

34
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANOMALÍAS DE LOS DIENTES PERMANENTES EN
UNA POBLACIÓN ADULTA MEXICANA

de be
Alfaro

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
DÍAZ YEDRA, ROSARIO
MARIA ELENA GUERRERO MORQUECHO

TUTOR: C.D.M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS



MÉXICO, D.F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

269720



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ROSARIO DÍAZ YEDRA.

Dedico esta tesis:

A Dios

Ese gran compañero de toda la vida.

Consuelo y refugio en los momentos de dicha y tristeza por todo tu apoyo.

Mil Gracias.

A Dos de las personas mas importantes de mi vida por cada uno de sus instantes a mi lado.

Gracias PAPA y MAMA.

A ti dulce amor mío que llegaste en el momento mas difícil y alegraste con tu luz mi vida.

A mi Hija Grecia Dadinirt

Y a ti ese gran Ser cuyas palabras seguirán sonando en mi vida y entre mas pase el tiempo mas te amare

Y a todos y cada uno de los miembros de mi familia, pues sin su apoyo no habría podido sacar a flote mi vida.

María Elena Guerrero Morquecho

Dedico mi esfuerzo y trabajo;

A Dios con devoción

A mis Padres y hermanos con infinito cariño

A mis maestros con respeto

A mis compañeros con estimación

A mis amigos con gratitud

Y en especial con profundo amor .

A mi esposo Juan Francisco

A mis hijos Eduardo y Gabriela.

Por su paciencia y comprensión mil gracias.

Con todo cariño y respeto.

A la Facultad de Odontología,

Por darnos la oportunidad de formar parte de ella y otorgarnos su apoyo para realizar esta carrera.

A la MO. Beatriz C. Aldape Barrios:

Por aceptar ser nuestro asesor en este proyecto ,guiarnos y además por ser una excelente profesora.

A todos y cada uno de los representantes de la facultad que hoy forman parte del Honorable Jurado por su valioso tiempo

GRACIAS.

A los profesores de la Clínica de Admisión

Por brindarnos su apoyo y todas las facilidades para realizar nuestra investigación en especial al coordinador:

C. D. Raúl León Aguilar, a la C. D. Columba Castañeda y al

C. D. Edgar Hernández Nagera.

INDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	7
EMBRIOLOGIA.....	9
ANOMALÍAS ESTRUCTURALES DE LOS DIENTES PERMANENTES DEFINICIONES Y CARACTERISTICAS CLÍNICAS.....	18
a. Anomalías de tamaño.....	19
b. Alteraciones en la forma.....	23
c. Anomalías de número.....	32
MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
RESULTADOS	46
Total de pacientes atendido de septiembre a diciembre de 1997 sin distinción de edad, ni sexo.....	48.
Pacientes sanos vs pacientes con anomalías:	51
Prevalencias de anomalías por sexo.....	53
Pacientes con anomalías ,prevalencia por edad y sexo	55
Anomalías estudiadas , prevalencia;	58
Total de piezas afectadas por anomalía.....	61
Piezas dentales más afectadas por cada anomalía.....	64
CONCLUSIONES.....	71
BIBLIOGRAFIA.....	74
GLOSARIO.....	77

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS.

TABLA # 1. Total de pacientes atendidos de Septiembre a diciembre de 1997, sin distinción de edad, ni sexo.....	.49
TABLA # 2. PREVALENCIA POR EDAD Y SEXO.....	56
TABLA # 3. PREVALENCIA DE ANOMALÍAS.....	60
a) PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS POR MICRODOCIA.....	65
b) PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS POR MACRODONCIA.....	66
c) PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS POR GEMINACIÓN.....	67
d) PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS POR FUSIÓN.....	67
e) PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS POR DENS INVAGINATUS	68
f) PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS POR DENS EVAGINATUS.....	68
g) PIEZAS AFECTADAS POR ANODONCIA.....	69
h) PIEZAS AFECTADAS POR DIENTES SUPERUMERARIOS.....	70
i) PIEZAS AFECTADAS POR CÚSPIDE ESPOLONADA.....	70
GRÁFICA #1 PACIENTES SANOS VS PACIENTES CON ANOMALÍAS.....	52
GRÁFICA #2 PREVALENCIA DE ANOMALÍAS POR SEXO.....	54
GRÁFICA #3 TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS POR ANOMALÍA.....	62-63

INDICE DE ESQUEMAS Y FIGURAS.

ESQUEMAS:

FIG.1. Esquema que señala el desarrollo y erupción del incisivo inf.....	15
FIG.2. Ilustración esquemática del ciclo vital del diente.....	16
FIG.3. Reconstrucción esquemática de la lamina dentaria y órganos dentarios del maxilar inf.....	17

FIGURAS:

FIG.1. Microdoncia de laterales.....	20
FIG.2. Microdoncia en lateral superior derecho.....	20
FIG.3. Radiografía de la fig.2.....	20
FIG.4. Radiografía que muestra microdoncia en lat.sup.izq.....	21
FIG.5. Radiografía panorámica que muestra microdoncia en diente lateral sup. Izq.....	21
FIG.6. Microdoncia en segundo molar sup.izq.....	21
FIG.7. Macrodoncia en lateral inf. Izq.....	22
FIG.8. Radiografía panorámica que muestra macrodoncia en terceros molares sup e inf de ambos Lados.....	22
FIG.9. Vista radiográfica de la geminación de la fig.10.....	24
FIG.10. Geminación en central y lateral superiores izq.....	24
FIG.11. Fusión de lateral y central inf. Izq.....	25
FIG.12. Vista radiográfica de la fig.11.....	25
FIG.13. Fusión de lateral y canino superiores der.....	26
FIG.14. Radiografía de un premolar con invaginación.....	27
FIG.15. Invaginación de premolares inf. izq.....	28
FIG.16. Vista radiográfica de la figura 15.....	28
FIG.17. Central en forma de Garra (evaginación rara).....	29
FIG.18. Presencia de cúspides espolonadas en ambos centrales sup.....	30
FIG.19. Presencia de cúspide espolonada en central sup. Izq.....	31
FIG.20. Vista radiográfica de la cúspide espolonada del central de la fig. 19.....	31
FIG.21. Presencia bilateral de cúspide espolonada en premolares superiores en un paciente Masculino.....	31
FIG.22. Anodoncia en centrales, laterales, y caninos inferiores.....	32
FIG.23. Anodoncia en centrales, laterales y premolares inf.derechos.....	33
FIG.24. Presencia de anodoncia en centrales y laterales superiores e inferiores.....	33
FIG.25. Presencia de anodoncia en laterales sup. y centrales inf.....	33
FIG.26. Premolares supernumerarios.....	35
FIG.27. Presencia de central supernumerario (mesiodens).....	35
FIG.28. Presencia de mesiodens entre los centrales superiores.....	36
FIG.29. Imagen radiográfica de la fig.28.....	36
FIG.30. Mesiodens entre centrales.....	36
FIG.31. Radiografía del mesiodens de la fig.30.....	36
FIG.32. Mesiodens entre centrales superiores.....	36
FIG.33. Diente supernumerario entre los centrales inf.....	37
FIG.34. Presencia de diente supernumerario entre central y lateral sup.der.....	37

ANEXOS:

Anexo.1. Instrucciones para el llenado de la Historia Clínica del estudio de anomalías.....	41
Anexo.2. Código de registro.....	42
Anexo.3. Historia Clínica.....	44
Anexo.4.	45

INTRODUCCIÓN

Dentro de la cavidad bucal se presentan una gran cantidad de variaciones anatómicas, las cuales pueden ser entidades normales o patológicas, unos de los componentes de la cavidad bucal que resultan más a menudo afectados por estas son los dientes, sin embargo pese a ello son las anomalías menos estudiadas.

Las anomalías dentales son variaciones anatómicas, de tamaño, forma o número, que ocurren generalmente durante la formación del diente, alterándose entonces todos o solo alguno de sus componentes, la causa puede ser local, sistémica o hereditaria.

Las manifestaciones clínicas varían según la fase de desarrollo, tipo de lesión y tiempo de persistencia del factor etiológico.

Los dientes pueden presentar una serie de trastornos de tal forma que se alteren aspecto, forma, tamaño, número, posición y / ó su estructura.

Estas alteraciones pueden ser independientes o bien acompañarse de otras anomalías.

Debido a que estas anomalías en su mayoría no causan problemas a los pacientes pasan inadvertidas aún hasta para algunos odontólogos, es en una exploración más minuciosa o por simple hallazgo clínico cuando son diagnosticadas, por lo cual el odontólogo es quien debe encargarse de explicar al paciente cual es su anomalía y cual debe ser su tratamiento, ya sea que el mismo elimine la anomalía o bien que remita al paciente con algún

especialista (Protesista, Cirujano Maxilofacial, etc).

A la fecha son muchos los estudios realizados a cerca de las anomalías de los dientes y en cada uno de ellos se ha dado una base para la clasificación de las mismas con el objeto de encontrar una explicación lógica del origen de las alteraciones dentales.

CLASIFICACIONES.

* En 1966 Richard W. Tieckr, planteo la clasificación de acuerdo al estudio del desarrollo del germen dentario en:⁽¹⁾

A) TRASTORNO DURANTE LA INICIACIÓN DE LOS GÉRMENES DENTARIOS.

1. Displasia ectodermica.
2. Anodoncia .
3. Dientes accesorios o supernumerarios.

B) TRASTORNO DURANTE LA MORFODIFERENCIACION DE LOS GÉRMENES DENTARIOS.

1. Dientes de Hutchinson.
2. Molares en mora (moriformes).
3. Incisivos en forma de cuña.
4. Macrodoncias.
5. Microdoncias.
6. Dens in dente.
7. Dens evaginatus.
8. Geminación.
9. Fusión.
10. Taurodontismo.

C) TRASTORNOS DURANTE LA APOSICIÓN DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS.

1. Hipoplasia del esmalte.
2. Amelogenesis imperfecta.
3. Dentinogénesis.
4. Pigmentaciones.

D) TRASTORNOS DURANTE LA ERUPCIÓN.

1. Concrecencia.
2. Dientes enanos y sumergidos.
3. Giroversiones, mesializaciones, distalizaciones, etc.

***Clasificación basada en las capas del germen;**

En 1959 Bernier⁽²⁾, clasificó a las anomalías basándose en las dos principales capas del germen dentario, la ectodérmica, y la mesodérmica, y en su forma compuesta o combinada.

***Clasificación basada en el desarrollo embriológico:**

Esta clasificación utiliza el desarrollo cronológico del diente y las etapas del desarrollo se denominan según el orden propuesto por Schour y Massler ⁽³⁾ Pero la principal objeción para este método es la superposición de algún diente en diversos períodos del desarrollo.

*** Clasificación basada en la morfología terminal;**

Esta clasificación se basa en el aspecto morfológico de la anomalía tal como se presenta en la boca la cual a sido usada por la mayoría de los autores de los libros de patología como Boyle, Thoma y otros autores desde 1975.

Cada una de estas clasificaciones intentan a su manera explicar el origen o la causa de las anomalías estructurales que llegan a aparecer en la cavidad bucal y todas llegan directa o indirectamente a una conclusión:

“Las anomalías constituyen una desviación de la normalidad, dicha desviación puede ocurrir por condiciones locales, surgir de tendencias heredadas o ser manifestaciones de perturbaciones sistemicas.”⁽⁴⁾

* En otros estudios las anomalías son registradas por su incidencia tal es el caso del estudio realizado en 1892 por Mitchell ⁽⁵⁾, quien reporto casos de cúspide espolonada, en una población de la India reportando una incidencia de 7.7 % en la población.

* En 1977 Harmon y Moss ⁽⁶⁾ realizaron otro estudio en donde se reportan varios casos de anodoncia en pacientes adolescentes, en los cuales el tercer molar es la pieza que más anodoncia presenta, posteriormente el incisivo lateral superior y por último el segundo molar inferior.

* El estudio más reciente y al parecer el último registrado de este tipo es el que realizó Sedano en 1989 en una población de 32,022 Mexicanos, en el cual se reporta a la cúspide espolonada como la anomalía más frecuente con un 0.6% de 1,000 personas ⁽⁷⁾.

OBJETIVOS.

Esta tesis tiene por objetivo principal establecer la prevalencia de las anomalías estructurales que afectan a los órganos dentales de la población adulta mexicana, para lo cual se tomaron en cuenta variables como; tipo de anomalía, piezas afectadas, y la prevalencia de acuerdo a la edad y el sexo así como pacientes sanos vs pacientes con anomalías.

Para lograr dicho objetivo se realizó un estudio estadístico tomando como "universo de estudio" o "base de datos", a las personas de los 15 años, que acudieron a la clínica de admisión de la facultad de odontología de la UNAM, a solicitar su carnet de ingreso a dicha institución para su atención odontológica, entre los meses de septiembre y la primera semana de diciembre de 1997 e el turno matutino. Dichos pacientes fueron examinados con el fin de recabar los datos aquí vertidos.

A pesar de que las anomalías dentarias son en cierto grado frecuentes, debido a un sin número de razones no son diagnosticadas por lo cual es necesario que el odontólogo diagnostique estas alteraciones y diferencie las condiciones normales y anormales de la cavidad bucal que pueden presentarse en la población adulta mexicana, para dar un mejor diagnóstico y un adecuado tratamiento encaminados a una mejor atención del paciente.

Aunque la cavidad bucal es una región de fácil acceso para la exploración clínica y tomando en cuenta que es posible encontrar un alto número de alteraciones dentarias, las cuales pueden ser independientes o bien acompañarse de otras anomalías, y en base de que no existen muchos estudios de ellas en nuestra población (Sedano 1989).

Consideramos que este estudio realizado en nuestra población a través de un pequeño grupo de adultos, puede servir para realizar programas para el tratamiento de estas alteraciones, y para informar a la población de este plantel tanto a los alumnos como a los profesores de la frecuencia con que aparecen estas anomalías, las alteraciones más predominantes, y piezas dentarias más afectadas, con lo cual se pueda crear una conciencia más clínica en los estudiantes con el objetivo de no pasar por alto ninguna alteración dental por pequeña que ésta sea, por lo mismo elegimos alteraciones que pudiesen ser observadas clínicamente la mayoría sin necesidad de estudios radiográficos.

Así pues ponemos a consideración de profesores y alumnos la siguiente información, la cual a pesar de quizá no ser muy extensa pretende aportar datos nuevos y actualizados a los estudios anteriores esperando sea de provecho para ambos.

EMBRIOLOGIA

Como ya se ha señalado en la introducción, durante las diferentes etapas del desarrollo embriológico (FIG.1), pueden ocurrir diferentes alteraciones en los procesos normales del desarrollo que den origen a anomalías, como las que se tratan en esta tesis por lo cual se consideró importante dar un pequeño repaso a este tema.^(2,4)

A partir del segundo mes de embarazo cuando el feto cuenta con unas seis semanas y media de vida embrionaria, se empiezan a desarrollar cambios importantes principalmente se empieza a engrosar el epitelio bucal el cual corresponderá más adelante al borde de la mandíbula (fig.2), al mismo tiempo que este epitelio va creciendo se va hundiendo en el tejido mesenquimátoso subyacente, para constituir la cresta dentaria o lámina dental la cual adquiere la forma de una herradura (fig. 3A).

De ésta lámina se desarrollan pequeñas yemas epiteliales, denominadas yemas dentales las cuales darán origen posteriormente a los dientes deciduos.

Más tarde de ésta misma lámina se dará origen a otras yemas epiteliales similares que se desarrollarán y a su vez darán origen a los dientes permanentes.

Esta primera etapa la cual recibe el nombre de iniciación, es afectada a veces dando como resultado una falta o un exceso de yemas dentales anomalía que da origen a las anodoncias o a los dientes supernumerarios.

Posterior a ésta le siguen las etapas de morfodiferenciación y aposición:

En la primera la yema dental que esta dando origen al diente deciduo, aumenta de volumen y penetra cada vez más profundamente en el mesénquima donde empieza a adoptar la forma de una escudilla invertida (Fig. 3-B), para que esta estructura se forme se necesitan cerca de dos semanas y ya formada se denominará órgano del esmalte.

El tejido mesenquimátoso mientras tanto se desarrolla debajo de cada una de las yemas dentarias para constituir una papila la cual llenara la cavidad que se forma entre cada yema.

Durante las siguientes semanas el órgano del esmalte aumenta de volumen y su forma cambia un poco.

A su vez el hueso del maxilar crece hasta incluirlo parcialmente (Fig.3-C).

En esta etapa la línea de contacto entre el órgano del esmalte y la papila adoptan la forma y las dimensiones de la futura línea de contacto entre el esmalte y la dentina del diente adulto.

Hacia el quinto mes de desarrollo intrauterino (fig.3-D), el órgano del esmalte pierde toda conexión con el epitelio bucal.

La papila dental que más tarde se transformará en la pulpa dental formada por una red de células mesenquimáticas conectadas entre sí por finas fibras de citoplasma separadas entre sí por una sustancia intercelular amorfa, que llega a formar el retículo estrellado, las células del órgano del esmalte vecinas de las puntas de la papila dental se vuelven alargadas y cilíndricas, éstas células recibirán el nombre de ameloblastos (fig.3-C), las cuales producirán el esmalte del diente.

Junto a ellas hay una capa de una a tres células de espesor denominada estrato intermedio; luego aparece el casquete dental denominado retículo estrellado, el cual es una gran masa donde las células adquieren forma de estrellas al unirse entre sí por largas prolongaciones citoplasmáticas.

Finalmente el borde externo del germen dental se forma de una sola capa de células conocida como epitelio externo del esmalte.

Casi al mismo tiempo que aparecen los primeros ameloblastos las células del mesenquima de la papila dental vecinas de estos también se vuelven células cilíndricas altas, las cuales reciben el nombre de odontoblastos y su función será formar dentina. De hecho empiezan a formarla antes que los ameloblastos formen esmalte.

La primera dentina producida por los odontoblastos se localiza en la punta de la papila, después se deposita una delgada capa de dentina y

ameloblastos la cual empieza a producir la matriz del esmalte.

Posteriormente estas células comienza a separarse de los ameloblastos hacia adentro.

En esta etapa denominada aposición de los tejidos duros cuando se desarrollan esmalte y dentina se pueden mezclar con ellos algunos componentes que den como origen; Hipoplasias del esmalte, Amelogenesis imperfectas, Dentinogenesis y Pigmentaciones, anomalías que afectan a uno de los dos componentes del diente ya sea al esmalte o a la dentina.

En la siguiente etapa la dentina continua depositándose junto con el esmalte dando la forma de la futura corona^(fig.3-D), durante este proceso cuando se inicia la formación de la corona si alguno de los procesos se ve afectado se da lugar a alteraciones que afectarán la forma normal de la corona, transformándola en dientes de Hutchinson, molares en mora, Incisivos en forma de cuña, Macrodoncias, Microdoncias, Dens in dente, Dens evaginatus, Geminaciones, Fusiones o Taurodontismos.

Al mismo tiempo que se forma la corona van apareciendo nuevos ameloblastos de manera que empieza a formarse esmalte a todo lo largo de lo que será la futura línea de unión de la corona anatómica y la raíz, mientras se endurecen las células de la papila dental para diferenciarse en odontoblastos.

Por su parte las células del órgano del esmalte que constituyen la capa interna son continuas en la zona de unión entre la corona y la raíz, con las células que forman la capa externa ^(fig.3-D), es decir la capa de

ameloblastos es continua con el epitelio externo del esmalte. Las células de las líneas de unión - alrededor del borde del órgano del esmalte empiezan a crecer y se desplazan hacia abajo en el mesénquima subyacente.

Como el órgano del esmalte tiene forma anular (visto desde abajo) las células que proliferan naciendo de él forman un tubo que va aumentando hacia abajo en el mesénquima cuando se alarga este tubo recibe el nombre de vaina radicular epitelial de Hartwig.

Cuando esta vaina cruza hacia abajo establece la forma de la raíz y organiza a las células más cercanas del mesénquima que la rodea, para que se diferencien y constituyan odontoblastos.

Como hay poco espacio para que se desarrolle la raíz la corona es impulsada a través de la mucosa de la boca y empieza la etapa de la erupción, en la cual la corona del diente rompe la mucosa y sale a la boca, esta etapa ocurre ya en la vida extrauterina del ser humano cuando este cuenta con aproximadamente entre 6 y 7 meses de vida (fig.1-F), siendo comúnmente el central inferior el primer diente en aparecer, por su parte la raíz completa su formación por la proliferación continua de sus células, el cierre final del ápice del primer diente se da un año después cuando el bebe cuenta con un año y medio aproximadamente.

La parte más vieja de la raíz la cual se encuentra junto a la corona después de cumplir con su fin (la erupción), se separa de la raíz del diente y sus células epiteliales quedan dentro de los límites de la membrana periodontal que rodea al diente, denominándose restos de Malassez.

La vaina radicular a su vez se separa de la raíz formada por la dentina, haciendo que los tejidos conectivos mesquimatosos del saco dental depositen cemento en la superficie externa de la dentina, el cual una vez decapitado incluye las fibras de colágena de la membrana periodontal, haciendo que éstas queden firmemente ancladas en el cemento calcificado el mismo que esta unido fuertemente a la dentina de la raíz

Una vez que los dientes deciduos hacen erupción en el arco dental del niño la yema dental para el diente permanente continuará con sus procesos de desarrollo los cuales son iguales que en los deciduos por lo cual son también afectados y aún con mayor frecuencia, por las anomalías dentarias descritas anteriormente para los dientes deciduos.

Cuando el niño cuenta con los seis años de edad aproximadamente la corona del diente permanente se encuentra totalmente formada mientras su raíz esta solo parcialmente formada, al igual que en los dientes deciduos al no haber mucho espacio para la formación total de la raíz el diente se ve precisado a ocupar su respectivo sitio en el arco dental, lo cual hace por medio de la expulsión de los dientes deciduos reabsorbiendo su raíz y consiguiendo con ello la caída de la corona decidua, para posteriormente ocupar el lugar correspondiente.

En el proceso de erupción como en los demás se presentan anomalías como dientes retenidos, dientes sumergidos, giroversiones, mesializaciones, distalizaciones, etc.

Anomalías que aún cuando no son incluidas en nuestro estudio son

mencionadas.

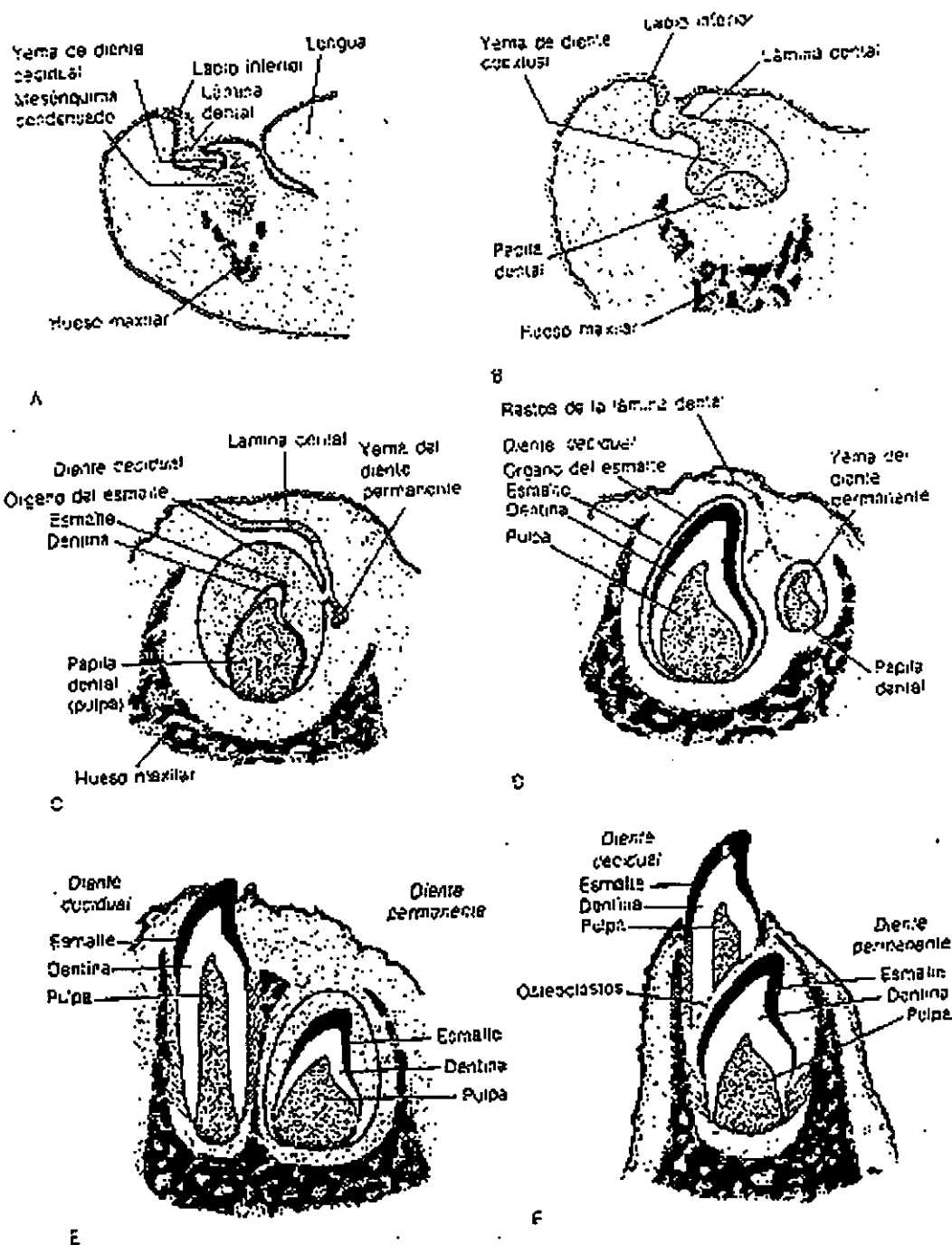


Figura 1 Esquemas que señalan el desarrollo y erupción del incisivo inferior (de los dientes deciduales), y la forma en que se desarrolla un diente permanente y sobresale al decidual.

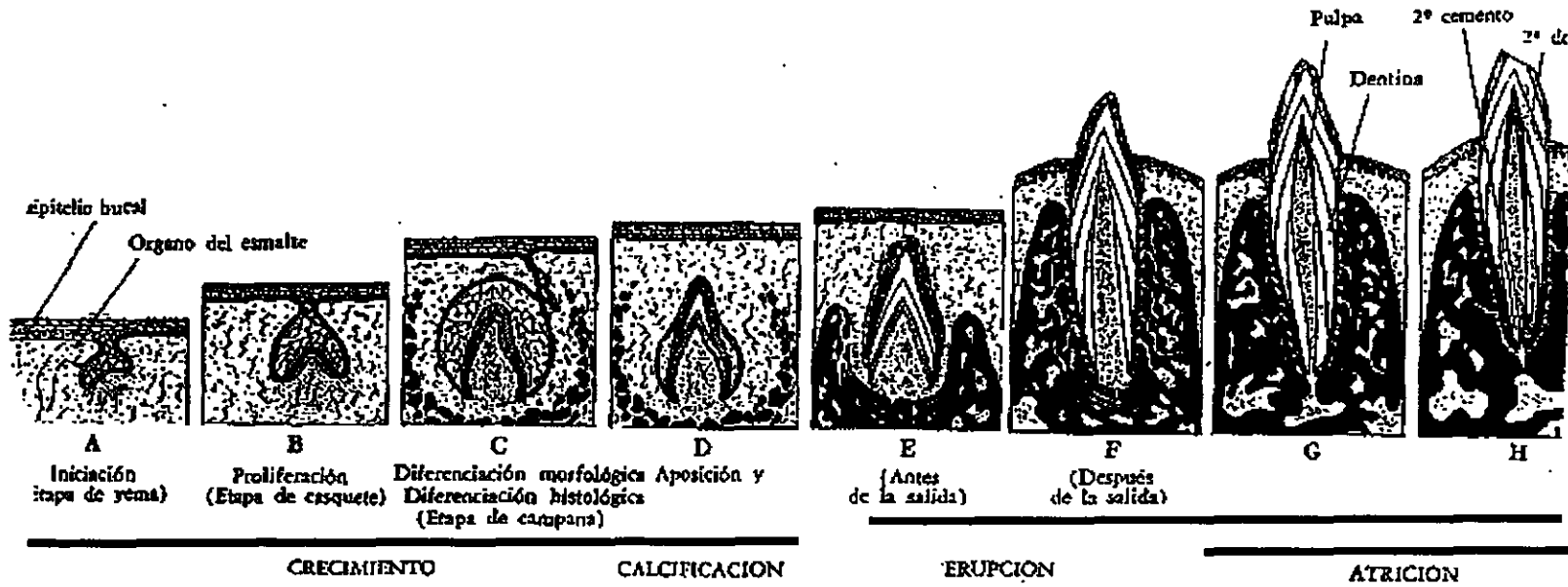


Figura 2. Ilustración esquemática del ciclo vital del diente. (Modificada de Schour, I., y Massler, M., JADA 27: 1785-1940)

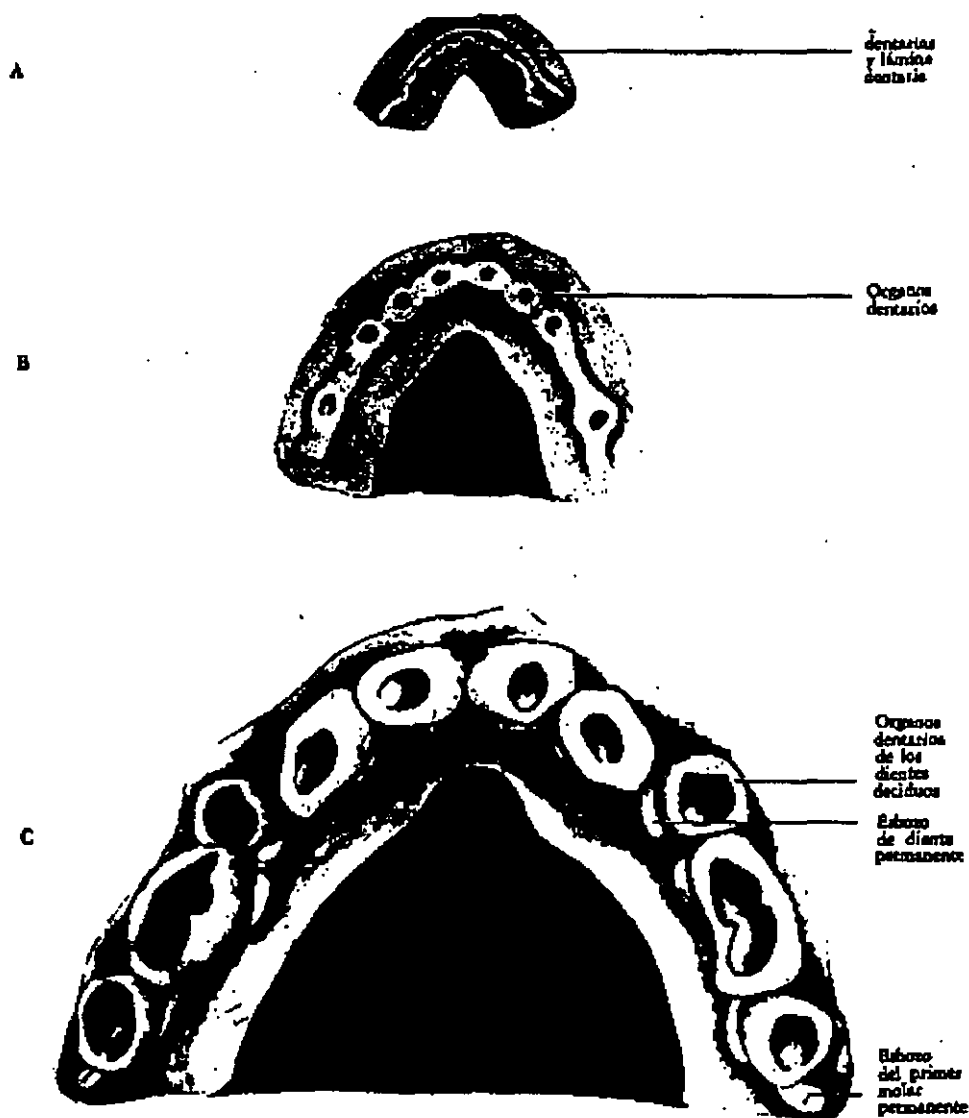


Figura 3: Reconstrucción esquemática de la lámina dentaria y los órganos dentarios del maxilar inferior. A, embrión de 22 mm, etapa de yema (octava semana). B, embrión de 43 mm, etapa de casquete (décima semana). C, embrión de 163 mm, etapa de cascabeo (aproximadamente a los cuatro meses). Los esbozos de los dientes permanentes se ven como engrosamientos de la lámina dentaria en el lado lingual de cada germen dentario. Extensión distal de la lámina dentaria con el esbozo del primer molar.

ANOMALÍAS ESTRUCTURALES DE LOS DIENTES PERMANENTES

Las anomalías dentarias en las que se basa este estudio son principalmente alteraciones de tamaño, forma y número debido a que son reconocibles fácilmente a simple vista y no requieren de un estudio más detallado como radiografías. Facilitando su registro y evitando incomodidades al paciente.

ANOMALÍAS DE TAMAÑO.

MICRODONCIA:

El termino "microdoncia" debe ser aplicado solo a los dientes que físicamente sean más pequeños de los normales, es decir más pequeño que el resto de los dientes de la persona.

En estos casos el diente es más pequeño que los otros y hay espacios de sobra dentro del maxilar. Son raros los casos aislados de esta anomalía ya que en su mayoría son asociados al Síndrome de Down, al enanismo pituitario y a un pequeño número de raros desordenes y anomalías hereditarias de la dentición.

El incisivo lateral superior es el diente más afectado normalmente, su diámetro mesio-distal se reduce y sus superficies son más pequeñas.

Su tratamiento consiste en colocar prótesis fija (corona metal porcelana o metal acrílico), que le den el tamaño adecuado y la estética concorde con sus demás piezas dentarías.



Fig 1. Microdoncia de laterales.

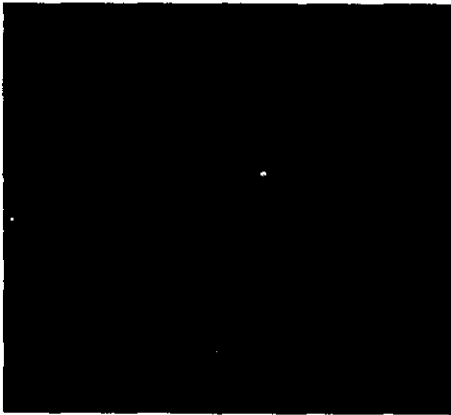


Fig.2 Microdoncia lateral superior derecho.



Fig.3 Radiografía de la fig.2.



Fig.4 Radiografía que muestra microdoncia en diente lateral superior izquierdo.



Fig.5 radiografía panorámica la cual muestra microdoncia en lateral superior izquierdo.



Fig.6 Microdoncia en segundo molar sup.izq.

MACRODONCIA:

Análogo a microdoncia, él termino "macrodoncia" se emplea para designar a un diente más grande de lo normal, es decir de mayor tamaño que el resto de los dientes del paciente.

Esta alteración al igual que la anterior es muy rara y se presenta mayormente en pacientes que padecen gigantismo pituitario.

Su tratamiento consiste en adecuarlo a tamaño normal a del resto las piezas pero solo si el paciente lo solicita.



Fig.7. Macrodoncia de lateral inf. izq.



Fig.8. Radiografía panorámica que muestra macrodoncia en terceros molares sup e inf.

ALTERACIONES EN LA FORMA

GEMINACIÓN:

Se le denomina así a la anomalía en la cual un solo órgano del esmalte intenta formar a dos dientes, teniendo como resultado una segmentación parcial en la cual aparecen dos coronas que comparten el mismo conducto y la misma raíz.

Tratamiento; La geminación de los dientes sobre todo de los anteriores constituye un desafío protésico. Dependiendo del carácter morfológico del defecto, puede construirse un puente anterior rebajando los dientes anómalos y usando como piezas pilares a los dientes análogos, reconstruyéndolos posteriormente a base de una prótesis fija.

En el caso de los dientes posteriores el tratamiento de ser necesario será el mismo, pero debido a que estas piezas no se ven mucho no afectan la estética del paciente.

Otra alternativa para asegurar un resultado estético adecuado, será extraer el diente afectado y sustituirlo con una prótesis.



Fig. 9. Vista radiográfica de la Geminación de la fig.10.



Fig.10 Geminación de central y lateral superiores izq.

FUSIÓN:

Cuando dos gérmenes contiguos se unen para formar una sola corona grande, el proceso se llama fusión.

Suele observarse en la región de los incisivos. La corona única tiene dos raíces y dos conductos radiculares.

A simple vista es muy difícil diferenciar a la fusión de la geminación, por lo cual en estos casos se usaron radiografías, para un mejor diagnóstico.

Tratamiento: su tratamiento al igual que en la geminación es la fabricación de protésis fija usando a las piezas afectadas con los dos dientes análogos o bien extraer las piezas afectadas y solo usar los dientes análogos para construir la protésis.



Fig.11. Fusión de lateral y central inferiores izq.



Fig.12. Vista radiografica de la fig. 11.



Fig.13 fusión de lateral superior derecho con canino.

DENS INVAGINATUS:

También llamado dens in dente o diente dentro de otro diente es una anomalía que presente una exagerada acentuación de la fosa lingual, y se debe a una invaginación de todas las capas del órgano del esmalte el cual produce un pequeño diente dentro de la futura cámara pulpar. Lo cuál produce una pequeña cavidad en la fosa lingual o palatina.

Su tratamiento consiste en la obturación de dicha cavidad con resina o amalgama para evitar la caries que es común se desarrolle rápidamente en estos sitios.



Fig.14. Radiografía de un diente con invaginación.

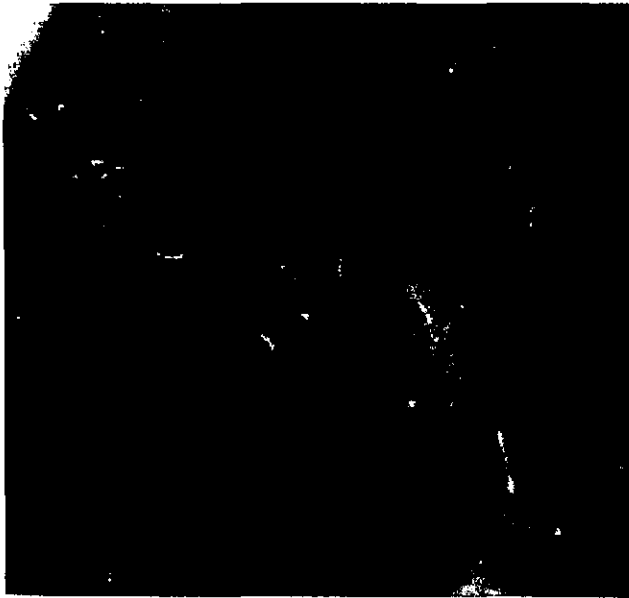


Fig.15 Invaginación de premolares inferiores izquierdos.



Fig.16 Vista radiografica de la fig.15.

DENS EVAGINATUS:

Es una anomalía que consiste en una protuberancia a modo de tubérculo o pezón en la superficie oclusal de los premolares principalmente y en centrales o laterales.

La atricción o fractura de este tubérculo deja expuesta a la dentina y muchas veces a la pulpa por lo que es necesario su tratamiento el cual consiste en la eliminación de esta anomalía, su consecuente obturación y de ser necesaria la endodoncia.



Fig.17 Central en forma de garra, es una evaginación rara.

CÚSPIDE ESPOLONADA:

Es una anomalía estructural que se asemeja al espolón de un águila, el cual se proyecta desde el cíngulo de los dientes, esta cúspide se une a la superficie lingual del diente. La cúspide espolonada esta compuesta de esmalte y dentina normales y además contiene un cuerno de tejido pulpar.

Si es necesaria su eliminación su tratamiento será en primer lugar la endoncia por su cercanía a la pulpa y posteriormente su obturación



Fig.18.Presencia de cúspides espolonadas en ambos centrales sup.



Fig.19. Presencia de cúspide espolonada en central superior izquierdo.



Fig.20. Vista radiografica de la cúspide espolonada en central.



Fig.21. Presencia bilateral de cúspide espolonada en premolares sup en un paciente masculino.

ANOMALÍAS DE NUMERO.

ANODONCIA:

Se le denomina "anodoncia" a la falta de uno, varios o todos los dientes.

En ella los gérmenes dentarios pueden no haberse iniciado o bien su desarrollo se aborta antes de terminado.

Su tratamiento consiste en la elaboración de una prótesis que suplante a los dientes faltantes, algunas veces puede estar indicado un tratamiento ortodóntico ya que debido a la ausencia de estas piezas, la oclusión es por lo general defectuosa.



Fig.22. Anodoncia en centrales, laterales y caninos, inferiores.

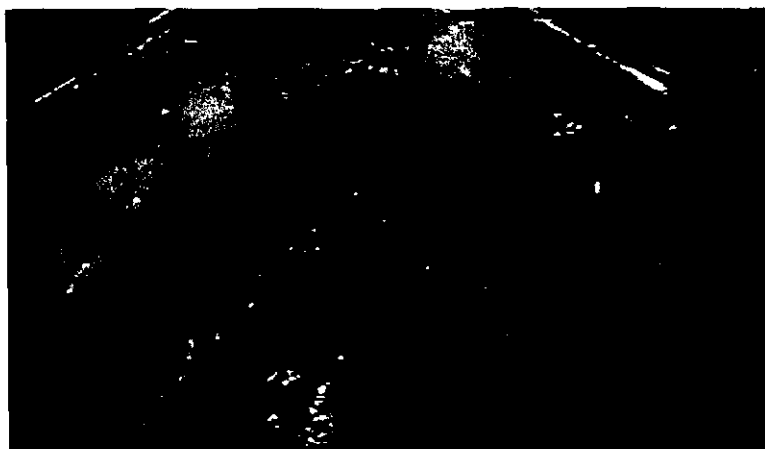


Fig.23. Anodoncia en centrales, laterales v premolar inf der.

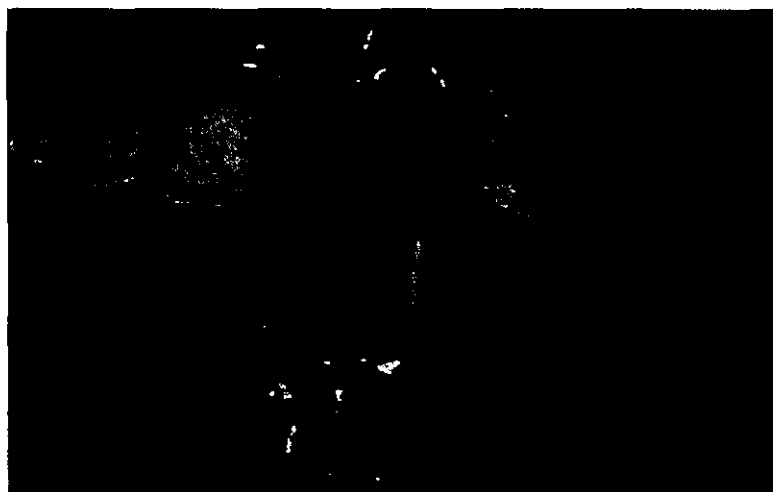


Fig.24. Presencia de anodoncia en central y lateral sup. Y en centrales v laterales inf.



Fig.25. Presencia de anodoncia en laterales superiores y centrales inf.

DIENTES SUPERNUMERARIOS:

Un diente "supernumerario" es el resultado de la proliferación continua de la lámina dental primaria o permanente para formar un nuevo germe dentario.

Estos pueden ser denominados;

- a) Accesorios cuando tienen forma anormal.
- b) Supernumerarios cuando tienen forma de diente normal.

Los diente supernumerarios se clasifican además en:

- a) Mesiodens: dientes supernumerarios localizados entre incisivos y centrales superiores o inferiores.
- b) Periodens: se localizan en posición bucal con respecto del arco.
- c) Para molar: se localizan en posición bucal o lingual en relación con los molares.
- d) Disto molar: esta en posición distal del tercer molar.

Tratamiento: Los dientes supernumerarios que han erupcionado, por lo general son afuncionales por lo que deben ser extraídos.

Por su parte los dientes supernumerarios impactados pueden interferir con la posición común de los normales y pueden desarrollar quistes

dentígeros, por cuyas razones también deberán extraerse quirúrgicamente en cuanto se les identifique por medio de radiografías.

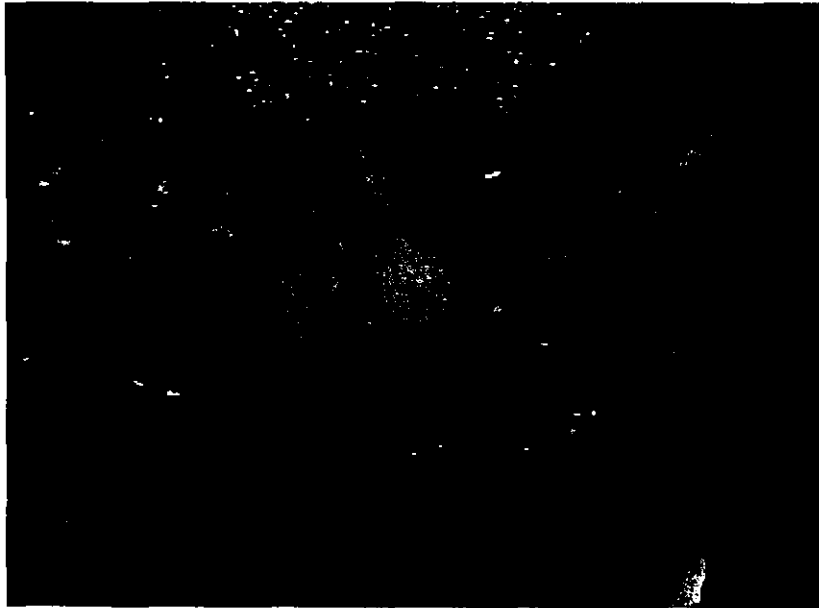


Fig.26.Premolares superumerarios.

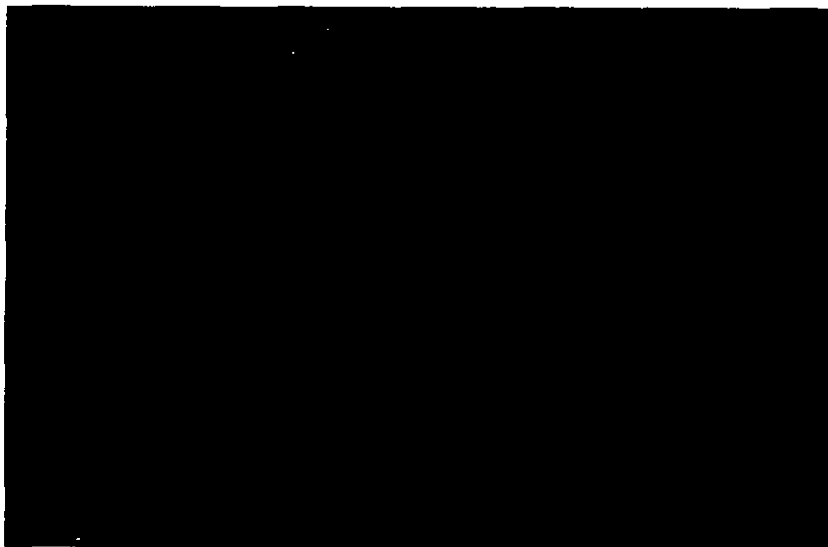


Fig.27.Presencia de central supernumerario (mesiodens).

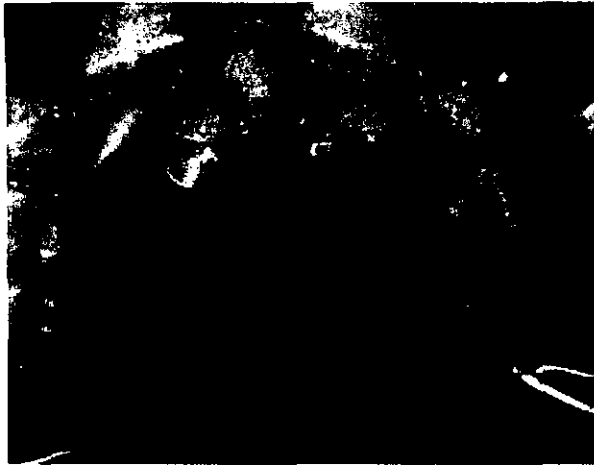


Fig.28.Presencia de mesiodens entre los centrales superiores.



Fig.29.Imagen radiografica de la fig. 28.



Fig.30.Mesiodens entre cetrales.



Fig.31.Radiografía del mesiodens.

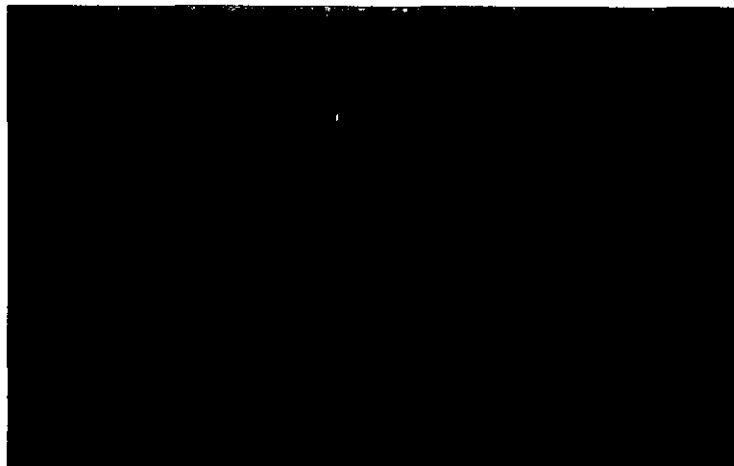


Fig.31.Mesiodens entre centrales superiores.

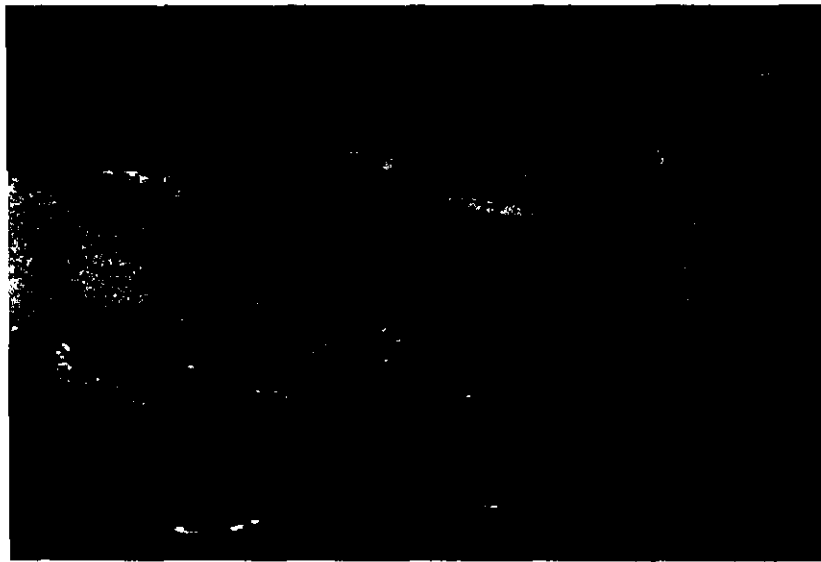


Fig.33. Diente supernumerario entre los centrales inferiores.



Fig.34. Presencia de diente supernumerario entre central v lateral der.

MATERIALES Y MÉTODOS.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación que se empleo en esta tesis fue prospectivo, y observacional.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Para realizar esta investigación fue necesario delimitar un universo de estudio, escogiendo de esta forma a los pacientes mayores de 15 años de edad que acudieron a la clínica de admisión en licenciatura de la Facultad de Odontología, de la U.N.A.M. de Septiembre a la primera semana de Diciembre de 1997, en el turno matutino.

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes mayores de 15 años de ambos sexos.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se seleccionó como muestra a todos los pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos, que llegaron a la Clínica de Admisión y posteriormente a su revisión clínica fueron colocados dentro de uno de los dos grupos los cuales fueron previamente conformados y consistieron en: Uno formado por pacientes sanos y otro por pacientes con anomalías.

De ambos grupos posteriormente se hizo un estudio comparativo.

EXAMINADORES.

Los examinadores fueron;

- 1). - Realizadoras del proyecto; Rosario Díaz Yedra y Ma. Elena Guerrero Morquecho.
- 2). - La calibración interexaminador fue realizada por el profesorado encargado de la clínica de admisión la M.O.D.C. Beatriz Aldape.

MATERIAL Y EQUIPO A EMPLEAR:

Se emplearon cédulas especiales para la recolección de datos (ver anexo 1, 2, 3 y 4), abatelenguas, guantes, cubrebocas, unidad dental. y computadora para la elaboración de los informes finales.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizó a través de cédulas diseñadas y precodificadas exclusivamente para esta investigación, y su instructivo anexo (anexos 1, 2, 3 y 4).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS:

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó a través de una promediación y una desviación estándar de las variables así como un cruce de variables dependientes e independientes para cada anomalía. Así como por porcentajes de frecuencia de las anomalías, prevalencia entre los pacientes, piezas más afectadas, porcentajes de edad y sexo.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES DEPENDIENTES

Edad y sexo.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Tipo de anomalía:

1) microdoncia, 2) macrodoncia, 3) geminación, 4) fusión, 5) dens invaginatus, 6) dens evaginatus, 7) anodoncia, 8) dientes supernumerarios y
9) cúspide espolonada.

ANEXO 1

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL ESTUDIO DE ANOMALÍAS.

REQUISITOS PARA EL LLENADO (NO DEBERAN DEJARSE PREGUNTAS SIN CONTESTAR).

- 1) El número de expediente corresponderá al registro de la historia clínica del archivo de la clínica de admisión y Sicorep.
- 2) La fecha se registrará con números arábigos, indicándola de la siguiente manera: día- mes- año.
- 3) En la casilla correspondiente al sexo se indicará (F) si es femenino y (M) si es masculino.
- 4) En la pregunta que corresponde a ocupación se indicará la principal actividad de la persona entrevistada de la siguiente manera : HOGAR, ESTUDIANTE, NUNCA A TRABAJADO (en cuyos casos se preguntará la ocupación de la persona de la cual dependa económicamente.) ,O DESEMPLEADO (en estos casos se le preguntará su última ocupación).
- 5) Se registrará diagnóstico de acuerdo al código de anomalías.
- 6) En las hojas del anexo 4 se realizará un control diario del número de pacientes que ingresarán a la clínica de admisión, para realizar al final el estudio un porcentaje de pacientes con anomalías vs pacientes sanos.

ANEXO 2

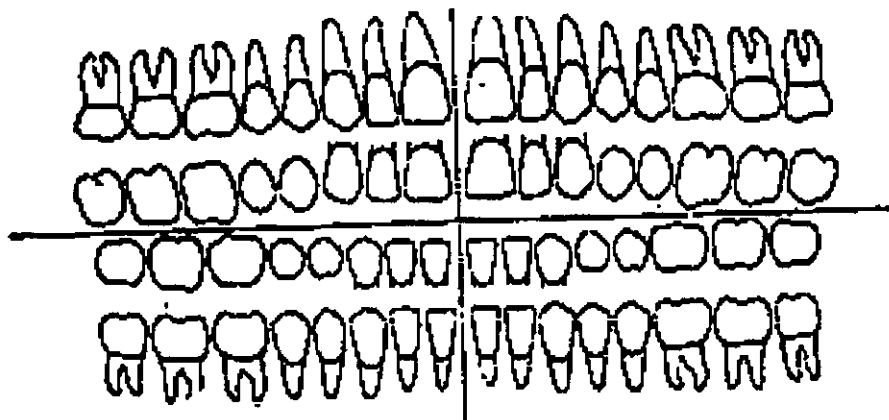
CODIGO DE REGISTRO.

CODIGO DENTAL.	CODIGO DE ANOMALÍAS.
11.INCISIVO CENTRAL SUP.DER.	01.MICRODONCIA.
12.INCISIVO LATERAL. SUP. DER	02.MACRODONCIA.
13.CANINO SUPERIOR DERECHO	03.GEMINACIÓN.
14.PRIMER PREMOLAR SUP. DER.	04.FUSIÓN.
15.SEGUNDO PREMOLAR SUP. DER.	05.DENS
	INVAGINATUS.
16.PRIMER MOLAR SUP. DER	06.DENS
	EVAGINATUS.
17.SEGUNDO MOLAR SUP. DER.	07.ANODONCIA.
18.TERCER MOLAR SUP. DER.	08.DIENTES
	SUPERNÚMERARIOS.
21.INCISIVO CENTRAL SUP. IZQ	09.CÚSPIDE
	ESPOLONADA
22.INCISIVO LATERAL SUP.IZQ.	
23.CANINO SUPERIOR IZQUIERDO.	

24. PRIMER PREMOLAR SUP. IZQ.
25. SEGUNDO PREMOLAR SUP. IZQ.
26. PRIMER MOLAR SUP. IZQ.
27. SEGUNDO MOLAR SUP. IZQ.
28. TERCER MOLAR SUP. IZQ.
31. INCISIVO CENTRAL INF. IZQ.
32. INCISIVO LATERAL INF. IZQ.
33. CANINO INFERIOR IZQUIERDO.
34. PRIMER PREMOLAR INF. IZQ.
35. SEGUNDO PREMOLAR INF. IZQ.
36. PRIMER MOLAR INF. IZQ.
37. SEGUNDO MOLAR INF. IZQ.
38. TERCER MOLAR INF. IZQ.
41. INCISIVO CENTRAL INF. DER.
42. INCISIVO LATERAL INF. DER.
43. CANINO INFERIOR DERECHO.
44. PRIMER PREMOLAR INF. DER.
45. SEGUNDO PREMOLAR INF. DER.
46. PRIMER MOLAR INF. DER.
47. SEGUNDO MOLAR INF. DER.
48. TERCER MOLAR INF. DER.
49. SUPERNUMERARIOS.

ANEXO 3.

FECHA: _____ N° EXPEDIENTE: _____ N° REGISTRO: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____ OCUPACIÓN: _____



DIAGNOSTICO POR LOCALIZACIÓN DE LA ANOMALÍA.

PIEZA	CODIGO DE LA ANOMALÍA.
1 []	[] []
2 []	[] []
3 []	[] []
4 []	[] []
5 []	[] []

OTROS _____

ANEXO 4

FECHA: [] [] [] [] [] []
N° DE CARNET AL COMIENZO DEL DIA: [] [] [] [] [] []
N° DE CARNET AL FINAL DE LA MAÑANA: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES CON ANOMALÍAS: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES SANOS: [] [] [] [] [] []

FECHA: [] [] [] [] [] []
N° DE CARNET AL COMIENZO DEL DIA: [] [] [] [] [] []
N° DE CARNET AL FINAL DE LA MAÑANA: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES CON ANOMALÍAS: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES SANOS: [] [] [] [] [] []

FECHA: [] [] [] [] [] []
N° DE CARNET AL COMIENZO DEL DIA: [] [] [] [] [] []
N° DE CARNET AL FINAL DE LA MAÑANA: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS: [] [] [] [] [] []
N° DE PACIENTES CON ANOMALÍAS: [] [] [] [] [] []

RESULTADOS

Una vez seleccionada y obtenida la muestra de los pacientes que acudieron a solicitar servicio para la elaboración de su carnet a la clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM Licenciatura, y obtenido nuestro universo de estudio conformado por pacientes de ambos sexos mayores de 15 años, se subdividió en dos grupos; uno formado por pacientes sanos y el otro por pacientes que presentaron cualquier anomalía estructural de las ya mencionadas.

Se procedió a realizar el conteo y la clasificación de los datos recabados para obtener las tabulaciones y los resultados para cuyo fin se subdividieron de la siguiente manera:

1. - Resultados del total de pacientes obtenidos en los meses de estudio sin importar edad ni sexo.
2. - Resultados del total de pacientes adultos con anomalías y pacientes adultos sanos sin importar edad ni sexo.
3. - Resultados del total de pacientes adultos con anomalías por sexo.
4. - Resultados del total de pacientes adultos con anomalías por edad y sexo.
5. - Resultados del total de la frecuencia de las anomalías analizadas.

6. - Resultados del total de anomalías investigadas individualmente por pieza dental afectada.
7. - Resultado de las anomalías investigadas individualmente por piezas dentales más afectadas.

Tras esta clasificación los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

I.-TOTAL DE PACIENTES ATENDIDO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 1997 SIN DISTINCIÓN DE EDAD, NI SEXO.

Del mes de Septiembre de 1997 a la primera semana de Diciembre del mismo año, en la Clínica de admisión se recibieron en el turno matutino a poco más o menos 3,878 pacientes contando adultos y niños, de los cuales se tomaron para nuestro estudio solo a los pacientes mayores de 15 años.

Los demás a pesar de que no formaron parte del estudio fueron incluidos en el conteo debido a que en la cédula de recolección de número de carnet y fecha (anexo 4), se pide que se anote el número del carnet al inicio del turno y al final del mismo, por lo cual se realizó un conteo adicional para dividir a los pacientes mayores de 15 años de los pacientes menores a esta edad, con lo cual obtuvimos como resultado a un total de 2,926 pacientes adultos los cuales constituyeron nuestro universo de estudio.

TABLA #.1
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS DE SEP-DIC DE 1997
SIN DISTINCIÓN DE EDAD, NI SEXO.

FECHA.	NUMERO DE CARNET principio - fin de la mañana	TOTAL DE PACIENTES (incluyendo niños).	TOTAL DE PACIENTES ADULTOS.	PACIENTES CON ANOMALÍAS.
1-Sep-1997.	1089 - 1168	79	54	2
2-Sep-1997.	1237 - 1313	76	50	4
3-Sep-1997.	1402 - 1474.	72	45	3
4-Sep-1997.	1537 - 1601.	64	33	1
5-Sep-1997.	1661 - 1723.	62	30	2
9-Sep-1997.	1965 - 2025.	60	27	2
10-Sep-1997.	2086 - 2151.	65	35	1
23-Sep-1997.	3223 - 3316.	93	72	3
24-Sep-1997.	3392 - 3500.	108	90	7
25-Sep-1997.	3580 - 3640.	60	27	3
29-Sep-1997.	3739 - 3852.	113	96	6
30-Sep-1997.	3930 - 4015.	85	62	6
2-Oct-1997.	4290 - 4372.	82	58	8
3-Oct-1997.	4439 - 4536.	97	71	8
6-Oct-1997.	4610 - 4727.	117	100	6
7-Oct-1997.	4802 - 4898.	96	76	4
8-Oct-1997.	5008 - 5081.	73	46	5
9-Oct-1997.	5175 - 5268.	93	72	10
10-Oct-1997.	5330 - 5401.	71	43	1
13-Oct-1997.	5475 - 5565.	90	69	7
14-Oct-1997.	5628 - 5718.	90	68	9
17-Oct-1997.	5890 - 5917.	27	19	8
20-Oct-1997.	6058 - 6118	60	27	12
21-Oct-1997.	6241 - 6353.	112	94	11
22-Oct-1997.	6432 - 6510	69	41	3
23-Oct-1997.	6603 - 6699.	96	76	6
24-Oct-1997.	7242 - 7337.	95	74	1
27-Oct-1997.	7399 - 7484.	85	62	6
28-Oct-1997.	7550 - 7623.	73	46	8
29-Oct-1997.	7672 - 7729.	57	44	7
30-Oct-1997.	7771 - 7865.	94	73	7
10-Nov-1997.	8576 - 8695.	119	95	4
11-Nov-1997.	8786 - 8879.	93	73	7
12-Nov-1997.	8946 - 9032.	86	65	5
13-Nov-1997.	9118 - 9218.	100	70	6

ANOMALÍAS DE LOS DIENTES PERMANENTES EN UNA POBLACIÓN ADULTA MEXICANA.

14-Nov-1997.	9287 - 9357.	70	52	3
17-Nov-1997 .	9416 - 9518.	102	81	3
18-Nov-1997.	9604 - 9686.	82	59	3
21-Nov-1997.	9915 - 9982.	67	45	4
24-Nov-1997.	10056 - 10171.	115	98	7
25-Nov-1997.	10399 - 10476.	77	52	2
27-Nov-1997.	10540 - 10648.	108	97	7
28-Nov-1997.	10724 - 10716.	72	61	4
1-Dic-1997.	10856 - 10955.	99	76	2
2-Dic-1997.	11020 - 11080.	60	48	4
3-Dic-1997.	11147 - 11218.	71	52	3
4-Dic-1997.	11275 - 11361.	86	51	2
TOTAL :		3878	2926	238.

*Total de pacientes atendidos de Septiembre/Diciembre 1997, en la Clínica de Admisión Facultad de Odontología UNAM Licenciatura, en el turno matutino.

*La tabla 1 indica las fechas de revisión, números de carnet, pacientes revisados, pacientes adultos y pacientes con anomalías así como el resultado de estos.

2. PACIENTES SANOS vs PACIENTES CON ANOMALÍAS:

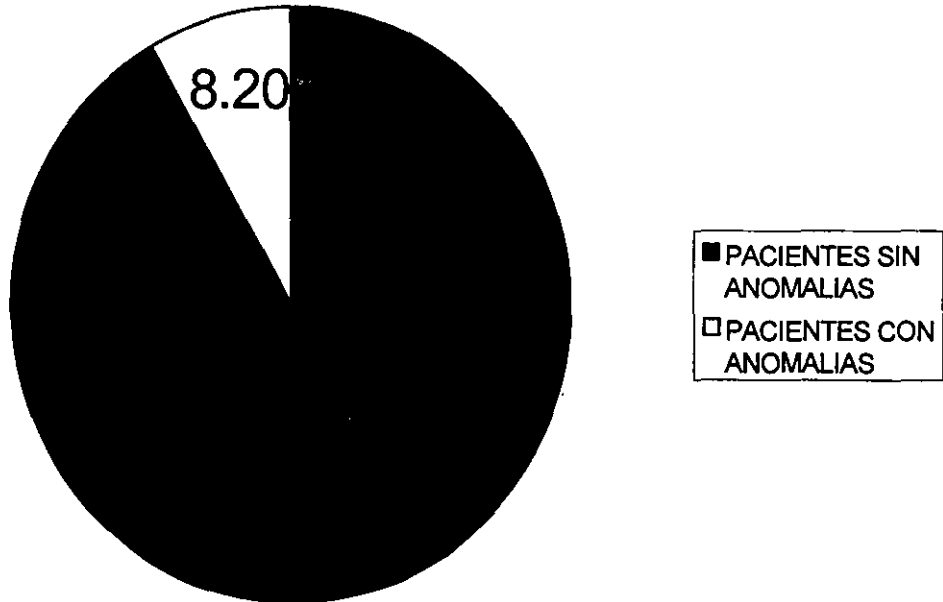
El número de pacientes adultos que integra nuestro grupo de estudio fue de 2,926 pacientes de ambos sexos y mayores todos de 15 años, de este grupo se subdividió en dos grupos: uno integrado por pacientes sanos y el otro por pacientes con anomalías, de los cuales se obtuvieron:

- 1.- 2,688 pacientes sin anomalías y
- 2.- 238 pacientes con anomalías.

Siendo los pacientes sin anomalías los que predominan con un 91.8 % y los pacientes con anomalías solo alcanzan a afectar a un 8.2% de la población.

GRÁFICA # 1

PACIENTES SANOS vs PACIENTES CON ANOMALIAS.



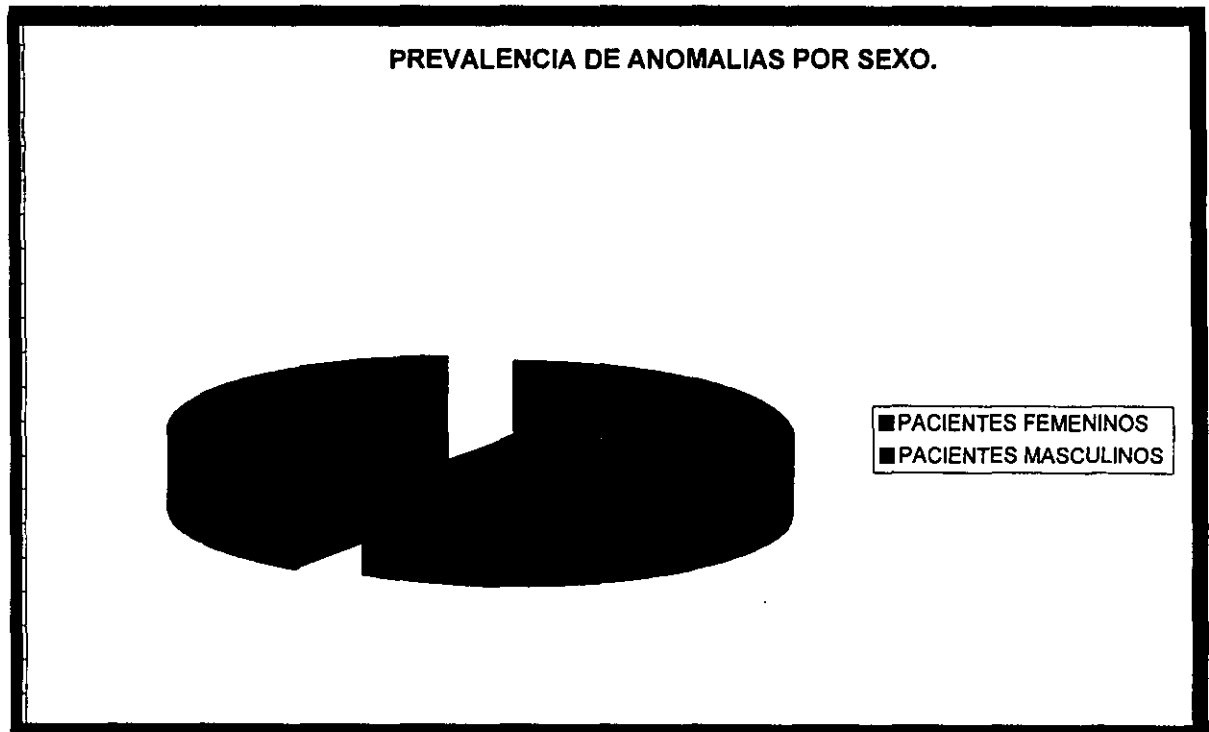
3. PREVALENCIAS DE ANOMALÍAS POR SEXO.

De los 238 pacientes con anomalías, la prevalencia más grande fue en el sexo femenino, en las mujeres se encontró el mayor número de anomalías así como de piezas afectadas, en los hombres aún cuando si se encontraron muchas anomalías fue menos el porcentaje de anomalías.

Los resultados obtenidos fueron:

- a) Femeninos con anomalías: 141 = 59.3%
- b) Masculinos con anomalías: 97 = 40.7%

GRÁFICA # 2



4. PACIENTES CON ANOMALÍAS, PREVALENCIA POR EDAD Y SEXO.

Otro de los datos utilizados como variables y cuya investigación se considero necesaria fue la prevalencia de las anomalías de acuerdo con la edad de los pacientes, para ellos se utilizo como edad inicial de los pacientes a los mayores de quince años y en cuanto a la edad límite del estudio se registrarón las edades de:

a) Pacientes Femeninos 63 años

b) Pacientes Masculinos 78 años

En ambos sexos las diferencias fueron un tanto notables (tabla 2), por ejemplo: mientras que en las pacientes la edad que presenta más prevalencia es: 19 y 21 años, por su parte en el sexo masculino la edad con mayor registro es los 25 años.

En ambos casos se pudo comprobar que a pesar de la edad ninguno de los pacientes registrados conocía la presencia de anomalías estructurales en sus piezas dentarias, por lo cual uno de los objetivos que era informar al paciente y explicarle cual era su anomalía y cual podía ser su tratamiento quedo si no del todo por lo menos parcialmente cumplido,

esperamos que el siguiente paso que es su atención y rehabilitación lo den los pacientes.

La siguiente tabla pretende explicar de una manera más amplia la prevalencia por edad y sexo (tabla 2.).

TABLA # 2
PREVALENCIA POR EDAD Y SEXO.

PACIENTES FEMENINOS.

PACIENTES MASCULINOS

EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENT AJE.	EDAD.	NUMERO DE CASOS.	PORCENTA JE.
15 años	1	0.7%	16 años.	2	2.1%
16 años	1	0.7%	17 años	3	3.2%
17 años	2	1.5%	18 años.	4	4.1%
18 años	4	2.8%	19 años	7	7.2%
19 años	12	8.5%	20 años	5	5.1%
20 años	9	6.9%	21 años	5	5.1%
21 años	12	8.5%	22 años	5	5.1%
22 años	4	2.8%	23 años	6	6.2%
23 años	7	4.9%	24 años	5	5.1%
24 años	8	5.6%	25 años	8	8.2%
25 años	8	5.6%	26 años	2	2.1%
26 años	6	4.2%	27 años	3	3.2%
27 años	1	0.7%	28 años	4	4.1%
28 años	4	2.8%	29 años	4	4.1%
29 años	3	2.1%	30 años	4	4.1%
30 años	2	1.5%	31 años	1	1.1%

ANOMALÍAS DE LOS DIENTES PERMANENTES EN UNA POBLACIÓN ADULTA MEXICANA.

32 años	2	1.5%	34 años	2	2.1%
33 años	3	2.1%	37 años	1	1.1%
34 años	4	2.8%	38 años	1	1.1%
35 años	6	4.2%	40 años	3	3.2%
36 años	4	2.8%	41 años	1	1.1%
37 años	4	2.8%	42 años	2	2.1%
38 años	3	2.1%	43 años	1	1.1%
40 años	3	2.1%	44 años	2	2.1%
42 años	1	0.7%	46 años	1	1.1%
43 años	4	2.8%	47 años	1	1.1%
44 años	1	0.7%	48 años	1	1.1%
46 años	1	0.7%	49 años	1	1.1%
47 años	1	0.7%	50 años	2	2.1%
48 años	2	1.5%	52 años	1	1.1%
49 años	3	2.1%	53 años	1	1.1%
50 años	1	0.7%	56 años	2	2.1%
52 años	1	0.7%	74 años	1	1.1%
54 años	3	2.1%	78 años	1	1.1%
55 años	3	2.1%			
57 años	1	0.7%			
59 años	1	0.7%			
60 años	1	0.7%			
62 años	1	0.7%			
63 años	1	0.7%			
TOTAL	141= 59.3%	100%	TOTAL	97 = 40.7%	100 %
MUJERES:			HOMBRES		

5. - ANOMALÍAS ESTUDIADAS, PREVALENCIA:

La última de las variables que se utilizó y la cual constituye el objetivo principal de este estudio fue la prevalencia de las anomalías, para ello seleccionamos anomalías estructurales, que pudiesen ser detectadas fácilmente con ayuda de un análisis clínico únicamente y sin necesidad de un estudio radiográfico, esto con el objetivo de no hacer tedioso el examen al paciente y de no hacerlo gastar en estudios radiográficos que quizá no pudieran ser utilizados por el más adelante. En los únicos casos que se utilizaron radiografías para su diagnóstico fueron en los casos de geminación y fusión en cuyos casos es indispensable esta para dar un diagnóstico definitivo y cuando el paciente ya traía su radiografía.

Las anomalías seleccionadas para estudiarlas fueron:

1) Microdoncia, 2) Macrodoncia, 3) Geminación, 4) Fusión, 5) Dens Invaginatus, 6) Dens Evaginatus, 7) Anodoncia, 8) Supernumerarios y 9) Cúspide Espolonada.

Una vez recogidos los datos los resultados arrojaron lo siguiente:

La anomalía con mayor prevalencia fue los Dens Invaginatus (Diente dentro de otro diente) y la anomalía con menor prevalencia fue la geminación.

Estos datos varían muchísimo con respecto al estudio realizado por Sedano en el cual la cúspide espolonada es la anomalía con mayor prevalencia

En este estudio el número de piezas afectadas hace un total de 230 (Cabe señalar que en la mayoría de los pacientes se presentaron varias anomalía por lo cual se hizo el conteo de acuerdo con el número de piezas afectadas), piezas afectadas por Dens invaginatus y las piezas que presentan cúspides espolonadas solo ascienden a 49.

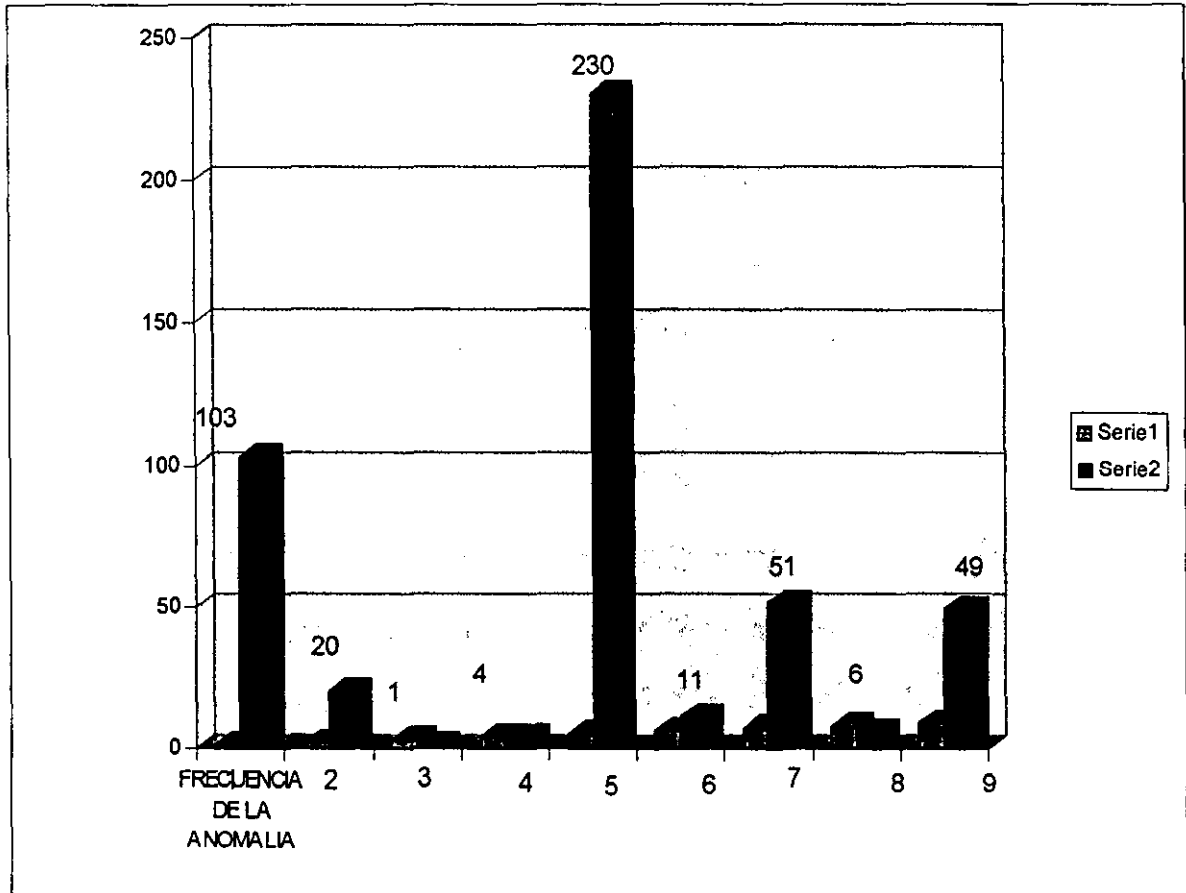
TABLA # 3
PREVALENCIA DE ANOMALÍAS.

ANOMALÍA.	NUMERO DE PIEZAS AFECTADAS.	PORCENTAJE.
01(Microdoncia).	103	21.6%
02(Macrodoncia.).	19	4.0%
03 (Geminación.)	1	0.4%
04(Fusión)	4	1.0%
05(Dens in vaginatus)	230	48.3%
06 (Dens evaginatus).	11	2.3%
07(Anodoncia.)	51	10.7%
08 (Dientes supernumerarios)	60	1.2%
09 (Cúspide espolonada)	50	10.5%
TOTAL:	479	100%

6. TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS POR ANOMALÍA.

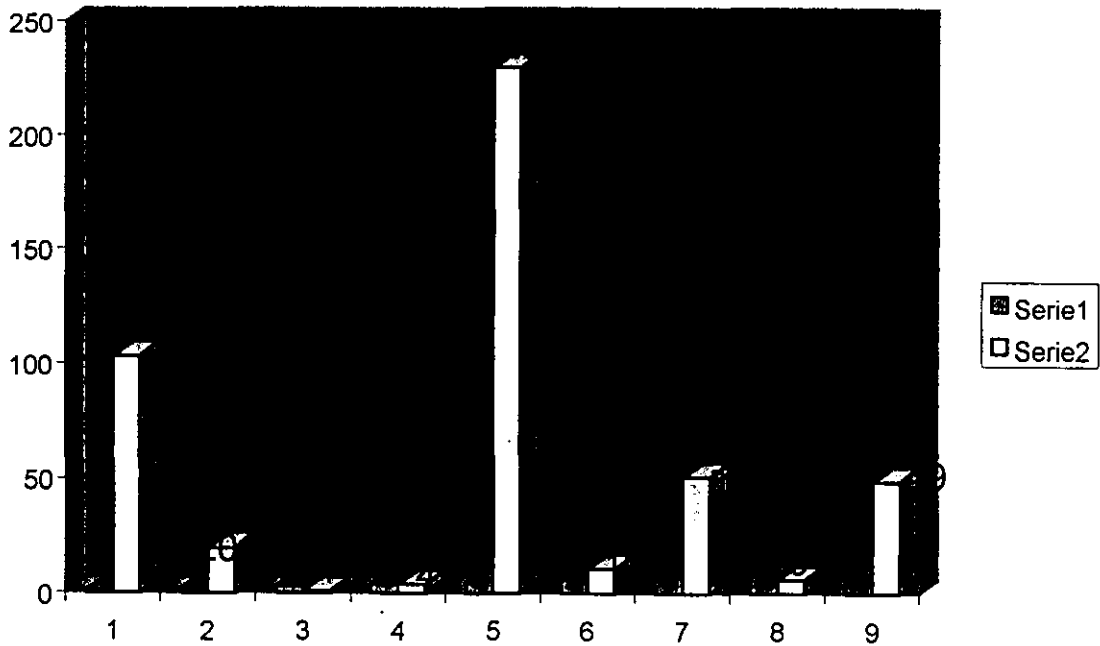
Como ya se señalo anteriormente en la mayoría de los pacientes se pudieron detectar no solo una sino varias anomalías, a veces varias piezas eran afectadas por una sola anomalía y en otros casos las anomalías eran totalmente distintas por lo cual se realizo un conteo del número de piezas afectadas por cada anomalía dividiendo y examinando cada una de ellas individualmente con lo cual obtuvimos la siguiente información vertida en la gráfica # 3.

GRÁFICA # 3



GRAFICA # 3 B.

TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS POR ANOMALÍA.



- Serie 1 Número de piezas afectadas por anomalía.
- Serie 2 Código de la anomalía.

7. PIEZAS DENTALES MÁS AFECTADAS POR CADA ANOMALÍA.

El último dato investigado fue el de las piezas más afectadas, es decir, los órganos dentarios (Centrales, Laterales, Caninos, Premolares y Molares) más afectados, para lo cual utilizamos un recuento por anomalías de cuales son los órganos más afectados y los menos afectados obteniendo los siguientes datos:

a) Piezas dentales afectadas por Microdoncia total: 103

PIEZA DENTAL AFECTADA.	NUMERO DE CASOS.	PORCENTAJE.
12 (Ins. Lat. Sup.Der.)	30	29.13%
22 (Ins. Lat. Sup. Izq.)	28	27.18%
28 (Tercer molar Sup.Izq.)	14	13.60%
18 (Tercer molar Sup.Der.)	12	11.66%
17 (Seg.molar Sup. Der.)	3	2.91%
25 (Seg.premolar Sup.Izq.)	3	2.91%
27 (Seg.molar. Sup. Izq.)	2	1.94%
38 (Tercer molar Inf. Izq.)	2	1.94%
21 (Inc.Central Sup. Izq.)	1	0.97%
31 (Inc.Central. Inf. Izq.)	1	0.97%
47 (Seg.molar . Inf. Der.)	1	0.97%
48 (Tercer molar. Inf. Der.)	1	0.97%
41 (Inc.Central. Inf. Der.)	1	0.97%
42 (Inc.Lat. Inf. Der.)	1	0.97%
32 (Inc.Lat. Inf. Izq.)	1	0.97%
44 (Prim.premolar Inf.Der.)	1	0.97%
15 (Seg.premolar Sup. Der.)	1	0.97%
TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS:	103	100%

b) Piezas dentales afectadas por Macrodoncia;

PIEZA DENTAL AFECTADA.	NUMERO DE CASOS.	PORCENTAJE.
38 (Tercer molar. Inf. Izq.)	5	25%
22 (Inc. Lat. Inf. Izq.)	3	15%
12 (inc. Lat. Sup. Der.)	2	10%
48 (Tercer molar Inf. Der.)	2	10%
11 (Inc. Central. Sup. Der.)	1	5%
21 (Inc. Central. Sup. Izq.)	1	5%
35 (Seg . premolar Inf Izq)	1	5%
45 (Seg.premolar Inf. Der.)	1	5%
37 (Seg.Molar Inf. Izq.)	1	5%
47 (Seg.molar. Inf. Der.)	1	5%
28 (Tercer molar. Sup. Izq.)	1	5%
TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS :	20	100 %

c).- Piezas dentales afectadas por Geminación.

PIEZA DENTAL AFECTADA.	NUMERO DE CASOS.	PORCENTAJE.
47-48 (Segundo y Tercer molar .Inf. Der.) .	1	100%
TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS:	2	

d).- Piezas dentales afectadas por Fusión.

PIEZA DENTAL AFECTADA.	NÚMERO DE CASOS.	PORCENTAJE.
17-18(Seg-Ter.molar Sup.Der.).	1	25%
27-28(Seg- Ter.molar.Sup.lzq.)	1	25%
31-32(Inc.Cental- Inc.Lat.Inf. lzq.).	1	25%
41-42(Inc.Central-Inc.Lat. Inf. lzq.)	1	25%
TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS:	4	100%

e).- Piezas dentales afectadas por Dens Invaginatus.

PIEZA DENTAL AFECTADA.	NÚMERO DE CASOS.	PORCENTAJE.
22 (Inc.Lat. Sup. Izq).	102	44.3%
12 (Inc. Lat. Sup.Der.)	100	43.5%
11 (Inc.Central. Sup.Der)	14	6.1%
21 (Inc.Central Sup.Izq)	11	4.8%
13 (Canino. Sup. Der.)	2	0.9%
23 (Canino Sup.Izq.)	1	0.4%
TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS:	230	100%

f). - Piezas dentales afectadas por Dens Evaginatus.

PIEZA DENTAL AFECTADA.	NÚMERO DE CASOS.	PORCENTAJE.
22 (Inc. Lat. Sup. Izq.)	7	63.6%
12 (Inc. Lat. Sup. Der.)	4	36.4%
TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS:	11	100 %

g).- Piezas dentales afectadas por Anodoncia.

PIEZA DENTAL AFECTADA:	NÚMERO DE CASOS:	PORCENTAJE :
12 (Inc. Lat. Sup. Der.)	7	13.7%
13 (Canino Sup. Der.)	6	11.6%
23 (Canino Sup. Izq.)	6	11.6%
22(Inc. Lat. Sup. Izq.)	5	9.8%
25 (Seg.Prem.Sup.Izq.)	3	5.9%
18 (tercer molar Sup.Der.)	3	5.9%
28 (Tercer molar Sup. Izq.)	3	5.9%
38 (Tercer molar Inf. Izq.)	3	5.9%
48 (Tercer molar Inf. Der.)	3	5.9%
15 (Seg.prem. Sup. Der.)	2	3.9%
31 (Inc. Central. Inf. Izq.)	2	3.9%
14 (Primer prem.Sup. Der.)	1	2.0%
24 (Primer.prem. Sup.Izq.)	1	2.0%
27 (Seg. molar.Sup.Izq.)	1	2.0%
37 (Seg. molar. Inf. Izq.)	1	2.0%
41 (Inc. Central. Inf. Der.)	1	2.0%
42 (Inc. Lat. Inf. Der.)	1	2.0%
43 (Canino Inf. Der.)	1	2.0%
45 (Seg.prem. Inf. Der)	1	2.0%
TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS:	51	100%

h).- Piezas dentales afectadas por Supernumerarios.

PIEZA DENTAL AFECTADA:	NÚMERO DE CASOS;	PORCENTAJE:
49 (Mesio dens)	3	50%
49 Perio dens)	3	50%
TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS:	6	100%

i).- Piezas dentales afectadas por Cúspide Espolonada.

PIEZA DENTAL AFECTADA :	NÚMERO DE CASOS:	PORCENTAJE :
12 (Inc. Lat. Sup.Der.)	9	18.3%
45 (Seg.prem. Inf. Der.)	6	12.2%
22 (Inc. Lat. Sup. Izq.)	5	10.2%
44 (Primer.prem.Inf. Der.)	5	10.2%
25 (Seg.prem. Sup. Izq.)	4	8.1%
13 (Canino Sup. Der.)	3	6.1%
14 (Primer.prem. Sup.Der.)	3	6.1%
24 (Primer prem. Sup. Izq.)	3	6.1%
27 (Seg.molar. Sup. Izq.)	2	4.0%
35 (Seg.prem. Inf. Izq.)	2	4.0%
15 (Seg.prem.Sup. Der.)	1	2.1%
16 (Primer molar Sup. Der.)	1	2.1%
17 (Seg.molar. Sup. Der.)	1	2.1%
23 (Canino Sup. Izq.)	1	2.1%
26 (Primer molar Sup. Izq.)	1	2.1%
34 (Primer. prem. Inf. Izq.)	1	2.1%
37 (Seg. molar. Inf. Izq.)1	1	2.1%
TOTAL DE PIEZAS AFECTADAS:	49	100%

CONCLUSIONES.

Concretamente y sin duda alguna el presente estudio cumplió con todos los objetivos para los cuales fue diseñado.

Iniciando con la aportación de los datos por demás diferentes a los aportados por estudios anteriores y en especial comparados con los datos del estudio más reciente echo por Sedano en 1989.

Datos que aún cuando difieren totalmente de los de este autor no descartan la presencia de la cúspide espolonada como una las anomalías más frecuentes en la población mexicana. Se espero y se logro alcanzar uno de los primeros objetivos que fue el aportar nuevos datos con respecto a la presencia de las anomalías en la población adulta mexicana.

En resumen los resultados obtenidos fueron:

1. De un total de 2,688 pacientes revisados solo presentaron anomalías 238 pacientes, es decir un 8.2% solamente.
2. De los 238 pacientes con anomalías estas presentaron una mayor prevalencia en el sexo Femenino con un total de 141, mientras que el sexo masculino solo presenta un número de 97.
3. En cuanto a la edad de estos pacientes se marco una referencia que abarcaba a los pacientes de ambos sexos mayores de los 15 años y la edad

más grande o límite sería marcada por el estudio así pues se recabaron como edad final;

Los 63 años para pacientes femeninos y 78 para los pacientes masculinos.

4. Por su parte la anomalía más frecuente fue los dientes con invaginación (230 piezas afectadas) y la menos frecuente fue la geminación (1 caso), mientras la cúspide espolonada ocupó el 4to. lugar (con 50 piezas afectadas).

5. En cuanto a las piezas más afectadas destacaron para la mayoría de las anomalías los incisivos centrales y laterales.

En cuanto a los siguientes objetivos esperamos aún un mayor y un favorable resultado ya que pretendemos concientizar a la población odontológica y principalmente a la del plantel ya que esta formará a la futura población profesional, de la necesidad de identificar las anomalías presentes en la cavidad bucal de sus pacientes con el objetivo tanto de informarle al paciente, como de darle un mejor tratamiento odontológico ya que si bien estas anomalías no son del todo potencialmente perjudiciales para su salud, son en su mayoría defectos que pueden causar daños como mayor índice de caries (en el caso de dientes invaginados, dientes evaginados, dientes con cúspide espolonada), problemas estéticos (como en el caso de los dientes con microdoncia, macrodoncia, dientes fusionados, dientes con geminación, dientes ausentes (anodoncia), o dientes Supernumerarios.).

Daños que sin duda podrían ser prevenidos si el diente que presenta la anomalía fuese tratado de la manera más conveniente.

De igual manera esperamos que los pacientes que revisamos y a los cuales informamos de la presencia de anomalías en su boca y de su posible tratamiento busquen la ayuda del profesional (en estos casos probablemente el alumnado del plantel), para solucionar su problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Bernier, Joseph L.D.D.S.F.D.S, R.C.S. *TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES*, Ed. Bibliográfica Omega, México, 1959, 75 - 104 pp.
2. Bhaskar, S.N. *HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCAL*. Ed. El Ateneo, México 1980, 511 pp.
3. Bhaskar, S. N. *PATOLOGÍA BUCAL*, Ed. El Ateneo, México 1975, 87 - 107 pp.
4. Cate, Ten. *HISTOLOGÍA ORAL*,. Ed. Medica Panamericana, Argentina 1985, 536 pp.
5. Fovar S Salama, BDS. PH, lip J Hanes DDS, MS, Mary Ann Ready, DMD.
TALON CUSP: A REVIEW AND TWO CASE REPORTS ON SUPERNUMERARY PRIMARY AND PERMANENT TEETH. *Jornal of Dentistry for children* march - april 1990, 147 pp.

6. Giunta, S. L.. *PATOLOGÍA BUCAL.* , Ed Interamericana, México, 1985, 43 -45 pp.

7. Gorlin, Robert J. *PATOLOGÍA ORAL.* , Ed. Salvat Editores, S.A, México, 1989, 105 -204 pp.

8. Neville Damm Allen Bouqvot. *ORAL MAXILLO FACIAL PATHOLOGY.* W: B: Souders Company, Philadelfia, 1995,

9. Regezi, Joseph A. D. D. S., M S. *PATOLOGÍA BUCAL.* Ed. Interamericana Mc. Graw - Hill, México, 1991, 482- 506 pp.

10 Sedano, HO. *CLÍNICAL ORALDENTAL ABNORMALITIES IN MEXICANS,* Ed. Oral- Surg-Oral- Med- Oral-Pathol, Estados unidos, 1989, sep: 68 (3): 300.11pp.}

11. Tieck, Richar W. *FISIOLOGIA BUCAL.* , Ed. Interamericana S. A. México. 1960,481 pp.

12. W. Ham. Arthur. *TRATADO DE HISTOLOGÍA,* Nueva Editorial interamericana, S: A. de C: V, México, 1975, 7ma ed. 936 pp.

13. Warren Scherer, D.D.S. Harmon Cooper, DDS.- Rober Haray, DDS.

ANODONTIA OF THE PERMANENT DENTITION: FOURTEEN YEARS
AFTER INITIAL DIAGNOSIS. *Journal of dentistry for children* march - april
1990.pp 70.

14. Lewis. R. Eversoles. PATOLOGIA BUCAL, DIAGNOSTICO Y

TRATAMIENTO, Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, 1991 120 pp.

GLOSARIO.

A.

Acentuación : 1- Agravación de algún síntoma // 2. Distinción aumentada.

Afección : Que afecta a algo.

Amelogenesis : Origen y desarrollo del esmalte dentario.

Amelogenesis imperfecta: Afección de tipo hereditario en la cuál el esmalte ofrece numerosas soluciones de continuidad pero mantiene su dureza natural.

Amorfa : Sin forma.

Análogo : Dícese de los órganos diferentes en su origen o evolución, pero semejantes en su aspecto y funciones.

Anexo : Que está unido o agregado a otra cosa, con dependencia de ella.

Anomalía: 1. Desviación de la normalidad. // 2. Alteraciones o particularidades que presenta un individuo o un órgano con respecto al tipo normal de la especie.

Anormal: 1. Que se aparta de su estado o condición normal. // 2. Se dice de los dientes que se han desviado de su forma o tamaño corrientes.

Anular : Que tiene forma de anillo.

Atricción: 1. Roce o fricción. // 2. En odontología desgaste progresivo de la sustancia dura de un diente (esmalte), por el esfuerzo de la masticación.

C.

Cédulas: 1. Papel o documento en el cual se hace constar algo. // 2. Hoja de papel en la cual se escribe algo.

D.

Desviación: 1. Hacer que una cosa vaya por otro camino. // 2. Disuadir de un intento.

Dientes de Hutchinson: Dientes cuya forma asemeja a la de un destornillador.

Dientes retenidos: Dientes que se encuentran dentro del hueso y cuya erupción a sido detenida por algún factor provocando su atrapamiento dentro del hueso.

Dientes sumergidos: Al igual que los retenidos por algún factor su erupción a sido detenida pero están parcialmente erupcionados, dando el aspecto de estar sumergidos en la encía.

E.

Enanismo pituitario: Enfermedad que impide el crecimiento normal, produciendo individuos enanos.

Entidades: 1. Colectividad considerada como una unidad. // 2. Esencia de una cosa.

Escudilla : Plato para servir sopa.

Espolón : Apófisis ósea que tienen ciertas aves gallinaceas en el tarso.

Etiológico : Factor causante de una enfermedad.

G.

Gigantismo pituitario: Enfermedad producida por un crecimiento excesivo de todo el cuerpo o de algunas partes por una hipertrofia de la hipófisis.

Giroversión : Que esta girado hacia algún lugar, en odontología se dice de los dientes cuando están girados hacia alguna de los lados del diente ya sea mesial o distal.

H.

Hipoplasia: 1. Disminución de la acción formadora de los tejidos. // 2. Desarrollo insuficiente de un tejido o un órgano.

I.

Incisivo en forma de cuña: Dientes anteriores cuya forma es la de una cuña es decir con una terminación en ángulo diedro agudo.

Incluido : Que se encuentra dentro de algo (en odontología dientes que se encuentran aún dentro del hueso).

Invaginación : Proceso embriológico por el cual una porción de la pared de una cavidad se hunde y va ha aplicarse a la pared opuesta , determinando la formación de una nueva cavidad independiente y sin comunicación con la primera.

M.

Mésenquima : Tejido conjuntivo embrionario que forma la parte del mesodermo y del que derivan los tejidos conjuntivos y vasos sanguíneos y linfáticos.

Molares en mora: Molares que tienen la forma de una mora es decir con numerosos gránulos de esmalte pequeños.

P.

Pezón: 1. Extremo o parte saliente de alguna cosa: // 2. Punta, extremo o cabo.

Pigmentación : Coloración anormal provocada por una substancia.

Precodificar : Realización de un código antes de.

Prevalencia: 1. Sobresalir una cosa entre otra. // 2. Preponderar, dominar, aventajar, predominar.

Proliferación : 1.Reproducción muy abundante. // 2. Multiplicación.

Protuberancia: 1. Prominencia redonda. // 2. Realce, saliente, abultamiento.

Proyectar: 1. Representación de un cuerpo sobre un plano. // 2. Hacer visible, sobre una superficie o cuerpo, la figura o sombra de otro.

S.

Segmentación: 1. Porción de recta comprendida entre dos de sus puntos. // 2. Cada una de las dos partes de una esfera cortadas por un plano.

Síndrome de Down: Mongolismo.

Subyacente : Estar debajo de otra cosa.

T.

Taurodontismo : Anomalia dental en la cual los dientes en particular los molares, tienen camaras pulpares anormalmente grandes que se extiende profundamente en las raíces. Adquiriendo su nombre debido a la semejanza con los dientes de los bovinos.

Tubérculo : Eminencia pequeña natural en un hueso o en un diente.

V.

Variabes: 1. Que puede variar. // 2. Que puede tomar distintos valores numéricos dentro de un conjunto.

Variaciones : Hecho y resultado de variar.