada y que esas estructuras, presentes al nacer, son nada más que el quiste de la lámina dental del recién nacido.

Los dientes neonatales fueron definidos como los dientes que erupcionan prematuramente, en los primeros treinta días de nacido.

Por lo general, erupcionan tempranamente solo uno o dos dientes, los mas frecuentes son, los incisivos centrales inferiores.

La etiología de este fenomeno es desconocida, aunque en ocasiones sigue una pauta familiar.

Se cree que esta anomalía se origina debido a la secreción de varios órganos endocrinos como: tiroides, suprarrenales y gonadas, que tiene la capacidad de alterar el ritmo de brote dental.

Así que podemos considerar que sea originado por un desequilibrio endocrino mal definido, como en el caso de síndrome adrenogenital, o hipertiroidismo, sin embargo la mayoría de los casos escapan a la explicación.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Por lo comun este quiste lo observamos en la radiografía en tono radiolucido delimitando al germen, se proyecta sobre la cresta del reborde y se observá "cornificado", y se puede localizar facilmente.

ANODONCIA:

Libro 1 Pag. # 42

En el caso de la reducción del número de dientes, recibe el nombre de ANODONCIA, que está a su vez puede ser congénita o adquirida.

LA ANODONCIA VERDADERA, o ausencia congénita de dientes es de dos tipos total o parcial.

ANODONCIA TOTAL: En la cuál faltan todos los dientes, puede comprender tanto la dentición primaria como la permanente, cuándo se produce suele estar asociada con un transtorno mas generalizado, como la DISPLASIA HECTODERMICA HEREDITARIA.

Libro 3 Pag. # 140

Los dientes son derivados del ectodermo, puede surgir una anomalía, en su formación como uno de los aspectos de una falla de desarrollo, mas diseminada que involucre a otras estructuras ectodérmicas especializadas, esta condición recibe el nombre de DISPLASIA HECTODERMICA, y se manifiesta como un transtorno recesivo vinculado al sexo en el que puede existir una anodontia, completa o parcial y donde los dientes que se forman son frecuentemente cónicos rudimentarios, sus manifestaciones generales son; en algunos casos, ausencia de uñas o imperfectamente formadas, las glándulas sudoríparas, pueden estar reducidas en número (hipohidrosis) o, completamente ausentes (anhidrosis), trayendo como resultado, una capacidad disminuida para tolerar temperaturas altas.

La ausencia de glándulas sebáceas, puede provocar sequedad hasta eczema cutáneo y el fino bello fetal, puede persistir durante la vida post-natal o adulta, o bien, el pelo puede no desarrollarse para nada.

LA ANODONCIA ADQUIRIDA O FALSA; se produce como consecuencia de la extracción de todos los dientes.

LA ANODONCIA PARCIAL VERDADERA; afecta uno o más dientes y es una anomalía mas bien común.

Aunque se desconoce la etiología de la ausencia aislada de dientes, en muchos casos muestra tendencia familiar.

LA ANODONCIA PARCIAL; es consecuencia del no desarrollo de un único diente o varios de ellos dentro de una dentición, de otro modo normal y casi siempre involucra a los dientes permanentes, en raras ocasiones puede originarse una falsa anodoncia, a raíz de la inadvertida eliminación quirúrgica del germen de un diente permanente en vías de desarrollo, durante la extracción de su predecesor decíduo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Es en estos casos donde debemos considerar de vital importancia, el considerar la radiología, para detectar si existe o no la presencia del germen permanente al realizar la extracción de un diente primario, para así poder localizarlo radiográficamente y evitar, el causar una diatrogenia, de la cual los resultados serán notables en lo futuro.

Se piensa que la ausencia de los terceros molares, es una evidencia de la tendencia evolutiva, hacia una menor cantidad de dientes.

FRECUENCIA DE TERCEROS MOLARES CONGENITAMENTE AUSENTES:

	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>	
	<u>Núm. por 100</u>		<u>Núm. por 100</u>	
Cantidad total de pacientes en estudio,	735	...	314	...
Cantidad total de pacientes con terceros molares.				
Cantidades de terceros molares congenitamente ausentes.	201	27.4	110	35.0
1.....	64	31.8	30	27.3
2.....	74	36.8	31	28.2
3.....	28	13.9	18	16.4
4.....	35	17.4	31	28.2

A veces, en algunos niños con ausencia de dientes, en uno o ambos cuadrantes del mismo lado, debido a la irradiación de la cara con rayos X, a edad temprana.

Los germenos dentales son extremadamente sencibles a las RX, y pueden quedar totalmente destruidos por dosis relativamente bajas.

Los dientes en formación y parcialmente calcificados, pueden quedar atrofiados por la radiación.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Terminamos estas consideraciones sobre variaciones en el número de dientes destacando que la RADIOGRAFIA, es el único medio para conocer si se trata de Hipodoncia o retención y también el único medio para conocer el número real de dientes, supernumerarios retenidos y la posición de estos.

DISTRIBUCION DE DIENTES CONGENITAMENTE AUSENTES,
EXPRESADA COMO PORCENTAJE DE CASOS AFECTADOS:

	Incisivo central	Incisivo lateral	Canino	1o. Premolar	2o. Premolar	1o. Molar	2o. Molar	TOTAL
MAXILAR	0.0	12.3	1.8	5.5	25.3	0.0	0.8	45.7
MANDIBULA	2.2	1.1	0.0	3.0	47.3	0.0	0.7	54.3

De 10,000 niños de 6 a 15 años de edad, examinados, 340 presentarán ausencia -
congénita de 709 dientes o germenos dentales.

CAPITULO II

ANOMALIAS DE TAMAÑO.

Se hablamos de variaciones en relación al tamaño de los dientes, ya sea mayor o menor que lo normal, en los dientes que forman el número normal en la cavidad oral, nos referimos a una anomalía de tamaño en cuanto a las dimensiones que estos constituyen.

Libro 4 Pag. # 232

Los dientes que integran el número normal pueden presentar variaciones de tamaño, cuando este es mayor de lo normal, la anomalía se denomina MACRODONCIA, y en el caso contrario se denomina MICRODONCIA.

Libro 3 Pag. # 126

MACRODONCIA O MACRODONTIA (megadontia), esté término se utiliza para describir a los dientes que presentan un aumento en su tamaño fuera de lo normal que son:

- MACRODONTIA PROPORCIONADA GENERALIZADA.
- MACRODONTIA DESPROPORCIONADA GENERALIZADA.
- MACRODONTIA LOCALIZADA.

1).- LA MACRODONTIA PROPORCIONADA GENERALIZADA, representa dientes grandes en maxilares grandes y cuerpo grande, se trata de una condición rara, que suele asociarse con gigantismo hipofisiario.

La secreción anormalmente alta de hormonas del crecimiento, trae como consecuencia un aumento en el tamaño de todos los tejidos del cuerpo incluyendo dientes y maxilares.

Libro 3 Pag. # 126

En el caso de MACRODONTIA DESPROPORCIONADA GENERALIZADA, tenemos el caso en el que se presentan dientes grandes en maxilares normales y tamaño corporal normal.

Libro 3 Pag. # 126

La macrodontia desproporcionada generalizada es un hallazgo

ocasional, aunque en la mayoría de los casos son solo de moderada severidad y dan lugar a amontonamiento e irregularidad en la dentición.

LA MACRODONTIA LOCALIZADA: Es la condición en la cuál existen uno o unos pocos dientes grandes en relación con una dentición y tamaño de cuerpo, que aparentemente de ello son normales.

Macrodoncia localizada; se trata de una afección relativamente rara y el diente afectado suele ser el tercer molar inferior.

No debe confundirse la macrodoncia a un diente o dientes grandes, pero aparte de ello normales, con estructuras dentarias anormalmente grandes; resultante de la fusión de dientes adyacentes o de una formación hamartomatosa (odontoma).

Libro 4 Pag. # 232

LA MICRODONCIA: Puede ser total como en algunos casos de gigantismo o parcial, afectando un diente o dos dientes simétricos. Por ejemplo: Los incisivos centrales superiores.

Libro 1 pag. # 35

EL TERMINO MICRODONCIA O MICRODONTIA (microdentismo): Se usa para describir dientes menores del tamaño normal, o sea, fuera de los límites normales de variación, se conocen tres tipos de microdoncia que son:

- MICRODONCIA GENERALIZADA VERDADERA.
- MICRODONCIA GENERALIZADA RELATIVA.
- MICRODONCIA UNILATERAL.

1).- **LA MICRODONCIA GENERALIZADA VERDADERA:** Es el caso en el cuál todos los dientes son menores de lo normal, con exclusión de algunos casos raros de enanismo hipofisario, esta anomalía es muy rara, los dientes están bien formados nada más son más pequeños.

2).- **MICRODONCIA GENERALIZADA RELATIVA:** En la cuál encontramos dientes bien formados o relativamente menores de lo normal en maxilares que son algo mayores de lo normal, con lo cual se produce la ilusión de

una microdoncia verdadera.

El papel de los factores hereditarios de esta anomalía es obvio.

Como es bien sabido que una persona puede heredar el tamaño de los maxilares de un progenitor y el tamaño de los dientes del otro.

Libro 1 Pag. # 35

3).- MICRODONCIA UNILATERAL: Es una anomalía muy común, afecta con mayor frecuencia a los incisivos laterales superiores y a los terceros molares superiores, estos dientes están entre los que son afectados congénitamente con más frecuencia.

Los premolares superiores raras veces presentan microdoncia. También es muy común que los dientes supernumerarios presenten microdoncia.

Una de las formas habituales de microdoncia localizada es, la que afecta el incisivo lateral superior, a esta anomalía se le denomina "lateral conoide", o en forma de clavija, debido a que presenta sus superficies, mesial y distal, convergentes hacia incisal; la raíz de los dientes laterales que presentan esta anomalía "lateral conoide", o en forma de clavija, suelen tener su raíz más corta que la de los demás dientes.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS:

Para el diagnóstico de este tipo de anomalías, es importante realizar las tomas con una adecuada angulación y una exacta posición de paquete radiográfico; para que no nos distorsione la imagen, cambiándonos la dimensión o el volumen de las piezas a captar radiográficamente, y nos pueda confundir en el diagnóstico, como suele suceder al aplicar una mala técnica radiográfica, es por esto la importancia de la radiología en este tipo de anomalías.

Libro 4 Pag. # 232

EL MICRODONTISMO O MACRODONCIA: En su forma total o parcial y a veces

simétrica, se relaciona con la hipodoncia, un ejemplo relativamente frecuente, puede observarse en los incisivos laterales superiores, los cuáles a veces presentan microdoncia simétrica y en otros casos poco frecuentes, uno aparece microdóntico (enano), y el simétrico falta (hipodoncia) por lo tanto en este caso solo nos podremos dar cuenta con la ayuda de la radiografía para detectar si existe o no el diente en el maxilar.

LA RADIOGRAFIA: Resulta informativamente mas útil en los casos en que la variación de tamaño, corresponde exclusivamente a la raíz, a este caso se le denomina RIZOMEGALIA ó RIZOMICRIA.

En estos tipos de anomalía, cuando la raíz es mayor de su tamaño normal se denomina Rizomegalia y cuando es menor Rizomicria.

LA RIZOMICRIA: Se presenta particularmente en molares (terceros) y en premolares, mientras que la RIZOMEGALIA, se presenta en caninos superiores en la cuál su raíz puede medir mas de 4 cm. de largo, también puede presentarse en los caninos inferiores, debido a la longitud de la raíz, en este caso de anomalía, indica la necesidad del estudio radiográfico previo a una intervención quirúrgica (cuando menos en el caso de caninos), ya que es mejor sorprenderse de los largo de la raíz antes, que durante la extracción.

Libro 1 Pag. # 40

El término TAURODONTISMO, fué impuesto por SIR ARTHUR KEITH, en 1913 para descubrir una peculiar anomalía dental, en la cuál el cuerpo del diente esta alargado a expensas de las raíces.

TAURO-DONTISMO (Significado): El término y su aplicación derivan de la similitud de estos dientes con animales angulados o rumiantes.

SHAW, amplió la clasificación de taurodontismo a: hipertaurodontismo, mesotaurodontismo e hipotaurodontismo.

EL HIPERTAURODONTISMO: Corresponde a la forma extrema, en que se presenta la bifurcación y trifurcación cerca de los ápices radiculares. y el **HIPOTAURODONTISMO;** se presenta en la forma mas leve.

MANGION: Enúmera una serie de causas posibles del taurodontismo, como sigue:

- Un carácter especializado o retrógrado.
- Una parte primitiva.
- Un rasgo mendeliano recesivo.
- Una característica activa.
- Una mutación derivada de la deficiencia odontoblastica durante la dentinogénesis de las raíces.

HANNER; y sus colaboradores opinan que el taurodontismo, se produce porque la vaina epitelial de HERTWING, no se invagina en el nivel horizontal adecuado, y que la transmisión hereditaria de esta lesión requiere un mayor estudio.

Esta anomalía reviste interés antropológico por cuánto fué encontrado en homínidos fósiles, especialmente en el hombre de Neanderthal, con elevada prevalencia durante el periodo Neolítico, en una época se penso que se limitaba a estas poblaciones remotas, pero ahora se sabe que esta difundida en muchas razas modernas.

RADIOGRAFICAMENTE: Estos dientes se caracterizan, con una extensión profunda de la cámara pulpar, hacia la parte radicular del diente, en algunos casos la cámara pulpar casi alcanza el ápice.

La longitud total de estos dientes, no es mayor que la de los normales, por lo tanto el resultado final es, unos conductos radiculares anormalmente cortos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: Podemos destacar que la radiografía dental es el único medio para detectar este tipo de anomalías ya que clínicamente nos sería imposible. La radiografía dental generalmente revela variaciones en la forma taurodoncica de los molares, por lo tanto no puede considerarse rara.

CAPITULO III

ANOMALIAS DE FORMA.

Libro 3 Pag. # 132

ANOMALIAS DE FORMA: La cuál esta dedicada a la descripción de desviaciones que puedan tener lugar, en la morfología de los dientes, que todavía son esencialmente reconocibles como tales, en contraste con los tipos mas severos de malformaciones.

Es importante que anomalías menores en el desarrollo de los dientes, o anomalías de desarrollo que afectan cualquier estructura pares en el cuerpo, son potencialmente bilaterales. Si una enfermedad clínica o dificultad de anomalías en el desarrollo, es encontrada en un lado de la boca ejem: Una extracción difícil a causa de una formación radicular poco usual, es esencial aprovechar tal experiencia y prevenir futuras complicaciones, tomando medidas activas, para determinar si existe o no una situación similar en la parte contralateral.

Libro 1 pag. # 30

GEMINACION: Los dientes geminados, son anomalías que se generan en un intento de división de un germen dental único por invaginación incompleta de los dientes.

Generalmente la estructura es única con dos coronas separadas por completo, o incompletamente que tienen una sola raíz y un conducto radicular.

Se presenta en dientes primarios y permanentes y en algunos casos presenta una tendencia hereditaria y no siempre es posible diferenciar, entre la geminación y el caso en que hubo fusión entre un diente normal y un supernumerario.

Libro 4 Pag. # 236

IMAGEN RADIOGRAFICA: Registra el grado de división y estado de desarrollo del diente geminado, en consecuencia su aspecto puede presentarse mas simple (como un diente ancho), o mas complejo (como dos dientes siameses).

En raros casos se divide completamente el folículo y resultan dos dientes, estos se caracterizan por mostrar imágenes simétricas, (como las que produce el espejo mirror image), en tal caso habrá hiperodoncia en algunos casos, los dientes nacidos de un mismo primordio dental o de dos primordios separados, uno de los cuales suele ser un diente supernumerario, se unen y se desarrollan en grado variable como diente único.

Libro 2 Pag. # 253

FUSION: Se refiere a la unificación de dos o más dientes demostrando unión dentinaria, este proceso puede dividirse en dos subcategorías, que son:

-Fusión falsa y fusión verdadera, en el caso de FUSION FALSA, cada unidad dental tiene una cavidad pulpar diferente y separada y un conducto pulpar diferente y separado, en la FUSION VERDADERA, las unidades dentales tienen una cámara pulpar común. La cavidad pulpar puede ser mayor que de ordinario, como otras anomalías dentales, la fusión tiene lugar más frecuentemente en el segmento anterior de la boca, generalmente afectando un diente normal y un supernumerario pequeño.

Por lo tanto debemos realizar una adecuada técnica RADIOGRAFICA, para distinguir, diagnosticar y diferenciar entre una fusión verdadera o una fusión falsa, para esto es necesario obtener un negativo muy nítido y un adecuado procedimiento de revelado para localizar las estructuras que integran este tipo de anomalía, también es muy importante aplicar una angulación exacta para que no existan interposiciones y podamos confundirnos en el diagnóstico.

Libro 1 Pag. # 37

CONCRECENCIA: Es en realidad una forma de fusión, que se produce después que a concluido la formación de la raíz, los dientes están unidos solamente por cemento, se cree que se origina como consecuencia de la lesión traumática de los dientes o su apiñamiento con resorción del hueso interdentario, las dos raíces quedan en contacto próximo y se fusionan por depósito

de cemento entre ellas.

La concrecencia puede ocurrir antes o después de la erupción del diente, comúnmente abarca solo dos dientes.

El diagnóstico se establece comúnmente por medio del EXAMEN RADIOGRAFICO; como al haber dientes fusionados, la extracción de uno puede provocar la extracción del otro, es aconsejable que el Odontólogo, este en conocimiento de ello y lo comunique al paciente.

No siempre es posible distinguir por medio de la radiografía, entre la verdadera concrecencia e imágenes de dientes que están en íntimo contacto, pero simplemente superpuestos uno al otro.

La concrecencia si no se reconoce, presenta un peligro para la extracción en especial si se aplica una fuerza indiscriminada.

Libro 3 Pag. # 134

DENS IN DENTE: Diente invaginado (odontoma compuesto dilatado).

La acentuación de las hendiduras o fisuras ocurre con bastante frecuencia, y a menudo se encuentra un leve ahondamiento generalizado de las fisuras, asociado con empinadas de cúspides presumiblemente de origen genético.

Aproximadamente el 5% de los pacientes, acusan cierto grado de ahondamiento que involucra la hendidura lingual del incisivo lateral superior. Cuando es en forma muy exagerada se le conoce con el nombre de "dens in dente", que es una variación del desarrollo, que se supone originada en la invaginación de la superficie de una corona dental, antes de que haya ocurrido la calcificación.

Libro 1 Pag. # 39

Los dientes afectados con mayor frecuencia son; los incisivos laterales superiores y en la mayoría de los casos el "dens in dente", es una acentuación del desarrollo de la fosa lingual.

Libro 1 Pag. # 40

RADIOGRAFICAMENTE: Se ve como una invaginación piriforme de esmalte

y dentina, con una constricción estrecha en la abertura de la superficie del diente, y muy cercana a la pulpa en su profundidad.

Los residuos de los alimentos pueden quedar retenidos ahí, con producción de caries e infección pulpar, a veces antes de que el diente haya erupcionado del todo, las formas pronunciadas de "dens in dente" presentan una invaginación, que se extiende casi hasta el ápice del diente y esto ofrece un cuadro RADIOGRAFICO muy peculiar, que refleja un claro trastorno de la estructura anatómica y morfológica normal de las piezas.

LA RADIOGRAFIA, nos ayuda considerablemente ya que es posible identificar este defecto, aún antes de que erupcionen los dientes.

Libro 3 Pag. # 134

El nombre de "DENS IN DENTE", deriva del aspecto RADIOGRAFICO, donde puede observarse la invaginación fusiforme delineada por su cobertura radiopaca de esmalte, dando la impresión superficial de un pequeño "diente dentro del otro".

FRECUENCIA DE DENS IN DENTE EN LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES
SEGUN EL DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.

	NUMERO TOTAL DE PACIENTES	CASOS BILATERALES	INCISIVO LATERAL IZQUIERDO	INCISIVO LATERAL DERECHO	INCIDENCIA TOTAL (POR 100)
SHAFER (1953)	2452	19	5	7	1.26
AMOS (1955)	1000	22	17	12	5.10

ESTÁ
TESIS
NO
DEBE
SER
COPADA

DIENTE EVAGINADO (Dens evaginatus).

Anomalia dentaria que se cree que solo afecta a la raza mongólica: Chinos, Japoneses, Filipinos, Esquimales e Indios Americanos.

El doctor Merrill, en 1954 examinó 650 estudiantes secundarios en el Sudeste de Alaska, todos ellos Esquimales e Indios, y encontro la anomalia en 28 de ellos, los estudiantes tenian un total de 85 premolares anomalos.

Libro 4 Pag. # 235

Los dientes pueden presentar contrariamente el caso anterior, EVAGINACIONES DEL ESMALTE, esto consiste en la formación de "tubérculos", los cuáles registran el "corte" de esmalte en forma de V invertida en inferiores.

RADIOGRAFICAMENTE: Se observan los tubérculos de forma cónica y la extensión de la pulpa dentro de los tubérculos se ve con claridad en la RADIOGRAFIA.

La presencia de la anomalia ocasiona problemas clínicos, los tubérculos interfieren con la intercuspación normal de los dientes, y esto conducira al trauma oclusal o a una maloclusión por la abrasión o fractura del tubérculo, que es común, la pulpa puede verse infectada y formar un absceso periapical, quizá como medida preventiva la remoción del tubérculo y el tratamiento endodontico estarian indicados en aquellos pacientes en que LAS RADIOGRAFIAS indique que la pulpa se extiende hasta un punto muy próximo a la superficie.

Libro 3 Pag. #138

RAICES Y TUBERCULOS ACCESORIOS: Es una anomalia poco común y a menudo normal en cuanto a tamaño y forma, se ha sugerido, especulativamente, que su presencia en tales dientes como incisivos y caninos inferiores (dos raíces), premolares y molares (una y hasta dos raíces extras), se asemeja a la condición normalmente presente en primates, pudiendo representar una tendencia activa en el desarrollo dentario.

Ocasionalmente también se desarrollan raíces rudimentarias

con el aspecto de delgadas excrecencias en la zona de bifurcación de los molares, y su mayor tendencia a desarrollarse en este sitio ha sido atribuida también en forma especulativa, a la mayor complejidad de la formación radicular en esta región, las raíces accesorias a menudo adquieren una importancia clínica significativa unicamente durante la extracción del diente o en ocasión del tratamiento del canal radicular.

Libro 1 Pag. 41-42

También se le denomina con el nombre de raíces supernumerarias o adicionales y se le considera como una anomalía del desarrollo que afecta la forma y número de raíces de un diente, ya sea unirradicular o varias raíces como molares, (especialmente terceros molares).

RADIOGRAFICAMENTE: Es de vital importancia el estudio radiográfico en este tipo de anomalía, ya que es el único medio de detectar las raíces accesorias y evitar en casos de extracción fracturas que pudieran complicarnos el tratamiento, al igual para detectar el número de conductos radiculares en el caso de tratamiento endodóntico.

Libro 3 Pag. # 138- 139

TUBERCULOS ACCESORIOS: Microscópicamente, los túbulos dentinales forman ángulos agudos correspondiente al sitio de la dilaceración donde la raíz se dobla abruptamente, otras alteraciones histológicas son el resultado de lesión y muerte odontoblástica, dichas modificaciones incluyen reducción en número y aumento en la irregularidad de los túbulos de dentina formados inmediatamente después del incidente, así como calcificación defectuosa de la dentina, que adopta la forma de los espacios interglobulares.

A pesar de sus raíces anormales, los dientes dilacerados todavía parecen ser capaces de erupcionar subsiguiente. Empero pueden surgir complicaciones durante su extracción especialmente si no se han obtenido RADIOGRAFIAS PRE-OPERATORIAS.

Es por eso la importancia de tomar radiografías de piezas que detectemos anomalías durante la extracción para localizar la

anomalía, y utilizar métodos específicos para el caso y evitar complicaciones.

Libro 4 Pag. # 236

PERLAS ADAMANTINAS: (Cambiada).

Son pequeñas formaciones de esmalte, que se originan en las células de la vaina de Hertwing, se ubica en la superficie del diente en general en la proximidad de las bifurcaciones o trifurcaciones o cuello dentario.

El esmalte anormal, puede presentarse también aislado del normal como ocurre en este caso de las perlas.

Libro 5 Pag. # 33- 34

Estas perlas de esmalte se encuentran continuamente adheridas a la superficie de la raíz del diente, o cerca de la unión amelocementaria, en algunos casos se encuentran unidas a la dentina y en otros al cemento. Las unidas al cemento por lo general se elevan hacia el periodonto, se fusionan a la raíz del diente una vez que esta completo su desarrollo.

Se han encontrado perlas que contienen solo esmalte, otras con esmalte y dentina y otras que incluyen una cámara pulpar conectada con la cámara pulpar central del diente.

El número de perlas factible en un diente ordinario, se limita a una, pero la ocurrencia puede ser múltiple, aunque mas de dos es raro.

RADIOGRAFICAMENTE: Se reconocen por su forma globular y su densidad radiografica similar a la del esmalte, bien definida, y su radiopacidad la del esmalte.

Libro 4 Pag. # 236

La perla adamantina se confunde radiograficamente, con una imagen que producen la bifurcación radicular y la convexidad del piso de la cámara pulpar. En los molares inferiores particularmente los primeros, cuando estos son atravesados oblicuamente, esto es cuando el R.C. (rayo central) tiene dirección disto o mesio radial. El nacimiento de las raíces se registra superpuesto (mayor espesor).

CAPITULO IV

ANOMALIAS DE DESARROLLO O DE CONSTITUCION

Libro 1 Pag. # 55- 56

DENTINOGENESIS IMPERFECTA: Se representa en dos casos que fueron consignados bajo una diversidad de denominaciones, de las cuáles las mas comunes y que hablare de ellas en este caso son:

DENTINA OPALESCENTE HEREDITARIA Y ODONTOGENESIS IMPERFECTA, esté último término sin embargo, es incorrecto, puesto que solo esta alterada la parte mesodérmica del aparato odontógeno, esta anomalía se diferencia de la amelogenesis imperfecta, como lo indica su nombre, en que el defecto es de la dentina y no del esmalte, sin embargo se confunden frecuentemente, esta anomalía es una característica hereditaria dominante que aparentemente no esta ligada al sexo, aparece con igual frecuencia en hombres y mujeres.

Libro 3 Pag. # 169.

Paralelamente con los defectos hereditarios, hay otros que también pueden afectar la formación de esmalte, los relativos a la formación de dentina, estos pueden desarrollarse como una característica aislada en un paciente, que aparte de ello, es normal, o como parte de un transtorno sistémico mas diseminado involucrando otros tejidos conectivos del resto del cuerpo; LA DENTINA OPALESCENTE HEREDITARIA, afecta mas comúnmente los dientes de una persona que no tiene ninguna otra anomalía, y en una considerable proporción de casos, este defecto parece ser transmitido por herencia de un gene autosómico dominante.

Usualmente los términos "Dentinogenesis imperfecta" y "Dentina opalescente hereditaria", son usados indistintivamente, y no cabe duda que es idéntica la histopatología de los dientes afectados.

Libro 1 Pag. # 56

CARACTERISTICA RADIOGRAFICAS DE: (Dentogenesis imperfecta), estos dientes presentan una imagen desusada y patognomónica en la RADIOGRAFIA. La

característica mas notable es la obliteración precoz, parcial o total de las camaras y conductos radicales por la formación continúa de dentina, esto se observa tanto en dientes primarios, como en permanentes, ya que las dos denticiones son afectadas por esta enfermedad, aunque las raíces puedan ser cortas o rotas, el cemento, ligamento periodontal y hueso de soporte tienen aspecto normal, no es raro que en un mismo paciente se observen fracturadas varias raíces de dientes.

Libro 3 Pag. # 171

EL EXAMEN DE LAS RADIOGRAFIAS, tomadas durante la formación de las raíces evidencian que la disminución en el tamaño del canal radicular, ocurre muy tempranamente con el resultado que la camara pulpar, resulta a menudo completamente obliterada, esto sugiere que los odontoblastos poseen un potencial inherente para la producción excesiva de esta dentina deficiente, mas bien que la obliteración de la pulpa ocurre a través del depósito de dentina secundaria (reparadora), y representa una respuesta reactiva al mayor desgaste.

Libro 5 Pag. # 45

ODONTOGENESIS IMPERFECTA (Odontoplasia): Se caracteriza por una hipoplasia marcada, y una hipocalcificación del esmalte y la dentina. El cemento puede tener contenido mineral, pero es bastante mas delgado que lo usual; se desconoce su causa, pueden ser afectados los dientes de ambas denticiones y cuando lo están los dientes primarios, sus sucesores permanentes están predispuestos (proclives), a presentar un estado semejante, casi siempre se afecta mas de un diente y esto tiende a ocurrir en series consecutivas del arco.

Libro 1 Pag. # 59- 60

Es una anomalía dental rara en la cuál uno o varios dientes, de una determinada zona son afectados, de manera bastante desusada. Los dientes superiores están mas afectados que los inferiores, y con mayor frecuencia los dientes anteriores superiores permanentes.

Se cree que tal lesión pueda ser producto de una mutilación genética, aunque también surgió la posibilidad de que se trata de un virus latente, alojado en el epitelio odontogénico que posteriormente se activa durante el desarrollo del diente.

El brote de estos dientes con odontodisplasia, se produce con retardo o no se produce, la forma dental sufre una marcada alteración; por lo general su aspecto es muy irregular, con frecuentes evidencias de mineralización defectuosa.

LAS RADIOGRAFIAS: Son particularmente características, y revelan una notable disminución de la RADIODENSIDAD, de manera que los dientes adquieren aspecto "FANTASMAL" (es por eso que también se les llama "dientes fantasmas"), el esmalte y la dentina se observan radiográficamente muy delgados y las cámaras pulpares excesivamente grandes, la capa adamantina no suele observarse.

Libro 1 Pag. # 48

AMELOGENESIS IMPERFECTA: ó (Displasia adamantina hereditaria); también llamada esmalte pardo hereditario, dientes opalescentes hereditarios pardos y displasia hereditaria del esmalte, diferentes nombres que se le dan a este tipo de anomalía.

Libro 3 Pag. # 155

La amelogenesis imperfecta, es un estado con extensas anomalías en la formación del esmalte, se reconocen varios patrones clínicos y es probable que cada uno represente un defecto genético y enzimático diferente.

Libro 1 Pag. # 48.

LA AMELOGENESIS IMPERFECTA: Abarca un número de anomalías estructurales del esmalte, que se originan en alguna difusión del órgano del esmalte, es por entero un trastorno ectodérmico, puesto que los componentes mesodérmicos del esmalte son normales, la formación del esmalte normal se hace en dos periodos:

FORMATIVO: En el cuál hay depósito de matriz orgánica y el de MADURACION, en el cuál esta matriz es desmineralizada por lo consiguiente existen dos tipos de amelogenesis imperfecta que son:

- 1.- HIPOPLASIA ADAMANTINA: En la cuál se forma una matriz defectuosa.
- 2.- HIPOCALCIFICACION ADAMANTINA: (Hipomineralización), en la cuál se produce la mineralización defectuosa de la matriz formada.

En la RADIOGRAFIA, el esmalte defectuoso puede aparecer como una capa extremadamente fina o como múltiples hileras de excavaciones horizontales y a menudo contrasta llamativamente con el esmalte normal mas cervicalmente ubicado.

Libro 2 Pag. # 260

HIPOCALCIFICACION ADAMANTINA, del esmalte, es mas frecuente que la hipoplasia aunque los dientes suelen ser de forma normal al producirse la erupción, poco después cambian de color con las zonas blancas de cal, amarillas o pardas, los dientes son mas sensibles a la abración y el esmalte muchas veces se desprende dejando zonas de dentina expuesta, que rapidamente cambian de color.

RADIOGRAFICAMENTE: El esmalte parece casi no existir por la disminución del contenido mineral, y la consiguiente perdida de su densidad radiográfica.

LA HIPLASIA GENERALIZADA DEL ESMALTE, es una forma de la enfermedad en la cuál herencia sigue un patrón dominante unido al sexo; aún cuando esto no es una regla invariable. Los defectos en esmalte involucran, por lo común, la totalidad de las coronas de todos los dientes, tanto desiduos como permanentes.

HIPOPLASIA LOCALIZADA DEL ESMALTE, representa un subgrupo principal adicional de la amelogenesis imperfecta, la herencia sigue un patrón dominante autosómico, aún cuando el grado de penetración es incompleto y la expresibilidad generalmente variable.

La anomalía genética que provoca esta lesión actúa, al parecer, únicamente durante el periodo temprano de la formación del

diente, dado que el esmalte que se forma después de 12 a 18 meses es relativamente normal.

El número y extensión de los dientes afectados corresponden directamente con la duración del factor casula. Por lo tanto la condición es activa IN UTERO.

Libro 3 Pag. # 158

Durante el primer año aproximadamente después del nacimiento la totalidad de las coronas de la dentición decidua, resulta afectada conjuntamente con la porción oclusal de los dientes permanentes que se desarrollo poco después del nacimiento.

RADIOGRAFICAMENTE: El esmalte defectuoso aparece como mellado y "apolillado", y su radiopacidad a menudo se asemeja a la de la dentina subyacente de modo que puede resultar imposible establecer una neta distinción entre ellas.

CAPITULO V

ANOMALIAS DE SITIO

Libro 5 Pag. # 56

Un diente en mal posición, es aquel desubicado de su sitio normal, estos dientes erupcionados se evalúan mejor por medio de un examen clínico, pero los no erupcionados solo se detectan y observan mediante el examen radiográfico.

Los dientes retenidos son los que no erupcionaron y permanecen completamente o parcialmente, cubiertos por hueso o tejidos blandos, los retenidos por contacto contra otros dientes erupcionados o en el curso de su erupción, se denominan dientes impactados.

Libro 1 Pag. # 65-67

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

DANCHI Y HOWELL: Realizaron un estudio en el cual encontraron que el 37% de los terceros molares inferiores retenidos y el 15% de los terceros molares superiores retenidos, presentaban una zona radiolúcida sobre la corona alrededor del 10% de estas imágenes radiolúcidas eran de un tamaño tal que se podrían considerar como quistes dentígenos; además se observó la presencia de ameloblastomas en la pared de estos quistes.

Algunas veces los dientes retenidos se dejan "IN SITU", se resorben, no se conoce la razón, porque unos dientes se resorben y otros no, el proceso comienza por la corona del diente y destruye esmalte y dentina, así como cemento que se reemplazan por hueso.

Desde el punto de vista RADIOGRAFICO, la resorción incipiente se asemeja a una caries de la corona y con frecuencia ha sido equivocadamente denominada caries del diente retenido. Es obvio que la presencia de caries es imposible en dientes completamente retenidos.

Libro 5 Pag. # 56

Las causas de los dientes no erupcionados son numerosas, por lo general se cuenta la falta de espacio, la obstrucción por quistes,

tumores, dientes supernumerarios y primarios, infección y traumatismos, condiciones anormales que afectan a los maxilares y dientes y enfermedades sistémicas.

El caso mas común de no erupción es la carencia de espacio, respecto a la MIGRACION DENTARIA.

Libro 5 Pag. # 56

Por la MIGRACION DENTARIA, un diente no erupcionado, puede asumir en ocasiones una ubicación que este a cierta distancia de su lugar de origen.

Los dientes afectados mas comúnmente, son los segundos premolares, caninos y los terceros molares, el movimiento del diente ocurre en dirección de la corona y por lo general tiene lugar mayor cantidad de movimiento, antes del desarrollo completo de la raíz dentaria o a edad temprana, no obstante en casos mas raros un diente retenido que no mostro tendencia a moverse por muchos años puede comenzar a hacerlo otra vez.

Los dientes retenidos superiores, rara vez migran a distancias tan grandes como los dientes inferiores, ya que su movimiento es obstruido con rapidez por las raíces de los dientes erupcionados, o por el seno maxilar, la sutura media del maxilar también sirve para retenerlos y un canino retenido a menudo la alcanza pero nunca pasara al lado opuesto.

Una excepción a la regla de que la migración de los dientes superiores, se produce en distancias mas pequeñas que la de los inferiores, es el tercer molar superior, que cuando se invierte puede migrar hacia arriba hasta llegar al piso de la órbita y su presencia quizás recién se descubra, por una radiografía del seno maxilar o la de cabezal.

Libro 2 Pag. # 254

VARIACIONES DE POSICION Y SITIO: Estos defectos del desarrollo, resultan de transposición local o rotación de los dientes, los dos procesos se presentan frecuentemente juntos, como los dientes supernumerarios afectan

en general las regiones anteriores de los maxilares, no es raro encontrar transposición de los dos incisivos superiores, con el segundo incisivo en posición media, es algo menos frecuente la transposición del segundo incisivo y del canino y premolares, a veces existe rotación de 180° en uno de los dientes que sufre transposición.

Una de las características poco comunes de transposición o rotación de los dientes, es que la anomalía tiende a ser bilateral, no se pudo demostrar herencia directa en ninguno de los pacientes estudiados en este caso, tampoco se observaron estas anomalías en los dientes primarios.

Libro 2 Pag. # 254

Las variaciones de la forma y volumen de los dientes, no son raras, la microdoncia general se observa mas frecuentemente que la macrodoncia, suele haber una relación desproporcionada entre los volúmenes de los dientes y los del maxilar, la consecuencia puede ser problemas periodontales y ortodonticos.

Libro 4 Pags. #226,227,228

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Durante la evolución dentaria la radiografía, constituye el único medio para determinar la presencia del germen permanente, para su examen y para control de la erupción.

Los signos RADIOGRAFICOS, que permiten controlar la erupción son: Dirección del germen, espesor (ancho) de la lámina dura, espacio periodontico y grado comparativo de desarrollo.

La posición del germen (en el espacio), indica su dirección, la dirección anormal del germen puede tener como consecuencia: Resorción incompleta del temporario, migración ósea, o sea el desplazamiento del diente desde el lugar de su formación a otro mas o menos distanciado.

CASOS CLINICOS.

C A S O # 1

ANOMALIA DE NUMERO

Diente supernumerario " MESIODENS" ANOMALIA: en la cual en el maxilar superior los MEDIODENS, se localizan cerca de la línea media y casi siempre están por detrás de los incisivos, centrales superiores normales, muchos de ellos por consiguiente -- son sobrepasados por los incisivos permanentes que pueden así -- erupcionar en condiciones normales dentro del arco.

Algunas de las complicaciones que se manifiestan radiográficamente en los "mesiodens", son los que aparecen en la región de los incisivos inferiores, por lo general se parecen tanto a los incisivos normales que es difícil distinguirlos de ellos.

SEXO: masculino.

EDAD: cuatro años

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El niño llega al consultorio acompañado de su mamá la cual nos refiere que quiere que se le practique un examen Radiográfico para ver como se encuentran los dientes en la cavidad oral y la posición de los germenos que erupcionarán más tarde.

EXAMEN RADIOGRAFICO:

Se procede a tomar estudio radiográfico y al analizar la radiografía periapical de la región anterior superior se observa que el supernumerario (" mesiodens") ocupa el lugar del central derecho primario.

EXAMEN CLINICO:

Se observa: erupción del incisivo lateral derecho erupción del supernumerario ("mesiodens") incisivo central derecho, erupción del incisivo central izquierdo y presencia de incisivo lateral izquierdo se observa la ausencia de erupción de ambos caninos pero si se marca la protuberancia de las estructuras ocias,

debido a la presencia de los germenos a erupcionar los tejidos blandos se observan de apariencia normal.

También se observa mecialización de lós incisivos central y lateral izquierdos.

DIAGNOSTICO:

ANOMALIA DE NUMERO, diente supernumerario denominado " MESIODENS " - debido a la situación que guarda en la cavidad oral.

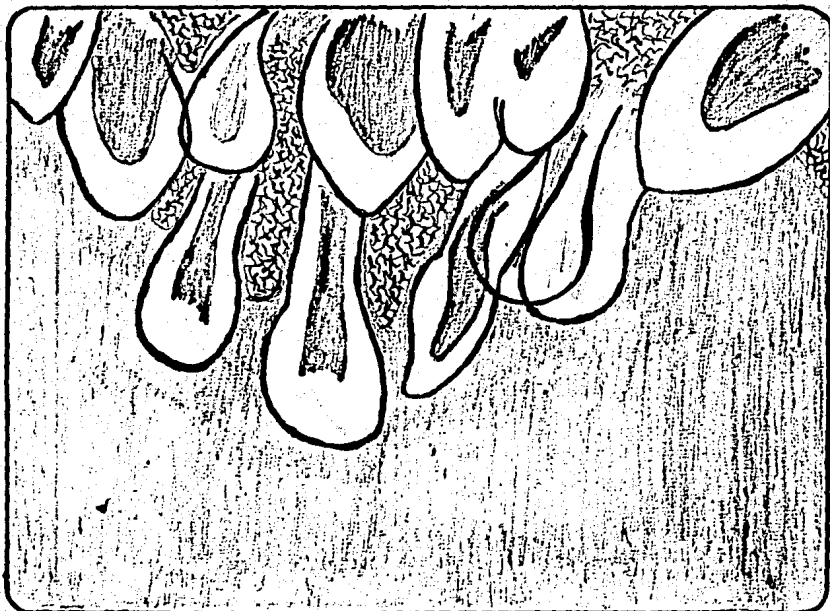
TRATAMIENTO:

Se procede a la extracción del diente supernumerario (" mesiodens "), erupcionado.

Se tuvo en observación durante tres meses con chequeos mensuales y erupcionó el primario central normalmente.

Se checa reabsorción radicular en base a su colateral.

RADIOGRAFIA DEL CASO



C A S O # 2

ANOMALIA DE FORMA

FUSION

ANOMALIA, en la cuál la unificación de dos ó más dientes demostrando unión dentinaria, este proceso puede dividirse en dos -- subcategorías que son:

FUSION FALSA Y FUSION VERDADERA, en el caso de FUSION FALSA, -- cada unidad dental tiene una cavidad pulpar diferente y separada y un conducto pulpar diferente y separado, en la FUSION VERDADERA, las unidades dentales tienen una camar pulpar común. la cavidad pulpar puede ser mayor que de ordinario como es este caso a tratar. Como otras anomalías dentales, la fusión tiene lugar más frecuentemente en el segmento anterior de la boca, generalmente afectando un diente normal y un supernumerario pequeño.

Por lo tanto debemos realizar una adecuada técnica radiográfica para distinguir, diagnosticar y diferenciar entre una fusión verdadera ó una fusión falsa para esto es necesario obtener un negativo muy nítido y un adecuado procedimiento de revelado para localizar las estructures que integran este tipo de anomalías, también es muy importante aplicar una angulación exacta para que no existan interposiciones y podamos confundirlos en el diagnóstico.

NOMBRE: masculino

EDAD: ocho años

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Vino a revisión normal de los seis meses al tomar radiografías de rutina se encontró la anomalía. debido a que no se observe ninguna patología como formaciones quísticas ó dientes retenidos no se hizo absolutamente nada.

EXAMEN RADIOGRAFICO:

Se procede a tomar estudio radiográfico y al analizar la radiografía periapical de la región anterior superior - se observa la anomalía la cual se refiere al tipo de fusión verdadera ya que podemos ver que los dos dientes fusionados tienen una cámara pulpar común.

EXAMEN CLINICO:

Se observan erupcionados los incisivos centrales inferiores, incisivos laterales inferiores en donde podemos observar que el incisivo lateral izquierdo se encuentra con giroversión y el canino primario izquierdo se encuentra veg tibulizado, también presencia del canino primario derecho - primeros molares inferiores erupcionados y presencia de los germen~~e~~s por erupcionar, debido a su marcada protuberancia_osea bajo la encía de los primeros premolares,

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Estructuras oseas: traveculado oseo normal (nitido) - un poco de reabsorción en las crestas alveolares.

Parodonto aparentemente normal.

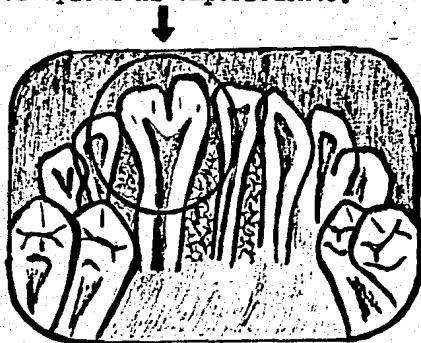
DIAGNOSTICO:

ANOMALIA DE FORMA denominada FUSION VERDADERA; en la cual - se realiza la union del desarrollo de dos dientes por medio de la dentina y algun otro tejido dentario los cuales tienen una cámara pulpar y un conducto radicular común.

TRATAMIENTO:

No se realizo ningun tratamiento debido a que no se -- observó ninguna patología a nivel apical ni emperiodonto.

RADIOGRAFIA DEL CASO:



C A S O # 3

ANOMALIA DE NUMERO

AUSENCIA CONGENITA BILATERAL

Este tipo de anomalia pertenece a anomalias de número que se puede clasificar como anodoncia que incumbe en el caso de la reducción del número de dientes en la cavidad oral, este tipo de anomalía afecta varios dientes o dos -- dientes colaterales es una anomalía más bien común aunque se desconoce la etiología de la ausencia aislada de dientes en muchos casos muestra tendencia familiar.

Es consecuencia del no desarrollo de dos dientes o varios de ellos colateralmente dentro de una dentición, de otro modo normal y así siempre involucra a los dientes permanentes.

NOMBRE: Victor Uribe Fox

SEXO: masculino

EDAD: once años

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Se presenta el paciente por problemas de apifonamiento superior anterior. al tomar radiografía para la evaluación del apifonamiento, observamos la ausencia congénita de los segundos premolares inferiores.

EXAMEN RADIOGRAFICO:

Se procede a tomar estudio radiografico y en la radiografía periapical de la region posterior inferior encontramos la presencia del primer premolar, primer molar y la presencia del segundo molar ya por erupcionar todos permanentes también observamos la presencia del primer molar primario y la ausencia del germen del segundo premolar permanente en forma bilateral.

EXAMEN CLINICO:

Se observan erupcionados el primer premolar inferior el primer molar primario, el primer molar permanente en la región del segundo molar se observa la protuberancia osea a travez de la encia de la presencia del segundo molar permanente por erupcionar. La encia se encuentra en su estado normal.

DIAGNOSTICO:

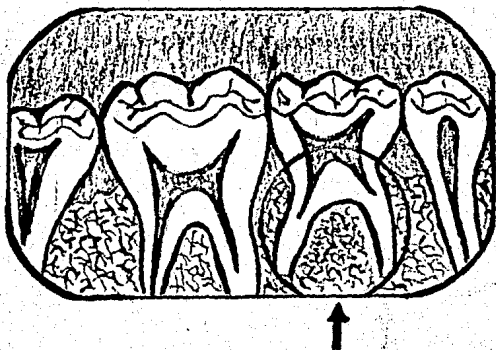
Ausencia congenita bilateral de segundos premolares inferiores es una anomalia de numero ANODONCIA.

TRATAMIENTO:

Se realizo tratamiento de ortodoncia ya que pudiendo ser un caso sencillo de ortodoncia sin extracción se combirtio en un caso en el cual se realizaron cuatro extracciones.

Se extrajeron los dos primeros premolares superiores y los dos segundos molares temporales inferiores.

RADIOGRAFIA DEL CASO:



CONCLUSIONES

En el transcurso de la realización de esta tesis, pude darme cuenta que existe un 30% de todas las anomalías dentarias, en general que se pueden presentar con mas frecuencia en la cavidad oral, pero que muchas veces son identificadas exclusivamente por medio de los RX, ante un negativo radiográfico, aunque es muy valioso el examen clínico en los casos que se pueden detectar.

Entre las anomalías dentarias que con mas frecuencia encuentre, es la de los "mesiodens", que se clasifica dentro de las anomalías del número, como son los dientes "supernumerarios", y la de menos frecuencia, entre esta misma clasificación fue la de los "paramolares", ya que no son muy frecuentes.

Entre las anomalías de desarrollo que encuentre, fue un caso de dentinogénesis y otro de amelogénesis imperfecta, y pude observar la gran diferencia radiofráfica que existe entre ambas.

Es por eso la importancia de saber los signos radiográficos de estas anomalías, mas frecuentes en la cavidad oral, para obtener un diagnóstico presuntivo favorable.

BIBLIOGRAFIA

RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

Recaredo Gómez Mattaldi.
Tercera edición.
Editorial Mundí.
Año 1979.
Paginas 230 a 240 y 226 a 229

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Edgar C. Stafine, Joseph A. Gibilisco.
Cuarta edición en inglés, primera
edición en español.
Editorial Argentina Médica Panamericana.
Año 1978.
Paginas 28 a 33 y 34 a 48

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

William G. Shafer.
Tercera edición.
Editorial, nueva editorial Interamericana,
S.A. de C.V.
Año 1977.
Paginas 35 a 65

MEDICINA BUCAL

Dr. Malcolm A. Linch.
Séptima edición (en español tercera edición)
Año 1977.
Paginas 252 a 260

PATOLOGIA BUCAL

J. D. Spoze.
Primera edición.
Editorial Mundí.
Año 1977.
Paginas 125 a 171