

53
2ejem



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**RETENCIONES EN DIENTES
PRIMARIOS**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JOSE RAMON CARRALES ESCOBEDO



TESIS CON FALLA DE ORIGEN MEXICO, D. F.

1993



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 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

Pág.

I n t r o d u c c i ó n

C A P I T U L O I.

ETIOLOGIA DE ORGANOS DENTARIOS RETENIDOS. 1.

Factores Locales de Origen Dentario. 1.

Factores Locales de Origen no Dentario. 10.

Factores Generales. 12.

C A P I T U L O II.

PATOLOGIAS ASOCIADAS CON LOS ORGANOS DENTARIOS RETENIDOS... 24.

Alteraciones Patológicas.. . . . 24.

Quistes Odontogénicos. 27.

Tumores Odontogénicos.. . . . 30.

Neuralgias. 34.

C A P I T U L O III.

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.. . . . 36.

Diagnóstico.. . . . 36.

Historia Clínica. 37.

Interrogatorio del Paciente y los Padres.. . . . 43.

Examen Extra Oral e Intra Oral. 44.

Examen Intrabucal. 45.

Estudio Radiológico.. . . . 47.

Plan de Tratamiento. 47.

Conclusiones. 52.

Conclusiones Generales.....	53.
Bibliografía.....	54.

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

Dentro de los padecimientos quirúrgicos de la niñez y -
adolescencia, desde el punto de vista estomatológico, las reten-
ciones dentarias tienen relevante importancia en función de su -
prevalencia, de su fisiopatología y de su manejo.

El problema de la retención dentaria es ante todo, un -
problema mecánico; el diente destinado a hacer erupción normal -
y aparecer en la arcada dentaria, encuentra en su camino un obs-
táculo que impide su erupción normal. Estos obstáculos pueden --
deberse a:

- Razones Embriológicas.- Cuando el germen está ubicado en un sitio muy alejado de la erupción normal o bien se encuentra dispuesto con una angulación defectuosa.
- Barreas Mecánicas.- La falta de espacio, hueso muy -- condensado (enostosis), la interposición de un órgano dentario o de tumores; quistes u otro tipo de patología dispuesta en el interior de los maxilares.
- Causas Generales.- Algunas enfermedades generales como los transtornos de las glándulas endócrinas, las - enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, pue-
den dificultar la erupción dental.(11).

La retención en niños es un padecimiento que debemos -
analizar más detenidamente, ya que este padecimiento puede provocar
una retención prolongada de los órganos dentarios dentro de-
los maxilares, lo cual debemos evitar mediante el estudio, diag-
nóstico y tratamiento de este mal.

ETIOLOGIA DE ORGANOS DENTARIOS RETENIDOS

Como definición de retención dentaria, se dice que es el estado en el cual un órgano dentario parcial o totalmente desarrollado queda alojado o retenido en el interior de los maxilares después de haber pasado el período de su erupción.

El estudio de órganos dentarios retenidos nos ha llevado a plantear que éstos poseen dos tipos de factores etiológicos:

FACTORES LOCALES:

I.- De Origen Dentario:

- a) Organos dentarios supernumerarios, (Mesiodens).
- b) Falta de espacio.
- c) Mal posición dentaria.
- d) Caries.
- e) Hábito.

II.- De Origen No Dentario:

- a) Fibrosis Gingival.
- b) Quistes.
- c) Tumores.

FACTORES GENERALES:

- I.- Filogenia.

II.- Herencia (protnatismo).

III.- Malformaciones congénitas.

a) Labio y paladar hendido.

b) Disostosis cleido craneal.

IV.- Padecimientos generales:

a) Hipotiroidismo.

b) Hipertiroidismo.

FACTORES LOCALES DE ORIGEN DENTARIO

A) ORGANOS DENTARIOS SUPERNUMERARIOS:

La anatomía en el número de órganos dentarios ha sido un problema dentro de la etiología de los órganos dentarios incluidos. Han sido varias teorías para explicar los órganos dentarios supernumerarios o faltantes. (1).

La etiología de los dientes supernumerarios no está clara, pero la teoría popular involucra la hiperactividad de la lámina dental. Se ha sugerido un enlace hereditario y una predilección por los varones, pero aún no se determina.

Los dientes supernumerarios, y la hiperdoncia son entidades de interés para el Odontopediatra, quien comúnmente hace el diagnóstico inicial. La condición es tan frecuente que algunos creen que debe ser obligatoria una radiografía oclusal ante-

rior durante el examen inicial del niño. La prevalencia de dientes supernumerarios es de 1 a 3%.

También se ha observado un aumento en la incidencia de niños con paladar hendido y disostosis cleidocraneal.

Los dientes supernumerarios tienen una mayor incidencia con la dentición permanente que en la dentición temporal, y ocurre con mayor frecuencia en la región de la línea media premaxilar y se denominan mesiodens.

Existen dos tipos de dientes supernumerarios y se clasifican, bien sea, como suplementarios (parecidos al diente) o rudimentarios.

El mesiodens es un órgano dentario supernumerario que se presenta cerca de la línea media. Generalmente, es de forma cónica, se presenta sólo en pares. El eje longitudinal puede inclinarse en cualquier dirección presentándose desde una porción palatina hasta piso de fosas nasales. (2).

La mayoría de los problemas asociados con el mesiodens, están relacionados con una alteración en el crecimiento y desarrollo del área. Las secuencias comunes incluyen: sobreretención de dientes primarios, impactación o erupción retardada de dientes permanentes, dilaceración o desarrollo anormal de la raíz o apiñamiento anormal o espaciamiento de los dientes anteriores. Otros problemas menos frecuentes son: resorción de los dientes adyacentes, formación de quistes dentígeros y erupción nasal de dientes supernumerarios invertidos.(2).

B) FALTA DE ESPACIO:

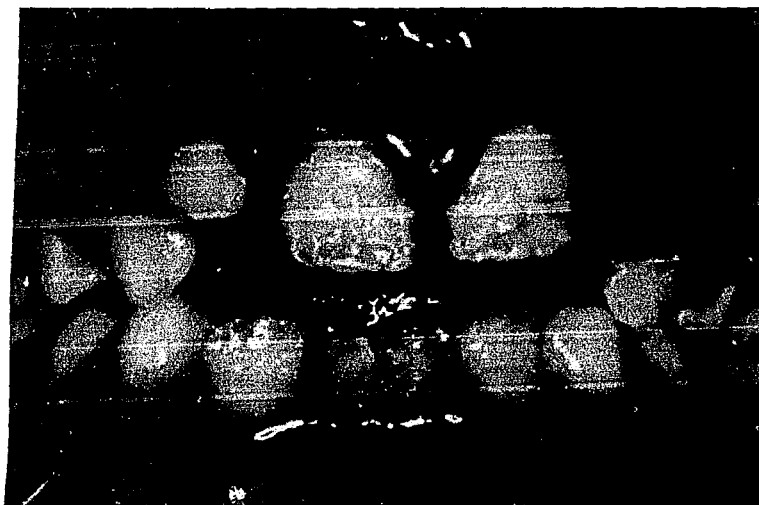
La pérdida prematura de órganos dentarios deciduos en una edad prematura, va a originar una tendencia al deslizamiento de los órganos dentarios permanentes, los cuales en ocasiones -- modifican su dirección de erupción.

C) MAL POSICION DENTARIA:

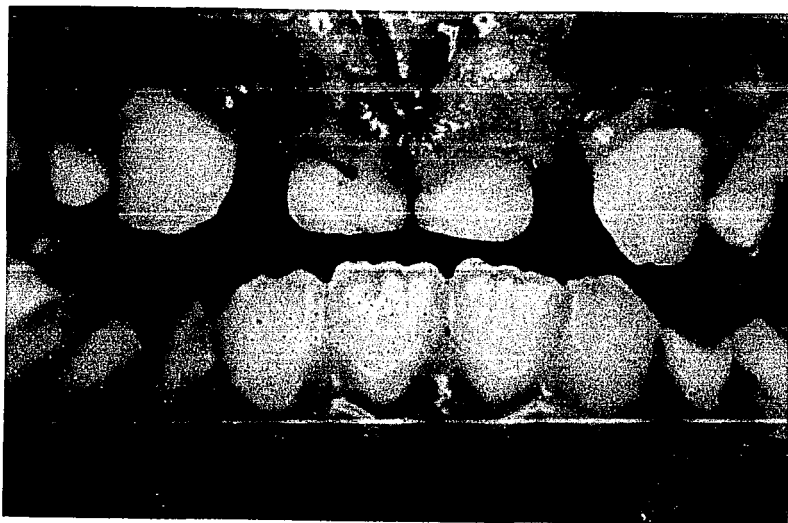
Un órgano dentario en mal posición, es un órgano dentario que llega a ocupar su posición normal en el arco dentario. -- Esto es debido casi siempre a una falta de espacio en el arco -- o una obstrucción en la vía de erupción del órgano dentario. Las obstrucciones pueden ser debidas a quistes, supernumerarios, -- odontomas, tumores.

En algunos casos simplemente no tienen lugar la erup--- ción del órgano dentario. Estos son llamados retenidos. En oca--

siones se observan órganos dentarios retenidos múltiples, la --
infección y otras formas de traumatismo causan a veces una anqui-
losis, y la retención de los órganos dentarios en una posición -
anormal. En algunos casos, dos órganos dentarios adyacentes se -
desarrollan y ocupan uno la posición del otro.(9).



Vista intra oral de un paciente de 8 años, obsérvese la falta de erupción del incisivo lateral superior - izquierdo por falta de espacio.



Vista Intra Oral de un paciente de 6 años que presenta retención de los laterales superior-izquierdo y derecho, por falta de espacio.

D) CARIES:

La caries dental es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los órganos dentarios, que se caracteriza por dismineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del órgano dentario. Es la enfermedad más frecuente del órgano dentario que afecta a la raza humana.

Una vez que se presenta, sus manifestaciones persisten a lo largo de toda la vida incluso cuando las lesiones son tratadas. Afecta a personas de ambos sexos de todas las edades, razas, de todos los estratos socioeconómicos.

Es la causa más común por la que se llega a perder un órgano dentario, es la caries dental. (10).

E) HABITOS:

Este problema se presenta en niños y adolescentes, se ha estudiado y analizado desde hace muchos años atrás, y todavía no se llega a ninguna conclusión acerca de su etiología y respecto a su tratamiento.

La técnica que mejores resultados ha dado, es la trampa de dedo cementado en los morales por medio de bandas. Este problema nos ha llevado a que la fuerza de la palanca que se ejerce



Vista Intra Oral de un paciente de 7 años de edad; obsérvese la caries dental, causa por la cual se hizo extracción de los incisivos centrales superiores temporales, provocando la erupción retardada de los incisivos centrales superiores permanentes.

sobre los órganos dentarios superiores, al estar el dedo pulgar en la cavidad oral provocando succión, produce un movimiento -- ortodóntico que provoca mordida abierta y desacomodo de los órganos dentarios pudiendo producir en dentición mixta el atrapamiento de los caninos.(3).

FACTORES LOCALES DE ORIGEN NO DENTARIO

A) FIBROSIS GINGIVAL:

Por diferentes factores mecánicos, pueden formarse en los tejidos gingivales, fibrosis de tejido cuando un órgano dentario está en etapa de hacer erupción en la cavidad bucal, puede encontrarse obstaculizada por una capa de tejido altamente fibrótica, lo cual va a provocar que la erupción se detenga al no poder romper esa barrera muco-gingival, produciendo que el órgano dentario permanezca dentro de los maxilares como órgano dentario retenido. (4).

B) QUISTES:

En algunas ocasiones la erupción de uno o varios órganos dentarios puede estar obstaculizada por un quiste, generalmente, de origen odontogénico.



Vista Intra Oral de un paciente de 7 años de edad,
que presenta pérdida total de dientes temporales.-
Obsérvese la retención de los permanentes. Obsérve
se la Fibrosis Gingival.

C) TUMORES:

La presencia de tumores dentro de los maxilares ocasionan desplazamientos y retenciones de órganos dentarios. Los tumores más comúnmente asociados con retenciones dentarias son los tumores odontogénicos.

FACTORES GENERALES

A) FILOGENIA:

En general, en la evolución del hombre, los maxilares del siglo XX son más pequeños que los maxilares de la edad de -- piedra, pero los órganos dentarios siguen siendo del mismo tamaño.

En estudios realizados sobre Bipedalismo por antrópologos basados en hallazgos de fósiles de hasta 4 millones de años de antigüedad, se ha encontrado que la evolución del cráneo desde el Australopithecus aferensis, hasta el Homosapiens, los maxilres alojan sólo hasta el tercer molar, no habiendo espacio para el cuarto molar erupcionado en oclusión. (1).

Esto nos indica que el cráneo ha evolucionado en forma y tamaño, pero los órganos dentarios han seguido el mismo patrón en número, más no en forma, pues sus dimensiones se han acortado.

Esto nos indica que el motivo para pensar que las retenciones de terceros molares, es tan elevada por la mezcla de razas, como es por ejemplo, un ser masculino de raza mongoloide -- con huesos grandes aunado a un ser femenino de huesos chicos, --- procrear un ser femenino que hereda los huesos de la madre y los órganos dentarios del padre, dando lugar a una falta de espacio en las arcadas, y por lo tanto, a retenciones dentarias.

II.- HERENCIA:

A) El Retrognatismo.- Clínicamente se ha visto que los enfermos -- con detención del crecimiento condilar pueden sufrir alteraciones en la erupción y en la posición de los dientes, sobre todo, en la región de la rama afectada. Ello sucede por dos razones -- como mínimo. La rama mandibular no alcanza la altura suficiente -- como para abrir espacio entre los maxilares superior e inferior -- en el que brotan los dientes con el crecimiento concomitante de los procesos alveolares.

Segundo, el crecimiento posterior de la rama afectada -- disminuye la longitud del cuerpo de la mandíbula y los últimos -- molares se desplazan hacia la rama.

Causas Locales.- Cualquier interferencia local, como es un traumatismo, infección, ó irradiación, que afecte al condilo durante su desarrollo activo, alterará la progresión ordenada -- de su crecimiento y dará lugar a alguna forma de deformidad de -- la articulación temporo-mandíbular. Deben diferenciarse estos -- procesos de una atrofia hemifacial en la que están afectados el -- hueso y los tejidos blandos, probablemente con un fundamento -- neurotrófico o traumático. (12).

III.- MALFORMACIONES CONGENITAS:

A) Labio Hendido (Labio Leporino):

La incidencia del labio es aproximadamente de 1:600 a 1:1,200 de nacidos vivos y es dos veces más frecuente en los varones que en las hembras. El lado izquierdo es el afectado en el 70% de los casos, mientras en el labio hendido bilateral, se presenta en el 25% del número total de labios hendidos, quedando sólo el 5% para los casos de afección unilateral derecha.

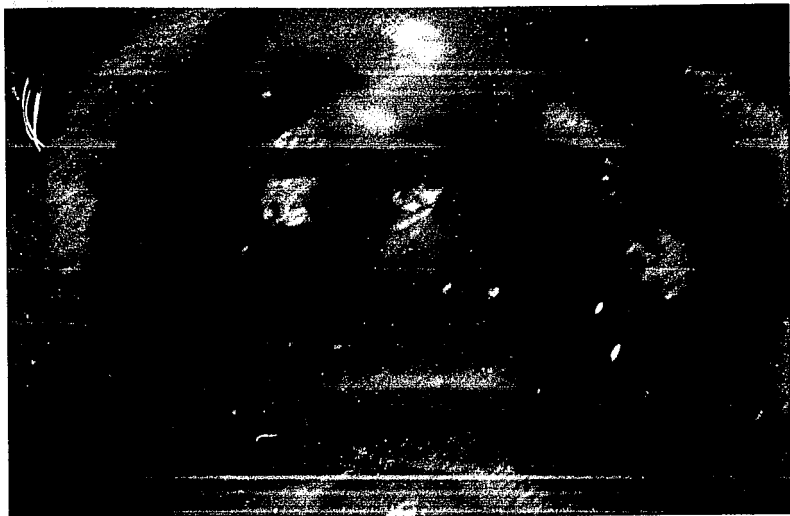
El paladar hendido acompaña al 85% de casos de labios hendidos bilaterales y al 70% de labios hendidos unilaterales.

Es sumamente raro la hendidura media verdadera del labio superior debido a la falta de unión de los esbozos medio nasales. En la mayoría de casos, lo que parece una hendidura media del labio superior, es en realidad, un labio hendido bilateral con aplasia o hipoplasia del filtro.

Es más frecuente que la hendidura del labio superior represente la falta de fusión de los esbozos medionasal y maxilares, ya sea unilateral o bilateralmente. La denominación "Labio Leporino" se ha aplicado a la hendidura bilateral, debido a su aspecto clínico.

La hendidura del labio afecta con frecuencia al esbozo alveolar (queilognatopalatosquisis), y al paladar (queilognatopalatosquisis).

Se dice que el labio hendido es completo cuando se extiende a la ventana de la nariz y el paladar no está afectado. En los casos de labio hendido bilateral completo, el premaxilar suele hacer prominencia o se bascula hacia adelante a expensas del tabique nasal. Esta a su vez, crece hacia el vómer, ocasionando un aplanamiento de las alas de la nariz y un ensanchamiento de las ventanas nasales. El alveolo del premaxilar se una al tabique nasal y el labio adherente, puede quedar rudimentario o aumentado. (12).



Obsérvese, labio y paladar hendido. El 85% de los casos vienen juntos.



Observese, el labio con hendidura bilateral.

a) Paladar Hendido:

La hendidura palatal puede ser un componente de los síndromes y enfermedades como: La Disostosis Cleidocraneal, Oxicefalia, insuficiente desarrollo del maxilar, Hernia Umbilical e Inguinal, Hidrocéfalo, Cardiopatía Congénita. Espina Bífida, --- Sindactilia y Polidactilia. El retraso mental no acompaña con -- frecuencia al paladar hendido, junto con una personalidad introvertida ó un franco complejo de inferioridad, pueden dar la impresión de deficiencia mental.

Clínicamente, el paladar hendido se observa como un defecto de longitud variable en la línea media del paladar, que -- expone la cavidad nasal al ambiente de la boca. El aumento de -- susceptibilidad a las infecciones respiratorias altas, se ha --- atribuido a esta confluencia de las cavidades bucal y nasal. Los enfermos de paladar hendido tienen dificultades de audición y -- la Laberintitis no es rara en ellos.

La hendidura palatal que se observa en el nacimiento no es debida a deficiencia de tejido palatal, sino más bien, consecuencia del progreso de las fuerzas normales después del fallo - inicial de la unión de los esbozos embrionarios. La presión de - la mandíbula contra los planos inclinados debida a la hendidura, dá lugar a que los tejidos del paladar tengan tendencia a la falta de desarrollo. A medida que los maxilares aumentan de tamaño,

la hendidura se va ensanchando más, dando la impresión de una --
disminución de tejido palatal. (12).

B) Disostosis Cleidocraneal:

Es un transtorno del desarrollo del sistema esqueléti -
co que es de interés para el Odontólogo a causa de sus diferen--
tes manifestaciones faciales y bucales. Existen defectos asocia--
dos de la columna vertebral, pelvis, huesos largos y dedos, pero
la anomalía más destacada es la agenesis parcial o completa de -
las clavículas.

Las anomalías dentarias asociadas a esta afección, se -
caracterizan por una marcada disminución de las fuerzas erupti--
vas de ambas denticiones, junto con un aumento de la odontogéne--
sis. Existe retención prolongada de la dentadura caduca, e incluy
so la extracción de estos dientes no facilita la erupción de los
permanentes. Esto explica la existencia de una dentición mixta -
en los adultos afectados de esta anomalía.

Las complicaciones de la erupción de los dientes perma--
nentes también pueden ser debidas al desarrollo de numerosos ---
dientes supernumerarios, especialmente, en las regiones premolar
inferior e incisiva superior. Los dientes supernumerarios pueden
presentarse en diferentes formas y posiciones, a menudo compri--
miendo la dentición que se está desarrollando.



Obsérvese el paladar hendido.

Las raíces de los dientes enclavados y que no han llegado a la erupción pueden ser más delgados y deformes. (12).

IV.- PADECIMIENTOS GENERALES:

a) Hipotiroidismo:

Es un proceso clínico que resulta de una inadecuada producción de la hormona tiroidea por parte de la glándula tiroidea.

El Hipotiroidismo presente en el momento de nacer o que se descubre poco después, se conoce también con el nombre de -- Cretinismo.

Con el nombre de Mixedema se conocen sus manifestaciones clínicas. El déficit de producción de la hormona tiroidea -- por la glándula tiroidea puede presentarse bajo diversas circunstancias: cuando la glándula tiroidea falta al nacer, o cuando ha sido eliminada quirúrgicamente; cuando la glándula está afectada por un extenso proceso inflamatorio o infeccioso; cuando se ha destruido terapéuticamente, después de un tratamiento externo -- con radioterapia o bien, con yodo radiactivo.

B) HIPERTIROIDISMO:

Los niños con hipertiroidismo presentan un rápido desarrollo y crecimiento de todo el sistema esquelético, incluyendo los dientes y los maxilares. Sin embargo, por lo general, no aparecen anomalías del desarrollo.

Una importante manifestación bucal del hipertiroidismo es la Osteoporosis del cráneo y de los maxilares de diverso grado, en la tirotoxicosis extrema la desmineralización puede ser extensa, con una rápida resorción del hueso alveolar.

Los enfermos jóvenes, pueden presentar una caída prematura de los dientes de leche y una erupción precoz de la dentición definitiva. (12).

C A P I T U L O

II

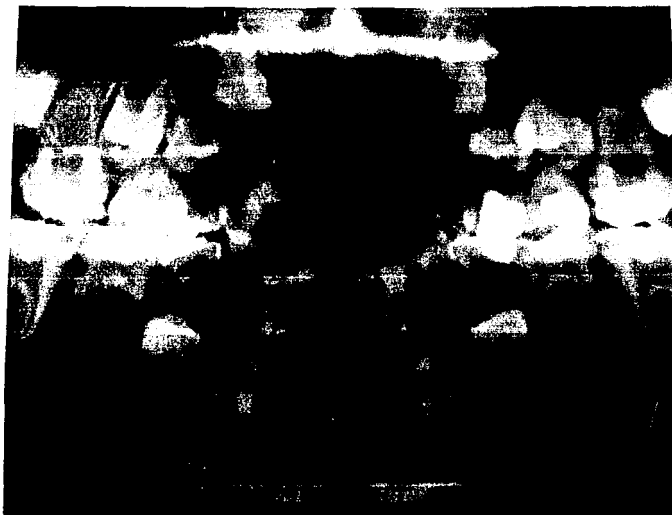
PATOLOGIAS ASOCIADAS CON LOS ORGANOS DENTARIOS RETENIDOS

En las décadas pasadas se dió énfasis principalmente a la fase técnica de la profesión odontológica. Actualmente, la -- Odontología, ha sido reconocida por todos como profesión al Servicio de la Salud, y por ello, el Odontólogo se ha vuelto hacia la prevención, el diagnóstico y el reconocimiento de enfermedades en el paciente.

El campo de la acción de Odontólogo no es bien conocido o estudiado por la generalidad de los médicos. Es por esto, que el Odontólogo tiene la obligación de saber reconocer la patología real y las manifestaciones bucales de enfermedades sistemáticas.

En la dentición del ser humano no siempre existe espacio para alojar todos los órganos dentarios que se le han formado, a éstos se les llama "retenciones dentarias". Los órganos -- dentarios al estar alojados dentro de los maxilares y no tener un camino de erupción adecuado, pueden ocasionar ciertos problemas, los cuales hemos dividido en grupos:

I.- Alteraciones Patológicas:



Vista Radiográfica de un paciente de 8 años de edad,
que presenta retención del canino superior derecho,-
por falta de espacio en el maxilar superior.



Vista Radiográfica de un paciente de 7 años de -
edad, del incisivo central superior izquierdo, -
presente por la falta de exfoliación del incisi-
vo superior izquierdo temporal.

- Pericoronitis.- Se define como una inflamación por trauma del órgano dentario antagonista, sobre los tejidos blandos que cubren o rodean al órgano dentario retenido.
- Infección.- La penetración de microorganismos dentro de los tejidos que rodean al órgano dentario retenido, puede presentarse en forma aguda o crónica pudiendo llegar a causar una Osteomielitis.

II.- Quistes Odontogénicos:

Un quiste, es la tumoración cavitaria revestida en su interior por epitelio que contiene un líquido o semilíquido y que se encuentra en los tejidos duros o blandos. (5).

La presencia de tejido epitelial en el interior de la médula del maxilar y la mandíbula, constituye una de las tantas semejanzas entre los maxilares y otros huesos del esqueleto. (6).

La fuente de ese epitelio es tanto odontogénico, que -- representa los vestigios de los órganos del esmalte o de la lámina dental, puede existir en los maxilares en forma de órganos de esmalte no desarrollados o como restos epiteliales.

De los quistes odontogénicos, es decir, origen dentario encontramos el quiste:

- Periodontal o Folicular Lateral.
- Periapical o Radicular.
- Residual.
- Dentífero y de Erupción.

Los quistes odontogénicos que surgen del órgano Periodontal o Folicular del esmalte o folículo son: el Quiste Folicular, el Quiste Primordial, y el Quiste Dentífero.

Los quistes odontogénicos que surgen de restos epiteliales de Malassez son: el Quiste Radicular, el Quiste Residual y el Quiste Periodontal.

De acuerdo con Stones y Shafer, son los quistes más comunes de la cavidad bucal, varían considerablemente de tamaño y repitiendo lo dicho por Bernir, deberían ser denominados de acuerdo con su localización y no de acuerdo a su génesis.

El Quiste Dentífero es el más común de los quistes odontogénicos y que más se relaciona con las retenciones dentarias. Comprende aproximadamente el 95% de esas lesiones y alrededor del 34% de todos los quistes odontogénicos. Es más frecuente en

hombres que en mujeres y suele presentarse en la segunda o tercera década de la vida, aproximadamente el 30% de ellos aparecen en el maxilar superior, y el 26% aparece en la zona de molares.

Los Quistes Dentíferos son un crecimiento del folículo-dentario que rodea la corona de un órgano dentario no erupcionado. Se ha propuesto diversa etiología que explique la separación del folículo debido a la inflamación o a dificultades mecánicas con las que tropieza el germen durante la erupción. (7).

Las radiografías muestran un órgano dentario que no ha erupcionado, cuya corona está rodeada por una zona radiolúcida nítidamente demarcada. Mientras el epitelio permanece inactivo, carece de importancia clínica, pero el 5% ó 6% de estos quistes, el revestimiento quístico o la pared de tejido conectivo muestra proliferación ameloblástica, pueden originarse un carcicoma -- insituo, un carcicoma de células escamosas. Es importante tener una consideración que durante las primeras etapas, el crecimiento de la neoplasia que efectúa al interior de la cavidad quística, de tal manera que las probabilidades de tratarlo mediante -- un examen histológico cuidadoso.

Aproximadamente el 26% de los pacientes con órganos dentarios sin erupcionar, presentan quistes dentíferos.

El Quiste Primordial comprende aproximadamente el 5% de todos los quistes foliculares y alrededor del 1.75% de los quistes odontogénicos. Proviene de un germen dentario que, en vez de formar un órgano dentario, degenera convirtiéndose en un quiste. Clínicamente se asocia siempre con un órgano dentario ausente -- y su tratamiento consiste en curetaje local o incisión. Este --- quiste ocasionalmente sufre degeneración ameloblástica. (7).

II.- TUMORES ODONTOGENICOS:

Los Tumores Odontogénicos son enoplasmas que provienen de la lámina dental o cualquiera de sus derivados. La incidencia de este grupo de lesiones varía con la distribución geográfica.- Además, de su origen, estos tumores tienen en común el ser benignos.

Unicamente, el ameloblastoma se considera localmente -- agresivo y recidivante, aunque no presenta metástasis. Todos -- ellos son de crecimiento lento y con pocas excepciones, aparecen siempre los maxilares, Estos tumores son procesos comunes que -- adquieren los aspectos más distintos, la sintomatología más --- variada, así como la marcha y evolución más desiguales.

Baska (6) Clasifica los Tumores Odontogénicos en:

- Tumores Epiteliales.
- Tumores Mesenquimatosos.
- Tumores Mixtos.
- Tumores Odontogénicos Raros.

Dentro de los Tumores Epiteliales encontramos:

- El Ameloblastoma Acantamoso.
- El Adeno Meloblastoma.
- El Ameloblastoma Simple.

Los Tumores Mesenquimatosos, abarcan el cementoma, el fibromatoma (complejo completo y quístico), se encuentran dentro del grupo de Tumores Mixtos (Epiteliales y Mesenquimatosos).

Aunque su origen no está completamente dilucidado, el Ameloblastoma, es, posiblemente, la única tumoración que puede considerarse como un Neoplasma verdadero que nace de un tejido epitelial odontogénico, órgano del esmalte, lámina dental, restos epiteliales o quistes foliculares y con un desarrollo parecido al del órgano del esmalte (11). No existe un criterio unificado el hecho de que sea en realidad un tumor o un quiste, por poseer características de quiste neoplástico, puesto que da la idea de tratarse de una transición entre quiste y tumor.(8).

El Ameloblastoma es el más agresivo de los tumores odontogénicos de los maxilares y comprende cerca del 18% de esas lesiones. Algunos autores, establecen la edad promedio de la aparición entre los 30 y 40 años de edad, aunque otros estudios establezcan a una edad promedio de 23.2 años, habiéndose reportado caso de Ameloblastomas en recién nacidos. Es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, aunque esto no concuerde con otros estudios casuísticos realizados. La presentación del Ameloblastoma es varias veces más frecuente en la mandíbula que en el maxilar superior en relación de 5 a 1.

Su crecimiento se efectúa por expansión y no por invasión, lo cual apoya la clasificación del Ameloblastoma como benigno, puesto que no se ha confirmado algún caso de Metástasis verdadera. Es de crecimiento lento y su duración media antes del tratamiento es de 5 a 8 años.

Clínicamente, la zona afectada puede aparecer o puede estar agrandada y presentar desplazamiento dentario. La lesión es indolora. Se ha llegado a reportar un caso de Ameloblastomas de hasta 1.5 kgs. de peso.

Cerca del 26% al 30% se origina en quistes foliculares, muestra proliferación ameloblástica. Las recurrencias son comunes (33%), aunque seguramente esto se debe a extirpaciones inadecuadas de la lesión.

Las radiografías muestran zonas radiolúcidas que pueden ser uniuísticas , pudiéndose observar un aspecto semejante a - pompas de jabón.

Generalmente, los ameloblastomas que se presentan en maxilares superiores son multiuísticos. El tumor puede asociarse con órganos dentarios retenidos y aparecer como una radiolucencia alrededor de la corona retenida.

A pesar de que sea de crecimiento lento, se han reportado caso de Ameloblastomas con invasión hacia el cerebro. (8).

El tumor suele ser más extenso de lo que se observa en las radiografías, por lo tanto, se requiere de una extirpación - más amplia que el tamaño del Ameloblastoma para evitar la recidiva. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección. Es -- importante el control del paciente después de la extirpación de un Ameloblastoma durante 5 años por lo menos, por medio de radiografías y control clínico, e idealmente no sólo ésto, sino controlar periódicamente la zona de remoción de cualquier recidiva o transformación ameloblástica. (5).

IV.- NEURALGIAS:

El término Neuralgias ha sido aplicado a tal variedad de estados dolorosos que su significado resultó menudo. En general, se reconocen varios grupos de neuralgias, de los cuales nos interesa uno en especial en este momento, la neurología de la segunda y tercera rama del Trigémino.

La etiología de las grandes neuralgias es desconocida a pesar de las muchas explicaciones que se han intentado dar a ellas. Ninguna de éstas ofrece pruebas suficientes como para hacerlas aceptables.

Mead supone que las causas más frecuentes de la Neuralgia de la segunda y tercera rama del Trigémino, son las anomalías de los órganos dentarios adyacentes. Dice que la Neuralgia facial puede ser ocasionada por la irritación que es capaz de producir un órgano dentario retenido. Estos órganos dentarios retenidos, son causa común de neuralgias manifestadas en formas variadas. La Neuralgia puede deberse a la presión ejercida en ocasiones resorción por presión. Los síntomas son especialmente marcados en período de erupción normal del órgano dentario afectado.

Esto es más frecuente en los terceros molares retenidos, en principio durante el período de duración radicular.

El dolor puede ser esporádico, según sobrevengan los -- períodos de erupción.

También los órganos dentarios retenidos pueden causar -- lo que llamamos Parestesia, pérdida de la sensación y/u hormi -- gueo de la zona inervada por la presión del órgano dentario rete -- nido sobre la estructura nerviosa.

Por otro lado, los nervios de una persona sana pueden -- tolerar las injurias cotidianas, como son: apoyarse sobre el -- codo, pero si existe un déficit metabólico con comitante, así -- como una diabétes, un régimen de adelgazamiento, un embarazo, -- agregados a una presión directa de un tercer molar retenido so -- bre uno o varios nervios, pueden llegar a desencadenar una Mono -- neurítis o una Poleneurítis.

CAPITULO III

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

El diagnóstico, es el reconocimiento de un problema y el tratamiento su solución. Por lo general, se acepta en las profesiones de la salud, que cualquiera que no ha sido diagnosticado, no puede ser tratado de otra manera más que equivocadamente. ¿Qué es entonces lo esencial para un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento? Puesto que el diagnóstico, es el arte de identificar una desviación de lo normal, en la Odontología -- Pediátrica como en cualquier otro campo, es esencial tener un cuadro claro de lo que es normal, antes de intentar reconocer cualquier desviación de ese estado.

Esto incluye un reconocimiento de los dientes normales y los cariados, del tejido blando sano y enfermo y de la oclusión aceptable, asumiendo un conocimiento de las ciencias médicas básicas y clínicas. Sólo con esta base el dentista puede proceder a un Plan de Tratamiento preciso y completo. (13).

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico completo y exacto comprende cuatro etapas, 1) obtener un cuestionario escrito completo acerca de la salud del paciente; 2) entrevistar al padre y al niño para com---

pletar el cuestionario; 3) realizar un examen extrabucal e intra bucal del paciente; y 4) realizar estudios adicionales como rayos X, modelos y pruebas. Estas etapas se discutirán ampliamente y se relacionarán al plan final de tratamiento.

HISTORIA CLINICA.

Un cuestionario adecuado de la salud del niño, deberá proporcionar la información esencial acerca del propio niño, su familia, la razón para la visita al consultorio, así como también su salud general, condición dental y sus aptitudes y prácticas de higiene bucal. El cuestionario deberá tener espacio para los comentarios del padre y el médico.

Aunque la mayoría de los padres y pacientes tratan la sección de información general de un cuestionario de salud como rutina, éste proporciona información extremadamente útil al dentista para diagnosticar problemas del niño inmediatos y de gran alcance. También la información acerca de los hermanos y de sus patrones de la salud y enfermedad, pueden ayudar a planear el tratamiento final.

La sección médica de la historia clínica, deberá incluir información acerca de los exámenes médicos recientes, el peso, estatura y edad actuales; los problemas de salud presentes; los médicos que atiendan al pacientes y las hospitalizaciones ante-

riores. Deberá tener preguntas que abarquen las condiciones usadas en su tratamiento. Esta información es más que suficiente -- para proveer al dentista con material acerca del pasado médico - del niño.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA U. N. A. M.

HISTORIA CLINICA

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AV. 577A

INFORMACION GENERAL

Nombre _____ (_____) Fecha _____ y.
 Edad _____ Fecha y lugar de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Tel. _____
 Escuela _____ Grado _____
 Padre _____ Ocupación _____
 Domicilio de trabajo _____ Tel. _____
 Madre _____ Ocupación _____
 Pediatra o médico familiar _____ Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades _____

Acompañante o responsable del tratamiento _____
 Motivo de la consulta _____

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico _____
 Razón _____
 Intervenciones quirúrgicas padecidas _____

Medicamentos que toma regularmente _____
 Problemas en el embarazo y/o perinatales _____

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Fiebre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Tosferina	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	() _____	Fiebres eruptivas	() _____
Cardiopatías	() _____	Escarlatina	() _____	Otras:	_____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____	_____	_____
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____	_____	_____
Enfermedad Hepática	() _____	Papera	() _____	_____	_____
Trastornos del lenguaje	() _____	Poliomelitis	() _____	_____	_____

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? () ()

¿Tiene dificultades en la Escuela? () ()

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____

Observaciones: _____

EXAMEN DENTAL

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

Color: Rojo ____ Caries y otras Patosis
 Rojo y Azul ____ Caries Secundaria

Azul ____ Restauraciones
 Triángulo Azul ____ Ausente (Extracción o Exfoliación)

Triángulo Rojo ____ Ausente (Congénito)
 Flechas ____ Inclinación del Diente

Cuadrado ____ Sin Erupcionar
 Flechas ____ Giroversión de Diente

(- -) (| |)

(())

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.
 Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)
 Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la Corona (c) Cervical Solamente (ce)
 Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEx)
 Movilidad en el Diente (MV)
 Inflamación Gingival (PMA)
 Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones _____

OCCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal	Desviado a Izq. Der.		2) Planos Terminales	1) Vertical	2) Mesial	3) Distal
3) Espacios Primates	Si	No		4) Angle	I	II - 1, 2	III
5) Mordida Cruzada	Si	No		6) Sobre Mordida		Si	No
7) Traslape Horizontal	Si	No		8) Mordida Abierta		Si	No
9) Malposición Dentaria	Si	No		10) Diastema		Si	No

HABITOS PERNICIOSOS

1) Sución de dedo	()	2) Protusión de lengua	()
3) Morderse el Labio	()	4) Morderse las Uñas	()
5) Respirador Bucal	()	6) Otros: _____	

ERUPCION Y DENTICION

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Perilida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Edad Dental

CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral:	Buena	Regular	Pobre	Placa	Sarro
Localización:	Supragingival _____		Subgingival _____		
Cantidad:	Poca	Mediana		Abundante	
Calcificación:	Buena	Pobre	Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta		

INTERROGATORIO DEL PACIENTE Y LOS PADRES

El cuestionario escrito necesita complementarse con interrogatorio con el padre y el niño, para la información pertinente acerca del carácter, temperamento, respuesta a los medicamentos y al dolor y problemas familiares, médicos y dentales.

Por ejemplo, un padre puede sugerir una razón para la falta de cooperación de un niño, en una situación dental que podría afectar de manera crítica la atención del dentista del niño.

El tiempo que se emplea en el interrogatorio, permite al dentista valorar la relación padre-niño y la respuesta del niño al ambiente dental.

Por supuesto, la información suministrada, oral o escrita, que afecta directamente el tratamiento, debe ser confirmada, si es necesario por una comunicación personal con el médico del niño, debido a que los datos pueden ser erróneos o deficientes.

Naturalmente, el dentista debe interesarse en la razón para la del paciente y aquí el interrogatorio proporcionará información más específica y detallada de lo que permite el cuestionario. ¿Cuál es el problema? ¿Por cuánto tiempo ha persistido? ¿Están involucradas otras áreas o dientes? Si hay dolor, ---

¿Hay cualquier zona muy sensible o inflamada?.

EXAMEN EXTRA ORAL E INTRA ORAL.

En visita inicial del paciente, el dentista recopila -- dos tipos de datos; primero, adquiere información general con -- interés específico en el crecimiento y el desarrollo; segundo, -- obtiene información específica relativa a la cavidad bucal y a -- los tejidos y huesos circundantes.

DATOS EXTRA ORALES.

Hay cinco áreas de interés para el dentista en el exa-- men extra oral, las características físicas generales del niño, -- las manos, la temperatura cutánea, el cráneo y la cara.

El dentista que observa a un paciente por primera vez, -- deberá notar las características físicas generales en relación -- al crecimiento y desarrollo normal para el grupo de edad especí-- fico del paciente.(13).

Esto incluirá notas sobre la estatura, la caminata, la -- forma de hablar, el tamaño y la proporción corporal.

Una revisión de las manos del niño indicará la condición dermatológica. Las anomalías digitales (como en el niño con el Síndrome de Down con el pulgar acortado), la piel escamosa o agrietada.

Las manos del paciente, también se valoran por su temperatura y resequeadad. Las manos y la frente calientes con frecuencia, indican una temperatura intrabucal elevada.

A continuación, la atención del dentista se dirigirá al cráneo y a la cara; deberá observar su tamaño, forma y proporción y el equilibrio facial o la falta de simetría facial.

EXAMEN INTRABUCAL.

El Examen Intrabucal, del paciente joven consistirá en una inspección sistemática y detallada de los tejidos calcificados y de la mucosa bucal, complementado con radiografías. El dentista comenzará por examinar los labios, tanto externa como internamente, la mucosa bucal, el pliegue mucobucal, el paladar duro, el área faríngea, el área sublingual. La lengua y las encías. Deberá observar cualquier anomalía y considerar un plan de tratamiento.

A continuación, el dentista estudiará la oclusión del niño y observará primero los dientes en la posición más retraída de la mandíbula, para averiguar el traslape horizontal y vertical y las posiciones e inclinaciones de los incisivos. Segundo, deberá comprobar la relación molar en busca de una interdigitación cuspídea anormal y de problemas que se desarrollan durante la transición de la primaria a la mixta, a la permanente temprana. Con la boca del paciente abierta, el dentista examinará la dentición total por discrepancias entre el tamaño de los dientes y de los maxilares (coronación), y la subsecuente mal alineación. La presencia de dientes faltantes, deberá anotarse para referencia futura.

No obstante, el dentista debe recordar que lo que puede ser anormal en una edad, es posible, es que sea normal en otra. Buenos ejemplos de condiciones que parecen mal oclusiones, pero que realmente son normales para el patrón de desarrollo son: 1) observación de la corona muy leve durante la erupción de los incisivos; 2) al aspecto sobresaliente de "patito feo" de los incisivos laterales superiores; y 3) las tendencias a la relación-clase II de los primeros molares antes de las pérdidas de los segundos deciduos: Es importante que el dentista reconozca estas condiciones transitorias y no interfiera con los intentos de la naturaleza, para lograr lo que más tarde puede ser un patrón y un ordenamiento normal de los dientes.

Por último, el Odontólogo examinará la dentición del -- paciente por cuadrantes. Examinará sus dientes por su color, movilidad, tamaño y otras anomalías posibles. (13).

ESTUDIO RADIOLOGICO.

La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo, su densidad rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios.

El examen radiográfico de los dientes temporarios retenidos, debe ser realizado bajo ciertas normas para un problema de tipo quirúrgico, pues no es suficiente una radiografía intra-bucal.

Las normas para las radiografías de utilidad quirúrgica son:

- Ubicar el diente según los tres planos del espacio.
- Ver la cúspide y el ápice.
- Conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente y órganos vecinos (fosas nasales, senos).

PLAN DE TRATAMIENTO.

Ciertas consideraciones básicas indican el Plan de Tra-

tamiento del paciente pediátrico. Si el Odontólogo escoge una -- aproximación orientada a los problemas, se identifican éstos, se verifican las necesidades para el tratamiento y escoge el mejor, poniéndolo en perspectiva con otros problemas y tratamiento.

Para iniciar el tratamiento de un paciente pediátrico -- típico, se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones importantes:

- 1.- Siempre debe localizarse y tratarse la molestia -- principal.
- 2.- Todos los cuidados de salud bucal, deber relacionar se a las condiciones sistemáticas y al tratamiento- de esas condiciones.
- 3.- Debe eliminarse la enfermedad existente y se preven drá una nueva enfermedad.
- 4.- Debe considerarse el efecto de un tratamiento ante- rior.
- 5.- Cuando se ejecutan los elementos del tratamiento -- que están disponibles para la práctica pediátrica - moderna, tienen que considerarse los antecedentes - sociales y económicos del paciente.

Las cuatro áreas básicas de interés en el diagnóstico y en el plan de tratamiento, son las siguientes:

(1) Problemas médico-orales; (2) consideraciones periodontales de larga duración; (3) caries dentales restaurativas; - (4) oclusión, crecimiento y desarrollo cráneo-facial.

El dentista necesita un enfoque organizado para diagnosticar, prevenir y corregir los problemas en cualquiera de estas categorías. Los objetivos del tratamiento son los siguientes:

- 1.- Eliminar la infección.
- 2.- Reparar y retener todos los dientes primarios hasta su exfoliación normal.
- 3.- Reconocer y, si es posible, corregir cualquier variación del patrón normal de desarrollo y de los dientes permanentes.
- 4.- Prevenir e interceptar cualquier mal oclusión incipiente.
- 5.- Educar a las familias para controlar y prevenir la enfermedad dental.
- 6.- Acostumbrar al niño a ser un buen paciente dental.

Entonces se aplican los principios para la secuencia y planeación del tratamiento:


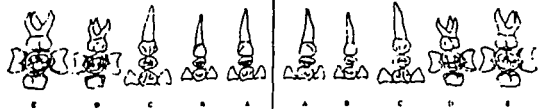
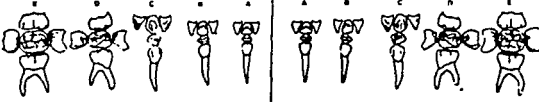
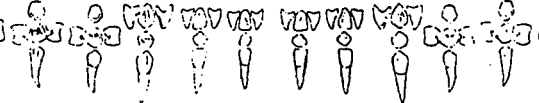



- 1.- Iniciar el control de las caries profundas tan pronto como sea posible (durante la planeación del tratamiento o en la primera consulta.

- 2.- Si la vitalidad del diente temporal está en peligro debemos dar prioridad al tratamiento adecuado para evitar su pérdida prematura, no olvidando conservar sanos a los dientes permanentes.
- 3.- Normalmente el tratamiento se planea por cuadrantes. Si el trabajo o el niño está sedado, tratar dos ó más cuadrantes en la primera consulta.
- 4.- Si todas las secciones están en igual condición, comenzar con un cuadrante inferior, debido a que una vez que se obtiene la anestesia, el niño ya no experimentará molestia. La anestesia en los cuadrantes superiores, con frecuencia es insegura y la mayoría de los problemas de conducta que se observan después de una inyección, se debe a la mala anestesia.
- 5.- Estar concientes del estado de erupción de la dentición permanente y no restaurar dientes primarios que pronto van a ser exfoliados. Esta decisión se basa en (a) la edad del niño; (b) la cantidad de raíz que se ha desarrollado del diente permanente (el desarrollo de la mitad o de las tres cuartas partes, por lo general, significa que está listo para erupcionar); y, (c) la cantidad de raíz resorbida, el hueso supuesto al diente en erupción y la movilidad del diente primario.

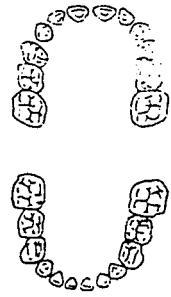
PLAN DE TRATAMIENTO

Nombre _____

Diente	Punto Problema	Método de Instrucción	No. de Veces
Higiene Bucal			
Dieta			

												Orden de Tratamiento
												1
												2
												3
												4
												5
												6
												7
												8
												9
												10
												11
												12
												13
												No. de Citas
												Total

Método de Prevención	
Exámen Periódico	
Cuidado en el Hogar	



- 6.- El Plan de Tratamiento deberá terminar a lo sumo -- después de 90 días. Lo que que había planeado res-- taurar 3 meses antes, puede ocasionar por estas fe-- chas ya la exfoliación. El dentista debe tratar de-- completar los procedimientos con rapidez. (13).

CONCLUSIONES:

La forma moderna de resolver los problemas en el cuida-- do de la salud, ayuda al Odontopédiatra a presentar los resulta-- dos del diagnóstico y el plan de tratamiento de manera lógica -- y precisa, para que los padres comprendan las razones y la se -- cuencia del tratamiento que satisface a dicha lista de niños.

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

Podemos decir que una gran mayoría de la población -- infantil padece de retenciones dentarias, debemos realizar un diagnóstico completo y un buen plan de tratamiento y actuar tempranamente para evitar mal oclusiones.

No obstante, han habido grandes cambios y modificaciones en estas técnicas que son cada vez más sofisticadas, van de acuerdo al avance científico. Por eso, es importante, cada día-actualizar los conocimientos.

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

54.

- 1.- National Geographic the Search of our Ancestor,
Vol. 168 No. 5 USA, 1985.
- 2.- Compendio Academy American of Pediatric Dentistry,
Mesiodens Posicionado Labialmente. Vol. II No. 1, 1990.
- 3.- Finn Sydney B. Odontología Pediátrica, México, 1976.
- 4.- Glikman Irvin, Clinical Periodontology, W, B. Saunders Co.
USA, 1972.
- 5.- Shafer William, Hine Maynard, Levy Barnet Text Book Oral
Pathology W.B. Saunders Co., USA, 1979.
- 6.- Baska, S.N. Patología Bucal, Edit. Ateneo Buenos Aires, 1975.
- 7.- Bernier Joseph L. Tratado de Enfermedades Orales,
Buenos Aires, 1962.
- 8.- Kiriazis Andreas George Maxillary Ameloblastoma with Interce-
rebral Extensión Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Patho-
logy. Vol. 32 No. 4, 1971.
- 9.- Arthur M. Wuermann. Radiología Dental.

- 10.- W.G. Shafer. Tratado de Patología Bucal.
- 11.- ADM (adm) Análisis Retrospectivo de Retenciones Dentarias, México, 1979.
- 12.- Diagnóstico en Patología Oral. Edward V. Zegarelli, Austi H. Kutscher, Barcelona, 1978.
- 13.- Odontología Pediátrica. Thomas K. Barber, México, 1985.