

ANOMALÍAS DENTARIAS DE NÚMERO. AGENESIA, HIPODONCIA Y OLIGODONCIA REPORTE DE CASOS

*Angela María Duque Borrero¹
Sandra Escobar Roldán¹*

PALABRAS CLAVES: anomalías dentarias de número, anodoncia, oligodoncia, hipodoncia, agenesia.

RESUMEN

En éste artículo se realiza una revisión de la literatura acerca de las anomalías dentarias de número reportadas y sus definiciones.

Se revisan los factores etiológicos relacionados con dichas anomalías y los conceptos de algunos autores respecto a ellas.

Se presentan seis casos de pacientes con diferentes trastornos en su fórmula dentaria, tales como agenesia, oligodoncia e hipodoncia.

INTRODUCCION

Los análisis científicos de la ausencia congénita de dientes en humanos datan de inicios del siglo XX. Desde ésta época se han realizado numerosos estudios, la mayoría de ellos en Europa Occidental en población de raza blanca. El número de estudios en éste campo se incrementó entre 1.940 y 1.950 y ha disminuido considerablemente en los últimos años.

Para los odontólogos, odontopediatras y ortodontistas la ausencia congénita de dientes tiene importancia clínica directa. El planeamiento del tratamiento y mantenimiento de espacios para los pacientes durante el período de dentición mixta debe incluir una evaluación del número de dientes permanentes presentes en los maxilares.

El odontólogo además debe examinar éstos pacientes con signos y síntomas posiblemente asociados con alteraciones sistémicas, particularmente displasias de tipo ectodérmico.

El hecho de que la mayoría de los casos de ausencia congénita de dientes sea hereditaria debe inducir al profesional a examinar los otros miembros de la familia, siempre que esto sea posible.

Se requiere una explicación de términos para el mejor entendimiento de la anomalía. Algunos de los términos utilizados para describir ausencias de dientes son anodoncia, agenesias dentales, hipodoncia y oligodoncia. En ocasiones, los autores utilizan estos términos indiferencialmente.

La agenesia dentaria o hipodoncia: es una anomalía organogénica consistente en que uno o más dientes faltan por ausencia en su formación. Tam-

¹ Profesoras Auxiliares, Universidad del Valle Especialistas en Odontopediatría y en Docencia Universitaria.

bién es conocida como anodoncia parcial verdadera. Es la condición más común cuando se trata de anomalías de número.¹

Oligodoncia: implica agenesia de muchos dientes (seis o más dientes, sin incluir terceros molares), comúnmente asociada a síndromes específicos y/ o a severas anomalías sistémicas y rara vez es una condición aislada. Se conoce también como hipodoncia severa.

La oligodoncia aislada es cuando no presenta otro síntoma en tejidos ectodérmicos y la oligodoncia sindrómica presenta alteraciones como piel seca, cabello quebradizo, uñas anormales y reducción en la salivación y en la sudoración.¹

Anodoncia: es la expresión extrema de la oligodoncia en la cual hay ausencia total de dientes. Se observa comúnmente en la displasia ectodérmica, en la cual se afectan los tejidos derivados de ectodermo(uñas, dientes, piel, faneras).

La anodoncia verdadera puede ser total o parcial.

La pseudoanodoncia se refiere a existencia de dientes pero no erupcionados.¹

Muchas explicaciones tanto evolutivas como genéticas y ambientales han sido propuestas como factores etiológicos.

La causa evolutiva está relacionada a la tendencia de disminución en el tamaño de los arcos dentales la cual se incrementa en cada generación, lo que hace que el arco no alcance a albergar los gérmenes que le corresponden.^{1,2}

El factor genético se refiere factores poligénicos, autonómicos dominante con penetrancia incompleta y expresividad variable. Gorlin sugiere un locus único aunque se puede ligar al sexo o ser poligénico. Se han asociado más de 120 síndromes

y aproximadamente 20 de ellos corresponden a síndromes displásicos ectodérmicos.

Entre los síndromes más representativos están: síndrome de Witkop (síndrome diente-uña), síndrome aurícula-lágrimo-dento-digital y síndrome de Marshall.

La correlación entre hipodoncia y enfermedades sistémicas puede relacionar ésta anomalía como una microforma de displasia ectodérmica.^{2,3}

Las causas ambientales pueden ser trauma, infección del germen dentario, sobredosis de radiación, disfunción hormonal, condiciones sistémicas como raquitismo, la sífilis y la rubéola durante el embarazo y disturbios intrauterinos.^{2,4}

Las alteraciones en relación a disminución en el número de dientes pueden presentar rasgos dentales asociados tales como:

1. Agenesia de otros dientes: cuando no se forma un diente, hay mayor tendencia a que no se formen otros dientes.
2. Retraso generalizado en la formación y erupción de diente.
3. Reducción del tamaño dental.
4. Tendencia a la simplificación morfológica de los dientes que se manifiesta por la presencia de incisivos y caninos con formas coniformes y cúspides pequeñas en molares y premolares.

A nivel oclusal pueden presentar:

1. Espaciamiento en los arcos dentales.
2. Disminución de la dimensión vertical.

A nivel morfológico pueden presentar:

1. Alteraciones esqueléticas que influyan en el plan de tratamiento tales como maloclusión

Clase III, retrognatismo del maxilar superior y retrusión de incisivos.^{2,3,4}

En la literatura se han reportado pocos estudios epidemiológicos respecto a las variaciones numéricas en la dentición primaria y muy pocos de ellos han diferenciado la frecuencia en dentición temporal y permanente.

Jarvinen⁵ reportó en un estudio realizado en Finlandia en 1.141 niños en edades entre 3 y 4 años, una prevalencia de pérdida congénita de dientes de 0.9 %, sin diferencias significativas por género.

Atasu³ reportó que la ausencia congénita del incisivo lateral superior permanente no es rara y se acerca al 0.31 % en la población de Turquía y registra un rango de aparición de 0.54 al 3 % en poblaciones de Hawai y Japón.

Magnusson⁶ estudió la prevalencia de hipodoncias en dentición decidua en la población fue de 0.5 % y el diente afectado fue el incisivo lateral temporal.

Antoniazzi⁴ en el Brasil estudió 503 radiografías panorámicas de pacientes entre 2 y 15 años de edad, reportando el siguiente orden de frecuencias de oligodoncias: segundos premolares superiores 1.39 %, segundos premolares inferiores 0.99 %, incisivos laterales superiores 0.89 % e incisivos laterales inferiores 0.39 %, sin diferencias significativas por géneros, se presentó con mayor frecuencia en el maxilar superior que en la mandíbula.

Stimsom⁷ reportó la pérdida congénita del primer molar permanente como una anomalía rara, sólo el 3 % de los casos reportados son de molares permanentes. En su estudio en tres generaciones con oligodoncia, siguió un patrón hereditario autónomo en el 50 % de los casos.

Hernández⁸ reportó una baja frecuencia de pacientes con ausencia de dientes primarios.

Hernández⁹ reportó la ausencia congénita en dentición permanente como una entidad relativamente frecuente, entre 3.5 y 8 % con mayor incidencia en el género femenino.

Grahen y Granath¹⁰ hallaron una fuerte correlación entre hipodoncia en dentición temporal y permanente. Observaron que 75 % de los casos en dentición temporal van acompañados de hipodoncias en dentición permanente.

En la dentición permanente, la agenesia es mucho más frecuente e incluso algunos autores la han considerado una variante del desarrollo normal de la dentición. Su prevalencia varía según el tipo de población estudiada. En la población general, la frecuencia media de hipodoncia es aproximadamente 6,5 % con unos márgenes entre 2,3 y 10,1 %, excluyendo los terceros molares, cuya incidencia es mucho mayor entre 10 y 25 %.⁴

REPORTE DE CASOS

Los pacientes reportados han asistido a las Clínicas Odontológicas de la Escuela de Odontología de la Universidad del Valle y del Colegio Universitario Colombiano de la ciudad de Cali.

Caso 1: M.P.A.

Paciente de género femenino de 12 años de edad, sin compromiso médico.

Antecedentes: hermano mayor con historia de agenesia de segundos molares inferiores permanentes.

Al examen clínico, en el arco superior se observa la presencia de diastemas y ausencia de incisivos laterales permanentes (12 y 22), en su lugar están erupcionando los caninos permanentes (13 y 23). (Foto 1).

El segundo premolar superior derecho (15) presenta forma atípica con apariencia de premolar inferior. (Foto 2).



Foto 1: Ausencia de incisivos laterales permanentes.



Foto 2: Premolar atípico.

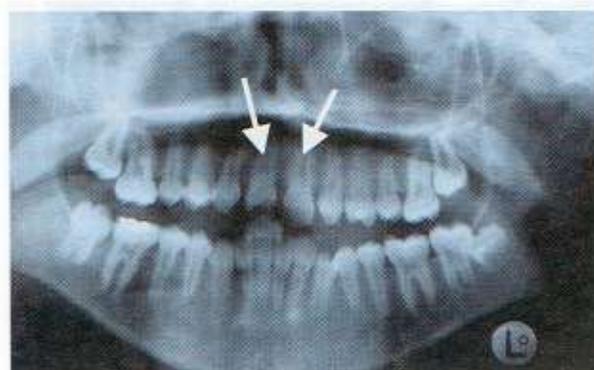


Foto 3: Hipodoncia de 12 y 22.



Foto 4: Ausencia bilateral de incisivos laterales.

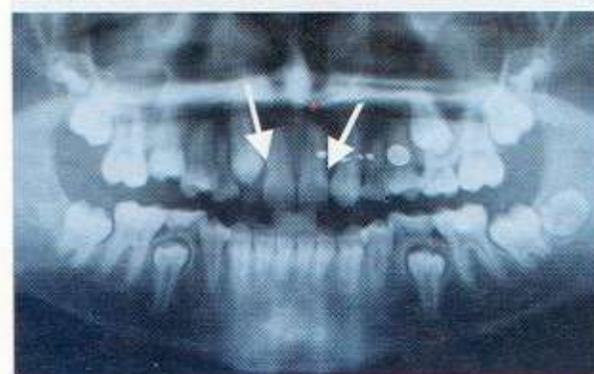


Foto 5: Ausencia bilateral de incisivos laterales.



Foto 6: Diente supernumerario.

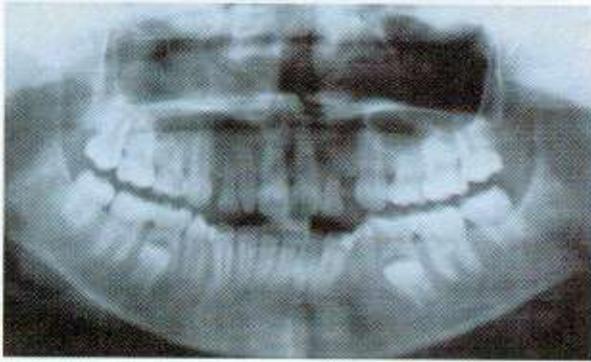


Foto 7: Oligodoncias múltiples.



Foto 8: Presencia de tres incisivos.

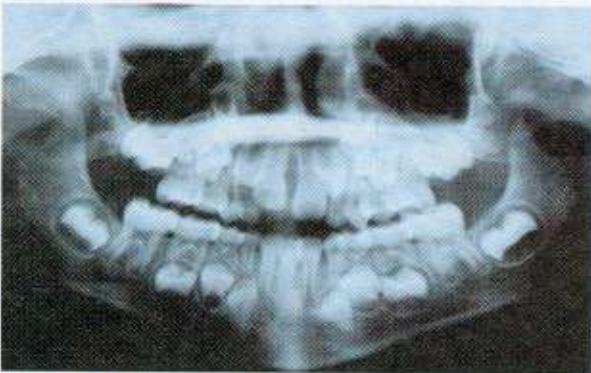


Foto 9: Ausencia de incisivo inferior.



Foto 10: Presencia de tres incisivos temporales.



Foto 11: Ausencia del 72 y de su sucedáneo.



Foto 12: Región incisiva inferior.

La radiografía panorámica confirma la observación clínica respecto a la hipodoncia de 12 y 22. Además se evidencia la ausencia de formación de terceros molares, excepto el 38 que se encuentra en estadio 6 de Nolla. (Foto 3).

Caso 2: L.Q.

Paciente de género femenino de 11 años de edad, sin compromiso sistémico.

Antecedentes: el padre reporta agenesia de incisivos laterales superiores (12 y 22).

Al examen clínico se observa arco superior cerrado, ausencia bilateral de incisivos laterales (12 y 22), erupción del canino superior izquierdo (23) en zona del lateral y el canino superior derecho (13) está en proceso de erupción. (Foto 4)

En la radiografía panorámica, aunque presenta artefactos, se confirma la ausencia de incisivos laterales superiores (12 y 22), presencia de caninos temporales y transposición de caninos superiores permanentes que ocupan el espacio correspondiente a los laterales. Se observan gérmenes de terceros molares y retardo en la erupción de segundos premolares (25,35 y 45) (Foto 5).

Caso 3: Y.M.

Paciente de género femenino, de 13 años de edad. Consulta porque observa un diente con forma atípica. No reporta antecedentes médicos.

Clínicamente se observa en el arco superior incisivos centrales permanentes (11 y 21), incisivos laterales temporales (52 y 62) y entre el 11 y el 52 presenta un diente supernumerario de forma cónica. Se observan también segundos molares temporales. (Foto 6).

En la radiografía panorámica se confirma la oligodoncia de 12, 14, 15, 18, 22, 24, 25 y 28. En el arco inferior está la dentación completa, excepto 38 y 48. (Foto 7).

Caso 4: N.P.

Paciente de género femenino de 6 años de edad. Consulta por hábito de succión digital.

No reporta antecedentes médicos.

Clínicamente presenta mordida abierta anterior y en el arco inferior se observa la presencia de tres incisivos con apiñamiento. (Foto 8).

Radiográficamente se confirma la ausencia de un incisivo inferior. Basados en la formación radicular y en el cierre apical, se concluye que el diente faltante es el incisivo lateral derecho (42). (Foto 9).

Caso 5: J.M.

Paciente de 5 años de edad, de género femenino, sin antecedentes médicos de importancia. Consulta para valoración y prevención.

Al examen clínico se observa la presencia de sólo tres incisivos temporales (71,81 y 82). (Foto 10). La radiografía periapical confirma la ausencia del 72 y del germen sucedáneo (32). (Foto 11).

Caso 6: A.Q.

Paciente de género masculino de 7 años de edad. Consulta para valoración por presencia de caries. No reporta antecedentes médicos. La madre reporta que el niño sólo presentó tres incisivos temporales inferiores.

Al examen clínico se observa dentición mixta con múltiples focos cariosos. En la región incisiva inferior presenta tres dientes (laterales temporales y central permanente único), alineados y sin diastemas. (Foto 12).

DISCUSIÓN

En nuestra práctica odontopediátrica, como lo hemos reportado en los casos clínicos anteriores, es relativamente frecuente el hallazgo de alteraciones dentarias de número, tanto en la dentición

temporal como en la permanente, tal como lo reportan los autores mencionados previamente.

En éstos casos clínicos reafirmamos la existencia del componente hereditario, como en los casos 1 y 2. En ninguno de los casos clínicos se presentó compromiso sistémico.

Tres casos presentaron agenesia de incisivos laterales permanentes, lo cual corrobora que se trata de una anomalía muy frecuente.^{1,2,3}

Tres de los casos descritos tuvieron ausencia del incisivo temporal y del permanente sucedáneo, lo cual se reporta como frecuente en la literatura.^{8, 10, 11}

Otra alteración frecuente es la agenesia de segundos premolares, como se observó en el caso 3.^{3, 4, 13}

SUMMARY

This article review dental number abnormalities. Its prevalence definitions, etiopathogenics is presented. We report six dental number abnormalities such as agenesia, oligodontia and hypodontia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hattab, F. "Oligodontia of the permanent dentition in two sisters with polycystic ovarian syndrome". *Oral Surg Oral Path, Oral Med, OP*. 1997;84: 368-371.
2. Graber, L. "Congenital absence of teeth: a review with emphasis on inheritance patterns". *JADA* 1978;96: 266-275.
3. Atasu, M. "Congenital hypodontia of maxillary lateral incisors in association with

coloboma of the iris and hypomaduration type of amelogenesis imperfecta in a large kindred". *J. Clin Ped Dent* 1997; 21: 341-355.

4. Antoniazzi, J. "Estudo da prevalencia de anodontia de incisivos laterais e segundos premolares em leucodermas brasilerios, pelo método radiográfico" *Rev Odont UNESP Sao Paulo* 1999; 28: 177-185.
5. Jarvinen, S. "Supernumerary and congenitally missing primary teeth in Finnish children. an epidemiologic study". *Acta Odont Scand* 1981; 39: 83-86.
6. Magnusson, T. "Hypodontia, hyperodontia and double formation of primary teeth in Iceland". *Acta Odont Scand* 1984; 42:137-139.
7. Stimson, J. "Features of oligodontia in three generations". *J. Clin Ped Dent* 1997; 21:269-276.
8. Hernández, J. "Incisivo central único, reporte de un caso". *Rev Estom* 1993; 3:72-74.
9. Hernández, J. "Coexistencia de ausencia congénita y dientes supernumerarios. Reporte de dos casos clínicos". *Rev Estom* 2000; 9: 68-71.
10. Grahen, S. "Numerical variation in primary dentition and their correlation with the permanent dentition". *Odontol Rev* 1981; 12:348-357.
11. Mass, E. "Single maxillary central incisors in the midline". *J Dent Child* 1991; 21(4):417.
12. Murdoch, C. "Hypodontia and nail dysplasia syndrome". *Oral Surg Oral Path, Oral Med, OP*. 1993; 75: 403-406.
13. "Atasu, J. "Bilateral absence of maxillary and mandibular second premolars: a clinical genetic and dermatoglyphic study". *J Clin Ped Dent* 1994;18: 219-221.

Correspondencia:

Angela María Duque Borrero
Profesora Escuela de Odontología.
Facultad de Salud Universidad del Valle-Cali
Email: amduque@telesat.com.co