



00993
T1109

MOLAR TEMPORAL EN INFRAOCCLUSION SEVERA: REPORTE DE CASO.

Riaño, J*., Rodríguez, A., Lobaton, L*., Romero, L*.,
Velásquez L*., Enciso, P*., Orjuela S*., Molina, T*.,
Castillo Barbosa, M.L.**
Sánchez Mendoza, F. ***

Área: Odontopediatría
Modalidad: Oral
Categoría: Pregrado

RESUMEN

La infraoclusión en dientes temporales es un proceso que describe un molar por debajo del plano oclusal. Los dientes temporales infraocluidos se definen como aquellos que, durante el proceso de erupción activa o después de este, detienen su relativo movimiento oclusal en las arcadas dentales. El diente temporal se encuentra en un estado de retención estática mientras en las zonas adyacentes prosigue el crecimiento alveolar y la erupción normal de los dientes vecinos, dándose así la ilusión que el diente se hunde en el hueso. Otros términos son usados en la literatura para su denominación, como sumergido, anquilosado, retención secundaria, etc., y siempre se ha pensado que la anquilosis es el mayor mecanismo etiológico de esta alteración. De acuerdo a la presentación clínica, la infraoclusión tiene diferentes grados de severidad y se clasifica en Leve, Moderada y Severa. La infraoclusión severa de dientes temporales presenta mayores consecuencias en la dentición permanente como pérdida de longitud de arco, exfoliación tardía, dislocación del diente sucesor, retención o erupción ectópica del diente permanente entre otras. El propósito de este reporte de caso es exponer las características particulares de la infraoclusión severa de dientes temporales y las consecuencias en dentición permanente; así mismo se pretende mostrar el comportamiento de la infraoclusión severa en un periodo de cuatro años en un paciente escolar que asiste a la clínica de Odontología Pediátrica del Colegio Odontológico Colombiano.

Palabras claves: Anquilosado, sumergido, infraocluido, severidad, secuela.

ABSTRACT

The infraclusion in temporary teeth is a process that describes a molar below the occlusal plane. The temporary infracluded teeth are defined as those that, during the process of active eruption or after this, they stop their relative occlusal movement in the dental arcades. The temporary tooth is in a state of static retention while in the adjacent areas it continues the alveolar growth and the normal eruption of the neighboring teeth, being given this way the illusion that the tooth collapses in the bone. Other terms are used in the literature for their denomination, as submerged, ankylosed, secondary retention, etc, and it has always been thought that the ankylosis is the biggest etiologic mechanism in this alteration. According to the clinical presentation, the infraclusion has different degrees of severity and classified it in Light, Moderate and Severe. The severe infraoclusión of primary molars present bigger consequences in the permanent teething as lost of arch longitude, late exfoliation, the tooth successor's dislocation, retention or ectopic eruption of the permanent tooth among others. The purpose of this case report is to expose the particular characteristics of the severe infraclusion of primary molars and the consequences in permanent teething; likewise it is sought to show the behavior severe of infraclusion in a four year-old period in a school patient that you attended the Clinic of Pediatric Dentistry of the Colegio Odontológico Colombiano

Key words: ankylosed, submerged, infracluded, severity, sequel.

* Estudiantes X Semestre

** Asesor Científico. Odontóloga

*** Asesor Metodológico. Odontólogo. Especialista en Docencia Universitaria

INTRODUCCIÓN

La presencia de molares temporales en infraoclusión frecuentemente llamados anquilosados, es un hallazgo relativamente común en niños. Merece especial atención por parte de los profesionales de la salud oral por las consecuencias que esta alteración presenta en la dentición permanente. El diagnóstico oportuno y manejo adecuado juegan un papel importante en la prevención de estas secuelas.

La infraoclusión es un término que describe clínicamente un molar por debajo del plano oclusal. (Fig. 1)^{1, 2, 3}.



Fig. 1. Obsérvese primer molar temporal inferior con presencia de infraoclusión.

Los dientes infraocluidos se definen como aquellos que, durante el proceso o después del periodo de erupción activa, detienen su relativo movimiento en las arcadas dentales^{4, 5}. El diente temporal se encuentra en un estado de retención estática mientras en las zonas adyacentes prosigue el crecimiento alveolar y la erupción normal de los dientes vecinos, dándose así la ilusión que el diente temporal se hunde en el hueso^{6, 7}. Se han descrito varios términos para definir esta condición como: anquilosis, retención secundaria, sumergido, infraoclusión, hipotrusión, impactación secundaria^{8, 9}; siendo así el termino "infraoclusión" mas apropiado que los otros^{10, 11, 12, 13, 14}.

El dilema en su denominación esta en su oscura etiología. Sin embargo, siempre se ha pensado que el mayor mecanismo etiológico de la infraoclusión es la anquilosis^{15, 16}. La evidencia clínica,

radiográfica e histológica sugiere que los dientes infraocluidos son dientes anquilosados^{17, 18}. La anquilosis se define como una fusión anatómica del diente con el hueso alveolar^{19, 20, 21, 22, 23}, puede ocurrir en cualquier momento de la erupción, antes o después de que el diente emerja en la cavidad oral, mostrando diferentes grados de infraoclusión²⁴. Un diente se convierte en anquilosado cuando comienza a fusionarse con el hueso alveolar circundante²⁵; la membrana periodontal esta normalmente separada en 2 mm, pero si en algún momento ocurre un rompimiento en la continuidad de ésta, el contacto directo con el cemento o la dentina y el hueso puede desarrollar anquilosis²⁶. Así mismo es posible que la anquilosis pueda desarrollarse durante un proceso intermitente de la reabsorción de la raíz y la deposición de hueso, el cual ocurre en la raíz del diente temporal.

Entre otros factores etiológicos se encuentran: factor genético, tendencia familiar, trauma, disturbio metabólico de la membrana periodontal, erupción precoz del primer molar permanente, deficiente crecimiento vertical del hueso alveolar, ausencia del diente sucesor, reabsorción radicular intermitente, y fuerza eruptiva deficiente^{27, 28, 29, 30, 31, 32}.

Clínicamente se observa el molar temporal por debajo del plano oclusal y se considera en infraoclusión cuando su superficie oclusal está por lo menos 1 mm debajo del nivel oclusal del diente vecino³³. De acuerdo a esta presentación clínica el grado de infraoclusión se clasifica en: Infraoclusión Leve, Moderada y Severa. En infraoclusión leve el diente infraocluido entre la superficie oclusal y el contacto interproximal con relación al diente adyacente. En Infraoclusión moderada el diente infraocluido se encuentra a nivel del punto de contacto interproximal entre las dimensiones ocluso-gingival del diente vecino. En la infraoclusión severa el diente infraocluido se encuentra localizado en cualquier lugar por debajo del punto de contacto interproximal del diente adyacente^{34, 35, 36}.

Las características clínicas de los dientes temporales en infraoclusión más frecuentes son: mordida lateral abierta, caries del diente infraocluido adyacente, inflamación del tejido gingival circundante, supraerupción de los dientes antagonistas, tendencia a ser bilateral, y pérdida de rumbo mesial normal del diente adyacente^{37, 38}.

Radiográficamente se observa obliteración del espacio del ligamento periodontal con fusión al hueso, presencia o ausencia de reabsorción radicular, ausencia del espacio del ligamento periodontal, presencia o ausencia del diente sucesor, disminución de la dimensión vertical del hueso alveolar en el área del diente infraocluido y posición anormal del diente sucesor^{39, 40, 41, 42}.

Generalmente al examen histológico el diente en infraoclusión muestra áreas de fusión entre cemento y/o dentina y hueso, con signos de reabsorción. Estas áreas se encuentran más fácilmente localizadas en la zona interradicular. Existe un aumento en la actividad osteoclástica comparada con los dientes normales y se ha concluido que los dientes temporales en infraoclusión están relacionados con cambios estructurales de la membrana periodontal incluyendo los residuos epiteliales de Malassez^{43, 44, 45, 46}.

La infraoclusión es más común en molares temporales que en molares permanentes. Usualmente se desarrolla durante la dentición mixta temprana en edades entre los 6 y 9 años. Se presentan con mayor frecuencia en niños blancos que en niños negros y con mayor tendencia en niñas que en niños, siendo más común en la mandíbula que en el maxilar y se ha observado que el segundo molar temporal es el diente más afectado^{47, 48, 49, 50}.

Los criterios de diagnóstico se basan principalmente en la observación clínica de un diente por debajo del plano oclusal, grado de infraoclusión, pérdida de movilidad aún en casos de reabsorción radicular avanzada producida por el germen del permanente (estudios muestran que la pérdida de movilidad solo

ocurre cuando más del 10% de la superficie de la raíz está anquilosada) y un retardo en la exfoliación⁵¹.

Perdida de la longitud de arco, aumento en la susceptibilidad de caries, exfoliación tardía, compromiso periodontal de los dientes vecinos y del diente infraocluido, dislocación del diente germen, erupción tardía del diente permanente, retención o erupción ectópica del diente premolar y presencia de quistes son algunas de las consecuencias que presentan los dientes temporales infraocluídos en la dentición permanente.^{52, 53, 54, 55, 56, 57, 58}

El objetivo principal del tratamiento de molares temporales en infraoclusión con diente sucesor es permitir la erupción normal del diente permanente. La toma de decisiones del tratamiento depende del grado de severidad (leve, moderada o severa), de la presencia o ausencia del sucesor, del momento del diagnóstico y edad del paciente, del porcentaje de reabsorción radicular, y el grado de formación del sucesor y de los riesgos de secuelas a través del tiempo^{59, 60, 61, 62}.

Varios procedimientos han sido recomendados para el manejo de molares temporales infraocluídos entre ellos se encuentran: 1. Observación activa que incluye un seguimiento radiográfico y clínico con modelos de estudio y mediciones de espacio. 2. Extracción del diente temporal infraocluido y colocación inmediata de mantenedor de espacio, especialmente si el sucesor permanente no ha sido afectado⁶³. 3. Procedimiento reconstructivo del diente temporal infraocluido con resina composite y/o corona de acero para restablecer contactos oclusales y proximales⁶⁴. 4. Interferencia ortodóntica: a. de dientes adyacentes inclinados con procedimiento restaurativo del diente infraocluido, b. de dientes adyacentes inclinados para facilitar la extracción quirúrgica del diente temporal infraocluido en el caso de grado severo de infraoclusión. 5. Ortodoncia correctiva^{65, 66, 67, 68, 69, 70, 71}.

Con este reporte de caso se pretende mostrar las características particulares de la infraoclusión de dientes temporales y

las consecuencias en dentición permanente, así mismo mostrar el comportamiento clínico y radiográfico de esta alteración en un periodo de 4 años en un paciente escolar de la Clínica de Odontológica Pediátrica del Colegio Odontológico Colombiano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el reporte de este caso clínico con presencia de infraoclusión severa, se realizó una revisión de literatura y se utilizaron como materiales: historia clínica del paciente, consentimiento informado, radiografías periapicales, panorámicas, perfil, tomografía, cefalometría, fotos intraorales y extraorales y modelos de estudio.

RESULTADOS

Escolar masculino de 7 años de edad que asiste por primera vez a la Clínica de Odontología Pediátrica del Colegio Odontológico Colombiano en Febrero de 1999. El motivo de la consulta inicial relatado por el padre fue "control odontológico". El padre no refirió antecedentes prenatales ni neonatales en el paciente y ningún antecedente médico odontológico de importancia. El paciente mostró buena condición corporal, estado nutricional y crecimiento y desarrollo dentro de los límites normales. La historia familiar del paciente no indicó antecedentes sistémicos ni odontológicos. Al examen físico extraoral el paciente presentó un perfil recto, frente simétrica, línea media facial centrada e incompetencia labial (Fig. 2 y Fig. 3).



Fig. 2. Fotografía clínica frontal del paciente. Año 1999



Fig. 3. Fotografía clínica de perfil. Año 1999

Al examen físico intraoral se observa dentición mixta, mordida cruzada anterior (Fig. 4), y en la zona posterior inferior derecha se observa el segundo molar temporal por debajo del plano oclusal (Fig. 5), inclinación mesial del diente permanente adyacente, mordida abierta posterior unilateral derecha (Fig. 6), caries activa cavitacional del diente temporal infraocluido e inflamación del tejido gingival circundante.



Fig. 4. Mordida cruzada anterior. Año 1999

Con dificultad por el comportamiento definitivamente negativo del paciente, se tomó radiografía periapical de la zona y se observa el diente temporal por debajo del punto de contacto con relación al diente permanente adyacente, presencia del diente sucesor, reabsorción radicular anormal del diente temporal, disminución de la dimensión vertical del hueso alveolar en el área del diente involucrado y una posición anormal del germen dentario del diente sucesor. (Fig. 7).

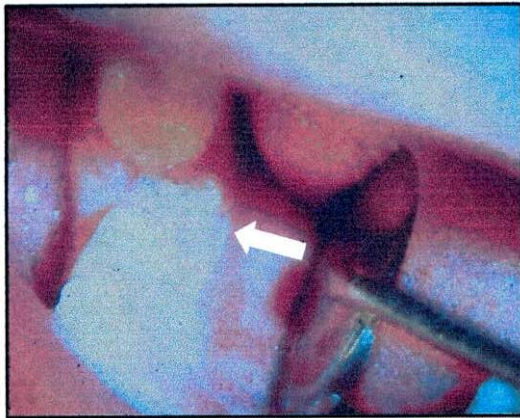


Fig. 5. Vista intraoral del diente infraocluido. Año 1999



Fig. 6. Mordida abierta posterior, inclinación mesial del primer molar permanente. Año 1999

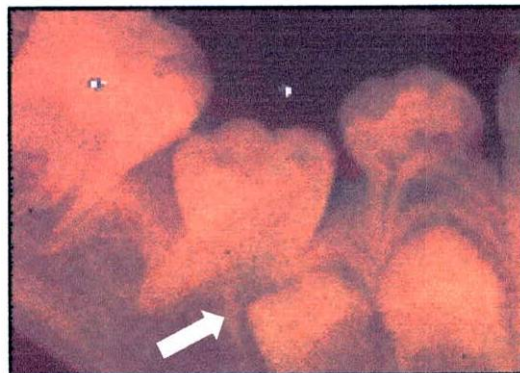


Fig. 7. Obsérvese reabsorción radicular anormal del segundo molar temporal, inclinación mesial del primer molar permanente; y mal posición del germen dental de segundo premolar. Año 1999

Posteriormente se ordena radiografía panorámica (Fig. 8) y se programa

valoración con Ortodoncia – Ortopedia y Cirugía Oral. Odontopediatría diagnóstica paciente de difícil manejo con dentición mixta, presencia del segundo molar temporal derecho con infraoclusión severa, pérdida de longitud de arco, mal posición de primer molar permanente, mordida abierta posterior unilateral derecha, caries activa cavitacional de diente temporal infraocluido, gingivitis inducida por placa bacteriana con factor local contribuyente, reabsorción radicular anormal del diente involucrado, alteración en el patrón de erupción del segundo premolar permanente.

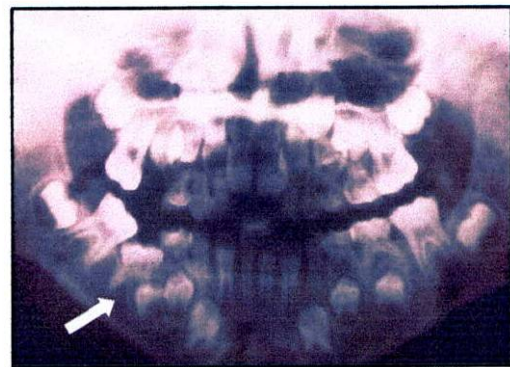


Fig. 8. Radiografía panorámica. Año 1999.

El paciente continuó con un comportamiento definitivamente negativo a pesar de la adaptación psicológica en las siguientes sesiones clínicas. Se le informó al padre la condición oral de su hijo, la necesidad de tratamiento inmediato y manejo multidisciplinario como también las consecuencias de esta alteración.

El paciente no volvió a asistir a las citas programadas y se ausentó de la institución por un periodo de 4 años. Posteriormente el paciente fue localizado en una base de datos del archivo de casos clínicos que existe en la Clínica de Odontología Pediátrica del Colegio Odontológico Colombiano y el paciente fue citado nuevamente en Julio del 2003; se presenta a la institución con 11 años de edad sin tratamiento alguno hasta la fecha. En esta ocasión el padre muestra gran preocupación por la condición oral del niño. Se realiza valoración clínica y

radiográfica con colaboración del paciente, presentando un comportamiento positivo.

Al examen físico intraoral se observan las mismas condiciones mencionadas anteriormente (Fig. 9 y Fig. 10) pero el diente temporal infraocluido presenta una mayor severidad dándose así la ilusión que el diente se ha sumergido en el hueso (Fig. 11).



Fig. 9. Mordida cruzada anterior Año 2003.



Fig. 10. Mordida abierta posterior. Mayor inclinación mesial del primer molar permanente. Año 2003.

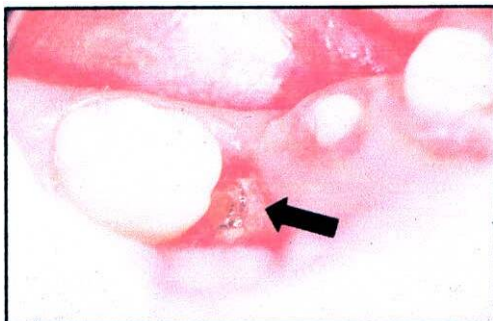


Fig. 11. Vista clínica del diente infraocluido. Año 2003.

En la radiografía periapical se observa una mayor inclinación mesial del primer molar permanente; el segundo molar temporal en infraoclusión severa presentando a nivel coronal zona radiolúcida compatible con caries y reabsorción radicular de raíces mesial – distal y se observa el segundo premolar en posición anormal presentando una distoversión (Fig. 12).

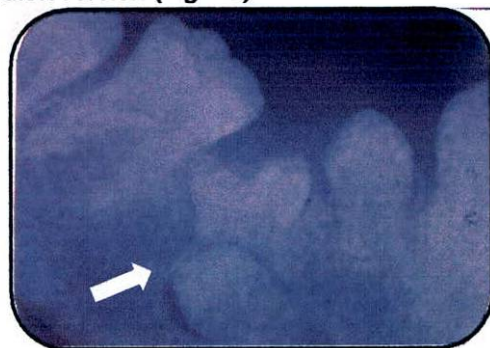


Fig. 12. Vista radiográfica del molar infraocluido donde se observa la reabsorción radicular la raíz mesial y distal, marcada mesialización del primer molar permanente y distoinclinación del diente sucesor. Año 2003.

En la radiografía panorámica se observan los dientes No. 17, 27, 37, y 47 con mesoversión y tercios apicales en formación. El diente No. 15 presenta espacio reducido para su erupción normal. El diente No. 13 presenta mesoversión y posición anormal; los dientes No. 23, 25, 35 presentan disminución de espacios para su erupción normal y el diente No. 85 presenta posible anquilosis. Radiología recomienda controlar exfoliación de dientes No. 54, 65, 75 y controlar posición de dientes, espacios y oclusión clínicamente (Fig. 13).



Fig. 13. Obsérvese Radiografía panorámica. Año 2003.

Así mismo sugiere realizar evaluación de la posición anormal del segundo premolar inferior por medio de una tomografía para establecer su posición lingual o vestibular y su relación respecto a estructuras anatómicas aledañas para hacer el diagnóstico diferencial. Se ordenó estudio topográfico de la zona del diente No. 45 y el resultado fue premolar derecho inferior retenido con posición horizontal, raíz en formación y la posición del diente es próxima a la cortical lingual. La zona del canal dentario se observa aparentemente en el borde inferior del diente retenido.

Ortodoncia diagnóstica; diagnóstico facial: presenta perfil convexo, cuello corto, proquelia inferior, ángulo naso-labial aumentado y deficiencia del mentón. En el diagnóstico esquelético presenta: clase II esquelética por retrognatismo mandibular, patrón dolicofacial, plano mandibular retroinclinado, plano oclusal retroinclinado, tendencia al crecimiento vertical, plano palatino retroinclinado, base craneal anterior corta y micrognatismo antero posterior mandibular. En el diagnóstico dental presenta: clase I Molar bilateral, relación canina no aplicable, mordida cruzada anterior, retroinclinación de incisivos superiores, proinclinación del incisivo inferior, overjet 4 mm y overbite 20%, arco incisivo normal, curva de Spee izquierda de 5 mm, y derecha de 8 mm, Bolton no aplicable, línea media dentaria centrada varias mal posiciones, impactación del diente No. 85, reabsorción radicular del diente No. 24. Por último, el diagnóstico funcional: presenta discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión habitual con desplazamiento anterior.

Los objetivos del diagnóstico dental son permitir la erupción de los permanentes retenidos, restablecer la mordida anterior, corregir retroinclinación superior del diente No. 46 y proinclinación inferior y reposición del diente No. 46.

El plan de tratamiento dental a seguir es exodoncia de los dientes No. 55, 65, 75, plano de levante de mordida posterior, utilitario de alineación y nivelación superior-inferior, utilitario de estabilización superior, utilitario de estabilización inferior

con tip back en el 46, y reevaluación para valorar erupción de permanentes impactados.

DISCUSIÓN

La prevalencia de molares temporales infraocluidos es generalmente alta en niños de 7 a 9 años de edad pero también se ha encontrado en edades tempranas a los 3 años de edad. Tiende a presentarse con mayor frecuencia en el género femenino que en el masculino⁷². Varios autores reportan que el diente más frecuentemente afectado es el primer molar temporal inferior pero la observación general es que el segundo molar temporal inferior es el más comúnmente afectado^{73, 74, 75, 76, 77}.

Varios términos han sido usados para esta alteración, siendo el término "infraoclusión" el más apropiado^{78, 79}. Sumergido es una denominación inadecuada ya que el molar involucrado no se hunde dentro del proceso alveolar, sino que permanece estático mientras que en las zonas adyacentes prosigue el crecimiento alveolar y la erupción normal de los dientes vecinos⁸⁰.

Según la literatura entre las consecuencias de la infraoclusión de molares temporales se observa inclinación de los dientes adyacentes, sobre erupción del diente antagonista, mordida abierta lateral, mal oclusión, pérdida de espacio, y alteración en el patrón de erupción del diente sucesor^{81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88}.

En el paciente descrito se observaron varias de estas complicaciones: inclinación mesial del primer molar permanente inferior derecho, dislocación del premolar sucesor, mordida abierta unilateral, maloclusión, caries del diente involucrado e inflamación del tejido gingival circundante.

Nazif y otros autores describieron los efectos de la infraoclusión de molares temporales en la reabsorción radicular y la alteración de formación del diente sucesor. La revisión de este caso clínico muestra la correlación significativa que existe entre la reabsorción radicular del

molar temporal anquilosado y el patrón de erupción alterado del diente sucesor. Así mismo los hallazgos encontrados en la literatura indican una necesidad de estudiar la correlación entre la severidad de la infraoclusión y la reabsorción radicular.

Considerando la edad del paciente, grado de infraoclusión, inclinación de los dientes vecinos y la existencia y posición de los dientes sucesores, la extracción del diente infraocluido es recomendada. Sin embargo, algunos autores sugieren que la terapia de extracción debe ser retardada en los casos donde aun no ha erupcionado el primer molar permanente.

La mayoría de los dientes con infraoclusión leve y moderada presentan una exfoliación normal y estos pueden restaurarse con resina composite para prevenir la inclinación de los dientes adyacentes y una sobre erupción de los dientes antagonistas.

En este caso, el primer molar permanente muestra una inclinación mesial causada por una infraoclusión severa del segundo molar temporal inferior derecho y según la revisión de la literatura se recomienda reposición del primer molar permanente con ortodoncia y así poder realizar la exodoncia indicada del diente infraocluido.

Ben-Bassad y colaboradores consideran importante que los casos de infraoclusión deben ser siempre discutidos con los padres y las posibles consecuencias deben ser claramente explicadas si la condición no se maneja oportunamente.

En conclusión, se ha revelado que en el manejo de la infraoclusión, un diagnóstico temprano juega un papel importante. Adicionalmente, el tratamiento multidisciplinario con exámenes cuidadosos y controles periódicos conllevan al éxito del tratamiento^{89, 90}.

BIBLIOGRAFÍA

1. EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA. A treatment decision making model for infraoccluded primary molars. *J. Dents child*, 2001. Pág. 340-346
2. ERTUGRUL F., TUNCERA, SEZER B. Infraoclusion of primary molar. A review and report of a case. *Journal of Dentistry for Children*. 2002. Pág. 166-171

3. RAGHOEBAR G. BOERING GEET STEGENGA. Secondary retention in the primary dentition. *J. Of the for child* 1991. Pág. 17-22.
4. PILO R. LITTNER M. MARSAHAT B. AVIV I. Severe infraoclusion ankylosis report of three cases. *J. of the for child*, 1989.
5. VIA W. Sumerged deciduos molars: familiar tendencies. *Teh J. Of the and dental association*, 1964. Pág. 127-129.
6. EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA; Opcit., Pág. 340-346
7. MANZINI G., FRANCINI E. VICH M. TOLLARO I. Y RODMAGNOLI P. Primary tooth ankylosis: Report of case histological analysis. *J. Dent for child*, 1995. Pág. 215-219.
8. ANTONIADES K., KAVADIA S., MILIOTIK, ANTONIADES, MARQOVISTSY E. Submerged teeth. *J. Of clinical pediatric Den*. 2002. Pág. 239-242.
9. MANZINI G., FRANCINI E. VICH M. TOLLARO I. Y RODMAGNOLI; Opcit., Pág. 215-219.
10. EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA; Opcit., Pág. 340-346
11. MANZINI G., FRANCINI E. VICH M. TOLLARO I. Y RODMAGNOLI; Opcit., Pág. 215-219.
12. MUELLER C. GELLI M. KAPLAN A. BOHANNAN H. Prevalence of ankylosis of primary molar in different regions of the United States. *J. Of the for child*, 1983. Pág. 213-218.
13. ADAMS T., Mabbe M. y BROWMAN J. Early onset of primary molar ankylosis, report of case. *J. Of then for child*, 1981. Pág. 447-449.
14. MARECHAUX S. The problems of treatment of early ankylosis report of cases. *J. Of dent for child*, 1986. Pág. 63-66.
15. EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA; Opcit., Pág. 340-346
16. KENSOU, MADOKAI, SHINO S. SHIGEAKY MIKONO Y. Y. TOSHIRO T. Two cases of totally summering bured primary molar characterization of clinical behavior and discussion of cause. *J. Of clinical pediatric dents*. 2000. Pág. 127-130.
17. EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA; Opcit., Pág. 340-346
18. MUELLER C. GELLI M. KAPLAN A. BOHANNAN H. Opcit., Pág. 213-218.
19. Ibit., Pág. 213-218
20. PILO R. LITTNER M. MARSAHAT B. AVIV I.; Opcit
21. KRAKOWIAK F. Ankylosed primary molars. *J. Dent for child*, 1978. Pág. 288-292.
22. MARECHAUX S.; Opcit., Pág. 63-66.
23. NAZIF M. ZULLO PAULETTE S. The effects primary molar ankylosis o root resorption and the development of permanent successors. *J. Dent for child*, 1986. Pág. 115-118.
24. PILO R. LITTNER M. MARSAHAT B. AVIV I.; Opcit
25. DE LA ROSA C., VALMADEA E. Escoda C. Infraoclusion for primary molars reports of cases. *J. Dent for child*, 1998. Pág. 47-51.
26. KRAKOWIAK F.; Opcit., Pág. 288-292.
27. RAGHOEBAR G. BOERING GEET STEGENGA; Opcit., Pág. 17-22.
28. MANZINI G., FRANCINI E. VICH M. TOLLARO I. Y RODMAGNOLI; Opcit., Pág. 215-219.
29. ANTONIADES K., KAVADIA S., MILIOTIK, ANTONIADES, MARQOVISTSY; Opcit., Pág. 239-242.

30. **ATWAN S., DESROSIERS D.** Infraoclusión de lower primary molar with other familial dental anomalies. Report of case. *J. Of thend for child*, 1998. Pág. 272-275.
31. **DWEHURST A. HARRYS M. BEDI J.** Infraclucion of primary molars in monozygotic twins; report of two de 2 cases. *International J. Of pediatric dentistry*, 1997. Pág. 25-30.
32. **HENDERSON H.Z.** Ankylosis primary Molars: a Clinical, radiography and Histology study. *J. Dent for child*, 1979. Pág. 117-122
33. **EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA**; Opcit., Pag. 340-346
34. **DWEHURST A. HARRYS M. BEDI J**; Opcit., Pág. 25-30.
35. **CASIAN J.**, Anquilosis Pre eruptiva de un Segundo molar primario. Reporte de un caso. *Revista ADN*, Vol. 1, 1996. Pág. 46-49.
36. **KENSOU, MADOKAI, SHINO S. SHIGEAKY MIKONO Y. Y. TOSHIRO T.**; Opcit., Pág. 127-130.
37. **ATWAN S., DESROSIERS D.**; Opcit., Pág. 272-275.
38. **EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA**; Opcit., Pag. 340-346
39. **RAGHOEBAR G. BOERING GEET STEGENGA**; Opcit., Pág. 17-22.
40. **PILO R. LITNER M. MARSAHAT B. AVIV I.**; Opcit
41. **HENDERSON H.Z.**; Opcit., Pág. 117-122
42. **ERTUGRUL F., TUNCERA, SEZER B**; Opcit., Pág. 166-171
43. **MANZINI G., FRANCINI E. VICH M. TOLLARO I. Y RODMAGNOLI**; Opcit., Pág. 215-219.
44. **ANTONIADES K., KAVADIA S., MILIOTIK, ANTONIADES, MARQOVISTSY**; Opcit., Pág. 239-242.
45. **KRAKOWIAK F.**; Opcit., Pág. 288-292.
46. **ERTUGRUL F., TUNCERA, SEZER B**; Opcit., Pág. 166-171
47. **RAGHOEBAR G. BOERING GEET STEGENGA**; Opcit., Pág. 17-22.
48. **ANTONIADES K., KAVADIA S., MILIOTIK, ANTONIADES, MARQOVISTSY**; Opcit., Pág. 239-242.
49. **NAZIF M. ZULLO PAULETTE S.**; Opcit., Pág. 115-118.
50. **EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA**; Opcit., Pág. 340-346
51. **ERTUGRUL F., TUNCERA, SEZER B**; Opcit., Pág. 166-171
52. **RAGHOEBAR G. BOERING GEET STEGENGA**; Opcit., Pág. 17-22.
53. **ADAMS T., Mabbe M. y BROWMAN J**; Opcit., Pág. 447-449.
54. **MARECHAUX S.**; Opcit., Pág. 63-66.
55. **DWEHURST A. HARRYS M. BEDI J**; Opcit
56. **CASIAN J.**; Opcit., Pág. 46-49.
57. **BEN-BASSAD y BRIN I., FUKS.** Oclusal disturbances resulting. *J. D Dent for Child*, 1991. Pág. 129-133.
58. **EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA**; Opcit., Pág. 340-346
59. **NAZIF M. ZULLO PAULETTE S.**; Opcit., Pág. 115-118.
60. **BONIN M.**, Simplified and Rapid Treatment of Ankylosed Molars with an Amalgam and Composite Resin. *J. Dent for Child*, 1976. Pág. 159-162.
61. **TORRES A. y OROZCO Y.** Displasia Ectodérmica asociada con retardo en la exfoliación. *www. Encolombia.com*, 1997. Pág. 8-11.
62. **KRAKOWIAK F.**; Opcit., Pág. 288-292.
63. **Ibit.**, Pág. 288-292.
64. **EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA**; Opcit., Pág. 340-346
65. **ERTUGRUL F., TUNCERA, SEZER B**; Opcit., Pág. 166-171
66. **ANTONIADES K., KAVADIA S., MILIOTIK, ANTONIADES, MARQOVISTSY**; Opcit., Pág. 239-242.
67. **ATWAN S., DESROSIERS D.**; Opcit., Pág. 272-275.
68. **DWEHURST A. HARRYS M. BEDI J**; Opcit., Pág. 25-30.
69. **CASIAN J.**; Opcit., Pág. 46-49.
70. **BEN-BASSAD y BRIN I., FUKS**; Opcit., Pág. 129-133.
71. **ERTUGRUL F., TUNCERA, SEZER B**; Opcit., . Pág. 166-171
72. **Ibit.**, . Pág. 166-171
73. **ANTONIADES K., KAVADIA S., MILIOTIK, ANTONIADES, MARQOVISTSY**; Opcit., Pág. 239-242.
74. **DE LA ROSA C., VALMASEDA E**; Opcit., Pág. 47-51
75. **MARECHAUX S.** Opcit., Pág. 63-66.
76. **NAZIF M. ZULLO PAULETTE S.**; Opcit., Pág. 115-118.
77. **EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA**; Opcit., Pág. 340-346
78. **ERTUGRUL F., TUNCERA, SEZER B**; Opcit., Pág. 166-171
79. **RAGHOEBAR G. BOERING GEET STEGENGA**; Opcit., Pág. 17-22.
80. **ERTUGRUL F., TUNCERA, SEZER B**; Opcit Pág. 166-171
81. **RAGHOEBAR G. BOERING GEET STEGENGA**; Opcit., Pág. 17-22.
82. **KENSOU, MADOKAI, SHINO S. SHIGEAKY MIKONO Y. Y. TOSHIRO T.**; Opcit., Pág. 127-130.
83. **ADAMS T., Mabbe M. y BROWMAN J**; Opcit., Pág. 447-449.
84. **MARECHAUX S.**; Opcit., Pág. 63-66.
85. **DWEHURST A. HARRYS M. BEDI J**; Opcit., Pág. 25-30.
86. **CASIAN J.**; Opcit
87. **BEN-BASSAD y BRIN I., FUKS**; Opcit., Pág. 129-133.
88. **STANLEY A.** Premolar impaction related to ankylosed, totally submerged second primary molar. A case report. *J. of clinical pediatric dent*, 1992. Pág. 267 - 271.
89. **EKIM S.L. HATIBBOVIC-KOFMA**; Opcit., Pág. 340-346
90. **ERTUGRUL F., TUNCERA, SEZER B**; Opcit., Pág. 166-171

EMAIL. Infrasevera_Molares@latinmail.com