

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOPEDIATRIA

Cirujana Dentista  
Susana Pérez Tello Verdín.

// INDICE DE ANOMALIAS DENTARIAS EN NIÑOS  
DEL 90. SEMINARIO //

MEXICO, D.F. JUNIO 1992

YESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

# I N D I C E

	No. de Página
<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>3</b>
<b>MATERIAL Y METODO</b>	<b>4</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>4</b>
<b>ANOMALIA DENTARIA DE TAMAÑO</b>	
MICRODONCIA	5
MACRODONCIA	7
MICRORRIZOSIS	9
RIZOMEGALIA	9
<b>ANOMALIA DENTARIA DE NUMERO</b>	
NATAL	10
NEONATAL	10
ANODONCIA	13
SUPERNUMERARIO	15

**ANOMALIA DENTARIA DE FORMA**

**MORFODIFERENCIACION**

FUSION	17
GEMINACION	19
CONCRESCENCIA	20
CUSPIDE EN GARRA	20
DILACERACION	21
DIENTES DE HUTCHINSON	22
DIENTES CONCOIDEOS	23
ODONTODISPLASIA	23

**HISTODIFERENCIACION**

AMELOGENESIS IMPERFECTA	24
APLASIA DE ESMALTE Y DENTINA	27

**ANOMALIA DENTARIA DE COLOR**

DENTINOGENESIS IMPERFECTA	28
FLUOROSIS DENTAL	29
PIGMENTACION POR TETRACICLINAS	31

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>33</b>
---------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>36</b>
---------------------	-----------

## ANOMALIAS DENTARIAS

### INTRODUCCION

Dentro de la atención integral de los programas de asistencia dental del niño y del adolescente, es fundamental el conocimiento del desarrollo y crecimiento de los dientes y los maxilares, además del diagnóstico y tratamiento precoz de sus alteraciones. Una atención oportuna de las anomalías dentarias posibilita con frecuencia su corrección con medidas mucho menos complicadas que las que se necesitarían para tratar esos mismos trastornos en el desarrollo completo.

Para poder diagnosticar una anomalía, hay que considerar los márgenes de normalidad con el conocimiento previo de la embriología. Al respecto comentaremos brevemente que alrededor de la sexta semana de la vida intrauterina, el epitelio bucal se invagina hacia el corion, formando el gérmen dentario, en la etapa de proliferación se forma el órgano del esmalte. Se pasa la etapa de histodiferenciación, formándose los ameloblastos por un lado y por el otro los odontoblastos para formar el esmalte y dentina

respectivamente. En la etapa de morfodiferenciación se promueve el crecimiento del diente, después el período de aposición y calcificación subsecuente que culminará en el proceso de la erupción.

Partiendo de esta base se describirá la clasificación de diferentes autores, su diagnóstico y el manejo actual de las anomalías dentarias en niños, tema de gran importancia en la Odontopediatría.

**OBJETIVOS**

- 1.- Reconocer las anomalías dentarias más frecuentes en una población del servicio de Odontopediatría en un lapso de 2 meses.
  
- 2.- Describir las principales anomalías dentarias encontradas clínica y radiológicamente y documentarlas.
  
- 3.- Obtener una clasificación práctica que describa claramente las anomalías dentarias en niños.
  
- 4.- Propuesta para mejorar el primer nivel de diagnóstico y promover así la atención temprana.

## MATERIAL Y METODO

En el servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se examinó una muestra de 140 pacientes para detectar el porcentaje de anomalías dentarias en esta población de niños, determinando el promedio de niños y niñas afectados.

La caracterización de las anomalías fue de índole clínica y radiológica.

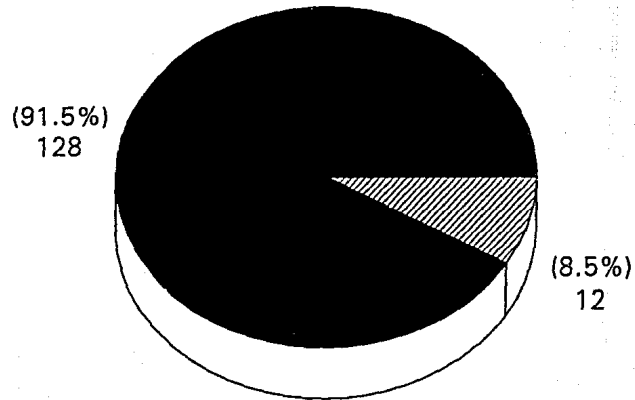
## RESULTADOS

Se examinó una muestra de 140 pacientes, con un rango de edad de 1 año 8 meses a 9 años, donde se encontraron 12 casos de anomalías dentarias (8.5%), 35% en niños y 65% en niñas, con una media de 5.4 años. Las anomalías dentarias encontradas fueron de número y forma: como fusión, geminación, concrescencia, supernumerario, natal y dientes en forma de clavija o destornillador.



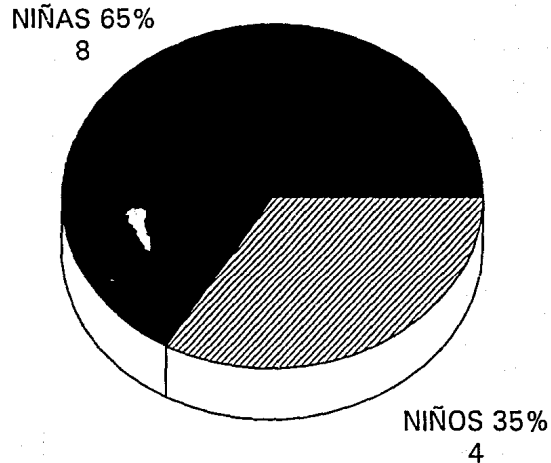
# ANOMALIAS DENTARIAS

N = 140

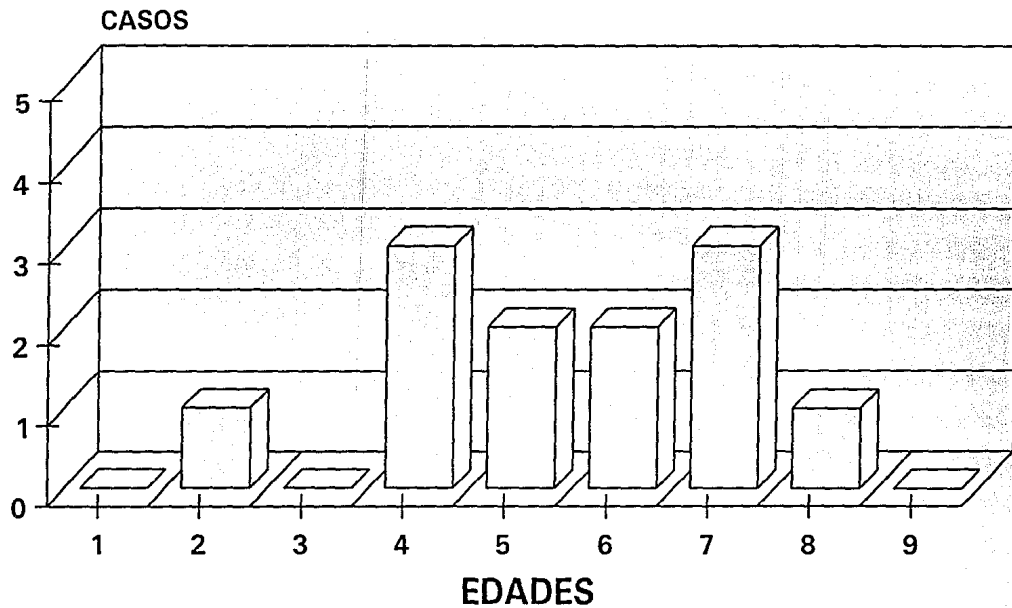


# ANOMALIAS DENTARIAS

Distribución por sexo



# ANOMALIAS DENTARIAS



Series 1

# ANOMALIAS DENTARIAS

## TIPO DE ANOMALIAS ENCONTRADAS

TIPO DE ANOMALIA	CASOS
FUSION	6
GEMINACION	3
SUPERNUMERARIO	1
NATAL	1
DIENTES EN DESTORNILLADOR	1
TOTAL	12

Las anomalías dentarias se pueden clasificar según se afecte el tamaño, el número, la forma y el color.

#### ANOMALIAS DENTARIAS DE TAMAÑO

Las anomalías dentarias de tamaño se clasifican en Microdoncia, Macrodoncia, Microrrizosis y Rizomegalia.

**MICRODONCIA.-** El tamaño de un diente se considera anormal, cuando sus dimensiones son menores de la desviación estandar.

Los trastornos del tamaño pueden afectar la totalidad del diente o la raíz, y ser locales o generales.

Existen tres tipos de Microdoncia:

- 1.- Generalizada Verdadera
- 2.- Generalizada Relativa
- 3.- En la que se afecta un sólo diente

**Microdoncia Generalizada Verdadera**

Todos los dientes son más pequeños de lo normal. Es una enfermedad rara. Los dientes no están bien formados y son pequeños. Está asociada a varias enfermedades como displasia ectodérmica, síndrome de Down y al hipopituitarismo congénito.

**Microdoncia Generalizada Relativa**

Presentan dientes normales o un poco más pequeños de lo normal en maxilares, que son un poco más grandes de lo normal y simula microdoncia verdadera. Es un problema de tipo genético ya que se puede heredar el maxilar grande de un padre y los dientes pequeños del otro.

**Microdoncia que afecta un sólo diente o local**

Alteración frecuente en incisivo lateral superior permanente y tercer molar.

Al incisivo lateral se le conoce como lateral de clavija por su forma. La superficie mesial y distal se unen en incisal dando la forma de clavija o de cono. La raíz es corta.

La microdoncia en anteriores crea problemas estéticos.

Se tienen que valorar las características del diente y tamaño de la raíz para un tratamiento adecuado como una resina, una corona o incluso la extracción para cerrar el espacio del diente. (ver tabla)

#### **MACRODONCIA.-**

Es lo opuesto de la Microdoncia, se refiere al tamaño mayor de los dientes normales.

Se clasifica en tres tipos:

- 1.- Generalizada Verdadera
- 2.- Generalizada Relativa
- 3.- Que afecta a un sólo diente

## ANOMALIAS DENTARIAS

TAMAÑO	NUMERO	FORMA	COLOR
MICRODONCIA	NATAL	MORFODIFERENCIACION	DENTINOGENESIS IMPERFECTA
MACRODONCIA	NEONATAL	FUSION	FLUOROSIS DENTAL
MICRORIZOSIS	ANODONCIA	GEMINACION	PIGMENTACION POR TETRACICLINA
RIZOMEGALIA	OLIGODONCIA SUPERNUMERARIO	CONCRESCENCIA CUSPIDE EN GARRA DILACERACION DIENTES DE HUTCHINSON DIENTES CONCOIDEOS ODONTODISPLASIA  HISTODIFERENCIACION AMELOGENESIS IMPERFECTA APLASIA DE ESMALTE Y DENTINA	



**Macrodoncia Generalizada Verdadera**

Enfermedad muy rara que se asocia al gigantismo. Se presenta en todos los dientes, el tamaño es mayor de lo normal.

**Macrodoncia Generalizada Relativa**

Se presenta en maxilares pequeños, en donde los dientes son normales o un poco más grandes, dando la apariencia de macrodoncia, es una enfermedad en donde interviene la herencia.

**Macrodoncia que afecta a un sólo diente**

Es rara y su etiología se desconoce. Debe de hacerse la diferencia entre macrodoncia local y la fusión. La unión de dos o más dientes originan un diente grande único.

La microdoncia local se puede observar en casos de hemihipertrofia de la cara, donde los dientes del lado afectado pueden ser un poco más grandes que los del lado no afectado.

**MICRORRIZOSIS**

La longitud de la raíz es más corta que la altura de la corona. Se presenta en forma generalizada y local.

**Generalizada**

Esta anomalía se observa en osteopetrosis y en la displasia dentinaria.

**Local**

Se manifiesta en traumatismos, problemas pulpares o radiación durante el desarrollo radicular y como resultado de reabsorciones. Puede presentarse por herencia, afectando los incisivos centrales superiores y segundos premolares, afectando más a niñas que a niños.

**RIZOMEGALIA**

Son raíces normalmente largas que afecta principalmente a los caninos permanentes.

## ANOMALIAS DE NUMERO

Al hablar de anomalías dentarias de número, existen en la literatura diferentes formas de llamar a los dientes que presentan los recién nacidos como son "dientes natales y neonatales", como los denomina Thomas K. Barber. "Connatal y neonatal" según Bengt O. Magnusson y "dentición predecidua" como lo nombra Shafer.

Lo cierto es que estos dientes deberían denominarse natal y neonatal.

### Natal

Es aquel diente que se presenta en la cavidad bucal al nacimiento, en tanto que los dientes Neonatales hacen su erupción durante el primer mes de vida.

Los dientes erupcionados precozmente son los incisivos centrales superiores, casi siempre bilateral y simétricamente. Pero puede suceder que un niño presente un diente natal y posteriormente otro neonatal. También existen casos reportados de dientes natales de incisivos centrales inferiores, molares, un caso de canino inferior y segundo molar superior.

Estos dientes natales y neonatales pueden presentar su estructura y forma normales, pero con frecuencia tienen alteraciones.

La corona puede ser menor de lo habitual, mostrar hipoplasia, rugosidades en la superficie del esmalte o manchas amarillentas, grisáceas o parduscas, no presentan raíces por eso el diente presenta una movilidad marcada y parece estar poco fijo a los tejidos blandos.

La hipomineralización de la totalidad de la corona puede deberse a un aporte insuficiente de sangre al epitelio de un gérmen dentario que se encuentra superficialmente.

La etiología no se conoce con certeza, pero existe un fondo hereditario. La erupción precoz parece guardar relación con la posición superficial del gérmen dentario. También se piensa que surjan, ya sea de una yema accesoria de la lámina dental localizada adelante de la yema decidua. Sin duda sólo representan un quiste de la lámina dental del recién nacido, este quiste se presenta por arriba de la cresta del reborde, que es de color blanco y se consolida con queratina, de manera que parece tener forma de cuerno, que se puede retirar con facilidad.

Los dientes natales se presentan en algunos síndromes como la displasia condroectodérmica (Ellis-VanCreveld), la oculomandibulo discefalia (Hallermann-Streiff y Weyers-Fülling) y la paquioniquia congénita (Jadasohn-Lewandowsky).

Los síntomas de los dientes natales consiste en gingivitis, gran movilidad dentaria que molesta al niño para su alimentación, ulceraciones en lengua por el roce incisal del diente.

Por su gran movilidad a veces, sólo se exfolian; pero existe el riesgo de aspiración. También existen malestares y lesiones a la madre en las mamas durante la lactancia.

Los dientes natales y neonatales deben extraerse cuando se encuentran lo suficientemente móviles para evitar los problemas anteriores, incluso porque interfiere en su alimentación.

Debemos de tener mucho cuidado cuando un diente natal o neonatal sea de la dentición primaria, ya que en estos casos no se extraen.

Cuando se hace la extracción se debe de esperar a que el lactante tenga de 10 a 14 días de edad, para que la flora intestinal produzca vitamina k, y tenga niveles adecuados de protrombina.

La extracción es sencilla por la gran movilidad del diente.

Antiguamente los dientes natales generaban supersticiones. En el Occidente se consideraba un signo de buena suerte, pero en algunos países del este europeo se les asignaba como premonición diabólica.

## **ANODONCIA**

Se clasifica en: Anodoncia Verdadera o ausencia congénita de los dientes que puede ser de dos tipos: total o parcial.

La Anodoncia inducida o falsa o pseudoanodoncia.

### **Anodoncia Verdadera Total**

Es aquella en la cual faltan todos los dientes, puede afectar tanto a la dentición decidua como a la permanente.

Es una alteración rara, suele asociarse a un trastorno como la displasia ectodérmica hereditaria, hipotricosis, anhidrosis y asteatosis.

La ausencia de dientes predispone al niño a una falta de desarrollo de los procesos alveolares y la construcción de prótesis es muy difícil. El desarrollo de la mandíbula ocurre de manera esencialmente normal.

#### **Anodoncia Parcial Verdadera (Hipodoncia u Oligodoncia)**

La ausencia congénita de un germen dentario o aplasia da lugar a una hipodoncia. Afecta a uno o más dientes y es un trastorno frecuente, aunque cualquier diente puede estar ausente congénitamente, algunos tienen más predisposición que otros.

Es frecuente la ausencia de los incisivos laterales superiores y los segundos premolares. A menudo la ausencia es bilateral. No existe una prevalencia entre niños y niñas.

La aplasia de un incisivo de dentición primaria suele ir acompañada de aplasia del sucesor permanente, pero también de una mayor prevalencia en otros zonas.

La etiología de la Anodoncia se desconoce, pero muchas veces hay tendencia familiar.

En el caso de los terceros molares ausentes se explica por la tendencia evolutiva, a la menor cantidad de dientes debido a la alimentación actual.

Existen niños a quienes les faltan dientes de uno o de ambos cuadrantes del mismo lado, debido a que recibieron radiación en la cara a edad temprana. Los gérmenes dentales son muy sensibles a los rayos X y pueden ser destruidos por completo, incluso con dosis relativamente bajas. Los rayos X pueden detener el desarrollo de los dientes ya formados y parcialmente calcificados.

LA ANODONCIA INDUCIDA O FALSA es resultado de la extracción de todos los dientes, se aplica el término pseudoanodoncia a los dientes múltiples sin erupcionar.

#### **SUPERNUMERARIO**

Los dientes supernumerarios son aquellos que se encuentran alterando el número normal de la dentición, ya sea primaria o permanente. Pueden ser únicos o múltiples.

Se piensa que los supernumerarios se desarrollan a partir de un tercer germen que surge de la lámina cercana al germen dental permanente o posiblemente de la división de éste.



En algunos casos parece que hay tendencia hereditaria a desarrollar dientes supernumerarios.

Se pueden encontrar en cualquier sitio de la boca, pero la mayoría se ubica en la línea media del maxilar entre los incisivos centrales conocido como mesiodens, en zona de los premolares inferiores y en la zona posterior a los terceros molares aparecen los cuartos molares superiores.

Los mesiodens se presentan aislados o en pares, erupcionados o retenidos, incluso hasta invertidos con la raíz hacia incisal siendo un diente pequeño con corona en forma de cono y raíz corta.

Los dientes supernumerarios anteriores están ubicados hacia palatino de las raíces temporarias y en una posición que impide la erupción correcta de los incisivos central y lateral, incluso puede condicionar retraso en la erupción, reabsorción de raíces adyacentes y dar lugar a quistes foliculares.

Los dientes supernumerarios en la dentición primaria son menos frecuentes que en la dentición permanente. Se presenta más en hombres que en mujeres.

La mayoría de los supernumerarios deben ser extraídos.

## ANOMALIAS DE FORMA

Las anomalías de forma se clasifican en dos grupos morfodiferenciación e histodiferenciación.

### MORFODIFERENCIACION

En donde se encuentran la Fusión, Geminación, Concrecencia, Cúspide en forma de garra, Dilaceración, Dientes de Hutchinson, Dientes concoideos y Odontodisplasia.

#### FUSION

Es la unión del esmalte y dentina de dos o más dientes normales. Produce una reducción del número de dientes en la arcada dentaria.

La fusión surge a través de la unión de dos gérmenes dentales normalmente separados. Existe tendencia hereditaria.

La fusión puede ser completa o incompleta. Se piensa que algunas fuerzas o presión física produce el contacto de dientes en

desarrollo y su fusión subsecuente. Si este contacto se produce oportunamente antes de iniciar la calcificación, los dientes pueden unirse para formar un sólo diente grande. Si el contacto con los dientes ocurre más tarde, cuando una porción de la corona dental ha completado su formación pueden unirse sólo las raíces.

En los casos de fusión verdadera la dentina siempre se junta, el diente puede tener conductos radiculares separados o unidos.

La fusión es más común en la dentición decidua que en la permanente.

Es más frecuente la caries en la línea de unión de las coronas, necesitando una restauración.

La mayoría de las fusiones en la dentición decidua se presenta principalmente en mandíbula, pero puede haber en maxilar. En dentición permanente se manifiesta en ambas arcadas y la fusión en molares y premolares llega a ser muy rara.

No existe prevalencia por sexo.

La fusión provoca un retraso en la erupción del sucesor permanente o puede ir acompañada de aplasia del diente sucedáneo.

Cuando se presentan en zona anterior provoca problemas estéticos .

El tratamiento para mejorar la estética consiste en reducir el ataque carioso, la restauración con resinas o coronas, para evitar la retención de placa..

#### GEMINACION

Son anomalías que surgen al tratar de dividirse por medio de una invaginación incompleta de dos dientes. Suele ser una estructura con dos coronas completa o incompletamente separadas que tienen una sóla raíz y un sólo canal radicular. La corona es más ancha de lo normal con un surco poco profundo.

Se observa en las dos denticiones pero más frecuente en la dentición primaria y en algunos casos hay tendencia hereditaria.

Las geminaciones son más raras que las fusiones.

Existe también un retraso en la erupción de dientes permanentes en la geminación.

El tratamiento consiste en la reducción del diámetro mesiodistal del diente para permitir el desarrollo normal de la oclusión.

### **CONCRESCENCIA**

Es la unión de dos dientes unidos únicamente por cemento, se presenta cuando se ha completado la formación de la raíz. Las dos raíces están en contacto y se fusionan por el depósito de cemento entre ambos dientes.

Se puede presentar la concrecencia antes o después de que han brotado los dientes. Suele afectar sólo a dos dientes. Esta anomalía puede deberse al apiñamiento o dislocación de los gérmenes dentarios durante la formación radicular y se observa ocasionalmente en la zona del segundo y tercer molar del maxilar en adolescentes.

### **CUSPIDE EN GARRA**

Es una estructura anómala semejante a una garra de águila; se manifiesta lingualmente desde el cingulo de un incisivo permanente

maxilar o mandibular. Esta cúspide se une ligeramente al diente. Se compone de esmalte y dentina normal y tejido pulpar.

Los problemas son estéticos, caries y maloclusión.

Para evitar la caries se recomienda la restauración de la ranura.

Es una anomalía bastante rara.

No existe mucha información sobre este trastorno.

#### **DILACERACION**

Se refiere a una angulación, un dobléz o curva aguda, en la corona o raíz de un diente formado. Se piensa que se debe al traumatismo sufrido durante la formación del diente, originando que cambie la posición de la porción calcificada del diente y el diente restante se forme en un ángulo. La curvatura o dobléz se puede presentar en cualquier parte del diente, algunas veces en la porción cervical, en otras a la mitad de la raíz o incluso justo en el ápice del diente.

Los dientes dilacerados a menudo presentan problemas difíciles en el momento de la extracción.

## DIENTES DE HUTCHINSON

La sífilis congénita provoca lesiones en incisivos y primer molar superior e inferior. Los dientes afectados se conocen como dientes de Hutchinson y los molares en mora.

El incisivo central superior tiene forma de "desatornillador" retomando en punta las superficies mesial y distal y convergen hacia incisal.

Los incisivos centrales y laterales inferiores pueden estar afectados de manera similar y el incisivo lateral superior ser normal.

La causa de que sea puntiagudo el diente es por la falta de un tubérculo central o del centro de calcificación.

En la sífilis congénita las coronas de los primeros molares son irregulares y el esmalte de la superficie oclusal y el tercio oclusal del diente aparecen como una masa aglomerada de glóbulos en lugar de estar bien formados.

## **DIENTES CONCOIDEOS**

Es un tipo anormal de desarrollo dental en el que las cámaras pulpares y los conductos radiculares son amplios con una vaina de esmalte y dentina. Tiene algunas de las características de la dentinogénesis imperfecta y se le llama "Diente Concoideo".

La formación de dentina normal se limita a una capa delgada, junto al esmalte y al cemento, seguida por una capa desordenada de dentina que tiene pocos túbulos. Las raíces de los dientes en vaina son cortas y los dientes temporales pueden exfoliarse prematuramente.

## **ODONTODISPLASIA**

Es una rarísima anomalía en donde la aposición de dentina es anormal y se detiene en un estadio muy precoz. Como resultado aparecen los llamados dientes en concha, prácticamente sin raíz y con cámaras pulpares gigantes. En las radiografías los dientes y los gérmenes dentarios afectados tienen aspecto de fantasmas. No es generalizada. Su etiología se desconoce, pero se cree que se presenta por traumatismos locales.



## HISTODIFERENCIACION

En donde encontramos: Amelogénesis imperfecta y Aplasia de esmalte y dentina.

### AMELOGENESIS IMPERFECTA

Es una alteración básicamente ectodérmica, ya que los componentes mesodérmicos de los dientes están normales. Afecta sólo al esmalte.

El desarrollo del esmalte normal ocurre en tres etapas:

#### Formativa

En donde existe deposición de la matriz orgánica.

#### De Calcificación

Cuando se mineraliza la matriz.

**De Maduración**

En donde los cristales se agrandan y maduran.

Según esto, se reconocen tres tipos básicos de Amelogénesis Imperfecta:

**Hipopláxico**

En donde la matriz tiene una formación defectuosa.

**Hipocalcificación (Hipomineralización)**

En donde la matriz formada presenta mineralización defectuosa.

**Hipomaduro**

En el cual los prismas del esmalte permanecen inmaduros.

La Amelogénesis Imperfecta afecta a las dos denticiones, se acepta como un defecto hereditario.

En el tipo hipoplásico el esmalte es duro, con una superficie rugosa y con fositas. Tienen un color de esmalte blanco amarillento, o marrón claro. Es de poco grosor y su aspecto radiográfico es normal.

En el tipo hipocalcificado el esmalte es blanco, es de color amarillo o marrón, más o menos obscuro, rugoso y poco uniforme, pero de grosor y morfología casi normales.

En el hipomaduro la superficie es desigual y lisa, de esmalte pardo y amarillento.

Estos pacientes generalmente tienen una frecuencia baja de caries, puede deberse a la escasa profundidad de las fisuras y a la falta de contactos. Pero en cambio, están expuestos a presentar enfermedad parodontal por la morfología que presentan los dientes con Amelogénesis Imperfecta.

El tratamiento depende de la severidad del problema, para poder mejorar la estética se preparan los dientes para coronas de metal porcelana. Y en el caso del hipoplásico o inmaduro, se pueden colocar resinas en los dientes anteriores.

## **APLASIA DE ESMALTE Y DENTINA**

Existen dientes que presentan a la vez dentinogénesis imperfecta y amelogénesis imperfecta y lo llamaron "Odontogénesis Imperfecta". En otra clasificación lo denominan "Aplasia del Esmalte y Dentina".

En los dientes temporarios se encuentran desprovistos de esmalte y de dentina, es lisa y muy delgada, de color pardo rojizo. Puede existir exposición pulpar o degeneración pulpar.

Los dientes permanentes al erupcionar contienen una delgada cubierta de esmalte grisáceo. Se nota dentina parda sobre la cara vestibular de los incisivos centrales y en las fisuras de los molares permanentes.

Para su tratamiento, se colocan coronas de acero-cromo para proteger a los dientes de una abrasión continua.

## ANOMALIA DE COLOR

### DENTINOGENESIS IMPERFECTA

Se le conoce también con el nombre de dentina opalescente hereditaria.

Es una anomalía que se transmite por herencia autosómica dominante.

Afecta las dos denticiones, donde se encuentra la dentina alterada.

En el momento de su erupción, los dientes presentan una forma y estructura normal, pero las coronas muestran una tonalidad amarillenta traslúcida, de ahí el nombre de dentina opalescente hereditaria. Con el tiempo, la dentición permanente pasa a tener un color gris azulado. Los dientes sufren un fuerte desgaste, sobre todo en la dentición primaria, en donde las coronas pueden desgastarse totalmente hasta el margen gingival. Cuando queda expuesta la dentina, la coloración amarillenta va obscureciéndose.

Radiográficamente los dientes presentan raíces delgadas, cortas y poco desarrolladas, con cámara pulpar pequeña o ausente, los conductos radiculares son pequeños, la membrana periodontal y el hueso alveolar son aparentemente normales.

Histológicamente el esmalte y dentina muestran una estructura normal y la unión amelodentinaria no es muy distinta a los dientes normales. Los túbulos dentinarios están muy reducidos en su cantidad y parecen ser irregulares y ramificados.

El tratamiento de la dentinogénesis imperfecta para la dentición primaria, es por medio de coronas de acero-cromo para prevenir las grandes abrasiones dentarias y para los dientes permanentes se utilizan las coronas de metal-porcelana para obtener un tratamiento estético.

#### **FLUOROSIS DENTAL**

También se le conoce con el nombre de "Esmalte Moteado".

Es un tipo de hipoplasia causada por el agua potable que contiene más de una parte por millón de fluoruros que afectan a los ameloblastos durante la etapa de formación de los dientes, provocando un esmalte moteado. Cuando la concentración de fluor alcanza cierto nivel, interfiere probablemente con los procesos enzimáticos, lo que condiciona una inhibición de las enzimas metabólicas óxidoreductoras. Esto hace que haya trastornos en las

fases de mineralización y maduración de la formación del esmalte, dando como resultado una hipomineralización de la substancia interprismática, con hipermineralización de los prismas y especialmente en la capa superficial. Por eso, presentan porosidades en el esmalte. Cuando las porosidades ocupan un gran volumen, la superficie se colapsa y aparecen las hipoplasias en forma de pequeños agujeros. Clínicamente se observan opacidades por reducción de la transparencia del esmalte que en los casos leves se ven pequeñas estriaciones, pero que aumentan con los niveles de fluor, hasta que la tonalidad de la superficie del esmalte aparece blanca y deslustrada. A estos niveles también se observan pequeños orificios en la superficie. La intensidad del moteado aumenta según la cantidad de fluoruro que contenga el agua.

Se presenta una variación geográfica evidente, siendo más notable en la zona norte de la República Mexicana, así como en el estado de San Luis Potosí y algunas colonias del Distrito Federal.

La fluorosis dental ataca más a la dentición permanente, el esmalte puede tener un aspecto blanco opaco o con fositas, con frecuencia los dientes adquieren una pigmentación parda, que está limitada esencialmente al tercio externo del esmalte. En estas regiones las estructuras de las vainas de los prismas y las líneas incrementales están oscurecidas por la pigmentación.

El tratamiento de la fluorosis dental consiste en mejorar la estética por medio de blanqueadores, como el peróxido de hidrógeno (agua oxigenada), ácido clorhídrico y pómex, gel de fosfato de calcio-sacarosa, cada uno con sus respectivas técnicas y el uso de coronas de metal porcelana para los dientes anteriores.

#### **PIGMENTACION POR TETRACICLINAS**

Existen niños que recibieron tratamientos con tetraciclinas durante el período de calcificación de los dientes primarios o permanentes y muestran un grado de pigmentación de las coronas clínicas, que tienen una tonalidad de amarillo a castaño y de gris a negro.

Se cree que el depósito de la droga en los dientes es el resultado de sus propiedades quelantes, donde se forma un complejo de tetraciclina-ortofosfato de calcio. Al exponerse a la luz, da por resultado una lenta oxidación provocando un cambio de color del pigmento de amarillo a castaño. Mientras sea mayor la dosis de la droga en relación al peso corporal, mayor será la pigmentación. Las tetraciclinas son de color amarillo y fluorescente a la luz ultravioleta. Los componentes sufren oxidación al ser expuestos a la luz. Cuando las tetraciclinas que están en las estructuras centrales, se oscurecen del amarillo al castaño, la fluorescencia disminuye a causa de la destrucción del fluoróforo.



Las tetraciclinas atraviesan la placenta dando pigmentación a los dientes primarios si se administran durante el embarazo, lactancia y niños. Las tetraciclinas deben evitarse, ya que causan muchos problemas como son: la pigmentación dentaria, inhiben el crecimiento y provocan hipoplasia del esmalte.

La tetraciclina se deposita en la dentina y en menor grado en el esmalte que se están calcificando en el momento de la administración, provocando cambios de color importante. La intensidad y tono de coloración varía con las distintas tetraciclinas.

Para su tratamiento existen medidas para blanquear los dientes manchados, como también resinas o coronas metal-porcelana.

## C O N C L U S I O N E S

Existe en la actualidad poca información sobre el tema de Anomalías Dentarias, que sólo algunos autores han descrito, por ejemplo: la Microrrizosis, Rizomegalia, Concrecencia, Cúspide en Garra, Dilaceración, Dientes Concoideos, Odontodisplasia y Aplasia de Esmalte y Dentina.

Es un capítulo de gran interés, ya que existen anomalías comunes en nuestra población, en donde muchas veces pasan desapercibidas y que realmente pocos son los que saben diagnosticar y aplicar su tratamiento oportuno.

Con la ayuda de esta investigación, observo la necesidad de una mejor capacitación para diagnosticar precozmente este tipo de alteraciones, quizá algunas hasta pudieran evitarse como en la "Fluorosis Dental", si hubiera una atención responsable para el proceso de las aguas fluoradas; así también del uso racional de las tetraciclinas, evitando la pigmentación de los dientes.

Diagnósticos y tratamiento oportunos para los pacientes con sífilis congénita y su seguimiento para evitar problemas dentarios entre otros.

En el caso de las alteraciones por problemas hereditarios, sistematizar su tratamiento más adecuado, para evitar anomalías dentarias posteriores.

Se debe reconocer el tipo de alteración al que se enfrenta al efectuar extracciones inadecuadas, como es el caso de los dientes natales y neonatales primarios, en donde no habrá un sucesor que supla su espacio durante la dentición infantil, con los problemas ortodónticos subsecuentes.

Otro ejemplo de anomalía, es el caso de dientes fusionados o geminados en donde se extraen los dos dientes al mismo tiempo por estar unidos de la corona o de la raíz.

En la anodoncia parcial se debe de evitar el error de hacer una extracción de un diente primario sin tener el gérmen dentario permanente que lo sustituya.

Ponemos como ejemplo la dilaceración, ya que puede complicarse con la fractura de la raíz por desconocer esta alteración y tener que

ayudarnos de la cirugía que realmente es el tratamiento más adecuado.

En resumen, todo Odontólogo debe de recibir un adiestramiento para el manejo adecuado del niño, con cualquier tipo de malformación dentaria, buscar la mejor atención, protegiendo su integridad como ser bio-psico-social, en el contexto de la Odontopediatría.

## B I B L I O G R A F I A

- **BARBER T. K., LUKE L.**  
Problemas asociados con la erupción de los dientes:  
Dientes Natales y Neonatales  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA  
Edit. Manual Moderno  
Pag.. 82-87; 1985
  
- **LEYT S.**  
Las anomalías dentarias  
EL NIÑO EN LA ODONTOLOGIA (ODONTOLOGIA PEDIATRICA)  
Edit. Mundi, S.A. I.C y F.  
Pag. 112-143; 1986
  
- **MAGNUSSON B. KOCH G., POULSEN S.**  
El desarrollo y sus alteraciones  
ODONTOPEDIATRIA ENFOQUE SISTEMICO  
Salvat Editores, S.A.  
Pag. 73-102; 1989
  
- **MC DONALD R.E.**  
Alteraciones Adquiridas de los dientes y las estructuras  
orales asociadas  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE  
Edit. Médica Panamericana  
Pag. 123-193, 603, 604; 1990
  
- **SHAFER W.G., LEVY B.M.**  
Transtornos del desarrollo y del crecimiento  
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL  
Edit. Interamericana  
Pag. 38-63; 1987