

232
2^{ej.}



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"ANOMALIAS DENTALES"

*V. F. O.
Guillermo Agustin Pereira Ortega*

TESINA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
GUILLERMO AGUSTIN PEREIRA ORTEGA



CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.,

1992

**TESIS 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

I N T R O D U C C I O N	1
-------------------------	---

C A P I T U L O I ANOMALIAS DE NUMERO

DIENTES SUPERNUMERARIOS	2
MESIODENS	3
ANODONCIA	5

C A P I T U L O II ANOMALIAS DE EXFOLIACION Y POSICION

ANOMALIAS DE EXFOLIACION Y POSICION	7
ODONTOGENESIS	8
DESARROLLO DEL GERME DENTARIO	9
DIENTES NATALES Y NEONATALES	11
DIENTES ANQUILOSADOS	12
PERDIDA PREMATURA	14

C A P I T U L O III ERUPCION TARDIA POR RETENCION DE DIENTES TEMPORALES

ERUPCION TARDIA POR RETENCION DE DIENTES TEMPORALES	15
ERUPCION TARDIA POR INTERFERENCIA DE DIENTES ERUPCIONADOS ADYACENTES	17

ERUPCION ECTOPICA	18
ERUPCION QUIRURGICA DE DIENTES NO ERUPCIONADOS	21

C A P I T U L O I V
CANINOS RETENIDOS Y TRATAMIENTO QUIRURGICO
SUPERIOR

CANINOS NO ERUPCIONADOS Y RETENIDOS	22
CANINOS EN POSICION LABIAL	24
CANINOS EN POSICION INTERMEDIA	26
CANINOS EN POSICION INUSUAL	27

INFERIOR

CANINO EN POSICION LABIAL	28
CANINO EN POSICION INUSUAL	29

C A P I T U L O V
TRANSTORNOS OCASIONADOS POR EL MEDIO

EROSION	30
ABRASION	32
MEDICAMENTOS	34
MALA HIGIENE	35
CONCLUSIONES	36

INTRODUCCION

El descubrimiento de defectos en la estructura dental, bien sea por el desarrollo adquirido despues de la erupcion. En la mayoria de los casos las secuelas de pequeñas alteraciones en la calificación o la erupcion de los dientes que han tenido poco impacto sobre la capacidad del individuo para llevar a cabo las funciones normales de la boca.

Cuando se sospecha de efectos importantes tienen que intervenir el juicio y la experiencia del clinico para asegurar un cuidado maximo preventivo y de restauracion. Esto aumenta las probabilidades de conservar y proteger la denticion natural.

En circunstancias en las cuales anormalidades solo se descubren en los dientes, suelen ser el cirujano dentista el primero en reconocer su existencia: cuando los efectos dentales forman parte de un trastorno general mayor, el cirujano puede ser llamado para actuar como miembro del equipo que investiga la situación para mejorar la salud global del individuo.

Esta tesina menciona algunas de las principales anomalias que se pueden presentar en la cavidad oral.

DIENTES SUPERNUMERARIOS

Son frecuentes, se observan en aproximadamente una persona de cada cien examinados. A veces se obtienen antecedentes de un defecto similar en otros miembros de la familia; sin embargo esto es mucho más raro en una historia familiar que dientes faltantes.

La observación de que los dientes supernumerarios se observan ocho veces más frecuente en el maxilar superior que en el inferior no tiene explicación conocida, pero tiene explicación puramente atavística (Características ascendientes de familiares) del fenómeno. Si la teoría fuera cierta cabría pensar que se observaría una distribución igual del diente supernumerario en ambas familias.

Los incisivos supernumerarios superiores pueden no haber hecho erupción sólo se identifican en un curso de estudio radiológico sistemático de los dientes, el diente supernumerario frecuentemente es el mesiodens llamado así por su posición entre los incisivos centrales superiores muchas veces se observa en el curso de tratamiento ortodóntico; puede provocar retención y desplazamiento de los incisivos permanentes.

MESIODENS

Su ubicación más frecuente es en la zona intermedia superior pero no la única posible. la rutina de contar de los dientes y controlar si la fórmula dentaria es correcta, permitira su descubrimiento cuando son clinicamente visibles. Ya que en el período de la dentición mixta la demora en el cambio de un órgano habitualmente el incisivo central superior o la desviación de éste sin que exista algún hábito de presión, debe hacerse sospechar la posibilidad de un diente supernumerario que interfiere el trayecto eruptivo.

Las fallas en la estructura dentaria se produce durante la histo diferenciación. La amenogénesis imperfecta, se trasmite como carácter mendeliano y dominante y se limita a un efecto adamantino. el esmalte se desgasta rápidamente. debido a su desgaste a veces la anomalía puede tomar características de hipoplasia y en otras oportunidades de hipocalcificación .

Los dientes supernumerarios que ocurren entre los incisivos centrales superiores por lo general, e partes o a veces en forma única, fueron denominados Mesiodens por Blok en el año 1917 autor que considero que su ocurrencia fuera registrada a la dentadura de primates extinguidos que tenían tres pares de dientes de incisivos.

Aunque la forma de estos dientes suele ser rudimentaria, en ocasiones se aproximan a la forma y hasta el tamaño de los incisivos permanentes. Suele estar en la región superficial entre los incisivos centrales, con la corona orientada hacia arriba o abajo, en ocasiones se descubre en el paladar de un paciente desdentado.

ANODONCIA**

Se le llama a la falta de iniciación del desarrollo del germen dentario producen un número anormal del diente. la anodoncia puede ser completa o parcial. El resultado de la falta de iniciación de una dentición en la proliferación. la ausencia clínica de dientes en la cavidad bucal. sin embargo no puede estar suficiente para autorizar un diagnóstico de anodoncia. No debe confundirse con fracaso en la erupción de los dientes por lo tanto, es esencial el examen radiográfico antes de hacer un diagnóstico.

Los terceros molares, los incisivos laterales superiores y los primeros premolares inferiores son, desde un punto de vista evolucionista órganos atrofiados en vías de desaparecer. Estos dientes suelen faltar no son de forma anormal en individuos normales y su ausencia no tiene significación sistémica sin embargo. la ausencia congénita de otros dientes sobre todo de más de uno. debe ser vista con sospecha e investigarse otras anomalías congénitas, ya que el número menor de los dientes como las formas anormales de gran número de dientes se ven comúnmente en las displasia congénitas. la anodoncia completa se encuentra con frecuencia en combinación con otras.

La ausencia congénita de los dientes primarios es rara, pero cuando se presenta suele ser en los incisivos laterales la falta de los mismos incluyen laterales y caninos del maxilar inferior entre la ausencia congénita de los dientes primarios y permanentes que en ocasiones existen un factor genético.

ANOMALIAS DE EXFOLIACION Y POSICION

En la mayoría de los niños la erupción de los dientes temporales esta presidida por una salivacion incrementada y el niño tiende a llevarse los dedos a la boca.

Aún en la actualidad una gran cantidad de enfermedades se atribuyen incorrectamente a la erupcion. Puesto que la erupción de los dientes es un proceso fisiológico, la asociación con fiebre y alteraciones generales no está justificada. Una fiebre, diarrea, infección respiratoria y hasta convulsiones durante este periodo dental han de ser consideradas pero son coincidencias con el proceso de erupcion.

La inflamación de los tejidos gingivales, antes de la erupción completa de la corona podrían causar un estado de molestias temporal que cede en pocos días.

Sin embargo antes de la erupción dental y durante la lactancia, se pueden presentar algunos aspectos clinicos que a continuación mencionaremos.

PERLAS DE EPSTEIN.

En recién nacidos, se observan a veces pequeños nódulos duros blancos sobre la mucosa alveolar. estas perlas epiteliales de Epstein son malformaciones causadas por nidos de epitelios situados directamente debajo de la mucosa, que forman pequeños quistes queratinosos. Las lesiones suelen ser multiples pero no aumentan el tamaño no existe tratamiento alguno y pueden desaparecer en pocos meses.

ODONTOGENESIS

Los efectos odontológicos suelen calificarse en dos categorías: odontógenos o del desarrollo, originados antes del nacimiento y en la fase posnatal durante el desarrollo de la dentición y trastornos poseruptivos que aparecen cuando los dientes ya han hecho erupción en la cavidad bucal.

Incluyen una amplia variedad de trastornos que van desde los dientes múltiples supernumerarios hasta la agenesia total de dientes en la boca, y trastornos de la primera y segunda dentición asociada con enfermedades generales crónicas.

Son frecuentes las variaciones en el número y colocación de los dientes. Aunque se observan variaciones en número y posición de los dientes de la primera dentición son menos frecuentes las anomalías que en los dientes permanentes.

Estos probablemente guarden relación con la relativa ausencia de factores externos que actúan sobre el feto durante la odontogénesis de las piezas de los dientes temporales.

DESARROLLO DEL GERMEN DENTARIO.

En los diez puntos de la capa epitelial del maxilar embrionario, cada uno correspondiendo en posición a los futuros diez órganos dentarios primarios, ciertas células de la capa basal comienza a proliferar a una velocidad mas rápida que la célula adyacente. Esta célula contiene el crecimiento potencial completo del órgano dentario, así como el ovulo fertilizado contiene el crecimiento potencial del individuo.

Los molares permanentes derivan, como los órganos dentarios primarios directamente de la lámina dental. Los otros órganos permanentes se desarrollan de brotes de sus predecesores primarios.

En el comienzo del desarrollo fetal, una placa de epitelio llamada lámina dentaria, crece en el tejido conectivo embrionario subyacente desde el epitelio oral. A intervalos regulares, en la región en que se encontrarán los futuros dientes, las células de la lámina dentaria proliferan y se transforman en los órganos del esmalte.

El órgano del esmalte se ve como una masa celular expandida que ha sido invaginada por una papila de tejido conectivo de la papila dentaria, se encuentra unido al epitelio oral por la lámina dentaria. El límite entre el órgano del esmalte y

la papila dentaria adquiere la forma de la futura unión entre la dentina y el esmalte antes de que comience la dentinogénesis. Órgano del esmalte y a la papila dentaria forman un delicado saco fibroso llamado saco dentario y esto constituye el germen dentario.

El germen dentario en el cual recién se ha iniciado la dentinogénesis. Se indica las partes del órgano del esmalte. el epitelio interno del esmalte sus células se llamarán ameloblastos en cuanto comiencen a formar el esmalte de la capa intermedia. el epitelio externo del esmalte papila dentaria se transformará en la futura cavidad pulpar. En la periferia de la papila dentaria se encuentran odontoblastos de configuración cilíndrica que producen la dentina.

DIENTES NATALES Y NEONATALES

La incidencia de dientes natales presentes al nacer y de neonatales que erupcionan en los primeros 30 días. este problema es muy bajo aproximadamente del (0.03% de los nacimientos) es común en el área de los incisal inferior.

La causa de la erupción temprana de los dientes temporales es a menudo obscura aunque parezca ser un hecho hereditario.

Se debe tomar una radiografía para determinar el grado de desarrollo radicular y la relación de los dientes prematuramente erupcionados con los dientes adyacentes o si son dientes supernumerarios al observar radiográficamente los germenes de los temporales en lo cual esta indicada la extracción.

Estos dientes erupcionados prematuramente son muy móviles a causa de su limitado desarrollo radicular; algunos pueden estar tan móviles como para que se exista el peligro del desplazamiento del diente y su aspiración en cuyo caso esta indicado la extracción.

En raras ocasiones el borde incisal del diente se encuentra agregado causando laceración en la superficie de la lengua o puede interferir en el amamantamiento. por lo cual también de indica la extracción.

Sin embargo lo más recomendable es dejar el diente en su lugar y explicar a los padres la conveniencia de mantener ese diente a causa de la importancia en el crecimiento y en la erupción sin complicaciones de los dientes adyacentes. en un periodo corto el diente erupcionado prematuramente se estabilizará y los demas dientes del arco dentario erupcionarán.

DIENTES ANQUILOSADOS

Se desconoce la etiología de anquilosis en la zona de molares temporales aunque se han observado en varios miembros de las mismas familias por lo que se le da apoyo a la teoría de que sigue un esquema familiar.

El proceso de absorción no es continua, si no que esta interrumpido por periodos de inactividad o de reposo. un proceso de reparaciones sigue los periodos de absorción. En el curso de esta fase de reparaciones a menudo se produce una solida unión entre el hueso y el diente temporal a una extensa anquilosis ósea en los dientes temporales puede impedir la exfoliación normal y también la erupción del permanentes sucesor.

Casi siempre. la anquilosis es precoz y la erupción de los dientes adyacentes pueden progresar como para que el diente anquilosado que de muy por debajo del plano normal de oclusión y esta podría estar prácticamente cubierta por tejido blando.

La anquilosis puede producirse ante las erupciones y formación completa de raíces de los dientes temporales también puede producirse la anquilosis ya muy avanzada la absorción de las raíces temporales y aun pueden interferir en la erupción del diente

Al efectuar la percusión en el diente anquilosado. el sonido sera acolchonado, porque no está en contacto con el diente el ligamento periodontal que absorbe el golpe.

PERDIDA PREMATURA

En el caso de los dientes temporales o causa de caries el efecto de erupción de dientes, dependen de la edad en que se realice la extracción y si sude en el periodo preescolar la erupción del diente subyacente suele retardarse. Si ocurre durante el periodo de la dentición mixta y existe una patología osea extendida, se acelera la erupción del diente permanente.

Sin embargo antes de la erupción dental y durante la lactancia, se puede presentar algunos aspectos clinicos, la pérdida de los múltiples molares temporales de la dentición mixta invariablemente llevarán a una severa mutilación de la dentición en desarrollo a menos que se construya un aparato para mantener la relaciones de los dientes remanentes y para seguir la erupción de los dientes en desarrollo, se ha observado la producción de mordida cruzada en el área de molares permanentes y su consecuente migración después de la pérdida de los molares temporales superiores la función masticatoria reducida es indispensable desde el punto de vista nutricional. Tambien la acumulación de materia de la placa dentobacteriana y restos alimenticios luego de la pérdida de la función normal de limpieza, a menudo darán como resultado aumento de la actividad de caries e inflamación gingival.

ERUPCION TARDIA POR RETENCIÓN DE DIENTES TEMPORALES

Una causa común de la erupción tardía de los dientes permanentes, es que los dientes temporales no se exfolian en el momento apropiado, lo más frecuente son en las regiones de premolares y canino.

Muchas veces sólo se debe a una diferencia cronológica y fisiológica. Esta erupción tardía fisiológica es la más común en varones que en niñas.

Siempre que un diente temporal se retire más allá de la edad normal en que habría debido exfoliarse, hágase una cuidadosa evaluación clínica y radiográficamente.

Si el atraso no obedece a ningún motivo evidente, hay que realizar un interrogatorio para decidir el tratamiento:

- 1.- La erupción se desarrollo de la manera ordenada?
- 2.-El estado es bilateral o unilateral?
- 3.- Cuantas raíz se ha formado en el diente permanente?

Si en los dientes erupcionados en el orden correcto aunque con lentitud, puede ser suficiente mantener al paciente en observación por unos tres o seis meses para ver si la erupción continua.

Si en cambio el problema es unilateral, lo cual indica una índole local, estimese la cavidad de formación radicular del diente permanente. normalmente, es el momento en que se produce la erupción de los dientes se han formado unas dos terceras partes de la raíz.

Si ya se observa esta cantidad de formación radicular, extraigase el diente temporal evitando dañar al folículo, si es posible no hace falta taponear la cavidad.

Según la proximidad de la corona a la superficie, convendría instalar un espaciador hasta que se produzca la erupción completa

RETARDO PATOLOGICO.

La exfoliación retardada o tardía de los dientes temporales debido a un trastorno sistémicos también impide la erupción de los dientes permanentes.

Esto se observa cuando se debe a una disfunción en endocrina, haciendo el tratamiento apropiado del trastorno sistémico. En cambio si el problema se asocia disostosis cleidocraneal no existe tratamiento satisfactorio.

Los dientes temporales retenidos deben extraerse al mismo tiempo se debe exponer a los dientes permanentes si están cerca de la superficie. En ocasiones de este modo se obtiene la erupción.

ERUPCION TARDIA POR INTERFERENCIA DE DIENTES ERUPCIONADOS ADYACENTES

Por lo general, el diente retenido en posición bastante buena para erupcionar bien, se le puede liberar extrayendo el diente que obstaculiza su erupción, pero antes hay que tener cuidado a la consideración en la corrección ortodóntica.

Esto puede hacer que se decida o no extraer ningún diente que no este contiguo al que está impactado.

Los dientes con mayor frecuencia no erupcionan porque los obstaculizan los dientes adyacentes que son los caninos, segundo premolar y los terceros molares. Si son los caninos o los segundos premolares se pueden extraer el primer premolar pero no es el caso del tercer molar, solamente que el segundo molar se encuentre muy cariado se puede extraer, si existe patología pulpar y no esta indicada la terapia endodóntica.

En la mayoría de los casos conviene retirar el tabique óseo entre la corona del diente no erupcionado y la cavidad alveolar del diente extraído cerca de la superficie, también se debe extirpar la encía y el hueso que lo cubre, no hace falta taponear la cavidad. Si el diente no erupcionado o si lo hace en posición insatisfecha se puede corregir por medio del tratamiento ortodóntico.

ERUPCION ECTOPICA

La erupción ectópica se relaciona más a menudo con el primer molar superior permanente y el incisivo lateral inferior permanente. En la erupción ectópica, el primer molar permanente reabsorbe una porción de la raíz distal del segundo molar primario en muchos caso el molar permanente brinca de manera espontanea a su nueva dirección distal y erupciona en posición correcta.

En otros casos, el molar primario deja de erupcionar, no hay dolor o molestia en relación con la erupción ectópica a menos que se presente una comunicación del tejido pulpar del molar primario produciendo un absceso.

La prevención del primer molar permanente ectópico es entre el tres y el cinco por ciento, se proponen varios motivos para explicarla en los molares:

- 1.- Los dientes superiores son de tamaño mayor que el normal.
- 2.- El maxilar es más pequeño que lo usual.
- 3.- El maxilar se localiza en dirección más posterior que lo en lo normal en relación con la base del craneo.
- 4.- La angulación del primer molar permanente superior que erupciona es anormal aunque puede suceder en la arcada inferior es más frecuente el maxilar.

La erupción ectópica del incisivo lateral permanente se registra con mayor frecuencia en la arcada inferior. El incisivo que erupciona reabsorbe toda o parte de la raíz del canino primario por la trayectoria de erupción anormal o deficiencia en la longitud del arco.

El canino primario se exfolia de manera prematura o impide más erupción del incisivo lateral. Los incisivos inferiores que erupcionan en dirección lingual casi es de el diez por ciento. no está bien establecidas las causas de los incisivos que erupcionan hacia lingual de manera ectópica.

La erupción ectópica de los incisivos laterales es con frecuencia una indicación temprana de apífonamiento, pero pudiera ser solo resultado de la ubicación dentaria aberrante si un canino primario se exfolia de manera prematura por la erupción ectópica, los incisivos inferiores emigran de modo característico hacia este lado de la arcada, creando una discrepancia de la Línea media; si los laterales causan resorción y exfoliación de ambos caninos primarios, loss incisivos amaneada se inclinan hacia lingual y disminuyen la longitud del arco.

El problema de espacio parece que se corrige pero sólo es provisional y se hace evidentemente de nuevo cuando comienza a erupcionar los caninos permanentes sin importar que la pérdida de los caninos primarios sea unilateral o bilateral. el clínico a de establecer si la longitud de arco es inadecuada y valorara la posición antero posterior de los labios e incisivos. Esta información ayuda a determinar si se requiere conservar espacio, recuperarlo o un tratamiento mas extenso.

El objetivo terapéutico debe de ser impedir la desviación de la Línea media.

EXPOSICION QUIRURGICA DE DIENTES NO ERUPCIONADOS

El canino superior es el diente que requiere exposicion quirurgica. con mayor frecuencia aunque a veces tambien sucede lo mismo con incisivos superiores, caninos inferiores, premolares, primeros y segundos molares superiores e inferiores no erupcionados o retenidos.

Aunque esta exposicion habla en particular del canino superior, estos mismos principios se pueden aplicar a otros dientes. en realidad los dientes que se retienen con mayor frecuencia son los terceros molares pero es raro que sea esencial su retencion en el arco si no que, y si se presenta hay que extraerlos porque originan problemas de mal oclusion dentaria.

Para aprovechar la fuerza eruptiva normal es mejor que se haga la exposicion quirurgica del diente apenas se establece que no habra de erupcion espontaneamente.

Esto suele ocurrir en los seis meses al año consecutivo al momento en que el diente deberia aparecer en la boca.

CANINO NO ERUPCIONADO Y RETENIDOS

Los caninos no erupcionados ocurren con mayor frecuencia veinte veces más el maxilar superior que en el maxilar inferior casi siempre están rotados de sesenta a noventa grados sobre su eje longitudinal clasificación de caninos no erupcionados no están fácil como en el caso de los terceros molares superiores porque es muy difícil de diagnosticar con exactitud la posición del canino no erupcionado.

La posición se puede determinar con radiografías periapicales, oclusales y lateral. La siguiente clasificación se basa en la observación de Field y Ackerman (1935).

I .- Canino superior

a.- posición labial.

- a.1) Corona con íntima relación con los incisivos
- a.2) Corona bien encima de los ápices de los incisivos

b.- Posición palatina.

- b.1) Corona cerca de la superficie en íntima relación con las raíces de los incisivos

c.- Posición intermedia

- c.1) Corona entre las raíces del incisivo lateral y del primer premolar.

2.- Corona encima de los dientes con la corona en situación labial y la raíz en situación palatina o viceversa.

II .- Canino inferior

a.- Posición labial

- 1) Posición labial
- 2) Oblicua
- 3)Horizontal

b.- Posición inusuales

- 1)En el borde inferior
- 2) En la protuberancia mentoniana
- 3) Migración al lado opuesto.

A continuación procederemos a mencionar las diferentes técnicas para la extracción de caninos no erupcionados y retenidos quirúrgicamente.

CANINOS EN POSICION LABIAL.

Suelen erupcionar espontaneamente o se les puede exponer quirúrgicamente para que despues el ortodoncista lo lleve a su posición correcta. en las personas mayores y en pacientes que no desean que se les ensanche el arco para crear el espacio necesario para llevar al diente a su posición.

Para extraer caninos maxilares que están en posición labial el paciente deberá estar sentado semireclinado. Se separa el labio superior y se traza un incisión un tanto curva en la superficie labial en la encía alveolar, desde el frenillo labial hasta la región premolar la parte más baja de la incisión no debe estar a menos de cero punto cinco del margen gingival.

Las incisiones en la encía deben de ser mucho más largas que en el ancho de la perforación ósea necesaria para extraer el diente a los efectos de tener acceso adecuado y conseguir que los bordes de la herida descansen sobre el hueso intacto.

CANINOS SUPERIORES EN POSICION PALATINA.

Los caninos se alojan con una frecuencia mucho mayor en la apófisis alveolar labial. donde son muchos más difícil de extraer a menudo ésta anomalía es bilateral.

Para la intervención en paladar bajo visión directa del paciente debe estar reclinado con la cabeza flexionada hacia atras. De esta manera el cirujano puede trabajar esforzandose menos que el paciente sentado.

La insición para extraer un diente debe empezar en la region del segundo premolar y prolongar hacia delante en el surco gingival o cerca del margen gingival hasta mas o menos en la region del incisivo lateral si se van a extraer retenciones bilaterales. la insición debe llevarse hasta la Region del segundo premolar del otro lado.

Una vez hecha la insición se desprende el hueso el colgajo mucoperiostico con la legra afilada se le separa de modo quede expuesta una porción suficientemente del paladar como para tener acceso al diente. En lugar de usar separadores para mantener el colgajo fuera de camino, se puede colocar una sutura atravez del borde del colgajo y anudarla alrededor de un diente del lado opuesto.

Si la corona del diente está cerca de la superficie y se perfora el hueso, aparecerá a la vista el folículo que rodea al diente y quedará expuesta la corona, que servirá de jalón para retirar el hueso. Si la corona se haya descubierta por hueso por completo, es tipico encontrar abultamiento que

indica donde está. Se retira hueso hasta exponer por completo la corona del diente pero tomando precaución de no lastimar las raíces de los dientes adyacentes. luego de realizar un surco en el hueso del lado mesial de la corona para poder introducir debajo un elevador y se luxar el diente en la cavidad alveolar, una vez que la corona emerge lo suficiente se aplica a extraer el órgano dentario.

CANINO EN POSICION INTERMEDIA.

Los caninos que están en posición intermedia suelen ser mas difíciles de extraer los que están en situación puramente labial o palatina. pero a veces hay que reflejar la encía en ambos lados de la apófisis alveolar para obtener acceso.

Las incisiones se diseñan de acuerdo con la localización del diente. Si la corona no está acunada entre el incisivo lateral y el primer premolar, a veces se puede extraer el diente con la pinza y con elevador. Los incisivos deben incluir la encía marginal, de modo que el tejido no se traumatice al aplicar el instrumento. Si el canino está acunado entre los dientes adyacentes, habrá que seccionar la corona respecto de la raíz para retirarlo. Cuando la corona se haya cubierta por hueso, en ocasiones tambien hay que retirar una pequeña cantidad del lado opuesto para poder aplicar la pinza o insertar el elevador. Si se ha retenido el canino temporal su extracción permitira localizar la corona del diente permanente en la cavidad y facilitara su extracción.

CANINO EN POSICION INUSUAL.

Puede erupcionar los caninos en cualquier en su parte anterior del maxilar superior por migración del germen dentario. En ocasiones estan debajo del reborde infraorbitario. tambien puede ocurrir posiciones dentarias insólitas por formacion quística. El quiste debe extenderse junto con el diente. por lo general el espacio creado por el quiste facilita mucho la extracción del diente.

La incisión así como el procedimiento para hacer la extracción, depende del sitio del diente. Como por lo general perforan el hueso o por lo menos producen una protuberancia que se puede identificar una vez hecha la incisión y separarlo del tejido blando. es fácil exponer tales dientes. en general basta eliminar una pequeña cantidad del hueso alrededor de la corona para tomar el diente con las pinzas y entonces se puede extraer sin mucho inconveniente. si el diente está en la pared nasal o angra puede ser que haya que abrir el seno del maxilar atraviesa de la fosa canina se traza una incisión que llegue hasta la abertura piriforme de la nariz. Por lo general el diente puede exponerse eliminando el hueso que lo cubre. . Se desprende la membrana nasal cipresillo para evitar la perforación de la nariz. una vez extraido el diente se cierra con puntos aislados.

CANINOS INFERIORES

CANINOS INFERIORES EN POSICION LABIAL.

Los caninos inferiores suelen estar incluidos en la base del maxilar inferior, en la cara externa de ésta y posición oblicua u horizontal. Los caninos que están en posición vertical suelen erupcionar en los pacientes jóvenes si se les crea espacio expandiendolos en el arco. En cambio, los que están en posición horizontal casi siempre están retenidos y se deben extraer.

Se trata un insición horizontal o ligeramente curva dentro de la boca, en la superficie externa del maxilar inferior. El mucoperiosticos eleva del hueso, se lo separa y se lo crea una ventana para exponer la corona. Si el acceso es satisfactorio se puede extraer el diente con pinza o con un elevador recto.

Muchas veces conviene biselar el diente en particular si la corona está cerca de los ápices de los dientes adyacentes o si no se puede luxar el diente intacto. Al extraer la corona se tiene espacio para elevar la raíz.

Hágase un orificio con la fresa en la raíz para calzar la punta del elevador, después de haber extraído la misma describirse cuidadosamente la herida y reaproxímese el colgajo con un punto de sutura separada.

CANINO INFERIOR EN POSICION INUSUAL.

El canino en esta posición inusual por lo general se puede extraer por vía intrabucal descenguantando en la cara anterior de la mandíbula, pero si este diente está cerca del borde inferior en la región premolar, a su vez se lo aborda con mayor frecuencia incidiendo la piel, con este abordaje se tiende más a evitar que se lesionen los nervios mentonianos.

Inclinación de la cabeza del paciente hacia atrás todo lo que se pueda, la incisión en la piel se hace debajo del borde inferior de la mandíbula para que esté relativamente oculta. Se secciona el tejido subcutáneo del cuello y se incide en el periostio. Una vez ligados los vasos sanguíneos, se separan los bordes de la herida y se expone la mandíbula.

Muchas veces el sitio de la corona se reconoce por unas saliencias en la superficie externa del hueso, en personas de mayor edad puede ser que el diente haya perforado el hueso mandibular. Retírese suficiente hueso como para exponer toda corona y parte del diente para proceder a luxar este.

Si la luxación fracasa, puede que haya que seccionar el diente y separarlo por parte, luego desbridarse la herida y se cierra por planos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EROSION

La erosión de los dientes se refiere también a la pérdida de sustancia dental, pero este proceso se debe a una acción química, generalmente a un ácido o a un líquido de pH bajo, por lo que se distingue de la pérdida de sustancia dental debida a un proceso patológico (abrasión) o a la destrucción fisiológica (atrición).

Aunque las lesiones más frecuentes se presentan en las regiones cervical (labial y bucal) de las coronas, también pueden afectarse cualquiera o todas las demás superficies, dependiendo de la causa y de la intensidad de la acción ácida.

Las causas de la erosión son numerosas y variadas, pero todas son de naturaleza química, de carácter ácido y de efectos descalcificados. Es importante que el dentista esté atento e identifique el origen del químico agresor. Es más frecuente que el líquido erosivo sea extrínseco como el que proviene de frutos (limones y uvas) bebidas carbonadas (ginger y colas etc) y medicamentos líquidos de bajo pH cuando estos alimentos se utilizan en forma excesiva o habitual durante prolongados períodos de tiempo.

Las sustancias erosiva intrínsecas puede ser los vomitos que cuando son persistentes y cronicos. pueden causar descalcificación de los dientes. sobre todo de las superficies linguales. los vomitos cronicos pueden asociarse a ciertas enfermedades de estómago o durante el embarazo.

El aspecto clínico de las erosiones es muy variado según el origen (enternezca o intrínseco). de acido la intensidad y la duración de su acción. y las acciones mecánicas abrasivas superpuestas.

En las primera fases las erosiones pueden mostrarse como formaciones yesosas parecidas a escamas que pueden desprenderse con un instrumento puntiagudo. En los casos más avanzados, la mayoría de estas han caído . dando lugar a unas depresiones superficiales y deslustradas cuyos bordes periféricos pueden acentuarse por los bordes salientes del esmalte y la dentina; en los casos que la depresión se debe a la costumbre de un cepillado muy vigoroso . las depresiones no solo están más acentuadas si no que su base puede mostrarse muy lisa y pulida.

Los síntomas subjetivos de la erosión varían también mucho y. de nuevo dependen de la intensidad de las sustancias que producen la erosión cuando el proceso es lento y gradual. puede haber una completa ausencia de síntomas. pero cuando el proceso erosivo es intenso o rápido puede encontrarse síntomas que se han pensado en una dentina hipersensible.

ABRASION

La abrasión es una destrucción patológica de la sustancia dental, pero debida a procesos mecánicos anormales y no por medio de la masticación.

Las causas más frecuentes de abrasión son los dentríficos abrasivos, el uso inadecuada del cepillo de dientes, la masticación de la pipa, morder hilo y otras costumbres semejantes, en las que los dientes están expuestos a fuerzas abrasivas anormales.

Aunque los modernos dentríficos están llenos generalmente de abrasivos potentes, su efecto no es tan intenso desde que se introdujeron varias fórmulas de polvos dentales cuya acción abrasiva no es tan frecuente. A veces, la abrasión se relaciona con el uso de sales secas o de bicarbonato sodico como detrifico en polvo.

La más frecuente es la abrasión dental debida a una utilización inadecuada del cepillo dental, empleando un cepillo seco, o usándolo con movimiento horizontal en vez de vertical o rotatorio. Cuando estas son las causas de la abrasión se encuentran generalmente como una superficie lisa, muy pulida, en forma de cuña en la proción de la raíz del diente. Tambien se puede observar una retracción gingival la localización más frecuente en la zona de los caninos, aunque no es raro que afecten los incisivos, los molares.

La abrasión cervical puede dar lugar a una reacción sensitiva a los dulces y sumos de frutas y al cepillado.pero es más frecuente que las superficies afectadas sean más insensibles. lo que hace pensar que ha ocurrido el depósito secundario de dentina evitando reacciones químicas. térmicas o físicas.

MEDICAMENTOS.

La medicación corresponde a un factor importante dentro del campo de la odontología, ya que por ello ocurren varias anomalías que a continuación mencionaremos.

Las tetraciclinas se incorporan a los tejidos duros en fase de mineralización y pueden provocar cambios de coloración importante. La intensidad y tono de estos cambios de coloración varían con las distintas tetraciclinas, y así la oxitetraciclina produce menos alteraciones que los demás compuestos. A dosis superiores las tetraciclinas inhiben también el crecimiento y provocan hipoplasias del esmalte por estos efectos indeseables no debemos prescribir dichos antibióticos a las mujeres embarazadas o a las madres lactantes, ni a los niños las tetraciclinas captadas por los tejidos duros pueden también ser identificadas porque producen una fluorescencia característica de la luz ultravioleta. Otros factores tóxicos que hay que tener en cuenta, los trastornos de la mineralización son ingestión de medicamentos citostáticos y la sobre dosificación de la vitamina "D" y la fluorosis dental es menos marcada, en la primera dentición que en la permanente quizás debido a las diferencias que existen en tamaño del comportamiento de líquidos histicos entre la madre y el feto por medio de barrera placentaria. En la dentición permanente los dientes más afectados son los premolares y los segundos molares.

MALA HIGIENE.

Debemos tener en cuenta que la mayoría de las personas no llevan una técnica de cepillado adecuada, ni tampoco saben utilizar el hilo dental por eso debemos enfatizar la importancia y algunas de las características de la mala higiene bucal.

Las pigmentaciones. Hay una variedad de teorías al respecto al significado de las manchas verdes y negras que aparecen en la dentición primaria y permanente, la causa real de cada mancha no se conoce pero cualquiera de estas pigmentaciones extrañas deben de ser eliminadas de la superficie de los órganos dentarios.

Se ha dicho que las pigmentaciones verdes son el resultado de bacterias lácteas cromógenas y que el pigmento está adherido a los restos de la membrana del Masmyth. Este estado se encuentra en los tercios gingivales de las coronas de los dientes en niños con mala higiene bucal.

Las manchas negras por lo general son persistentes, pueden producir en la boca relativamente limpias. Como una fina línea media se encuentra habitualmente justo por encima del borde libre de la encía.

CONCLUSION.

Tenemos que las anomalías dentales ocupan un papel muy importante dentro del campo de la odontología. Por ello debemos tener en cuenta que hay que realizar un diagnóstico certero y apoyarnos con otros estudios como son las radiografías dentoalveolares, con la técnica de vicetriz y radiografías panorámicas para la localización de alguna anomalía de número, en cuanto a las anomalías de color no confundirse, ya que cada una tiene diferentes características ya antes mencionadas.

El objetivo de esta tesis es orientar de manera sencilla las principales características de las anomalías para que el cirujano dentista pueda realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado a los pacientes en el consultorio dental.

En cuanto a nuestra bibliografía no existe ningún tipo de variación en definición y diagnóstico por lo que está bien definidas y estudiadas dichas anomalías.

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

- 1.- A. LINCH MARCOLM. MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.PP 252. 253 SEPTIMA EDITORIAL INTRAMERICANA. MEXICO D.F. 1987.
- 2.- BRAMER JOHN CHARLES. ODONTOLOGIA PARA NINOS PP. 44.46. EDITORIAL MUNDI BUENOS AIRES 1959.
- 3.- KAMETA ANGEL Y ACTUALIZADO PRO LA DR. OROPEZA PATRICIA. NUCLEO DE ODONTOPEDIATRIA. SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA U.N.A.M. PP 73.74. 99.10.108.109. MEXICO D.F. 1992.
- 4.- K.BABER THOMAS S.LUKE LARRY ODONTOLOGIA PEDIATRICA. EL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V. 1985.
- 5.-M. LASKIN DANIEL CIRUGIA BUCAL Y MAXILO FASIAL EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA MEXICO D.F.
- 6.-PINKHANS J.R. ODONTOLOGIA PEDIATRICA. EDITORIAL INTERAMERICANA PP 445. Y 448 MEXICO D.F.
- 7.- ROSS ROMELL HISTOLOGIA PP402 EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA. MEXICO D.F.
- 8.-U. ZEGARELLI EDUARD DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL MEXICO D.F.1987.