

# Estudio radiológico de las agenesias dentarias en un colectivo de pacientes médicamente comprometidos

*Pérez Lajarín, L.; García Ballesta, C., López Nicolás, M.; Pérez Flores, D.*

## Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de agenesias dentarias en una población de pacientes con compromiso físico-psíquico, en edades comprendidas entre 5 y 25 años.

Se realizó un estudio radiográfico (ortopantomografía) en 100 escolares diagnosticados de oligofrenia (OF), parálisis cerebral (PC) y síndrome de Down (SD), en régimen de semiinstitucionalización, pertenecientes a Centros de Educación Especial del Ministerio de Educación y Cultura y de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Se concluye que la presencia de esta anomalía se ha encontrado en un 18,2% de toda la muestra, destacando significativamente ( $P < 0,001$ ) el grupo de SD (52,1%).

**Palabras Clave:** Radiografía; agenesia dentaria; retraso mental; discapacitados.

## X-Ray study of the dental agenesis in a medically compromised patient group

### Summary

This study aimed to determine the rate of dental agenesis in a physically-psychically compromised patient population whose ages ranged from 5 to 25.

An x-ray study (orthopantomograph) was performed in 100 school age children diagnosed of oligophrenia (OP), cerebral palsy (CP) and Down's syndrome (DS) in a semi-institutional regime belonging to Centers of Special Education of the Ministry of Education and Culture of the Autonomous Community of the Murcia Region.

It is concluded that the presence of this abnormality was found in 18.2% of all the sample, and that the DS group (52.1%) stood out significantly ( $p < 0.001$ ).

**Key Words:** X-ray; dental agenesis; mental retardation; handicapped.

## INTRODUCCIÓN

La población incapacitada, ya sea física o psíquicamente presenta una problemática amplia y variada desde el punto de vista sociosanitario. Uno de los problemas más notorios de estos pacientes es la escasa asistencia odontológica que reciben. Con el fin de poder planificar una atención odontológica de calidad, sería interesante poder determinar cual es la prevalencia de patología bucodental en este colectivo especial.

Nuestra atención se ha centrado en tres grandes gru-

pos de patologías: OF, PC y SD. La OF o deficiencia mental genéricamente, no puede definirse por medio de reglas precisas, representa una noción, aún en nuestros días, poco concreta. Desde el punto de vista clínico se trata de un conjunto de enfermedades de naturaleza muy variada y efectos distintos, con un denominador común, una incapacidad y retraso en el desarrollo de las facultades mentales superiores, este déficit se podrá presentar desde el nacimiento o aparecer durante el desarrollo<sup>(1)</sup>.

La PC supone una de las alteraciones causantes de incapacidad física en los niños, con una prevalencia de 0,05%<sup>(2,3)</sup>. No es una enfermedad específica, es más bien un término en el que se conjugan una serie de trastornos invalidantes, con carácter estático, no progresivos, causados por una lesión cerebral, antes de que el Sistema Nervioso Central alcance su madurez<sup>(4)</sup>. Cursa con alteraciones de los centros motores y como consecuencia de ello presentan parálisis, debilidad muscular, falta de coordinación, y en ocasiones, aunque no esencialmente retraso mental<sup>(5)</sup>.

La alteración neuromuscular que presentan, con una actividad anómala de la musculatura facial y masticatoria, va a ser origen de trastornos en el desarrollo de los maxilares, frecuentes maloclusiones<sup>(6)</sup> y otras anomalías oseodentarias.

El SD es la anomalía cromosómica más frecuente, también llamada trisomía 21, y conocida popularmente como mongolismo, debido a las características craneofaciales que muestran estos pacientes, semejantes a la raza mongoloide<sup>(7)</sup>. Presentan con una frecuencia elevada compresión maxilar y consecuentemente una mordida cruzada posterior, tanto uni como bilateral<sup>(8)</sup>. Asimismo tienen tendencia a la clase III esquelética, debido a una base craneal anterior corta, incluso se describe una hipoplasia mandibular<sup>(9)</sup>. Estudios al respecto arrojan valores de ausencia congénita de dientes con una incidencia 4 ó 5 veces mayor que en la población normal<sup>(10)</sup>.

Justifica nuestro trabajo el que dentro de los requisitos de esta población disminuida española, uno de los más desatendidos e incontrolados es el campo de la odontología. Hasta hace escasos años, nuestro país se ha caracterizado por la escasez de estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de patología bucodental en este grupo de población.

Los objetivos de nuestro trabajo han sido los siguientes:

1. Realizar un estudio radiológico (radiografía panorámica) descriptivo y analítico en este colectivo, valorando como parámetro principal la presencia de afecciones dentarias.

2. Comparar esta anomalía radiográfica entre las diferentes patologías a estudio y entre los distintos tipos de deficiencia mental (leve, moderada y grave).

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Material

#### *Población a estudiar*

El trabajo se ha llevado a cabo en alumnos perte-

necientes a cuatro Centros Públicos de la Región de Murcia. Uno depende de la Comunidad Autónoma (ISSORM) y los otros tres son Centros de Educación Especial del Ministerio de Educación y Cultura.

El tamaño de la muestra es de 100 deficientes físico-psíquicos. Las edades estaban comprendidas entre 5 y 25 años. De ellos, 57 eran varones (57%) y 43 mujeres (43%). Según datos obtenidos de las fichas médicas de los pacientes, la muestra fue reagrupada en tres grandes síndromes o patologías: OF (n=45)(45%), PC (n=27)(27%) y SD (n=28)(28%), presentando una serie de cuadros clínicos físicos y psíquicos, aislados unas veces y conjuntos otras. Clasificamos a los individuos en dos grupos de edad: de 5 a 15 y de 16 a 25, para que ambos grupos fueran homogéneos cuantitativamente. Todos se encontraban en régimen de semiinstitucionalización y básicamente recibían una dieta similar.

Se solicitaron los permisos pertinentes para formar parte del estudio a padres, Centros e Instituciones correspondientes.

### *Exploración radiológica*

Hemos de tener en cuenta que este colectivo no resulta ser el más idóneo para realizar un trabajo de este tipo, en ocasiones fue imposible conseguir una inmovilidad aceptable a la hora de estar delante del ortopantomógrafo, con lo que tuvieron que ser desechadas 12 placas.

Para la realización de las radiografías panorámicas, se ha utilizado un ortopantomógrafo marca PHILIPS, modelo ORTH ORALIX, perteneciente a la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Murcia. En pacientes infantiles se utiliza a un régimen de 60 Kv y de 65 a 85 en adultos, con una velocidad de rotación de 18 segundos. El foco está situado a un metro y medio de distancia del paciente, estando éste centrado, inmóvil y en bipedestación.

La película utilizada ha sido KODAK LAMEX MEDIUM, de alta calidad, a fin de reflejar el máximo detalle. Al paciente se le colocó siempre un delantal de plomo, con objeto de proteger los efectos de la radiación. El revelado se realizó en cuarto oscuro, con una máquina VALCA automática. La temperatura de revelado era de 34,5°C y la de secado de 54°C. El tiempo total del proceso (revelado, fijación más secado) fue de 90-95 segundos.

La valoración del material radiográfico se hizo con un negatoscopio de intensidad luminosa variable, que

**Tabla I.** Prevalencia de agenesias por segmentos y arcadas según patologías y grupos de edad

	<i>Oligofrenia</i>		<i>Parálisis cerebral</i>		<i>S. Down</i>		<i>Total</i>		$\chi^2$	<i>P</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
<b>Diente permanente maxilar</b>										
Segmento posterior	4	4,5	2	2,3	4	8,3	10	4,5	2,596	NS
5-15	2	7,4	0	0,0*	2	8,3	4	3,7	4,673	NS
16-25	2	3,2	2	6,9	2	8,3	6	5,2	1,134	<0,10
Segmento anterior	3	3,4***	4	4,7***	19	39,6****	26	11,7	46,376	<0,0001
5-15	1	3,7	3	5,3*	9	37,5****	13	12,0	18,937	0,0001
16-25	2	3,2***	1	3,4	10	41,7****	13	11,3	27,887	<0,0001
<b>Diente permanente mandibular</b>										
Segmento posterior	3	3,4	3	3,5	4	8,3	10	4,5	2,117	NS
5-15	1	3,7	0	0,0*	2	8,3*	3	2,8	4,457	<0,10 (NS)
16-25	2	3,2	3	10,3	2	8,3	7	6,1	2,019	NS
Segmento anterior	2	2,2	1	1,1*	6	12,5****	9	4,0	11,535	0,0031
5-15	2	7,4	0	0,0**	3	12,5*	5	4,6	6,713	0,0349
16-25	0	0,0*	1	3,4	3	12,5***	4	3,5	8,053	0,0178

*N*: Número de casos. *P*: Significación estadística.  $\chi^2$ : Ji-cuadrado de Pearson. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ ; \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*\* $p < 0,001$ .

nos permitía ajustar adecuadamente la gama de grises, a fin de obtener una buena información. La visualización de las radiografías se efectuó por un único observador, el autor, en idénticas condiciones de trabajo, para evitar sesgos en la información.

### Método

Tras la selección del material radiográfico, se procedió al estudio e interpretación del mismo. Se confeccionó una ficha de protocolo, diseñada para facilitar la introducción de datos en el ordenador. Dicha ficha comprende: nombre y apellidos del paciente, edad en años, sexo y presencia de agenesias.

Se puede definir la agenesia como una situación en la cual uno o más dientes, de dentición temporal o permanente, están ausentes por un defecto en su formación<sup>(11)</sup>. Desde el punto de vista embriológico, si se anula el desarrollo de la lámina dental, no aparecerán dientes temporales ni permanentes. Si la afectación incide sobre el engrosamiento que da lugar a los dientes permanentes, habrá dientes temporales, pero no permanentes. Pudiera ocurrir que la lámina dentaria esté incompleta y en este caso sólo se formarán algunos dientes temporales y sus correspondientes permanentes. Hay otros casos en que la lámina dental está muy debilitada y hay una formación de gérmenes que no cumplen cronología ni simetría<sup>(12)</sup>.

En cada casillero se ha anotado el número de dien-

tes ausentes. No ha sido valorada la agenesia de corales en el presente estudio.

La agenesia la hemos clasificado en número y porcentaje de dientes que mostraban dicha alteración, agrupándolas por segmentos y arcadas, así como globalmente. También hemos valorado la presencia de simetría en dicha anomalía.

Los datos han sido procesados empleando el paquete estadístico BMDP/PC. Para el estudio de la relación entre variables cualitativas y la comparación de proporciones en muestras independientes se realizó un análisis de tablas de contingencia, mediante el test Ji-cuadrado de Pearson y el subsiguiente análisis de residuos, mediante el que valoramos si la prevalencia de la patología en algún grupo difería de manera significativa respecto a la prevalencia global en la muestra. En todos los casos se consideró una diferencia entre grupos o una relación entre variables como significativa cuando el nivel de significación resultante era igual o inferior a 0,05<sup>(13)</sup>.

## RESULTADOS

### Agnesias dentarias por patologías

El tipo de dentición sobre el que hemos observado esta anomalía ha sido exclusivamente en dentición permanente, no hemos encontrado ningún caso en dentición temporal.

En la arcada superior, los dientes que más porcen-

**Tabla II.** Prevalencia de agenesias totales en dentición permanente, según patologías y grupos de edad

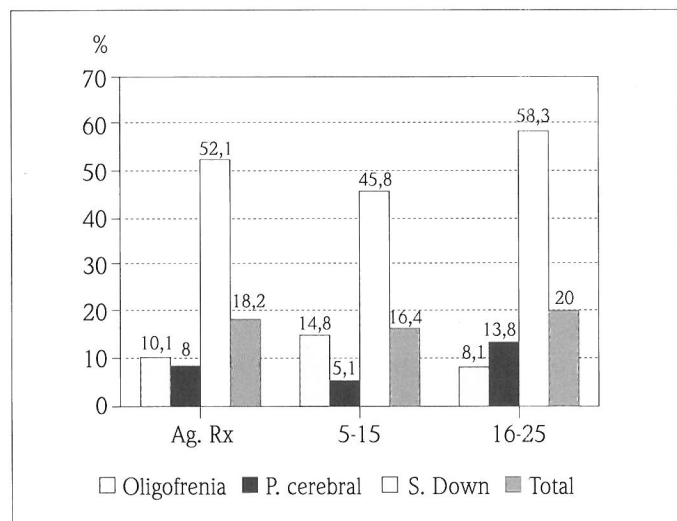
Agenesias totales	Oligofrenia		Parálisis cerebral		S. Down		Total		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Dentición permanente	9	10,1**	7	8,0***	25	52,1****	41	18,2	62,372	<0,0001
5-15	4	14,8	3	5,1****	11	45,8****	18	16,4	24,552	0,0004
16-25	5	8,1****	4	13,8	14	58,3****	23	20,0	34,789	<0,0001

N: Número de casos. P: Significación estadística.  $\chi^2$ : Ji-cuadrado de Pearson. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ ; \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*\* $p < 0,001$ .

**Tabla III.** Agenesias: lesión simétrica, única o múltiple

Agenesias	Oligofrenia		Parálisis cerebral		S. Down		Total		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Simétrica	43	95,6	27	100,0	24	88,9*	94	94,9	3,539	<0,20
Múltiple	43	95,6	27	100,0	24	88,9*	94	94,9	3,539	<0,20
Única	2	4,4	0	0,0	3	11,1*	5	5,1	3,539	<0,20

N: Número de casos. P: Significación estadística.  $\chi^2$ : Ji-cuadrado de Pearson. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ ; \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*\* $p < 0,001$ .



**Figura 1.** Distribución de las agenesias totales en dentición permanente en función de las patologías y grupos de edad.

taje de agenesias han presentado han sido los incisivos laterales, seguidos de los segundos premolares. Cabe destacar esta anomalía en el canino superior, un caso en el grupo de OF, incluido en los de mayor edad, sin diferencias significativas.

En la arcada inferior, las agenesias han sido más frecuentes a nivel de segundos premolares, seguidos de incisivos laterales, al revés de lo que ocurría en la arca-

da superior, y un único caso de agenesia, a nivel del primer premolar inferior derecho en el grupo de SD.

El estudio de las agenesias dentarias según las patologías lo vemos reflejado en las siguientes tablas:

Al analizar la distribución de agenesias por segmentos, anterior y posterior en las arcadas (Tabla I), observamos que a nivel del maxilar hay un predominio de afectación en los segmentos anteriores (11,7%) sobre los posteriores (4,5%) y a nivel mandibular, con poca diferencia, sobresalen los segmentos posteriores (4,5%) sobre los anteriores (4%). Los niveles de significación estadística son elevados en el grupo de SD ( $P < 0,001$ ) en relación al total, sobre todo en el segmento anterior maxilar y mandibular, tanto globalmente como por intervalos de edad.

Las agenesias dentarias a nivel de la dentición permanente (Tabla II, Fig. 1) ha sido globalmente de un 18,2% en toda la población estudiada. Ha destacado mayoritariamente el colectivo de SD, con valores muy significativos sobre los demás ( $P < 0,001$ ), tanto globalmente (52,1%), como por intervalos de edad. El grupo que con menor frecuencia ha presentado esta anomalía ha sido PC, un 8%, con diferencias significativas ( $P < 0,01$ ) sobre el porcentaje total, y aún mayores en el intervalo de edad inferior ( $P < 0,001$ ).

La simetría en la presencia de esta afectación también ha sido un parámetro a estudiar, como el que fuera

**Tabla IV.** Agenesias: lesión simétrica, única o múltiple, según sexo

Agenesias	Varón		Mujer		Total		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%		
Simétrica	54	94,7	40	95,2	94	94,9	0,013	NS
Múltiple	54	94,7	40	95,2	94	94,9	0,013	NS
Única	3	5,3	2	4,8	5	5,1	0,013	NS

N: Número de casos. P: Significación estadística.  $\chi^2$ : Ji-cuadrado de Pearson. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ ; \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*\* $p < 0,001$ .

**Tabla V.** Prevalencia de agenesias radiográficas según grado de deficiencia mental y grupos de edad

Alteraciones	Leve		Moderada		Grave		Total		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Agenesias Rx.	2	6,1*	23	19,7	16	19,3	41	18,2	9,981	0,0068
5-15	0	0,0	15	24,6***	3	5,9**	18	16,4	1,968	NS
16-25	2	7,1*	8	14,3	13	40,6****	23	20,0	9,256	0,0098

N: Número de casos. P: Significación estadística.  $\chi^2$ : Ji-cuadrado de Pearson. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ ; \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*\* $p < 0,001$ .

una alteración única o múltiple (Tabla III). En el 95% de la casuística se ha tratado de un cuadro simétrico y curiosamente donde menos se ha manifestado dicha simetría ha sido en los afectos de SD, con diferencias significativas ( $P < 0,05$ ) sobre el porcentaje total. Lógicamente se ha presentado múltiple en el mismo porcentaje, destacando como afectación única en el 5% restante, con predominio significativo sobre los demás en el grupo de SD.

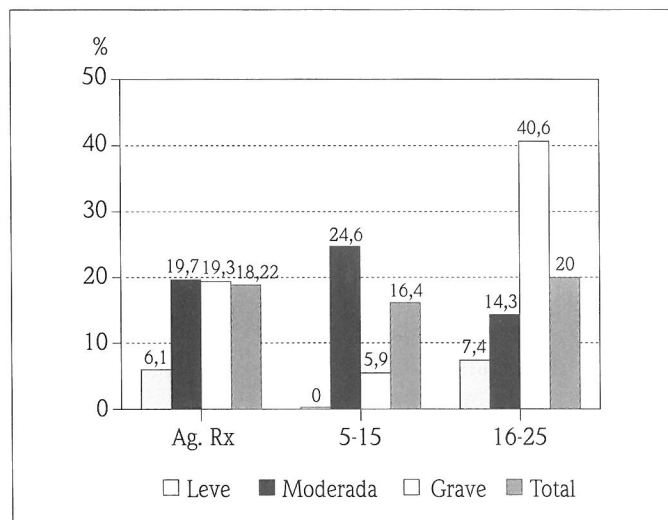
### Agenesias dentarias por sexo

La distribución de la simetría según sexo (Tabla IV) arroja valores levemente superiores en las mujeres, un 95,2%, sin apreciarse diferencias significativas entre ambos sexos. Como lesión única ha predominado en el sexo masculino.

### Agenesias dentarias por grado de deficiencia mental

Vamos a pasar a analizar esta variable radiográfica en función del grado de deficiencia mental. Hemos obtenido los siguientes resultados:

En la Tabla V y Figura 2 expresamos la distribución de agenesias según los distintos tipos de deficiencia mental. La anomalía se presentó con una frecuencia similar en la deficiencia mental moderada (19,7%) y grave (19,3%), sin que se observen diferencias significativas entre ellos y el total. En la deficiencia leve apa-



**Figura 2.** Distribución de las agenesias radiográficas en función del grado de deficiencia mental controlando por grupos de edad.

reció significativamente menos frecuentemente ( $P < 0,05$ ) que en el resto de la muestra (6,1%).

Por grupos de edad destacamos en los menores una mayor frecuencia de agenesias, a nivel de la deficiencia moderada, con diferencias significativas ( $P < 0,01$ ) sobre el total. En los de edad superior, los deficientes graves presentaron una importante afectación, con una

**Tabla VI.** Agenesias: lesión simétrica y única según grado de deficiencia mental

Agenesia	Leve		Moderada		Grave		Total		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Simétrica	17	100,0	53	98,1*	25	85,7***	95	94,9	7,036	0,0297
Única	0	0,0	1	1,9*	4	14,3***	5	5,1	7,036	0,0297

N: Número de casos. P: Significación estadística.  $\chi^2$ : Ji-cuadrado de Pearson. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ ; \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*\* $p < 0,001$ .

significación estadística muy elevada ( $P < 0,001$ ) sobre la muestra total, para este intervalo de edad.

Al analizar la simetría de la agenesia según el grado de deficiencia mental (Tabla VI) vemos como, aunque el grupo de deficientes leves muestra un 100% de casos con formas de afectación simétricas, los deficientes moderados presentan un mayor porcentaje de afectación simétrica, con diferencias significativas ( $P < 0,05$ ) en relación a los otros dos tipos. Los deficientes graves presentaron muy poca afectación simétrica, significativamente ( $P < 0,01$ ) en relación al total.

Se ha manifestado como afectación única más frecuentemente en la deficiencia grave, con niveles de significación estadística de  $P < 0,01$  en relación al promedio global.

## DISCUSIÓN

Las alteraciones numéricas han destacado en el colectivo de SD, siendo las diferencias significativas, tanto globalmente, como por edades, en la presencia de agenesias dentarias, para este síndrome. Autores como Benda<sup>(14)</sup>, Jensen<sup>(15)</sup> y Silimbani<sup>(16)</sup> entre otros, opinan que las anomalías en el número dentario son frecuentes en la trisomía 21.

Concretamente en el colectivo trisómico los dientes más afectados han sido los incisivos laterales superiores e inferiores y segundos premolares superiores. El grupo de PC ha presentado el menor porcentaje en esta afectación, también de manera significativa. Coincidimos con diversos autores en relación a las agenesias dentarias en el SD; así Silimbani<sup>(16)</sup> observó en niños afectados de SD un elevado número de agenesias en ambas arcadas y lo atribuyó al trastorno de tipo organogénico en el tercer mes intraútero, cuando la cresta neural emerge de la lámina dentaria.

Barkla<sup>(17)</sup> examinó a 122 niños mongólicos y observó un 12% de agenesias dentarias, siendo más frecuentes en la arcada inferior, a diferencia de nuestro estudio, a nivel de incisivos laterales.

Gullikson<sup>(18)</sup> en un estudio sobre 202 deficientes mentales, describió un 50% de pacientes con SD que mostraban ausencia congénita de dientes, frente a un 9,8% en otros deficientes mentales.

Scully<sup>(19)</sup> en una revisión bibliográfica sobre anomalías en el SD denota que no es infrecuente observar anodoncia parcial y describe ausencia de incisivos laterales superiores en una cuarta parte de esta población.

García Ballesta y Mas<sup>(10)</sup>, en un estudio sobre alteraciones dentales en la trisomía 21, hallaron un número importante de niños con ausencia congénita de dientes, con una incidencia 4 ó 5 veces mayor que en la población normal. Encuentran agenesias en dentición temporal y permanente.

González E<sup>(20)</sup>, en sus investigaciones sobre deficientes, destaca una mayor prevalencia de agenesias en el SD sobre los demás tipos de patologías, OF y PC, observándola mayoritariamente en dentición permanente, a nivel de incisivos laterales superiores, coincidiendo con nosotros.

Finalmente, Maklin et al.<sup>(21)</sup> indican la existencia de factores que inducen a la agenesia, tales como el SD, la displasia ectodérmica, trastornos intrauterinos, paladar hendido, labio leporino, infecciones locales y alteraciones endocrinas. Apuntan una elevada incidencia de esta anomalía en la población trisómica, en relación con el promedio global de población normal, especificando que es más común observarlo en el sexo femenino.

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia de agenesias dentarias en la población estudiada ha sido del 18,2%, destacando significativamente el grupo trisómico sobre las otras dos patologías (OF y PC).

2. La arcada maxilar fue la más comprometida para este tipo de afectación.

3. La localización más frecuente ha sido a nivel de incisivos laterales superiores e inferiores, así como en

segundos premolares superiores (por este orden de frecuencia).

4. Las mujeres han mostrado cifras de presentación simétrica de dicha anomalía más elevadas que los varones.

5. El grupo de deficientes mentales moderados y graves mostraron una frecuencia de presentación similar, siendo los deficientes leves el colectivo menos afectado por esta condición.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CERVERA S, GURPEGUI M. En: *Psiquiatría*. Ruiz C, López-Ibor JJ, Barcia D. Tomo I. 1982; 9: 629-50.
2. LYONS DC. The dental problem of the spastic or the athetoid child. *Am J Orthod* 1971; 37: 129-31.
3. ALIÓ JJ, PERNÍA JL. Estudio epidemiológico bucodentario en pacientes con parálisis cerebral. Parte I. Maloclusiones dentarias. *Rev Act Odontostomat Esp* 1994; 7: 50-7.
4. BARBER TK, LUKE IS. *Odontología Pediátrica*. Ed. Manual Moderno; 1985.
5. POPE JE, CURZON ME. The dental status of cerebral palsied children. *Pediatric Dent* 1991; 13: 156-62.
6. WEYMAN J. *Odontología para niños impedidos*. Buenos Aires: Mundi. 1976.
7. NELSON WE, VAUGHAN VC, MCKAY RJ. *Tratado de Pediatría*. 7ª edición. 1980; 132-4: 314-17.
8. ALIÓ SANZ JJ, CACHO CASADO A. Posibilidades de tratamiento ortodóncico en pacientes con síndrome de Down. *Cuidados Odontológicos Especiales* 1995; 89-96.
9. SWALLOW JN. Dental disease in handicapped children. An epidemiological study. *J Dent Med* 1972; 21: 41-51.
10. GARCÍA BALLESTA C, MAS BERMEJO C. Alteraciones dentales en niños con síndrome de Down. *Rev Esp Estom* 1984; 4: 233-42.
11. JORGENSEN R. Clinician's view of hypodontia. *JADA* 1980;201:283-86.
12. FERNÁNDEZ L. Agencias dentarias. *Ortod Esp* 1987; 22: 41-8.
13. WEINBERG R, CHEUK SL. *Introductions to dental statistics*. New Jersey: Noyes Medical Publ.; 1980.
14. BENDA CE, NASH JA. Mongolianism and cretinism. *New York Grune Stratton* 1978; 20-3.
15. JENSEN GM. Dentoalveolar morphology and developmental changes in Down's Syndrome (Trisomy 21). *Am J Orthod* 1974; 64: 607-18.
16. SILIMBANI C. Contribution to the study of dental anomalies in mongolism. *Idiocy. Panminerva Médica* 1963; 46: 532-45.
17. BARKLA DH. Congenital absence and fusion in the deciduous dentition in mongols. *J Dent Defic Res* 1963; 7: 102-6.
18. GULLIKSON JS. Oral findings in children with Down's Syndrome. *J Dent Child* 1973; 40: 293-97.
19. SCULLY CRISPIAN. Síndrome de Down. Aspectos del cuidado dentario. *Práctica Dental* 1977; 12: 11-19.
20. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ E. Estudio del estado bucodental de una población andaluza de deficientes mentales. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 319 pgs. 1989.
21. MAKLIN M et al. A study of oligodontia in a sample of New Orleans children. *J Dent Child* 1979; 4: 478-82.

---

*Pérez Lajarín, L.*: Prof. Asociado, Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia; *García Ballesta, C.*: Prof. Titular, Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia; *López Nicolás, M.*: Prof. Asociado, Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia; *Pérez Flores, D.*: Prof. Titular, Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia

**Correspondencia:** Leonor Pérez Lajarín. Hospital Morales Meseguer, Facultad de Odontología, 2ª Planta. Avda. Marqués de los Vélez s/n. 30008 Murcia.

## Fe de erratas

A continuación reproducimos correctamente la Comunicación a la XX Reunión Anual de la SEOP, publicada en *Odontología Pediátrica 1998;6:61*, que contenía algunas erratas. Rogamos disculpen las molestias.

### **ODONTOPEDIATRÍA 35 AÑOS DESPUÉS...** **García del Carrizo San Milán, R.**

Nuestro lema «dientes sanos para toda la vida». ¿Cómo evitamos su muerte? Recomendando la amamantación del pecho materno por las ventajas que acarrea, suprimiendo vicios: dedo, chupete, etc.; vigilando la respiración que sea la fisiológica por nariz y si no es así reeducándola, obturando los dientes caducos igual que los permanentes.

Nuestra aparatología, unas fresas «donut» con las que se hacen tallados selectivos desgastando lo que no ha hecho la naturaleza, para que así la mandíbula haga movimientos de lateralidad, y si el retraso del desarrollo es mayor, con las placas del Prof. Planas, con sus *pistas de rodaje* que actúan por presencia y van sueltas en la boca siguiendo las leyes Planas: del *desarrollo*, *mínima dimensión vertical* y *ángulo masticatorio funcional*.

Presentamos una docena de casos que sin ningún sistema retentivo después de retiradas las placas, hemos controlado de 12 a 25 años. Están sin recidiva, perfectamente estables, con un paradencio impecable y una estética correcta. ¿Cuál es el secreto? Dejar las bocas perfectamente equilibradas, que rocen todos los dientes en los movimientos de lateralidad tanto en trabajo como en balanceo.

Demostramos así que la RNO es una realidad y no una utopía. En el futuro tendrá más importancia, pues es una medicina de la boca más preventiva, que actúa desde los primeros años, para lograr un desarrollo natural (sin extracciones) con correcta estética y sin problemas parodontales (primera causa de la muerte de los dientes) ni de ATM. De esta forma queremos hacer realidad nuestro lema «dientes sanos para toda la vida».