

¿QUE ACTITUD TERAPÉUTICA DEBERÍAMOS TENER CUANDO NO HA ERUPCIONADO UN DIENTE PERMANENTE?

¿What should be do when a permanent tooth has not erupted??

Cevallos, Víctor; C.D., Mg ¹
Gonzales, Julio; C.D. ²

RESUMEN

Palabras clave:

- erupción dental
- problemas eruptivos
- patología eruptiva

Los Problemas eruptivos son una de las más frecuentes razones de consulta dental, especialmente cuando se aprecia la falta de erupción de alguna pieza permanente. Existen múltiples causas (Genéticas, sindromicas, anatómicas, eruptivas). El propósito del presente articulo será informar sobre las causas mas comunes y cuan deberia ser la actitud correcta del profesional sobre el diagnostico y terapeutica.

ABSTRACT

Key words:

- dental eruption
- eruptive problems
- eruptive pathology

Eruptive problems are one of the most frequently issues for dental exam, especially when an absence of a permanent teeth is present. There are múltiple causes (Sindromycs, Genethics, anathomics, of the present article is to discuss the most comon causes of this clinical situation, and to explain the effort attitude to the dental professional about diagnosis and therapy.

INTRODUCCIÓN

Una de las situaciones que frecuentemente se presenta dentro de la consulta odontológica, es la ausencia de alguna pieza dentaria permanente. Es muy común que se cree ansiedad en la familia cuando se retarda la erupción, en especial de los incisivos permanentes, y nuestro deber será poder tener un correcto diagnostico, como plantear alternativas terapéuticas que orienten a los padres y les den tranquilidad.

En el presente artículo queremos mostrar algunas de las causas más comunes que se podría encontrar al no haber erupcionado alguna pieza dentaria.

Erupción Dentaria

Una pieza dental atraviesa tres fases principales dentro del proceso de erupción. La Fase Preeruptiva (Caracterizada por la etapa formativa y múltiples movimientos intraoseos), Fase Eruptiva propiamente dicha (que conlleva al brote del germen dental y su aparición en la

¹ Odontólogo, Docente Facultad de Odontología, Universidad de San Martín de Porras. Lima Perú

² Odontólogo, Especialista en Odontopediatría, Universidad de San Martín de Porras. Lima Perú

cavidad oral) y la Post eruptiva (que involucra movimientos dentarios hasta llegar a una oclusión funcional).¹ Durante las primeras etapas, la pieza dentaria se puede ver impedida en la erupción debido a diferentes patologías y situaciones clínicas que explicaremos a continuación.

Una de las situaciones que comúnmente se presenta, es la **FIBROSIS GINGIVAL**, o llamada también quiste eruptivo, la cual es producida por queratinización excesiva del epitelio gingival impidiendo la ruptura normal de la mucosa, quedando la pieza parcialmente detenida en su proceso de erupción (Foto 1 a,b,c). El tratamiento en este caso es una cirugía muy simple que consiste en la incisión y operculectomía de la encía afectada, dejando paso para la erupción normal del diente.²

La presencia de **SUPERNUMERARIO**, es otra de las patologías que frecuentemente encontramos en un examen radiográfico rutinario. Un supernumerario es una pieza dental originada de un germen dentario accesorio a la fórmula dentaria normal, la cual da origen ya sea a una pieza amorfa de forma cónica o sin forma anatómica exacta (rudimentario) o un diente que tiene la forma exacta de su simétrico (Suplementario (Foto 2 y 3). Aquellos que se encuentran ubicados entre los incisivos superiores se denominan **MESIODENT** tendiendo a ser los más frecuentes en presentarse.^{1,3} Los supernumerarios pueden cursar en evolución intra o extra ósea sin distinción, y con facilidad generan cambios en la posición del eje eruptivo de los dientes.

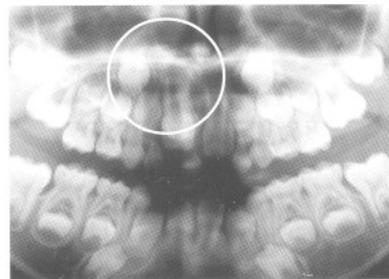
El **ODONTOMA** (Foto 4), es una patología que pertenece al grupo de los tumores mixtos benignos, y consiste en la presencia de tejido epitelial, mesenquimal y estructuras de esmalte y dentina, generalmente con presencia de microdientes o una masa irregular, siendo una traba física considerable.²

Tanto en el caso de los supernumerarios, como del odontoma, el



Fibrosis gingival que impide erupción de las piezas permanentes, se realiza incisión tipo operculectomía. Se aprecia la erupción espontánea de las piezas.

Foto 1 (a,b,c)



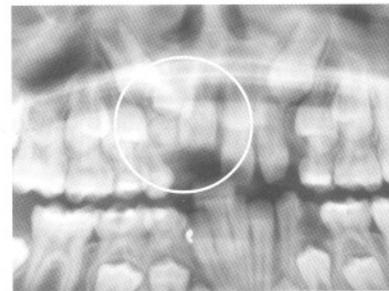
Presencia de Mesiodent, se aprecia el impedimento de la erupción de la pieza 2.2

Foto 2



Falta de erupción de la pieza 1.1 por presencia de mesiodent.

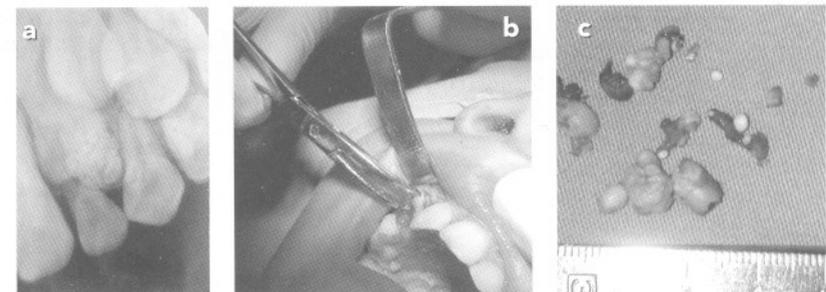
Foto 3



Odontoma que impide la erupción de las piezas 1.1 y 1.2 en un paciente de 9 años de edad.

Foto 4

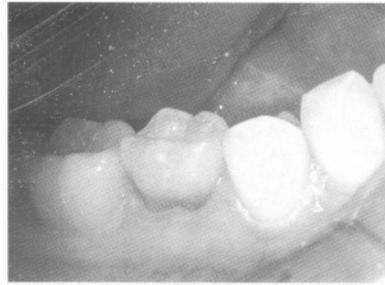
tratamiento es eminentemente quirúrgico (Foto 5 a,b, c); al eliminar la traba física esperamos que el diente erupcione por si solo. Sin embargo cabe la posibilidad, que debido a un tiempo prolongado de retención, la pieza haya perdido su poder eruptivo. También puede presentarse el caso que el remanente óseo que cubre la pieza impida la reerupción de esta causando anquilosis, o el cierre apical no sea favorable en la erupción normal. En estos casos esta indicada la tracción ortodóntica.



a. Evidencia radiográfica de un odontoma que impide la erupción del sucedáneo. b. Procedimiento quirúrgico c. Pieza operatoria

Foto 5

ANODONCIA (Foto 6a, b) es la ausencia congénita del germen dental. Frecuentemente compromete a los incisivos laterales y los premolares. Esta origina presencia de espacios y defectos estéticos, cuyo tratamiento protésico requerirá de múltiples etapas. Conforme se complete el desarrollo craneofacial del niño se deberán plantear diferentes alternativas terapéuticas que generalmente son de intervención multidisciplinaria.⁴



Presencia clínica de molar decidua retenida por agencia premolar.

Foto 6 (a y b)

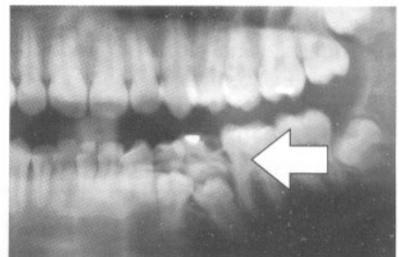
Cuando una pieza de la fórmula dental normal modifica su posición durante su evolución intra ósea cambiando de orientación o encuentra una traba mecánica; puede quedar **RETENIDO** (Foto 7, 8 y 9), dentro del proceso óseo. Estos casos requieren un diagnóstico cuidadoso y considerar factores como la edad, grado de apiñamiento, presencia o ausencia de maloclusiones, espacios o diastemas, grado de cooperación del paciente, para poder tomar la decisión de optar por la tracción ortodóntica y recolocación dentro del arco dentario o la exodoncia. Cuando es una pieza decidua, la que por falta de exfoliación, no permite la erupción de un permanente, deberemos evaluar la exodoncia prematura con la finalidad que la erupción del sucedáneo sea viable.



Premolares retenidas en paciente de 13 años por falta de reabsorción adecuada de las piezas deciduas.

Foto 7 (a y b)

Esta situación se ve agravada cuando el paciente presenta una discrepancia alveolodentaria negativa severa, (Foto 10); ante lo cual el tamaño de la pieza dental es más grande que el espacio disponible para su erupción, originando que quede retenido.



Incapacidad de erupción por falta de espacio

Foto 8

Retención de ambos premolares por anquilosis de molares deciduas.

Foto 9

La **TRANSPOSICIÓN DENTAL** (Foto 11), es una situación clínica que consiste en el cambio de posición de las piezas adyacentes (Canino - Premolar con mas frecuencia), originado por movimientos intra óseos erup-tivos excesivos durante la etapa de desarrollo dentario, originando problemas de cambio de orientación sagital de los dientes durante la formación radicular o por patologías mas complejas como Labio paladar fisurados, entre otros. Esta situación origina problemas



a

b

Paciente de 12 años que presenta ausencia de erupción de canino y premolar por falta de espacio, las piezas quedaron retenidas.

Foto 10



a



b



c

Transposición de canino y premolar, se observa la erupción en posiciones invertidas.

Foto 11

estéticos y sobre todo, funcionales tanto como eruptivos. En estos casos es importante tener un diagnóstico integral para poder tomar decisiones terapéuticas adecuadas y no cometer el error de apresurarse en la ejecución de algún tratamiento exodóntico.⁵

DISCUSION

Los dientes supernumerarios llamados también hiperodoncia, oligodoncia, ente otros; que pueden estar relacionados a síndromes o no; tienden a ser la primera causa de la ausencia de una pieza permanente en boca. Existen varias teorías controversiales de su origen, una propone que se debe a la dicotomía del germen dental; otra sugiere que es causada por hiperactividad de la lámina dental.⁶

Se ha sugerido también un patrón no mendeliano simple, aunque los reportes sugieren una tendencia familiar.⁷

El mesiodent es la causa mas frecuente de retención del incisivo permanente. Según los estudios de Fernández-Valmaseda en un 46.9 % seguido del premolar (24.1%), siendo la frecuencia de ubicación mayor en el maxilar superior (74.5%) que en el inferior (46.9%). Coincidimos también en afirmar que el área palatina es el lugar por donde con mayor frecuencia se hará el abordaje quirúrgico.³

Se estima que los supernumerarios afecta al 0.3 a 3.8% de la población

mundial, los cuales muchas veces no son detectados a menos que sea por hallazgo radiográfico.⁷

Mason y Azam en un estudio realizado en 100 pacientes encontraron que un 72% de los casos los incisivos retenidos erupcionaron espontáneamente después de la cirugía de extirpación del supernumerario. En los casos donde la raíz no había terminado su desarrollo un 28% requirió una segunda intervención con la finalidad de exponer la pieza retenida. Cuando la raíz ha completado su maduración, se reportó que el 63% requirió una segunda cirugía. De esto podemos inferir que la inmadurez radicular será de un pronóstico más favorable para la erupción espontánea de la pieza.¹⁴ La mayoría de autores recomiendan una terapia quirúrgica conservadora, no muy amplia en el momento de extirpar la patología que esta causando la retención, con la finalidad de evitar lesiones en las otras estructuras adyacentes.⁸

La ausencia congénita de piezas permanentes es otra de las patologías que comúnmente se reporta en la literatura, observando mayor frecuencia en niñas que en niños, causando problemas oclusales y estéticos cuyo abordaje terapéutico origina discusión entre las diferentes especialidades. 9-15

La incidencia de anodoncia en la dentición permanente se ha reportado entre 2.3 - 11.3%. Es de etiología desconocida sin embargo se reporta una tendencia hereditaria.⁴

Un 80% de los casos cursa con uno o dos dientes faltantes, y un 1° % de cuatro a mas están ausentes. En el caso que presentamos se aprecia la anodoncia congénita de los cuatro segundos premolares con permanencia de los molares deciduos. A los 25 años de edad la paciente perdió la pieza 6.5 por reabsorción radicular.

En algunos casos la intervención temprana del ortodoncista será vital para el éxito del tratamiento, en ello contribuirá factores como la presencia de maloclusiones, alteraciones en el desarrollo y crecimiento óseo, entre otros. Cuando la ausencia del permanente se da en dentición mixta será importante considerar en la terapia un mantenedor de espacio que nos permita opciones protésicas futuras adecuadas. Suprabha y Pai sugieren que las piezas deciduas que no han exfoliado por agenesis de los permanentes, tienden a la anquilosis pero son más propensos a caries y enfermedad periodontal.¹⁰ El pronóstico de estas piezas es impredecible, según Bjerklin y Bennett si la molar anquilosada persiste a la edad de 20 años el pronóstico es relativamente bueno. A pesar de que el riesgo a la infraoclusion es alto la mayoría de autores recomiendan que estas piezas no deben ser extraídas.¹¹

Los odontomas no son considerados como dientes supernumerarios porque ya se encuentran clasificados por la OMS como tumores odontogénicos; los cuales no son muy frecuentemente encontrados pero

sin embargo presentan los mismos desafíos terapéuticos que los dientes supernumerarios. Representan el 22% de los tumores odontogénicos siendo los más frecuentes los compuestos que los complejos en una relación de 2:1. Se reporta que se sitúan en el área de incisivos de canino y premolar superior seguida por la zona anteroinferior y posteroinferior. Algunos autores refieren que tienen un origen traumático durante la primera dentición, procesos inflamatorios anomalías hereditarias, hiperactividad odontoblástica o alteración del gen de control del desarrollo dentario.¹²

CONCLUSIONES

1. La patología que es la causa más frecuente de falta de erupción dental es el mesiodent.
2. Ante la falta de erupción de una pieza dental los exámenes radiográficos serán de suma importancia para el diagnóstico oportuno.
3. Los exámenes radiográficos en la dentición decidua deben tomarse en cuenta para una conducta terapéutica oportuna.
4. El tratamiento de las patologías que ocasionan la falta de erupción de una pieza principalmente es quirúrgico y de carácter multidisciplinario.

Agradecimiento de los autores a la Clínica Universitaria Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres por las facilidades en la presentación de los casos clínicos de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar F, Odontología Pediátrica, Concepción, Editorial Universitaria, 2002.
2. Cameron A, Widmer R, Manual de odontología pediátrica. Madrid. Harcourt. 2000.
3. Fernandez MP, Valmaceda CE, Berini AL, Gay EC, Retrospective Study of 145 supernumerary teeth. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006; Jul 1;11(4): 339-44.
4. McNamara C, Foley T, M McNamara C, Multidisciplinary management of hypodontia in adolescents: Case report. J Can Dent Assoc 2006; 72(8): 740-6.
5. \o "Click to search for citations by this author." Tseng YC, \o "Click to search for citations by this author." Chang HP, \o "Click to search for citations by this author." Chou TM. Canine transposition. Kaohsiung J Med Sci. 2005 Oct;21(10):441-7.
6. Liu JF, Characteristics of the premaxillary supernumerary teeth a survey of 112 cases. ASCD J. Dent Child 1995;62: 262-5.
7. \o "Click to search for citations by this author." Salcido-García JF, \o "Click to search for citations by this author." Ledesma-Montes C, \o "Click to search for citations by this author." Hernández-Flores F, y col. Frequency of supernumerary teeth in Mexican population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004 Nov-Dec;9(5):407-9; 403-6
8. Mason C, Azam N, Holt RD, y col. A retrospective study of unerupted maxillary incisors associated with supernumerary teeth. Br J Oral Maxillofac Surg. 2000 Feb;38(1):62-5.
9. Kirzioglu Z, Koseler ST, y col. Clinical features of hypodontia and associated dental anomalies: A retrospective study. Oral Dis. 2005 Nov;11(6):399-404.
10. Suprabha BS, Pai SM. Ankylosis of primary molar along with congenitally missing first permanent molar. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2006 Jun;24(2 Suppl):S35-7
11. Hansen K, Kjaer I. Persistence of deciduous molars in subjects with agenesis of second premolars. Eur J Orthod 2000;22:239-43.
12. Amado CS, Gargallo AJ y col, Revision de 61 casos de odontoma. Presentacion de un odontoma complejo erupcionado, Med Oral S. L. 2003;8:366-73.
13. Balmaceda-Castellon E, Berini AL, Gay E. Supernumerary Premolars. Reporto f 10 cases. Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol. 2001 Jan-Apr;43(1):19-25
14. Bryan RA, Cole BO, Welbury RR. Retrospective analysis of factors influencing the eruption of delayed permanent incisors after supernumerary tooth removal. Eur J Paediatr Dent. 2005 Jun;6(2):84-9.
15. Kokich VG, Kokich VO. Congenital missing mandibular second premolars: clinical options. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006 Oct;130(4):437-44.