

REHABILITACIÓN INICIAL DE UN NIÑO CON ANODONCIA. PRESENTACIÓN DE UNA SITUACIÓN CLÍNICA

Recibido 26/11/2018

Aceptado 20/02/2019

Arrebola G,
Giardini A,
Kirchbaum AM.

Cátedra de Odontología Integral Niños

Facultad de Odontología

Universidad de Buenos Aires

Aredes J.

Cátedra de Clínica I de Prótesis.

Facultad de Odontología

Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es describir la rehabilitación inicial de un niño preescolar con displasia ectodérmica (DE) y anodoncia. Realizó la primera consulta a los 30 meses con ambos rebordes desdentados y requerimientos familiares de estética y función acorde a su edad. Requirió un amplio abordaje interdisciplinario (odontopediatra, psicóloga, fonoaudióloga y especialista en prótesis). Se instalaron prótesis totales removibles (PTR) en ambos maxilares rebasadas con material resiliente de larga duración, que cumplieron los requisitos de retención, soporte, estabilidad y confort para el niño.

Conclusión: los pacientes con anodoncia requieren rehabilitación a edades tempranas, siendo necesaria la participación de equipos interdisciplinarios que aportan diferentes recursos para mejorar la estética, favorecer la función y la inserción en el contexto psicosocial acompañando el crecimiento y desarrollo.

Palabras claves: anodoncia, hipodoncia, displasia.

ABSTRACT

The aim of the present work is to describe initial rehabilitation of a preschool child with ectodermal dysplasia (ED) and anodontia. At first consultation at age 30 months, revealing edentulous maxillary and mandibular ridges, the family sought proper esthetics and function for his age. A long interdisciplinary process was required (pediatric dentist, psychologist, speech therapist, dental prosthetics specialist). The patient was fitted with upper and lower removable dentures (RTD) lined with long-lasting resilient material, and designed to offer adequate retention, support, stability and comfort to the child.

Conclusion: Patients with anodontia require rehabilitation at an early age. The participation of interdisciplinary teams is necessary to contribute different resources to improve esthetics and favor function and psychosocial integration, assisting growth and development.

Key words: anodontia, hypodontia, dysplasia.

INTRODUCCIÓN

Se denomina anodoncia total a la agenesia de todas las piezas dentarias tanto primarias como permanentes, por estar afectada la formación de la lámina dental (Gomez de Ferraris y Campos Muñoz, 2002). Por otro lado, se describe como oligodoncia (anodoncia parcial) a la ausencia de seis o más piezas e hipodoncia cuando es de un número menor. En sus diferentes formas se presenta en pacientes con displasia ectodérmica (DE) (Biondi A.M et al., 2010).

La displasia ectodérmica, por su baja prevalencia se incluye dentro del grupo de las llamadas enfermedades raras, comprendiendo 150 patologías, que se caracterizan por alteraciones en las estructuras de origen ectodérmico, con una frecuencia que varía entre 1:10.000 y 1:100.000 niños nacidos vivos. Se encuentran afectadas al menos dos de las siguientes estructuras: piel, cabello, uñas, dientes o glándulas sudoríparas. El tipo hipohidrótico o anhidrótico se caracteriza por hipohidrosis, hipotricosis y oligodoncia severa en ambas denticiones. Es una enfermedad genética ligada al cromosoma X que se transmite por herencia autosómica dominante o recesiva. La incidencia en mujeres portadoras es alrededor de 17/100.000 mujeres (Martín Gonzales, et al 2012), afectando con mayor frecuencia a los varones. Sus manifestaciones clínicas pueden incluir pelo ralo y fino, labios evertidos, dientes ausentes o conoides, alopecia de cejas y pestañas, uñas anormales, nariz en silla de montar, deficiente regulación de la temperatura corporal y piel delgada.

Requieren un abordaje interdisciplinario a temprana edad, con un rol destacado desde la odontopediatría para mejorar la estética, facilitar las funciones de masticación, deglución y el habla, promover el bienestar emocional y psicológico y mejorar la aceptación por parte de la familia y los compañeros durante la inserción escolar. Es necesario concientizar al niño y la familia que los tratamientos continuarán a lo largo del crecimiento, utilizando diferentes estrategias hasta alcanzar en la adultez la rehabilitación definitiva (Nunn, J.H et al, 2003).

El objetivo de este trabajo es describir la rehabilitación inicial de un niño preescolar con DE y anodoncia.

DESARROLLO

Se presentó a la consulta de Odontología Integral Niños una familia con un varón de 2 años y medio con diagnóstico de DE. Refieren que es hijo único, de padres sanos sin antecedentes familiares. Manifiestan la necesidad de tratamiento por la falta de piezas dentarias, alteraciones fonéticas, deglutorias y estéticas. Clínicamente se observa nariz en silla de montar, frente prominente, cejas escasas, piel reseca y cabello fino, disminución de dimensión vertical. (Figura 1 y 2). Al examen intraoral, presenta ambos rebordes maxilares edéntulos. (Figura 3 y 4).



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4

FIGURA 1. Examen extraoral. Frente

FIGURA 2. Perfil

FIGURA 3. Examen intraoral, rebordes edéntulos maxilar superior

FIGURA 4. Maxilar inferior

En las primeras consultas el paciente presentó dificultad y resistencia de establecer un vínculo con la odontopediatra, por lo cual se lo derivó a una consulta con la psicóloga de la cátedra.

Presentaba trastornos de conducta tales como rebeldía, actitudes opositoras, baja tolerancia a la frustración, manifestada ante la dificultad de expresarse, debido a la ausencia de sus piezas dentarias. Se trata de un niño de inteligencia normal, interesado en explorar su entorno y muy estimulado por su ámbito familiar, colaborador y contenedor. Realizó tratamiento psicológico de una hora de juego con una frecuencia semanal.

Al poco tiempo de iniciadas sus sesiones terapéuticas se logró una transferencia positiva en el vínculo con la odontopediatra y con la psicóloga que permitió sumar una interconsulta con la fonoaudióloga e iniciar también su tratamiento.

En estas condiciones, adaptado al ámbito de atención y vinculado con los profesionales accedió al inicio del tratamiento odontológico. Se realizaron impresiones con alginato de maxilar superior e inferior para el diseño y confección de cubetas individuales rígidas en acrílico termopolimerizable.

Luego del recorte y la adaptación de las cubetas, para obtener soporte y estabilidad se tomaron las impresiones definitivas con recorte muscular utilizando silicona por adición pesada y liviana (Figura 5 y 6).

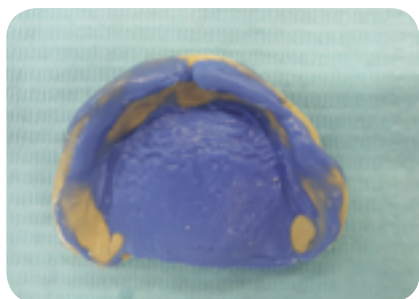


FIGURA 5



FIGURA 6

FIGURA 5. Impresiones definitivas con siliconas por adición. Maxilar superior

FIGURA 6. Maxilar inferior

Sobre los modelos definitivos con protección de bordes, se confeccionaron placas base con rodetes de cera de altura y grosor similar al arco de piezas primarias para la toma de registros intermaxilares (Figura 7).

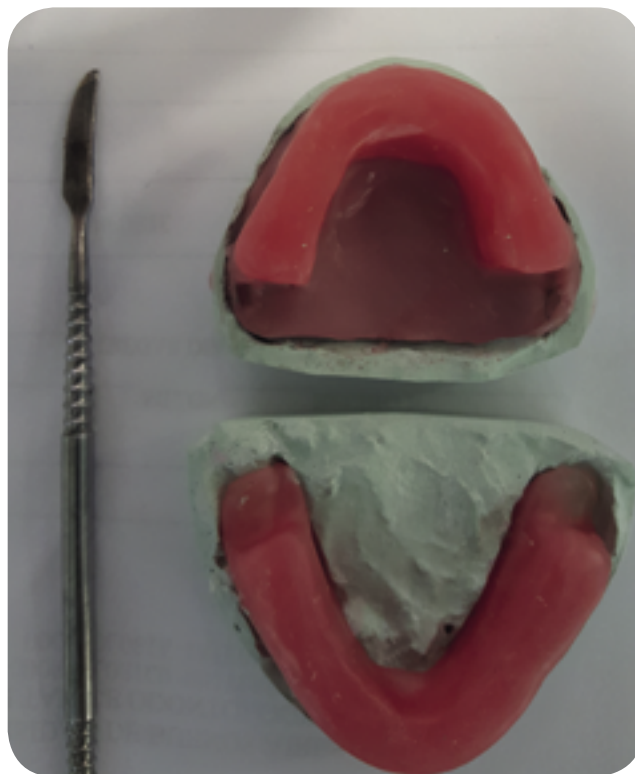


FIGURA 7

FIGURA 7. Placas base con rodetes de oclusión

Para determinar la altura e inclinación del plano de oclusión se utilizó un plano de Fox confeccionado con una placa de acrílico con tamaño apropiado de horquilla. El plano oclusal se ubicó paralelo al plano bipupilar y al plano de Camper (Figura 8). Se montaron en un oclusor indicado porque la oclusión primaria no presenta curvas y las cavidades glenoideas tampoco presentan las características del adulto (Figura 9 y 10).



FIGURA 8



FIGURA 9



FIGURA 10

FIGURA 8. Plano de Fox adaptado para paciente pediátrico colocado paralelo a línea bipupilar

FIGURA 9. Rodetes con toma de registros intermaxilares

FIGURA 10. Articulado dentario en modelos

En la prueba del articulado dentario el niño colaboró con entusiasmo pero el día de la instalación no se cumplían los objetivos de retención. Se solicitó colaboración a Clínica I de prótesis. El especialista consideró que por las características clínicas de los rebordes estaba indicado el rebasado de los flancos con un material resiliente de larga duración a base de silicona autopolimerizable. Realizó el asperizado de los flancos, el uso de un adhesivo a base de vinil-silano (Figura 11) y procedió al rebasado directo (Figura 12), obteniendo los resultados esperados.

Se retiró con las prótesis instaladas (Figura 13) y rápidamente adquirió las funciones propias de un niño de su edad (Figura 14).

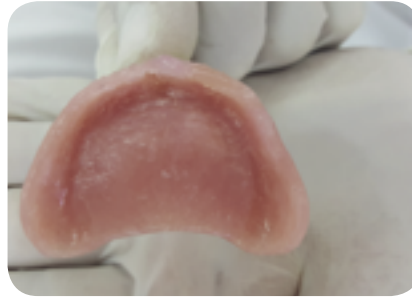


FIGURA 11



FIGURA 12

FIGURA 11. Prótesis rebasada con material resiliente a base de silicona autopolimerizable

FIGURA 12. Prótesis adaptada

El paciente, su familia y el equipo profesional se encontraron satisfechos con los resultados obtenidos, y en los controles periódicos.



FIGURA 13

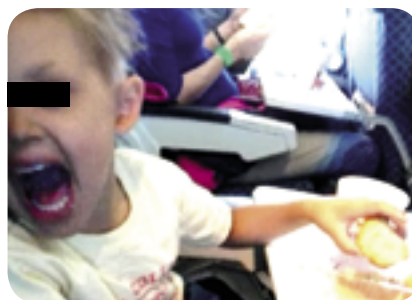


FIGURA 14



FIGURA 13

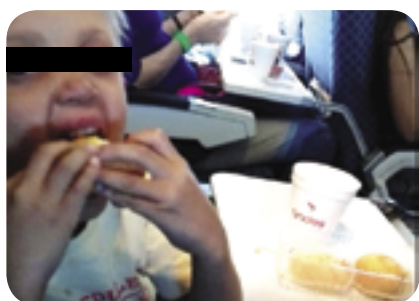


FIGURA 14

FIGURA 13. Prótesis instalada

FIGURA 14. Prótesis en función

A los 6 meses, con 42 meses de edad, pudo realizarse una radiografía panorámica donde se observan gérmenes de molares bilaterales en ambos maxilares, lo que mejora el pronóstico a futuro.

DISCUSIÓN

Los niños que no han tenido piezas dentarias presentan mayores dificultades para la atención que las propias del paciente odontopediátrico. No están acostumbrados a manipulaciones dentro de la boca ya que no reciben cepillado diario, la lengua carece de un continente y ocupa toda la cavidad bucal, y los rebordes sin hueso alveolar son desfavorables para la retención protética.

Aunar los conocimientos de odontopediatras y especialistas en prótesis permite optimizar las técnicas y recursos para el éxito del tratamiento.

En niños portadores de PTR se conjugan los cambios propios del crecimiento con las desadaptaciones asociadas al uso de prótesis, que demandan controles y recambios frecuentes. Y control consiste en el rebase de las prótesis utilizando materiales especiales. El uso de rebasado con un material resiliente y permanente permite un mejor acompañamiento de los cambios del crecimiento en el período que media entre los sucesivos cambios protéticos. Su composición de dimetil siloxano, proporciona buenas propiedades elásticas. Su presentación para ser dispensado con puntas mezcladoras mejora la manipulación, evita la

aparición de burbujas y reduce el tiempo de trabajo. Los resultados favorables en este caso, sugieren la posibilidad de incorporarlo en la planificación de los tratamientos de situaciones similares.

CONCLUSIONES

Los pacientes con anodoncia requieren rehabilitación a edades tempranas, siendo necesaria la participación de equipos interdisciplinarios que aportan diferentes recursos para mejorar la estética, favorecer la función y la inserción en el contexto psicosocial acompañando el crecimiento y desarrollo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Od. Ienco Melisa por los aportes realizados en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Blüschke G, Nüsken K.D., Schneider H. Prevalence and prevention of severe complications of hypohidrotic ectodermal dysplasia in infancy. *Early Hum Dev.* 2010; 86:397-9.

Biondi A.M., Cortese S.G. *Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada* Segunda edición. Buenos Aires: Ed Corpus; 2018 Cap 16 .p.267-288.

Biondi A.M., Cortese S.G. *Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada*. Segunda edición. Buenos Aires; ED Corpus; 2018 Cap 14 p229-245.

Cortese S, Varela L. Prótesis total removible en paciente preescolar. Situación para el odontopediatra o para el protesista? *Rev. Circ Argent Odontol* 2006; 63 (197):15-20).

Francois Clauss, Remy Mathis, Frederic Obry, Quentin Kamm, Fabienne Perrin-Schmitt, Marie Cecile Maniere. Multidisciplinary treatment plan for multiple dental agenesis associated with hypohidrotic ectodermal dysplasias. *J dentofacial Anom Orthod* 2014; 17:106.RODF/ EDP Sciences. Available from: <https://docplayer.net/23176876-Multidisciplinary-treatment-plan-for-multiple-dental-agenesis-associated-with-hypohidrotic-ectodermal-dysplasias.html>

Gomez Ferraris M.E., Campos Muñoz A. *Fistología y embriología bucodental*, 2 Ed. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2002).

Guillen Navarro E, Ballesta Martínez M.J., López González V. Displasia ectodérmica hipohidrotica. *protoc diagn ter pediatri*.2010, 1:13 -7.

Kupietsky A., Haupt M. Hypohidrotic ectodermal dysplasia: characteristics and treatment. Quintessence Int., 26(4):28591.

McCabe J.F., Carrick T.E., Kamohara H. Adhesive bond strength and compliance for denture soft lining materials. Biomaterials. 2002; 23(5):1347- 52.

Motil K.J., Fete T.J., Kennard J.F., Schultz R.J., Foy T.M., Ochs U. and Sybert V.P. Growth characteristics of children with ectodermal dysplasia syndromes. Pediatrics 2005; 116(2):e229-e234.

Neves F.S., Ladeira D.B.S., Nery L.R., Neves E.G., Almeida S. Md. Displasia ectodérmica: relato de dois casos clínicos. Rev. odontol Univ. Cid Sao Paulo. 2011; 23 (2): 194-199.

Neville B.W. Patología oral y maxilofacial. 2ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004: 618-619.

Nunn J.H., Carter N.E., Gillgrass T.J., Hobson R.S., Jepson, N.J., Meechan J.G., Nohl F.S. The interdisciplinary management of hypodontia: background and role of paediatric dentistry. Br. Dent. J., 194(5):245-51, 2003.

Pipa Vallejo A., López-Arranz Monje E., González García M. Tratamiento odontológico en la displasia ectodérmica. Actualización. Av. Odontoestomatol 2006; 22 (3): 171.

Dirección para correspondencia

Cátedra de Odontología Integral Niños
Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires
Marcelo T de Alvear 2142, P 15° B, C1122AAH
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Email: pediatria.secret@odontologia.uba.ar