



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

ANOMALIAS DENTARIAS CONGENITAS

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

Presenta

LUZ AURORA SEVILLA VELASCO



México, D. F.

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	
CAPITULO I. ANOMALIAS DENTARIAS CONGENITAS.	1
CAPITULO II. ANOMALIAS DENTARIAS DE TAMARO.	5
CAPITULO III. ANOMALIAS DENTARIAS DE FORMA.	7
CAPITULO IV. ANOMALIAS DENTARIAS DE NUMERO.	13
CAPITULO V. ANOMALIAS DENTARIAS DE ESTRUCTURA.. . . .	19
CAPITULO VI. ANOMALIAS DENTARIAS DE ERUPCION.	26
CONCLUSIONES.	30
BIBLIOGRAFIA.	32

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

Tanto en odontología, como en cualquier otra rama de la medicina, la base del éxito es la realización de un buen diagnóstico; es decir, para elegir cualquier plan de tratamiento, el profesional se debe identificar plenamente con el problema.

Las alteraciones presentes en el ser humano pueden ser de origen hereditario, naciendo el individuo con la alteración apreciable clínicamente o que se presenta durante el desarrollo del mismo; o de lo contrario, adquiridas durante la vida.

La cavidad bucal no es la excepción y por ello dedico esta tesis al estudio de la patología congénita de las estructuras duras presentes en la boca que tienen una función primordial durante la existencia de cada individuo y que son los dientes.

Así pues, las Anomalías Dentarias Congénitas son las características anormales que el individuo presenta en sus estructuras dentarias con respecto a lo que consideramos como "normal", las cuales se deben a trastornos genéticos ya que los genes se encuentran alterados debido a diversos factores. Estas anomalías traen como consecuencia trastornos funciona-

les, estructurales y fonéticos y combinación de éstos.

Hay que señalar que para lograr un diagnóstico acertado no sólo hay que contar con los conocimientos de una u otra patología, sino además emplear todos los medios que estén a nuestro alcance, como lo son las radiografías que representan una gran ayuda; y aún más, realizar una minuciosa historia clínica, lo que significa un mayor conocimiento de nuestro paciente y mejor entendimiento del problema.

C A P I T U L O I

ANOMALIAS DENTARIAS CONGENITAS

El término ANOMALIA proviene del griego y posteriormente pasa al latín, y cuyo significado es "irregularidad o desviación de la regla general".

Se dice que la mayor parte de las anomalías en general en los humanos son consecuencia de trastornos congénitos que se producen antes del nacimiento o durante éste; sólo un pequeño número de anomalías bucales son debidas a trastornos posnatales, por ejemplo, la dilaceración y la fusión de las raíces dentarias se atribuyen a traumatismos después del nacimiento.

Aproximadamente el 10% de las malformaciones congénitas son ciertamente hereditarias, otro 10% se deben a un ambiente patológico y el 80% restante tienen un fundamento etiológico no demostrado o desconocido.

Algunos defectos congénitos son debidos a la falta de crecimiento de ciertas formaciones embrionarias en sus localizaciones adecuadas o la falta de unión o fusión con su elemento opuesto o adyacente.

Como se dijo, no está demostrada aún la etiología precisa de la mayoría de los trastornos del desarrollo, pero con

seguridad los factores intrínsecos o genéticos son los más importantes.

Los trastornos del desarrollo comprenden: falta completa de desarrollo de una estructura, a lo que se le llama "agenesia"; desarrollo escaso de una estructura llamado "hipoplasia", y excesivo desarrollo con respecto a las estructuras próximas llamado "hiperplasia".

Hay factores importantes como la rubeola que es infecciosa, o los traumatismos accidentales sufridos por la madre-gestante que pueden producir la interferencia de una estructura sobre el desarrollo normal de otra estructura vecina.

La exposición a las radiaciones pueden ocasionar graves consecuencias en el crecimiento de las estructuras fetales, así como originar alteraciones genéticas.

Diversos medicamentos y productos químicos han sido reconocidos como agentes teratógenos, entre ellos ciertos tranquilizantes, antimetabólicos y antihistamínicos.

También se han incluido entre los factores etiológicos de la producción de anomalías a las deficiencias nutritivas, especialmente de vitaminas y proteínas.

Se dice que las hormonas liberadas durante un intenso "stress" emocional o traumático durante el embarazo puede ocasionar un feto anormal al aumentar la secreción endógena de las hormonas corticoadrenales.

Otros agentes extrínsecos que pueden ocasionar perturbaciones embrionarias son la hipoxia, la edad de la madre, --

los embarazos múltiples y los defectos uterinos.

Después de que la lesión ha sido registrada en la información genética del producto, éste se desarrolla pero de manera anómala y nace presentando la patología en el momento durante su crecimiento, originándose así una cadena, pues el individuo es capaz de transmitir su defecto a su descendencia. Por ello, existen diferencias características no solo entre individuos, sino entre poblaciones.

Relacionando lo anterior con muchos de los trastornos que se presentan en cavidad oral, no podemos negar el papel que desempeña la herencia para que de algo que debemos encontrar "normal" se nos presente con una u otra variación y no solo en ese paciente, sino en sus progenitores, hermanos o de más parientes.

Hablando de anomalías dentarias congénitas podemos encontrar una gran variedad que han sido clasificadas para su estudio en relación a lo que consideramos "normal" en los siguientes grupos:

- 1). Anomalías de Tamaño.
- 2). Anomalías de Forma.
- 3). Anomalías de Número.
- 4). Anomalías de Estructura.
- 5). Anomalías de Erupción.

No obstante, cabe señalar que muchas de las anomalías coexisten, es decir, se pueden presentar juntas.

Antes que nada debemos hacer un buen diagnóstico de -

cada caso, se presenten o no anomalías de este tipo, valiéndose de la observación detenida apoyándonos también con el diagnóstico radiográfico periapical o si se requiere hacer uso de la radiografía panorámica u oclusal, para así estableciendo el diagnóstico llegar a un plan de tratamiento correctivo o preventivo lo más acertado posible.

C A P I T U L O I I

ANOMALIAS DENTARIAS DE TAMARO

Estas anomalías pueden presentarse en la dentición - primaria o en la permanente, acentuándose en esta última.

MICRODONCIA

Término con el que se designa a la dentición de menor tamaño que lo normal. Se dice que puede estar en relación -- con una hipofunción de la hipófisis, pero la mayoría de los - casos parecen ser de origen hereditario.

Microdoncia Verdadera.- Es cuando los dientes son pequeños en su totalidad presentando un aspecto uniforme.

Microdoncia Relativa.- Se refiere a dientes que parecen más pequeños que el tamaño promedio debido al tamaño anormalmente grande de ambos o alguno de los maxilares.

Microdoncia Solitaria.- Sólo se presenta en un diente de un cuadrante, pudiendo ser bilateral. Por lo regular se - presenta en los terceros molares e incisivos laterales superiores los cuales aparecen en forma cónica o de clavija debido a la aplasia de los componentes mediales o distales.

MACRODONCIA

Representa un aumento en el tamaño de los dientes. De origen hereditario, aunque en casos poco frecuentes se debe a la hiperfunción de la hipófisis; pero en estos casos los componentes dentarios más agrandados son las raíces más que las coronas, ya que la anomalía endocrina afecta primariamente a las estructuras mesenquimatosas.

Cuando está agrandado un solo diente o un grupo de -- dientes, se cree que la causa radica en un proceso odontogénico hiperactivo local.

Debe recordarse que la fusión de dientes (coalescencia de un diente primario con uno supernumerario) también ocasiona la formación aislada de un diente aumentado de tamaño.

Macrodoncia Verdadera.- Se presenta de manera uniforme en todos los dientes.

Macrodoncia Relativa.- Es cuando alguno de los maxilares es más pequeño.

Macrodoncia Solitaria.- Se presenta en un solo cuadrante y en un solo diente; puede ser bilateral.

CAPITULO III

ANOMALIAS DENTARIAS DE FORMA

FUSION

Se define como la unión "orgánica" de 2 ó más dientes, de manera que la dentina de estos queda confluyente. Puede -- ser una unión completa en cuyo caso se encuentra un solo diente anormalmente grande; o incompleta, cuando solo se han fusionado las coronas o las raíces. En ocasiones, alguna de -- las estructuras fusionadas es un diente supernumerario.

Esta anomalía se presenta en ambas denticiones, teniendo preferencia por la primera. Se localizan en los incisivos superiores e inferiores.

Clinicamente se aprecia un diente anormalmente grande parcial o totalmente fusionado.

Radiográficamente se observa la existencia de 2 raíces -- cada una con un conducto, pudiendo estar fusionadas o separadas también.

GEMINACION

Es la formación de una corona bifida causada por la -- invaginación durante el desarrollo del diente.

Clinicamente la corona presenta una pequeña bifurca--

ción afectando la anomalía con mayor frecuencia a incisivos y laterales superiores en la dentición permanente.

Radiográficamente apreciamos una gran raíz y un solo-conducto radicular.

CONCRESENCIA

Es la unión de 2 ó más dientes por cemento, lo cual se observa radiográficamente. La región molar maxilar es la-localización usual de la concreseencia, aunque también puede-presentarse en las regiones radiculares de los demás dientes-superiores como inferiores.

Suele ser debida a la resorción del hueso interseptal a causa de traumatismos, apionamiento o inflamación de la --membrana periodontal, seguida del depósito de cemento nuevo -uniendo así a los dientes contiguos.

En algunos casos es difícil distinguir la fusión de -la geminación y de la concreseencia ya que pueden parecerse-radiográficamente y para lo cual es necesario hacer un examen histológico.

DILACERACION

Se refiere a la curvatura anormal pronunciada de la -raíz o la corona de un diente, es decir, en cualquier punto a lo largo de éste. Suele presentarse en centrales y laterales superiores permanentes.

La causa más probable en la mayoría de los casos es -

un trastorno en el crecimiento de la vaina epitelial de Hertwig debido a diversos factores como hendiduras faciales y --traumatismos o desplazamiento de los vasos nutricios que más tarde son rodeados por la raíz.

En este caso, como en cualquier anomalía dentaria es importante contar con el diagnóstico radiográfico.

DENS IN DENTE

Término que se emplea para designar la invaginación del epitelio formador del esmalte hacia el interior del cuerpo de un diente antes de que se produzca la calcificación.

Se localiza esta anomalía en incisivos laterales superiores y en ocasiones, con menor frecuencia, en centrales, caninos, premolares y molares también superiores.

Clinicamente se aprecia un hoyuelo localizado por encima del tubérculo o a veces en lugar de él.

La invaginación puede limitarse sólo a la corona, que queda revestida de esmalte y que mantiene la comunicación con la superficie. En otros casos la invaginación invade la raíz a diferentes distancias, formando esmalte pero persistiendo como un "saco ciego".

Aún en otros casos la invaginación penetra hasta la superficie de la raíz, formando un segundo foramen.

En muchos casos el "dens in dente" sólo se descubre en el examen radiográfico por la presencia de finas líneas de esmalte en el interior de la corona, en la región cervical o

en ambas, sin que exista distorción de la forma de aquella. - En otros casos, especialmente cuando la invaginación es extensa, la corona y la raíz del diente afectado pueden ser deformes o bulbosas.

Cuando persiste la comunicación entre el saco y la cavidad bucal, la acumulación de líquido y residuos suele predisponer al deterioro del diente, de manera que son frecuentes la infección y degeneración pulpar, seguidas por lesiones periapicales.

Esta anomalía puede ser bilateral y aparecer tanto en la dentición permanente como en la temporal.

TAURODONTISMO

Denominación que procede del parecido de esta alteración con los dientes de los bovinos o ungulados.

La anomalía se presenta en molares de cualquiera de las dos denticiones, con la característica de que estos dientes presentan un agrandamiento de su cuerpo a expensas de sus raíces.

El molar tiene una forma rectangular y no se afina hacia las raíces; la cámara pulpar es extremadamente grande con diámetro ocluso-apical mucho mayor que lo normal. Las raíces son excesivamente cortas y próximas a las bi o trifurcaciones del diente se encuentran sus ápices.

Obviamente se detecta por el examen radiográfico.

ESPOLONES O PROYECCIONES DEL ESMALTE

Son productos atípicos del esmalte que se originan durante la transformación de un órgano único del esmalte en vainas para las diversas raíces (esto es en caso de multirradiculares).

Se presenta por lo regular en dientes permanentes, anteriores superiores y posteriores en ambas arcadas.

En dientes anteriores, principalmente centrales y laterales esta anomalía se presenta con un exceso de esmalte -- que va desde el ángulo hacia el borde incisal uniéndose suavemente con éste. Esto provoca interferencia oclusal, estética incorrecta y acumulación de alimentos que predispone a procesos cariosos.

Radiográficamente lo más común es encontrar la pulpa bastante amplia.

En dientes multirradiculares estas proyecciones del esmalte se localizan con mayor frecuencia sobre el lado bucal y pueden alcanzar la bifurcación y formar varias ramas pudiendo o no rodear el diente.

PERLAS, NODULOS O GOTITAS DE ESMALTE

Son estructuras esféricas del esmalte y que tienen su localización en la ramificación de los dientes multirradiculares, al final de un espolón de esmalte o incluso sobre la superficie de la raíz distante de la ramificación.

Se detectan radiográficamente y su estudio se ha rea-

lizado en dientes extraídos.

Las perlas están cubiertas por cemento grueso y se -- han dividido según su estructura en tres tipos:

- 1). Perla de esmalte simple o pura.
- 2). Perla de esmalte con núcleo o centro de dentina.
- 3). Perla de esmalte con los componentes de dentina y pulpa.

Su localización preferente en la bifurcación de dientes multirradiculares hace pensar que, al igual que los espiones, se deben a discrepancias durante la compleja transformación del órgano único del esmalte en varias vainas de Hertwig.

RAICES SUPERNUMERARIAS

Anomalia rara que suele presentarse en centrales, caninos y premolares maxilares, así como en molares superiores e inferiores; esto es en la dentición permanente, aunque en la decidua ocurre con mayor frecuencia en molares.

Se detecta mediante el estudio radiográfico por lo -- que es importante realizarlo siempre.

C A P I T U L O I V

ANOMALIAS DENTARIAS DE NUMERO

Este capítulo corresponde al estudio de las alteraciones en cuanto al número de dientes que se debe presentar normalmente en la cavidad bucal; teniendo como regla que la dentición decidua se forma de 20 dientes y la dentición permanente de 32 dientes.

Así pues, existen casos donde el número normal de dientes se encuentra aumentado o disminuido y a continuación los presentamos en detalle:

ANODONCIA

Puede ser TOTAL O PARCIAL.

ANODONCIA TOTAL

Es la ausencia completa de todos los dientes deciduos y permanentes o sólo puede haber ausencia de permanentes. Esta anomalía es extremadamente rara. Se dice que se debe a la detención del desarrollo ectodérmico, es decir, que estando los gérmenes dentarios formados el desarrollo ectodérmico se detiene por lo que no hay producción de dientes.

Esta anomalía se asocia a la displasia ectodérmica he

reditaria en la que el pelo, las glándulas sudoríparas o las sebáceas pueden estar en parte o completamente ausentes, por lo que existe sequedad de la piel, labios y mucosa bucal así como de la mucosa nasal y faríngea, por lo que los pacientes con esta enfermedad tienen predisposición a las enfermedades respiratorias. También presentan malformaciones de los huesos nasales, prominencia de los arcos supraorbitarios y defectos en el desarrollo de las uñas. En caso de que el sujeto presente dientes éstos pueden tener forma cónica o de clavija. El hombre es el que presenta este síndrome con mayor severidad.

ANODONCIA PARCIAL

Es la ausencia congénita de uno o algunos dientes que se presenta en cualquiera de las dos denticiones. Se distinguen 2 clases.

HIPODONCIA

Es la falta de algunos dientes específicos. La hipodondia en los dientes deciduos es menos común, lo cual indica que la mayoría de los permanentes tienen precursores deciduos y al contrario, cuando se presenta hipodondia en los dientes deciduos hay sucesores permanentes.

En la dentadura permanente los terceros molares son los que están ausentes más a menudo, le siguen los incisivos laterales superiores y los segundos premolares.

Aparte del carácter hereditario de esta anomalía tam-

bién se ha expresado una teoría filogenética, o tendencia de evolución hacia la eliminación de ciertos dientes como los -- terceros molares y los incisivos laterales superiores a causa de falta de funcionamiento.

OLIGODONCIA

Es la falta de muchos dientes y los existentes acompañados por reducción de tamaño y deformaciones en sus coronas que presentan formas conoides o de clavija.

Esta alteración como las anteriores suele asociarse a la displasia ectodérmica hereditaria.

Los dientes que faltan con mayor frecuencia en esta alteración son los centrales superiores e inferiores, laterales superiores, caninos inferiores, segundos premolares y primeros molares superiores e inferiores.

DIENTES SUPERNUMERARIOS

Son dientes extra, es decir, más de 20 dientes en la dentición decidua y más de 32 en la permanente. Algunas veces este exceso se compensa por déficit en los otros dientes.

La morfología de los supernumerarios es variable, pueden imitar la forma de los dientes normales o tener una forma atípica con características parecidas a los dientes de los -- reptiles.

La anomalía puede presentarse en las dos denticiones y ser unilateral o bilateral. Es más frecuente en el maxilar-

superior.

Estos dientes en su mayoría no se encuentran brotados, por lo que en ocasiones se encuentran retenidos dentro del hueso y pueden por ello ocasionar o relacionarse con procesos patológicos como quistes o neoplasias.

Se cree que los supernumerarios se forman de un tercer germen dental que se genera en la lámina dentaria cerca del germen normal; existe otra teoría que dice que su formación se debe a la división del germen propiamente dicho.

Según la localización del supernumerario se ha creado una nomenclatura especial que es la siguiente:

MESIODENS.- Supernumerario que se encuentra entre los centrales superiores. Puede aparecer aislado o a pares y puede ser erupcionado (en ocasiones hacia la nariz), invertido o fundido con un incisivo central. Su corona suele tener forma cónica y su raíz es más corta que lo normal. El mesiodiente tiene importancia patológica ya que puede ocasionar un diastema entre los centrales, la giroversión de ellos o impedir su erupción.

DISTO RETROMOLAR O CUARTO MOLAR.- Aparece distal a los terceros molares y parecido a éstos o un poco más pequeño. Es más frecuente en el maxilar superior y puede impedir la erupción normal de los terceros molares. Pueden erupcionar o no.

DIENTES PARAMOLARES.- Pueden brotar en el área bucal o lingual en ambas arcadas. Se localizan entre el primero y

segundo molar o bien entre el segundo y tercero.

DIENTES ACCESORIOS.- Supernumerarios que pueden parecerse a sus correspondientes normales, aunque son más pequeños que éstos. Algunas veces sus coronas tienen forma de clavija y sus raíces son curvadas; sobre todo si se presentan en la región posterior pueden adoptar la forma de premolares.

Si erupcionan, lo hacen entre los dientes presentes o bien bucales o linguales a ellos y en ocasiones, hasta se fusionan con ellos.

Pueden encontrarse también supernumerarios interradiculares, es decir, entre las raíces de los molares.

Los supernumerarios pueden traer como consecuencia -- apilamiento de los demás dientes en la arcada.

Esta anomalía está ligada a la Disostosis Cleidocraneal o Disostosis Mutacional, la cual es un trastorno del desarrollo del sistema esquelético, donde existen defectos de la columna, pelvis, huesos largos, dedos, pero lo característico es la agenesia parcial o completa de las clavículas.

Existe falta o retraso en el cierre de las suturas -- craneales, micrognatismo del maxilar superior cuya bóveda es muy elevada y estrecha. El maxilar inferior es normal; debido a ello, existe un pseudoprognatismo que ocasiona oclusión-traumática, destrucción del ligamento parodontal y por lo mismo la pérdida de los dientes a edades tempranas.

Las anomalías dentarias asociadas a esta enfermedad -- se caracterizan por una marcada disminución de la fuerza erup-

tiva de ambas denticiones. Existe retención prolongada de la dentición cádua, lo que explica la existencia de dentición mixta en los adultos con esta afección.

El retraso en la erupción de los permanentes puede deberse al desarrollo de supernumerarios, especialmente en las regiones incisiva superior y premolar inferior; estos dientes pueden presentarse en diferentes formas y posiciones y a menudo comprimiendo la dentición que se está formando. Las raíces de los dientes enclavados que no han llegado a la erupción pueden ser más delgadas y deformes.

Es de suma importancia el diagnóstico radiográfico.

DENTICION PREDECIDUA.

Se les llama así a los dientes que se encuentran en la cavidad bucal en el nacimiento. Pueden parecerse mucho a la corona de un diente cáduco pero en realidad se trata de una formación cornificada situada en la porción superior de la cresta sin componente radical.

Puede desprenderse naturalmente o ser extraído con facilidad y no tiene acción sobre la formación ulterior de la dentición decidua.

Desde el punto de vista embriológico, estos dientes están formados por un esbozo accesorio o una lámina dentaria accesorio que precede a la formación de los gérmenes dentarios deciduos.

C A P I T U L O V

ANOMALIAS DENTARIAS DE ESTRUCTURA

Todos los componentes calcificados del diente pueden presentar anomalías de sus estructuras, grandes o pequeñas o de la mineralización. Estas anomalías aparecen sobre todo en el esmalte y la dentina, y a su vez pueden modificar el tamaño, forma y color de los dientes.

Las alteraciones dentarias congénitas generalmente -- afectan a ambas denticiones, primaria y secundaria; así como presentarse solo en la dentina o en el esmalte.

ANOMALIAS ESTRUCTURALES DEL ESMALTE

Mejor conocidas con el nombre de "AMELOGENESIS IMPERFECTA", la cual se divide en dos tipos:

a). Hipoplasia.- O aplasia del esmalte. Consiste en una reducción cuantitativa del esmalte con una mineralización normal.

b). Hipomineralización.- Consiste en una mineralización reducida. Estas alteraciones constituyen un trastorno ectodérmico ya que los componentes mesodérmicos de los dientes son normales. A continuación presentamos en detalle a cada una de las anomalías antes mencionadas.

HIPOPLASIA

TIPO I. Hipoplasia autosómica dominante delgada y lisa.

Se encuentra asociada con otros defectos dentarios, - en ésta, los dientes tienen el esmalte tan delgado y liso que aparecen pequeños y separados en las arcadas; el esmalte de la capa más superficial es brillante y con pigmentaciones amarillentas o pardas.

Histológicamente, tiene una apariencia de vidrio homogéneo.

Se observa retardo o falta de erupción de los dientes y resorción coronaria de los dientes incluidos, asimismo se advierten raíces cortas con calcificación intrapulpar, la cual puede ser generalizada afectando a los dientes antes de su erupción. Existe ausencia de contactos interproximales y anomalías en la forma de las fosetas y fisuras; el índice de caries es bajo, sin embargo, existe atrición rápida y generalizada.

TIPO II. Hipoplasia autosómica dominante delgada y áspera.

En este caso el esmalte no es tan delgado como en el tipo anterior, por percibir indicios de éste en radiografías periapicales; la superficie del esmalte clínicamente se aprecia rugosa y dura con coloraciones pardo-amarillentas o amarillentas.

Sólo en contadas ocasiones hay asociación de esta enfermedad con dientes incluidos.

TIPO III. Hipoplasia autosómica dominante con fisuras sin patrón fijo.

El esmalte conserva un grosor casi normal, así como su coloración. Existen pequeñas fosetas del tamaño de la cabeza de un alfiler cuya presencia se encuentra resaltada por la exposición de manchas extrínsecas en ellas. En casos extremos se puede ver unión de las fosetas que da un aspecto en premolares y molares de empedrado.

TIPO IV. Hipoplasia autosómica dominante localizada.

Este defecto se presenta únicamente en dientes deciduos, en especial en los molares. La dentición permanente se ve afectada mínimamente hay fosetas horizontales con fisuras o amplias áreas hipoplásicas con predilección por el tercio medio de la corona.

TIPO V. Hipoplasia áspera y dominante ligada al cromosoma X.

Existe en esta afección una marcada diferencia entre los sexos con relación al defecto en el esmalte. En el hombre, el esmalte es duro, granular y no aparecen los prismas; en la mujer se aprecian bandas verticales alternadas de esmalte grueso normal y esmalte delgado hipoplásico.

HIPOMINERALIZACION

En esta anomalía encontramos que la matriz adamantina está bien formada pero la calcificación es defectuosa, por --

ello este tejido blando se gasta muy rápido y queda al descubierto la dentina subyacente.

Durante la erupción o poco tiempo después se nota que el esmalte tiene un color anormal y puede contener manchas -- blancas opacas, amarillentas o hasta pardas. Esta alteración del color aumenta al avanzar la edad. La forma y tamaño de los dientes no están modificadas.

La pérdida de esmalte ocurre después de diferentes períodos de tiempo y con una intensidad desigual, más que a causa de caries, como resultado de abrasión mecánica o acciones químicas de la saliva y de los alimentos.

Los defectos se presentan con mayor frecuencia en las superficies labiales de los dientes anteriores y en las cúspides de los molares. Muchas veces hay un esmalte más mineralizado y por lo mismo más resistente en los cuellos de los dientes.

Radiográficamente la hipomineralización del esmalte reduce la densidad radiográfica normal. El límite entre el esmalte y la dentina no está bien definido.

Esta anomalía se ha encontrado asociada a otros trastornos hereditarios como epilepsia, sindactilia, anomalías -- oculares y síndromes de malformación, etc.

ANOMALIAS ESTRUCTURALES DE LA DENTINA.

Se deben a un defecto mesodérmico. El desorden primario afecta tanto a la dentina como a la pulpa; por lo tanto,-

el esmalte se encuentra alterado en color, función, límites, etc.

Las hipoplasias hereditarias de la dentina son dos veces más frecuentes que las del esmalte.

Como variedades de hipoplasias de la dentina tenemos:

DENTINOGENESIS IMPERFECTA

También llamada dentina opalescente hereditaria. Afecta tanto a la dentición primaria como a la permanente. Se observa una disminución considerable en la resistencia de la dentina, por lo que es frecuente encontrar zonas extensas de abrasión o inclusive en casos extremos dientes infantiles con corona clínica casi ausente por completo.

Los dientes se ven en ocasiones con apariencia de ámbar, sobre todo en dientes erupcionados tempranamente y de dentición decidua; en otros casos se observan tonalidades amarillentas o azul grisáceo.

Las coronas de estos dientes son relativamente normales, aunque a veces las encontramos bulbares y cortas, sobre todo en posteriores.

Las raíces son de poca longitud y delgadas y en los dientes multirradiculares están poco extendidas. Incluso tienen color ámbar y son translúcidas.

Las caries aparecen en los lugares usuales, pero el progreso es menos rápido debido a que faltan los túbulos dentinarios.

Radiográficamente existe falta relativa de contraste de los dientes debido a un aumento de su contenido en agua y disminución de las sustancias orgánicas. Además se observa la obliteración precoz, parcial o total de la cámara pulpar y conductos radiculares aunque a veces es mínima o no existe en los dientes deciduos.

La histopatología de esta lesión muestra odontoblastos con formas atípicas, la unión amelodentinaria es lisa, -- con ausencia de la "S" típica de los túbulos dentinarios y -- presencia de conductos encorvados.

Esta anomalía puede presentarse asociada con otros -- trastornos del desarrollo como albinismo, osteogénesis imperfecta y malformación cardíaca.

DISPLASIA DE LA DENTINA

Clinicamente los dientes parecen normales, pues no -- presentan alteración de color ni forma; un dato característico es la pérdida prematura de estos dientes debido a su mínima longitud de las raíces que en ocasiones son solamente milímetros.

Radiográficamente casi no hay contraste de densidad -- y la cámara pulpar se encuentra obliterada. Se observan zonas radiotransparentes en el área periapical parecidas a la -- periodontitis apical crónica o a quistes radiculares.

Histopatológicamente se aprecia por debajo de la capa normal de dentina una gran cantidad de cuerpos esféricos co--

nectados con una especie de dentina secundaria en forma de es
camas, la cual ocupa toda la zona central del diente.

C A P I T U L O V I

ANOMALIAS DENTARIAS DE ERUPCION

La erupción de los dientes deciduos y permanentes se realiza según una secuencia determinada y en intervalos determinados de tiempo.

La diferencia de tiempo entre las erupciones precoces y tardías puede ser relativamente grande; por ejemplo niños - con erupción dental tardía quizás no tengan más que dos dientes a los 13 ó 14 meses de edad, mientras que en caso de erupción precoz pueden tener 12 o más dientes al llegar a esta edad.

Se dice que los factores genéticos tienen mayor importancia que las influencias exógenas en determinar diferencias individuales en el tiempo de erupción de los dientes deciduos y permanentes.

Con respecto al sexo, estudios han revelado que en la mujer por lo regular existe adelanto en la erupción, pues a los 11.5 años las niñas tienen 23 dientes, mientras que los niños sólo 19.

DENTACION PREMATURA

Se aplica este término cuando los dientes deciduos sa

len antes del final del tercer mes de vida o cuando los dientes permanentes salen antes del final del cuarto año.

Consideramos dentro de este inciso a los dientes natales que son los que existen al nacer y a los dientes neonatales que salen durante el primer mes aproximadamente después del nacimiento y que obviamente constituyen una anomalía en cuanto a la erupción normal se refiere. Se dice que en su mayoría estos dientes son miembros del complemento normal y no supernumerarios.

Los dientes afectados frecuentemente son los incisivos centrales mandibulares aunque otros también pueden erupcionar prematuramente.

La mayoría de los dientes natales y neonatales están firmemente fijados, pero un pequeño número se afloja después.

Histológicamente existe una falta de formación radicular a pesar de la erupción, una gran pulpa vascular, génesis irregular de la dentina y falta de formación de cemento.

El responsable de esta anomalía parece ser un gen dominante. Estos dientes, natales y neonatales suelen presentarse junto con otras anomalías como hendiduras faciales que interesen el reborde alveolar, etc.

DENTICION PROLONGADA O RETRASADA

Es una prolongación ostensible del tiempo promedio de erupción, es decir, cuando el primer diente primario sale después del final del décimo tercer mes de vida o cuando el pri-

mer diente permanente sale después del final del séptimo año de vida. Se cree que en estos pacientes la fuerza eruptiva - está disminuida.

DIENTES RETENIDOS

No hay que confundir estos con los supernumerarios.

Los dientes retenidos se presentan en las dos denticiones, pero con mayor frecuencia en la dentición permanente.

Los dientes más afectados son los terceros molares inferiores, seguidos por los superiores y luego los caninos también del maxilar superior; los demás dientes pueden estar retenidos con menor frecuencia.

La etiología de esta anomalía es amplia, no descartando al factor hereditario, al cual puede deberse, en ciertos casos la malposición de los gérmenes dentales y su crecimiento anormal, ya que estos tienden a girarse agotándose así su fuerza eruptiva por lo que quedan retenidos en el hueso.

La malformación de los dientes también puede dar lugar a una retención o erupción parcial, como es el caso de - centrales superiores dilacerados.

En el caso de los terceros molares mandibulares, el factor decisivo generalmente es la falta de espacio, probablemente debido a una reducción en el tamaño del maxilar durante el desarrollo.

En la disostosis cleidocraneal hay generalmente numerosos dientes que están parcial o completamente retenidos. -

Los dientes salidos suelen estar inclinados o rotados por lo que su función masticatoria es muy reducida. Como en esta anomalía también encontramos dientes supernumerarios múltiples, sobre todo en las regiones de anteriores y premolares, los rebordes alveolares desdentados están a menudo engrosados.

En algunos casos, se dice que la retención dentaria se debe a hiper cementosis durante el desarrollo de la raíz, lo cual provoca la unión de ésta al hueso, también llamada anquilosis.

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

Es importante distinguir las Anomalías Dentarias Congénitas de las de otra índole, pues así aplicaremos el tratamiento adecuado conociendo la evolución de cada caso; además es necesario compartir con el paciente nuestros conocimientos acerca de su padecimiento, porque para ellos muchas veces es normal lo que no lo es.

Los trastornos congénitos se manifiestan de diversas formas en los dientes, cambiando así su forma, tamaño, estructura, número y erupción normales y suelen aparecer por generaciones debido a un gen autosómico dominante.

Estas anomalías establecen en el producto un efecto irreversible, el cual requiere al presentarse de un tratamiento ya no preventivo, sino profiláctico.

Muchas veces estas anomalías se encuentran en individuos sanos, es decir, que no tienen padecimientos sistémicos y que no están sujetos a hábitos; presentando higiene oral -- aceptable, lo cual es un posible indicio de estar frente a -- una anomalía congénita.

Aún más, cada raza mantiene sus diferencias no siendo los dientes la excepción, por lo que cada caso merece una buena atención.

No hay que dejarnos llevar por el aspecto clínico del caso, sino que también debemos emplear el método radiográfico, el cual nos ayudará a afirmar o contribuirá a establecer el diagnóstico definitivo, ya que parte de las anomalías dentarias sólo se reconocen por este método como son los supernumerarios, forma de las raíces, etc.

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

- 1.- BHASKAR, S.N.
Patología Bucal. 2a. edición.
Buenos Aires, Argentina, Editorial Ateneo, 1979.
- 2.- BURKET, Lester W.
Medicina Bucal. 2a. edición.
México, Editorial Interamericana, 1977.
- 3.- CARAMES, Esther.
Anatomía y Fisiología Patológicas del Órgano Bucal.
Buenos Aires, Argentina, Editorial Mundi, 1978.
- 4.- GORLIN, Robert J. GOLDMAN, Henry M.
Patología Oral de Thoma. 1a. edición.
Barcelona, España. Salvat Editores. 1980.
- 5.- SHAFER, W.G. HINE, M.K.
Tratado de Patología Bucal, . 3a. edición.
México, Editorial Interamericana, 1982.
- 6.- ZEGARELLI - KUTSCHER.
Diagnóstico en Patología Oral. 1a. edición.
Barcelona, España, Salvat Editores, 1981.
- 7.- CAMPOS, Molina A. - GOMEZ Pedroso A.
"Malformaciones Genéticas"
Práctica Odontológica

Julio (Volumen 5, Número 6).
Ediciones Index, S.A.
México, 1984.

8.- GONZALEZ, Jorge Luis.
"El Niño Deficiente Mental y las Anomalías Dentarias".
Práctica Odontológica.
Junio (Volumen 4, Número 3).
Ediciones Index, S.A.
México, 1983.

9.- "Roentgenografía Dental; su Optimización como medio de Diagnóstico".
Asociación Dental Mexicana.
Mayo - Junio (Volumen XLI, No. 3).
Tinta Negra Editores, S.A.
México, 1984.