



318322  
6  
**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

**INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DEFECTOS DENTALES MAS FRECUENTES  
DENTRO DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
ELIZABETH CONTRERAS ORTIZ**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS GONZALEZ L.**

MEXICO, D.F.

2002

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero darle las gracias a una persona muy importante para mí, a la que agradezco todo lo que nos dio, su amor y cariño, a la mujer que se veía tan fuerte que se desasía en pedacitos y nunca se rompió gracias a esa fortaleza que tenía para seguir adelante, a la que nunca olvidare y siempre estará con migo, nunca te olvidare, te quiero mucho abuelita Tere, gracias por haber formado esa gran familia Ortiz Reza, que ha estado a mi lado cuando los necesito, agradezco a Dios por haber elegido esos padres que tengo ahora, gracias a sus cuidados y cariño estoy aquí, también quiero darle las gracias a mi hermano quien me apoya en todo y esta a mi lado siempre te quiero mucho Andrés, no quiero dejar de mencionar, una gran persona, amiga y hermana, con la que he compartido muchas cosas importantes de mi vida, en las buenas y en las malas ha estado con migo desde que la conocí, gracias por tus consejos y esa gran amistad que nos une T,Q,M Vero, y por supuesto gracias a Rafa por aguantarme tanto, agradezco también a toda la gente que ha estado a mi alrededor por que de alguna manera he aprendido algo de cada uno de ellos.

# DEFECTOS DENTALES MÁS FRECUENTES DENTRO DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

## INTRODUCCION

### CAPITULO I

PAG.

#### DEFECTOS DE NUMERO

- |    |             |   |
|----|-------------|---|
| 1. | HIPERDONCIA | 1 |
| 2. | HIPODONCIA  | 3 |

### CAPITULO II

#### DEFECTOS DE TAMAÑO

- |    |                           |    |
|----|---------------------------|----|
| 1. | MICRODONCIA Y MACRODONCIA | 4  |
| 2. | FUSION                    | 6  |
| 3. | GEMINACION                | 9  |
|    |                           | 11 |

### CAPITULO III

#### DEFECTOS DE FORMA

- |    |                       |    |
|----|-----------------------|----|
| 1. | DENS EVAGINATUS       | 13 |
| 2. | DENS IN DENTE         | 14 |
| 3. | DIENTES TAURODONTICOS | 17 |
| 4. | DILACERACION          | 19 |

#### CAPITULO IV

DEFECTO DE ESTRUCTURA: ESMALTE 20

1. AMELOGENESIS IMPERFECTA 22
2. HIPOPLASIA DEL ESMALTE 24
3. HIPOPLASIA LOCALIZADA DEL ESMALTE 25

#### CAPITULO V

DEFECTOS DE ESTRUCTURA: DENTINA

1. DENTINOGENESIS IMPERFECTA 27
2. DISPLASIA DENTINARIA 29
3. ODONTODISPLASIA 30

#### CAPITULO VI

DEFECTOS DE ESTRUCTURA: CEMENTO 31

## **CAPITULO VII**

### **DEFECTOS DE COLOR**

**32**

**1. PIGMENTACION POR FLUOROSIS DENTAL**

**33**

**2. PIGMENTACION POR MEDICAMENTOS**

**35**

## INTRODUCCION

El conocimiento de los defectos de la dentición dentro de la Odontología Infantil es de vital importancia, ya que con el mantenimiento y el estudio de la misma determina en gran porcentaje el que la segunda dentición sea sana y funcional.

Algunos defectos dentarios se relacionan con anomalías en su desarrollo, pueden ser causados por factores hereditarios, sistémicos, traumáticos o locales.

En esta época la Odontología se inclina por la prevención, con medidas mucho menos complicadas que las que se necesitarían para tratar esos mismos defectos.

Los defectos se pueden definir, como variaciones que ocurren rara vez y que pueden alterar la forma fundamental del diente.

## CAPITULO I

### **DEFECTOS DE NUMERO**

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 extra o faltantes.

### **DIENTES SUPERNUMERARIOS Y ANODONCIA**

#### **DIENTES SUPERNUMERARIOS (HIPERDONCIA).**

Los dientes supernumerarios o hiperdoncia, describe un exceso en la cantidad de dientes, que pueden suceder en la dentición primaria y permanente. Se piensa que los dientes supernumerarios se desarrollan a partir de un tercer germen que surge de la lámina cercana al germen dental permanente o posiblemente de la división de éste. En algunos casos parece que hay tendencia hereditaria a desarrollar dientes supernumerarios.

Se puede encontrar en cualquier sitio de la boca, pero la mayoría se ubica en la línea media del maxilar entre los incisivos centrales conocido como mesiodens, en zona

de los premolares inferiores y en la zona posterior a los terceros molares aparecen los cuatro molares superiores.

Muchos de los dientes supernumerarios tienen formas irregulares, tal como el diente en forma de molar situado en la región del incisivo central superior y ocasionalmente como un cuarto molar superior.

Los dientes supernumerarios son menos frecuentes en la dentición permanente. Los dientes primarios supernumerarios son por lo general de forma normal o cónica. Los permanentes tienen una mayor variedad de formas; la mayor parte de los dientes supernumerarios son cónicos o tuberculados.

El tratamiento que se realiza, depende de la clase y posición del diente supernumerario y del efecto que tienen o que pueda esperarse posea, sobre dientes vecinos.

Los dientes supernumerarios que no impiden la erupción de los dientes o que no desplazan a los erupcionados pueden seguir en su lugar. El examen radiográfico periódico es indispensable para identificar cualquier indeseable que pudiera acontecer.

## HIPODONCIA.

La hipodoncia o anodoncia (ausencia congénita de los dientes) representa una deficiencia en la cantidad de dientes. Es muy rara la ausencia congénita de todos los dientes, sin embargo no es extraño que falte uno o varios.

La hipodoncia es menos común en la dentición primaria que en la permanente, y cuando ocurre tiene poca importancia clínica y generalmente no recibe tratamiento. Sin embargo, la ausencia congénita de dientes permanentes requiere atención.

Los dientes permanentes congénitamente ausentes con mayor frecuencia son los incisivos laterales superiores y los segundos premolares inferiores. La ausencia congénita de un diente puede ser unilateral o bilateral. Los efectos de la ausencia congénita de uno o más dientes dependen en gran medida de la cantidad del apiñamiento que pudiera existir de haber sido completa la dentición. En ocasiones la falta de un diente basta para aliviar el apiñamiento y permitir incluso la alineación uniforme de los dientes restantes; en otros casos el diente ausente deja un espacio.

Los pacientes con hipodoncia de la dentición primaria tienen también una predisposición a que suceda un fenómeno similar en la dentición permanente.

## CAPITULO II

### DEFECTOS DE TAMAÑO

Estas anomalías tienen mucha importancia por su influencia en el desarrollo y ajuste de la oclusión y se impone la consulta y el seguimiento periódico hasta el momento que se considere oportuno para intervenir, extrayéndolos o modificando su posición o su forma.

Es frecuente observar variaciones en la forma y el tamaño de los dientes. El tamaño de los dientes es determinado por un gen predominante. En ocasiones no hay proporción en los maxilares, ni el de los dientes, por lo que se presentan problemas ortodónticos y periodontales.

Los DEFECTOS dentarios de tamaño se clasifican en macrodoncia, microdoncia, fusión y geminación. Por lo general existe una relación entre toda la conformación del esqueleto y del tamaño de los dientes. En el sexo femenino los dientes son por lo general algo más pequeños que el masculino. El tamaño de los dientes temporales no varía tanto como el de los permanentes.

Mientras que las coronas de los dientes temporales tienen tamaño bastante constante, entre los permanentes se observan a veces incisivos laterales y terceros molares atrofiados como los llamados dientes conoides. Pero son las raíces las que más a menudo presentan las mayores variaciones, aunque las raíces cortas no siempre son consideradas como anomalías porque pueden ser causadas por resorciones.

En ocasiones, las raíces de los incisivos centrales superiores y de terceros molares premolares inferiores suelen ser llamativamente pequeñas. Se dice que hay unión cuando los dientes se sueldan entre sí después de estar la dentina completamente formada, quedando las pulpas bien separadas una de otra. Por fusión se entiende la unificación de dos gérmenes dentarios; hay una pulpa radicular. En la Geminación se une un diente normal con un supernumerario.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **MACRODONCIA**

A la macrodoncia también se le conoce con el nombre de megadontismo. Es un aumento de tamaño generalizado de todos los dientes de una dentadura.

Se clasifica en tres tipos:

1. **MACRODONCIA GENERALIZADA VERDADERA.** Es aquella en la cual todos los dientes son mayores de lo normal. Enfermedad muy rara.
2. **MACRODONCIA GENERALIZADA RELATIVA.** Se reconoce cuando se está agrandando un solo diente o un grupo de los mismos, debiéndose esto a un proceso odontogénico hiperactivo local. Se dice que es resultado de la presencia de dientes normales o ligeramente más grandes en maxilares pequeños.
3. **MACRODONCIA UNIDENTAL.** Se puede observar que los dientes que se encuentren en ésta zona, serán más largos de lo normal. Aunque se dice que la etiología verdadera de la macrodoncia unidental es desconocida.

## **MICRODONCIA**

Es una anomalía en la cual todos los dientes de una dentición son de tamaño pequeño, pero anatómicamente se encuentran bien formados. En la mayoría de los casos, esta alteración se asocia con varios defectos hereditarios o hipofunción de la hipófisis. También suele ser asociada con varios defectos como enfermedades congénitas del corazón

Se conocen tres tipos de microdoncia.

1. **MICRODONCIA GENERALIZADA VERDADERA:** Se presenta debido a que una persona hereda de los padres el tamaño de los dientes y de otro el tamaño de los maxilares. En esta anomalía los dientes están bien formados y simplemente son más pequeños.
2. **MICRODONCIA GENERALIZADA RELATIVA:** Son dientes de tamaño normal, que dan una apariencia de dimensiones menores, porque los maxilares presentan un tamaño mayor de lo normal

**3. MICRODONCIA UNIDENTAL:** Es una hipoplasia, que afecta a un solo diente. Los más afectados son: laterales y terceros molares superiores. Los dientes supernumerarios, también pueden presentar microdoncia.

## FUSIÓN

Estas anomalías se originan por la unión de dos gérmenes dentales normales separados. La definición clásica de fusión es la unión de dos o más dientes, de manera que el esmalte y la dentina de éstos quedan en contacto. Se origina por la fusión de dos gérmenes que se encuentran en desarrollo normal y que se separan entre sí. Dependiendo de la fase de unión de éstos dos gérmenes que se encuentran en desarrollo normal y que se separan entre sí.

Si el contacto es temprano o por lo menos antes de la calcificación, las fuerzas se unen completamente formando una sola pieza de divisiones bastante grandes. Si por lo contrario el contacto es tardíamente, puede presentarse la unión solamente al nivel de las raíces.

Los dientes fusionados, tienen cámaras pulpares y conductos radiculares propios. Si la fusión ocurre entre dos dientes de la serie normal, uno parece faltar en la dentición; por otro lado, si el órgano es supernumerario, existe la cantidad ordinaria de dientes además del diente fusionado. Lo ultimo también ocurre cuando se forma el diente fusionados por la geminación de un germen dental.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La causa de este defecto se atribuye a alguna fuerza opresión física que produce la alteración del diente en desarrollo. La fusión se presenta con mayor frecuencia en la primera dentición y generalmente los dientes más afectados son los incisivos y caninos. Esta alteración es hereditaria, se han presentado casos de dientes fusionados en la primera dentición seguida de anodoncia de dientes permanentes.

El estudio radiográfico será de gran importancia para saber si la fusión fue completa o incompleta y así elegir el tratamiento adecuado.

## GEMINACIÓN

Son anomalías que surgen al tratar de dividirse por medio de una invaginación completa de dos dientes. Es un intento de división de un germen dentario único o bien una corona bifida causada por una invaginación durante el periodo de proliferación del ciclo de crecimiento del diente.

Se presenta una sola estructura con una corona dividida y una sola raíz, siendo un intento abortivo de los dientes para completar su separación. La corona suele ser más ancha de lo que es normalmente. Los dientes que con mayor frecuencia se ven afectados son los caninos, incisivos y premolares. Esta anomalía es hereditaria y se presentan en ambas denticiones aunque con más frecuencia en la primera dentición.

La geminación se puede dar entre dos dientes normales, dos supernumerarios o entre un diente normal y un supernumerario. Las geminaciones son más raras que las fusiones. El tratamiento será la reducción mesio distal del diente geminado, para impedir que se presenten erupciones ectópicas.

La geminación posee una frecuencia semejante a la fisión y también es más usual en la dentición primaria. Desde el punto de vista conceptual, el diente geminado

representa una división incompleta de una sola yema dental que da origen a una corona bifida con una sola cámara pulpar. La geminación tiende a ocurrir con un patrón familiar pues este defecto puede originar retraso en la erupción del sucesor permanente.

En la clínica por lo regular se distingue la fusión y la geminación por la cantidad de dientes en la arcada. Si hay alguna deficiencia en el número normal incluyendo la corona bifida esto es una anomalía llamada fusión. También es preciso considerar y descartar la fusión con un diente supernumerario, pues no se afectaría la cantidad normal de dientes.

## **CAPITULO III**

### **DEFECTOS DE FORMA**

Se entiende por anomalía de forma una malformación del diente en sus caracteres exteriores sin alteración de su estructura. Estas se refieren a su volumen y forma en sí.

Los defectos morfológicos surgen durante la fase de morfodiferenciación en el desarrollo dental y se manifiestan con alteraciones en la forma coronaria y radicular. Una de las variaciones de la forma coronaria normal puede deberse a cúspides normales muy desarrolladas o a la presencia de más cúspides de lo normal y no es raro observar que la forma de dientes permanentes se altere por la presencia de gotas adamantinas que son la aparición de esmalte en lugares no comunes. Las anomalías se presentan en orden de frecuencia en los siguientes dientes:

Incisivos laterales, caninos, Incisivos centrales y terceros molares.

Entre los defectos de forma tenemos:

## DENS EVAGINATUS

El dens evaginatus es una alteración de desarrollo; clínicamente aparece como una cúspide accesoria que por lo general se localiza en el surco central o la cresta de un diente posterior y en la región del cíngulo de los incisivos laterales y centrales. En los incisivos, éstas cúspides presentan forma de talón y pueden llegar cerca de la altura del borde incisal. Esta porción adicional no sólo contiene esmalte sino además dentina y tejido pulpar. Las complicaciones por tener una cúspide extra son: contribuir a la erupción incompleta, al desplazamiento de los dientes y la exposición pulpar.

## DENS IN DENTE

El término dens in dente significa un diente dentro de otro. Es una anomalía del desarrollo que se origina por una invaginación dentro de la superficie de una corona dental antes de su clasificación en otras palabras, la origina la invaginación de un diente durante se desarrolla, la cual, puede estar localizada en la corona o en la raíz producir un diente que está hecho de esmalte, dentina y cemento.

El órgano del esmalte invaginado, produce un pequeño diente que viene a ocupar la cámara pulpar de la pieza dentaria y en ocasiones es tal su extensión, que puede llegar a abarcar los canales radiculares trayendo como consecuencia una estructura dentinaria en el espesor del diente.

La etiología del dens in dente puede ser:

Fusión de dos gérmenes, invaginación de una parte de la corona dentro de la cavidad pulpar, mayor presión externa que produce retraso del crecimiento focal y estimulación de ciertas zonas del germe. El dens in dente se caracteriza por ser una invaginación recubierta por esmalte. Puede presentar una comunicación entre la cavidad de la invaginación y la cámara pulpar.

Se presenta en cualquiera de las dos denticiones. En dientes permanentes, los incisivos laterales superiores es el más afectado, siguiendo en orden de frecuencia los premolares, caninos y molares. La mayor parte de los dientes afectados son los incisivos laterales superiores, donde es mayor la posibilidad de esta anomalía a causa de presión palatina, la corona se presenta deformada y puede estar afectada la pulpa.

El tipo coronal de dens in dente es de afuera hacia adentro: esmalte, dentina, pulpa, pulpa, dentina esmalte, epitelio del esmalte que puede desaparecer y ser

reemplazado por tejido conectivo y hueso. En las invaginaciones radiculares por lo regular, se encuentra una raíz dentro de una raíz. Esta lesión es frecuente hallarla en los premolares, la lesión radicular se comprueba mediante un estudio radiográfico y con frecuencia el defecto es bilateral.

En dientes anteriores la corona puede tener una apariencia normal, lo que no sucede con otros dientes que pueden verse anormales. Radiográficamente se le reconoce por invaginación en forma de pera del esmalte y la dentina, con una estrecha constricción en la apertura de la superficie del diente y una estrecha aproximación a la pulpa en su profundidad.

Para prevenir la caries, la infección pulpar, la pérdida prematura del diente, la enfermedad debe diagnosticarse lo antes posible reconociendo en forma temprana esta situación y restaurar el diente. Con tratamiento profiláctico como el recomendado para evitar complicaciones pulpares mediante un sellador o la restauración de la apertura de la invaginación. Es una fortuna que el defecto se pueda detectar mediante una radiografía, incluso antes de que erupciones.

El tratamiento para este tipo de dientes es la utilización de restauraciones profilácticas en la abertura, hasta la invaginación y la pulpa, o bien el tratamiento endodóntico que dependerá de la forma de la pulpa.

## **DIENTES TAURODONTICOS**

También se le conoce a ésta anomalía como taurodontismo. En ésta anomalía los dientes generalmente presentan cámaras pulpares grandes que se extienden profundamente en las raíces y por lo regular los más afectados son los molares.

### **CLASIFICACIÓN DEL TAURODONTISMO: (Shaw)**

**HIPOTAURODONTISMO**, es la forma mas leve.

**MESOTAURONTISMO**, cuando la bifurcación es a nivel del tercio medio.

**HIPERTAURODONTISMO**, o trifurcación es cerca de los ápices radiculares.

Al parecer ésta anomalía se debe a un retraso en la transformación del órgano de esmalte en las diversas vainas de Herwig, proceso que normalmente comienza poco después de terminar la corona de formarse. O bien, que sea una mutación derivada de la deficiencia odontoblástica durante la dentinogénesis de las raíces.

El término taurodontismo fue impuesto por el Sr. Arthur Keith y procede del parecido de ésta alteración con los dientes de los bovinos y otros animales rumiantes.

Esto nos puede sugerir que el taurodontismo es una determinación genética, ya que tiene selectividad en personas con hábitos de masticación muy pesada. Aunque se ha dicho que el taurodontismo presenta un período de evolución del hombre, se considera generalmente como un proceso retrógrado y degenerativo.

Esta anomalía suele aparecer en denticiones primarias o secundaria, aunque es más común en la segunda dentición. Las piezas que son afectadas son los molares, a veces es uno solo, otras veces varias piezas del mismo cuadrante. Puede ser bilateral o unilateral.

Los dientes propiamente dicho no tienen características clínicas morfológicas desacostumbradas, pues las coronas parecen normales. La naturaleza poco usual de ésta alteración se puede observar mejor en un estudio radiográfico.

La naturaleza de ésta anomalía se observa mejor en las radiografías. La cámara pulpar es extremadamente grande, con diámetro oclusoapical mucho mayor que el normal. En ésta anomalía los molares tendrán forma rectangular y se afinarán hacia las raíces. No es necesario realizar tratamiento especial para ésta anomalía.

## **DILACERACION.**

Es una anomalía del desarrollo que tiene gran importancia desde el punto de vista clínico.

Se refiere a una flexión o angulación anormal de la raíz durante su desarrollo y se estima que ocurre por traumatismo a menudo de la dentición primaria. Dicho traumatismo cesa la formación de cemento en la raíz y esta queda roma, esta angulación brusca se puede presentar en una raíz o en varias en un mismo diente.

Esta anomalía se observa radiográficamente y tiene gran importancia si se va a realizar tratamientos de conductos en caso de requerir el tratamiento se tendrá que evaluar.

Estos dientes ocasionan problemas severos durante el tratamiento de exodoncia, ya que pueden llegar a provocar el desgarramiento de los tejidos. Siendo evidente la necesidad de tomar radiografía antes de realizar cualquier tratamiento quirúrgico.

Cuando no hay presencia de traumatismo, determinadas raíces de las piezas dentarias adquieren angulaciones pronunciadas siendo frecuentes en la raíz palatina de los primeros molares superiores.

## **CAPITULO IV**

### **DEFECTOS DE ESTRUCTURA**

Las anomalías en la estructura de los dientes son aquellas que se refieren a las alteraciones de los elementos histológicos del diente.

Los tejidos dentales se forman en dos fases: primero se deposita la matriz orgánica y luego se mineraliza. La alteración de cualquiera de éstas etapas puede provocar defectos en la estructura dental, particularmente importantes en el caso del esmalte.

Un trastorno en la acumulación de la matriz crea hipoplasia, caracterizada por esmalte de espesor irregular o deficiente en estructura; los defectos pueden ir desde pequeñas fosetas o surcos en la superficie del esmalte hasta un defecto excesivo.

Los defectos en la segunda fase del desarrollo originan hipomineralización; aunque el esmalte posee espesor normal, parte de él, por lo menos, presenta mineralización imperfecta.

Estos defectos son el resultado de alteraciones del desarrollo que pueden afectar tanto en la dentición primaria como en la secundaria.

### **DEFECTOS DE ESTRUCTURA: ESMALTE**

Los defectos estructurales de los dientes ocurren por alteraciones durante la diferenciación histológica, aposición y mineralización en el desarrollo dentario. Los defectos del esmalte se manifiestan como hipoplasia o hipocalcificación, se pueden clasificar de manera amplia, como defectos posibles de heredar o anomalías con origen ambiental.

## **AMELOGENESIS IMPERFECTA**

Se conoce con éste nombre a un defecto estructural del esmalte originada por una disfunción del esmalte. Afecta a ambas denticiones. Radiográficamente la pulpa es normal así como la morfología radicular.

La amelogénesis imperfecta se ha dividido en varios tipos basados en la naturaleza del defecto y en la herencia.

### **AMELOGENESIS IMPERFECTA HIPOPLASICA.**

Es una delgada capa de esmalte, que representa una superficie dura. Los dientes son pequeños y en algunas ocasiones convergentes, por lo que faltan áreas de contacto proximal. Su coloración puede ser normal o bien puede presentar buena pigmentación que pueden variar hasta el amarillo pardo. Radiográficamente se ve como una capa de esmalte radiopaco normal.

### **AMELOGENESIS IMPERFECTA HIPOCALCIFICANTE.**

Tiene un grosor normal, su superficie se encuentra con fosetas. Los dientes se pueden presentar pigmentados por manchas exógenas. La radiointencidad varía por lo que radiográficamente presenta una apariencia moteada.

### **AMELOGENESIS IMPERFECTA HIPOMADURA.**

El grosor del esmalte es normal pero blando, por lo que se fractura fácilmente desprendiéndose el esmalte de la corona. El color varía desde blanco opaco hasta pardo. Radiográficamente es difícil diferenciarlo de la dentina, menos radiopaco de lo normal.

Como la dentina, pulpa, cemento y raíz, son normales, estos pueden ser tratados con coronas completas. Los defectos del esmalte se asocian a numerosos trastornos hereditarios, que afectan a otros sistemas del organismo, medicamentos dados durante la infancia e ingestión prolongada de flúor.

El tratamiento será la utilización de coronas completas, para cualquier tipo de amelogenesis, aunque dicho tratamiento puede variar dependiendo de factores tales como: hipodoncia, mal oclusión, morfología anormal, defectos en los otros tejidos dentarios o incapacidad del paciente, el mejoramiento del aspecto estético depende del tratamiento.

## **HIPOPLASIA AMBIENTAL DEL ESMALTE**

Su etiología se debe a una agenesia no se forman los prismas del esmalte, este conserva su estructura normal, pero posee un desarrollo incompleto o defectuoso. Llega a presentarse tanto en la dentición primaria como en la secundaria y existe una amplia variación respecto a su aspecto clínico.

**C**línicamente, las coronas son de un tono amarillento, lisas, brillantes y duras. El tono amarillento se observa donde el esmalte es sumamente fino o delgado. Por el desgaste que sufre el esmalte, la dentina queda expuesta y esta se tiñe de un color pardo oscuro hasta negro, en un estudio radiográfico se puede observar la cámara pulpar totalmente obliterada.

Entre algunos ejemplos pueden ser de trastornos sistémicos o locales. Sistémicos deficiencias naturales, en especial de la vitamina A, C, y D también de calcio y fósforo. Infecciones graves, fiebres, en particular durante el primer año de vida, puede afectar de manera directa la actividad ameloblástica y provocar hipoplasia del esmalte.

Los dientes permanentes en desarrollo pueden dañarse por traumatismos e infecciones relacionadas con los temporales.

Aumenta la posibilidad de que el diente permanente sea hipoplásico conforme más pequeño es el niño al momento de la lesión. Si la agresión sucede luego de los cuatro años de edad, la hipomineralización es más común, muchas veces como manchas blancas o pardas sobre la superficie vestibular.

### **HIPOPLASIA LOCALIZADA DEL ESMALTE**

Se define como la formación defectuosa o incompleta de la matriz orgánica del esmalte.

En este defecto, las células que se encuentran afectadas, son los ameloblastos, los cuales sufren un daño durante el período de formación de los dientes, en el cual se origina la matriz del esmalte. Como la matriz se deposita periódicamente, desde la unión de esmalte y dentina, el espesor del esmalte dependerá del período de crecimiento ameloblástico en que se presenta el factor genético, así como de las células que se hayan destruido.

Las causas de la hipoplasia del esmalte que afectan a dientes individuales son: Infecciones y traumatismos locales, intervención quirúrgica yatrógena, como en la sobre retención de un diente primario.

En la hipoplasia del esmalte en su forma leve se presentan ondulaciones situadas horizontalmente, provocando pequeñas fosetas, en la superficie del esmalte, o de manera grave apareciendo depresiones con dentina expuesta.

En éstos defectos se encuentran disminuido el espesor o grosor del esmalte, por lo que presentan formas cónicas o cilíndricas y por lo tanto con frecuencia se pierde el contacto. Cuando es severa la hipoplasia, radiográficamente no se observa esmalte y cuando está presente se ve una capa muy delgada en las cúspides. La etiología de la hipoplasia se asocia a diferentes alteraciones metabólicas, durante el periodo de formación del esmalte.

En la primera dentición se presenta por una alteración, que ocurre durante el embarazo, en algunos niños prematuros en dientes temporales. Los dientes afectados más comunes son anteriores permanentes, primeros molares permanentes y los dientes temporales.

La hipoplasia puede ser local, cuando afecta a uno o dos dientes, situados en el mismo cuadrante, puede ser la causa de un factor traumático, una infección local o irradiada. El tratamiento del paciente estará para mejorar la estética del paciente.

## CAPITULO V

### DEFECTOS DE ESTRUCTURA: DENTINA

#### DENTINOGENESIS IMPERFECTA.

El defecto más común que afecta a la dentina en su desarrollo, es la dentinogénesis imperfecta, también conocida como dentina opalescente hereditaria.

Es un defecto que es posible heredar, se origina durante la etapa del desarrollo dental, es un defecto de la matriz predentinaria que causa dentina amorfa. El aspecto clínico varía, va de un color gris a violeta o azul pardusco.

El esmalte es normal, la dentina en su contenido de minerales es menor, hay menos túbulos dentinarios. El esmalte llaga a fracturarse y se separa de la dentina, sobre todas las zonas oclusales e incisivos y solo quedan muñones radiculares coloreados de pardo.

Con la pérdida temprana del esmalte las caras oclusales de los primarios y permanentes se aplanan. Pero los dientes afectados no parecen ser más susceptibles a las caries que los dientes normales.

Características que presenta la dentina:

Estar compuesta de túbulos irregulares, matriz sin calcificar, diámetro menor de los túbulos, ausencia de túbulos o menor cantidad, cámara pulpar obliterada.

La extracción de estos dientes puede ser difícil ya que son muy frágiles y se desmoronan bajo la menor presión. El tratamiento de estos dientes se realiza colocando coronas después de la erupción.

Hay otra variación de dentinogénesis imperfecta, se conoce como dientes en cáscara de huevo, en donde las cámaras pulpares aumentan considerablemente de tamaño, en lugar de disminuir su tratamiento debe ser conservador, se puede causar exposición pulpar. La dentinogénesis imperfecta es posible hereditaria.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## DISPLASIA DENTINARIA

Se considera como una de los defectos más raros. Se caracteriza por una formación normal de esmalte, pero la dentina es irregular con obliteración de conductos parcial o total, raíces formadas defectuosamente y predisposición a la formación de abscesos y quistes sin razón aparente.

La displasia dentinaria se encuentra de dos formas:

1. Las coronas de los dientes son de tamaño, color, forma y consistencia normal y las raíces son rudimentarias y cortas presentando una constricción en el ápice. Radiográficamente, las cámaras pulpares se ven como pequeñas zonas radiolúcidas, en forma de media luna, al nivel de la línea cervical. Esta enfermedad afecta por igual a ambas denticiones. No tiene tratamiento adecuado.
2. Antes conocida como displasia pulpar, se caracteriza por diente deciduos translúcidos de color ámbar de tamaño, forma y dureza normales. Por medio de radiografías se observa una obliteración pulpar total. El tratamiento será hacer restauraciones normales.

## **ODONTODISPLASIA.**

Representa una detención localizada en el desarrollo dental. Los dientes enfermos muestran capas delgadas de esmalte y dentina con cámaras pulpares grandes, con calcificación difusa y raíces cortas.

Radiográficamente los dientes poseen aspecto de fantasma y son susceptibles a la caries, las fracturas e infecciones. No hay etiología específica o patrón hereditario que se conozca.

## **CAPITULO VI**

### **DEFECTOS DE ESTRUCTURA: CEMENTO**

Son raros los defectos del desarrollo que comprenden el cemento como entidad exclusiva, aparte de otras estructuras dentarias. En particular, es difícil identificar los problemas con la cementogénesis a partir de enfermedades que comprenden el ligamento periodontal.

En este defecto, desde el punto de vista histológico se encuentra cemento defectuoso, pueden encontrarse dientes supernumerarios extraídos con capas sin cemento.

## CAPITULO VII

### DEFECTOS DE COLOR

La dentición primaria como la permanente puede presentar cambios importantes a partir de manchas extrínsecas e intrínsecas. Debido a su importancia en cuanto al desarrollo, solo se consideran las pigmentaciones intrínsecas.

Causas de las manchas dentarias intrínsecas: es factible que ocurran por pigmentaciones presentes en la sangre, por la administración de medicamentos y enfermedades de hipoplasia e hipocalcificación.

La hipoplasia sistémica y localizada del esmalte puede causar también cambios en los dientes. El fluoruro y los medicamentos en exceso causan pigmentación dental. La forma más intensa de la fluorosis dental puede producir una variedad de manchas desde puntos blancos opacos que son estriás difusas hasta un moteado pardo.

## PIGMENTACION POR FLUOROSIS DENTAL

También se le conoce como Esmalte hipomineralizado o Veteado. Es un tipo de hipoplasia causada por el agua potable que contiene más de una parte por millón de fluorosis que afectan a los ameloblastos durante la etapa de formación de los dientes, provocando un esmalte veteado.

Por lo general se presentan porosidades en el esmalte. Cuando las porosidades ocupan un gran volumen, la superficie se colapsa y aparecen las hipoplasias en forma de pequeños agujeros.

Clínicamente se observan opacidades por reducción de la transparencia del esmalte que en los casos leves se ven pequeñas estrías, pero que aumentan con los niveles de flúor, hasta que la totalidad de la superficie del esmalte aparezca blanca y deslustrada. A estos niveles también se observan pequeños orificios en la superficie. La intensidad del veteado aumenta según la cantidad de fluoruro que contenga el agua.

La fluorosis dental ataca más a la dentición permanente, el esmalte puede tener un aspecto blanco opaco o con fositas, con frecuencia los dientes adquieren una

pigmentación parda. El tratamiento de la fluorosis dental consiste en mejorar la estética por medio de blanqueadores.

## PIGMENTACION POR MEDICAMENTOS

El desgaste de los dientes puede deberse a la acción química de sustancias que pueden llegar a cambiar el color de los dientes y desgastarlos siendo así susceptibles a caries.

Una de las causas más frecuentes de erosión rápida es el manejo de ácidos fuertes como el sulfúrico y el nítrico, que son utilizados por trabajadores de fábricas de celulosa, explosivos y acumuladores. Favoreciendo grandemente el uso de paño que se colocan en la boca, a la corrosión, puesto que se forman ácidos al esmalte de manera directa.

## CONCLUSIONES

Se observó la importancia que tiene el estudio de los Defectos Dentales en la Odontología Infantil.

Los defectos se definen como variaciones que ocurren rara vez y que pueden alterar la forma funcional del diente.

Es importante saber tratar a tiempo los defectos de forma de número, de tamaño, de estructura de color, para prevenir defectos de malposición, oclusión y estética.

Existen diferencias morfológicas entre los dientes temporales y los permanentes, debido a que los maxilares sufren cambios estructurales al igual que todo el organismo.

La herencia es uno de los factores de mayor importancia en la aparición de variaciones dentales.

En la anodoncia parcial se debe evitar el error de hacer extracciones de un diente primario sin tener el germen dentario permanente que lo supla.

Es importante que desde la infancia los padres lleven al niño a revisión periódicamente con el Odontopediatría, y así se le va creando un hábito de higiene y cuidado bucal al niño.

## BIBLIOGRAFIA.

### 1. ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE

Mc DONALD/AVERY

QUINTA EDICION

IMPRESO EN ARGENTINA

### 2. ODONTOLOGIA PEDIATRICA

RAYMOND L. BRAHAM

MERLE E. MORRIS

EDITORIAL AMERICANA

SEGUNDA REIMPRESION ARGENTINA

### 3. ODONTOLOGIA PEDIATRICA

SIDNEY B. FINN

EDITORIAL INTERAMERICANA

MEXICO D.F. 1982

CUARTA EDICION

### 4. ODONTOLOGIA PEDIATRICA

THOMAS K BARBER

LARRY S. LUKE

EDITORIAL MANUAL MODERNO

MEXICO D.F. PRIMERA EDICION

1985-2000

5. ODONTOLOGIA PEDIATRICA

J.R. PINKHAM, B.S., D.D.S., M.S

MC GRAW-HILL

EDITORIAL INTERAMERICANA

IMPRESO EN MEXICO

PRIMERA EDICION

6. AN ATLAS OF PEDODONTICS

JOHN M. DAVIS, D.D.S., M.S.D

DAVIDS. LAW, B.S.D., D.D.S., M.S

THOMPSON M. LEWIS, D.D.S., M.S.D

SECOND EDITION

1981

PHILADELPHIA- LONDON

7. DENTAL DEVELOPED IN AMELOGENESIS

IMPERFECTA: A CONTROLLED STUDY

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY

PEDIATRIC DENTISTRY- 17:1, 1995

W. KIM SEOW, DBS, MDSc, DDS, PhD

8. CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

AND ENAMEL HYPOPLASIA: CASE REPORT

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY

PEDIATRIC DENTISTRY- 17:1, 1995

KERROD B. HALLETT, MDSc, FRACDS

ROGER K. HALL, MDSc, FRACDS, FICD

9. MULTIPLE DENS EVAGINATUS:

DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND COMPLICATIONS:

CASE REPORT.

PEDIATRIC DENTISTRY- 16:4, 1994

ELISA A. ECHEVERRI, DDS

MING M. WANG, DDS, MS

CARMEN CHAVARRIA, DDS

D. LANCE TAYLOR, DDS