

230
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO
OPORTUNO EN PACIENTES
CON OLIGODONCIA**

T E S I S A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

**MIGUEL ANGEL HERNANDEZ SILVA
BENJAMIN TENOPALA NAVA**

Asesora:

C.D. ANGELES LETICIA MONDRAGON DEL VALLE

Coordinador de Seminario

C.D. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS

No. Bo. *Gloria Mark*



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

MEXICO, D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES
SRA. NATIVIDAD SILVA
SR. MIGUEL ANGEL HERRÁNDEZ
PORQUE ME DIERON LA VIDA
PARA MI MAMA QUE SIEMPRE
CREE EN MI.

A MIS HERMANOS
PORQUE SIEMPRE
HEMOS ESTADO EN LAS
BUENAS Y EN LAS
MALAS.

A MI ASESORA
POR HABERME BRINDADO
SUS CONOCIMIENTOS
GRACIAS.

A LA MILAN
POR LA OPORTUNIDAD
QUE ME OTORGÓ AL
REALIZAR MIS
ESTUDIOS

LA DIRECCIÓN EN LA CUAL TOMA SU EDUCACIÓN
UN HOMBRE, DETERMINARÁ SU VIDA FUTURA.

M.A.H.S

A DIOS

QUE ME HA ESCUCHADO EN LOS MOMENTOS EN QUE LO NECESITE
Y PROPORCIONARME LOS MEDIOS PARA PERMITIRME LLEGAR A
ESTE MOMENTO DE MI VIDA.

A MIS PADRES

POR HABERME GUIADO EN LA SENDA DEL CONOCIMIENTO ASI
COMO APOYARME PARA LOGRAR TODAS MIS METAS Y DARME
SIEMPRE SU COMPRESION Y CARIÑO.

A MI PADRE

BENJAMIN TENOPALA ALAMOS COMO MI TESTIMONIO DE
AGRADECIMIENTO POR EL APOYO MUY CONDICIONAL QUE ME BRINDÓ
DURANTE TODOS ESTOS AÑOS DE ESTUDIO.

A MI MADRE

LUISA NAHA GONZÁLEZ EN ESPECIAL A ELLA POR HABERME
DADO LA VIDA Y SU GRAN AMOR.

A MI ESPOSA

ANA M.A. LÓPEZ HERRERA GRACIAS POR EL AMOR, EL APOYO, LA
CONFIANZA Y LOS CONOCIMIENTOS QUE ME HA DADO.

POR TENER CALIDADES DIGNAS DE SER ADMIRADAS Y POR
ESTAR HOY Y SIEMPRE A MI LADO DÁNDOME EL IMPULSO EN
ESTE PASO.

A MIS HERMANAS

BEATRIZ, VERÓNICA Y ERIKA PORQUE FUERON PARTE DEL
ESTÍMULO QUE RECIBÍ PARA PODER LLEGAR AL FIN DE ESTA
META.

A MI ASESORA

DRA. ANGELES MONDRAGON, POR SUS CONOCIMIENTOS Y APOYO
EN LA ELABORACIÓN DE ESTA TESTA.

ÍNDICE

	pag
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I ANOMALÍAS DENTARIAS	
1.1. Anomalías Dentarias	4
1.2. Anomalías de Número	5
1.2.1. Anodoncia	5
1.2.2. Oligodoncia	5
Etiología	7
Prevalencia	8
1.3. Dientes Supernumerarios	10
1.4. Displasia Ectodérmica Anhidrótica	10
Etiología	10
Características Clínicas	11
Manifestaciones Orales	11
Aspecto Psicológico e Intelectual	12
CAPÍTULO II IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO	
2.1. Historia Clínica	14

CAPÍTULO III TÉCNICA QUIRÚRGICA EN LA OLIGODONCIA

3.1 Técnica quirúrgica	18
-------------------------------	-----------

CAPÍTULO IV REHABILITACIÓN DE AUSENCIA CONGÉNITA CON PUENTE TIPO MARYLAND

4.1 Antecedentes Históricos	22
4.2 Procedimiento Clínico	24

CAPÍTULO V CASOS CLÍNICOS

5.1 Caso Clínico No. 1	27
5.2 Cirugía	28
5.3 Caso Clínico No. 2	30
5.4 Discusión	32

CONCLUSIONES	35
---------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	38
---------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

Dentro del ejercicio profesional del odontólogo las anomalías dentarias pueden llegar a ser muy importantes.

Una de ellas es la oligodoncia que se clasifica dentro de las anomalías de número.

La oligodoncia es una anomalía bastante rara en la dentición temporal; es más común en la dentición permanente.

La base biológica en la ausencia congénita de los dientes permanentes se explica parcialmente por el fracaso de la proliferación del germen dental, por otro lado la base genética o molecular relacionada con la proliferación celular, la diferenciación continúa sin ser resuelta.

Se ha sugerido que la dentición en evolución manifiesta cierta continuidad en la ausencia congénita de los dientes, dado que el diente terminal en la mayor parte de los segmentos dentarios es el más frecuentemente afectado, por ejemplo: terceros molares, segundos premolares, y los incisivos laterales. Los dientes más frecuentemente afectados son los terceros molares.

La frecuencia de ausencia de los segundos premolares mandibulares, de los incisivos laterales maxilares y de los segundos premolares maxilares

varía con la población investigada así como con los métodos de investigación.

Los primeros molares, caninos e incisivos centrales mandibulares se presentan muy ocasionalmente ausentes.

En la práctica, los dientes congénitamente ausentes representan un reto para los padres que desean regímenes de tratamiento óptimo para sus niños.

Los cirujanos dentistas de práctica general, prostodoncistas y ortodoncistas deben elaborar terapéuticas para la solución de éstos problemas en tanto consideran el futuro estético y el desarrollo facial del niño. La planeación de tales tratamientos demanda cierta sensibilidad a los problemas y sus interacciones.

Por ejemplo, la protracción de los caninos maxilares hacia el sillo de los laterales ausentes parece usualmente consistir en la terapia de elección para el mantenimiento de la estética facial.

La anomalía de la oligodoncia ha recibido diferentes hipótesis entre ellas existe una amplia evidencia bibliográfica de que el principal factor causante es el hereditario (herencia multifactorial, transmisión

autosómica dominante, herencia recesiva o bien ligada al cromosoma X).

También se han investigado que en raros casos las enfermedades óseas, tumores o radiaciones pueden traer como resultado la falta de formación de dientes.

CAPÍTULO I

ANOMALÍAS DENTARIAS

1.1 ANOMALÍAS DENTARIAS

El conocimiento de las malformaciones dentarias puede llegar a ser muy importante en el ejercicio profesional del Cirujano Dentista.

La ausencia de un diente o más en la arcada no habiendo sido extraído, perdido por accidente o caído espontáneamente obedece:

- 1) A un retardo de la erupción
- 2) A la retención
- 3) Falta de formación

Esto entendido en una etapa cronológica en que debería haber erupcionado. La denominación de anodoncia o agenesia total, (falta de todas las piezas dentarias) o la oligodoncia, hipodoncia o agenesia parcial (falta de alguno o algunos dientes). También, contrariamente a lo anterior, el número total de dientes primarios o permanentes puede ser superior al total normal, ello implica la presencia de dientes supernumerarios. 1

Las anomalías dentarias se clasifican en:

- Anomalías de forma
- Anomalías de volumen
- Anomalías de tamaño
- Anomalías de número
- Anomalías de posición
- Anomalías de estructura

1.2 ANOMALÍAS DE NÚMERO

1.2.1 ANODONCIA

Es la ausencia total de todos los dientes, ya sea temporales o permanentes, lo que constituye una situación extremadamente rara, denominada anodoncia verdadera cuando faltan los gérmenes de las piezas dentarias. En los casos en que existen los gérmenes o las piezas dentarias pero que no han hecho erupción, se habla de una pseudoanodoncia o anodoncia falsa.

1.2.2 OLIGODONCIA

Puede ser la anodoncia total, con ausencia, agenesia o falta de formación de todas las piezas dentarias, lo que es raro; o parcial en cuyo caso resulta apropiado el término oligodoncia o hipodoncia. Sin embargo, algunos reservan la expresión hipodoncia para la ausencia de

ciertos dientes específicos, en general los últimos de la serie (incisivos laterales superiores, segundos premolares, terceros molares), reservando oligodoncia para la ausencia de un número apreciable de dientes con formación de los erupcionados y formando, con frecuencia, parte de un cuadro integrado por otras anomalías.

El fenómeno puede comprender a ambas denticiones, pero es más común en la permanente.

Los estudios epidemiológicos que en la mayoría de los casos no toman en consideración a los terceros molares, ofrecen muchas dificultades para suministrar cifras promedio exactas (necesidad de control radiográfico para descartar falsa hipodoncia, es decir, dientes formados retenidos; población examinada no representativa de la población general; dientes ausentes por extracción; etc).

La ausencia aislada de dientes (hipodoncia) en la dentición primaria no parece alcanzar al 1 %, comprendiendo a los incisivos laterales de ambos maxilares y los centrales mandibulares.

En la dentición permanente el promedio aproximado es de 5 % de prevalencia. No se han hallado diferencias de significación entre los sexos; parece, en cambio, haber diferencias cuantitativas y cualitativas entre las distintas razas.

En la dentición permanente el orden de frecuencia para los distintos dientes ausentes es ocupado en primer lugar por el tercer molar (ausencia de uno o más; incluso todos) que alcanza, en promedio, al 30 % de la población. Los siguen en dicho orden los incisivos laterales superiores (en alto porcentaje de casos ausencia bilateral); luego los segundos premolares inferiores y ligeramente más atrás los segundos premolares superiores. Es excepcional la ausencia aislada de los incisivos centrales superiores o los molares, mientras que para el resto de los dientes la proporción sobre el total de ausencias oscila entre el 1 y el 10 % . La genesis de los incisivos centrales y laterales inferiores se ha observado con frecuencia en el Japón. 2

ETIOLOGÍA

El origen de esta anomalía parece tener una fuerte base genética de acuerdo a las observaciones realizadas estudiando genealogías (mayor frecuencia entre hermanos); gemelos univiterinos; hipodoncia de incisivos inferiores en japoneses; etc. pueden influir otros factores como los trastornos endócrinos, el mongolismo, la oligofrenia, ciertas anomalías locales como el labio leporino y el paladar fisurado; o hechos accidentales como la irradiación de los maxilares en la etapa preeruptiva con destrucción de los gérmenes. Se menciona corrientemente a la ausencia o reducción de tamaño y alteración de forma (dientes conoides) bilateral de los últimos dientes de la serie (incisivos laterales superiores, terceros molares), como una tendencia evolutiva de la especie (reducción filogenética del número de dientes).

La oligodoncia, con ausencia de un número más o menos considerable de dientes, suele asociarse a diversos síndromes genéticos, especialmente genodermatosis, con lo que aparece vinculada en su origen a factores hereditarios y familiares. Se citan diferentes tipos de herencia (Gorlin y Goldman), dominante autosómico, dominante intermedio, poligénico y ligado al cromosoma X. Se ha observado, por ejemplo, en la "*incontinentia pigmenti*" y, especialmente, en la *displasia ectodérmica anhidrótica*. 3

Otero y Sznajder han comprobado en afectados de mongolismo (Síndrome de Down) un 33 % de casos de oligodoncia que contrastaba con un 1.8 % de hipodoncia en los controles. 4

PREVALENCIA

En la población no sindrómica los terceros molares son las piezas dentarias que más frecuentemente están ausentes, le siguen los segundos premolares mandibulares, segundos premolares maxilares, el lateral maxilar, el primer premolar maxilar, el primer premolar mandibular, el incisivo central mandibular, el canino maxilar, el incisivo lateral mandibular, el segundo molar maxilar y el segundo molar mandibular en orden de importancia.

En un estudio de 10 000 niños entre 6 y 15 años de edad que fueron examinados, se encontro que 340 niños (3.4%) presentaban ausencias congénitas de 709 dientes o gérmenes dentarios. 5

TABLA No. 1. AUSENCIA DE DIENTES CONGENITOS (% DE CASOS AFECTADOS).

	CENTRAL	LATERAL	CANINO	1er.MOLAR
MAXILAR	0.0	12.3	1.8	5.5
MANDIBULAR	2.2	1.1	0.0	3.0

	2o.MOLAR	1er.MOLAR	2o.MOLAR	TOTAL
MAXILAR	25.3	0.0	0.8	45.7
MANDIBULAR	47.3	0.0	0.7	54.3

1.3 DIENTES SUPERNUMERARIOS

Son aquellos que aparecen de más en la arcada dentaria, es decir, más de 20 en la dentición temporal y más de 32 en la dentición permanente.

La frecuencia de los dientes supernumerarios no pasaría del 3% siendo más comunes en el maxilar superior que en la mandíbula. A veces aparecen ocupando un lugar especial o como dientes sobrepuestos, al carecer de espacio.

1.4 DISPLASIA ECTODÉRMICA ANHIDRÓTICA

La displasia ectodérmica es una anomalía de la etapa de iniciación del germen dentario.

Se considera una enfermedad hereditaria que afecta las estructuras que se originan del ectodermo, por lo tanto se encuentran defectos en piel, mucosas y glándulas ectodérmicas, así como también en pelo, uñas y dientes.

ETIOLOGÍA

Este síndrome es hereditario, de carácter recesivo ligado al cromosoma X y casi exclusivo del sexo masculino. Las mujeres lo padecen en forma

incompleta presentando desordenes mínimos. La prevalencia de esta anomalía en la población ha sido estimada entre 1 : 10 000 y 1 : 100 000 nacimientos vivos en varones, sin embargo; en la literatura médica mundial no existen más de 200 casos reportados en los últimos 26 años.6

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Las características clínicas son:
- Anhidrosis (ausencia de glándulas sudoríparas)
- Asteatosis (ausencia de glándulas sebáceas)
- Hipotricosis (disminución de la cantidad de pelo)
- Resequedad de la piel
- Depresión del puente nasal
- Prominencia de la frente.

MANIFESTACIONES ORALES

Las manifestaciones orales incluyen:

- Retardo en la erupción dental
- Dientes en forma cónica
- Oligodoncia
- Anodoncia
- Xerostomía

- Disfagia
- Falta del desarrollo del proceso alveolar
- Protrusión de los labios

ASPECTO PSICOLÓGICO E INTELECTUAL

Existe realmente poca información dentro de la literatura médica y dental del aspecto emocional, psicológico e intelectual del paciente con displasia ectodérmica anhidrótica.

En cuanto al aspecto intelectual, Tanner señala que a pesar de que la literatura reporta múltiples casos de bajo coeficiente intelectual y retraso mental en pacientes con displasia ectodérmica anhidrótica se carece de bases genéticas para establecer la diferencia intelectual entre estos pacientes y la población general. **7**

CAPITULO II

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO

La importancia del diagnóstico oportuno, es en primera instancia de los padres de familia, al darse cuenta que pasan los años y a sus hijos no les erupcionan sus dientes, por lo tanto es responsabilidad de los padres llevarlos al consultorio dental.

Una vez en el consultorio dental, el Cirujano Dentista debe tener los conocimientos básicos que le ayuden a establecer un diagnóstico y establecer si se trata de una anodoncia verdadera o una falsa.

La anodoncia falsa puede estar dada por extracciones prematuras, retardo en la erupción de los dientes, falta de espacio, dientes retenidos, quistes, desnutrición etc.

Anodoncia verdadera se considera a la falta o ausencia del germen dentario que trae como consecuencia diastemas y un problema estético cuando dicha anodoncia se presenta en la zona anterior del maxilar.

El cirujano dentista debe analizar el procedimiento a seguir para el tratamiento del niño ya que éste se encuentra en una etapa psicológica difícil en la cual la crueldad de los niños se manifiesta.

2.1 HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un registro escrito que nos va a indicar las condiciones médicas pasadas y presentes para un buen plan de tratamiento odontológico.

Para tener un seguimiento de la historia clínica es importante organizarla de la siguiente forma:

1. DATOS GENERALES.

Que incluye todos los datos personales del paciente como son nombre, edad, domicilio, teléfono, etc.

2. MOTIVO DE LA CONSULTA.

El paciente manifestará los signos y síntomas y se transcribirán tal cual.

(La oligodoncia no presenta sintomatología alguna)

3. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL.

El registro detallado y el análisis de la historia de la enfermedad son la parte más importante para dar un diagnóstico y evaluar el padecimiento del que se trate.

(En el caso de la anodoncia se le preguntará a los padres cuánto tiempo tiene el niño sin dientes, si sufrió algún accidente, si tiene

problemas para respirar, si transpira y por último si ya fué atendido anteriormente por algún cirujano dentista).

4. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS.

Esto permite tener las experiencias pasadas por el paciente, el plan de tratamiento que se le proporcionó.

5. ANTECEDENTES MÉDICOS.

Estos se componen de la historia médica pasada, en donde el paciente describe enfermedades propias de la niñez, tipo de alérgias, vacunas, tratamiento médico actual, medicación.

6. ANTECEDENTES HEREDO - FAMILIARES.

Es muy importante para el diagnóstico de la anodoncia, ya que este padecimiento está ligado con la herencia familiar. Se le pregunta a los padres si algún integrante de la familia ha presentado ausencia de algún diente.

7. ESTUDIO RADIOGRÁFICO.

Parte importante de la historia clínica ya que esta ayudará a confirmar el diagnóstico de la anodoncia y establecer asimismo si se trata de una anodoncia falsa o verdadera.

8. MODELOS DE ESTUDIO.

Los modelos analizan las estructuras de soporte, así como las estructuras adyacentes y órganos dentarios con el propósito de colaborar con el diagnóstico establecido.

9. PLAN DE TRATAMIENTO.

Este plan esta dado de acuerdo a la Historia Clínica y va encaminado a solucionar el motivo principal de la consulta, utilizando para ello todos los auxiliares de diagnóstico utilizados.

En cuanto a la anodoncia existen diferentes tratamientos a seguir:

- Ortodóntico (fijo o removible).
- Protésico Convencional o Puentes tipo Maryland.
- Quirúrgico en el caso de dientes retenidos o impactados.
- Placas provisionales.

CAPÍTULO III

TÉCNICA QUIRÚRGICA EN LA OLIGODONCIA

Para el tratamiento quirúrgico de la anodoncia tenemos los siguientes tiempos:

- 1.- Obtención si no lo hay del espacio suficiente para la ubicación del diente retenido.
- 2.- Liberación de la corona dentaria y fijación de un medio de anclaje.
- 3.- Tracción del diente por métodos ortodónticos hasta su colocación en la arcada.

El primer tiempo puede conseguirse mediante aparatología móvil o fija combinada a con la extracción de un diente temporal o permanente.

El segundo tiempo consistirá en el abordaje de la corona del canino para su liberación, abordaje que no debe superar su cuella anatómico para preservar la anatomía de la raíz y su sistema de anclaje y la colocación de un medio para su tracción ulterior.

El tercer tiempo correrá a carga del ortodancista con aparatología tanto fija como móvil removible.

3.1 TÉCNICA QUIRÚRGICA

A) ANESTESIA.- La anestesia es local o regional que comprenderá la anestesia infiltrativa periapical o bien del nervio infraorbitario y la anestesia del nervio nasopalatino.

B) POSICIÓN.- Se colocará el paciente semisentado y con la cabeza ligeramente rotada hacia el lado del operador, con la arcada superior a la altura de su hombro.

C) INSTRUMENTAL.- Se debe contar con todo aquel material necesario para hacer frente a cualquier eventualidad.

- Gasas estériles.
- Terminales de aspiración y sistemas de irrigación.
- Separadores tipo Langenbeck.
- Espejos
- Hojas de bisturí No. 15
- Sindestomos y despegadores
- Piezas de mano y contrángulo
- Fresas redondas de acero del No. 5 y 8
- Fresas redondas de Tungsteno
- Fresas de fisura del No. 11
- Limas de hueso
- Curetas
- Pinzas gubias
- Escoplos

- Martillo
- Elevadores rectos
- Elevadores tipo winter
- Pinzas tipo Crille
- Pinzas de disección
- Portaguñas y material de sutura
- Pinzas de campo
- Paños

D) TÉCNICA QUIRÚRGICA.- La incisión estará precedida por la situación alta o baja del canino y si es bilateral o unilateral.

En caso de situación alta, se puede hacer el abordaje mediante una incisión semilunar (incisión de Partsch) para medir por encima de la línea mucogingival y que se extienda en anchura desde distal del incisivo central hasta mesial del primer premolar.

En caso de situación baja la incisión es ambular (de Neumann o de Wasmund), esta proporciona un buen acceso y buena visibilidad.

Desprendimiento del colgajo, en este caso y cuando el canino está en situación alta se debe tener preocupación con el nervio infraorbitario al deslizar el despegador sobre el hueso para levantar el colgajo mucoperiostico.

Ostectomía en ese caso la cortical vestibular está enormemente adelgazada y con el propio cindestomo, o con los instrumentos rotatorios una vez descubierta la corona se hacen los amplajes para la erupción del canino.

Las fijaciones alámbricas, sean transcoronarias (perforación de la base cuspídea) a circunferenciales (alrededor del cuello), exigen una gran osteotomía pericoronaria y aún así es difícil adaptar correctamente el alambre sin dañar la anatomía dentaria.

En este caso se realizó, la fijación alámbrica con perforación de la base cuspídea con alambre del No. 8, se llevó a cabo una trenza que diera base a la superficie gingival.

E) SUTURA.- Una vez abatido el colgajo, se suturan los bordes con puntos sueltos iniciando por la papila incisiva vestibular y terminándola por la papila palatina, todo esto se realiza con sutura de seda 3-0.

Al finalizar la sutura, se debe tomar la precaución de comprimir con una gasa sobre el paladar duro durante unos minutos, con objeto de conseguir una perfecta adaptación del colgajo y eliminar la sangre acumulada entre el colgajo y el lecho óseo.

F) CUIDADOS POST-OPERATORIOS.- Administración sistémica de antibióticos y antiinflamatorios no esteroides, los analgésicos raramente

son necesarios en este tipo de intervención quirúrgica. Se advierte al paciente que debe hacer una higiene bucal correcta.

CAPÍTULO IV

REHABILITACIÓN DE AUSENCIA CONGÉNITA CON PUENTE TIPO MARYLAND

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

En 1973 un periodoncista llamado Rochette, empezó a experimentar con mallas perforadas de metal para estabilizar incisivos inferiores comprometidos periodontalmente. Para su retención estas mallas de metal perforadas se basan en que la resina con la cual son cementadas, se extruye por las perforaciones que presentan éstas, dando una retención mecánica, la resina es comprimida entre las perforaciones y el esmalte grabado. 9

En 1977 Howe y Denehy empezaron a usar esta misma técnica, en la cual se reemplazaban tanto dientes anteriores maxilares como anteriores mandibulares. Un metal cerámico no precioso fué recomendado con estos con un grosor de 1.0 a 1.5 mm. Los márgenes se llevan supragingivalmente del calibre de los hoyos en la malla estos son de 0.5 mm, se deberían de poner tantos como cupieran. 10

En un principio una resina autopolimerizable sin relleno fué recomendada y posteriormente se cambio por resinas con relleno para su cementación.

En 1981 Jordan describe una técnica en la cual recomendaba hacer algún tipo de preparación para llenar suficiente espacio entre los incisivos inferiores con los superiores a la hora de ocluir y hacer movimientos de lateralidad. 11

Livaditis y Thomson introducen un retenedor en el cual el metal del puente se graba electrolíticamente para aumentar la retención mecánica, con la resina con la cual son cementados. 12

El éxito que se ha obtenido con este tipo de puentes va desde 66.5% hasta un 93.5%.

Una de las desventajas de éstos puentes es que en ocasiones hay translucidos de la malla hacia el esmalte dando una apariencia grisácea.

Debido a que los pacientes en la actualidad están muy concientes de la estética, muchas veces no es suficiente crear un reemplazamiento protésico que se conforme a la forma, función y preservación de los tejidos orales.

Una de las dificultades con las que se encuentra el Cirujano Dentista es el reemplazamiento de algún diente en el cual la discrepancia atípica del espacio no existe. En estas ocasiones la cobertura completa con coronas es el tratamiento de elección.

En las situaciones en las cuales el espacio existente es menor que el tamaño del diente original es posible reducir ligeramente los dientes adyacentes para compensar esa falta de espacio y crear pñnticos m1s est1ticos y normales.

4.2 PROCEDIMIENTO CLÍNICO

Para realizar el procedimiento clínico para la elaboraci3n del puente Maryland se llevan a cabo los siguientes pasos:

- 1.- En la porci3n palatina de los pilares de soporte, se efectúa una muy ligera preparaci3n solamente en la regi3n supragingival para que el metal de la malla se pueda apoyar correctamente.
- 2.- Se toma una impresi3n con silicona y se corre con yeso velmix, se obtiene el antagonista.
- 3.- Se obtiene la mordida en cera para tener una correcta relaci3n de la oclusi3n.

4.- Se preparan dos soportes mecánicas a cada lado del puente, para dar una correcta estabilidad y buen soporte del mismo, todo esto se realiza en el laboratorio.

5.- Se prueba el armazón del puente en el paciente para checar el correcto ajuste del mismo.

6.- Se toma el color de la porcelana y regresa al laboratorio para la aplicación de la misma.

7.- Se corrobora el color de la porcelana en el paciente y se realizan los ajustes necesarios de la oclusión.

8.- Una vez terminado el puente se procede a la cementación.

9.- Se aísla con dique de hule.

10.- Se efectúa una profilaxis a los pilares con piedra pomex.

11.- Se graba el esmalte con ácido fosfórico al 37% durante 60 segundos.

12.- Se lavan y se secan perfectamente los pilares.

13.- Se coloca el adhesivo fotopolimerizable.

14.- Se coloca el puente.

15.- Se remueven exedentes de resina con piedra blanca.

16.- Se informará al paciente acerca de las instrucciones de higiene bucal, así como del cuidado que deberá prestar a su prótesis fija.

17.- Finalmente es beneficioso volver a citar al paciente para una revisión posterior a las dos o tres semanas para comprobar si no quedo algún exedente a lo largo de la resina subgingival, que hubiera pasado inadvertida inicialmente.

Las fallas reportadas en la literatura de deben al desprendimiento por fuerzas excesivas del puente durante la masticación, lo que hace que la resina se fracture, también la falla puede deberse a un inadecuado diseño de retención de la prótesis o de una pesada carga oclusal sobre la misma, por lo que se debe tener una excelente cooperación por parte del paciente en cuanto a su cuidado de la prótesis Maryland. **13**

CAPÍTULO V

CASOS CLÍNICOS

5.1 CASO CLÍNICO No. 1

En la clínica de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM se presentó un paciente masculino de 11 años de edad, que anteriormente había sido atendido en dicha clínica.

Este paciente fué atendido por primera vez en 1995, únicamente se le realizó su historia clínica, modelos de estudio y toma de una radiografía panorámica. Observándose en dicha radiografía la ausencia congénita de incisivos laterales superiores permanentes.

A el paciente no se le dió ningún tratamiento, debido a que no regreso a sus citas posteriores.

En 1996 nuevamente regresa a la clínica de odontopediatría dicho paciente. Se inicia su tratamiento con su respectiva historia clínica, modelos de estudio y una nueva toma de radiografía panorámica.

En la exploración clínica se observó que la inserción del frenillo labial superior estaba muy cerca del margen gingival, afectando con ello la estética y por lo tanto la presencia de un diastema con el consiguiente problema parodontal. No se observó patología alguna en las estructuras restantes.

En los antecedentes heredo-familiares se encontró que la madre del paciente presentaba ausencia de premolares inferiores de ambos lados.

En el diagnóstico radiográfico se observó la ausencia congénita de incisivos laterales superiores permanentes, causando por consiguiente risoclasia de los incisivos centrales superiores, esta debido a que los caninos presentaban una vía eruptiva no en su posición original sino en el lugar de los incisivos laterales.

Se llegó a la conclusión de que el paciente presentaba Oligodoncia, con presencia de caninos retenidos, gracias a todos los auxiliares de diagnóstico antes mencionados.

El tratamiento que se le realizó al paciente consistió en la frenilectomía superior y la ligadura de los caninos superiores por medio de un anclaje y una placa removible retractora de caninos.

5.2 CIRUGÍA

Se realizó la asepsia de la piel peribucal y de la mucosa de la zona por intervenir, así como la colocación de un campo estéril. Se logra una anestesia satisfactoria con Xilocaína con epinefrina por medio de una infiltración supraparietística.

Se colocaron las pinzas hemostáticas rectas tomando el frenillo por su inserción labial y gingival hasta la profundidad del vestíbulo, se hizo una incisión de la mucosa que estaba en continuidad de la encía insertada, además se eliminó la papila incisiva y se efectuó una disección roma, liberando todo el trayecto del frenillo.

Por último, se suturó con seda negra del calibre 3-0, en el mismo procedimiento quirúrgico se realizó la extracción de los incisivos laterales temporales, posteriormente se llevó a cabo la incisión de Neumann despegando el colgajo para proseguir con la osteotomía, esta se realizó con una fresa de fisura No. 11, una vez liberada la corona del canino se realizó la perforación de la cúspide del canino con una fresa de bola del No. 5 haciendo posteriormente el anclaje con alambre del No. 10 trenzándolo hacia la superficie gingival.

Una vez realizado el anclaje se sutura con seda negra del No. 3-0.

Como tratamiento postoperatorio se le suministró al paciente antiinflamatorio y analgésico además de dieta blanda, sin grasas, compresas de hielo el mismo día de la intervención y compresas de agua caliente al siguiente día.

Después de siete días se le retiraron los puntos de sutura, observándose una evolución satisfactoria y sin complicaciones. Después de siete días se citó nuevamente al paciente con el fin de obtener unos modelos de trabajo para la realización de la placa retractor de caninos.

Esta placa se elaboró con ganchos circulares de acero inoxidable del No. 28 en los primeros molares superiores, también se fabricaron unos ganchos retractores con alambre No. 28 de acero inoxidable, estos se colocaron en la parte palatina a la altura de los caninos, para cerrar el diastema se contó con unos aditamentos en forma de pinza, se acrilizó la placa con resina autopolimerizable, una vez pulida y terminada se colocó en el paciente, usando ligas de 1/8 para la retracción de los caninos, indicándole al paciente que la cambiara diariamente.

El paciente se encuentra en revisión cada quince días en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM.

5.3 CASO CLÍNICO No. 2

En la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM. Se presentó un paciente femenino de 12 años de edad para que se le realizara una profilaxis, y el cierre de un diastema en la zona del maxilar superior.

Se le realizaron todos los estudios de rutina (historia clínica, modelos de estudios y toma de radiografías), Observándose en la radiografía panorámica ausencia congénita de los incisivos laterales permanentes.

En la exploración clínica el paciente presentó un incisivo lateral temporal del lado izquierdo, diastema en la zona anterior de la maxila, en los tejidos adyacentes no se observó ninguna patología .

En lo que se refiere a los antecedentes heredo-familiares no reporta algún dato patológico o anormal.

El diagnóstico establecido fué oligodoncia de los incisivos laterales superiores, con retención de los caninos.

El tratamiento oportuno consistió en la extracción del lateral superior, ligación de los caninos por medio de una placa retractora de caninos.

Procedimiento quirúrgico.

Se realizó la asepsia de la piel peribucal y de la zona por intervenir así como la colocación del campo estéril, se anestesió con Xilocaína utilizando la técnica supraperióstica, se realizó primeramente la extracción del diente temporal presente, seguida de la incisión de Neumann, levantando el colgajo para el abordaje quirúrgico (osteotomía) para dejar al descubierto las coronas clínicas de los caninos, posteriormente con una fresa de bolo No. 5 se perforaron dichas coronas en la zona cuspídea para el anclaje con alambre del No. 10 trenzándolo hasta la zona gingival.

Para el cierre del colgajo se utilizó sutura del calibre 3-0 de seda negra.

Tratamiento postoperatorio, se le administró al paciente antiinflamatorio, así como también analgésico, compresas de hielo el mismo día de la intervención y al siguiente compresas de agua caliente, dieta blanda sin grasas.

Después de siete días se le retiraron los puntos de sutura, con evolución satisfactoria.

Se le tomaron modelos de trabajo para la elaboración de la placa retractora de caninos.

El procedimiento de elaboración de dicha placa, es el anteriormente descrito en el caso clínico No. 1.

La revisión del paciente se realiza periódicamente cada quince días.

5.4 DISCUSIÓN.

En la actualidad la oligodoncia dentaria puede ocasionar tanto trastornos funcionales como estéticos. En los casos reportados por falta de los incisivos laterales permanentes se ha demostrado que causan risoclasia de los incisivos centrales permanentes a causa de la fuerza de erupción del canino.

Una vez tratado el problema de la risoclasia (por medio del anclaje de los caninos) el manejo estomatológico de estos niños se encamina a la restauración de su función masticatoria y estética por medio de prótesis fijas (Maryland) o prótesis removibles.

A los niños con varios dientes faltantes (temporales) se les puede construir dentaduras parciales a una edad temprana de dos o tres años de edad.

Su habilidad para masticar se incrementa y su nivel nutricional se mejora definitivamente.

La dentadura parcial se puede ajustar o reconstruir a intervalos para que permita la erupción de los dientes permanentes, ésta no interferirá con los patrones de crecimiento normales. El crecimiento de los arcos progresará normalmente con o sin dentaduras. Sin embargo; es deseable la construcción en estadios tempranos para reducir el problema psicológico del niño, por la falta de dientes, y para asegurarle una eficiencia masticatoria.

Si los dientes permanentes erupcionan en buena posición y con una relación favorable, la dentadura parcial podría servir hasta que los niños sean lo suficientemente grandes para recibir prótesis fijas, aunque muchas veces es necesaria la ortodoncia para seguir a este punto.

En cuanto a las prótesis en los pacientes con marcada oligodoncia y falta de crecimiento de los procesos maxilares, cuesta trabajo construir y adaptarlas.

Se debe recordar que de los tres a los cinco años y medio no hay un crecimiento marcado con el cual se pudiera interferir, pero se debe tener controles periódicos para vigilar y resolver los cambios en crecimiento que existan, como en erupción. Por lo tanto se debe concientizar al paciente y a los familiares sobre la necesidad de recambios de estas prótesis, hasta poder realizar un tratamiento definitivo al finalizar dichos procesos.

CONCLUSIONES

1. La oligodoncia es la ausencia congénita de uno o más dientes. Se presenta tanto en dientes temporales como en dientes permanentes.
2. Los sinónimos con que se le conoce a la oligodoncia son: hipodoncia, anodoncia parcial.
3. El principal factor causante de esta anomalía es hereditario (herencia multifactorial, transmisión autosómica dominante o bien ligada al cromosoma X), también se puede presentar por enfermedades óseas, tumores o radiaciones que pueden traer como resultado la ausencia congénita de los gérmenes dentarios.
4. La prevalencia de esta anomalía se encuentra principalmente en terceros molares, segundos premolares mandibulares, segundos premolares maxilares, incisivos laterales maxilares, primer premolar superior maxilar, primer premolar mandibular, incisivo central mandibular, canino maxilar, incisivo lateral mandibular, segundo molar maxilar y segundo molar mandibular.
5. La displasia ectodérmica es un síndrome genético que presenta varias alteraciones de origen ectodérmico en la piel, uñas, glándulas sudoríparas y los dientes. Este es el síndrome más característico de la oligodoncia o anodoncia parcial.

6.- Las manifestaciones bucales patognomónicas de este síndrome son: oligodoncia en ambas denticiones, dientes coronoides y molares bulbosos, falta de desarrollo de los procesos alveolares y pérdida de la dimensión vertical, originando las facies características de un anciano.

Todas estas manifestaciones ocasionan una deficiencia en la función masticatoria, en la fonación y en la estética, originando al paciente problemas psicológicos y falta de adaptación a su medio. Con la rehabilitación temprana de estos pacientes se les da la oportunidad de reincorporarse a su medio social, mejorando su aspecto en general.

7.- La historia clínica es un método auxiliar en el diagnóstico de la oligodoncia; es por ello que nunca se debe omitir puesto que es la base para el plan de tratamiento.

Se debe tener en cuenta todos y cada uno de los aspectos que conforman dicha historia clínica, pues todos los aspectos que en ella se incluyen tienen una importancia clínica específica.

8.- El tratamiento quirúrgico se debe realizar con la técnica más adecuada dependiendo en caso de la ausencia congénita. El tratamiento quirúrgico mencionado en este trabajo es el ideal en ausencia congénita de los incisivos laterales superiores y los caninos retenidos.

9.- La rehabilitación con prótesis Maryland es la más adecuada en la ausencia congénita de los incisivos laterales permanentes. La técnica

de la malla con la cementación de resina fotopolimerizable es la indicada para esta anomalía.

10.- CASO No. 1

- Se presentó el caso de un paciente masculino de 11 años de edad con diagnóstico de oligodoncia y frenillo largo.
- Se realizó la frenilectomía desinsertando el frenillo y eliminando la papila interdental.
- Se llevó a cabo la ligadura de los caninos por medio de un anclaje alámbrico.
- Se elaboró una placa retractora de caninos cuya finalidad es la de guiar los caninos hacia una posición más estética y funcional.
- El paciente se encuentra en proceso de rehabilitación.

11.- CASO CLINICO No. 2

- Se presentó paciente femenino de 12 años de edad con diagnóstico de oligodoncia.
- Radiográficamente se observó que los caninos seguían una forma de erupción ectópica, por lo que se decidió el acto quirúrgico.
- Se realizó la cirugía y se ligaron los caninos por medio de anclajes alámbricos.
- Se elaboró la placa retractora de caninos la cual guiará a los caninos hacia una posición más correcta.

BIBLIOGRAFÍA

Anatomía Patológica Bucal (1)
Cabrini L. Rómulo
Editorial Mundi S.A.I.C.Y.F.
Argentina 1990.

Cirugía Oral (8)
López Arranz J.S.
Editorial Interamericana-Mc Graw Hill
Barcelona 1991.

Patología Bucal Diagnóstico y Tratamiento
Lewis R. Eversole
Editorial médica panamericana.
Buenos Aires Argentina 1991.

Retenedores de Adhesión directa. Puente Maryland
McLaughlin
Editorial Panamericana
Buenos Aires 1987

Revista ADM
Vol. XLV
Noviembre - Diciembre 1980 No. 6
Pag. 401
Dr. Alejandro Wiessinger Gutiérrez.

Revista ADM (9,10,11,12,13)
Vol. XLIX
Mayo - Junio 1992 No. 6
Pag. 167
Dr. Victor Ovadia Arón

Revista ADM (6,7)
Vol. I
Septiembre - Octubre 1993 No. 5
Pag. 299
Dra. María de los Angeles Fuentes Glz.

Revista ADM (5)
Vol. II
Noviembre - Diciembre 1994 No. 6
Pag. 327
Dr. Eduardo Ovadia Arón.

Técnica de Grabado Ácido en Puentes Maryland
Simonsen Richard, Van Tilthomson, Gerald Barrack
Editorial Panamericana 1990.

Temas de Patología Bucal Clínica con Nociones de Epidemiología
Bucal. Tomo II (2,3,4,)
Borguelli Ricardo F.
Edito. Mundi S.A.I.C.Y.F.
Buenos Aires, Argentina 1989.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA