

190



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

*FACULTAD DE ODONTOLOGIA*

*Agenesia Dental*

**TESINA**

que presenta:

*Analy Reséndiz López*

PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANA  
DENTISTA

DIRECTOR:

275136

C.D.M.O. ANGEL KAMETA TAKIZAWA

MEXICO, D.F. ENERO 2000

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Angel Kameta Takizawa'.





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# Índice

Introducción:.....	1
I. Anomalías de la Dentición.....	4
Anomalías de número.....	5
a) Anodoncia.....	5
Total.....	6
Falsa.....	6
Parcial.....	6
Pseudoanodoncia.....	6
b) Hiperdoncia.....	7
Dientes suplementarios.....	7
Dientes rudimentarios.....	7
Anomalías de tamaño.....	8
Macrodoncia.....	8
Microdoncia.....	8
Anomalías de forma.....	8
Geminación.....	8
Fusión.....	9
Concrescencia.....	9
Dilaceración.....	9
Cúspide de garra.....	9
Anomalías de estructura.....	10
II. Etiología de las anomalías dentales.....	11
Hereditarias.....	12
Prenatales o congénitas.....	13
Postnatales ó adquiridas.....	13

III Malposición dentaria.....	14
IV Síndromes relacionados con la ausencia dentaria.....	16
Displasia ectodérmica.....	16
Displasia condroectodérmica.....	18
Incontinencia Pigmenti.....	20
Acondroplasia.....	21
Síndrome de Down.....	22
V Caso Clínico.....	25
VI Tratamiento.....	37
Conclusiones.....	40
Bibliografía.....	41

## Introducción

Diariamente en el consultorio dental se presenta una diversidad de patologías bucales; debido a esto el profesional debe realizar una excelente historia clínica, así como diagnóstico y tratamiento adecuado para evitar futuros problemas a los pacientes.

Una de las patologías que son vistas y reportada como frecuencia es la ausencia de dientes permanentes. En lo que a ausencia dental se refiere la falta incisivo lateral superior permanente resulta ser la más frecuente (1), sin embargo en un estudio realizado en 1992 en la Universidad de Utrech por Schalk y cols. se revisaron a 196 pacientes y contra lo reportado por otros autores el diente que más frecuentemente se ausentó fue el segundo premolar inferior seguido por el segundo premolar superior y en tercer lugar el incisivo lateral superior (2).

Aunque se ha comprobado que la ausencia dental está relacionada con varios síndromes como la displasia ectodérmica, también existe la ausencia dental de naturaleza indeterminada y se reportan diferentes casos clínicos en los cuales se hace el seguimiento hasta en tres generaciones y en los cuales no se obtienen datos clínicos sistémicos relevantes (3). En casos más extremos pero sumamente raros se puede presentar la ausencia de toda la dentición permanente. (5)

La ausencia del incisivo lateral superior en particular crea en el paciente problemas de estética y maloclusión e incluso psicológicos y considerando el tratamiento dental éste se dificulta para el Cirujano Dentista.

En México no se ha reportado un estudio amplio referente a ausencia dental, pero, sobre todo para el odontopediatra es frecuente observar estas anomalías dentarias. Se observa que en la población mexicana, ya sea urbana o rural, se presenta una variedad de patrones morfogenéticos probablemente debido al mestizaje que hay en nuestro país, siendo necesario hacer un análisis aplicable a cada individuo, tomando en cuenta su distribución geográfica, ubicación con niveles socioeconómicos, edad, sexo, talla, estado nutricional, así como la actividad que desarrollan, debido a que todos estos factores intervienen de una u otra forma en el desarrollo y crecimiento de un individuo(4).

La ausencia congénita de los dientes se está dando con mas frecuencia debido a la constante evolución del ser humano, tipos de raza y al tipo de alimentación. Estudios antropológicos demuestran que la parte basilar de los maxilares ha disminuido en su extensión en mayor proporción que la región alveolar, siendo más común en individuos de raza blanca, dando como manifestación la evolución del aparato masticatorio y la desaparición o disminución del tamaño de las piezas dentarias. (4)

Ya se mencionó que es frecuente la ausencia de incisivo lateral superior, y de hecho puede ser ausente cualquiera de los órganos

dentarios pero la ausencia de caninos superiores es sumamente infrecuente, en un estudio se reporto como el diente que ocupa el décimo lugar en cuanto a frecuencia(2).

Cuando existe ausencia de incisivos laterales superiores el tratamiento común es por medio de ortodoncia colocar los caninos en lugar de los laterales y realizar un ligero desgaste de la cúspide para lograr mejor estética en el paciente. (13)

Pero resulta muy rara la ausencia de varios órganos dentarios, exceptuando los terceros molares, sin que esto se relacione con algún síndrome.

Cabe señalar que el éxito del tratamiento para estas patologías depende de una excelente historia clínica, para que de manera particular a cada caso le sea realizado el tratamiento indicado.

Aquí se reporta el caso clínico de una familia en la que se presenta ausencia del incisivo lateral entre hermanas en la primera generación mientras que en la segunda generación se observa múltiples ausencias de dientes permanentes entre primos hermanos.

## I. Anomalías de la dentición

Varios defectos dentarios se relacionan con anomalías en su desarrollo, se precipitan por factores hereditarios, sistémicos, traumáticos y locales.

Las alteraciones en la cantidad de los dientes surgen de problemas que ocurren al inicio del desarrollo dentario o etapa de lámina dental. Además de patrones hereditarios que producen dientes extras o faltantes, la alteración física de la lámina dental, la lámina dental sobre reactiva y el fracaso de la inducción de la lámina dental por el ectomesénquima, son varios ejemplos de las causas que afectan el número dentario.

La ausencia congénita de los dientes se está dando con más frecuencia debido a la constante evolución del ser humano, a la mezcla de diferentes tipos de raza y al tipo de alimentación. (4)

Hay una preponderancia en mujeres en cuanto a las anomalías dentales, incluyendo ausencia de laterales superiores, transposición de canino y premolar superior. (6)

## Anomalías de Número

### Anodoncia

La anodoncia, o ausencia dental congénita representa una deficiencia en la cantidad de los dientes. La herencia posee la función principal en precipitar patrones de anodoncia; los informes sobre su incidencia van desde 1.5 a 10 % en poblaciones Estadounidense, excluyendo a los terceros molares. Casi todos los estudios señalan que el diente permanente con más frecuencia ausente de manera congénita, con excepción de los terceros molares, es el incisivo lateral superior seguido por el segundo premolar inferior.

Existe una correlación de 30 % de probabilidad entre la ausencia de un diente primario y el permanente que le corresponde.

La displasia ectodérmica es un síndrome clásico que presenta múltiples dientes ausentes de manera congénita otras entidades con anodoncia son el síndrome de Down, la displasia condroectodérmica y el paladar hendido. (7)

Los estudios de la frecuencia con que faltan los terceros molares han demostrado que esta ausencia no es de origen congénito en 35% de los sujetos examinados, así mismo pueden faltar los 4 terceros molares en un individuo. Algunos investigadores creen que casos de terceros molares ausentes son evidencia de una línea evolutiva hasta la presencia de menos dientes. (8)

*Anodoncia total:* Cuando faltan todos los dientes, es rara, pero suele acompañarse de un síndrome. Puede afectar tanto a la dentición temporal como permanente. (8, 13)

*Anodoncia falsa:* Cuando los dientes que faltan son a causa de exfoliación o extracciones.(8)

*Anodoncia verdadera:* También conocida como agenesia. Es cuando no hay formación de los gérmenes dentarios. (8)

*Anodoncia Parcial:* También conocida como hipodoncia u Oligodoncia. Es el término utilizado para describir la ausencia de uno a seis dientes. Los dientes faltantes en forma congénita son los incisivos laterales superiores, seguidos por los segundos premolares superiores. Se desconoce el origen de la anodoncia parcial, aunque con frecuencia se relaciona a factores hereditarios.(8)

*Seudoanodoncia:* Cuando los dientes que faltan desde el punto de vista clínico, a causa de retención o erupción retardada. (3)

La retención de los dientes es frecuente y afecta de manera más frecuente a terceros molares inferiores y a caninos superiores, con menor frecuencia a los premolares, caninos inferiores y segundos molares. Es raro encontrar incisivos y primeros molares con retención, esta ocurre como consecuencia de una obstrucción por apiñamiento o por otra barrera física. En ocasiones se debe a un curso anormal en la erupción (9)

Una causa frecuente de a la retención dentaria es la anquilosis, que se refiere a la fusión del diente con el hueso circunvecino, esto sucede a menudo con molares temporales. (9)

## Hiperdóncia

La hiperdóncia o dientes supernumerarios describen un exceso en la cantidad de dientes que pueden suceder tanto en la dentición primaria y permanente, presenta una incidencia en valores de hasta el 3 % siendo más frecuente en hombres. En el maxilar ocurren del 90 al 98 % de los dientes supernumerarios; la dentición permanente tiene mayor frecuencia que la primaria. El diente supernumerario más usual es el mesiodent, que se presenta en la línea media palatina y adopta una variedad de formas y posiciones con los dientes vecinos.(9)

Según la clasificación de Primoch que se basa en las características morfológicas divide a los dientes en suplementarios y rudimentarios.

*Dientes suplementarios:* Imitan la anatomía típica de los dientes anteriores y posteriores.

*Dientes rudimentarios:* Son dismórficos y pueden tener forma cónica o tuberculada, u otras que remedan la anatomía molar.

Desde el punto de vista clínico los dientes supernumerarios en forma de tubérculo o de barril generan las complicaciones más graves, por la dificultad para eliminarlos y sus efectos adversos sobre los dientes vecinos. Los síndromes clásicos que presentan dientes supernumerarios incluyen el paladar hendido, Síndrome de Turner entre otros.(9)

## Anomalías de tamaño

*Macrodoncia:* Es el término utilizado para señalar los dientes con tamaño aumentado, puede dividirse en absoluta como se observa en el gigantismo hipofisiario o relativa a causa de un maxilar pequeño en proporción. Esto último da como resultado el apiñamiento de los dientes y un patrón anormal de erupción, debido al espacio insuficiente en el arco dentario. (7)

*Microdoncia:* Se refiere a la alteración dental en la que el tamaño normal está reducido. Se divide en:

*Generalizada:* que indica que todos los dientes están reducidos de tamaño como sucede en el enanismo hipofisiario, o pequeños en relación con los maxilares.

*Focal:* Significa que un diente aislado es más pequeño de lo normal, la forma de estos microdientes se altera con la disminución del tamaño. Este fenómeno suele observarse en los incisivos laterales superiores, en los que la corona del diente tienen forma de cono o espiga. (7)

## Anomalías de forma

*Germinación:* Los dientes geminados surgen a raíz de tratar de dividir por medio de invaginación un solo germen dental, originando formación incompleta de los dos dientes. Suele ser una estructura con dos coronas completa o incompletamente separadas, que tienen una sola raíz y un solo canal radicular.

Se observa tanto en dentición temporal como permanente, en algunos casos tiene tendencia hereditaria. (8)

#### *Fusión:*

Los dientes fusionados surgen por la unión de dos gérmenes dentarios normalmente separados, esta fusión puede ser completa o incompleta. Se cree es debido a alguna fuerza que presiona y produce el contacto de los dientes en desarrollo y por consecuencia su fusión. (8)

#### *Concrescencia:*

Es una forma de fusión que se presenta una vez que se ha completado la formación de la raíz. En este caso los dientes solo están unidos por el cemento. Se piensa surge por algún traumatismo o por apiñamiento dental. (8)

#### *Dilaceración:*

Se refiere a una angulación, o doblez o curva aguda en la raíz o corona de un diente formado. Se cree surge por algún traumatismo sufrido durante la formación del diente.

#### *Cúspide en garra:*

Es una estructura anormal, de gran semejanza a una garra de águila, va del área del cíngulo hacia la zona incisal. Esta cúspide se une ligeramente al diente, se compone de esmalte y dentina normal y contiene cierta cantidad de tejido pulpar.

## Anomalías de estructura:

También existen las anomalías de estructura como la amelogenesis imperfecta, hipoplasia del esmalte, displasia dentinal, odontodisplasia regional entre otras.

## II. ETIOLOGÍA DE LAS ANOMALÍAS DENTALES

La etiología estudia cuales son las causas que producen las deformaciones dento-maxilo- faciales, que a su vez provocan oclusión anormal.

El número y variedad de anomalías que se observan en la clínica diaria, dejan ver la enorme diversidad de factores que intervienen en la producción de las mismas.

Es necesario comprobar el mecanismo etiológico y el grado de deformación de las anomalías, puesto que son la base del diagnóstico, criterio y plan de tratamiento a seguir.

Es importante estudiar y buscar antecedentes familiares, médicos y odontológicos, así como ahondar en datos sobre el embarazo y hasta el nacimiento, también la historia médico-odontológica evolutiva del niño hasta la fecha de nuestro exámen, estos datos nos ayudan a establecer la época y causas productoras de la anomalía.(10)

Las causas según la época de su producción se dividen en:

1. Hereditarias
2. Prenatales o congénitas
3. Post-natales o adquiridas

## Hereditarias

Son las anomalías que son transmitidas por los padres, abuelos (ascendientes) a los hijos, nietos (descendientes).

Herencia: es la transmisión de los ascendientes a los descendientes de los caracteres naturales y adquiridos, puede ser herencia patológica o fisiológica. Herencia, es la aptitud que poseen los seres vivos para transmitir a sus descendientes sus caracteres somáticos, sus propiedades, sus tendencias, sus predisposiciones y dice con claridad que los caracteres adquiridos bajo la influencia de la adaptación y de la selección natural o artificial son hereditarios. Por herencia se transmiten las propiedades adquiridas por el organismo. Muchas familias presentan anomalías similares, desarrollo mayor o menor de los maxilares o ausencia de algunos dientes cuya única explicación es la herencia. (10)

La herencia fisiológica transmite la constitución anatómica y química de los organismos, y comprende sus aptitudes funcionales sean físicas o mentales.(10)

La herencia patológica transmite la manera de ser enfermos como los ascendientes. (10)

Las principales anomalías hereditarias se dividen en:

- a) Maxilares: Se refieren a las anomalías de tamaño, forma, volumen, etc., que presentan los maxilares. Ejemplo Prognatismo, Retrognatismo, Hipoplasia, etc.

b) Dentarias: Comprenden las anomalías de forma, número, o posición de los dientes, por ejemplo: incisivos laterales enanos o cónicos, giriverciones, taurodontismo, etc.

## Prenatales o Congénitas

Son todas aquellas anomalías que obran sobre el embrión desde su formación hasta el momento del nacimiento. Las malformaciones de este grupo pueden observarse desde el primer momento de vida, o sino manifestarse posteriormente.

Para este tipo de anomalías existen dos mecanismos de producción:

- Directos: Son las producidas por traumatismos en el embarazo, durante el parto como la utilización de fórceps.
- Indirectos: Se denominan indirectas porque surgen de todo estado patológico de la madre, como sífilis, rubéola, varicela, tuberculosis, bebidas alcohólicas, drogas, avitaminosis, etc. Estas repercuten en el pequeño en formación creando malformaciones, aplasias, distrofias, la repercusión será más grave cuando más temprano hayan afectado a la madre.

## Post-natales o adquiridas

Son aquellas que se producen posteriormente al nacimiento. Algunos ejemplos son aporte alimenticio deficientes, aporte endocrino deficiente, mala osteogénesis, respiración bucal, hábitos perniciosos, trastornos musculares, extracciones prematuras, traumatismos, persistencias de temporales, presión de terceros molares, entre otros.

### III. MALPOSICION DENTARIA

Se define como oclusión anormal, cuando las arcadas dentarias, en posición de oclusión central, no cumple con las relaciones y leyes de relación correcta y normal de dientes inferiores con superiores, tanto en sentido transversal, anteroposterior y vertical.

El termino maloclusion o oclusión anormal abarca a partir de un solo diente que se encuentre fuera de sus posición normal, esto puede desencadenar desequilibrios musculares, articulares, dentales o de fonación entre otros, hasta llegar a afectar todo el sistema estomatognatico.(10)

#### Malposiciones dentarias fundamentales

La nomenclatura utilizada para determinar el sentido de posición que tiene el diente se basa en el termino versión que es cuando el diente se inclina en su parte mas coronaria, en su eje vertical y que es lo mas frecuente. De este termino agregamos el sentido en que este inclinado. Ejemplo: Vestibuloversion, Mesioversion, linguoversion, giroversion ,etc.

La giroversion comúnmente se acompaña de otros prefijos según corresponda a la parte de la corona que este mas girada. Por ejemplo mesio vestibulo-giro-version.

El termino gresion se utiliza para designar un desplazamiento total del órgano dentario es decir un desplazamiento de raíz y corona.

Transposición: Cuando un diente ha cambiado su colocación en la arcada ocupando el lugar de otro diente.

Ectópico: Cuando un diente esta muy alejado de su lugar indicado.(10)

## IV. Síndromes relacionados con la ausencia dentaria

### Displasia Ectodérmica

Es un síndrome específico que se caracteriza por displasia congénita de una o más estructuras y de sus apéndices accesorios. Principalmente se manifiesta por hipohidrosis, hipotricosis, e hipodoncia. Es el tipo más común de las diversas displasias ectodérmicas las cuales como grupo, pueden presentar anomalías en la piel, pelo, uñas, ojos, dientes, cara, aparato neurosensorial y las estructuras glandulares anexas.

La mayor parte de los casos de displasia ectodérmica hipohidrotica (anhidrotica) hereditaria son de carácter mendeliano recesivo ligado al cromosoma X; los hombres son afectados con mayor frecuencia que las mujeres. Sin embargo, en algunas formas, la anomalía también se puede transmitir como una característica autosómica dominante o recesiva.

### Características Clínicas

Los pacientes que presentan displasia ectodérmica hipohidrotica hereditaria, por lo regular tienen piel seca delgada, lisa, con ausencia parcial o completa de glándulas sudoríparas, estos pacientes no presentan transpiración y como consecuencia sufren hiperpirexia así como incapacidad para soportar temperaturas calurosas.

En los lactantes presentan fiebre inexplicable y disgusto evidente por temperaturas cálidas, siendo esto el primer síntoma de la enfermedad. Las glándulas sebáceas y los folículos pilosos presentan defectos de estructura o no existen. El pelo del cuero cabelludo y de las cejas tiende a ser fino, escaso y rubio, sin embargo la barba y el bigote por lo regular tienen aspecto normal, el puente de la nariz está deprimido; los bordes supraorbitarios y las protuberancias frontales son pronunciados y los labios protuberantes.

Se dice que el aspecto facial de estos individuos es bastante característicos y se parecen unos a otros al grado de confundirse con hermanos.(8)

### Aspectos Bucales

Las características bucales de este síndrome son muy particulares siempre presentan anodoncia u oligodoncia, con malformación frecuente de cualquiera de dientes presentes, tanto temporales como permanentes, si existe algún órgano dentario este presenta forma cónica o truncada. Es importante recalcar que cuando existe anodoncia completa no se altera el crecimiento de la mandíbula, esto implica que el desarrollo de los maxilares, excepto por el proceso alveolar, no depende de la presencia de los dientes, sin embargo, como el proceso alveolar no se desarrolla en ausencia de dientes, existe una reducción de la dimensión vertical normal que provoca los labios protuberantes. Además, el arco palatino con frecuencia es alto y puede haber paladar hendido.(8)

Las características secundarias de la displasia ectodérmica incluyen una deficiencia en el flujo salival, piel seca o escamosa y hay fisuras en las comisuras labiales (11)

## Tratamiento

No existe tratamiento sistémico, pero del punto de vista dental el tratamiento es protésico, con fines funcionales y estéticos, en pacientes jóvenes se reconstruyen periódicamente las prótesis por el crecimiento de los maxilares.

## Displasia Condroectodérmica

(Síndrome de Ellis-Van Creveld)

Existen teorías de que esta enfermedad se hereda como un carácter autosómico recesivo, y hay consanguinidad de los padres en un 30% de los casos, es muy similar a la displasia ectodérmica, pero es sumamente infrecuente.

## Características Clínicas

Presenta varias alteraciones ectodérmicas como trastornos en las uñas, dientes, condrodisplasia, polidactilia y algunas veces cardiopatía congénita.

Las uñas son hipoplásicas con coiloniquia marcada, el mecanismo de sudoración es normal. Los brazos y las piernas están acortados y engrosados. Mientras que la polidactilia afecta a las manos y en ocasiones los pies, aproximadamente 50% de los pacientes presentan anomalías cardíacas.(8)

## Características Bucales

Lo más común es observar una fusión de la porción media del labio superior con el margen gingival maxilar, esto crea una imagen de hipoplasia labial. Con frecuencia existen dientes natales, pero en realidad son dientes temporales que erupcionaron de manera prematura, también se observa ausencia de dientes sobre todo en la zona anterior mandibular, es común que la erupción dental se retrase y los dientes que logran erupcionar presentan anomalías, pueden ser cónicos, pequeños, con espacios irregulares, así como presentar hipoplasia del esmalte.

## Tratamiento

No existe ningún tratamiento para la enfermedad. Incluso algunos pacientes mueren durante la infancia.

## Síndrome de Bloch- Sulzberger ( Incontinencia Pigmenti )

Genodermatosis, que presenta varias manifestaciones bucales, se cree se transmite como un rasgo dominante ligado al sexo. Se cree que este síndrome es mortal para el hombre, pero afecta de manera mas significativa a la mujer.

### Características clínicas

Se presenta por lo común poco después del nacimiento, comienza con lesiones eritematosas y vesiculobulbosas en el tronco y las extremidades, que desaparecen y reaparecen, a su vez se presenta eosinofilia durante esta fase de la enfermedad, de manera gradual, aparecen lesiones queratóticas, liquenoides, papilares o verrugosas blancas, que persisten por algunos meses.(8)

Otro tipo de lesiones que caracterizan este síndrome son las máculas de color café grisáceo, en el tronco y las extremidades, siendo posteriores a las lesiones queratóticas verrucosas .

Existen diversos defectos asociados a la Incontinencia pigmenti entre ellos calvicie local o generalizada, lesiones en los ojos, como cataratas, atrofia óptica, estrabismo, fibroplasia retrolental así como alteraciones esqueléticas(8)

### Características Bucales

Las manifestaciones bucales de este síndrome aparecen limitados a los dientes, pudiendo afectar dientes temporales y permanentes, entre los

cambios que sufren están la erupción retardada, coronas bucales en forma de espiga o cono, dientes ausentes congénitamente, malformación dentaria y cúspides supernumerarias, los dientes en forma de cono son muy similares a los que se presentan en la displasia ectodérmica.

### Tratamiento

No es necesario.

## Acondroplasia (Condrodistrofia fetal)

Aparece debido a una alteración de la formación de hueso endocondral y resulta una forma característica de enanismo, es transmitido como una característica autonómica dominante, es posible diagnosticarla antes del parto, su tasa de mortalidad es alta.(8)

### Aspectos clínicos

El enanismo acondroplásico es el tipo mas común de enano, es bastante corto, por lo regular mide menos de 1.4 metros, extremidades gruesas y cortas , cráneo braquicefálico, y piernas arqueadas, manos pequeñas, dedos cortos y anchos, glúteos prominentes, y protrusion del abdomen y muchas articulaciones , en forma característica, muestra limitación de los movimientos. Por esto los brazos no cuelgan libremente en los costados, y a menudo los codos no se pueden extender.

El aspecto incongruente del enano acondroplásico contrasta con el enano hipofisiario conforme avanza la edad, principalmente debido al tamaño

desproporcionado de la cabeza en relación al respecto del cuerpo. A pesar de todas estas características los enanos acondroplásicos tienen una inteligencia normal con frecuencia están dotados de fuerza y agilidad poco usuales(8)

## Aspectos Bucales

Muestran el maxilar superior retraído debido al poco crecimiento de la base del cráneo, y la retrusión puede producir prognatismo mandibular relativo, obviamente esto produce maloclusión. La dentición en sí es normal, aunque se ha informado que hay falta congénita en los dientes y alteraciones en la forma de los que existen.

## Tratamiento

No existe tratamiento contra la acondroplasia. Si el paciente sobrevive los primeros años de edad, tiene oportunidades de llevar la vida de una persona normal.

## Síndrome de Down(Trisomía 21).

El síndrome de Down es una enfermedad asociada con mentalidad subnormal caracterizada por una variedad extremadamente amplia de anomalías y trastornos funcionales, principalmente las deformidades craneales y faciales. Se consideran muchos factores como causa de la

enfermad, como la edad materna ya que según estudios existe una frecuencia global de 1/800 entre los nacidos vivos, la frecuencia de la trisomía 21 se incrementa desde uno en 2000, en una edad materna de 20 años, hasta uno en 350, con una edad materna de 35, y hasta uno en 100, cuando la edad materna es de 40 años. Después de gestar a un niño o feto que tiene Trisomía 21, el riesgo de que se repita el padecimiento en un hijo ulterior de la misma mujer es del 1%, o el doble de riesgo de aparición para esa edad materna. (12).

Otros factores que se cree intervienen son las anomalías uterinas y de la placenta, pero en la actualidad recientes investigaciones citogenéticas implican que es una aberración cromosómica. Esta enfermedad es, de hecho, la anomalía cromosómica más común que presenta el hombre.(8)

En la actualidad, se acepta que existen por lo menos 3 formas de Síndrome de Down:

1. En el que existe la Trisomía 21 característica, con 47 cromosomas, que representa casi el 95% de los casos.
2. Denominado el tipo de traslocación en el que parece haber 46 cromosomas, aunque el material cromosómico extra del número 21 está traslocado con otro cromosoma del grupo G o D (alrededor del 3% de los casos).
3. Es el resultado del mosaiquismo cromosómico y cuenta con aproximadamente el 2 % de los casos.

La frecuencia de la Trisomía 21 en los hermanos posteriores puede estar muy aumentada en estos casos.

Gran número de pacientes con síndrome de Down en especial niños existe una alta frecuencia de leucemia aguda, se cree que la presencia del cromosoma 21 extra en el síndrome de Down es el factor que los coloca en un riesgo mayor de leucemia aguda.(8)

### Aspectos Clínicos.

Los pacientes con Síndrome de Down se caracterizan por tener una cara plana, fontanela anterior grande, suturas abiertas, ojos oblicuos pequeños, boca abierta, prognatismo, subdesarrollo sexual, anomalías cardíacas, e hiper movilidad de las articulaciones.

En realidad los efectos son tan variados en su frecuencia, que es muy difícil hacer una lista completa.

### Aspectos bucales

Los pacientes con frecuencia exhiben macroglosia, con protrusión de la lengua, así como lengua con fisuras o granular, por el agrandamiento de las papilas, paladar arqueado alto, dientes malformados, hipoplasia del esmalte, microdoncia, y anodoncia.

Por lo común presentan enfermedad periodontal destructiva grave debido a su deficiente capacidad del cepillado dental.

### Tratamiento

No existe ningún tratamiento.

## V. CASO CLINICO

### Alfonso Reséndiz López, paciente 1

Paciente masculino de 12 años 6 meses de edad, originario de la ciudad de México que se presentó en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, solicitando atención dental debido a algunas caries.

Al realizar la historia clínica, no se encontró ningún antecedente patológico, ni heredo familiar importante.

La madre es originaria del estado de Veracruz, y el padre del estado de Guanajuato. El tipo de alimentación de la familia se considera bueno puesto que reportaron seguir una dieta basada en la combinación de carnes y verduras en la comida principal, así como frutas o lácteos para el desayuno, y de manera ocasional consumen comidas rápidas y refrescos.

### Exploración bucal

Al realizar la exploración bucal del paciente se notó la presencia de varios dientes pertenecientes a la dentición temporal, que de acuerdo a la edad del paciente debieron ser exfoliados hace ya algunos meses e incluso años. Figura 1

El paciente no presentaba lesiones patológicas en tejidos blandos, solo la presencia de placa dentobacteriana, e inflamación gingival, debido a una mala higiene oral y a el apiñamiento dental que impide el buen acceso a algunas zonas.

Descripción por cuadrantes en el examen dental:

Cuadrante superior derecho: Incisivo central superior permanente, Incisivo lateral y canino temporal, primer premolar permanente, canino permanente erupcionando, segundo molar temporal , y primer molar permanente. Figura 2

Cuadrante superior izquierdo: Incisivo central permanente, canino temporal, primer premolar permanente, segundo molar temporal con banda, primer molar permanente.

Cuadrante inferior izquierdo: incisivos central y lateral permanentes, primer premolar , segundo molar temporal (obturado), primer molar permanente. Figura 3

Cuadrante inferior derecho: incisivos central y lateral permanentes, primer premolar, segundo molar temporal y primer molar permanente.

De primera intención se pensó que el paciente tendría múltiples retenciones dentales, ya que su edad fisiológica no coincidía con la edad dental que presentaba, sus arcadas tenían una apariencia ligeramente hipoplasica , y presentaba apiñamiento dental.

Por medio de una radiografía panorámica se observó, que 5 de los 9 dientes faltantes clínicamente, no se habían formado. Figura 4



Figura 1



Figura 2



Figura 1



Figura 3



Figura 4

Dientes Ausentes (Agenesia)	Dientes Retenidos
Incisivo lateral superior derecho	Segundo premolar superior izquierdo
Segundo premolar superior derecho	Canino inferior derecho
Incisivo lateral izquierdo	Canino inferior izquierdo
Canino superior izquierdo	
Segundo premolar inferior izquierdo	

Se procedió a preguntar a la madre si durante el periodo de gestación fue sometida a tratamiento con algún medicamento, radioterapias o si ella había tenido traumatismos durante el embarazo. Se le pregunto si ella, su esposo o algún familiar cercano presentaba algún síndrome o enfermedad diagnosticada. Todos los datos eran negativos.

La madre presentaba ausencia de el incisivo lateral superior izquierdo, se tomó una radiografía para confirmar la agenesia y efectivamente no había ningún órgano dentario. Ella refirió que una hermana también presentaba esta ausencia. Figuras 5 y 6

En la siguiente cita el paciente fue acompañado de 3 primas hermanas que venían de vacaciones, se le pidió autorización a la madre para revisar a las niñas y la información obtenida fue la siguiente:

**Adriana Nelly Martínez López (Prima, paciente 2)**

Paciente femenina de 22 años de edad, de apariencia sana, originaria del estado de Oaxaca, la primera de 4 hermanas, prima hermana de Alfonso Resendiz.



**Figura 5**



**Figura 6**



**Figura 7**



**Figura 8**

## Exploración Bucal:

La paciente presentaba una prótesis fija que tenía como pilares el 14 y 21, y refirió que hace aproximadamente 9 años se le había practicado una cirugía en la zona de anteriores para extraerle un diente impactado, el cual presentaba microdoncia. Figura 7

Se le tomaron algunas radiografías y se confirmó la ausencia de el 11 y el 13. La paciente confirmó que en la cirugía solo se le extrajo un diente, entonces suponemos que el 13 nunca se formó. Figura 8

Los demás caninos, premolares y molares estaban presentes, a excepción los terceros molares que no se formaron.

Los tejidos blandos y el periodonto tenían una apariencia sana.

## Margarita Martínez López (Prima, Paciente 3)

Paciente femenina de 16 años de edad, de apariencia sana, originaria del estado de Veracruz, la tercera de 4 hermanas, hermana de la paciente anterior y prima hermana de Alfonso Reséndiz.

## Exploración Bucal:

En la arcada superior presentaba incisivos centrales, incisivos laterales, primeros premolares, segundos premolares, primer molar, segundo molar. Debido a que el incisivo lateral izquierdo presentaba malposición pero a su vez tenía espacio suficiente para incorporarse a la arcada, se



Figura 9



Figura 11

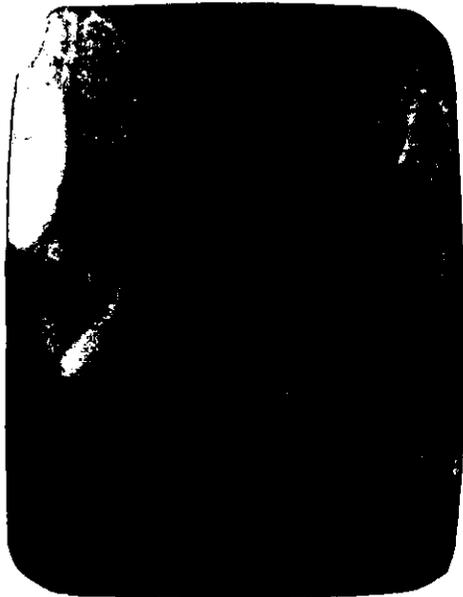


Figura 10



Figura 12

pensó que tendría ambos caninos impactados, así que se tomó una radiografía para confirmar el diagnóstico. Figura 9

En la radiografía no apareció ningún diente impactado, ni gérmenes en formación. Figura 11

En la arcada inferior la paciente presentaba incisivos centrales, incisivos laterales, canino derecho permanente, canino izquierdo temporal, primeros y segundos premolares primeros y segundos molares, tejidos blandos sanos, en la zona de 33 a 43, la encía estaba inflamada, había presencia de sarro por la parte lingual y placa dentobacteriana tanto en vestibular como lingual. Figura 10

Se tomaron radiografías y se confirmó la agenesia de ambos incisivos laterales superiores permanentes, así como el canino inferior izquierdo permanente.

Cabe señalar que la madre de ambas pacientes presenta su dentición completa. Figura 12

Estela Barradas López (Prima, Paciente 4)

Paciente femenina de 14 años de edad, originaria del estado de Veracruz, de apariencia sana, primera de dos hermanas.

## Exploración Bucal:

En la arcada superior presentaba de derecha a izquierda segundo molar, primer molar, segundo premolar, primer premolar, canino, incisivos centrales, incisivo lateral con microdoncia y de forma cónica, canino temporal, premolares y molares permanentes. Figura 13

En la parte inferior se observó de izquierda a derecha segundo molar permanente erupcionando, primer molar, segundo molar temporal, primer premolar, canino, incisivos centrales y laterales, canino temporal, primer premolar, segundo molar temporal, primer molar permanente y segundo molar permanente en proceso de erupción. Figura 14

Se tomaron radiografías de la paciente y se confirmaron las agenesias de incisivo lateral superior izquierdo, canino inferior izquierdo, y segundo premolar inferior izquierdo. Es decir, de las 5 ausencias de dientes permanentes que clínicamente se observaron solo 3 eran agenesias puesto que el canino superior derecho se encontraba impactado y el primer premolar inferior derecho estaba por erupcionar. Figura 15



Figura 13



Figura 13



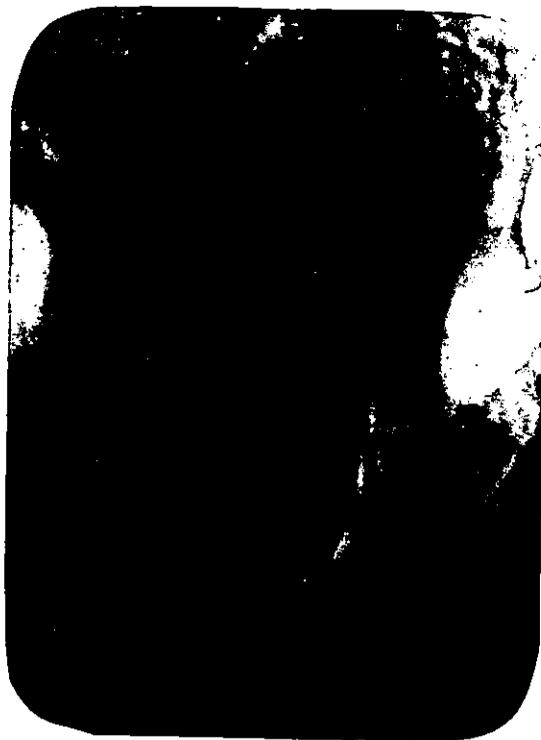
Figura 13



Figura 14



Figura 14



**Figura 15**



**Figura 15**

## TRATAMIENTO

Paciente 1 Alfonso Reséndiz :

En la arcada superior:

No es posible realizar movimientos hacia vestibular de los incisivos centrales superiores ya que quedarían espacios y se tendrían que mesializar tanto los caninos, como el incisivo lateral de la primera dentición. Ortodónticamente no es posible el hacer este movimiento dental.

Por lo tanto se decide mantener el incisivo y ambos caninos superiores. Colocar un arco de Nance para realizar extracciones de los segundos molares temporales tanto derecho como izquierdo, y esperar a que de el lado derecho el canino y premolar que se encuentran en transposición tomen su lugar, mientras que del lado izquierdo tras realizar la extracción se dejará en observación la erupción del segundo premolar.

En la arcada inferior:

Colocar un arco lingual y realizar la extracción de el segundo molar izquierdo temporal, distalar el premolar, para esperar que el canino erupcione, mientras que del lado derecho se realizaría la extracción del primer premolar y se esperaría a que el canino erupcione, mientras tanto el segundo molar se exfolia.

## CONCLUSION

Es importante conocer ampliamente los síndromes relacionados con la ausencia dental, tener en cuenta que la ausencia dental no es por si sola ya un signo evidente de algún síndrome, así con la ayuda de la historia clínica y una excelente exploración al paciente se debe determinar la naturaleza de la ausencia dental.

Consideramos que es muy importante la realización primero de una excelente historia clínica puesto que también es posible que clínicamente confundamos agenesias con retenciones dentales y con esto apliquemos un tratamiento que seguramente resultara infructuoso. Siempre y muy cuidadosamente tomar radiografías del paciente y no emitir un diagnostico hasta no estar completamente seguros de lo que sucede.

Mientras que en el tratamiento es muy importante analizar varias opciones y todos los puntos favorables y desfavorables para el paciente, ya que la ausencia congénita de dientes permanentes repercute en estética y función del paciente y cualquier movimiento puede provocar daños irreparables a este.

## BIBLIOGRAFIA

1. GRABER, T.M. Ortodoncia Teoría y Práctica .Edit: Interamericana, 3ª. Edición, pp 889, 1972.
2. SCHALK-VAN .Y. Distribution of missing teeth and tooth morphology in patients with oligodontia, Journal of dentistry for Children, March 1992 , 133-138.
3. STIMSOM.M.J . Features of oligodontia in three generaciones, JCPD, Vol 21 Nun 3/1997.
4. RIOS; NAJERA.H. Oligodoncia: Hipodoncia y Microdoncia en tres hermanos. Practica Odontologica, 13 (6) 1992 pp 35-38.
5. SABRI, ROY. Management of missing maxillary lateral incisors JADA, Vol 130, January 1999. pp 80-84.
6. KOTSOMITIS NICK, Inherited dental anomalies and abnormalities JDC, November 1997, pp 405- 408.
7. PINKHAM.Jr. Odontología Pediátrica Edit. Interamericana, 1ra Edición 1991 México.
8. SHAFER. W. Tratado de Patología Bucal, Edit. Interamericana 4ta Edición, México 1986.
9. REGEZI. J. Patología Bucal, Edit. Interamericana 1ra Edición, México 1991.
10. GUARDO.A. Ortodoncia, Edit. Mundi , Buenos Aires 1ª. Edición, 1973

11. MC DONALD. R.E. Odontología Pediátrica y del Adolescente,  
5ta Edición, Edit. Panamericana Buenos Aires 1990.
12. KELLEY. Medicina Interna 1ra Edición, Edit. Panamericana  
Argentina 1990.
13. SCHNEIDER, PAUL.E. Complete anodontia of the permanent  
dentition:case report.Pediatric  
Dentistry. Vol 12, Num 2, April 1990.