

Director de sección*Prof. Dr. Juan Ramón Boj Quesada***Colaboran***Dra. M^a Teresa Briones Luján.* Profesora del Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.*Dra. Olga Cortés Lillo.* Profesora del Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.*Prof. Dr. Enrique Espasa.* Profesor Titular de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.*Dr. Alfonso Jiménez Ruiz.* Profesor Asociado de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

**MÚLTIPLES LESIONES RADIOLÚCIDAS
INTRACORONARIAS EN DIENTES PERMANENTES
NO ERUPCIONADOS: INFORME DE UN CASO**
**Multiple pre-eruptive intracoronar radiolucent lesions
in the permanent dentition: case report**

*Seow, W.K.**Pediatric Dent 1998;20:195-198.*

En raras ocasiones se pueden detectar, al realizar un examen radiográfico, lesiones radiolúcidas en la dentina coronaria de dientes permanentes no erupcionados. Estos defectos se localizan inicialmente en la dentina adyacente al esmalte oclusal. Por su parecido a las lesiones producidas por caries, se han denominado caries preeruptivas. Sin embargo, no son resultado de las mismas, puesto que no están expuestas a la flora microbiana oral. Son lesiones de etiología aún desconocida, probablemente en relación con el desarrollo dentario. Los casos publicados corresponden a la dentición permanente, a excepción de uno descrito recientemente, en 1996, que afectaba a la dentición temporal. Los dientes implicados con mayor frecuencia son los terceros molares, segundos molares permanentes y premolares, casi siempre de la arcada inferior. En casi todos los casos registrados, las lesiones eran relativamente pequeñas y afectaban tan sólo a uno o dos dientes por persona.

En este trabajo se presenta un caso inusual de múltiples lesiones en un solo individuo, en el que destacan: la severidad de la destrucción coronaria sin signos clínicos obvios y la dificultad de realizar su diagnóstico una vez que el diente ha erupcionado completamente.

La paciente era una adolescente de 14 años de edad, que fue remitida al odontopediatra, debido a una fractura de la corona de un segundo premolar inferior izquierdo, ocurrida seis semanas antes durante la retirada rutinaria de bandas de ortodoncia.

La historia médica no reflejó antecedentes de interés. En la historia odontológica se señalaba que la paciente había presentado grandes cavidades en los molares temporales, a pesar de acudir a revisiones dentales con regularidad, mantener una dieta no cariogénica, buena higiene oral, consumo de suplementos de flúor y recibir aplicaciones periódicas de flúor por el odontólogo.

Se le había realizado tratamiento de ortodoncia para corregir una maloclusión de clase II y al extraer la banda del diente, la corona se separó por completo de su raíz. El proceso no se asoció a dolor y tampoco refirió síntomas previos al incidente.

El examen odontológico reveló la presencia de toda la dentición permanente a excepción de la corona del segundo premolar inferior izquierdo. Se observaban grandes restauraciones oclusales de amalgama en los cuatro primeros molares permanentes y otras dos, más pequeñas, en el 2º molar inferior izquierdo y en el 2º premolar superior derecho. La encía y los demás tejidos blandos eran normales.

La ortopantomografía confirmó que la fractura se había producido a nivel del límite amelocementario. Además se veían claramente defectos radiolúcidos en la dentina del 2º molar inferior derecho y en el 3er molar inferior izquierdo no erupcionado. Las radiografías de aleta, realizadas un mes antes, revelaron lesiones radio-

lúcidas similares en el 2° premolar superior derecho y confirmaron las del 2° molar inferior derecho.

Para evaluar si tales defectos eran evidentes en radiografías previas, se revisaron las ortopantomografías y aletas de mordida efectuadas años atrás. La ortopantomografía realizada a los 10 años de edad mostró una lesión radiolúcida en la dentina subyacente al esmalte oclusal en el 2° premolar inferior izquierdo, además de lesiones similares en ambos segundos molares inferiores. Las radiografías de aleta realizadas a los 7 años mostraron lesiones radiolúcidas en la dentina de los dos primeros molares permanentes superiores.

El examen de la corona del premolar fracturado mostró una superficie externa de color y forma normales. El esmalte parecía intacto y la exploración con sonda no reveló surcos o fisuras profundos. En el interior de la corona se observó una lámina de esmalte intacto rodeando un material seco, friable y necrótico en el centro. Al examinar una sección descalcificada del diente se vio que la dentina coronaria se había reabsorbido casi por completo desde el interior. Pequeños fragmentos de dentina que aún permanecían adheridos al esmalte, también mostraron evidencia de reabsorción y posiblemente destrucción bacteriana secundaria. Los procesos de reabsorción parecían extenderse al esmalte en algunas localizaciones.

A diferencia de la etiología de la reabsorción radicular (inflamación inducida por infección microbiana, traumatismos, fuerzas de ortodoncia excesivas o por presión directa de lesiones expansivas adyacentes), la etiología de la reabsorción intracoronal permanece sin aclarar. Aunque estudios histológicos han evidenciado la presencia en el frente de avance de la lesión, de células de reabsorción, tales como macrófagos, células gigantes multinucleadas y osteoclastos, los factores de inicio se desconocen. Se cree que la patogénesis de dichas lesiones se debe a la penetración de células de reabsorción procedentes de los tejidos que rodean al diente en desarrollo, a través de una pequeña abertura en la superficie oclusal o en la unión amelocementaria. Esto podría ser debido a pérdida de la integridad de la capa protectora del epitelio reducido del esmalte que normalmente envuelve al diente en desarrollo.

El hecho de haber cursado sin síntomas ni signos externos aparentes es atribuido a una mínima infección microbiana secundaria debido a la pequeña apertura por la que las células de reabsorción alcanzaron originariamente la dentina durante los estadios de desa-

rollo dentario. Esto contrasta con un caso descrito en la literatura, de un diente temporal en un niño de dos años. El niño presentó dolor y gran inflamación a nivel mandibular, probablemente debido a que la gran cavidad resultante de la reabsorción intracoronal se infectó rápidamente en el momento de la erupción.

*Briones Luján, M^a.T.
Profesora colaboradora del Máster de
Odontopediatría. Facultad de Odontología.
Universidad de Barcelona.*

EFFECTOS DEL FORMOCRESOL VS. FORMOCRESOL CON EUGENOL EN LA ADHESIÓN DE LOS MACRÓFAGOS A SUPERFICIES PLÁSTICAS

Effects of formocresol alone vs. formocresol with eugenol on macrophage adhesion to plastic surfaces

*Segura, J.J.; Jiménez-Rubio, A.; Calvo, J.R.
Pediatric Dentistry 1998; 20:177-80.*

El formocresol es el agente más utilizado en las pulpotomías de dientes primarios. Su fórmula original consiste en 19% formaldehído, 35% cresol y 15% de glicerina (fórmula de Buckley), y a partir de ésta se han realizado diferentes modificaciones en las proporciones y concentraciones de este fármaco.

Son muchos los estudios en los que se han observado efectos tóxicos del formocresol: cambios tisulares en riñón e hígado, fijación de los fibroblastos, reacciones inflamatorias severas y necrosis. Y aunque la cantidad que puede ser absorbida desde el lugar de aplicación y distribuirse sistémicamente es mínima, su utilización actual está siendo discutida.

En Europa la fórmula utilizada de formocresol incorpora una cantidad de eugenol. El eugenol es un agente ampliamente utilizado, que aplicado sobre el tejido dentinario tiene un efecto sedante, pero que en contacto directo sobre el tejido pulpar puede ocasionar una importante reacción inflamatoria.

Por otra parte, los tejidos pulpares y periapicales inflamados contienen una importante cantidad de células inmunológicas, principalmente macrófagos. Los macrófagos están implicados en la inflamación crónica y reparación de los tejidos, así como en procesos defensivos del organismo, y es su adhesión el primer paso para iniciar el proceso fagocítico.

El objetivo de este estudio ha sido comparar los efectos *in vitro* del formocresol solo y del formocresol con

eugenol sobre la capacidad de adhesión de los macrófagos de rata.

Para ello se utilizó como agentes formocresol/eugenol (20% formaldehído, 20% tricresol y 20% eugenol) y formocresol (42,1% cresol, 42,1% formaldehído, 15,8% alcohol etílico) en diluciones de 1:1000, 1:100, 1:10 y ratas Wistar, de las que se obtuvieron macrófagos peritoneales. La cantidad de células por rata que se obtuvo oscilaba de 20-30 x 10⁶, de las que el 85-95% eran macrófagos según los criterios de Giemsa y Papanicolaou.

Las pruebas de adhesión se efectuaron sobre superficie plástica. La capacidad de adhesión de los macrófagos a la superficie plástica es similar a la adhesión a los tejidos referida por Noga et al. Las pruebas fueron realizadas en tubos Eppendorf donde se introducían las suspensiones celulares y las distintas concentraciones de cada agente, incubándose durante 15 min. a 37°C. A continuación se calcularon los índices de adhesión y los datos fueron estadísticamente evaluados mediante el análisis de la varianza.

Los resultados mostraron que, tanto el formocresol solo como el formocresol/eugenol inhibían la capacidad de adhesión de los macrófagos en relación directa a la dosis aplicada, siendo éstos significativos, salvo para el grupo de formocresol a una dilución de 1:1000, donde no se disminuía la capacidad de adhesión de forma significativa. El grupo de formocresol/eugenol a una dilución de 1:10 era el que presentaba en un mayor porcentaje (94%) una disminución de la adhesión de macrófagos.

La aplicación únicamente de formocresol resultaba ser menos potente en la inhibición de la adhesión de los macrófagos que la combinación formocresol/eugenol, quizás esto se deba al efecto quelante del eugenol sobre el calcio, el cual se precisa para la adhesión de los macrófagos.

Según los autores hay que considerar que la disminución de adhesión producida con el formocresol y formocresol/eugenol a una concentración de 1:100, que es un porcentaje similar a la cantidad que difunde a través de los tejidos pulpaes y pasa a los tejidos periapicales, una vez realizada la pulpotomía; puede tener una importancia significativa en los cambios que se producen a nivel apical, modificando los mecanismos reparadores del tejido pulpar y periapical.

*Cortés Lillo, O.
Profesora del Máster Odontopediatría.
Universidad de Barcelona*

EFFECTO DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SOBRE LA FUNCIÓN PULMONAR DE LOS NIÑOS CON ASMA

Effect of dental treatment on the lung function of children with asthma

Mathew, T.; Casamassimo, P.S.; Wilson, S.; Preisch, J.; Allen, E.; Hayes, J.R.

JADA 1998;129:1120-1128

El asma bronquial es la enfermedad crónica más común de la infancia en los países desarrollados, con una prevalencia que oscila entre el 5 y 19%. El asma es una enfermedad pulmonar obstructiva, difusa, caracterizada por una mayor sensibilidad de las vías aéreas a una serie de estímulos, en consecuencia se producen episodios de disnea, sibilancias y tos. Entre los factores desencadenantes se incluyen: el humo del tabaco, ejercicio físico, infecciones virales y bacterianas de las vías aéreas superiores e inferiores, cambios de tiempo (temperaturas frías), contaminantes del aire, alérgenos (polen y el polvo doméstico) y el estrés emocional. Se ha observado una variación circadiana en la severidad del asma, así hay un marcado aumento de los broncoespasmos entre media noche y las 8 a.m.

En este trabajo se ha querido evaluar si el tratamiento odontológico puede desencadenar una reacción en las vías aéreas hipersensibles de los niños con asma, y determinar las variables que pueden predecir este cambio en la función pulmonar.

Los criterios de inclusión fueron: niños y adolescentes entre 6 y 18 años de edad, con historia de asma activa (al menos un episodio en los últimos 6 meses), ausencia de otras enfermedades sistémicas y un volumen espiratorio máximo en el primer segundo o FEV₁ del 60% como mínimo.

Cada niño contestó dos cuestionarios para medir el grado de ansiedad (el test de Corah (DAS) y el cuestionario de ansiedad dental (DAQ)). Se les midió la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno con un pulsioxímetro: en reposo, en el momento del tratamiento y a los 30 minutos del procedimiento operatorio. En los mismos tiempos que se realizaban estas mediciones, otro investigador observaba si se producían síntomas de asma. A su vez también se valoró la función pulmonar, antes (a), inmediatamente después (b) y a los 30 minutos del tratamiento dental (c); realizándose una espirometría para evaluar el volumen de aire espirado al primer segundo de espiración máxima (FEV₁) y el volumen espiratorio forzado entre el 25 y el 75%

de la capacidad vital total (FEF_{25-75%}). En cada tiempo del test se realizaron de 3 a 5 mediciones, permitiéndose un coeficiente de variación entre las mismas menor del 5%. Se incluyó en el registro el valor más alto de las tres mejores mediciones.

A los pacientes se les realizó una higiene, un tratamiento operatorio o ambos. La higiene consistió en: exploración dental, profilaxis bucal, aplicación de flúor con cubetas y toma de radiografías si eran necesarias. El tratamiento operatorio incluyó: aplicación de selladores o restauraciones o extracciones.

Participaron en el estudio un total de 70 niños de los que 13 se excluyeron por ser no fiable la espirometría. El resto, 57 niños, sumaron un total de 74 visitas. Se consideró cada visita como suceso independiente para la estadística. Al comparar las mediciones FEV₁ y FEF_{25-75%} entre las condiciones basales (a) y el postoperatorio inmediato (b), se observó un descenso significativo, que para el FEV₁ fue del 2,1% (p=0,031) y para el FEF_{25-75%} del 4,2% (p=,017). En cambio, no se hallaron diferencias significativas, al comparar el FEV₁ y FEF_{25-75%} medidos en condiciones basales (a) y en el postoperatorio a los 30 minutos (c).

En el manejo del asma, un descenso en la función pulmonar de un 10% o más en el FEV₁ o un descenso del 20% o más en el FEF_{25-75%} se considera clínicamente significativo. Según el FEV₁, 10 casos (13,5%) mostraron un descenso clínicamente significativo en el postoperatorio inmediato y un 10,8% lo hicieron en el postoperatorio a los 30 minutos. Cuando se consideró el FEF_{25-75%}, 14 casos (18,9%) mostraron un descenso clínicamente significativo y un 16,2% lo hicieron en el postoperatorio a los 30 minutos. Se observó, pues, que una media del 15% de los sujetos observados, aproximadamente uno de cada diez casos experimentó un descenso clínicamente significativo en la función pulmonar.

En la segunda parte del estudio, se realizó un análisis de regresión múltiple y un test de correlación de Pearson, para determinar la efectividad predictora de las diferentes variables de la historia clínica de los niños en el descenso de la función pulmonar. Encontraron que la función pulmonar basal era el mejor predictor de la función pulmonar postoperatoria ($r^2=0,79$). De las variables de la historia clínica evaluadas: edad, nº de visitas a urgencia en el pasado año, historia de hospitalizaciones, tiempo desde el último ataque de asma y desde la última visita a urgencias, dosis de medicación para el asma, días de colegio perdidos, frecuencia

de uso de medicación, síntomas nocturnos, historia de uso de esteroides, severidad del asma, nº de años desde que se diagnosticó, tiempo desde la última infección respiratoria de vías aéreas superiores. Se hallaron significativos al nivel del 0,05%: la edad, el grado de severidad del asma, lapso de tiempo desde la última medicación e historia de asma nocturno, pero ninguna de estas variables se consideró clínicamente útil, pues los coeficientes de correlación eran demasiado pequeños.

En cuanto a la observación de síntomas, éstos aparecieron en condiciones basales en 11 sujetos (14,9%), en el momento del tratamiento en 12 (16,2%), en el postoperatorio inmediato en 21 (28,4%) y a los 30 minutos del tratamiento se vieron en 24 (32,4%). La mayoría de los síntomas fueron leves (tos y congestión en el periodo de observación). Sólo 5 sujetos (6,75%) desarrollaron síntomas, tales como sibilancias o dificultad respiratoria. No fue significativo el análisis de correlación de Pearson entre los síntomas observados y los cambios en la función pulmonar.

En la medición de la saturación de oxígeno, se observó una desaturación del 3-4% en el curso de la visita odontológica en los 11 sujetos que tenían síntomas en situación basal. También se observó un descenso significativo en la función pulmonar de 4 de estos 11 niños.

Debido a que se han descrito en la literatura varios procedimientos odontológicos como posibles desencadenantes de ataques de asma, se estudió un subgrupo de 17 niños que participaron en ambas visitas (higiene y tratamiento operatorio). La frecuencia cardíaca fue mayor durante el periodo intraoperatorio para ambas visitas, siendo más alto en las visitas operatorias que en las visitas de higiene. Los niños presentaron más síntomas durante la visita operatoria y éstos aumentaron en severidad desde la situación basal hasta el postoperatorio a los 30 minutos. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en el porcentaje de cambios en la función pulmonar durante las dos visitas.

No se pudo encontrar relación entre el estrés y la ansiedad y el descenso de la función pulmonar. Los niños con ansiedad extrema fueron escasos en este estudio. La epinefrina liberada por la ansiedad podría actuar como broncodilatador. El hecho de que niños aparentemente no ansiosos tuviesen descenso de la función pulmonar durante el tratamiento, podría indicar que la ansiedad no es un factor principal.

Los autores concluyen que el tratamiento odontológico no es una experiencia benigna para algunos niños

con asma. Es necesario un protocolo para el manejo de niños y adultos con asma basado en evidencias científicas concretas. Debe estudiarse el uso de un inhalador β_2 antes de las visitas odontológicas como medida profiláctica ante un posible descenso de la función pulmonar en pacientes con asma activo, del mismo modo que se usa en pacientes con asma inducida por el ejercicio. Una recomendación similar podría darse a los pacientes que toman medicación diaria, alterando su horario de toma, para recibir una dosis inmediatamente antes de la cita. Son necesarios estudios posteriores para establecer la eficacia del uso de medicación profiláctica antes de la visita odontológica.

Espasa, E.

Profesor Titular de Odontopediatría. Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona

COMPARACIÓN *IN VITRO* DE LOS EFECTOS MICRORADIOGRÁFICOS DE IONÓMEROS DE VIDRIO AUTOPOLIMERIZABLES Y MODIFICADOS CON RESINA, SOBRE LA DESMINERALIZACIÓN DEL ESMALTE DE DIENTE TEMPORAL Y PERMANENTE.
Comparative *in vitro* microradiographic effects of resin-modified and autopolimerizing glass-ionomers on demineralization of primary and permanent enamel

Wanderas, A.; García, G.

ASDC J Dent Child 1998;65:239-243

Actualmente ha aumentado la frecuencia del uso de los materiales de ionómero de vidrio modificados con resina. Las indicaciones de estos materiales en odontopediatría incluyen las clases I, III y V. El propósito de este estudio ha sido comparar por microrradiografía cuantitativa los efectos *in vitro* de un ionómero de vidrio (IV) y un ionómero de vidrio modificado con resina (IVMR) sobre la desmineralización del esmalte de dientes temporales y permanentes.

Se seleccionaron 60 bloques de esmalte de tamaño 3x4x4 mm, pertenecientes, la mitad a dientes permanentes y la otra mitad a dientes temporales. Las muestras se situaron sobre discos de acrílico y su superficie se aplanó con una fresa de grano de sílice, eliminando la capa más externa rica en flúor. Se excavó en cada superficie un pozo de 1 mm de profundidad, mediante una fresa de tungsteno #56. En cada pozo se colocó un material de restauración diferente, formán-

dose tres grupos de 10 muestras cada uno de dientes temporales y otros tres, de dientes permanentes. Los materiales de obturación fueron: 1) un IVMR, Photac Fil® (Espe Norristown, USA); 2) un IV, Ketac-Fil® (Espe Norristown, USA) y 3) una amalgama, Tytin® (Kerr Romulus, USA). Los materiales se colocaron siguiendo las instrucciones del fabricante. Los grupos con amalgama como material de restauración sirvieron como grupos control.

Las muestras se colocaron en una incubadora a 37°C y 100% de humedad durante 24 h. y posteriormente se sometieron a ciclos alternos durante 14 días: 16 horas en una solución remineralizadora de pH=7,2, y 8 horas en una solución de ácido láctico 0,1 molar de pH=5. Después de cada ciclo las muestras se lavaban con agua destilada. Posteriormente se provocó en los especímenes una lesión de caries artificial al colocarlos en una solución de ácido láctico 0,1 mol. de pH=5 durante 196 horas. Tras lo cual se lavaron con agua destilada y se secaron a temperatura ambiente durante 24 horas.

Cada bloque de esmalte se incluyó luego en resina epoxy y se incubó durante 36 horas a 55°C. Así se pudieron hacer cortes perpendiculares a la superficie del esmalte expuesto de 150 μ m de grosor. Se realizó una microrradiografía de cada sección a la que se superpuso una rejilla radioopaca. Se analizó la imagen de la superficie de 100 μ m de esmalte situado a 1 y 2 mm de las restauraciones con microscopio y digitalización computarizada. También se realizaron mediciones de la microdensidad de esas zonas.

Se comparó la profundidad de la lesión y el porcentaje de mineralización de cada uno de los grupos. No se hallaron diferencias significativas dentro de cada grupo en los cortes hechos a 1 y 2 mm de distancia de las restauraciones. Pero sí se encontraron diferencias tanto en la profundidad, como en la microdensidad, entre los grupos (IV y amalgama) y (IVRM y amalgama). Las diferencias entre los grupos (IV e IVRM) no fueron importantes. También se hallaron diferencias significativas en la profundidad y la densidad entre el esmalte de dientes temporales y dientes permanentes.

La superficie del esmalte de todas las muestras de los grupos control (obturados con amalgama), mostraba macroscópicamente aspecto tiza similar al del esmalte grabado. Por el contrario, en los grupos IV e IVRM, tanto de dientes temporales, como permanentes, el esmalte tenía un aspecto brillante y translúcido.

Una diferencia entre este trabajo y estudios previos es que las muestras se sometieron a ciclos de pH. El

esmalte contiguo a la amalgama se disolvió, formándose una cavidad alrededor; mientras que el adyacente a las restauraciones de IV e IVMR permaneció intacto. Esto puede ser debido al efecto desmineralizador de los ciclos de pH en concomitancia con una mayor liberación de flúor debido al bajo pH.

Estudios sobre microrradiografía del esmalte de dientes sin tratar indican un menor contenido de mineral en el esmalte de los dientes temporales respecto de los permanentes. Al evaluar la densidad mineral en este trabajo, se observó un contenido mineral más alto en los dientes temporales expuestos al ataque artificial de caries. Esto puede ser debido a que el esmalte del diente temporal tiene una mayor captación de flúor y mayor permeabilidad que el del diente permanente. Las diferencias entre ambos tipos de esmalte se observaron mejor entre los grupos de amalgama, mientras que las diferencias entre los grupos de ionómero de vidrio fueron escasas. Por el contrario, en la valoración de la profundidad de la lesión, se observó que ésta fue mayor en los dientes temporales, cosa que no es sorprendente teniendo en cuenta el menor contenido de mineral del esmalte de diente temporal sin tratar; sin embargo, los resultados aquí fueron menos uniformes.

Así pues, bajo las condiciones del estudio, el esmalte del diente permanente respondió de manera diferente al del diente temporal. En el esmalte de los dientes permanentes las lesiones fueron menos profundas, pero menos mineralizadas; mientras que en el de los dientes temporales las lesiones fueron más profundas, pero más mineralizadas. Esto implicaría que el esmalte del diente temporal es menos proclive a la desmineralización (este esmalte contiene menos mineral, pero tiende a captar más flúor que el esmalte del diente permanente).

Los autores sugieren que el esmalte del diente temporal puede beneficiarse más de los efectos de la liberación de flúor de los materiales de ionómero de vidrio, que el esmalte del diente permanente. Por lo que habría que dar mayor énfasis al uso de los materiales de ionómero de vidrio en la odontología restauradora de los dientes temporales. Serían necesarios estudios *in vivo* para verificar las repercusiones clínicas de estos resultados.

Espasa, E.

Profesor Titular de Odontopediatría. Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona

CAMBIOS CRANEOFACIALES TRAS EL TRATAMIENTO PROTÉSICO PRECOZ EN UN CASO DE DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOHIDRÓTICA CON ANODONCIA COMPLETA

Craneofacial changes following early prosthetic treatment in a case of hypohidrotic ectodermal dysplasia with complete anodontia

Franchi, L.; Branchi, R.; Tollaro, I.

ASDC J Dent Child 1998;65:116-121.

Los autores de este artículo presentan el caso clínico de una niña de 4 años y 2 meses que padecía displasia hipohidrótica con anodoncia completa de ambas denticiones y que fue tratada con prótesis completas.

La niña presentaba los rasgos típicos del síndrome: cabello delgado y rubio, cejas y pestañas poco pobladas, piel extremadamente seca y sin vello. En la evaluación facial de perfil, se observó abombamiento de la frente, depresión del puente nasal, dimensión vertical reducida del tercio inferior de la cara, labios retruidos y mentón protruido. En la exploración clínica no se observó ningún diente. La ortopantomografía confirmó la anodoncia completa de ambas denticiones.

Funcionalmente presentaba problemas en el desarrollo del lenguaje y de la nutrición debido a la anodoncia y la hipotonía de la musculatura perioral y masticatoria.

Se construyeron unas prótesis completas siguiendo los métodos convencionales. Los dientes temporales acrílicos se obtuvieron de modelos de niños en dentición temporal. La dimensión vertical fue determinada según modelos protésicos clásicos y comprobada mediante criterios cefalométricos. El análisis cefalométrico también indicó que con las prótesis el eje facial adoptaba una inclinación favorable (92,5°). En sentido sagital el mentón presentaba una posición normal (ángulo facial de 85°) y el maxilar resultaba hipoplásico (profundidad maxilar de 80°). En sentido vertical el plano palatino estaba inclinado 6° hacia arriba, mientras que el ángulo del plano mandibular era normal (26°). La paciente se adaptó bien a las prótesis y las llevó a tiempo completo. Después de un año se tomó una nueva telerradiografía lateral. Se realizó el análisis cefalométrico de Ricketts y sus superposiciones para evaluar los cambios en el crecimiento. La colocación de las prótesis tuvo un efecto favorable para establecer un patrón craneofacial armónico.

En el caso presentado se observó una mejora en el

tono de la musculatura masticatoria y perioral después de colocar las prótesis. Por ello, la nutrición y el desarrollo del lenguaje se beneficiaron. Todos estos cambios positivos aumentaron la seguridad en sí misma de la niña.

El tratamiento protésico precoz de niños con anodoncia completa proporciona mejores condiciones para el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales desde las fases iniciales del desarrollo. En parti-

cular, la corrección temprana de la altura facial inferior colapsada juega un papel clave para normalizar la función de los músculos masticatorios y periorales y, en consecuencia el patrón de crecimiento de los huesos basales.

Jiménez Ruiz, A.
Profesor Asociado. Facultad de Odontología.
Universidad de Barcelona.