

# Anomalías dentales: Artículos esenciales y recomendaciones consensuadas, 2021

- Adekoya-Sofowora CA. Natal and neonatal teeth: a review. *Niger Postgrad Med J* 2008;15:38-41
- Al-Ani AH, Antoun JS, Thomson WM, Merriman TR, Farella M. Hypodontia: An Update on Its Etiology, Classification, and Clinical Management. *Biomed Res Int.* 2017;9378325. doi.org/10.1155/2017/9378325.
- Anthonappa RP, King NM, Rabie AB. Aetiology of supernumerary teeth: A literature review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2013;14:279-88.
- Dashash, M. Yeung CA, Jamous I, Blinkhorn A. Interventions for the restorative care of amelogenesis imperfecta in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD007157.
- Gallacher A, Ali R, Bhakta S. Dens invaginatus: diagnosis and management strategies. *Br Dent J* 2016;221:383-7.
- Gill DS, Barker CS. The multidisciplinary management of hypodontia: a team approach. *Br Dent J* 2015;218:143-9.
- Khalaf K, Miskelly J, Voge E, Macfarlane TV. Prevalence of hypodontia and associated factors: a systematic review and meta-analysis. *J Orthod.* 2014; 41:299-316.
- Lammi L, Arte S, Somer M, Javinen H, et al. Mutations in AXIN2 cause familial tooth agenesis and predispose to colorectal cancer. *Am. J. Hum. Genet.* 2004, 74:1043–1050.
- Marvin ML, Mazzoni S, Herron CM, Edwards S, et al. AXIN2-associated autosomal dominant ectodermal dysplasia and neoplastic syndrome. *Am J Med Genet A.* 2011,155 898–902.
- Seow WK. Developmental defects of enamel and dentine: Challenges for basic science research and clinical management. *Aust Dent J* 2014;59:143-54.
- Shields ED, Bixler D, El-Kafrawy AM. A proposed classification for heritable human dentine defects with a description of a new entity. *Arch Oral Biol* 1973;18:543-53.
- Smail-Faugeron V, Picou Rollin J, Muller Bolla M, Courson F. Management of non-syndromic dens evaginatus affecting permanent maxillary central incisors: a systematic review. *BMJ Case Rep* 2016. doi: 10.1136/bcr-2016-216672.
- Smith CEL, Poulter J, Antanaviciute A, Kirkham J, et al. Amelogenesis imperfecta; Genes, Proteins, and Pathways. *Front Physiol* 2017. doi.org/10.3389/fphys.2017.00435.
- Witkop CJ Jr. Amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta and dentin dysplasia revisited: Problems in classification. *J Oral Pathol* 1988;17:547-53.
- Witkop CJ Jr. Hereditary defects of dentin. *Dent Clin North Am* 1975;19:25-45.

# Recomendaciones consensuadas de la Asociación Internacional de Odontología Pediátrica (IAPD)

## AMELOGÉNESIS IMPERFECTA

La amelogenénesis imperfecta (AI) se refiere a un grupo de trastornos genéticos que afectan al esmalte dental y que pueden heredarse como patrones autosómicos dominantes (AD), autosómicos recesivos (AR) o ligados al cromosoma X. El diagnóstico de la AI se basa comúnmente en el fenotipo y en los antecedentes médicos y familiares. Las características clínicas asociadas con la AI pueden incluir: sensibilidad, mala higiene bucal, cálculos, ruptura post eruptiva, preocupaciones estéticas, reducción de la dimensión vertical, dificultades para comer, aumento del riesgo de caries, reducción de la fuerza de adhesión, retraso o fracaso de la erupción, reabsorción coronal preeruptiva y mordida abierta anterior. El tratamiento completo de la AI puede incluir lo siguiente:

1. Prevención según las guías nacionales e internacionales para personas con alto riesgo de caries.
2. Agentes desensibilizantes para reducir la sensibilidad de la dentina expuesta.
3. Blanqueamiento dental, microabrasión, resina infiltrativa, resina compuesta opaca o carillas compuestas indirectas y carillas o coronas de cerámica.
4. Existe evidencia que apoya el uso del hipoclorito de sodio antes del grabado y la adhesión para lograr una mejor adhesión a las restauraciones de resinas compuestas/compómeros.
5. Intervenciones tempranas, restauraciones con resinas compuestas, carillas y coronas de oro o cerámica para evitar la pérdida de la dimensión vertical.

## DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA

La dentinogénesis imperfecta (DI) es un grupo de condiciones autosómicas dominantes caracterizadas por la formación defectuosa de la dentina, que afecta a las denticiones primarias y permanentes. Se cree que la prevalencia es de aproximadamente 1 por cada 6.000 - 8.000

en estados Unidos, mientras que la prevalencia notificada en los estudios europeos oscila entre el 0,002 % y el 0,057 %. La clasificación clásica de Shield definió este grupo de trastornos en: Tipo 1: DI asociada a la osteogénesis imperfecta (OI); Tipo 2: DI no asociada con OI; Tipo 3: DI rara con dentina coronal y radicular delgada y desgaste severo que lleva a abscesos pulpares. Suele requerir atención multidisciplinaria, que incluye lo siguiente:

1. Prevención según las guías nacionales e internacionales para personas con alto riesgo de caries.
2. Intervención temprana con restauraciones de resinas compuestas, coronas de oro o cerámica y sobredentaduras para evitar la pérdida de la dimensión vertical.
3. Tratamiento estético que incluye blanqueamiento y carillas de cerámica o resina compuesta.

## DISPLASIA DE LA DENTINA

La displasia de la dentina es un rasgo autosómico dominante que afecta tanto a la dentición primaria como a la permanente. Shields y sus colaboradores propusieron la siguiente clasificación: tipo I, o «displasia de la dentina radicular», y tipo II o «displasia de la dentina coronal». Afecta tanto a la dentición primaria como a la permanente. Los dientes afectados se caracterizan por raíces cortas o ausencia total de las mismas, cámaras pulpares obliteradas y radiolucidez periapicales. Los dientes de tipo I muestran una movilidad extrema y suelen exfoliarse prematuramente. En una radiografía, los dientes primarios muestran una obliteración total de la pulpa y los dientes permanentes muestran la configuración de la pulpa en forma de tubo de cardo o llama y con cálculos pulpares en las cámaras pulpares. La displasia de la dentina de tipo II debe considerarse como una forma más leve de dentinogénesis imperfecta (DI tipo 2). El tratamiento puede incluir:

1. El tratamiento endodóntico está contraindicado en dientes con obliteración total de los conductos

radiculares y las cámaras pulpares. Se ha sugerido la extracción como forma de tratamiento alternativo.

2. Puede ser necesaria la rehabilitación oral con prótesis removibles después de las extracciones. Debido a la exfoliación temprana y a la consiguiente reabsorción ósea, puede ser necesario un tratamiento con una combinación de injertos óseos y elevación del seno maxilar para la colocación del implante.

#### HIPODONCIA

La hipodoncia se define por la ausencia de uno o más dientes, con excepción de los terceros molares. La prevalencia varía entre el 1,5 % y el 1,8 % en la dentición primaria y el 6,4 % en la dentición permanente. Las características asociadas pueden incluir dientes cónicos, microdoncia, erupción retardada, erupción ectópica, anquilosis y dientes primarios sumergidos, desgaste de los dientes primarios y reducción del desarrollo alveolar. Los problemas asociados a menudo incluyen la estética, la función masticatoria comprometida y el impacto psicosocial negativo. El tratamiento de la hipodoncia puede incluir:

1. Prevención agresiva según las guías nacionales e internacionales para personas con alto riesgo de caries.
2. Restauraciones con resinas compuestas, coronas y carillas de cerámica o metal para el tratamiento de dientes cónicos o microdónticos con desgaste dentario.
3. Es posible que se requiera tratamiento de los molares primarios sumergidos o anquilosados.
4. Con frecuencia se requiere tratamiento de ortodoncia para optimizar el espacio. La cirugía ortognática puede ser necesaria en determinados casos para mejorar la oclusión.
5. Prótesis removibles, puentes retenidos con resina, las sobredentaduras, autotransplantes de dientes y/o implantes dentales suelen ser necesarios para el reemplazo de los dientes perdidos.

#### DIENTES SUPERNUMERARIOS

Los dientes supernumerarios son dientes o

estructuras parecidas a los dientes, adicionales al número normal de dientes primarios y permanentes. La prevalencia varía entre el 0,3-0,8 % en la dentición primaria y el 0,1-3,8 % en la dentición permanente, con una proporción de 2:1 entre hombres y mujeres. Las características asociadas pueden incluir: retraso o fallo en la erupción de los dientes permanentes, apiñamiento, rotación o posición ectópica de los dientes permanentes, malformaciones de la raíz, formación de quistes de dientes supernumerarios no erupcionados. El tratamiento puede incluir:

1. Control mediante examen radiográfico anual, si no hay complicaciones asociadas y si no se planifica un tratamiento de ortodoncia.
2. Extracción del diente o dientes supernumerarios con o sin exposición quirúrgica e intervención ortodóntica del diente permanente no erupcionado (entre el 49 % y el 91 % de los dientes supernumerarios erupcionan espontáneamente en presencia de un espacio adecuado).

#### DIENTE EVAGINADO

Los dientes evaginados son formaciones parecidas a cúspides dentales que contienen esmalte, dentina y ocasionalmente pulpa. Son más comunes en los incisivos permanentes y los premolares y tienen una prevalencia, entre el 0,06 y el 7,7 %, con una marcada variación geográfica. El tratamiento puede incluir:

1. Control y aplicación de sellante de fisuras, si no hay complicaciones asociadas.
2. Reducción progresiva selectiva del dientes evaginado.
3. Excisión del diente evaginado en caso de complicaciones. Los profesionales deben monitorear el diente (o los dientes) por la probabilidad de exposición de la pulpa y tratar esta complicación.

#### DIENTES INVAGINADOS

El diente invaginado se define como el crecimiento del esmalte, la dentina y el complejo pulpar en el espacio pulpar. La prevalencia varía entre el 0,3 y el 10 %, con variaciones en la población. Por lo general, el incisivo lateral superior es el diente más

afectado. El manejo puede incluir:

1. Colocación de sellantes de fisuras y monitorear si el diente es vital.
2. Eliminación de la lesión cariosa y restauración adecuada de la misma.
3. Tratamiento de conducto si el diente se vuelve necrótico.

#### DIENTES NATALES Y NEONATALES

Los dientes natales están presentes en el nacimiento y los dientes neonatales erupcionan en los primeros 30 días de vida. La mayoría de los dientes natales y neonatales representan la erupción temprana de los dientes primarios normales, y menos del 10 % son supernumerarios. Los dientes natales suelen ser más pequeños, cónicos y amarillentos, y tienen un esmalte y una dentina hipoplástica con una pobre o

inexistente formación de raíces. Las complicaciones incluyen molestias durante la lactancia que causan irritación y traumatismo en la lengua del bebé, ulceración sublingual, laceración de los pezones de la madre y aspiración de los dientes. El manejo puede incluir:

1. Si es posible, debe realizarse un examen radiográfico para diferenciar la erupción prematura de un diente primario a la de un diente supernumerario.
2. Se recomienda la extracción si el diente es supernumerario, excesivamente móvil o interfiere con la lactancia.
3. La cobertura de la porción incisal del diente con resina compuesta o el alisado del borde incisal puede ser una opción si interfiere con la lactancia.