

ESQUEMA GENERAL DE ERUPCIÓN Y CAMBIO DENTARIO

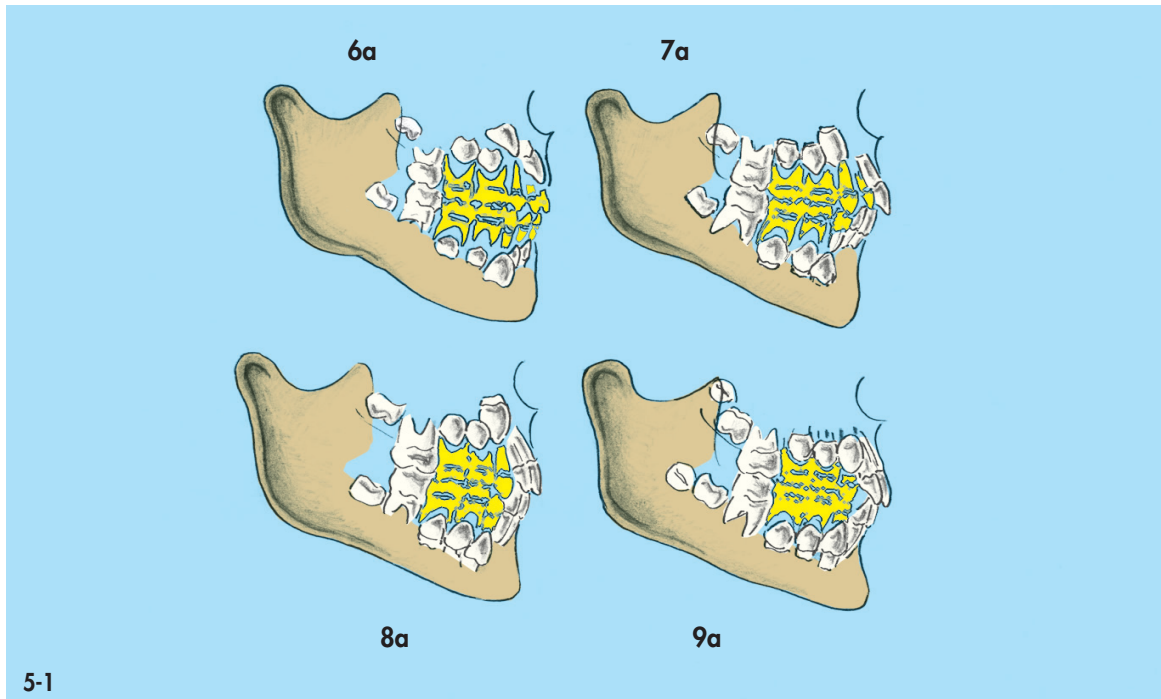


Fig. 5-1 A los 6-7-8-9 años.

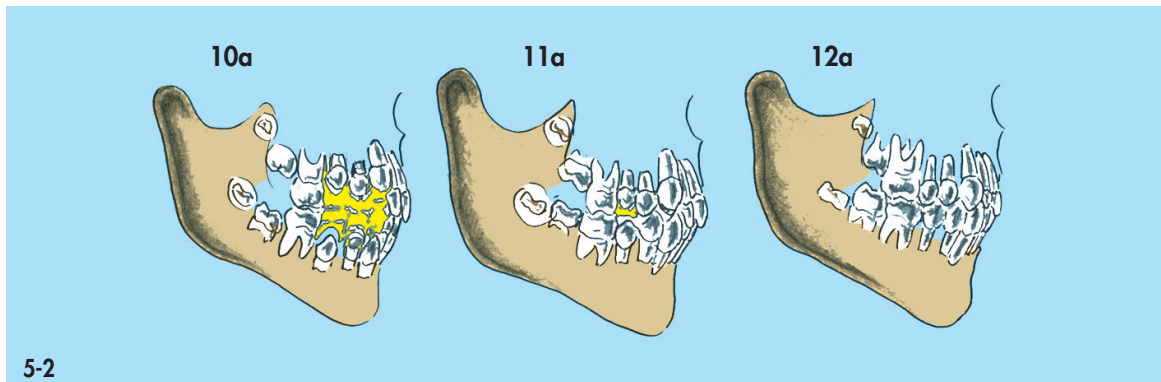


Fig. 5-1 A los 10-11-12 años.

CASO CLÍNICO Nº 1

Joven paciente con ligera mordida abierta, biprotrusión alveolodentaria y apiñamiento.

Después de la fácil corrección de la apertura anterior, el caso no es seguido hasta que no reaparece a la observación en las condiciones ilustradas por los modelos, en el que se observa, entre otras cosas, una nueva fase de tratamiento con aplicación, en otros consultorios, de barra palatina y bandas para *lip bumper* inferior.

En este punto se discuten con los padres las distintas opciones terapéuticas y la falta de espacio junto con la biprotru-

sión, la cual favorece la selección extractiva (1.4, 2.4, 3.4, 4.4)

La oclusión que se muestra es sin la utilización de ninguna aparatología ortodóntica.

El caso no fue exactamente desarrollado de acuerdo al esquema de extracciones seriadas porque las extracciones de los permanentes fueron realizadas aproximadamente un año después de su erupción, pero la dinámica eruptiva es superponible a lo antes expuesto.

Sobre todo, el resultado confirma el pensamiento de Jack G. Dale.



Figs. 5-3, 4, 5, 6 Modelos en los que son evidentes la falta de espacio, sobre todo para 1.3 y 4.5. Observe la barra palatina superior y las bandas inferiores para *lip bumper*.



Figs. 5-7, 8 Oclusión final sin la aplicación de algún aparato.



Fig. 5-9 Telerradiografía inicial, observe la biprotrusión alveolodentaria.



Fig. 5-10 Telerradiografía final. Observe la armonía con respecto a la anterior.

ANOMALÍAS DE NÚMERO DE DIENTES CON ESPECIAL REFERENCIA A LAS AGENESIAS

Si la presencia de piezas dentarias supernumerarias requiere, simplemente en la mayor parte de los casos, de su avulsión, la ausencia de dientes permanentes constituye para el ortodontista, por otra parte, un capítulo complejo e importante. La ausencia de dientes permanentes es una afección significativamente detectable en la práctica clínica cotidiana. Hrdlicka calculó que el 3% de los incisivos laterales maxilares presentan variaciones de dimensión o están ausentes genéticamente. Grahen detectó una incidencia de agenesias del 5,5% entre los suecos, esto sin contar con las muelas del juicio. El orden de frecuencia de los dientes que pueden faltar es el siguiente: terceros molares, incisivos laterales, según dos premolares maxilares (en algunas casuísticas, el orden entre estos últimos y los incisivos laterales es inverso), incisivos centrales, primeros premolares maxilares.

Los primeros molares, los caninos, los incisivos laterales superiores presentan rara vez agenesias.

La herencia es un factor unánimemente reconocido en la agenesia dentaria y no se correlaciona con la dimensión de los maxilares.

En algunos casos la ausencia total o parcial de los dientes puede estar acompañada por otras características físicas: labiopalatoesquisis, contornos anómalos de la teca craneal, lanugo, oniquia, anhidrosis, disostosis cleidorraneal y otras irregularidades de los tejidos y de los órganos de origen ectodérmico. La agenesia es considerada por algunos como la expresión de un proceso evolucionario según el cual los maxilares y la dentadura irían al encuentro de una reducción respectivamente dimensional y numérica.

Una prueba de la etiología genética de la agenesia de los incisivos laterales y de su empequeñecimiento en tres generaciones fue dada por Bradlow.⁽³²⁾ La característica luce dominante. Naturalmente no debe olvidarse que la aparición primitiva de un carácter; razón por la cual que podemos encontrar un pequeño paciente con agenesias sin que pueda detectarse en los parientes el mismo aspecto. Por lo general, en los casos de agenesia de los segundos premolares es extremadamente importante mantener los deciduos el mayor

tiempo posible, procediendo a un remodelado mesiodistal para una mejor relación oclusal. Si bien se procede a cierta reabsorción radicular, esto es lento si los dientes son sanos. En efecto, no faltan ejemplos de permanencia en la arcada de estas piezas más allá de los 50 años de edad. Entonces, es necesario un diagnóstico precoz de manera que estas piezas sean preservadas de la mejor forma (sellantes, higiene oral específica, obturaciones precoces). Calculando que en la actualidad es posible realizar una ortopantomografía con una dosis de Rx ubicada dentro de los límites de seguridad para los pequeños pacientes, creo conveniente una exploración radiológica de la población infantil a los 4-5 años de edad. De esta forma se evitarían, seguramente, situaciones como en el caso en el que las agenesias permanecieron ignoradas hasta la edad de 9 años a pesar de las curas realizadas a los deciduos gravemente cariados.

Una interesante alternativa terapéutica está constituida por el autotrasplante de los gérmenes dentarios; por cuanto pueda parecer increíble, se trata de una indicación que no es nada reciente, ya que a principios de los 1900, caninos en malposición o incluidos fueron reposicionados en la arcada. Es sobre todo a partir de los años 1950 por obra de varios autores, en los que están Apfel y Miller en 1950, Fong en 1953, Nordenram en 1963, Agnew en 1966, Andreasen en 1970, que los terceros molares fueron colocados en vez de comenzar con los segundos molares gravemente comprometidos. A finales de los años 1960 es el turno de los premolares, y se destacan los trabajos de Slagsvold y Bjercke^(229,230) (1967, 1974, 1978). El momento ideal para un autotrasplante se obtiene cuando la raíz de la pieza está formada desde 1/4 hasta 3/4 de la longitud final (Kristerson, 1985): si se trasplanta antes se pueden producir problemas con retardos en la maduración, si se trasplanta posteriormente es alto el riesgo de rizólisis. Posteriormente, no debe olvidarse, tal como lo demuestra Schwartz⁽²²³⁾ y colaboradores que el pronóstico de un diente trasplantado depende también de la técnica quirúrgica, la cual debe ser, claro está, la menos traumatizante posible. Después de una simple anestesia local se procede a la preparación de un colgajo de acceso y a la preparación del alvéolo receptor utilizando fresas de baja velocidad (por debajo de 2.000 revoluciones por minuto) con abundante irri-

gación. Removida con el máximo cuidado, para no lesionar al ligamento periodontal, se coloca la pieza a trasplantar inmediatamente en el nuevo alvéolo. La sutura del colgajo a nivel oclusal es suficiente para mantener la posición.

Las piezas más maduras que emergen en la cavidad oral pueden ser fijadas a los dientes adyacentes durante un par de semanas, por lo menos teniendo el cuidado de liberarlos ligeramente de la oclusión.

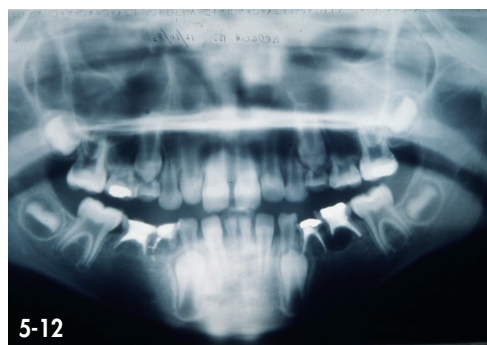
Por último, entre las distintas posibilidades terapéuticas con el fin de olvidar la opción protésica depende la implantología lleva, en la actualidad la parte dominante.

Pero ¿resulta siempre apropiado el mantenimiento de la pieza decidua y, extendiendo el concepto, del espacio? No. Continuando con los premolares debe decirse que puede resultar útil extraer el deciduo al cual corresponde una agenesia y cerrar el espacio en los casos de apiñamiento anterior. De esta forma, este último puede ser resuelto.

El cierre de estos espacios se puede producir con el uso de aparatología, si la intervención es relativamente tardía, o por movimiento dentario espontáneo si la época de intervención es relativamente precoz. En efecto, como lo destaca

Cozzani, si falta un segundo premolar inferior, recién erupcionado distalmente al primer molar es posible desvitalizar el segundo molar deciduo extrayendo a la mitad distal. El primer molar permanente avanza sin una indeseada inclinación mesial, cerrando el espacio. En este punto se extrae la mitad anterior del deciduo y el primer molar avanza nuevamente sin inclinarse, ocupando completamente el espacio que antes era ocupado por el molar deciduo. En lo que se refiere a la agenesia de los incisivos laterales superiores, ¿es estadística y clínicamente tan importante? Remito al lector al capítulo «La ortodondia como alternativa a la prótesis» rogando que integre la lectura con el siguiente caso clínico.

La falta de 14 y 24 permitió la retracción del grupo anterior, por lo tanto, no podemos definirla favorable en este contexto (Figura 11-14). Seguramente permanece negativa la falta de otras piezas que serán sustituidas protésicamente. Además, observe la rápida exfoliación de los dientes deciduos después de las curas invasivas y es necesario preguntar, a la luz de la radiografía ortopantomográfica de la Figura 15, que otro destino habría tenido la paciente si hubiera sido interceptada precozmente.



Figs. 5-11, 12 Telerradiografía y ortopantomografía iniciales en los que se destaca la Clase II división 1 y la agenesia de 1.4, 1.5, 2.4, 2.5, 3.4, 3.5, 4.1, 4.2, 4.4, 4.5.

Figs. 5-13, 14 Telerradiografía y ortopantomografía finales.

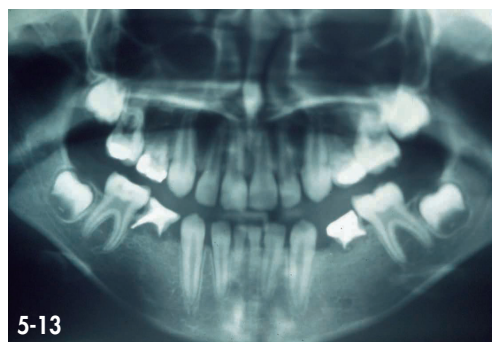


Fig. 5-15 Agenesia de 4.5 en paciente de 36 años de edad. Como es posible observar el deciduo sano permanece en la arcada durante mucho más tiempo.

