

PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA ERUPCIÓN DENTARIA

FACTORES QUE ACELERAN O RETRASAN LA ERUPCIÓN DENTARIA

¿Cuáles son los factores que pueden afectar la erupción y/o cronología dentaria?

FACTORES QUE RETRASAN LA ERUPCIÓN

- GENERALES
 - Clima frío
 - Enfermedades:
 - metabólicas
 - crónicas o de larga duración
 - alteran metabolismo del Ca: raquitismo
 - endócrinas: hipotiroidismo
 - genéticas: síndrome Down
 - carenciales: desnutrición
 - De la madre que atacan al embrión: rubeola - sífilis
 - Malformaciones
 - Hereditarias
- LOCALES
 - FACTOR OBSTRUCTIVO:
 - Persistencia del temporario
 - Alteraciones de número, tamaño y forma
 - Anquilosis
 - Secuela de traumatismo
 - Quistes y tumores
 - Raíces residuales
 - Terapia Pulpar del DT: cuando el permanente sucesor tiene MENOS DE 1/3 DE RAÍZ
 - Exodoncia del DT: cuando el permanente sucesor tiene incompleta la formación coronaria (estadío 6 o menos de Nolla). Y/o con más de 2 mm de hueso por encima del folículo.

- Mantenedor de espacio fijo/pérdida precoz del DT
- Dientes incluidos o impactados
- Fibrosis gingival
- Ausencia de espacio en el arco
- Hábitos

FACTORES QUE ACELERAN LA ERUPCION

GENERALES

- Clima cálido
- Proceso febril
- Enfermedades que aceleran el metabolismo: hipertiroidismo
- Aceleración fisiológica puberal
- Tendencia familiar
- Dentición precoz: dientes natales y neonatales

LOCALES

- Exodoncia DT con 1/3 raíz formada del sucesor permanente (7 Nolla o más)
- TP del DT con 1/3 raíz formada del sucesor permanente (7 Nolla o más)
- Infecciones crónicas
- Traumas
- Placa de acrílico
- Mantenedores removibles

“ERUPCIÓN DIFÍCIL”

Si bien la erupción es un proceso fisiológico que sucede sin consecuencias adversas, algunas veces puede presentarse acompañada de signos y síntomas no convenientes, diferentes para ambas denticiones. Se cuestiona aún hoy si son consecuencia directa de la erupción o simplemente coinciden con ella por ser parte de un sistema en evolución y como tal sujeto a cambios permanentes.

1- ERUPCION DIFICIL EN DENTICIÓN TEMPORARIA.

- escozor
- Babeo
- Mancha blanquecina
- Mancha azulada
- Hematoma eruptivo 2ºMT
- Foliculitis (por manipulación)
- Febrículas
- Complicaciones digestivas

ESCOZOR: picazón que se produce en la encía en el lugar donde emergerá el germen. Se debe a un aumento de la vascularización "in situ" como parte del proceso de erupción. Es autorresolutiva. Se pueden indicar paliativos como mordillos, pero no anestesia de superficie ya que por la gran permeabilidad del tejido es muy difícil controlar la dosis administrada.

BABEO: generalmente coincide con la mayor producción de saliva debido a la maduración de la glándula salival y al cambio de alimentación. Por otro lado la inmadurez del centro nervioso regulador de la deglución le impide tragar todo lo que produce.

MANCHA BLANQUECINA: habitual para ambas denticiones y cualquier diente, transparenta la corona del diente subyacente.

MANCHA AZULADA: por transparencia de la cripta, se da en ambas denticiones, el diente más afectado es el Incisivo Superior. Autorresolutiva.

HEMATOMA ERUPTIVO: frente al diente a erupcionar; sucede por trasvasación de la microvasculatura de la gingiva comprimida al momento de la erupción. El más afectado suele ser el 2º Molar por su volumen y lentitud para erupcionar.

FOLICULITIS: frecuente en el frente superior. Se debe a una contaminación por manipulación frente al uso de algún elemento que el niño lleva a la boca para aliviar el escozor: dedos, mano, mordillos, baberos etc. Necesita control odontológico según compromiso.

TRASTORNOS DIGESTIVOS: por intolerancias digestivas al cambio de dieta.

FEBRÍCULAS: por cambios en el metabolismo basal, en la flora bucal a partir de la formación de la hendidura gingival, por pérdida o disminución de la inmunidad natural al dejar de mamar, o por infecciones agregadas comunes a la edad como anginas, otitis, urinarias, otras.

TRASTORNOS DEL SUEÑO: a veces acompañan al cambio de metabolismo por dieta diferente o son otra expresión del destete.

2- ERUPCIÓN DIFÍCIL EN DENTICIÓN PERMANENTE

- **HEMATOMA ERUPTIVO: IS C 1ºM** Aparece un hematoma unas semanas antes de que se observe el diente en boca, justo en la zona de erupción. Es un quiste que llena de sangre el espacio folicular, lo dilata y provoca una elevación azulada del tejido.
Enrojece por irritación y se observa una mucosa tumefacta. Generalmente este proceso cede sin tratamiento.
Pero de ser necesario se drena y se aplica clorhexidina tópica en gel si el tamaño es excesivo o aparece infección.
- **QUISTE DE ERUPCIÓN: IS C 1ºM**
Se presenta como un aumento del volumen en la zona donde debe emerger el diente. Se trata de una acumulación de líquido por lo que al tacto es blando y fluctuante.
Remite sin tratamiento. Suelen desaparecer en poco tiempo en el momento en que aparece el diente en boca. En estos casos sólo se requiere un control evolutivo.
Si adquieren un tamaño excesivo o hay una infección de la zona hay que drenarlos y pautar la aplicación de geles con digluconato de clorhexidina.
- **QUISTE FOLICULAR** De etiología inflamatoria ya que existe una progresión del proceso inflamatorio de los molares temporales tratados endodónticamente hacia el folículo del premolar. El tratamiento varía desde la extracción del diente temporal hasta un tratamiento más invasivo como la enucleación del quiste
- **REABSORCIÓN INCOMPLETA DEL DT**
- **PERSISTENCIA DEL TEMPORARIO.**



- **PÉRDIDA PREMATURA DEL 2ºMT:** SIN mantenedor de espacio produce migración mesial del molar permanente, resume el espacio en el arco y provoca la retención del 2º premolar. (Assed Becerra.tratado de Odontopediatria . 2008)



- **SECUESTRO ERUPTIVO:** espícula ósea sobre la cara oclusal de 1º y 2º molar inferior. A veces es autorresolutivo. Generalmente debe ser retirado.



- **OPERCULITIS:** inflamación de una lengüeta de encía de forma triangular que permanece por distal sobre la cara oclusal de los molares permanentes .Se resuelve cuando erupciona completamente la corona. Si se lastima con la masticación, cepillado inadecuado o se contamina por presencia de placa, debe ser resecaada bajo unas gotas de anestesia infiltrativa. Si compromete el tejido blando alrededor de toda la corona incluso puede llegar a cubrirla, se trata de una **PERICORONARITIS**.



Operculitis

La **PERICORONARITIS** es la Inflamación y frecuentemente infección de la mucosa que rodea la corona de un diente en erupción. Son más frecuentes en los terceros molares permanentes. Es Cuadro muy doloroso. El tratamiento será local y sistémico.

- **ERUPCIÓN ECTÓPICA O ABERRANTE.** Afecta a cualquier elemento del sistema dentario, pero presenta características particulares principalmente en el 1° Molar, 2° y 3° MP y Canino permanente.



- **IMPACTACIÓN DEL 1°MPS** sobre el cuello clínico del 2° MTS que presenta reabsorción radicular distal y avanzada rizoclasia.



- **ANQUILOSIS DEL TEMPORARIO,** actúa como un factor obstructivo: Se desconoce con certeza por que se genera la anquilosis dentoalveolar pero se postulan diversas teorías acerca de las causas de esta alteración
 - Brecha en el ligamento periodontal
 - Lesión local del ligamento periodontal
 - Alteración local del metabolismo del ligamento periodontal



Su etiología se relaciona con los siguientes factores:

Mecánicos por presión masticatoria traumática

Infeciosa local

Trastorno local hereditario por alteración sistémica o local del LP, asociado a trastornos endócrinos

Dientes no erupcionados por falla genética del LP del patrón eruptivo

Su inicio se relaciona con una reabsorción radicular. Como consecuencia de la unión diente-hueso, se interrumpe el desarrollo vertical de la apófisis alveolar. Es provocada por reabsorción tardía en la pieza temporaria afectada, desplazamiento o retención del permanente sucedáneo o erupción del germen atrasado o alterado.

Se produce además la extrusión de los antagonistas, ya que al perder el punto de contacto, los dientes adyacentes pierden su alineación y nivelación

Los dientes temporarios anquilosados presentan:

- Infraoclusión
- Reabsorción tardía o nula
- Extrusión antagonista
- Ausencia de movilidad aún con reabsorción radicular
- Mayor susceptibilidad a caries
- Pérdida del punto de contacto

El tratamiento de anquilosis en dentición temporaria incluye:

- Rehabilitación de la pieza temporaria
- Extracción temprana
- Mantenimiento o recuperación del espacio
- Recuperar contactos dentarios:
 - * Estimulando el desarrollo de la apófisis alveolar
 - * Evitando inclinaciones a mesial y distal

La anquilosis de elementos permanentes afecta más frecuentemente a los molares. Si aparece durante la erupción nunca se alcanza el plano oclusal y muy rara vez son autorresolutivas

EL DESARROLLO DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR

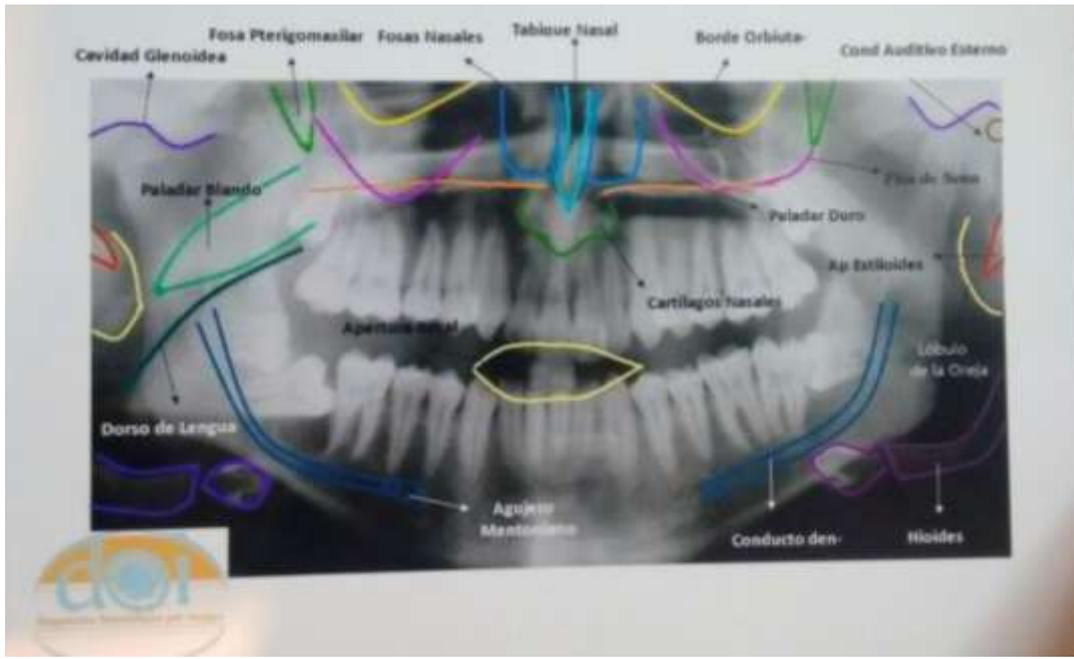
- 1° semanas de vida intrauterina
 - Mov. de bisagra
- 10-12 semanas de vida intrauterina
 - Cartilago condilar
- 14 semanas de vida intrauterina
 - Componentes y superficies articulares rodeadas por cápsula fibrosa



- Nacimiento
 - Cavidad glenoidea plana
- Término erupción dentición temporaria
 - Tubérculo temporal
- 17-19 años
 - Superficie condilar calcificada

ANÁLISIS DE RX PANORÁMICAS

Para la interpretación de las rx panorámicas en función de normalidad o patologías y del establecimiento de la edad dentaria, es necesario tomar en cuenta todos los reparos anatómicos registrados en la ortopantomografía.



Evaluar a modo de guía:

- ESTRUCTURA MAXILARES
- ELEMENTOS Y GÉRMENES DENTARIOS
- TRAYECTORIA ERUPTIVA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE
- TRAYECTORIA ERUPTIVA DEL CANINO SUPERIOR
- ESTADÍOS EN LA TABLA DE NOLLA DE LOS ELEMENTOS ERUPTIONADOS Y LA FORMACIÓN APICAL: estableciendo edades mínimas y máximas, teniendo en cuenta que el cierre apical y contacto con antagonista se produce a los tres años de haber erupcionado en boca (tiempo transcurrido entre estadíos 8 y 10). Y que entre el 7 y el 8 transcurre un año.
- TENER EN CLARO LA TABLA DE CRONOLOGIA DE ERUPCION PARA IDENTIFICAR LOS GRUPOS ERUPTIONADOS Y A QUE EDAD LO HACEN.