

# REVISION A LOS 10 AÑOS DEL TRATAMIENTO PROTETICO REALIZADO EN UN CASO DE DISTROFIA ECTODERMICA HIPOHIDROTICA

por

DANIEL LLOMBART JAQUES\* MIQUEL CORTADA COLOMER\*

XAVIER MARTI PANE\*\*

BARCELONA

**RESUMEN:** Se describe el tratamiento protético realizado en un caso de displasia ectodérmica hipohidrótica con severa anodoncia parcial. Se revisa el caso a los diez años, teniendo en cuenta, principalmente, los parámetros de estética, función y supervivencia de las piezas remanentes. Se observa un excelente resultado en cada uno de ellos y se constata la mejora del paciente en los campos nutricional y estético.

**SUMMARY:** The prosthetic treatment made in case of ectodermal hipohidrotic dysplasia with partial anodontia is described. After ten years the case is reviewed, taking into account, principally, the esthetics parameters, function and survival of the remaining teeth. In all of them an excellent result is observed, and the improvement of the patient in the nutritional and psychical range is confirmed.

**PALABRAS CLAVE:** Displasia ectodérmica. Anodoncia parcial. Tratamiento protético. Anormalidades dentarias. Enfermedades estomatognáticas. Anormalidades cromosómicas.

**KEY WORDS:** Ectodermal dysplasia. Partial anodontia. Prosthetic treatment. Tooth abnormalities. Stomatognathic diseases. Chromosome abnormalities.

Presentamos la revisión de un tratamiento protésico realizado hace 10 años en un caso de distrofia ectodérmica hipohidrótica. Clínicamente este caso fue estudiado por el Prof. José M.<sup>o</sup> Conde y publicado en la "Revista Española de Estomatología" en su número 4 del tomo XXVI, correspondiente a Julio-Agosto de 1978.(1)

## Antecedentes

Se trata de un paciente varón de 18 años de edad al empezar nuestro tratamiento en 1980. No insistimos en su historia clínica, pues no presenta variaciones respecto al estudio antedicho. Desde el punto de vista estomatológico presentaba ausencia total de dientes en mandíbula. En maxilar, presencia de dos molares de pequeño tamaño correspondientes a 16 y 26 y cuatro dientes anteriores en forma de clavija distribuidos separadamente. (Fig. 1).

Al inicio del tratamiento nos proponemos como

objetivo tres puntos clave:

- La estética
- La funcionalidad
- La supervivencia de las piezas. (2)

Para ello vamos a realizar una prótesis completa inferior y una prótesis superior conjunta fija y removible.

En principio observamos dos problemas importantes: uno el estético del frente anterior debido a la forma y posición de los dientes; el otro, funcional, debido a la elevación del 16 y 26 sobre el plano oclusal ideal predeterminado en el estudio previo sobre articulador, antes de empezar el caso. El problema estético superior anterior lo vamos a obviar en primer lugar, mediante pequeños movimientos ortodóncicos, colocando dos piezas como

(\*) Profesor Asociado. Facultad de Odontología de Barcelona.

(\*\*) Estomatólogo. Colaborador del perfil de Oclusión y Prostondoncia.

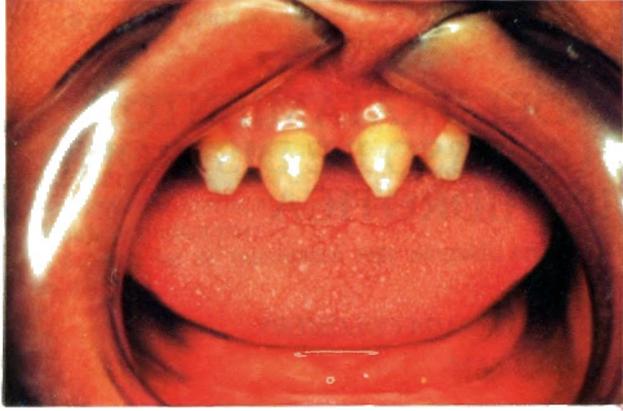


Fig. 1



Fig. 2

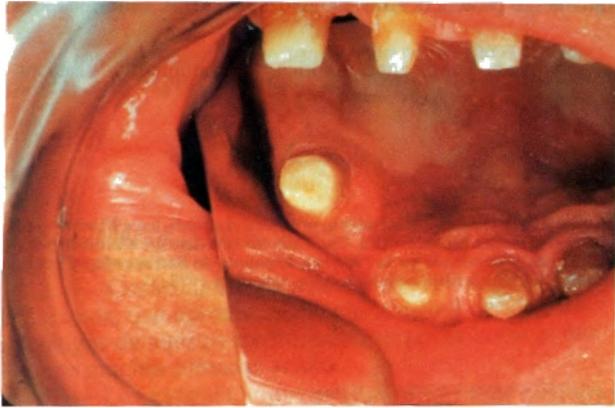


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

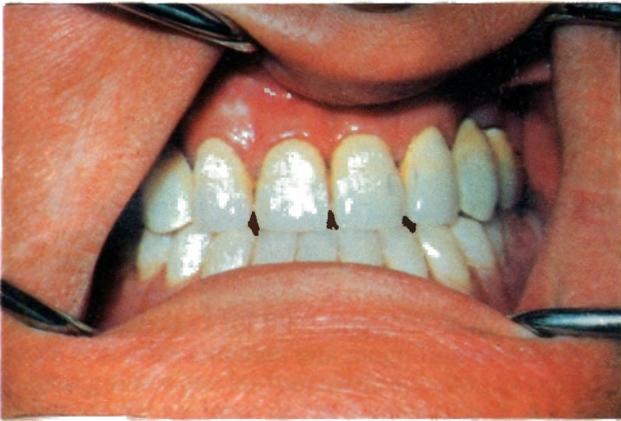


Fig. 7

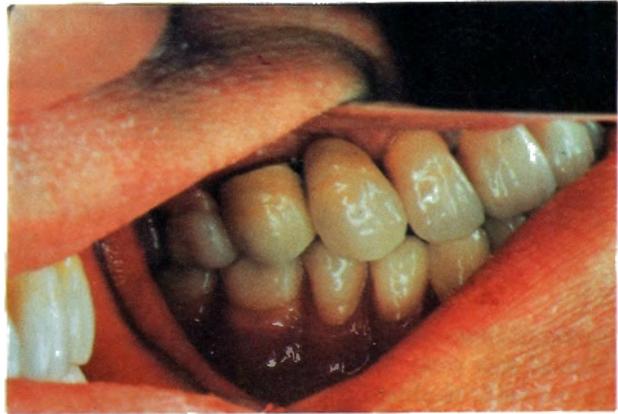


Fig. 8

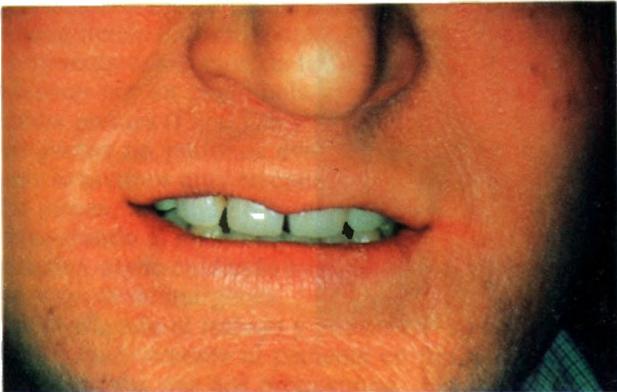


Fig. 9



Fig. 10

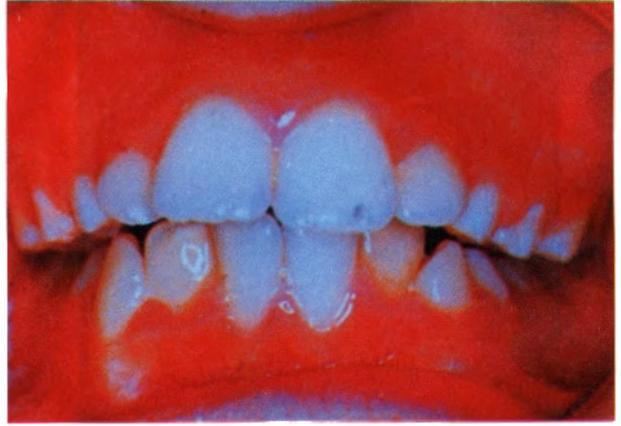


Fig. 11

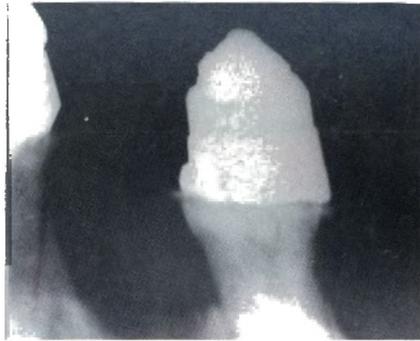


Fig. 12

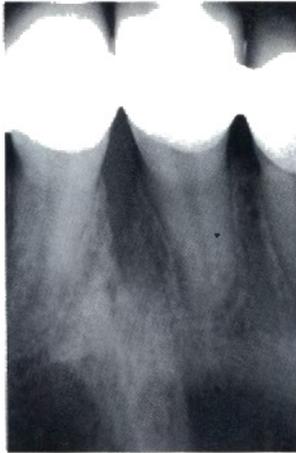


Fig. 13

centrales y las otras dos como laterales. Las piezas 16 y 26 que posteriormente serán coronadas las alargamos mediante la adición de composite retenido adhesivamente y con pins (Fig. 2). Con ello conseguimos mayor altura y a la vez protección para las piezas, pues tenían bastante esmalte de mala calidad que hemos eliminado. Tallamos ahora los dientes anteriores que van a recibir coronas completas de metal-porcelana para poder hacer un puente de 12 a 22 (Fig. 3). Los 16 y 26 fueron tallados para

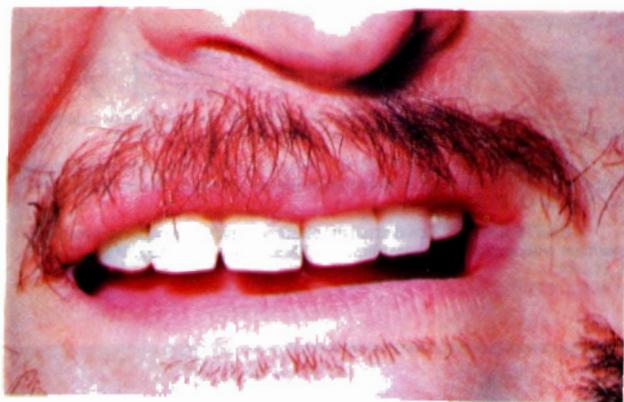


Fig. 14

recibir coronas telescópicas primarias. El removible, mucosoportado, tiene sus anclajes, por un lado, con telescópicas secundarias sobre 16 y 26 y con anclajes de semiprecisión a distal de 12 y 22. De esta manera y gracias a los microfresados de las telescópicas primarias tenemos una magnífica estabilidad y conseguimos que las fuerzas de oclusión vayan en el sentido del eje largo de los dientes (Fig. 3, 4 y 5).

Con ello vamos logrando los objetivos que nos marcamos en un principio pues tenemos la *estética* lograda por una correcta distribución de las piezas y la consecución de una forma y textura agradable a la vista. Por otro lado la *función* la logramos mediante una oclusión bibalaceada con la dentadura inferior consiguiendo todos los parámetros deseables, desde la correcta colocación de las piezas en zona neutra pasando por un plano oclusal correcto y una línea media precisa (Figs. 7, 8 y 9). La *supervivencia de las piezas* no pudimos evaluarla en su momento, pero la tuvimos muy en cuenta tanto en el tallado de las piezas, haciéndolo lo menos agresivo posible, refrigerando al máximo y colocando buenos provisionales, como cuidando todos los factores del diseño y ajuste de márgenes.

Terminado el trabajo y puesto en boca, revisamos periódicamente al paciente en función de los tres objetivos que nos propusimos.

Desde el primer momento se pudo observar una mejora en el estado nutricional del paciente, pues

desde la colocación de la prótesis pudo ingerir todos los alimentos que quiso, cualquiera que fuere su textura, cosa que antes le estaba vedado. Pero lo que nos llamó más la atención fue el cambio de carácter del muchacho. Era una persona vergonzosa con un enorme grado de introversión, andaba con la cabeza agachada escondiendo la facies. De manera brusca, después de colocar la prótesis empezó a andar con la frente alta, a sonreír y a mirar a la cara de las personas. Todo este comportamiento fue acentuándose y así de acuerdo con los objetivos que nos marcamos de estética, función y supervivencia evaluamos su estado en el momento actual.

### Estado presente

A la observación externa encontramos altamente satisfactorio el estado la prótesis. No observamos reabsorción en el proceso alveolar inferior y en la parte superior no hay movilidad, observamos un periodonto sano y radiográficamente comprobamos el buen estado mostrado en las Figuras 10, 11, 12 y 13.



Fig. 15

La estética y la función se han mantenido como en un principio (Figs. 14 y 15), pero nos hemos encontrado con la sorpresa agradable de dos valores añadidos altamente positivos. Nos referimos al cambio en su estado somático y psíquico intelectual, hallazgo frecuente en estos tratamientos. (3,4) Frente a lo que citaba el artículo anterior de: "El nivel intelectual se halla en cierto grado disminuido, su altura no supera los 1,50 m.", nos encontramos ahora con un joven francamente extrovertido que mide 1,77 m. y que ha cursado empresariales en la Universidad de Barcelona.

### Conclusiones

En el tratamiento de las distrofias ectodérmicas nos cabe a los estomatólogos una de las partes más

agradecidas del tratamiento. (5,6) Si bien las complicaciones técnicas que presentan son importantes, son también superables y más en la actualidad con la posibilidad que nos ofrecen los implantes. (7) Nos cabe solucionar una de las características de la enfermedad que hacen al paciente más diferente y a la vez le producen gran minusvalía estética y nutricional. Al tratar estos casos, sabemos que la solu-

ción del problema estomatológico conlleva otra serie de mejoras muy importantes como queda demostrado en este caso.

Para correspondencia:  
Dr. Daniel Llombart Jaques  
Gran Via, 535  
08011 Barcelona

#### BIBLIOGRAFIA

1. CONDE VIDAL, JOSE M<sup>a</sup>, "Presentación de un caso de displasia ectodérmica hipohidróica". Revista Española de Estomatología XXVI, n.º 4. P: 251-58. 1978.

2. GARDEL P., LEYDER P., MOLHANT G "Christ Siemens Touraine syndrome. Le complet n'attend pas le nombre des années" Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1985. Vol: 86 (2) P: 114-6.

3. KAYEMARY. Letters. Journal of Dentistry for children. July-Aug. 1987. P: 234 & 292.

4. PUIGREFAGUT M. "Tratamiento protésico de displasia ectodérmica anhidróica. A propósito de un caso". Rev. Esp. Estomatol. Nov. Dic. Vol. 35 (6) P:

441-448.

5. NUSSBAUMB., CARREL R. "The behavior modification of a dentally disabled child". J. Dent. Child. 1976. Jul-Aug. Vol. 43 (4) P: 255-61.

6. ZSCHIESCHE S., REICH G. "Möglichkeiten der interdisziplinären vergsgung von Kindern mit Ektodermaldysplasie". Fortschr. Kieferorthop 1989. Jun. Vol. 50 (3) P: 207-12.

7. EKSTRAND K. "Ectodermal dysplasia with partial anodontia: prosthetic treatment with implant fixed prosthesis". J. Dent. Child. July-Aug. 1988. Vol. 55 P: 282-84.