

Rehabilitación protésica en odontopediatría y sus efectos en la modificación conductual de un niño

DOI: 10.5377/alerta.v4i3.10891

Alicia Margarita García Guzmán¹, Stefany María Santos Anaya², Mirna Tatiana Fuentes Caballero³, Milena Elizabeth Olmedo Menjívar⁴, Karen Lisseth Arias Comayagua⁵, Oscar Armando Gómez López^{6*}

1-6. Facultad de Odontología, Universidad de El Salvador

*Correspondencia

✉ oscar.gomez@ues.edu.sv

6. 0000-0001-9241-2771

Resumen

La caries de la temprana infancia puede afectar severamente la dentición primaria que requiere tratamientos complejos y en ocasiones la extracción del diente afectado. Se presenta informe de caso sobre la rehabilitación dental integral de un paciente de 6 años, la evolución de su comportamiento y la mejora en su calidad de vida, autoestima e interacción social. El plan de tratamiento incluyó una fase de adaptación a la consulta odontológica, eliminación de caries, restauración dental, exodoncias y elaboración de dos prótesis removibles. Al inicio del tratamiento presentó temor y rechazo al tratamiento, pero con el avance del proceso rehabilitador odontológico y la evidencia de los resultados, el comportamiento del niño fue de aceptación y colaboración. Su evolución positiva de comportamiento se presentó también en sus relaciones sociales, aumentó la interacción con otras personas y su participación en juegos con otros niños. La rehabilitación protésica contribuyó a recuperar las funciones de masticación y fonación. La renovación de la estética dental produjo un significativo cambio de conducta, mejora en su autoestima con un impacto psicológico positivo en su calidad de vida.

Palabras clave

Prótesis dental, niño, caries dental, odontopediatría

Abstract

Early childhood caries can severely affect the primary dentition requiring complex treatments and sometimes the extraction of the affected tooth. A case report is presented on the comprehensive dental rehabilitation of a 6-year-old patient, the evolution of her behavior and the improvement in her quality of life, self-esteem and social interaction. The treatment plan included a phase of adaptation to the dental consultation, elimination of cavities, dental restoration, extractions and elaboration of two removable prostheses. At the beginning of the treatment, he presented fear and rejection of the treatment, but with the progress of the dental rehabilitation process and the evidence of the results, the child's behavior was one of acceptance and collaboration. The positive evolution of her behavior also appeared in her social relationships, increased interaction with other people and her participation in games with other children. Prosthetic rehabilitation contributed to recovering the functions of chewing and phonation. The renovation of dental aesthetics produced a significant change in behavior, improvement in their self-esteem with a positive psychological impact on their quality of life.

Keywords

Dental prosthesis, child, dental caries, pediatric dentistry

Introducción

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), entre el 60 % y 90 % de escolares a nivel mundial poseen caries¹. En El Salvador,

la Encuesta Nacional de Salud Bucal, año 2016-2017, determinó que el 63,25 % de niños de 6 a 12 años presentó caries en dentición permanente; y a los 12 años la prevalencia era del 93,09 %², coincidiendo con lo reportado por la OMS a nivel mundial.



ACCESO ABIERTO

Prosthetic rehabilitation in pediatric dentistry and its effects on the behaviour of a child

Citación recomendada:

García Guzmán AM, Santos Anaya SM, Fuentes Caballero MT, Olmedo Menjívar ME, Arias Comayagua KL, Gómez López OA. Rehabilitación protésica en odontopediatría y sus efectos en la modificación conductual de un niño. Alerta.2021;4(3):119-125. DOI: 10.5377/alerta.v4i3.10891

Recibido:

19 de julio de 2021

Aceptado:

20 de julio de 2021

Publicado:

26 de julio de 2021

Contribución de autoría:

WMVP¹: redacción del manuscrito. MLDDC², GEBE³: análisis de los datos y redacción del manuscrito.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

La caries de la temprana infancia causa destrucción dental severa, daño pulpar e infecciones que pueden provocar dolor intenso, exigiendo realizar tratamientos complejos y en algunos casos la extracción del diente afectado, alterando la estética, fonación, masticación, nutrición, erupción de dientes permanentes, aparición de hábitos orales nocivos, mal funcionamiento de la articulación temporomandibular, que en conjunto deterioran la calidad de vida del infante³. La pérdida prematura de dientes primarios, sobre todo anteriores, origina problemas emocionales, psicológicos y sociales; afecta la confianza del niño, perjudicando su autoestima. Por ello es imperante reestablecer protésicamente los órganos dentales perdidos, para contribuir al correcto desarrollo de los maxilares y prevenir el apareamiento de alteraciones emocionales y de comportamiento en el niño⁴.

Por estas razones se presenta el informe de caso sobre la rehabilitación dental integral de un paciente de 6 años y cómo esto contribuyó a mejorar su calidad de vida.

Presentación del caso

Niño de seis años referido a la clínica de odontopediatría de la Universidad de El Salvador, por caries extensa en todos sus dientes, sin antecedentes médicos, familiares ni personales relevantes. El tratamiento odontológico previo se limitó a profilaxis dental.

La madre expresó que debido a la apariencia de sus dientes anteriores, el niño tenía una conducta introvertido y poco sociable.

Examen clínico

Al examen clínico extraoral presentó configuración cefálica braquifacial y perfil facial convexo con tercio inferior disminuido. En el examen clínico intraoral se identificaron únicamente dientes primarios, todos afectados por caries, mala higiene bucal, eritema generalizado en encía marginal y papilar, restos radiculares del primer molar superior derecho, exposición radicular completa del canino inferior izquierdo, primer y segundo molar inferior derechos y pérdida prematura de los molares inferiores izquierdos (Figura 1).

Examen radiográfico

Se observan elementos radiopacos correspondientes a restos radiculares del primer molar superior derecho, de los incisivos laterales superiores, del primer molar inferior izquierdo y molares inferiores derechos. Los incisivos centrales superiores, canino supe-

rior derecho, segundo molar superior derecho y primer molar superior izquierdo presentan áreas radiolúcidas correspondientes a lesiones cariosas, sin involucramiento pulpar. (Figura 2)

El canino superior izquierdo, segundo molar superior izquierdo y canino inferior derecho presentan áreas radiolúcidas correspondientes a lesiones cariosas con involucramiento pulpar.

Diagnóstico clínico

Caries de la temprana infancia severa; gingivitis marginal y papilar generalizada inducida por biopelícula bacteriana; necrosis pulpar de canino inferior derecho y canino y segundo molar superior izquierdo; exposición radicular completa del canino inferior izquierdo, restos radiculares del primer molar superior derecho y del primer y segundo molar inferior derechos y pérdida prematura de los molares inferiores izquierdos.

Intervención terapéutica

El plan de tratamiento inició con adaptación del niño al consultorio odontológico utilizando la técnica «decir, mostrar y hacer»⁵. Se orientó sobre el funcionamiento del sillón odontológico, instrumental y ejecución de procedimientos.

Se instruyó a la madre y al paciente sobre la técnica de cepillado dental de Fones⁶ y uso del hilo dental. Con esta técnica se consigue la remoción de la biopelícula dental, se masajean las encías, se ejercita una higiene completa y se adquieren conocimientos sobre el cuidado bucal. Posteriormente se eliminaron las lesiones cariosas y se efectuó la restauración dental.

Se reconstruyeron los incisivos centrales superiores, el canino superior derecho y el primer molar izquierdo con resina compósita. Se realizó pulpectomía al canino superior izquierdo, al segundo molar superior izquierdo y al canino inferior derecho; los segundos molares superiores y el canino inferior derecho se restauraron con cemento de ionomero de vidrio para reconstrucción dental y el canino superior izquierdo con una restauración de resina compósita en forma de domo para evitar interferir con la estabilidad de la prótesis inferior. No se ejecutó tratamiento en incisivos laterales superiores ni incisivos inferiores, ya que exfoliaron.

Se efectuó exodoncia de primer molar superior derecho, canino inferior izquierdo, primer y segundo molar inferior derechos. Posteriormente, se formó tejido fibroso en el área del canino inferior izquierdo (Figura 3b), que fue extirpado quirúrgicamente.



Figura 1. Condiciones dentales del paciente antes de iniciar el tratamiento odontológico. 1a. Arcadas dentales en reposo. 1b. Arcada dental superior con restos radiculares del 5-4. 1c. Arcadas dentales en oclusión. 1d. Arcada dental inferior muestra exposición radicular completa del 7-3, 8-4 y 8-5 y pérdida prematura de 7-4 y 7-5.

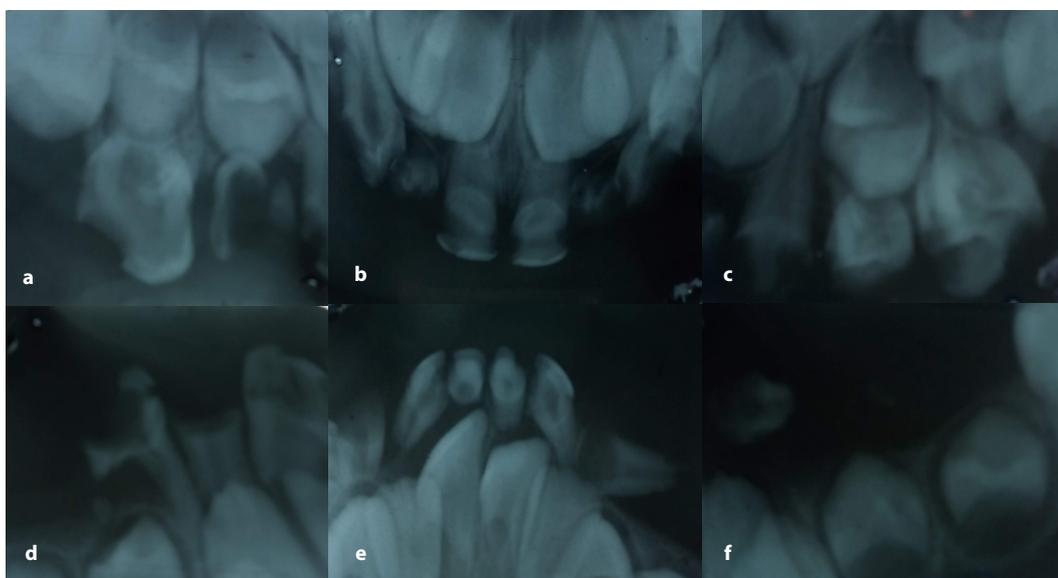


Figura 2. Radiografías dentales periapicales de diagnóstico del paciente antes de iniciar el tratamiento odontológico. 2a. Restos radiculares del 5-4, 5-3, 5-5 con áreas radiolúcidas. 2b. 5-1 y 6-1 con áreas radiolúcidas. 2c. 6-4 con áreas radiolúcidas. 2d. Cuadrante inferior derecho que presenta 7-4. 2e. Área dental anteroinferior. 2f. Se evidencian 8-4 y 8-5 y la posición del canino inferior izquierdo.

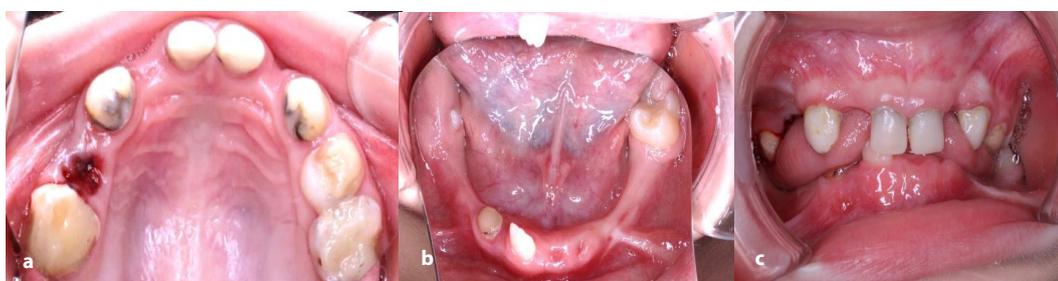


Figura 3. Fase higiénica completada. **3a.** Arcada superior sin focos de infección. **3b.** Arcada inferior sin focos de infección. Se evidencia el tejido fibroso en el área del canino inferior izquierdo **3c.** Arcadas dentales en oclusión.

La conducta en cada consulta fue descrita a través de la escala de Frankl⁷, que utiliza cuatro parámetros para especificar el comportamiento (Tabla 1).

El paciente mostró conducta negativa durante las citas iniciales, marcada por timidez y desconfianza hacia el odontólogo. La madre indicó que el niño optaba por no relacionarse con nadie, a excepción de ella, por las burlas que recibía en la escuela debido al estado de su dentadura.

Luego de varias sesiones de adaptación, su conducta fue positiva y su comportamiento fue adecuado; lo que permitió el tratamiento de forma efectiva y segura.

Después del examen bucal y análisis de modelos diagnósticos, se colocaron dos prótesis dentomucosoportadas removibles. Se realizó el protocolo para la confección de ambas prótesis; se probaron en el paciente, se verificó el manejo adecuado y se procesaron en el laboratorio. (Figura 4).

Luego, se verificó la adaptación, retención y estabilidad de las prótesis y se evaluó la fonación de palabras con consonantes «f, r, l, v, s y z». Se indicó a la madre cómo colocarlas, retirarlas y evitar su uso al comer y dormir. Se recomendó la higiene diaria con jabón líquido y agua en la parte externa y únicamente con agua en su parte interna. (Figura 5).

Tabla 1. Clasificación de la conducta del paciente durante cada uno de los procedimientos odontológicos realizados, según la escala de Frankl.

Día de tratamiento	Procedimiento realizado	Actitud	Tipo de conducta
1	Anamnesis, exploración clínica extra e intraoral. Toma de radiografías	Respondió las preguntas solo a la madre, se mantuvo con la cabeza baja.	2
6	Adaptación a la consulta odontológica	Tímido y temeroso.	2
7	Educación en salud oral y Profilaxis	Tímido. Inicialmente se negó al tratamiento, luego de la explicación, colaboró.	2
15	Reconstrucción directa de 5-3	Mejoró la comunicación con el equipo de trabajo. Rechazó equipo instrumental rotatorio, pero aceptó el tratamiento manual, aunque se comportó con temor.	2
21	Reconstrucción directa de 5-1	Aceptó el tratamiento, se mantuvo tímido.	3
22	Reconstrucción de directa 6-1	Aceptó el tratamiento. Se mostró alegre con los resultados del tratamiento.	3
27	Pulpectomía y reconstrucción directa de 6-3	Colaboró con el tratamiento.	3
34	Obturación S2E4 de 6-4	Rechazó el tratamiento	2
42	Pulpectomía y reconstrucción directa de 8-3	El niño colabora durante la realización del tratamiento. Aumentó la comunicación con el equipo de trabajo.	3
42	Exodoncia de 7-3	Temeroso por el uso de anestésico. Rechazó al tratamiento.	2
52	Exodoncia de 8-4	Actuó tranquilo con el equipo de trabajo.	3
116	Gingivoplastia cuadrante inferior izquierdo	Rechazó el tratamiento.	2
148	Pulpectomía y reconstrucción de 5-5	Temeroso con el instrumental, se inició el proceso de readaptación, finalmente colaboró.	2
167	Recubrimiento pulpar indirecto y restauración directa de 6-5	Temeroso, se mantuvieron las técnicas de readaptación.	2
169	Reconstrucción directa de 5-1 y 6-1	Actuó con entusiasmo y motivación por los resultados.	3
182	Exodoncia de 5-4	Actuó con temor, pero colaboró con el tratamiento.	3
188	Toma de impresión de arcada superior e inferior	Aumentó su motivación, seguridad y entusiasmo con la idea de poder masticar sin problema y tener sus dientes inferiores.	4
190	Prueba de bases de transferencia u evaluación de la oclusión	Actuó con entusiasmo y seguridad.	4
196	Prueba de las prótesis		4
202	Entrega de prótesis procesadas	Colaboró con el tratamiento y aumentó la comunicación con el equipo de trabajo.	4

Tipo de conducta según la Escala de Frankl⁷: Tipo 1: definitivamente negativo, Tipo 2: negativo, Tipo 3: positivo, Tipo 4: definitivamente positivo

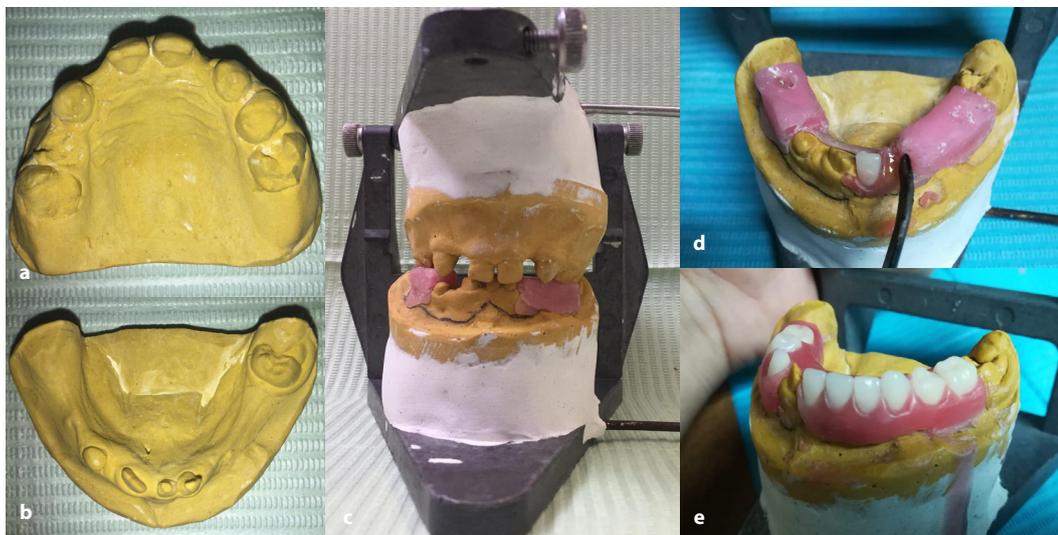


Figura 4. **a.** Modelo de trabajo superior. **b.** Modelo de trabajo inferior. Delimitación de extensión de la base de transferencia. **c.** Modelos montados en articulador. **d.** Base de transferencia montada en el modelo de yeso inferior con rodete de cera. **e.** Encerado y tallado en las bases de transferencia caracterizaciones a la encía protésica. Caracterización y colocación en el laboratorio de los dientes artificiales.



Figura 5. Rehabilitación protésica del paciente. **a.** Vista lateral de relación de ambas prótesis en oclusión. **b.** Prótesis superior colocada en boca. **c.** Sonrisa del paciente con ambas prótesis en oclusión. **d.** Vista frontal de ambas arcadas con prótesis en oclusión. **e.** Prótesis inferior colocada en boca.

Se evaluó su adaptación a las veinticuatro horas posteriores. Se realizaron controles semanales durante el primer mes para examinar la higiene y el mantenimiento de las prótesis. Se realizaron ajustes mensuales por la erupción de los dientes permanentes. Un año después, se cambiaron las prótesis debido al crecimiento del niño.

La evolución en el comportamiento fue satisfactoria. La madre identificó cambios de conducta desde la primera restauración dental, aumentó la interacción con otras personas, la participación en juegos con otros niños, la confianza en sí mismo e inició una dieta con alimentos variados.

En el consultorio odontológico su comportamiento inicial era de timidez. Demostró mejor conducta cuando se restituyó la estética de sus dientes anterosuperiores.

En sus primeras citas evitaba hablar, pero progresivamente su estado de ánimo y su relación con el equipo de trabajo mejoró, finalmente colaboró durante los tratamientos realizados.

Discusión

Este informe de caso mostró que la rehabilitación de la dentición primaria contribuyó a restablecer las funciones orales, mejorar la nutrición y el comportamiento social del niño, quien se mostraba disgustado con el aspecto de sus dientes, y evitaba hablar y sonreír. Se observaron cambios importantes en la consulta odontológica. La evolución de una conducta negativa a una positiva, confirma la necesidad de incluir en los planes de tratamiento odontopediátricos una

fase de adaptación, a fin de lograr que el paciente acepte su ejecución y coopere con el odontólogo. También destacó su disposición a colaborar luego de percibir mejoras en la estética de sus dientes, lo que mostró la importancia de la dentadura para verse y sentirse bien.

Estos efectos positivos que se producen al rehabilitar la dentición primaria han sido reportados por Vulićević *et al.*⁸, Özcan *et al.*⁹, y Kościelskab *et al.*¹⁰, quienes destacan la importancia de devolver la función y estética a la dentición primaria para contribuir al correcto desarrollo sistémico, psicológico, emocional y social en los niños.

Diversos investigadores señalan los motivos para realizar tratamientos de rehabilitación dental, basados en el desarrollo corporal de los niños. Khinda *et al.* los recomiendan para mejorar la relación esquelética sagital y vertical durante el crecimiento y desarrollo craneofacial¹¹. Dimova-Gabrovska *et al.* y Dalledone *et al.* afirman que son importantes para el apropiado establecimiento de la dentición mixta y permanente, contribuyendo al correcto crecimiento y desarrollo maxilofacial y al bienestar psicosocial del niño^{12,13}.

Un factor importante en la rehabilitación protésica es la preservación de dientes, esenciales para la estabilidad y retención de las prótesis, ya que funcionan como pilares que acogen los retenedores. Barrios¹⁴ afirma que «siempre que sea factible, se debe intentar mantener los dientes primarios».

AlNuaim y Mansoor¹⁵ afirman que conservar las raíces de los dientes con daños coronales severos contribuye en la conservación de los rebordes óseos, preserva su altura, reduce las cargas en los huesos, minimiza su proceso de reabsorción, proveen mayor estabilidad protésica y brindan al paciente mayor propiocepción, por lo que las sobredentaduras resultan más cómodas que las prótesis mucosoportadas. Por ello se decidió conservar el canino inferior derecho, realizando una pulpectomía y colocándole una restauración a manera de domo.

Por otra parte, el proceso para realizar una prótesis en niños obedece a los mismos principios establecidos para adultos¹⁶. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la superficie oclusal de los arcos dentales primarios es plana, por lo que no es necesario establecer las curvas de compensación de Spee y Wilson¹¹. La sobremordida horizontal y vertical suele ser de 1 mm y existe la presencia de espacios fisiológicos interincisivos¹⁶.

El material de elección para la confección de prótesis pediátricas es la resina acrílica autopolimerizable, que permite

realizarles modificaciones para no interferir con la erupción de los dientes permanentes, acompañar el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático hasta la dentición adulta^{16,17}.

Para establecer las citas de control y observar el funcionamiento de las prótesis en niños es necesario considerar que el establecimiento de la dentición primaria ocurre cerca de los 3 años de vida. De los 3 a los 4 años de edad, los arcos dentales son relativamente estables. A la edad de 5 o 6 años, sus tamaños cambian debido a la fuerza eruptiva de los primeros molares permanentes¹⁸. Tomando en cuenta la edad del paciente reportado en este informe, los controles se establecieron cada 15 días debido a que estaba iniciando su etapa de recambio dental.

Respecto a la valoración conductual, la escala de Frankl⁷ es práctica, ya que cuenta con criterios precisos para evaluar el comportamiento en un momento determinado, pero no explora las causas que originan una conducta inapropiada en un ambiente odontológico e información necesaria para planificar estrategias de adaptación, por lo que se debe contar con pruebas que permitan obtenerla de forma precisa y completa.

También es necesario indagar objetivamente los cambios producidos en la calidad de vida de un paciente que ha recibido prótesis dentales. Para tal fin se puede recurrir a cuestionarios como el Oral Health Impact Profile (OHIP-14) y adaptarlo a las condiciones que se desean evaluar.

Conclusión

La rehabilitación dental y colocación de prótesis removibles contribuyó a recuperar las funciones bucales del paciente. Al mejorar su estética dental se produjo un importante cambio de conducta al interactuar con otras personas, mostrando seguridad e interés por conversar y realizar actividades con otros niños, provocándole un impacto psicológico positivo. Todo esto indica un mejoramiento en su autoestima y calidad de vida.

Aspectos éticos

La presentación de este caso cuenta con la autorización de la madre, quien conoció el objetivo y firmó el consentimiento informado.

Agradecimiento

Este informe de caso fue apoyado por la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, y financiado por las estudiantes del último curso de la carrera de Doctora-

do en Cirugía Dental que participaron en la resolución del caso. Los autores desean agradecer al personal del Departamento de Odontopediatría y Restaurativa, en especial al Dr. Alejandro Castro, por su asistencia; y a los padres e hijo por haber aceptado participar en el estudio.

Financiamiento

Los autores declaran no tener fuente de financiamiento.

Referencias bibliográficas

1. Zhunio K, Urgiles C. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Dolores J Torres, Parroquia Sagrario, Cuenca. KIRU. 2020;17(2):69-74. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1838>
2. Encuesta nacional de salud bucal en la población salvadoreña, año 2016-2017. Facultad de odontología. Universidad de El Salvador. Ministerio de Salud. San Salvador, El Salvador. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1122047/encuesta-nacional-11022020-ac.pdf>
3. Braga VS, Kramer PF, Ceccato CJ, Ferreira SH. Prosthetic Rehabilitation of a Patient with Severe Early Childhood Caries: A Case Report. JCDR. 2020;14(1):10-12. DOI: 10.7860/JCDR/2020/45091.14118
4. Bledea I, Totolici I, Puscasu C. Oral Rehabilitation in a Child with Anodontia Case Report. Biomed J Sci & Tech Res. 2018;6(4):5435-5437. DOI: 10.26717/BJSTR.2018.06.001392.
5. Abanto Alvarez J, Pinto e Carvalho Rezende KM, Bönecker M, Nahás Pires Corrêa F, Salete Nahás Pires Corrêa M. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev Estomatol Herediana. 2010;20(2):101-106. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539358009.pdf>
6. Merino M, Fajardin N, Osorio J, Mendoza C, Silva P, Carvajal C, López E. Orientaciones técnicas para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia. Santiago de Chile. Ministerio de Salud. 2016. 21 p. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/12/07.12.2016_OT-CEPILLADO-DE-DIENTES-FINAL-DIGITAL.pdf
7. Frankl SN (1962) Should the parent remain with the child in the dental operator? J Dent Child 29: 150-163.
8. Vulićević Z, Beloica M, Kosanović D, Radović I, Juloski J, Ivanović D. Prosthetics in Paediatric Dentistry. Balk J Dent Med. 2017;21(1):78-82. DOI: 10.1515/bjdm/2017/0012
9. Özcan, N., Almaz, M.E., Sönmez, I., & Barış, E. (2016). Satisfaction After Restoring Aesthetics and Function in a Child with Amelogenesis Imperfecta: A Case Report. Meandros Med Dent J. 2016;17(1):98-101. DOI: 10.4274/meandros.2751
10. Kościelska N, Bogucki Z. Clinical factors in prosthodontic treatment of children with genetic defects. Adv Clin Exp Med. 2017;26(6):1005-1012. DOI: 10.17219/acem/63094
11. Khinda VI, Khinda P, Brar GS, Yadav A. Prosthodontic rehabilitation of a pediatric patient affected with anhidrotic ectodermal dysplasia: A rare case report. J Interdiscip Dentistry. 2016;6:25-8. DOI: 10.4103/22295194.188162
12. Dimova-Gabrovska M, Dimitrova D, Mitronin VA. Removable prosthetic treatment in children. Literature review. J of IMAB. 2018;24(3):2172-2176. DOI: 10.5272/jimab.2018243.2172
13. Dalledone M, de Paiva Bertoli FM, Sponchiado AP, Maris Losso, E, Brancher JA; de Souza JF. Oral rehabilitation with removable dental prosthesis in a six-year-old patient with hypohidrotic ectodermal dysplasia. RSBO. 2017;14(1):44-49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1530/153052262008.pdf>
14. Barrios Z. Rehabilitación en paciente pediátrico. Reporte de caso. MedULA. 2011;20(1):67-72. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/medula/article/download/5844/5644>
15. AlNuaimi R, Mansoor M. Prosthetic rehabilitation with fixed prosthesis of a 5-year-old child with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia and Oligodontia: a case report. J Med Case Rep. 2019;13(1):329. DOI: 10.1186/s13256-019-2268-4
16. Márquez-Junco MM. Rehabilitación protésica de un niño de 3 años con Displasia ectodérmica hipohidrótica. Rev Odontopediatría Latinoam. 2012;2(1):87-93. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/1/art-10/>
17. Hugar SM, Shigli AL, Ravindranath Reddy PV, Roshan NM. Prosthetic rehabilitation of a preschooler with induced anodontia - A clinical report. Contemp Clin Dent. 2011; 2(3):207-10. DOI: 10.4103/0976-237X.86462.
18. Nakata M, Wei S. Guía oclusal en odontopediatría. 1a Edición. Caracas Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica, C.A.; 1989. 104 p.