



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. enero-agosto, 2001; 5(1): 78-85

ARTÍCULO ORIGINAL

Proposición de un método de tratamiento para la agenesia dentaria

A proposal of a method of treatment to dental agenesis

Maribel Llanes Serantes¹, Alba Esther Pérez Carmona², Dolores Ruiz Nuñez³, Zoila Rosa Podadera Valdés⁴.

¹Especialista de II en Ortodoncia. Profesora Titular. Clínica Estomatológica Provincial Docente "Antonio Briones Montoto". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Ortodoncia. Clínica Estomatológica "Hermanos Saíz". San Juan y Martínez.

³Especialista de I Grado en Ortodoncia. Asistente. Clínica Estomatológica Provincial Docente "Antonio Briones Montoto". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Ortodoncia. Instructora. Clínica Estomatológica "Ormani Arenado". Pinar del Río.

RESUMEN

La agenesia dentaria consiste en la no formación de uno o varios dientes temporales y permanentes, cuya etiología es variada. Ante la presencia de esta alteración es necesario realizar una exploración prolija para valorar la magnitud del problema y la conducta a seguir, teniendo en cuenta el número y distribución de las agenesias y la edad en que se realiza el diagnóstico. En cada paciente debe hacerse un estudio de la discrepancia hueso diente como si no hubieran existido agenesias, para determinar la necesidad o no de un tratamiento con extracciones para obtener una oclusión correcta. Los autores proponen una guía de tratamiento y la edad en que debe realizarse este, teniendo en cuenta la localización de las agenesias, la necesidad o no de realizar extracciones y si estas son unilaterales o bilaterales. Se concluye con la necesidad de unificar criterios sobre la conducta a seguir en maloclusiones producidas por alteraciones específicas como es el caso de la agenesia dentaria.

Descriptor DeCS: AGENESIA DENTARIA, MALOCLUSION, DISCREPANCIA HUESO DIENTE.

ABSTRACT

Dental agenesis is the non-formation of one or more deciduous or permanent teeth with a varied etiology. In this condition it is necessary that a throughout study to assess the problem and the management must be performed taking into account the number and the distribution of agenesis as well as the age at the moment of diagnosis. Each patient must be studied for the tooth bone relation as if there have been no agenesis to determine or not the need of a treatment based on extractions to attain an adequate occlusion. The authors propose a guide to the treatment and the age in which the treatment must be applied, taking into account the agenesis site, the need or not for extractions and if they are unilateral or bilateral. It is concluded that it is necessary to arrive a consensus about the management in relation to the malocclusion produced by specific alterations as in case of the dental agenesis.

Subject headings: MALOCCLUSION,

INTRODUCCIÓN

La no-formación de dientes temporales y permanentes ha tenido diferentes denominaciones en el campo estomatológico. Algunos autores ^{1,2,3} utilizan el término oligodoncia, considerando esta como la ausencia congénita de varios dientes excluyendo el tercer molar. Daugaard y colaboradores ^{4, 5} describen esta alteración y la definen como agenesia dental, aunque este vocablo es más usado por los investigadores cuando esta entidad se asocia a disturbios del ectodermo con manifestaciones múltiples, ^{6, 7, 8} sin embargo la forma más común para designar esta alteración es la de hipodoncia, ^{9,10,11,12} la cual es considerada como la ausencia congénita de uno o varios dientes permanentes sin otra alteración sistémica, condicionada a factores hereditarios y debida a un gen autosómico dominante con expresividad variada y penetración incompleta.¹³

Por considerar más específica la expresión de agenesia dentaria, adoptaremos la misma para nuestro estudio, definiéndola como la ausencia congénita de uno o varios dientes en la dentición temporal o permanente, debido a un disturbio en el sitio normal de iniciación en el proceso de la formación de la lámina dentaria.¹⁴

En el momento de evolutivo que vivimos la fórmula dentaria del hombre consta de 2 incisivos, 1 canino, 2 premolares y 3 molares en cada hemiarcada, pero las ausencias congénitas de alguna pieza dentaria no son demasiado extrañas.

Estas ausencias congénitas responden a etiologías múltiples, considerándose a la filogenia como la mayor responsable de alteración, siendo estimada por muchos como una variante normal en la población, pues en el proceso evolutivo se ha podido constatar que hay una tendencia a la desaparición del último diente de cada serie, como adaptación a los cambios en la forma de alimentarse el ser humano.¹⁵

La agenesia dentaria produce en la mayoría de los casos alteraciones estéticas, fonéticas, funcionales y de la estabilización de la oclusión.

Las dos primeras alteraciones se producen cuando los dientes ausentes están localizados en el sector anterosuperior o anteroinferior del arco dentario y las dos últimas cuando su localización corresponde a los sectores laterales y posteriores del arco superior o inferior.

Teniendo en cuenta la presencia con que se presenta en la Clínica esta alteración, nos proponemos elaborar una guía de tratamiento para los pacientes con agenesia dentaria que permita a los ortodoncistas una unidad de criterios en cuanto a la terapéutica a aplicar en cada uno de ellos, armonizando el número de dientes presentes con la cantidad de material dentario disponible para su ubicación, con lo que se logra una estética adecuada, una alta eficiencia masticatoria y una correcta articulación de las palabras.

DESARROLLO

Después de realizar el examen clínico y observar la ausencia de algún diente, indicamos una radiografía para poder confirmar el diagnóstico de oligodoncia y proceder según esta indicado. Para ello debe realizarse un análisis del problema dentario y un análisis Ortodóncico propiamente.

Desde el punto de vista dentario se realizarán los siguientes análisis:

Estado del diente temporal. Para valorar la permanencia del diente temporal en el espacio que debía ocupar el diente permanente congénitamente ausente, hay que tener en cuenta ante todo la integridad de la corona del mismo y el grado de reabsorción de sus raíces.

Otros aspectos a valorar son las diferencias en la forma y el tamaño entre los dientes temporales y permanentes. Cuando el diente congénitamente ausente es el incisivo lateral, las mayores diferencias son de tamaño, pues en lo relativo a la forma, las similitudes son aceptables.

Cuando se trata de oligodoncia de premolares, las mayores diferencias están relacionadas con la forma, pues en cuanto al tamaño, el molar temporal es generalmente mayor que la bicúspides correspondiente.

Número y distribución de la oligodoncias. La determinación exacta de la oligodoncia única y múltiple, simétrica o no simétrica, anterior o posterior o ambas, nos da la medida del número y distribución de la alteración, así como de ubicar exactamente la zona de la arcada dentaria afectada.

Además es importante valorar la edad en la cual se realiza el diagnóstico de la oligodoncia. Si tenemos en cuenta que entre cuatro y cinco años se pueden observar los gérmenes de todos los dientes permanentes a excepción del tercer molar, este diagnóstico puede hacerse muy tempranamente, lo que facilitaría controlar el brote y guiar la erupción para lograr los mayores éxitos en el tratamiento.

Con frecuencia puede observarse formación tardía de los folículos de algunos dientes, entre ellos el segundo premolar, por lo que debe dársele seguimiento prolongado a los pacientes con oligodoncia de bicúspides.

Si el paciente no acude a tiempo a la consulta puede presentarse en la edad adulta una maloclusión cuyo tratamiento estará encaminado a resolver la alteración a expensas del espacio relativo al diente ausente.

La edad indicada para realizar el tratamiento correctivo es aquella en la que debía producirse el cambio fisiológico del diente ausente.

-Análisis Ortodónico.

a. Oligodoncia de incisivos laterales.

En estos casos pueden existir dos variantes, una en la cual están identificadas las extracciones y otra en la cual no exista discrepancia hueso - diente negativa y que por lo tanto las extracciones de dientes permanentes para corregir la discrepancia no esté indicada. Analicemos la primera variante.

Oligodoncia de laterales con indicaciones de extracciones.

En estos casos el objetivo de tratamiento sería colocar los caninos permanentes en la posición de los incisivos laterales.

Este objetivo sería en los casos de oligodoncias bilaterales y se lograría realizando la extracción de los dientes temporales correspondientes a edad temprana, aproximadamente entre 8 y 9 años para que el canino brote en una posición lo más cercana posible al incisivo lateral.

Si la oligodoncia es unilateral, en el lado de la oligodoncia se procedería a la forma antes mencionada y en el lado opuesto se determinaría si es recomendable extraer alguno bicúspide o si el diente indicado para la extracción sería el incisivo lateral presente. Esta valoración se haría teniendo en cuenta fundamentalmente el tamaño relativo de este diente y su anatomía.

Si se hace necesario el tratamiento Ortodónico éste se realizará aproximadamente entre 10 y 10 ½ años, para facilitar el brote del canino en la posición del lateral. Por último, será necesario realizar el tallado de los caninos permanentes para alcanzar el objetivo estético del tratamiento.

En caso de que no exista discrepancia hueso? diente negativa, debe observarse continuamente el momento en que normalmente se exfolia el incisivo lateral

temporal para colocar un aparato removible estético que mantenga el espacio de estos dientes.

Posteriormente se valorará con el especialista de prótesis la edad y el tipo de aparato que ha de usarse para la rehabilitación definitiva.

b. Oligodoncia de premolares.

Como fue planteado anteriormente puede presentarse la oligodoncia en casos en que exista discrepancia hueso? diente negativa, es decir, en el que normalmente hubiesen estado indicadas las extracciones y casos en los que no existía discrepancia hueso ? diente y por consiguiente no haya indicación de extracción dentaria.

En el primer caso, la situación es muy similar a la que frecuentemente se le presenta al ortodoncista en la clínica y por consiguiente el resultado final también será parecido pues el objetivo de tratamiento constituirá en armonizar el material dentario existente con el tamaño del hueso.

Si la oligodoncia es unilateral, se realizará la extracción del molar temporal en la hemiarcada afectada y del premolar en la hemiarcada no afectada y se procederá al tratamiento.

Si la oligodoncia es bilateral se extraerán ambos temporales y se realizará el tratamiento de ortodoncia.

En ambos casos el tratamiento debe realizarlo el especialista en Ortodoncia.

Cuando no exista discrepancia hueso? diente negativa, es decir, cuando no hay indicación de extracción, sería necesario conservar la totalidad de las unidades dentarias para que se establezca la oclusión correcta.

Si el molar temporal tiene condiciones que así lo permitan, se procederá a la edad en que normalmente se produciría el cambio dentario, (aproximadamente a los 10 años) al tallado interproximal de este diente por distal. De esta forma facilitamos el corrimiento mesial del primer molar inferior y además adecuamos el tamaño mesiodistal del molar temporal al que debía tener el premolar correspondiente.

Si no fuera posible conservar el molar temporal, se colocaría una prótesis como mantenedor de espacio de las que normalmente se utilizan para este fin.

Cuando el niño alcance la edad indicada (más de 16 años) y se haya mantenido una oclusión adecuada, se procederá a la rehabilitación definitiva del paciente.

Hay especialistas que tiene el criterio de mantener el diente temporal todo el tiempo que este en condiciones adecuadas. Esto es erróneo, puesto que este proceder impide al primer molar permanente el corrimiento mesial, por lo que este diente tiende a volcarse o inclinarse sobre el molar temporal produciendo una ingresión paulatina al mismo, y esta ingresión facilita que el primer premolar se incline distalmente y ambos, primer molar y primer premolar "ahoguen" al molar temporal.

Estas inclinaciones entorpecen la colocación ulterior de una prótesis cuando el diente temporal se pierda definitivamente.

CONCLUSIONES

1. Ante la presencia de agenesia dentaria, se impone un estudio minucioso del caso para valorar.
 - a. Necesidad de extraer o no para lograr una oclusión correcta en caso de que no hubiese existido agenesia.
 - b. Localización de la agenesia, es decir, si es anterior o posterior.
 - c. Si se trata de agenesias unilaterales o bilaterales.
2. Es necesario unificar criterios y establecer guías de tratamiento con maloclusiones producidas por alteraciones específicas como el caso de la agenesia dentaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tsai PF, Chiou HR, Tseng CC. Oligodontia a case report. *Quintessence Int.* 1998 Mar; 29 (3): 191 - 3.
2. Escobar V, Epker BN. Alveolar bone growth in response to endosteal implants in two patients with ectodermal dysplasia. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998 Dec, 27 (26): 445 - 7.
3. Schalk - Van der Weide Y, Bosman F. Tooth size in relatives of individuals with oligodontia. *Arch Oral Biol* 1996 May; 41 (5): 469 - 72.
4. Dugaard - Jensen J, Nodal M, Kjaer I. Pattern of agenesis in the primary dentition: a radiographic study of 193 cases. *Int J Paediatr Dent* 1997 Mar; 7 (1): 3 - 7.
5. Dugaard - Jensen J, Nodal M, Skovgaard LT. Comparison of the pattern of agenesis in the primary and permanent dentitions in a population characterised by agenesis in the primary dentition. *Int J Paediatr Dent* 1997 Sept; 7 (3): 143-8.
6. Sejrsen B, Kjaer J, Jakobsen J. Agenesis of permanent incisors in a mediaeval maxilla and mandible: aetiological aspects. *Eur J Oral Sci* 1995 Apr; 103 (2(Pt 1)): 6 -9.
7. De Zegher F, Lagae L, Declerk D. Kallmann Syndrome and delayed puberty associated with agenesis of lateral maxillary incisors. *J Craniofac Genet Dev Biol* 1995 Apr-Jun; 15 (2): 87-9.
8. Silvestri A, Natali G, Fadda MT. Dental agenesis in hemifacial microsimia. *Paediatr Dent* 1996 Jan-Feb; 18 (1): 48-51.
9. Lapter M, Slaj M, Skrinjaric L, Mureticc Z. Inheritance of hypodontia in twins. *Coll Antropol* 1998 Jun; 22 (1): 291-8.

10. Mestrovic SR, Rajic Z, Papic JS. Hipodontia in patients with Down's Syndrome. Coll Antropol 1998 Dec; 22 Supp 1: 69-72.
11. Kindelan JD, Rysiecki G, Chils QP. Hipodontia: genotype or environment. A case report of monozygotic twins. Br J Orthod 1998 Aug; 25 (3): 175-8.
12. Kerr WJ, Clark JD, Davis MH. Hypodontia: George's case. Dent Update 1997 Nov; 24 (9): 362-5.
13. Arte S, Nieminen P, Pirinen S, Thesle FF L. Gene defect in hypodontia: exclusion of EGF, EGFR, and FGF ? 3 as candidate genes. J Dent Res 1996 Jun; 75 (6): 1346-52.
14. Correa Mozol B, García ? Robes M. Agenesia dentaria. Estudio familiar. Rev Cubana Ortod 1996; 11 (1): 27.
15. Moyers Roberts E. manual de Ortodoncia. 1ra. Edición. Argentina: Editorial Mund, 1976: 242-71.

Recibido: 5 de marzo del 2001
Aprobado: 20 de febrero del 2001

Dra. Maribel Llanes Serantes. Franciscos Remedios No. 28 e/n Pepe Portilla y Orotaba. Pinar del Río. Cuba