

Caracterización de las Oligodoncias

Departamento de Ortodoncia. Facultad de Estomatología.
La Habana. 2013

Autores:

José Manuel Valdés Reyes*

Sindy Corbea García **

Yamile El Ghamnam Ruisánchez***

MsC. Dra. Lucia Delgado Carrera ****

*Estudiante de 5to año. Alumno Ayudante de la Especialidad de Cirugía Maxilofacial. estomatojose@latinmail.com tel. 5353468167 Dirección. 19 # 1005 ent 10 y 12. Vedado. La Habana. Miembro de la Federación Estudiantil Universitaria.

** Doctora en Estomatología. Residente de la Especialidad de Estomatología General Integral.

*** Doctora en Estomatología. Residente de la Especialidad de Prótesis. yamila.elghannam@latinmail.com

**** Máster en Ciencias, especialista de 2do grado en Ortodoncia. Profesora Asistente. Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Miembro de la Sociedad Cubana de Estomatología.

Resumen

La oligodoncia es una anomalía de número caracterizada por la ausencia congénita de dientes. Esta afección se puede observar en nuestra práctica diaria por lo que el Estomatólogo tiene un papel importante en el tratamiento y diagnóstico de esta afección. **Objetivo:** Caracterizar la oligodoncia en los pacientes atendidos en el departamento de Ortodoncia. Municipio Plaza de la Revolución. Marzo del 2013. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en el departamento de Ortodoncia de la Facultad de Estomatología. En el mes de Marzo del año 2012. El Universo quedó constituido por todos los pacientes del Municipio Plaza de la Revolución que acudieron a consulta con diagnóstico de oligodoncia (N=28) en Marzo. Se trabajó con todo el Universo. **Resultados:** No diferencias entre sexos, raza Europeoide fue la más representada. Gestación normal en la mayoría de los estudiados y problemas en la minoría. Adenoiditis y Alergia como antecedentes patológicos predominantes en un poco más de los estudiados y no existió relación con la herencia de los padres en la mayoría de los estudiados. Presencia de Oligodoncia en maxilar en más de la mitad y menor en la mandíbula. **Conclusiones:** Los antecedentes patológicos personales presentes fueron Adenoiditis, Alergia y Asma Bronquial. Oligodoncia en arcada superior en casi todos los estudiados. El Grupo dentario más afectado fue el del tercer molar e incisivos laterales superiores.

Palabras Claves: Oligodoncia, Etiología de la Oligodoncia, Dientes Ausentes, Anodoncia, Adenoiditis y Alergia.

Introducción

La atención estomatológica es una de las estrategias priorizadas del MINSAP, con una alta implicación en el estado de salud de la población y en el orden político y social.^(1,2)

La oligodoncia es una anomalía de número caracterizada por la ausencia congénita de dientes primarios y permanentes. Se ha designado con otros términos como agenesia dental, Hipodoncia y Anodoncia parcial. La oligodoncia se define como la falta de algunos dientes que no han brotado y no tienen el germen que los genera. La Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicadas a la Odontología y Estomatología (CIE – AO) en 1985 clasifica la oligodoncia como: anodoncia parcial, anodoncia total y anodoncia no especificada. La anodoncia es parcial si son uno o varios los dientes ausentes y total cuando todos los dientes están ausentes.^(3,4)

La anodoncia total es rara, pero habitualmente se vincula a ciertas displasias cutáneas y sus anexos, como es el caso de la displasia ectodérmica hereditaria y la incontinenencia pigmentaria.^(4,5)

En orden de frecuencia la oligodoncia más prevalente es la de los terceros molares, seguido por segundos premolares e incisivos laterales superiores.^(4,6)

Las manifestaciones clínicas observadas ante esta afección son: Diastemas entre dientes permanentes presentes, formas dentarias atípicas, dientes con cúspides y raíces supernumerarias con la correspondiente ruptura del equilibrio dentario, microdoncias, desarrollo alveolar reducido, dientes temporales retenidos o formación imperfecta en el lado contralateral y alteraciones de oclusión. También en estudios realizados en familias con antecedentes de Oligodoncia, se observó en integrantes de la misma disminución en el diámetro de algunos dientes.^(4,6)

En la anodoncia parcial u oligodoncia el tratamiento abarca desde el diagnóstico temprano, seguido de una secuencia adecuada que integre procedimientos multidisciplinarios en la solución de los problemas del paciente.^(4,7)

Las posibles causas de la oligodoncia se encuentran: el desarrollo filogenético, la displasia ectodérmica, infecciones localizadas y enfermedades sistémicas como la sífilis congénita, el raquitismo y el hipotiroidismo.⁽⁸⁾

Existen también diversas teorías que pretenden explicar la oligodoncia de laterales: la teoría de Butler's en 1939 habla de que la dentición en mamíferos se divide en campos: incisivos, caninos y premolares-molares y que en cada campo hay dientes llaves, que son

más estables que otros como es el primer molar; a su vez, Clayton en 1956 sugiere que en cada campo entre más distal sea el diente, más susceptible es a desarrollar las oligodoncias. Svinhufvud y colaboradores en 1988 sugieren que el diente más susceptible en el maxilar es el incisivo lateral, por situarse entre la zona de fusión de dos procesos embriológicos. Woodworth en 1985 menciona que la oligodoncia es la expresión de una tendencia a la evolución que se manifiesta en la simplificación de la dentición por disminución en el número. El autor, a su vez menciona que ésta patología se relaciona con disturbios en el proceso de fusión en el área del proceso nasal medio, al igual que las hendiduras, por eso es tan común encontrar este tipo de afecciones en el paciente con hendiduras palatinas.⁽⁶⁾

También Herpin planteó que la preparación culinaria de los alimentos y su división con diferentes instrumentos han producido una reducción del aparato masticatorio por su menor utilización. A su vez la verticalización de los incisivos sobre el maxilar y la aparición del mentón, han disminuido lo que Lundstrom denomina la base apical, o sea, la parte del cuerpo del maxilar sobre los que asientan los ápices de los dientes.^(9,10) Coincidiendo los adelantos de la ciencia con las teorías descritas pero sigue sin unificarse un criterio sobre el tema.

Aunque algunos autores afirman, que la ausencia de dientes no está asociada a ninguna displasia y no tiene relación con otros efectos, la influencia más importante es desde el punto de vista genético.^(4, 5,11)

Dermaut hace referencia en su etiología a la relación de influencias ambientales como son: la irradiación, el uso de talidomida y otros factores como los tumores y la rubéola. La base etiológica de la oligodoncia se desconoce, aunque se han sugerido: factores ambientales, prenatales, postnatales, cambios evolutivos de la dentición, inflamaciones e infecciones y estados generalizados.⁽⁴⁾

En estudios más recientes realizados en Colombia el año 2011 Briceño plantea que los factores genéticos son los más aceptados en la actualidad, atribuyendo mutaciones en el gen (PAX9: 219InsG exón 2, A340T exón 2 y 793InsC exón 4), con gran relación con la oligodoncia.⁽¹²⁾

La oligodoncia es una anomalía común en los humanos, que afecta el 20% de la población. En cuanto a su epidemiología según algunos estudios en Caracas en el año 2008 afirman que la prevalencia de anodoncia en niñas es de 8,4% y en niños es de 6,5%.^(4, 6)

También Díaz Morell en un estudio realizado en Cuba hace alusión de la relación de la Oligodoncia con el sexo y la raza con resultados

similares. ⁽¹³⁾ Aunque no precisan bien definidamente su etiología.

El Estomatólogo tiene un papel importante en el tratamiento y diagnóstico de esta afección conjunto con el equipo multidisciplinario. Esta afección se puede observar en el día a día de la práctica diaria ⁽¹⁴⁾ con frecuencia, por lo que nos motivó a realizar este trabajo debido a que el conocimiento y estudio profundo de los factores etiológicos de la oligodoncia son de gran ayuda para lograr la disminución de las maloclusiones, que ocupan el tercer lugar en el orden de incidencia en

cuanto a las enfermedades de la cavidad bucal. Contribuyendo con los estudios relacionados con las posibles etiologías de esta alteración del número dentario, que todavía no se ha llegado a un consenso existiendo dudas en el conocimiento preciso de esta. Por lo que pretendemos que este trabajo constituya un aporte a los conocimientos sobre el tema. Para lo cual nos surgió la siguiente interrogante ¿Qué características tendrá la oligodoncia en los pacientes atendidos en el departamento de Ortodoncia de la Facultad de Estomatología?

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la oligodoncia en los pacientes atendidos en el departamento de Ortodoncia. Municipio Plaza de la Revolución. Marzo del 2012.

Objetivos Específicos:

- ❖ Describir la oligodoncia según sexo y raza.
- ❖ Identificar en los pacientes con Oligodoncia el tipo de gestación, Tipo de nacimiento y Antecedentes Patológicos Personales.
- ❖ Describir la oligodoncia según herencia paterna y materna.
- ❖ Identificar la presencia de Oligodoncia según arcada y diente.

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en el departamento de Ortodoncia de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. En el mes de Marzo del año 2013.

Universo

El universo lo constituyó todos los pacientes del Municipio Plaza de la Revolución que acudieron a la consulta del departamento de Ortodoncia de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana con diagnóstico de oligodoncia, en el mes de Marzo (N=28). Se trabajó con todo el Universo.

Criterios de inclusión

- ☞ Pacientes que acudieron a la consulta en el mes de Marzo con diagnóstico de oligodoncia en su Historia Clínica, que tengan más de 9 años de edad y presenten en su Historia Clínica una radiografía Panorámica.
- ☞ Pacientes con disposición a participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.
- ☞ Padres que autoricen a los menores de edad a participar en el estudio.

Métodos e Instrumentos

Para la recogida de la información del estudio se utilizó un modelo de recolección de datos previa aprobación de cada paciente mediante el consentimiento informado utilizando las variables Sexo, Raza, Presencia de Oligodoncia, Tipo de Gestación, Tipo de nacimiento, Antecedentes Patológicos Personales, Herencia, Arcada con oligodoncia, Diente con Oligodoncia. Se utilizó un negatoscopio para observar la radiografía Panorámica mediante la Observación y criterio clínico y se consultó los acápites de las Historias Clínicas de Ortodoncia de cada paciente.

Técnicas y Procedimientos

Los datos obtenidos fueron procesados en una computadora con sistema Windows XP, paquete Office y mediante la utilidad Microsoft Excel 2007 se conformó la base de datos necesaria para la investigación. Para dar salida a los objetivos específicos se confeccionaron tablas donde se emplearon medidas de estadística descriptiva para el resumen de la información, las cuales fueron: número y por ciento; se plasmaron los datos en tablas de distribución de frecuencia absoluta y relativa para su mejor análisis y comprensión.

Resultados

Tabla # 1: Prevalencia de Oligodoncia según Sexo y Raza. Municipio Plaza de la Revolución. Marzo 2013.

Raza	Europeoide		Negroide	
	No.	%	No.	%
Masculino	7	25	6	21,42
Femenino	10	35,72	5	17.86
Total	17	60,72	11	39,28

Fuente: Historias Clínicas del departamento de Ortodoncia.

En la Tabla #1 se observó que no hay casi diferencia entre sexo y mayor predominio de la Raza Europeoide para un 60,72%.

Tabla # 2: Distribución de Oligodoncia según gestación. Municipio Plaza de la Revolución. Marzo 2013.

Tipo de gestación	No.	%
Gestación Normal	22	78,57
Trastorno en la gestación	6	21,43
TOTAL	28	100

Fuente: Historias Clínicas del departamento de Ortodoncia.

En la Tabla #2 se muestra que un 78,57% presentó gestación normal y solo 6 presentaron problemas en la gestación para un 21,43%.

Tabla #3: Distribución de Oligodoncia según tipo de Nacimiento. Municipio Plaza de la Revolución. Marzo 2013.

Tipo de nacimiento	No.	%
Fisiológico	16	54,14
Distócico	4	14,29
Cesárea	8	31,57
TOTAL	28	100

Fuente: Historias Clínicas del departamento de Ortodoncia.

En la Tabla #3 se observó que predominó el nacimiento fisiológico con 16 casos para un 54,14 %.

Tabla # 4: Distribución de Oligodoncia según Antecedentes Patológicos Personales. Municipio Plaza de la Revolución. Marzo 2013.

APP	No.	%
Adenoiditis y Alergia	15	53,57
Asma Bronquial	6	21,43
Ninguno	7	25
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas del departamento de Ortodoncia.

En la Tabla #4 se muestra que hubo predominio de la Adenoiditis y antecedentes de alergia en 15 casos para un 53,57 %.

Tabla # 5: Distribución de Oligodoncia según Herencia. Municipio Plaza de la Revolución. Marzo 2013.

Herencia	No.	%
Madre	2	7,01
Padre	6	21,42
Ninguno	22	71,57
Total	28	100

Fuente: Historias Clínicas del departamento de Ortodoncia.

En la Tabla #5 se muestra que 22 casos para un 71,57% no hubo relación con la herencia de los padres.

Tabla #6: Distribución de Oligodoncia según arcada y diente. Municipio Plaza de la Revolución. Marzo 2013.

Diente	Superior		Inferior	
	No.	%	No.	%
Central	1	3,57	1	3,57
Lateral	11	39,28	-	-
Bicúspides	3	10,71	3	10,71
3er Molar	10	35,71	8	28,57
Total	25	89,28	12	42,85

Fuente: Historias Clínicas del departamento de Ortodoncia.

En la Tabla #6 se muestra que los dientes afectados por oligodoncia fueron el lateral superior y el tercer molar tanto superior como inferior. También la presencia de oligodoncia en casi todos los casos en la arcada superior para un 89,28% y un 42,85% en la arcada inferior con solo 12 casos.

Discusión

Los dientes ausentes constituyen un problema clínico que se observa con cierta frecuencia. En nuestro estudio tuvimos como resultado que no hay casi diferencia entre oligodoncia y sexo, con un mayor predominio de la raza Europeoide en más de la mitad de los estudiados. Donde nuestros resultados coinciden con estudios realizados por Díaz Morell ⁽¹³⁾ y un estudio realizado también por Sánchez Pérez y colaboradores ⁽¹⁵⁾ llamándonos la atención ya que en el desarrollo general del hombre así como en el dentario, las niñas desarrollan más temprano que los varones y los negros más que los blancos. ⁽¹³⁾ Discrepando con estudios realizados por Altunaga ⁽¹⁶⁾ donde sus resultados apuntan al sexo femenino y con gran parte de la literatura plantea que las oligodoncias son más frecuentes en el sexo femenino. Es importante conocer si se presenta esta afección en personas de raza blanca o Europeoide o en personas de raza negra o Negroide para comprender mejor su etiología.

En cuanto a la presencia de oligodoncia según gestación y nacimiento de los pacientes estudiados, encontramos que en mucho más de la mitad los casos

presentaron sus madres una gestación normal y un pequeño grupo presentó problemas en la gestación. El tipo de nacimiento de los estudiados fue fisiológico en más de la mitad, seguido de un pequeño grupo con nacimiento por cesárea. Coincidiendo con autores como Roig, Morelló y Pipa Vallejo ^(17, 18) que plantean que puede existir un factor influyente en el momento de la gestación, pero no es la causa de la mayoría de las oligodoncias.

Las anomalías del número se producen necesariamente en etapas muy tempranas del desarrollo dentario, durante la iniciación o la proliferación. La acción sobre la lámina dentaria o los gérmenes dentarios del agente causal puede dar lugar a un aumento o disminución del número de dientes. El complejo proceso del desarrollo de los dientes se inicia en fases tempranas del desarrollo embrionario, y se extiende hasta los primeros años de la vida. Se produce de forma escalonada a través de una serie de etapas, que se superponen entre los diferentes grupos dentarios. Así, puede haber dientes que están en fase de desarrollo de la oclusión, mientras otros todavía están en fase pre-

eruptiva. A lo largo de este proceso los dientes son muy susceptibles a la acción de agentes etiológicos, genéticos o ambientales, que pueden determinar alteraciones en su correcto desarrollo. Ello puede traducirse en alteraciones del número, tamaño, forma, color o estructura de los dientes.⁽¹⁷⁾

Existen numerosas alteraciones en el número de los dientes, las cuales comprenden fallas en el desarrollo embrionario que ocasionan modificaciones estructurales en los tejidos dentarios duros. Los problemas en la gestación pueden ser causas de oligodoncia, ya que puede afectarse el feto en el momento de formación del folículo dentario o pliegue de las hendiduras branquiales.⁽⁵⁾

Los antecedentes patológicos personales presentes en los estudiados se inclinan a la presencia de Adenoiditis y Alergia en un poco más de la mitad, seguida del Asma Bronquial. Llamándonos la atención la presentación de estos tipos de patologías alérgicas en casi todos los estudiados, donde no encontramos publicaciones que describan su presencia en casos de Oligodoncia. Por lo cual pensamos que pueden ser estos resultados aportes e interrogantes contribuyentes de este arsenal de teorías sobre la etiología de esta afección del número dentario.

En cuanto a la herencia obtuvimos como resultado que casi todos no tenían antecedentes de oligodoncia en sus padres y madres, solo en un pequeño grupo se encontró relación. Coincidiendo con estudios de Porras y Castillo⁽¹⁹⁾ donde reflejan que existe relación de la agenesia dental con la herencia o antecedentes familiares de esta afección.

La distribución de oligodoncia según arcada y diente tuvimos como resultado que en casi la totalidad de los estudiados existía oligodoncia en la arcada superior y cerca de la mitad era en la arcada inferior. Donde el grupo dentario más afectado fue el del tercer molar tanto superior como inferior y los dientes incisivos laterales superiores. Seguido en menor medida de las bicúspides y el diente central. Coincidiendo con estudios realizados por Porras y Castillo⁽¹⁹⁾ e investigadores como Altunaga⁽²⁰⁾ donde el tercer molar fue el diente más afectado, seguido del incisivo lateral y bicúspides y en menor medida los otros grupos dentarios.

Las características de esta afección en los pacientes estudiados son similares a las descritas por la literatura pero con lagunas, por lo que incitamos a realizar estudios para profundizar en este tema.

Conclusiones

La raza Europeoide fue la que más predominó donde no existió diferencias significativas entre sexo.

En casi todos los estudiados presentaron sus madres una gestación normal y un pequeño grupo presentó problemas en la gestación.

El tipo de nacimiento de los estudiados fue fisiológico en más de la mitad, seguido de un pequeño grupo con nacimiento por cesárea.

Los antecedentes patológicos personales presentes en los estudiados se inclinan a la presencia de Adenoiditis y Alergia en un poco más de la mitad, seguida del Asma Bronquial.

Solo en un pequeño grupo se encontró relación de oligodoncia con sus padres y en casi la totalidad de los estudiados existió oligodoncia en la arcada superior y cerca de la mitad era en la arcada inferior.

El grupo dentario más afectado fue el del tercer molar tanto superior como inferior y los dientes incisivos laterales superiores. Seguido en menor medida de las bicúspides y el diente central.

Referencias Bibliográficas

1. Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A, González Longoria M, et. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2011. Pág. 396.
2. Garrió Andreu M, Sardiña Alayón S. Guías Prácticas de Estomatología. : Editorial Ciencias Médicas (1) p.14-15. La Habana; 2003.
3. Álvarez González M. Glosario Estomatológico Cubano. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2008. p. 14.
4. Moret Y, González JM. Anodonciaparcial relacionada con quiste dentígeno y quiste traumático. Revisión de la literatura y presentación de un caso. Acta odontol. venez v.41 n.3 Caracas ago. 2008. (Seriado en Internet). Consultado el 20 de diciembre del 2010. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s000163652003000300007&script=sci_arttext
5. Benjamin Martínez R. Malformaciones de los dientes. Universidad Mayor Facultad de Odontología. (Seriado en Internet) 2012. Consultado en 8 de enero del 2012. Disponible en: <http://patoral.umayor.cl/malfdien/malfdien.html>
6. Darío Ortiz I, Cañón O, Otero L. Agenesia. (Monografía en Internet) 2010. Consultado el 15 de junio del 2011. Disponible en: <http://recursostic.javeriana.edu.co/doc/agenesia.pdf>
7. Baladrón Romero J, Moriyón Uría JM, et. Tratamiento multidisciplinar con ortodoncia, cirugía y prótesis. MAXILLARIS (Seriado en Internet) Consultado el 20 de diciembre del 2011. Disponible en: http://www.baladron.com/area_profesional/casos_clinicos/imagen/1%20Maxilar/1.3.%20Edentulismo%20Parcial%20Posterior/03/02_Oligodoncia%20agenesia%20de%20incisivos%20laterales%20y%20premolares%20superiores.pdf
8. Valdes J. Web virtual sobre patologías bucales. Consultado 20 de enero del 2012. Disponible en: <http://odontored.wordpress.com/2011/08/12/oligodoncia/>
9. Otaño Lugo R. Tratado de Ortodoncia. Texto para estudiantes de pregrado. Editorial Ciencias Médicas. 2007 pag 14-15
10. Otaño Lugo R. Manual clínico de Oetodoncia. Perdida de la longitud en el arco. Editorial Ciencias Médicas. 2008, pag 100.
11. Tallón Walton V. Estudio epidemiológico de la agenesia dental en un área de salud primaria en España: prevalencia estimada y factores asociados. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. 2011. 3, (16) 124-129. Consultado 20 de enero del 2012. Disponible en: http://www.secibonline.com/web/pdf/vol3_2007_atlas.pdf
12. Briceño I, Berrocal MC, González OA, et. Análisis clínico y molecular de la hipodoncia. En Colombia (Monografía en Internet) 2011. Consultado en Marzo del 2012. Disponible en: <http://www.encolombia.com/odontologia/investigaciones/memorias-Vencuentro-analisis.htm>
13. Díaz Morell JE, Fariñas Cordón M, Suárez Portelles A. Prevalencia de Oligodoncia en pacientes con tratamiento de ortodoncia. Correo Científico Médico de Holguín 2000;4(4)
14. Mayoral JG. Principios, fundamentos y práctica. Editorial Científico técnica. La Habana ,1986: p. 161.
15. Sánchez Pérez A. Revisión de la Oligodoncia no sindrómica y presentación de 18 casos. (Seriado en Internet) Medicina oral, patología oral y cirugía bucal, ISSN 1698-4447, Vol. 14, Nº. 4, 2009, págs. 217-220. Consultado el 20 de diciembre del 2012. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3036319>
16. Altunaga Carbonell A, La oligodoncia. Un problema a tener en cuenta. Monografía en Internet) 2010. Consultado 20 de febrero del 2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos28/oligodoncia/oligodoncia.shtml>
17. Roig M, Morelló S. Introducción a la patología dentaria. Parte 1. Anomalías dentarias. RevOperDentEndod 2006;5:51
18. Pipa Vallejo A, López-Arranz Monje E, González García M. Tratamiento odontológico en la displasia ectodérmica. Actualización. AvOdontoestomatol.22 n.3 Madrid mayo-jun. 2006.
19. Porras Castro I, Castillo Chan K. Oligodoncia: reporte de caso. Universidad de Costa Rica, Odontos. (Monografía en Internet) 2010. Consultado el 21 de diciembre del 2011. Disponible en: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/odo005-12.php>
20. Altunaga Carbonell A, La oligodoncia. Un problema a tener en cuenta. Monografía en Internet) 2010. Consultado 20 de febrero del 2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos28/oligodoncia/oligodoncia.shtml>

Modelo de recolección de Datos

No. de HC: Edad: Sexo:

Raza: APP:

Gestación: Nacimiento:

Oligodoncia del diente:

Arcada Superior _____.

Arcada Inferior _____.

Herencia: