

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ERUPCION ECTOPICA ANTERIOR
(CASO CLINICO EN INFANTIL)



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

AGUSTIN JACOBO AMEZCUA TORQUEMADA

MEXICO, D.F.

1994

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.

AGRADECIMIENTOS

*Gracias a Jehová por permitirme
estar vivo y de disfrutar de lo
bello que es la vida.*

*A mi Papá Agustín Amezcua M.
Por su apoyo y ayuda para así
lograr alcanzar cada uno de
mis éxitos.*

Gracias.

*A mi Mamá Guadalupe Torquemada V.
gracias a ti y a tu cariño yo aprendí
a crecer y a confiar en mí y así alcanzar
mis éxitos.*

Gracias.

*A mis hermanas; Chayo, Paty
Chiquis y Gaby. Por estar
siempre juntos las quiero
mucho.*

Gracias.

*A mis sobrinos Brenda, Karla,
Agustín y Karen.
Los quiero mucho*

Gracias

*Pero muy en especial a ellos
que de alguna manera creyeron
en mí. A mi Papá Nacho, a mi tía
Conchita, a mi padrino Armando
y mis dos mejores amigos
Luis M. y José A.*

Gracias.

*Dr. Héctor Ortega Herrera.
Gracias por brindarme su amistad
y confianza.*

*A la Clínica Periférica
Dr. José Salazar Ilarregui.
Por mi formación Profesional.
Pero muy en especial al
Jefe de enseñanza Dr. Salazar.
y ha todos mis profesores.*

Gracias.

A mis Abuelas:

Mamá Neni y Carmen.

*A mis tías que con todo su
apoyo logre mi objetivo.*

Gracias.

A toda mi familia.

Gracias.

*A la Universidad Nacional Autónoma de México
que en sus aulas me forme.*

*A mis pacientes que con ellos
aprendí.*

Gracias.

*A mis compañeros que con los
que compartí 3 años en el
grupo 01 y a los de la clínica
periférica por alegrías y
tristezas.*

Gracias.

Al Honorable Jurado.

Gracias.

A la Facultad de Odontología

Gracias.

Muy en especial para TI.

Te quiero.

Gracias.

I N D I C E

<i>Introducción.</i>	1
<i>Antecedentes. Revisión bibliográfica.</i>	14
<i>Caso Clínico.</i>	19
<i>Metodología Diagnóstico y plan de tratamiento.</i>	49
<i>Resultados.</i>	62
<i>Discusión.</i>	64
<i>Conclusiones.</i>	67
<i>Bibliografía.</i>	69

INTRODUCCION

El crecimiento y desarrollo del complejo cráneo facial en el niño, se realiza generalmente de manera simultánea; un reconocimiento de este proceso de crecimiento y desarrollo es esencial para el tratamiento dental apropiado para él. Dicho proceso toma unos cuantos años en realizarse, esto hace que el tratamiento dental en el crecimiento sea más complejo desde el punto de vista de un diagnóstico y un plan de tratamiento.

Los tres primeros años de vida representa el primer período del crecimiento acelerado. En la adolescencia se presenta otro período de crecimiento rápido, se puede decir que la mayor parte del crecimiento del ser humano se presenta en la etapa de la pubertad (en las niñas de los 11 a los 14 años y en los varones entre los 13 y los 18 años.)

El crecimiento de la cara.

La cara es un complejo que se desplaza hacia abajo ligeramente y hacia adelante desde del cráneo, algunos

huesos no crecen y otros permanecerán en el espacio por aposición de los huesos en un lado y por reabsorción en el lado opuesto.

Es factible lograr cambios drásticos en la arcada moviendo los dientes y el hueso alveolar, lo que puede conseguir un desequilibrio si los dientes y el hueso alveolar no son tratados apropiadamente.

El crecimiento de las arcadas dentarias

El crecimiento en el maxilar superior se produce de la siguiente forma:

- 1.- Hacia la parte posterior por aposición ósea el de los bordes superiores.*
- 2.- En sentido lateral por aposición ósea en las superficies vestibulares.*
- 3.- Hacia abajo por aposición de los huesos alveolares.*

El crecimiento de la mandíbula se produce por:

- 1.- En sentido posterosuperior por crecimiento del condíleo.*
- 2.- En sentido posterior por aposición en la parte posterior de la rama y por reabsorción de su borde anterior.*
- 3.- En sentido vertical por aposición del hueso en un lado y por reabsorción en el lado opuesto.*

El maxilar y la mandíbula no aumentan sustancialmente en anchura en la zona anterior de la dentición; después de los 13 ó 14 años de edad se hace más ancha creciendo posterior-mente en forma de una V divergente.

Las etapas de la erupción dental.

Existen cuatro etapas diferentes en el desarrollo de la erupción:

- 1. Pre-eruptiva*
- 2. Intra-alveolar*
- 3. Intra-bucal*
- 4. Oclusal*

1.- La etapa pre-eruptiva se considera desde la formación del germen dentario hasta el momento en que termina la calcificación de su corona. Tanto la posición del germen dentario como el mecanismo de calcificación están regulados por los factores genéticos, por lo tanto puede variar de un individuo a otro.

2.- La etapa intra-alveolar principia cuando el diente comienza a emprender su movimiento eruptivo, la dirección eruptiva que siguen los dientes es la de su propio eje hasta que encuentran una resistencia la cual, en condiciones normales, es la raíz de su antecesor correspondiente a la dentición primaria.

Al ir sucediendo esto queda un conducto en el hueso alveolar a través del cual avanza el diente permanente impulsado por su propia fuerza motriz de erupción, Gran parte de la cual surge de la formación de su raíz. En el caso de los molares permanentes no sucede lo mismo puesto que no sustituyen a ningún diente primario, sino que reabsorben el hueso alveolar.

Un diente al terminar su erupción intra-alveolar, debe tener formadas 2/3 partes de su raíz aproximadamente.

3.- La etapa intra-bucal es aquella en la cual el diente, después de haber reabsorbido el hueso alveolar, procede a romper el tejido gingival que le impide aflorar a la cavidad bucal como en el caso de los molares permanentes, pues los demás dientes permanentes después de la exfoliación de los dientes primarios no tienen que romper tejido gingival. El tamaño redicular de un diente que ha terminado su erupción intra-bucal es de 3/4 partes de su tamaño final. Un diente posterior tarda de dos a cinco años desde la formación de su corona hasta su erupción intra-bucal.

4.- La etapa oclusal está comprendida desde el momento de la erupción intra-bucal hasta que el diente entra en oclusión con su antagonista, esta etapa tiene duración de 12 a 20 meses.

Edades de la erupción

A continuación se mencionarán las edades promedio de la erupción de los dientes infantiles y permanentes.

Cronología de la erupción primaria y la formación de su raíz.

En el maxilar superior ;

- A De los 7 meses a 1 año.
- B De los 9 meses a 2 años.
- C De los 18 meses a 3 1/2 años.
- D De los 14 meses a 2 1/2 años
- E De los 24 meses a 3.años.

En la mandíbula ;

- A De los 6 meses a 1 1/2 año.*
- B De los 7 meses a 1 1/2 año.*
- C De los 16 meses a 3 1/2 años.*
- D De los 12 meses a 2 1/2 años.*
- E De los 20 meses a 3 años.*

En la dentición secundaria es de la siguiente manera;

<i>Incisivos centrales</i>	<i>De 6 a 8 años.</i>
<i>Incisivos laterales</i>	<i>De 7 a 9 años .</i>
<i>Caninos</i>	<i>De 9 a 12 años.</i>
<i>Primeros premolares</i>	<i>De 10 a 12 años.</i>
<i>Segundos premolares</i>	<i>De 10 a 12 años.</i>
<i>Primeros molares</i>	<i>De 6 a 7 años.</i>
<i>Segundos premolares</i>	<i>De 11 a 13 años .</i>
<i>Terceros molares</i>	<i>De 17 a 21 años.</i>

Por desgracia no en todos los individuos la erupción dental se desarrolla de una manera normal sino que ésta se encuentra expuesta a sufrir un gran número de alteraciones

ocasionadas por factores locales y que generalmente apartan a los dientes de su erupción normal, trayendo como consecuencia diversos tipos de maloclusiones junto con daños a las estructuras vecinas.

La palabra ectópica significa fuera de lugar y es empleada en términos médicos para describir que un órgano se encuentra alejado de su sitio correspondiente.

La erupción ectópica se refiere a la alteración en la dirección eruptiva de un diente permanente que, además de estar fuera de su posición, causa la resorción de la raíz de un diente adyacente de una manera anormal.

La etiología de la erupción ectópica generalmente es una manifestación secundaria de un trastorno primario, siendo un mecanismo de adaptación del diente en su proceso eruptivo.

A continuación se mencionarán las alteraciones producidas por los trastornos primarios, su relación con la erupción ectópica y los factores que la ocasionan.

1. Alteraciones producidas por la falta de espacio.

Los factores que provocan la falta de espacio son:

a) Retraso en la erupción de los dientes permanentes con pérdida prematura de los dientes primarios.

b) Presencia de un diente permanente de mayor tamaño que el espacio de erupción por factores hereditarios; puede ser que uno o varios dientes permanentes sean desproporcionadamente mayores que los dientes primarios correspondientes.

c) Subdesarrollo de los maxilares. Se ha visto que diversas enfermedades sistémicas tales como el hipogonadismo, el hipopituitarismo, el hipotiroidismo, raquitismo, e hipovitaminosis, las cuales pueden producir maxilares deformes y de menor tamaño.

d) *Discrepancia entre el tamaño del maxilar y el tamaño de los dientes causados directamente por factores genéticos.*

e) *Retraso en el desarrollo de la tuberosidad.*

f) *Evolución filogenética. El ser humano va sufriendo mutaciones en su organismo a través de los años ocasionados por factores ambientales. Los principales causantes de estas mutaciones se deben a los hábitos alimenticios, entre ellos la consistencia de la dieta, que cada vez es más blanda, lo cual no permite un estímulo masticatorio.*

g) *Factores iatrogénicos. El dentista en muchas ocasiones resulta responsable de la pérdida de espacio por no tomar las medidas preventivas, como es el caso de la extracción prematura de los dientes primarios sin la debida colocación de un mantenedor de espacio.*

2. *Alteraciones que actúan como barreras físicas.*

En este caso el diente permanente es desviado de su dirección eruptiva normal por un obstáculo mecánico pudiendo adoptar un patrón ectópico de erupción.

a) *Obstáculos propiamente dichos:*

Quistes

Restos radiculares

Dientes supernumerarios

Concentración de hueso esclerótico

Retención prolongada de dientes primarios

b) *La formación anatómica de algunos dientes.*

c) *Factores iatrogénicos, por ejemplo cambios en la vía normal de erupción de los dientes por restauraciones y/o coronas de acero cromo mal ajustadas por su cara distal quedando sobrestendidas.*

3. Acción muscular normal.

La acción muscular normal es capaz de obligar a los dientes a cambiar su camino de erupción, cuando el músculo mentoniano, borla de la barba, está en hiperactividad ejerciendo una presión exagerada en los cuatro incisivos inferiores en el momento de la deglución.

4. Alteraciones en la posición del germen dentario.

Este tipo de trastorno nos da una mala posición del germen dentario y es generalmente de origen genético, pero puede deberse también a un traumatismo o un proceso patológico que desvía al germen de su posición correcta.

De este modo la erupción ectópica se puede presentar por alteraciones de falta de espacio; los dientes en las etapas intra-alveolar e intra-bucal en combinación con las alteraciones que actúan como barreras físicas; pero también puede presentarse por la presencia de un sólo factor o la combinación de varios. Su severidad será dependiendo de los factores que se encuentren involucrados.

Por otro lado los dientes que con mayor frecuencia se encuentran involucrados son: los primeros molares superiores, terceros molares superiores, caninos superiores, incisivos laterales inferiores, y en los incisivos centrales superiores aunque en estos últimos se presenta muy rara vez.

ANTECEDENTES

Revisión Bibliográfica.

En la revisión bibliográfica se encontró bastante información en lo que corresponde al tema Erupción Ectópica en Dientes Posteriores, pero en lo que respecta al tema de Erupción Ectópica en Dientes Anteriores ésta es mínima, no se le ha dado la importancia debida.

Al observar tal escasez de información se podría concluir erróneamente que el problema no reviste mayor gravedad y por ende el odontólogo lo podría pasar desapercibidos.

De entre los autores revisados, Teel hace mención que existen dos tipos de erupción ectópica que son; la erupción ectópica irreversible y la reversible; la primera consiste en la resorción de las raíces del segundo molar primario, la inclinación del primer molar secundario es tan grave que el primer molar se mete debajo del molar primario y éste no erupciona sin tratamiento. La erupción ectópica reversible

está tipificada por una condición menos grave es decir que se encuentra sin ningún obstáculo que no sea insuperable.

La erupción ectópica se puede presentar en cualquier parte de la boca.

Polver (1968) encontró que no existe un sólo factor etiológico, es muy común encontrar en algunos pacientes diferentes factores etiológicos como son;

El maxilar es pequeño.

El maxilar se localiza en una dirección más posterior que lo normal en relación al cráneo.

La presencia de dientes supernumerarios.

La pérdida prematura de un diente desiduo.

Un incisivo primario persistente.

Una inadecuada longitud del arco dentario.

La herencia.

La angulación anormal de la erupción del primer molar permanente del maxilar.

Calcificación retrasada.

Por otro lado Kurol (1989) realiza frecuentes estudios sobre erupción ectópica y se encontró con un gran número de molares ectópicos reversibles que regresaron a una posición y una oclusión normal sin mayores problemas.

No obstante encontró casos de erupción irreversible por ejemplo uno en donde un primer molar permanente se encontraba en el área cervical del segundo molar primario, en éste fue necesario un tratamiento más elaborado para poder traer al diente a una erupción y una oclusión normal. En otros casos similares el segundo molar primario se pierde prematuramente por exfoliación ó, más frecuentemente, por extracción.

El mismo autor hace mención a lo que Young reportó: que uno de cada tres dientes ectópicos son de tipo irreversible abarcando el 1.5% de la población que estudió. En estudios más recientes Bjerklin y Kurol encontraron erupción ectópica en 52 niños (1.8%) de una población de 2903 infantes, pero no informaron el factor etiológico responsable del problema.

Cabe mencionar que de la misma población 1459 eran varones y 1444 niñas y que el promedio de edad era de siete años.

Jönköping realizó un estudio en una población de 125 niños (75 niños y 50 niñas) entre los cuales el 4.3% presentó erupción ectópica del primer molar permanente del maxilar.

Así también en otro reporte sobre la tendencia familiar a la erupción ectópica se observó que uno o más de los parientes de niños afectados registran el mismo problema, Por ejemplo de 81 parientes investigados (46 mujeres, 35 hombres),16 de ellos reportaron erupción ectópica del primer molar permanente en el maxilar; 10 de los 16 fueron varones y 6 fueron niñas.

En cambio la erupción ectópica reversible fue encontrada en 11 de los 16 parientes, asimismo 10 de los 16 afectados fueron varones y 6 niñas.

Las tendencias familiares dan la oportunidad para identificar y tratar a algunos niños en la primera dentición con el riesgo de presentar el problema en cuestión.

Por lo tanto en el estudio de los dientes ectópicos es importante conocer los factores causantes y predisponentes, así como sus manifestaciones clínicas; reconocerlas y valorarlas correctamente.

La bibliografía revisada hace mención también que la erupción ectópica se presenta cuando existe una dentición mixta. Este conocimiento resulta de suma importancia para el odontólogo de práctica general, pero especialmente para el odontopediatra, pues obviamente es quien trabaja en su mayoría con sujetos que se encuentran con esta clase de dentición.

CASO CLINICO

Se presenta en la Clínica Periférica Dr. José Salazar Ilarregui de la Facultad de Odontología, en el área de Odontopediatría una paciente de nombre H. P. E., de sexo femenino, de 9 años de edad, estudiante del 3er. grado del nivel básico, de 1.20 m. de estatura; reportando hábitos alimenticios adecuados y contando en su vivienda con servicios necesarios como son: una buena ventilación, agua, luz, etc.

Antecedentes personales patológicos; Ha presentado fiebres eruptivas (sarampión) y amigdalitis frecuentes.

Antecedentes heredo-familiares: No reporta ninguno. Tanto padres como abuelos viven.

Antecedentes médicos, quirúrgicos y traumáticos. La paciente no ha sido sometida a cirugía alguna, pero sí presenta un traumatismo en su labio superior del lado izquierdo.

Su constitución es robusta, su tez morena, su cabello es abundante y de color castaño oscuro, buena implantación del mismo; la forma de la cabeza y su rostro son de un patrón dólico cefálico; sus movimientos son normales, sin problemas en la marcha y de una actitud cooperativa.

Sus oídos y conductos auditivos se encuentran bien formados y con una audición conveniente.

Sus ojos tienen una posición y una orientación normal con respecto a su cara; sus movimientos son naturales a los estímulos provocados por los cambios de la luz.

Su nariz, bien ubicada dentro de su cara, es ancha y un poco afilada; con respecto a su función no se considera adecuada dado que la paciente es respirador bucal.

Sus labios, de grosor medio, tienen buena ubicación dentro de su cara. En el labio superior del lado izquierdo se presenta un lesión de tejido fibroso.

Motivo de la consulta: Inflamación y malestar de la lesión antes citada y además presenta un diente fuera de su lugar (diente ectópico).

Examen bucal, Este abarca los tejidos blandos como son: labios, encías, carrillos, paladar duro y blando.

En su labio superior del lado izquierdo presenta una lesión de aproximadamente 20mm. de largo y 10mm. de ancho con una coloración roja muy marcada de consistencia dura formada de tejido fibroso y ésta no presenta movilidad, sólo existe malestar al hacer algunos gestos y muy especialmente al roce con el tacto. Esta lesión fue provocada por un traumatismo.

Sus encías manifiestan una ligera gingivitis provocada por una higiene inadecuada.

Los carrillos, el paladar duro y blando tienen aspecto, forma, volumen y tamaño normal.

En lo correspondiente a los órganos dentarios, la paciente presenta una dentición mixta y el principal problema, como ya se ha comentado, es que existe un diente ectópico; en el resto de los órganos dentarios se exhiben diferentes grados de caries.

En la evaluación de la oclusión y alineamiento se puede observar que la línea media se encuentra desviada hacia el lado izquierdo; tenemos una oclusión clase I de Angle, con traslape horizontal y una ligera mordida cruzada en posteriores; existe una mala posición dentaria. Presentado hábitos perniciosos tales como; morderse los labios y ser respirador bucal.

Refiriéndose a la dentición y a la erupción, se reporta que existió una pérdida del central primario superior izquierdo (61), a edad temprana, no recuerda la causa de tal pérdida. El central superior izquierdo presenta una erupción retardada siendo posible que exista una mala posición dentaria (erupción ectópica). La edad dental de la paciente es de ocho años,

La condición dental general y local de la higiene oral es pobre, presenta abundante placa bacteriana y ésta se presenta supragingival y también presenta una calcificación deficiente.

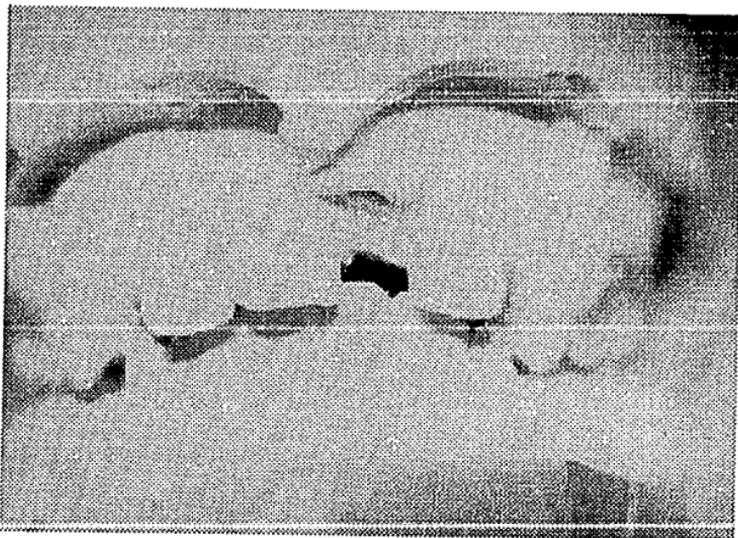
Estudio por aparatos y sistemas. Aparato digestivo SDP, aparato cardiovascular SDP, aparato genitourinario SDP, aparato respiratorio, presenta amígdalas y adenoides agrandados, dando una respiración bucal. Sistema endocrino SDP, sistema nervioso SDP.

Para elaborar un buen diagnóstico y plan de tratamiento se recomiendan métodos auxiliares tales como: modelos de estudio, radiografías y fotografías.

El Estudio radiográfico

Sólo se le tomó una radiografía tipo oclusal. La interpretación es la siguiente: Se pueden observar las diferentes estructuras anatómicas como son el piso de las fosas nasales, el tabique nasal, la pared de las fosas nasales, y el agujero del conducto incisivo superior, así mismo se observa que los órganos dentarios presentan raíces cortas y además es notorio que uno de sus caninos, el del lado izquierdo, se encuentra retenido y el otro ha empezado a hacer su erupción. Se puede observar que el diente ectópico, en su raíz, no presenta ninguna alteración patológica, su corona no presenta fracturas. Teniendo estas condiciones podemos concluir que éstas son favorables para que pueda realizarse el descenso del diente afectado.

Igualmente se realiza la toma de impresiones para obtener los modelos de estudio y así poder realizar el diagnóstico y el plan de tratamiento que requiere la paciente.



Modelos de estudio para realizar el diagnóstico.

En el laboratorio se realizó el estudio de los modelos de trabajo de lo cual se desprende que deberá realizarse una expansión del maxilar superior y así el diente ectópico pueda realizar su descenso. Simultáneamente se efectuará la operatoria dental, profilaxis y aplicación de fluoruro.

Se realiza el análisis de dentición mixta de Moyer que es el que nos indica si existe espacio en el maxilar superior y también el análisis de Pont que indica lo largo y lo ancho de las arcadas. Habiendo hecho lo anterior se pudo determinar que, efectivamente, se requiere espacio en el maxilar para el descenso y alineación del diente en cuestión el cual está actuando como agente irritativo para la lesión del labio. Se elige como tratamiento colocar una placa con un tornillo de expansión, un braket o botón palatino con la ayuda de elásticos de goma para conseguir el descenso del diente y por ende que desaparezca la lesión existente en el labio.

Con respecto a la operatoria dental se decide trabajar por cuadrantes con el siguiente plan de tratamiento:

- 1. Técnica de cepillado, adaptación de la placa de expansión, colocación del braket.*

2. *Control del diente. Se principiará con la operatoria dental del cuadrante inferior izquierdo. En el 36 caries de primer grado: Recubrimiento pulpar indirecto, amalgama y una corona de acero cromo; En el 74 presenta caries de segundo grado: Colocación de cemento I R M con el fin de conservarlo en boca, sirviendo como guía del 34.*

3. *Se continúa con el control del diente; la operatoria dental del cuadrante superior izquierdo. En el 26 presenta caries de primer grado, se realizará recubrimiento pulpar indirecto. En el 64 se presenta caries de tercer grado, se hará una pulpotomía y se recubrirá con cemento I R M, para conservarlo en boca.*

4. *Se continuará con el control del diente y la operatoria dental del cuadrante superior derecho. En el 16 presenta caries de primer grado y se colocará un recubrimiento pulpar indirecto y una amalgama. En el 54 presenta caries de segundo grado y se hará un recubrimiento pulpar indirecto con cemento I R M y cemento de fosfato con el fin de conservarlo en boca.*

5. *Se continúa con el registro del diente y operatoria dental del cuadrante inferior derecho. En el 46 presenta caries de primer grado y se hará un recubrimiento pulpar indirecto, y se le colocará una corona de acero cromo.*

El 88 presenta caries además de que debe ser extraído para que permita la erupción del 44.

6. *Se continúa con el registro del diente y por último se trabajará, del cuadrante superior derecho, el central colocándosele una resina fotopolimerizable.*

7. *Se continúa con el registro del diente, la profilaxis y la aplicación de fluoruro en toda su boca.*

8. *Control del diente.*

9. *Con los resultados esperados del plan de tratamiento se podrá dar de alta a la paciente.*

A continuación se describirá cómo fueron llevadas a cabo cada una de las sesiones conforme al plan anterior, pero mencionando las variaciones pertinentes efectuadas sobre la marcha.

SESION UNO

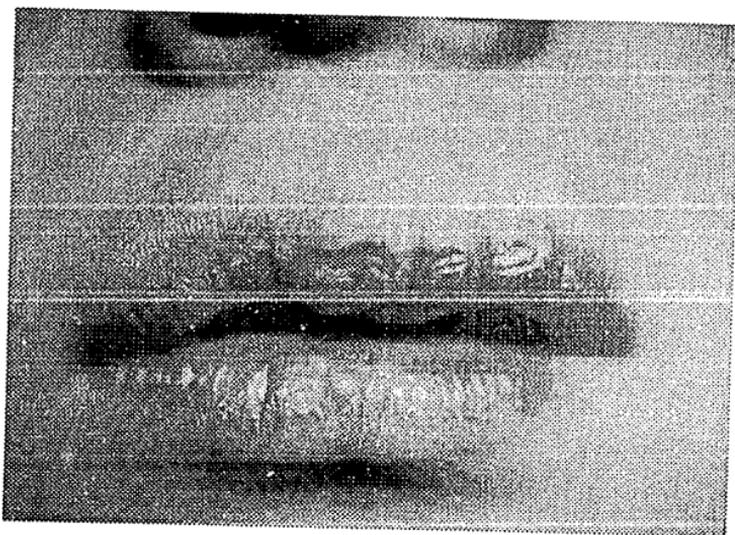
En esta sesión se le indica a la paciente la técnica de cepillado optándose por la de barrido, el objetivo de esto es para que la paciente sea capaz de dominarla y así tener un control de la eliminación de la placa bacteriana y restos alimenticios, y por consiguiente el estímulo atraumático de los tejidos gingivales. Se le hace notar que la técnica de cepillado es personal y que debe ser responsable de su aseo personal.

Se adapta la placa removible palatina con el tornillo de expansión ajustándola a la boca de la paciente. Para realizar la colocación del braket se hace una profilaxis del diente con una pasta abrasiva con el fin de que el diente quede libre de placa bacteriana. Una vez obtenida una superficie limpia se realiza el grabado del esmalte con ácido fosfórico de tipo gel, dejándolo actuar durante dos o tres minutos, al cabo del cual se eliminará con agua abundante; el esmalte al quedar gravado presenta un color blanco mate.

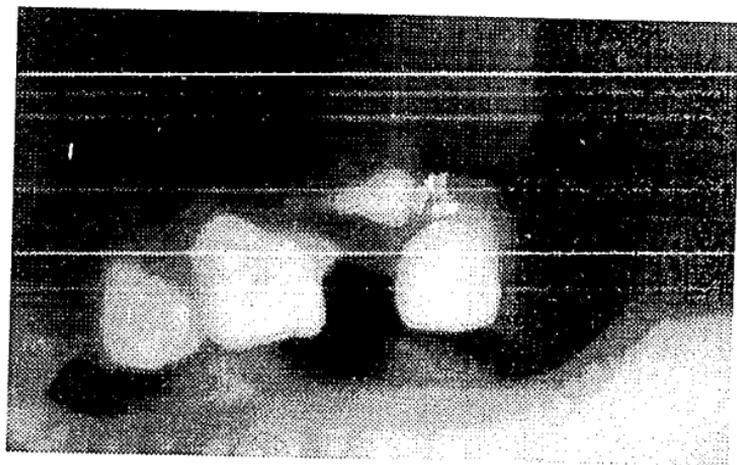
Para la colocación del braket el diente debe estar seco totalmente para que la resina penetre al esmalte y exista una buena adherencia entre braket y diente.

Todo este procedimiento se realiza en una sola sesión con el fin de atacar de inmediato el problema principal: la irritación del tejido fibroso causado por el diente ectópico.

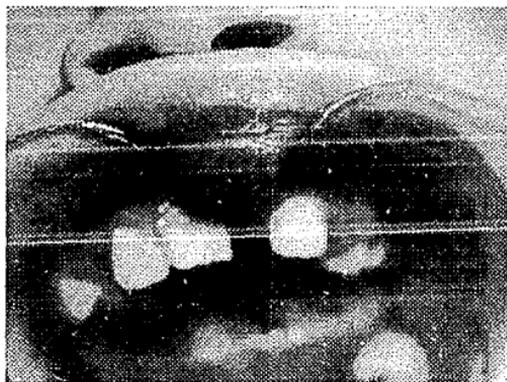
Por último se le dan las indicaciones adecuadas tanto a la paciente como a la madre y son las siguientes: El cepillado dental será tres veces al día y la placa será retirada sólo para realizar su aseo; se le dará una vuelta al tornillo de expansión cada tercer día, los elásticos de goma deberán cambiarse diariamente. Para que el control de la placa sea más efectivo se recomienda que anote en un calendario los días en que se efectúe la apertura del tornillo.



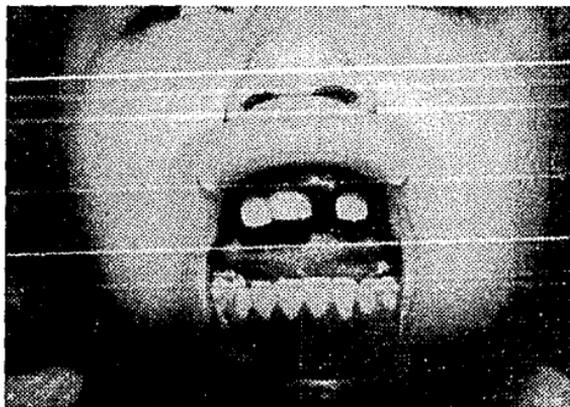
En el labio superior de lado izquierdo presenta una lesión de tejido fibroso y con una coloración roja muy marcada.



Existencia de un diente ectópico en el maxilar superior.



La lesión que presenta es de aproximadamente 20 mm. de largo por 10 mm. de ancho se puede observar con claridad que es de tejido fibroso y presenta una coloración muy marcada, dicha lesión es provocada por un traumatismo.



SESION DOS

Durante esta sesión se observan los primeros cambios existentes del diente ectópico. Se advierte que la técnica de cepillado se ha realizado de acuerdo a las recomendaciones dadas por lo que sus encías se encuentran menos inflamadas. En lo que atañe al diente ectópico se ven pequeñas modificaciones en su dirección encontrándose más hacia mesial. Esta variación se ha conseguido como consecuencia del uso constante de la placa y los elásticos.

En el maxilar superior no se observan cambios. Las vueltas que se le han dado al tornillo son 3/4 de vuelta equivalente a 0.75mm. Si acaso hubiera un cambio en el maxilar superior, éste no es notorio.

La lesión en su labio continúa presentado marcadamente una coloración roja, con dolor al tacto.

Se comienza con la operatoria dental según el plan de tratamiento. En el cuadrante inferior del lado izquierdo se realiza en el 36 un recubrimiento pulpar indirecto una

amalgama para reforzar al diente y una corona de acero cromo. En el 74 un recubrimiento con cemento I R M para conservarlo en boca para que éste sirva como guía de erupción del 34.

SESION TRES

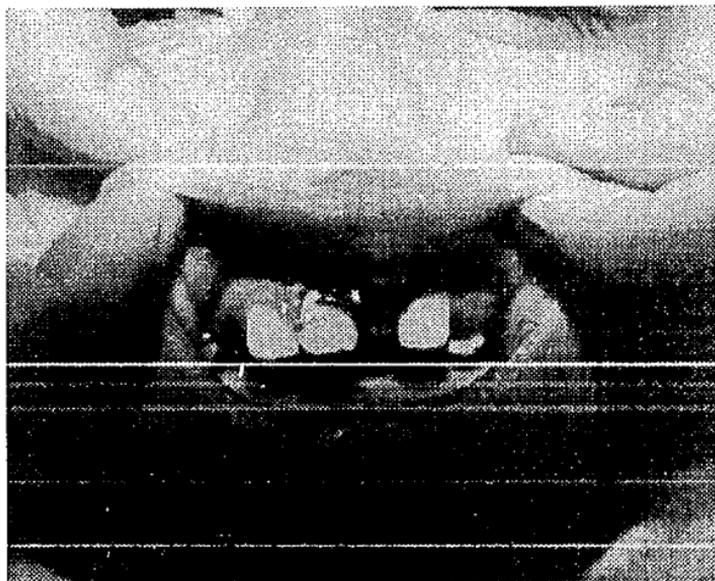
A quince días de que la paciente trae en boca el aparato de expansión se observan cambios más significativos con respecto al diente ectópico, éste ha comenzado a descender aproximadamente más de 1/3 de su corona clínica.

Ya desde la sesión anterior se había observado que el diente había tomado una dirección hacia distal, ésta se sigue manteniendo con la ayuda de la placa de expansión y los elásticos.

Por otro lado, la placa lleva ya una vuelta completa más 1/4, correspondiendo a 1 mm. de apertura en el maxilar.

La lesión de el labio ha empezado a disminuir, pero si bien continúa presentando una coloración roja, ésta es menos acentuada. permanece todavía inflamada y sin movilidad del tejido fibroso. Se espera que esta lesión vaya desapareciendo conforme el agente irritativo sea eliminado.

Continuando con la operatoria dental que requiere la paciente se trabaja el cuadrante superior izquierdo. En el 26 se realiza un recubrimiento pulpar indirecto y una obturación con amalgama. En el 64 se hace una pulpotomía y se cubre con cemento I R M para conservarlo en boca.



El diente ectópico presenta pequeñas modificaciones en su dirección así mismo continua presentando la lesión un coloración roja muy marcada.

SESION CUATRO

El aparato en boca ya lleva 22 días en constante activación; los cambios son más notorios, el diente ha hecho un descenso mayor, ocupando un espacio y una dirección dentro del maxilar superior, cabe señalar que estos cambios sólo se han podido obtener con la cooperación de la paciente.

La apertura de la placa de expansión, como se mencionó en la sesión anterior, ya había alcanzado 1.0 mm., en esta ocasión se advierten 0.50 mm. más (1/2 vuelta). Esto quiere decir que el maxilar ha logrado una apertura de 1.5 mm.

La lesión continúa sanando, aunque lentamente dado que el agente irritativo no se ha retirado por completo. Es menos molesta.

Se continúa con la operatoria dental; en esta sesión se realiza el cuadrante superior derecho colocando en el 16 un recubrimiento pulpar indirecto con cemento I R M y una

amalgama. En el 54 se coloca recubrimiento pulpar indirecto I R M y se sobreobturó con cemento de fosfato para conservarlo en boca, por haber detectado radiográficamente su próxima exfoliación.

SESION CINCO

En esta sesión se cumple un mes de que la paciente trae el aparato en boca y los resultados en la evolución del descenso del diente y la expansión del maxilar superior son satisfechos.

Se aprecia que el diente ectópico ha descendido más de un tercio de su corona clínica, el diente tiene ya un lugar y una dirección más adecuada dentro del maxilar. Se considera que los elásticos, con fuerzas ejecutadas mínimas (3/16 de oz.), han jugado un papel importante para que el diente esté realizando su descenso y alineación. Sin embargo en esta sesión los elásticos serán sustituidos por unos que ejerzan menor fuerza (1/4 de oz.); la función de éstos consiste en continuar bajando el diente y mantenerlo alineado.

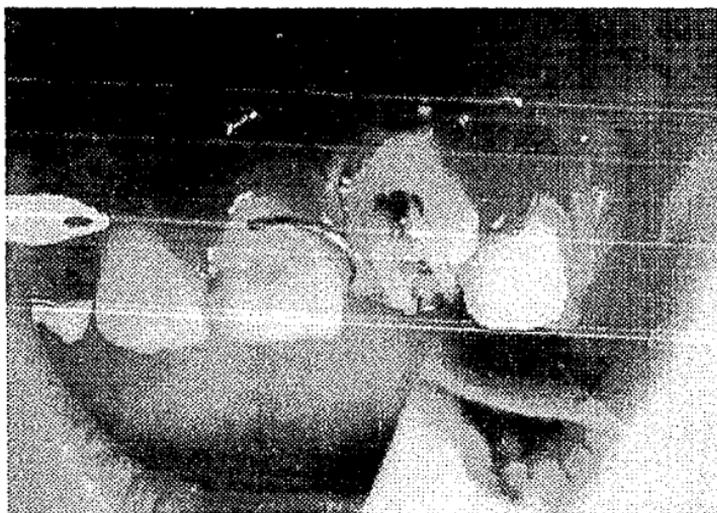
La lesión existente prosigue disminuyendo porque el agente irritativo continúa en franca eliminación; su coloración es mínima y ya casi no existe dolor al tacto.

Igualmente el hábito pernicioso de morderse los labios se ha ido eliminando lo que ha cooperado a eliminar dicha lesión.

Se continuó dando vueltas al tornillo de expansión alcanzando dos vueltas completas, equivalente a 2 mm.de apertura en el maxilar.

Continuando con el plan de tratamiento, en lo correspondiente a la operatoria dental, se sigue con el cuadrante inferior derecho. En el 46 se le colocó un recubrimiento pulpar indirecto, una amalgama y una corona de acero cromo, dada la desmineralización de su órgano dental.

Se realizó la extracción del 88 para que hiciera la erupción correspondiente el 44.



Se aprecia que el diente ectópico a descendido más de un tercio de su corona clínica, tiene ya un lugar y una dirección dentro del maxilar, lo que corresponde a la lesión sigue disminuyendo.

SESION SEIS

En esta cita se realiza la revisión de lo que es la expansión del maxilar, la evaluación del diente y de la lesión.

A un mes y una semana de estar el aparato ortodóntico en boca, éste ha provocado una apertura del maxilar correspondiente a 2 mm manteniéndose estable en esta medida. Esto permitió que el diente hubiera bajado eliminando obstáculos.

De hecho el diente ya cuenta con una dirección correcta dentro del arco dentario.

En lo que atañe a la lesión del labio es ya casi imperceptible como consecuencia de que el agente irritativo ha sido eliminado casi en su totalidad.

Por último en esta cita se decidió realizar la operatoria dental del diente central superior del lado derecho. Colocándosele una resina fotopolimerizable .

SESION SIETE

Con esta sesión se complementan 52 días del uso de la placa de expansión, los cambios que hasta el momento se han logrado son satisfactorios. Desde el punto de vista de la estética, la paciente presenta un aspecto agradable del área bucal.

El descenso del diente se realizó de una manera muy rápida lo que nos indica que el tratamiento elegido fue apropiado para el caso que nos ocupa. La corona clínica del diente se observa en su totalidad y lo que se espera es que ésta se encuentre alineada en el arco dentario y que comience a tener función.

La lesión que se encontraba en el labio, a estas alturas, sólo se observa un mínimo relieve de tejido fibroso, no existiendo molestia alguna.

Por último se realiza la profilaxis y la aplicación del fluoruro en toda su boca. En lo que corresponde a la operatoria dental, la paciente es dada de alta.



El descenso del diente ectópico se realizó de una manera muy rápida. Lo que era la lesión solo se observa un mínimo relieve de tejido fibroso.

SESION OCHO

Se cumplen, en esta sesión, dos meses de que el aparato fue colocado en boca y dos semanas de no tener activación, pero cumpliendo con su función de mantenedor del espacio obtenido en el maxilar hasta que el hueso de éste se recupere.

Los elásticos serán retirados puesto que ya han cumplido su misión de descender el diente.

En lo que inicialmente era una lesión en el labio, se puede decir que por su cara interna se observa únicamente una pequeña cicatriz y en la externa el mínimo relieve de tejido mencionado anteriormente.

SESION NUEVE

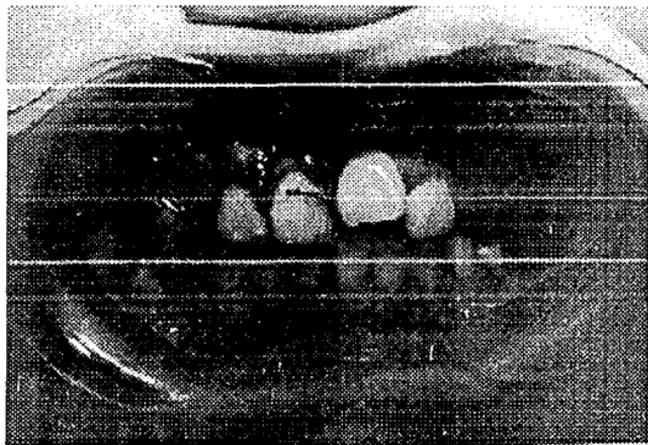
En esta sesión al haber logrado el descenso del diente ectópico y la expansión del maxilar y la eliminación total de la lesión existente del labio se da de alta a la paciente.

El alcance de los objetivos planeados fueron del todo satisfactorios. Se lograron por medio de un buen plan de tratamiento y un diagnóstico apropiado para el caso presentado.

Todo lo anterior se realizó en el área de Odontopediatría para luego remitirla al especialista para dar continuidad a su tratamiento de ortodoncia y así lograr un equilibrio dental y por ende obtener una estética dental y facial.



Se puede observar que la lesión existente en el labio ha desaparecido en su totalidad.



El diente ectópico se encuentra en una buena dirección dentro del arco dental.

METODOLOGIA

Diagnóstico y Plan de Tratamiento.

La erupción ectópica se puede prevenir mediante un buen diagnóstico, puesto que ésta es solo una manifestación de un trastorno previo; si se detecta tempranamente puede corregirse sin mayores consecuencias. Desafortunadamente el paciente se presenta cuando la erupción ectópica está presente. De aquí la importancia de efectuar un diagnóstico que ayude a descubrir las alteraciones que le dan origen.

Generalmente la erupción ectópica se detecta gracias a los exámenes rutinarios ya que rara vez presentan sintomatología dolorosa, cuando ésta se presenta es porque ya existen alteraciones a los órganos y tejidos adyacentes al diente ectópico.

Para realizar un buen diagnóstico mencionaremos un método que, a nuestro juicio, ha resultado eficaz contando desde luego con la capacidad de quien lo utiliza:

Historia clínica.

a) *Médica general.*

b) *Bucal*

Métodos auxiliares

a) *Modelos de estudio*

b) *Estudio radiológico*

c) *Fotografías*

La erupción ectópica se detectó de la siguiente forma:

La paciente se presenta a la clínica ostentando una lesión en el labio superior del lado izquierdo con las características siguientes: inflamación, coloración rojo intenso, su consistencia es de tejido fibroso, denotando dolor al hacer ciertos gestos y especialmente al tacto. La mamá de la paciente refiere que la lesión fue provocada dos días atrás por un traumatismo.

De inmediato se pensó, erróneamente, que la paciente tendría que ser intervenida quirúrgicamente para la eliminación de la fibrosis. Pero al realizar un examen más minucioso se detectó que el agente causal directo era el diente ectópico.

Siguiendo el método de diagnóstico elegido, mencionado anteriormente se llevó a cabo la historia clínica médica general en la cual no se reportaron datos significativos; realizando la historia clínica bucal se sabe que existió una pérdida prematura del diente infantil (61) y por ésta razón hay una pérdida de espacio.

Analizando los modelos de estudio, el radiográfico y apoyándose en el análisis de dentición de Moyer y el índice de Pont se puede constatar que hace falta espacio para que el diente ectópico pueda ocupar un lugar dentro del arco dentario.

Cabe especificar que el análisis de Moyer tiene la ventaja de poderse realizar en boca y sobre los modelos de estudio y también se puede utilizar en las dos arcadas y el de Pont indica el ancho y largo de las arcadas normales.

Moyer sugiere el siguiente procedimiento para determinar el espacio disponible para los dientes en el arco inferior:

1.- Medir la mayor dimensión mesiodistal de cada uno de los cuatro incisivos inferiores con la ayuda de un calibre Boley y registrar el valor.

2.- Determinar la cantidad de espacio necesario para la alineación de los incisivos. Esto se puede realizar ajustando el calibre de Boley a un valor igual a la suma del incisivo central derecho y el incisivo lateral derecho. Aplique una punta del calibre en la línea media entre los incisivos centrales y apoye la otra punta sobre la línea del arco dentario del lado derecho. Marque sobre el diente o el modelo el punto preciso donde la punta distal del calibre de Boley haya tocado. Este representa el punto donde la

superficie distal del incisivo lateral ha de estar con el diente que haya sido alineado correctamente. Repita el procedimiento para el lado opuesto del arco.

3.- Determine la cantidad de espacio disponible para el canino permanente y los premolares después de la alineación de los incisivos. Esto puede hacerse midiendo la distancia desde el punto marcado en la línea del arco (en el canino temporario, N del T.) hasta la superficie mesial del primer molar permanente. Esta distancia es el espacio disponible para el canino permanente y los premolares así como para el ajuste del primer molar permanente.

4.- Pronostique el ancho combinado de los caninos y premolares inferiores con la ayuda de la tabla de probabilidades. Ubique la parte superior de la tabla para la mandíbula en el valor de la columna de cifras que más se aproximen a la suma de los anchos de los cuatro incisivos inferiores. Inmediatamente por objeto de las cifras recién halladas es registrada la gama de valores para todos los tamaños de caninos y premolares que resulta de los incisivos de la dimensión indicada.

5.- Calcule la cantidad de espacio remanente en el arco para el ajuste del primer molar permanente. El valor estimado para la dimensión del canino y el premolar se resta del espacio medido. Debe suponerse que el primer molar permanente migrará hacia mesial, en cada lado, a menos que se contenga mediante un aparato apropiado.

Después de haber registrado todos los valores, resultará posible una evaluación completa de la situación en cuanto al espacio en ambos arcos.

El índice de Pont es un método para determinar el ancho y largo de un arco "ideal", basado en el ancho mesiodistal de las coronas de los incisivos superiores. Pont sugirió que la relación del ancho del arco de los incisivos cambiando respecto al transversal (medido desde el centro de la superficie oclusal de los dientes). Era idealmente de 0.8 en la zona premolar y de 0.64 en la del primer molar, Sugirió también que el arco maxilar fuera expandido 1 a 2 mm. más que el ideal mediante el tratamiento para permitir la recidiva.

Resultados obtenidos del análisis de Moyer y de Pont

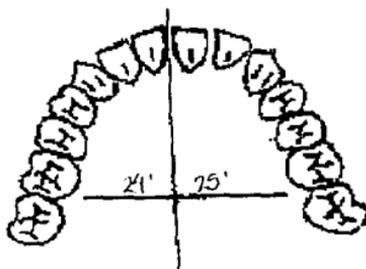
Indice de Pont.

	Es	Debe	Dif	12	8.1
*LO	18	20	-2	11	9.6
4 ⊥ 4	37.3	41.2	-3.8	21	9.3
6 ⊥ 6	49.9	59	-9.1	22	8.1
*LU	16	17	-1	Σ 35.1	2÷35.1=17.55
4 / 4	39.2	41.2	-2		
6 / 6	50.2	54	-3.8		

Análisis de dentición mixta de Moyer.

Σ 21/12

*EE	21.3	EE	28.2	12	7.4	
*ER	-25.3	ER	-25.3	11	6.7	
*D	-4	D	2.9	21	6.7	
				22	7.4	2÷28.2=14.1
				Σ	28.2	
EE	-23.0	EE	-21			
ER	-25.1	ER	-25.1			
D	-2.1	D	-4.1			



- *EE- Espacio Existente
- *ER- Espacio Requerido.
- *D- Diferencia
- *LO-Maxilar superior -16 (16.3)
- *LU-Maxilar inferior -13

Indice de Pont

Ancura y Largo Normal de las Arcadas

<i>Suma de lo INCISIVO</i>	<i>Relación 44</i>	<i>Relación 66</i>	<i>Longitud ARCO</i>
27	32	41.5	16
27.5	32.5	42.3	16.3
28	33	43	16.5
28.5	33.5	43.8	16.8
29	34	44.5	17
29.5	34.7	45.3	17.3
30	35.5	46	17.5
30.5	36	46.8	17.8
31	36.5	47.5	18
31.5	37	48.5	18.3
32	37.5	49	18.5
32.5	38.2	50	18.8
33	39	51	19
33.5	39.5	51.5	19.3
34	40	52.5	19.5
34.5	40.5	53	19.8
35	41.2	54	20
35.5	42	54.5	20.5
36	42.5	55.5	21
36.5	43	56.2	21.5
37	43.5	57	22
37.5	44	57.7	22.5
38	44.7	58.5	23
28.5	45.3	59.2	23.5
39	46	60	24
39.5	46.5	60.8	24.5
40	47	61.5	25

En el maxilar superior, se toma el valor obtenido en la longitud del arco del maxilar superior menos 3, o sea:

LO-Maxilar superior -16(16-3)

LO-Maxilar inferior -13

Tablas de probabilidades de Moyers.

Incisivos inferiores =	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0
95%	21,6	21,8	22,1	22,4	22,7	22,9	23,2	23,5	23,8	24,0	24,3	24,6
85%	21,0	21,3	21,5	21,8	22,1	22,4	22,6	22,9	23,2	23,5	23,7	24,0
75%	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22,0	22,3	22,6	22,9	23,1	23,4	23,7
65%	20,4	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22,0	22,3	22,6	22,8	23,1	23,4
50%	20,0	20,3	20,6	20,8	21,1	21,4	21,7	21,9	22,2	22,5	22,8	23,0
35%	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21,0	21,3	21,6	21,9	22,1	22,4	22,7
25%	19,4	19,7	19,9	20,2	20,5	20,8	21,0	21,3	21,6	21,9	22,1	22,4
15%	19,0	19,3	19,6	19,9	20,2	20,4	20,7	21,0	21,3	21,5	21,8	22,1
5%	18,5	18,8	19,0	19,3	19,6	19,9	20,1	20,4	20,7	21,0	21,2	21,5

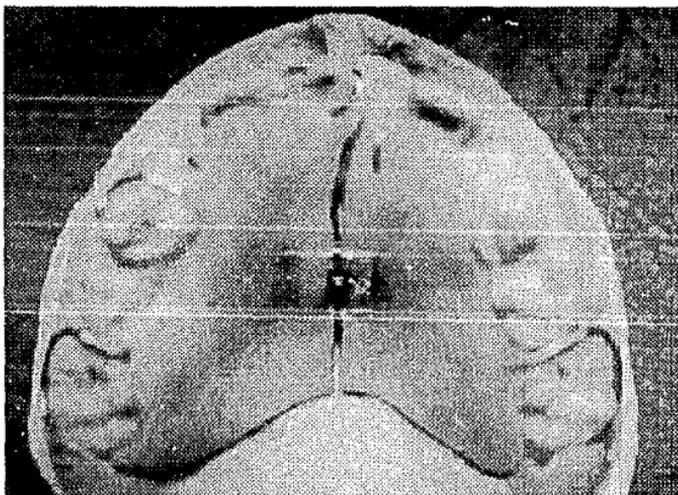
Tabla de probabilidades para la predicción de la suma de los anchos de los caninos y premolares superiores a partir de la dimensión de los incisivos inferiores permanentes.

Incisivos inferiores =	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0
95%	21,1	21,4	21,7	22,0	22,3	22,6	22,9	23,2	23,5	23,8	24,1	24,4
85%	20,5	20,8	21,1	21,4	21,7	22,0	22,3	22,6	22,9	23,2	23,5	23,8
75%	20,1	20,4	20,7	21,0	21,3	21,6	21,9	22,2	22,5	22,8	23,1	23,4
65%	19,8	20,1	20,4	20,7	21,0	21,3	21,6	21,9	22,2	22,5	22,8	23,1
50%	19,4	19,7	20,0	20,3	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22,1	22,4	22,7
35%	19,0	19,3	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21,1	21,4	21,7	22,0	22,3
25%	18,7	19,0	19,3	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21,1	21,4	21,7	22,0
15%	18,4	18,7	19,0	19,3	19,6	19,8	20,1	20,4	20,7	21,0	21,3	21,6
5%	17,7	18,0	18,3	18,6	18,9	19,2	19,5	19,8	20,1	20,4	20,7	21,0

Para hacer la expansión del maxilar se decidió hacer una placa removible con un tornillo de expansión. La placa consta de una base de acrílico bien adaptada a la mucosa y a los cuellos dentarios; ésta portará aditamentos terapéuticos que actuarán en el maxilar. El tornillo actuará con una acción discontinua, esto quiere decir que tiene una actividad netamente dento-alveolar.

Los medios terapéuticos requiere de mucha estabilidad y la retención es fundamental para obtener la efectividad que se requiere, esta retención se logra por la adaptación perfecta de la placa y los retenedores para realizar una expansión transversal.

La placa de expansión consta de elementos pasivos (base y retenedores) y de elementos activos (arcos, resortes, tornillos, gomas, etc.).



La placa de expansión consta de elementos pasivos (base y retenedores) y de elementos activos (arcos, resortes, tornillos, gomas, etc.).

La base de acrílico tiene las siguientes características: debe ser delgada, con la anatomía del maxilar, una textura suave y con la capacidad de alojar los elementos activos y pasivos, la placa al tener mayor estabilidad tendrá mayor efectividad.

El material necesario para realizar la placa de expansión y asimismo el descenso del diente es el siguiente:

Modelos de trabajo.

Alambre para ortodoncia Num. 34 ó 36.

Acrílico autopolimerizable (polvo y líquido).

Separador de yeso y acrílico.

Un Vernier y una regla.

Fresones.

Lápiz.

Pinzas de punta de pájaro.

Resina autopolimerizable.

Un braket o botón palatino.

Elásticos de goma (3/16 y 1/4 de oz.).

Tablas de Moyer y de Pont.

Un tornillo de expansión sencillo.

Material de impresión (alginato).

Yeso para ortodoncia y tipo piedra.

El tornillo de expansión tiene las siguientes características: cuenta con una rosca con la función de dar vueltas, correspondiendo cada una de ellas a 0.25 mm. ó su

equivalente a 1/4 de vuelta; cada 4/4 de vuelta equivale a una vuelta completa. ó su equivalente a 1 mm.

Se sabe que la apertura del maxilar superior se realiza por la sutura media; ésta se abre con mucha rapidez pues a lo sumo se lleva solamente dos o tres semanas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este tratamiento han sido sumamente satisfactorios, obviamente para el odontólogo desde el punto de vista profesional e indudablemente también para la paciente. Siendo los siguientes.

Se obtuvo el descenso del diente ectópico tan sólo en seis semanas y éste actualmente tiene un lugar y un espacio en el arco dental; el maxilar se expandió lo necesario para que el diente en cuestión tuviera espacio dentro del maxilar; y como resultado de lo anterior se eliminó la lesión de tejido fibroso presentada en el labio superior. De este modo con el tratamiento secundario, que es la operatoria dental, se realizó un tratamiento integral.

Desde luego todo lo anterior es consecuencia de haber hecho un método de diagnóstico eficaz y un plan de tratamiento adecuado.

Empezando por la historia clínica médica general y bucal y al no omitir ninguno de los métodos auxiliares (modelos de estudio, radiografías y fotografías), aunados a el material requerido y sin dejar fuera la capacidad del odontólogo.

DISCUSION

En la bibliografía consultada sobre el tema que nos ocupa -erupción ectópica- se puede observar que si bien este es un problema discontinuo, no por ello deja de ser relevante dadas las consecuencia que se puedan suscitar por no resolverlo a tiempo tales como: mala oclusión, y problemas estéticos.

La misma fuente de información indica que este problema incide con mayor frecuencia en varones que en niñas.

En lo que a la experiencia del que suscribe se refiere, tanto en práctica personal como observación directa en la Clínica Periférica Dr. José Salazar Ilarregui, en el área de odontopediatría en la población que durante aproximadamente un año fue atendida, el problema se presentó en la siguiente proporción: de poco más o menos 100 niños tratados en siete de ellos se detectó tal situación de los cuales solamente uno fue varón y seis fueron niñas.

Lo anterior nos resulta significativo y digno de tomarse en cuenta para futuras investigaciones; si de éstas se desprendieran datos similares a los que aquí son presentados se tendría que ir más a fondo sobre sus causas y de ser posible eliminarlas; ya que uno de los objetivos del cirujano dentista general es el de prevenir o en su caso atacar el problema con recursos propios apoyándose siempre en un buen diagnóstico sin tener que remitir a especialista de forma inmediata sino sólo porque así lo requiera el caso.

Por lo anterior McDonald, Finne, Kurol, Philip y Escalona entre otros, proponen -y estamos de acuerdo- que debe de existir primeramente un buen diagnóstico, y por ende, un tratamiento adecuado.

Se ha dicho anteriormente que el caso clínico resuelto en el presente trabajo llegó a un final exitoso por haber realizado tanto diagnóstico como tratamiento adecuados en la etapa de odontopediatría para poder remitir al especialista -en el presente caso el ortodoncista-.

Desde luego esto no indica que en la práctica del cirujano dentista general se pueda resolver toda clase de problemas aunque de hecho se deban agotar todas las posibilidades para hacerlo, sin embargo hay que tener la honestidad de que cuando así lo amerite el caso, se remita al paciente con el especialista adecuad.

CONCLUSIONES

Fue de suma importancia investigar y trabajar sobre el tema de erupción ectópica, a pesar de que la información existente sobre el tema es mínima y más si de dientes ectópicos anteriores se trata.

Enfrentar situaciones similares y darles solución satisfactoria son oportunidades que no deben soslayarse puesto que permitirán al cirujano dentista general ampliar sus conocimientos y campo de acción dentro de su consulta privada para desarrollar habilidades de diagnóstico y así remitir a especialistas oportunamente.

Con lo anterior queremos decir que uno de los objetivos del cirujano dentista general es prever algún trastorno o, si éste ya está presente, darle solución adecuada poniendo en juego todos sus conocimientos, capacidad de investigación y habilidades personales, agotando posibilidades a su alcance por medio de un buen diagnóstico, su solución y/o remisión a especialistas.

Incuestionablemente, a lo anterior habría que añadirle el gran apoyo de los métodos auxiliares que permiten desarrollar un buen diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado para cada caso que se presente.

Para el caso clínico presentado en esta investigación se puede presumir que todo lo planeado en ella: diagnóstico, plan de tratamiento y operatoria dental fueron desarrollándose hasta llegar a su conclusión de manera exitosa.

No obstante queda la inquietud de seguir investigando sobre el tema dado el índice significativo de pacientes que presentan dicho problema.

ESTA TESIS
SALIR DE LA NO DEBE
BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

Barber T.K. Odontología Pediátrica. Editorial el Manual Moderno. S.A.de C.V. México.1985

Barnett E.M .g Terapia oclusal en pедиатría. Editorial Médica Panamericana. Argentina 1978.

Braham R.L. Odontología pediátrica. Editorial Panamericana. México 1984.

Graber. T.M. Teoría y práctica. Editorial Inteamericana. México 1974.

Hargeves J.A.- Caaig J.W. Tratamiento de los dientes traumatizados anteriores en los niños. Editorial Mundi S.A.I.C y F. México. D.F. 1981

Pinkham J.R. Odontología pediátrica. Editorial Interamericana. México. D.F. 1991.

Koch G - Pouisen. Odontopediatría enfoque sistemático Editorial Salvat.Barcelona 1985.

Moyers R.E. Manual de Ortodoncia. Editorial Panamericana S.A. Argentina 1992.

McDonal E.R. Odontología pediátrica y del adolescente. Editorial Panamericana. México 1989.

Bianchi D.S. y Rocuzzo M. Primary impaction of teeth a review and report of case. The journal of clinical pediatry. 1991;15(3).

Escalona C. Erupción ectópica. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 1979; 36(5).

Ericson S. Reportion of maxilary and lateral incisor caused by ectopic of canine. American journal of ortodontic an dento facial ortopedies. 1989;95 (4-6):439-444.

Galloway y Stirrups D.R. The effect of agen at diagnostic on the cowplexity and tratament of palatally ectopic canines. British journal of ortodontics. 1989;16(259-63)

Gazit E. y Saranat H. Timing of ortodontic tooth movemete in casee and avulsad anterior teeth. Jour of dentisty for children. 1988;55(4-6):159-70.

Herola J. S. Maxillary expantion: A retrospective study of three methods of expantion and their longterm sequelae British journal of ortodontic; 1989; 16 (1-4): 195-200.

Kennedy D. B. The clinical management of ectopic eruption first permanent molar. American Journal of ortodontics and ortodontic. 1987; 92 (4-6):336-345.

Hurol J. Resortion of maxiliary an lateral insisor caused by ectopic eruption of canines. American Journal of ortodontics and dento facial ortopedies. 1987; 94 (4-6): 503-513.

Kuroi J. and Bjerklin K. Ectopic eruption of maxillary first molar familial tendencies. Journal for children. 1989; 15 (1-3):

Noble P. M. Appliance for the three-dimensional movement of maxillary canine. British Journal of Orodontology. 1991; 18 (1-4): 135-138.

Ranalli D. N. Comparative analysis of ectopic of maxillary permanent molar. Journal of dentistry for children. 1986;54 (4-6)

Robert W. M. Treatment of ectopically erupted maxillary permanent first molar with a distal extended steel crown. Journal of dentistry for children. 1986; 53 (4-9) 129-132.

Rust B. R. and Carr E.G. Management of ectopically erupted first permanent molar. Journal dentistry for children. 1985;55 (4-6): 120-124.

Teel T, T. and Herderson Z. H. Ectopic eruption of permanent molar. Journal of dentistry for children. 1989; 54 (4-6)

Tinkler R. D. and Steelman R. Ectopic developing permanent teeth for children. 1986; 53 (4-6) 136-140.

Usiskrin L. A. Management of the palata ectopic and eruption maxillary canine. British Journal of ortodontics and dento facial ortopedic. 1989; 95 (4-6) 439-444.