

# LOS DIENTES QUE NO HACEN ERUPCION

## SU PELIGRO PARA LA SALUD<sup>1</sup>

DR. LUIS FARILL-SOLARES<sup>2</sup>

CON ESTE TRABAJO se desea atraer la atención del médico hacia un punto nada o muy poco tomado en cuenta en el estudio clínico del enfermo, cuando trata de resolver los problemas que le plantea la patología humana, o sea, la exploración clínica de la boca. Se puede afirmar que el médico no aprovecha todos los datos útiles que puede suministrarle la boca, porque sus exámenes de ella son sumamente breves y superficiales. Esto dicho con el debido respeto y haciendo constar que hay muy honrosas excepciones. Por otra parte, en la práctica de la Odontología, no sólo mexicana sino mundial, el dentista concentra su atención principalmente en los dientes, olvidando de hecho o concediéndoles importancia mínima a las demás estructuras bucales. Esto último encuentra cierta justificación si consideramos que durante siglos, la extraordinaria incidencia de la caries no permitió al dentista ocuparse de otra cosa que no fuera intentar prevenirla y remediar sus resultados. Afortunadamente, la prevención de este padecimiento por medio del fluoruro de es-

taño ha logrado éxitos increíbles, que han sido factor muy importante en la transformación de la Odontología de hace apenas 40 años en la Estomatología de hoy. De todos modos, en la actualidad, ni el médico ni el dentista obtienen de la boca todos los datos útiles que les puede proporcionar, como escaparate de manifestaciones congénitas o adquiridas, bien que se le considere culpable o víctima de múltiples padecimientos. No es necesario, ante este dilecto auditorio, citar ejemplos que ratifiquen mis aseveraciones.

De todas las cosas que pueden advertirse o sospecharse en un minucioso examen bucal, ahora sólo me referiré a una: la existencia de dientes que no han hecho erupción y al peligro que pueden significar para la salud.

En cualquier boca que examinemos existe la posibilidad de que haya dientes ocultos, que no hayan hecho erupción, y que en odontología reciben el nombre de "dientes incluidos o inclusos". Aunque los arcos dentarios parezcan estar completos, y hasta tratándose de individuos desdentados (Fig. 1).

Los dientes incluidos pueden ser numerarios o supernumerarios. Los primeros son aquellos que deben formar parte

<sup>1</sup> Trabajo de sección presentado en la sesión ordinaria del 4 de junio de 1969.

<sup>2</sup> Académico titular.

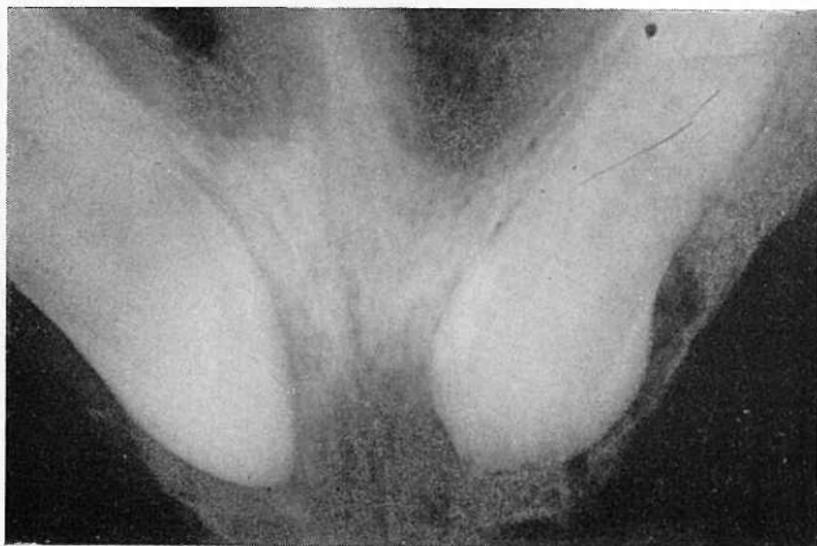


FIG. 1. Caninos incluidos en un proceso desdentado.

de los arcos dentarios, de acuerdo con la fórmula normal, que por algún motivo no han podido ocupar su lugar. La falta de un diente en estas condiciones es fácil de advertir comparando la fórmula dentaria del sujeto en estudio con la normal de su edad, sin que haya justificación para tal ausencia. Los dientes incluidos supernumerarios son piezas accesorias correspondientes a folículos dentarios en mayor número del normal, casi siempre rudimentarias, que frecuentemente existen en arcos completos, normales y aun sin maloclusiones. No pueden adivinarse y su descubrimiento, por regla general, es casual y debido a exploración radiográfica por otras causas (Fig. 2). En esta imagen coexisten un diente numerario y un supernumerario, siendo este último el culpable de la inclusión del primero. Esto enfatiza la importancia de la radiogra-

fía, que ha de incluir las áreas desdentadas que a menudo se eluden, lo que permite descubrir, al mismo tiempo que dientes incluidos, infecciones residuales, ambos importantísimos cuando el médico sospecha la existencia de focos infecciosos, y por tal motivo solicita del dentista la investigación correspondiente en el campo de su especialidad. Asimismo, es un argumento de fuerza para que el odontólogo use más de la radiografía en sus exámenes clínicos y en sus tratamientos.

Por el carácter perentorio de la dentadura temporal, sólo considero en este estudio la existencia y falta de erupción de los dientes permanentes.

La ausencia de un diente numerario puede obedecer a las siguientes causas:

- 1a. Porque no existe, ya que no hubo el germen dentario corres-

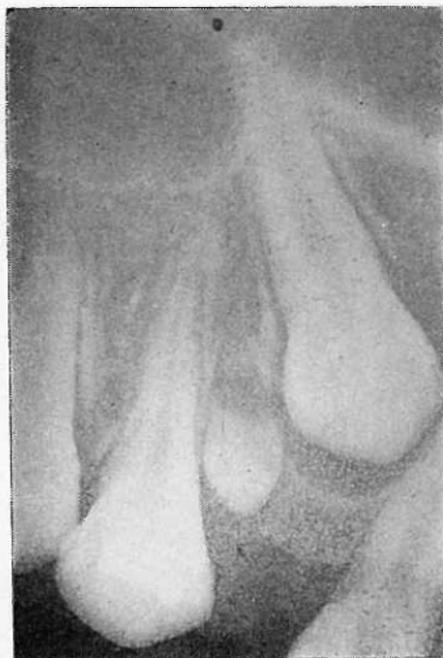


FIG. 2. Inclusiones de canino superior numerario y otro supernumerario. Este último impidió al primero colocarse normalmente para hacer erupción.

pondiente. Esto puede acontecer en los dientes de la primera o segunda denticiones, o en ambas.

- 2a. Porque existe un obstáculo que impide físicamente la erupción del diente: falta de espacio entre los dientes contiguos o entre el diente y el hueso, como ocurre con el molar del juicio inferior; exceso de dureza de la capa cortical del hueso o de la encía, caso frecuente cuando el diente temporal correspondiente se extrajo prematuramente, provocando la formación de un tejido cicatricial, que es más

duro que el normal. (En el cambio fisiológico de dientes se armoniza la resorción radicular del temporal con la formación radicular y el avance del permanente que ha de suplirlo, y la resistencia tisular es mínima). A veces es la encía la que en vez de dejarse perforar por el diente es arrastrada por él hasta ser traumatizada por el antagonista durante la oclusión dentaria. Esto sucede a menudo con los molares del juicio inferiores.

- 3a. Cuando la dirección del eje longitudinal del diente que ha de hacer erupción es incorrecta, su movimiento de avance, que siempre es en este sentido, lo hace tropezar con otro diente, o bien con hueso cortical o encía cuyas resistencias no puede vencer. Estos son los dientes "impactados". Es muy común que en este caso el diente retenido cause destrucción, traumática o cariosa, en el diente al que traumatiza, como se aprecia en la figura 3. Otras veces, y principalmente en los dientes anteriores, esta presión sobre la raíz de otro u otros dientes, causa la desviación de sus coronas en sentido inverso, y esto y la ausencia del diente en cuestión, hace sospechar fuertemente la existencia del diente incluso (Fig. 4). Esta fotografía es muy ilustrativa: corresponde a un canino inferior izquierdo cuyo germen tuvo una marcada dirección

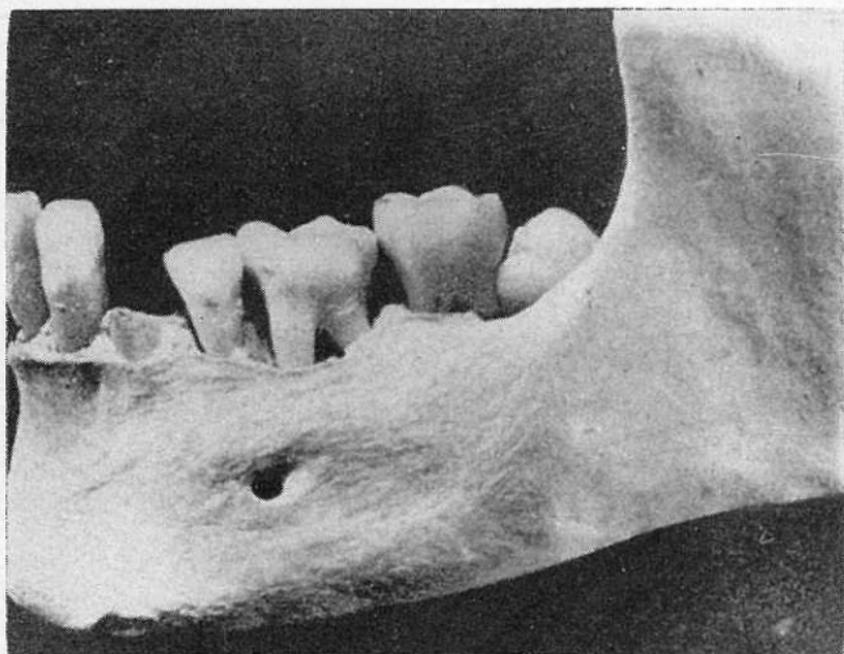


FIG. 3. Molar del juicio impactado que causó en el 2o. gran molar caries distal y desalajamiento hacia arriba.

anómala y, por tanto, su avance fue hacia adelante, empujando las raíces de los incisivos hacia la derecha, con lo que sus coronas se inclinaron hacia la izquierda, cerrando casi el espacio que debió ocupar dicho canino. Es curioso observar que persiste en el hueso el canal donde se alojó el "gubernaculum dentis" de esta pieza, ocupado aquí por una sonda.

- 4a. Una causa menos frecuente que las anteriores es que el diente se encuentre alejado del sitio donde debiera hacer erupción, y por tal motivo se desconozca su existencia (Fig. 5).

De los datos numéricos obtenidos en el Instituto Nacional de Cardiología en 1 048 sujetos registrados y sólo con el examen clínico y las radiografías de rutina, puede concluirse que el mayor número de piezas retenidas correspondió a los molares del juicio en general, y de éstos a los inferiores izquierdos. Después de ellos, la mayor frecuencia correspondió a los caninos, incisivos y premolares todos superiores, en orden decreciente.

Los peligros que entrañan para la salud los dientes incluidos son de dos órdenes: locales y sistémicos. Los primeros constituidos por los fenómenos inflamatorios de los tejidos involucrados en el esfuerzo de la pieza por hacer

erupción ante una resistencia anormal. Su peligro es considerablemente menor que el de los segundos, fundamentalmente porque su sintomatología permite a quien la sufre conocer la causa y ponerle remedio. Con esto quiero decir que son particularmente peligrosos los dientes incluidos —y todas las infecciones bucodentarias—, asintomáticos o

nados tejidos u órganos, con lo que no existirá o será muy débil la reacción del organismo formando anticuerpos. Así pues, resulta ventajoso que, de existir, el diente incluido provoque una reacción inflamatoria, sobre todo si ésta es aguda.

Entre los accidentes locales es relativamente frecuente encontrar quistes

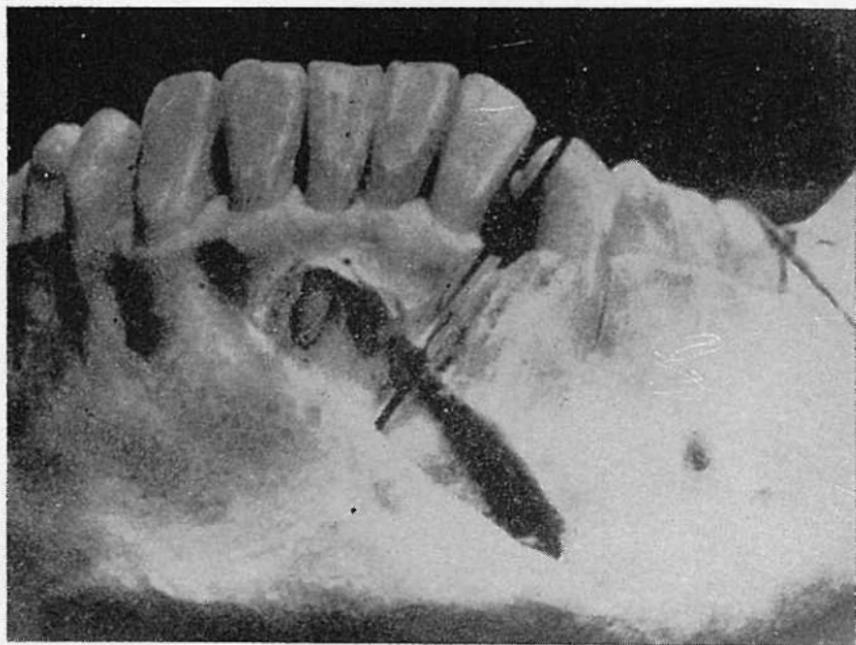


FIG. 4. Canino inferior izquierdo con dirección anómala que atropelló los ápices radiculares de los incisivos contiguos causando una desviación de sus coronas que casi cerró el espacio que debió ocupar el primero normalmente.

con muy débil sintomatología, porque su presencia es desconocida e insidiosa, haciendo su detección improbable y porque, desde el punto de vista séptico, la ausencia de síntomas puede deberse a que la virulencia microbiana esté atenuada o sea específica contra determi-

dentígeros, cuya etiología está íntimamente relacionada con la presencia de dientes incluidos, y que son procesos inflamatorios de naturaleza infecciosa, degenerativos, originados en el propio órgano formador del esmalte que permanece in situ anormalmente, porque

el diente no hace erupción. En este caso la imagen radiográfica es muy útil para el diagnóstico.

Hay casos, sin embargo, en que sin reacción inflamatoria aparente, los síntomas son exclusivamente de naturaleza nerviosa —neuríticos o neurálgicos—, que cuando son debidos a la presencia

sobre la que choca el diente impactado, la ausencia del diente en la arcada y el dolor unilateral, que irradia hacia el oído tratándose de dientes inferiores, y hacia la región temporal cuando son superiores, son elementos de juicio importantes para el diagnóstico, y suficientes para obligar a la investigación

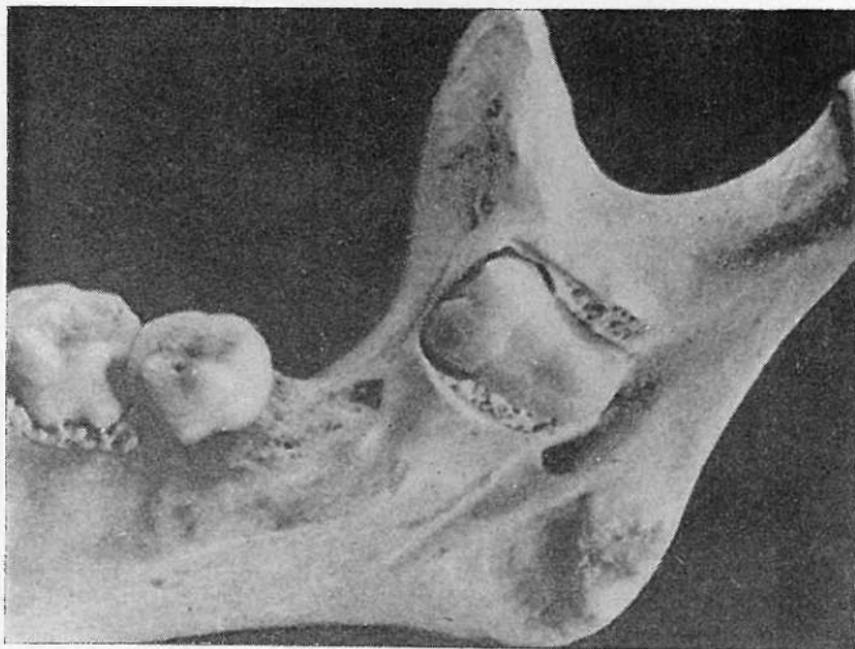


Fig. 5. Molar del juicio inferior derecho incluido tan atrás en la rama ascendente del maxilar inferior que podría escapar fácilmente a la radiografía de rutina.

de un diente incluido puede asegurarse que éste está presionando mecánicamente estructuras nerviosas, dando lugar a irradiaciones dolorosas muy variadas, dependientes de la gama variadísima de anastomosis de las ramas del trigémino entre sí y con los nervios vecinos. La edad del paciente, la frecuente hipersensibilidad de la pieza

radiográfica de dientes incluidos. Ocasionalmente puede estar indicada la radiografía de cráneo, por existir la posibilidad de que el diente o dientes incluidos estén fuera del radio de acción de la simple radiografía.

He dejado para lo último, pero no en último lugar, el peligro para la salud que puede ser el máximo: el de la

creación de un foco infeccioso de infección focal, con acción sistémica. La formación de este foco es muy explicable si tomamos en cuenta la forma en

Continúa entonces la constitución de los tejidos dentinario, pulpar y del cemento radicular por medio del tejido conjuntivo, y a medida que la raíz va

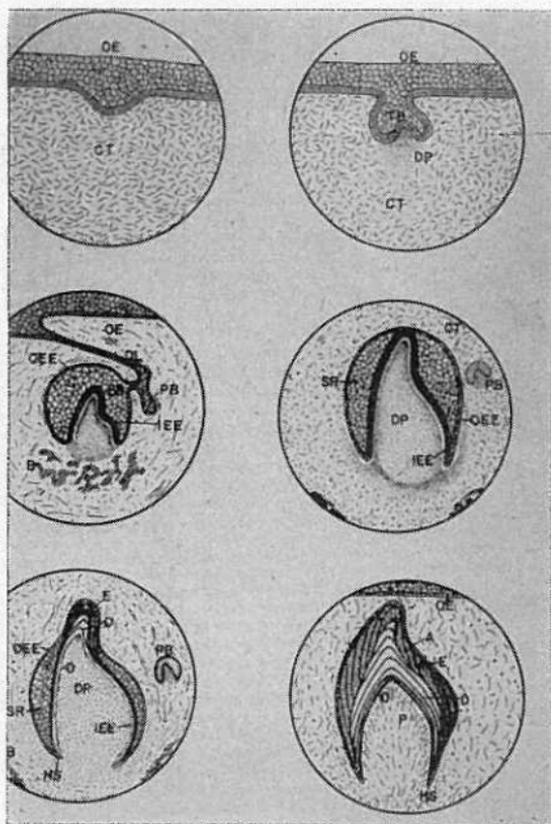


FIG. 6. Dibujo esquemático del proceso evolutivo odontogénico. Obsérvese la fase de desaparición del gubernaculum dentis y la permanencia del órgano formador del esmalte que será eliminado al hacer erupción el nuevo diente.

que se realiza la odontogénesis y la erupción normal de los dientes.

El órgano formador del esmalte, de naturaleza epitelial, inicia con su función la creación de un diente y termina cuando la corona adamantina de éste ha quedado totalmente concluida.

formándose actúa como un mecanismo de propulsión a chorro para que el nuevo diente avance y haga erupción. El órgano formador del esmalte aparece en todos los dientes en evolución como una área radioluciente que rodea la corona. En la figura 6 se presenta

una secuencia del proceso odontogénico, desde la invaginación de la mucosa gingival hasta la completa formación del esmalte. Terminada su misión, sólo espera ser eliminado en el momento en que dicho diente hace erupción.

Cuando por cualquier circunstancia el diente no puede hacer erupción, este tejido, ya sin función y por tanto como un verdadero cuerpo extraño, no puede eliminarse, permaneciendo *in situ* indefinidamente, y constituyendo un lugar ideal para la localización y desarrollo microbiano, por sus condiciones óptimas de humedad, temperatura y medios de nutrición, pudiéndose añadir que también por carecer prácticamente de defensas. Como el principal germen causal de la infección focal de origen bucodentario es el estreptococo viridans, no obstante que también pueden serlo otros, aunque con menor frecuencia, el primeramente mencionado encuentra excelentes condiciones para su vida y desarrollo en los focos dentarios incommunicados con el exterior. Instalados allí los microorganismos llegados por

contigüidad o por medio de la sangre, encontrarán magníficas condiciones para multiplicarse y ser recogidos por el torrente circulatorio que les ofrecerá, en los diversos tejidos y órganos de la economía, lugares favorables para nuevas localizaciones.

El tratamiento de los dientes incluidos es quirúrgico u ortodóncico. El primero está indicado tratándose de molares y de dientes que no afecten la estética, así como en el caso de dientes supernumerarios. El segundo u ortodóncico en las piezas anteriores, tratándose de dientes numerarios.

En el tratamiento quirúrgico, que erradica las piezas incluidas, es de mayor importancia considerar la actividad microbiana del foco que constituyen, por lo que es indispensable la administración sostenida de un antimicrobiano de amplio espectro, desde 24 horas antes hasta 72 después del acto quirúrgico, como mínimo, para prevenir la bacteremia operatoria y postoperatoria que se desencadena con las maniobras operatorias.