

CASO CLÍNICO

AMELOGÉNESIS IMPERFECTA

Gloria Elena Fernández A.*, Julio Roberto Garzón S.**

La amelogénesis imperfecta está constituida por un grupo de desórdenes hereditarios del desarrollo que afectan primariamente el esmalte dental. La entidad se diferencia en tres grupos principales: hipoplásica, hipocalcificada e hipomadura, dependiendo de la manifestación clínica de los defectos y de la etapa aproximada de la formación del esmalte que se afecta.^{1,2} Cada grupo se puede subdividir de acuerdo con la forma de herencia y la apariencia clínica del esmalte defectuoso.

Algunos estudios mencionan que los pacientes afectados presentan erupción retardada e impactación de los dientes.³ En general, todos los pacientes acusan problemas estéticos, sensibilidad dentaria y pérdida de altura de la dimensión vertical.^{4,5}

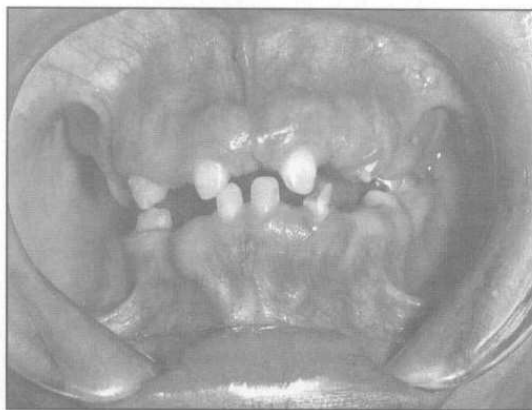
Las estrategias de manejo van desde el uso de carillas de resinas compuestas y coronas de acero hasta las coronas de porcelana en prótesis parciales fijas; la decisión depende del diagnóstico preciso del tipo de amelogénesis y de las posibilidades de restauración. Cuando no existe suficiente esmalte para una restauración con resinas o con ionómeros, las coronas "jacket" de porcelana son la elección en adultos,⁶ pero están contraindicadas en pacientes muy jóvenes porque sus pulpas dentales son demasiado grandes.

Caso clínico

Identificación. Paciente de sexo femenino, 23 años de edad, con hipertensión arterial (secundaria a nefrolitiasis bilateral y esclerosis de las arterias renales) y antecedentes familiares de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Examen clínico y radiográfico. Clínicamente (Fig. 1) se

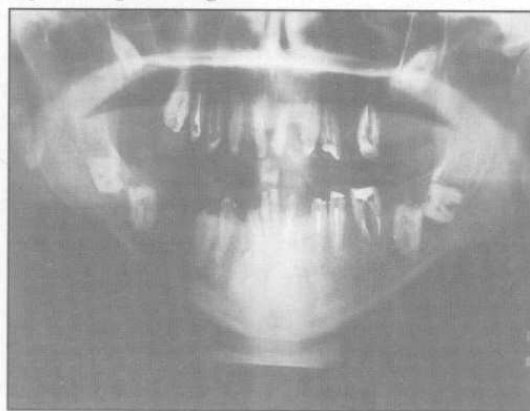
Fig. 1. Aspecto clínico antes del tratamiento.



observa ausencia congénita de los incisivos laterales superiores. Hay hipoplasia del esmalte en los dientes presentes: 14, 13, 11, 21, 23, 24, 26, 36, 35, 34, 32, 31, 41 y 44. El examen de los tejidos blandos sólo permite observar inflamación de la encía marginal, asociada con placa bacteriana. Se detectan inestabilidad oclusal y contactos inadecuados en los movimientos excursivos.

Radiográficamente (Fig. 2) se observan múltiples dientes incluidos en ambos arcos y en diversos grados de inclinación.

Fig. 2. Imagen radiográfica antes del tratamiento.



Diagnóstico. Amelogénesis imperfecta por hipoplasia del esmalte (histodiferenciación). Gingivitis marginal crónica leve generalizada e hiperplasia gingival inflamatoria.

Tratamiento. Se planificó según los criterios de Rosenberg y col.⁷ Inicialmente se confeccionaron sobredentaduras y se mantuvo a la paciente en observación permanente hasta cuando pudo ser atendida por un especialista en prótesis periodontal.

A partir de ese momento se han seguido los siguientes pasos:

1. Fase inicial del tratamiento:

- Terapia periodontal inicial: Profilaxis y enseñanza y motivación en higiene oral. Desplazamientos apicales para recuperar algunos de los dientes incluidos (16, 15, 45). Extracción de los otros incluidos, excepto 38 y 48.
- Tratamiento endodóntico de todos los dientes presentes.
- Tratamiento ortodóntico para aproximar 11 y 21.

2. Fase de provisionalización

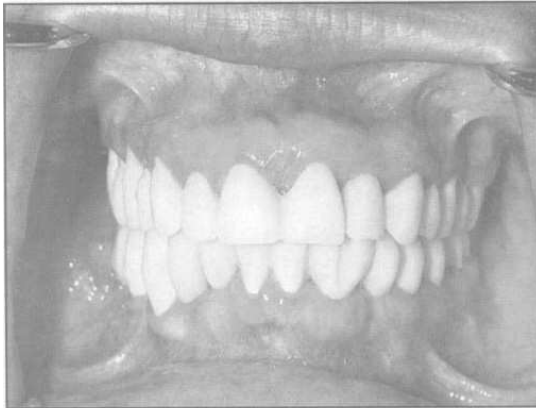
Elaboración de provisionales de acrílico (Fig. 3) y estabili-

*Estudiante de post-grado del programa de Prótesis Periodontal, CES.

**Especialista en Prótesis Periodontal, CES.

zación de los arcos superior e inferior, incluyendo todos los dientes presentes.

Fig. 3. Provisionales de acrílico.



3. Re-evaluación

- a. Tratamiento ortodóntico para extraer el 45 y para separar 15 y 16 por proximidad coronal.
- b. Confección de perno para el 36 y extracción del 32 por perforación de la raíz.

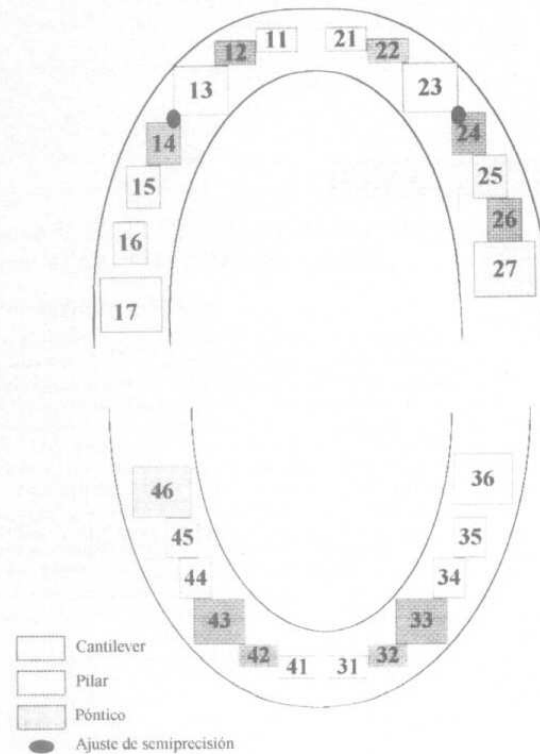
4. Terapia periodontal definitiva

Desplazamientos apicales para aumentos de corona clínica y recontorneado gingival y óseo en los cuatro cuadrantes.

5. Terapia protésica definitiva

Elaboración de pernos y de coronas metal-cerámica con collares metálicos y caras oclusales en porcelana para todos los dientes, excepto para 11 y 21, en los cuales se hicieron collares de porcelana, siguiendo el diseño que se muestra en la figura 4.

Fig. 4. Diseño de la restauración. Arco superior: coronas completas metal-cerámica; collares metálicos (excepto 11 y 21, vestibular). Arco inferior: coronas completas metal-cerámica, collares metálicos.



En las figuras 5 y 6 se puede observar el arco superior ya terminado y cementado. En la actualidad se está adelantando la fase protésica definitiva en el arco inferior, de acuerdo con el diseño propuesto.

Fig. 5. Arco superior terminado. Vista vestibular.



Fig. 6. Arco superior terminado. Vista palatina.



BIBLIOGRAFÍA

1. Witkop CJ. Amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta and dentine dysplasia revisited: problems and classification. *J Oral Pathol* 1988; 17: 547-53.
2. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1983.
3. Winter GB, Brook AH. Enamel hypoplasia and anomalies of the enamel. *Dent Clin N Am* 1975; 19: 3-24.
4. Seow WK. Clinical diagnosis and management strategies of amelogenesis imperfecta variants. *Pediatric Dentistry* 1993; 15:384-93.
5. Seow WK. Dental development in amelogenesis imperfecta: a controlled study. *Pediatric Dentistry* 1995; 17: 26-30.
6. Patel PR, Hovijitra S, Kafrawy AH, Bixler D. X-linked (recessive) hypomaturational amelogenesis imperfecta: a prosthodontic, genetic and histopathologic report. *J Prosthet Dent* 1991; 66: 398-402.
7. Rosenberg MM, Keough BE, Kay HB, Holt RL. Periodontal prosthetics: prosthetic treatment of the patient with advanced periodontal disease. *Clark's Clinical Dentistry* 1984; 4: 1-126.