

## Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **61**  
Volume

Número **5**  
Number

Septiembre-Octubre **2004**  
September-October

*Artículo:*

Anodoncia no sindrómica.  
Estudio clínico-radiográfico

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



# Anodoncia no sindrómica. Estudio clínico-radiográfico

Santa Ponce-Bravo,\* Constantino Ledesma-Montes,\* Gilberto Pérez-Pérez,\* Gabriela Sánchez-Acuña,\* Israel Morales-Sánchez,\* Maricela Garcés-Ortíz\*

\* División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

## Resumen

La anodoncia es la falta de uno o más dientes como resultado de la ausencia congénita de los gérmenes, otros nombres que recibe son: agenesia, anodontismo, hipodoncia y oligodoncia. Por lo general, esta rara alteración en el desarrollo dental pasa desapercibida, aunque conforme crece el paciente, se hace evidente el efecto antiestético. El propósito de este estudio fue conocer las alteraciones del desarrollo dental que se presentan en la población infantil que acude a consulta a la Clínica de Odontopediatría, Facultad de Odontología, UNAM. Se revisaron 376 infantes; 198 fueron niños (53%) y 178 niñas (47%) con rango de edad entre los 2 y 12 años (prom = 6 años). A todos se les realizó historia clínica completa, exploración bucal armada con iluminación artificial directa, cuantificación de dientes deciduos y permanentes, toma de radiografías y fotografías clínicas. Se encontraron 10 pacientes con dientes ausentes (2.6%), ellos fueron 7 niños (3.5%) y 3 niñas (1.7%). Los 10 dientes faltantes representaron el 0.001% de los 8,115 dientes revisados. Los incisivos fueron los más afectados en ambas denticiones. Todos los pacientes fueron tratados ortodóncicamente con el fin de prevenir las consecuencias estéticas futuras.

**Palabras clave:** Anodoncia, agenesia, anodontismo, hipodoncia, oligodoncia, desarrollo dental.

## Abstract

*Anodontia is the absence of one or more teeth as a result of congenital absence of dental buds, other names are dental agenesia, anodontia, hypodontia, and oligodontia. This rare dental developmental alteration is overviewed, although when growth takes place the unesthetic effect is noticed. The purpose of this study is to recognize the dental development alterations that present in the children population that seek dental treatment at the odontopediatric clinic, Facultad de Odontología, UNAM. Three hundred and seventy six children were scanned, 198 males (53%) and 178 females (47%), the age range was 2 to 12 years, mean age 6 years. A complete chart was filled, oral exploration was performed quantifying deciduous and permanent teeth, with full x-ray survey and clinical pictures. 2.6% (10) had absent teeth, 3.5% (7) males and 1.7% females (3). Of 8,115 teeth reviewed 10 were absent (0.001%). Incisors were the most commonly affected in both dentitions. All patients were orthodontically treated with the aim to prevent future aesthetic consequences and to improve occlusion.*

**Key words:** Anodontia, agenesia, oligodontia, dental development, hypodontia.

## Introducción

Las alteraciones del desarrollo afectan tanto tejidos blandos como duros y los órganos dentarios no son la excepción, ya que se ven afectados en número, tamaño y forma. Dichas alteraciones se presentan tanto en la primera como en la segunda dentición, por lo que las manifestaciones y el grado de expresión varían, pueden manifestarse en forma independiente o estar asociados con algún síndrome.

Por definición, la anodoncia es la falta de uno o más dientes como resultado de la ausencia congénita de los gérmenes.<sup>1-8</sup> También se le conoce como agenesia dental,<sup>4</sup> anodontismo,<sup>9</sup> hipodoncia<sup>10</sup> u oligodoncia.<sup>11</sup> Esta alteración se clasifica según el número de dientes ausentes y puede ser: Anodoncia verdadera o absoluta, que se da cuando no hay formación de ninguno de los gérmenes dentarios.<sup>2</sup> Falsa o relativa cuando clínicamente no se observan los dientes y con la radiografía se comprueba su presencia.<sup>2,3,8,11</sup> La anodoncia adquirida o inducida es consecuencia de la extracción de los dientes.<sup>9,13</sup> En tanto que la oligodoncia se caracteriza por la falta de seis o más dientes excluyendo los terceros molares<sup>6,11,14,15</sup> y por lo común es de tipo aislada, en ella el paciente no presenta ninguna otra alteración asociada. En otras ocasiones, la oligodoncia puede estar asociada con algún síndrome y se vincula con defectos en piel, ojos, oídos y esqueleto.<sup>9</sup> En el caso de la hipodoncia, ésta se caracteriza por la ausencia de uno o más dientes,<sup>6-8,14,16,17</sup> lo más común es que se presente en forma aislada y por lo general no se asocia con otra anomalía.<sup>16</sup>

Es bien conocido que la agenesia dental es el resultado de un trastorno en la iniciación y proliferación de la lámina dental, lo que impide la formación y diferenciación de las células que originan el germen dentario.<sup>3,6,14,18-21</sup> Varios son los factores que se atribuyen o asocian a este problema, algunos autores comentan que se debe a la atrofia del germen,<sup>12,18</sup> mientras que otros atribuyen una mayor influencia a factores hereditarios.<sup>6,14,15,18,20,22,23</sup> Por otra parte, se ha observado que existe relación entre la ausencia de dientes y algunos factores como: radiación, intoxicación, hipotiroidismo, falta de espacio, alteraciones metabólicas y/o nutricionales, trauma perinatal e infecciones.<sup>6,12-14,21,24,25</sup> La aparición de esta alteración en la población general fluctúa entre el 2%<sup>26</sup> y el 10%,<sup>27</sup> siendo más frecuente que la hiperdoncia.<sup>28</sup> Algunos reportes mencionan que los hombres están afectados con mayor frecuencia que las mujeres en una relación de 2:1.<sup>11,18</sup> Sin embargo, otros autores afirman que no hay predilección por sexo.<sup>25,29</sup>

Aunque los casos reportados involucran ambas denticiones, la dentición permanente es la que se observa afectada con mayor frecuencia.<sup>8,12,16,20,25,30</sup> También se encuentra publicado que la afectación de la dentición primaria

se presenta en menos del 1%.<sup>6,7,14,15</sup> La zona anatómica donde la ausencia dentaria se observa con mayor frecuencia es en los maxilares,<sup>6,7</sup> aunque algunos reportes indican que la mandíbula se afecta más comúnmente.<sup>11</sup>

En la población no sindrómica, los terceros molares son los dientes que más frecuentemente están ausentes (25% de la población), en orden decreciente, les siguen los incisivos laterales superiores, segundos premolares inferiores, segundos premolares superiores y al final los incisivos centrales inferiores.<sup>3-5,7,8,11,13-17,20-22,25,29,31,32</sup> La hipodoncia es rara en incisivos centrales superiores, primeros molares permanentes y es excepcional en caninos.<sup>11,15,22,25,32,33</sup> Cuando la ausencia aparece en la primera dentición, los incisivos son los dientes más frecuentemente afectados.<sup>14</sup>

Los estudios de Grahen y Grahan, reportan un 75% de posibilidades de que si falta el diente temporal, también el permanente se encuentre ausente.<sup>14,21</sup> De igual forma, la literatura menciona que cuando el temporal no existe, el diente permanente puede estar presente.<sup>15,16</sup>

Para diagnosticar la ausencia de uno o varios dientes, se debe realizar una historia clínica completa que incluya un examen dental detallado y estudio radiográfico completo. Es indispensable considerar la edad dental del paciente, ya que esto nos permite establecer un punto de referencia para el diagnóstico. Por lo antes mencionado, nuestro principal interés fue determinar la frecuencia de anodoncia en una población infantil.

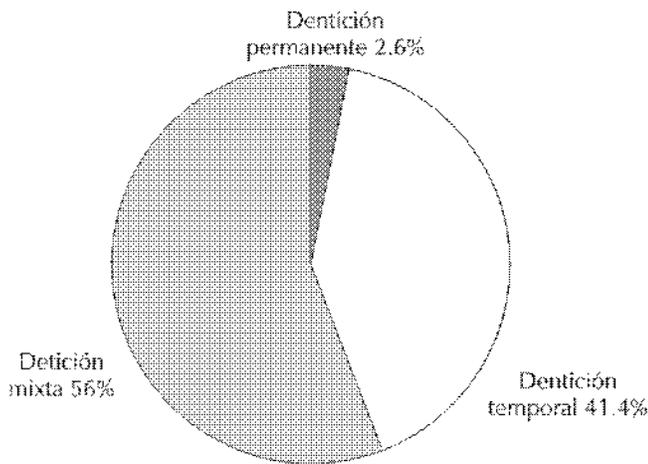
## Pacientes y métodos

Se revisaron 376 niños que acudieron a consulta por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM. A todos los pacientes participantes se les realizó historia clínica completa, dependiendo de la edad de los niños ésta fue directa, o indirecta a través de la madre o su acompañante. Se les practicó exploración bucal armada con iluminación artificial directa, cuantificación de dientes deciduos y permanentes; así como también toma de ortopantomografía y radiografías dento-alveolares u oclusales, a todos se les tomaron fotografías clínicas. Para conocer la significancia estadística se aplicó la prueba de t de Student a un nivel de confianza del 0.05%.

## Resultados

El interrogatorio fue contestado en el 90% por las madres de los niños y el 10% restante por alguna otra persona. De los pacientes participantes, 198 correspondieron a niños (53%) y 178 fueron niñas (47%), el rango de edad estaba entre los 2 y 12 años con una media de 6 años. De los 376 infantes, 356 (97%) no presentaron ninguna enfermedad,

en tanto que 20 (3%) reportaron padecer alguna de las siguientes enfermedades: epilepsia, asma, hipotiroidismo y cardiopatías. No se consideró que alguna de ellas estuviera relacionada con la ausencia dental. Como se puede observar en la *figura 1*, 210 infantes presentaron dentición mixta (56%), en 156 ésta fue temporal (41.4%) y 10 más se presentaron con dentición permanente (2.6%). En los 210 infantes examinados, el número total de dientes revisados fue de 8,115, que correspondieron a 4,968 dientes deciduos (61%) y 3,147 dientes fueron de la dentición permanente (39%). Se encontraron 10 pacientes con dientes ausentes (2.6%), ellos fueron 7 niños (3.5%) y 3 niñas (1.7%) con una relación hombre mujer de 2.3:1. Entre los 8,115 dientes revisados se encontraron 10 casos de anodoncia (0.001%). En el *cuadro I* se puede observar que la dentición decidua se afectó con mayor frecuencia. De la misma manera, los dientes que con mayor frecuencia se encontraron ausentes fueron los incisivos y solamente se observó ausente un canino inferior. Las *figuras 2,3 y 4* muestran algunos ejemplos encontrados. No se observó significan-



**Figura 1.** Distribución del tipo de dentición de los niños revisados.

Cuadro I. Distribución de dientes ausentes.			
Diente ausente		Dentición	
		Decidua	Permanente
Inferiores	Incisivo central	2 (20%)	1 (10%)
	Incisivo lateral	2 (20%)	1 (10%)
	Canino	1(10%)	1(10%)
Superiores	Incisivo lateral	- - - -	2 (20%)



**Figura 2.** Radiografía dento-alveolar de paciente femenino, que contaba con 8 años al momento de tomarse la placa radiográfica. Es ostensible la ausencia de los gérmenes dentarios de ambos incisivos centrales inferiores permanentes. Asimismo, se observa la ausencia del incisivo central inferior derecho temporal.



**Figura 3.** A la clínica se presentó un paciente masculino de 11 años de edad, cuya queja era "que le faltaba un diente de la mandíbula". En esta radiografía se puede observar que no existe desarrollo del germen dentario correspondiente al incisivo lateral inferior izquierdo permanente.

cia estadística ( $p > 0.05$ ). Todos los pacientes recibieron tratamiento de ortodoncia, con el fin de prevenir las consecuencias estéticas futuras.



**Figura 4.** Imagen clínica de un paciente masculino de 8 años de edad mostrando la ausencia del incisivo lateral inferior derecho deciduo. Radiográficamente tampoco existió el órgano dentario correspondiente.

## Discusión

En este estudio se encontró que la anodoncia afecta principalmente los incisivos de ambas denticiones, siendo los más afectados los incisivos centrales y laterales inferiores, seguidos del canino inferior de la primera dentición. Asimismo, en la dentición permanente se observó que el incisivo central, el lateral y el canino inferiores también pueden estar ausentes y por último, el incisivo lateral superior en mayor proporción. Algunos autores reportaron que la población infantil se ve fuertemente afectada con la ausencia de dientes, afectando principalmente a los niños en una relación de 2:1,<sup>11,18</sup> lo cual concuerda con nuestro estudio, en tanto que otros estudios no establecen una predilección de sexo.<sup>25,29</sup> Establecer la existencia de una anodoncia verdadera es difícil, ya que puede pasar desapercibida y sólo se detecta por medio del estudio radiográfico.

Es necesario acotar que en nuestro estudio se encontró una prevalencia en los dientes inferiores tanto en la primera como en la segunda dentición. De ahí la importancia de hacer un estudio radiográfico oportuno que permita establecer el diagnóstico y plan de tratamiento adecuados, principalmente cuando existe ausencia de un mayor número de dientes como en el caso de la oligodoncia.<sup>33</sup> La hipodoncia es una alteración del desarrollo dental poco común que se presenta con mayor frecuencia en la zona de los incisivos, esto provoca la reducción potencial del crecimiento de la premaxila, con sus poco estéticas consecuencias. Además se observa regularmente un diastema en el área de la ausencia,<sup>34</sup> hecho que encontramos en nuestros pacientes revisados en los cuales sólo se encontró la ausencia de un solo diente. Cuando existe discrepancia entre la edad y la erupción es conveniente

realizar un estudio radiográfico y contar los órganos dentarios presentes, teniendo la precaución de excluir los dientes perdidos por extracción.<sup>16,32</sup>

La hipodoncia puede estar asociada con algún síndrome cuya expresión sea variable, por lo que es indispensable realizar un estudio más profundo de estos pacientes para descartar la vinculación con síndromes, o como se menciona en la literatura, detectar aquellos casos que parecen estar relacionados con estados infecciosos como: rubéola, raquitismo y sífilis congénita.<sup>4,16,34</sup> Además, se asocia con otras anomalías como erupción retardada, defectos en el esmalte, reducción del tamaño, anormalidades en la forma (conoidismo en incisivos y cúspides deficientes en premolares y molares) y anquilosis de dientes primarios.<sup>11,14,21</sup> En cuanto a la clasificación, la anodoncia es rara, la oligodoncia generalmente se relaciona con síndromes y la hipodoncia en el 50% de los casos afecta dos o más dientes,<sup>21</sup> aunque la ausencia bilateral de tipo congénita es común.<sup>32</sup>

Los autores recomiendan que se realicen más estudios para conocer la verdadera frecuencia del desarrollo dental en la población infantil mexicana y de esa forma poder establecer cuáles son las consecuencias en el desarrollo óseo de dicha población en riesgo.

## Bibliografía

1. Friedental M. *Diccionario Odontológico*. Buenos Aires: Panamericana, 1981.
2. Giunta J. *Patología Bucal*. México: Interamericana, 1978.
3. Sheider E. Anodoncia completa de la dentición permanente. Reporte de un caso. *Pediatr Dent* 1990; 6: 7-10.
4. Cabrini RL. *Anatomía Patológica Bucal*. Buenos Aires: Mundi, 1980.
5. Ovidia-Aron E. Hipodoncia de segundos molares permanentes mandibulares. Reporte de un caso. *Revista ADM* 1994; 51: 327-8.
6. Symons A, Stritzel F, Stamation J. Anomalies associated with hypodontia of the permanent lateral incisor and second premolar. *J Clin Pediatr Dent* 1993; 17: 109-11.
7. Lynch AM. *Medicina Bucal de Burket*. Diagnóstico y Tratamiento. 7a ed. México: Interamericana, 1986.
8. Regezi JA, Sciuba JJ. *Patología Bucal*. México: Interamericana, 1991.
9. Stanley J. *Diccionario Ilustrado de Odontología*. Buenos Aires: Panamericana, 1992.
10. Bernier JL. *Tratamiento de las Enfermedades Orales*. Buenos Aires: Omeba, 1962.
11. Dechaume M. *Estomatología*. 2ª ed. Barcelona: Masson, 1980.
12. van der Weide S. Distribution of missing teeth and tooth morphology in patients with oligodontia. *J Dent Child* 1992; 23: 133-9.
13. Portilla RJ, Aguirre A, Gaitán CL. *Texto de Patología Bucal*. México: El Ateneo, 1990.

14. Hattab FN, Yassin OM. Supernumerary teeth: report of three cases and review of the literature. *J Dent Child* 1994; 25: 382-92.
15. Meon R. Hypodontia of the primary and permanent dentition. *J Clin Pediatr Dent* 1992; 16: 121-2.
16. Cadena A. Oligodoncia: Informe de una familia. *Pract Odontol* 1987; 8(8): 30-5.
17. Thoma KH, Gorlin RJ, Goldman HM. *Patología Oral*. Barcelona: Salvat, 1973.
18. Mc Donald R. *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. 5ta. ed. Buenos Aires: Panamericana, 1993.
19. Brauer Ch. *Odontología para Niños*. 4a ed. Buenos Aires: Mundi, 1960.
20. Law DB. *Atlas de Odontopediatría*. Buenos Aires: Mundi, 1972.
21. Canut-Brusola JA. *Ortodoncia Clínica*. México: Promotora Editorial, 1992.
22. Atasu M. Congenital hypodontia: a pedigree and dermatoglyphic study. *J Clin Dent* 1995; 19: 215-24.
23. Ulusu T. The relation of ectodermal dysplasia and hypodontia. *J Clin Ped Dent* 1990; 15: 46-50.
24. Alcayaga OC. *Patología, Anatomía y Fisiología Patológica Bucal*. 4a ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1960.
25. Lewis RE. *Patología Bucal. Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: Mundi, 1980.
26. Braham R. *Odontología Pediátrica*. Buenos Aires: Panamericana, 1984.
27. Carames E. *Anatomía Patológica Bucal*. Buenos Aires: Mundi, 1960.
28. Duterloo HS. *Atlas de la Dentición Infantil*. St. Louis: Mosby, 1992.
29. Leyt S. *Odontología Pediátrica*. Buenos Aires: Mundi, 1983.
30. Andlaw RJ. *Manual de Odontopediatría*. México: Interamericana, 1994.
31. Borghelli R. *Temas de Patología Bucal Clínica*. Tomo II. Buenos Aires: Mundi. 1974.
32. Stafne EC. *Diagnóstico Radiológico en Odontología*. 5a ed. México: Panamericana, 1987.
33. Cavezian R. *Diagnóstico por la Imagen en Estomatología*. Barcelona: Mason, 1993.
34. Ríos-Estrella J, Molina-Moguel J, Callejas-San Pedro A, Rodríguez-López E. Reporte de dos casos clínicos con displasia ectodérmica hipohidrótica y oligodoncia. *Revista ADM* 1990; 46: 203.7.

## Reimpresos:

Dra. Santa Ponce-Bravo.

Rosa Carmesí #109.

Col. Molino de Rosas.

Del. Álvaro Obregón.

México, D.F. 01470.

Tel.: 52+ 55+ 2157-0645.

Fax: 52+ 55+ 5550-3497.

E-mail: santapb@hotmail.com.mx