

HOSPITAL MILITAR CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE  
“COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

**INFORME DE CASO**

HIPOPLASIA PARDUSCA HEREDITARIA DEL ESMALTE DENTARIO: SU  
REHABILITACIÓN. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dr. Jorge Luis Díaz-Canel Rodríguez<sup>1</sup>, Dra. María del Carmen Machado Rodríguez<sup>2</sup> y Téc. Rafael Cañete Reyes<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Asistente. ISCM-VC.
3. Técnico de Laboratorio de Prótesis Estomatológica (Dedicado a Prótesis Fija). Clínica Estomatológica Provincial Docente. Villa Clara.

*Descriptores DeCS:*

AMELOGENESIS  
ESMALTE DENTARIO/anomalías

*Subject headings:*

AMELOGENESIS  
DENTAL ENAMEL/abnormalities

Se ha descrito al esmalte dentario en su formación, como tejido esencial para una adecuada función masticatoria, además de la estética, lo que expresa por sí solo su importancia para la dentición en el hombre<sup>1</sup>.

Sin embargo, existen anomalías en el desarrollo de ese tejido, que traen como consecuencia que los dientes no puedan cumplir de manera eficaz las funciones ya descritas.

Presentación del paciente:

Se trata de un interesante caso clínico con los siguientes antecedentes: paciente masculino, de piel blanca, con 18 años de edad, que acude a nuestro servicio de Prótesis Estomatológica por sentirse muy afectado estéticamente, aspecto que –según manifiesta– lo ha limitado seriamente en sus relaciones sociales.

Durante su anamnesis y examen clínico intrabucal, pudimos comprobar que nos encontrábamos ante un paciente afectado por hipoplasia pardusca hereditaria generalizada del esmalte dentario. Su estética estaba muy alterada, y su oclusión, influenciada negativamente por pérdida de tejido oclusal en las coronas de los dientes posteriores (Figs 1 y 2).

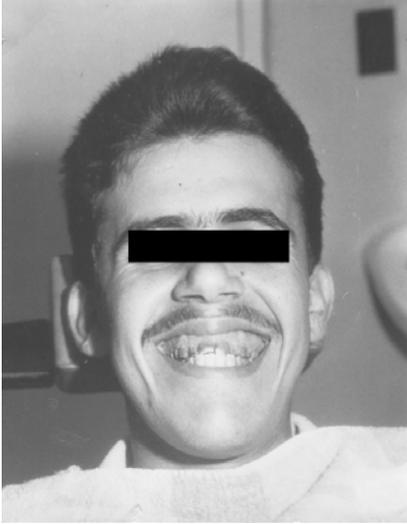


Fig 1 Paciente en oclusión (estética afectada)

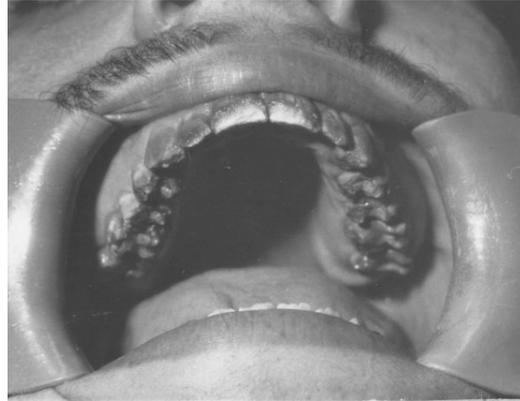


Fig 2 Obsérvese la hipoplasia pardusa hereditaria del esmalte.

Para tratarlo adecuadamente y rehabilitarlo con éxito, se decidió y ejecutó el siguiente plan de tratamiento:

1. Maniobras previas: Terapéutica de pulpectomías totales en primeros y segundos molares inferiores, mediante técnica convencional de accesos camerales para estos grupos dentarios<sup>2</sup>.
2. Preparación biostática: Preparaciones para incrustaciones con restauración oclusal (onlay) en primeros y segundos molares inferiores, y para coronas metálicas con frente estético en el resto de la dentición (Fig 3).
3. Aparatológico: Incrustaciones con restauración oclusal cerámica en primeros y segundos molares inferiores, y coronas metálicas con frente estético en el resto de la dentición. (Aleación de cromo níquel y cerámica convencional) (Fig 4).



Fig 3 Preparación biostática de la boca para recibir las restauraciones.

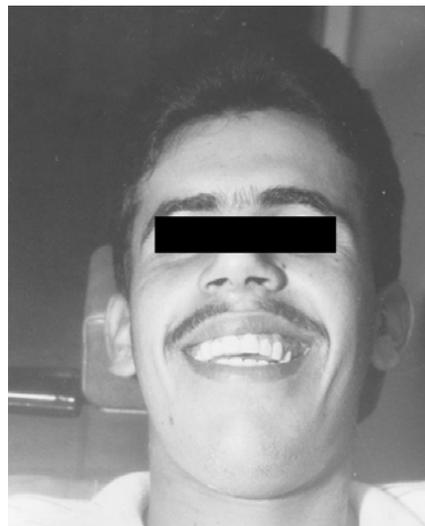


Fig 4 Paciente rehabilitado.

Los resultados alcanzados fueron plenamente satisfactorios, desde el punto de vista estético y funcional.

Comentario:

Por tratarse de un caso complejo, desde el punto de vista clínico, y en aras de asegurar una adecuada rehabilitación, no solo estética, sino también desde el punto de vista oclusal, ejecutamos el establecimiento de su relación céntrica por técnica de traslado por el arco facial y montaje de modelos en articulador semiajustable Dentatus ARH.

Se decidió optar por este tipo de restauración por las ventajas funcionales y, sobre todo, estéticas, descritas para las mismas por diversos autores<sup>3-10</sup>.

### **Referencias bibliográficas**

1. Boyde A. Amelogénesis y estructura del esmalte. En: Cohen B, Kramer IRH. Fundamentos científicos de odontología. La Habana: Científico Técnica; 1984. p. 401-21.
2. Saunders EM, Saunders WP. Preparación del sistema del conducto radicular. En: Endodoncia en la práctica clínica. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 81-2.
3. Estrela Sánchez F, Catalá Pizarro M. Restauraciones de cerámica adherida en molares permanentes. Indicaciones y sistemática clínica RC. OT. 1999;4(3):297-8.
4. Miyoshi Y, Nanba Y. Análisis y reproducción del color mediante un sistema de medición computarizado y un sistema cerámico innovador especialmente adaptado: aplicación práctica del Vitage Halo Porcelain y del colorímetro dental "Shede eye". Quintessence Téc. 1999; 10(2):55-72.
5. Hegen Barth EA. La elección y comunicación del color en el sistema pro-cera all ceram. Quintessence Téc. 1999;10(5):217-32.
6. Wetzler M. Primera experiencia práctica con Vita in-ceram Zircona íntegramente cerámica. Exposición de un caso clínico desde el punto de vista clínico y técnico. Quintessence Téc. 1999;10(8):415-24.
7. Hüis A, Brinkmann RS. Procedimientos acelerados para la elaboración convencional de coronas in-ceram. Quintessence Téc. 1999;10(8):460-4.
8. Wolf U. El sistema wolceram: la nueva opción dentro de la técnica in-ceram. Quintessence Téc. 1999;10(9):477-82.
9. Shünemann J. Evolución de la restauración íntegramente cerámica a lo largo del tiempo (I). Quintessence Téc. 1999;10(9):485-8.
10. Shünemann J. Evolución de la restauración íntegramente cerámica a lo largo del tiempo (II). Quintessence Téc. 1999;10(10):534-42.