

Tratamiento integral de un paciente niño con displasia ectodérmica. Utilización de resinas compuestas y prótesis parcial removible. Reporte de caso.

Autores

Laura Degiovanangelo

Estudiante de 5to año, Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.

Florencia Puig

Estudiante de 5to año, Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.

Joaquín Isper

Estudiante de 5to año, Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.

Horacio Fioretti

Profesor titular de la Clínica de Odontopediatría, Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay

Entregado para revisión: 26 de octubre de 2013
Aceptado para publicación: 10 de diciembre de 2013

Resumen

La Displasia Ectodérmica (DE) es una enfermedad que afecta las estructuras de origen ectodérmico. Estadísticamente la DE afecta 7 de cada 100.000 nacimientos en Estados Unidos, y 7 de cada 9 personas afectadas con esta enfermedad, son hombres. Las opciones para la rehabilitación pueden ser varias, siempre haciéndose énfasis en la búsqueda de mejoras funcionales, estéticas y aumento en la autoestima del paciente para así lograr el adecuado y esperado crecimiento y desarrollo. Se presenta un caso de displasia ectodérmica de una niña de 3 años de edad que concurre a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de la ciudad de Montevideo, Uruguay. Se realizó un plan de tratamiento acorde a las necesidades de la paciente: control de la infección caries y paradencial, medidas de refuerzo local y sistémico con flúor, y desde el punto de vista rehabilitador, estético, funcional y psicológico se realizaron resinas compuestas (RC) y un juego de PPR a cromo-cobalto respetando los principios de crecimiento y desarrollo, con controles periódicos.

Palabras clave: Displasia ectodérmica, hipodoncia, hipotricosis, hipohidrosis, cromosoma X, rehabilitación en niños.

Abstract

The Ectodermal Dysplasia (ED) is a disease that affects ectodermal structures. Statistically ED affects 7 out of every 100,000 births in the United States, and 7 out of 9 people affected with this disease are men. Several options of rehabilitation are possible, always making emphasis on the search for functional and aesthetic improvements and increased self-esteem of the patient in order to achieve the proper and expected growth and development. A case of ectodermal dysplasia in a 3 year old girl who attends the Clinic of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Catholic University of Montevideo, Uruguay, is presented. A treatment plan tailored to the needs of the patient was performed: control of caries, paradencial disease, measures of local and systemic reinforcement with fluoride, in order to perform the rehabilitation, aesthetic, functional and psychological, composites resins (CR) and a set of chrome-cobalt Removable Prosthodontic partial (RPP) to respecting the principles of growth and development were made, with regular checks.

Key words: Ectodermal Dysplasia, hypodontia, hypotrichosis, hypohidrosis, chromosome X, rehabilitation in children.

INTRODUCCIÓN

La Displasia Ectodérmica (DE) es una enfermedad que afecta las estructuras derivadas del ectodermo, tales como la piel, mucosa, pelo, uñas, dientes, células nerviosas, glándulas sudoríparas, ojos y otros órganos y tejidos (Arun Prasad Rao, 2010; Melilli, 2012; Parel Jayantilal, 2010; Zemnick, 2013; Singh, 2013). Estadísticamente la DE afecta 7 de cada 100.000 nacimientos en Estados Unidos, y 7 de cada 9 personas afectadas con esta enfermedad, son hombres (Arun Prasad Rao, 2010).

Según qué estructura del ectodermo esté afectada y sus combinaciones, existen alrededor de 200 tipos de DE (Shah, 2011; Singh, 2012). Entre ellas los dos tipos más frecuentes se clasifican según el número y función de las glándulas sudoríparas: Displasia Ectodérmica Hipohidrótica (anhidrótica) y Displasia Ectodérmica Hidrótica (Shah, 2011; Singh, 2012; Rafael, 2012).

La DE de tipo Hipohidrótica o también conocida como el síndrome de Christ-Siemenis-Tourine afecta las glándulas sudoríparas y es la más común en un 80% de los casos. Clínicamente es reconocida por la triada de hipotricosis, hipodoncia e hipohidrosis. Este tipo de displasia está ligada al cromosoma X que puede ser autosómico dominante o recesivo, siendo éste último el más frecuente y por esta razón es que afecta principalmente a hombres (Sasgo, 2009).

Según la Asociación de afectados por DE (AADE) puede afectar:

- Glándulas sudoríparas: disminuyendo su función o incluso que las mismas estén ausentes, esto puede llevar a un déficit en la regulación de la temperatura, intolerancia al calor, convulsiones por fiebre alta, daño cerebral, muerte.
 - Piel: puede ser suave, poco pigmentada, seca, escamosa, fina, aunque en las palmas de las manos y las plantas del pie puede ser gruesa. Las consecuencias son: susceptibilidad a las erosiones, infecciones, eccemas, ampollas y rasguños.
 - Pelo: puede ser fino, claro, escaso, hasta incluso puede estar ausente, el paciente puede no tener pelo en las pestañas ni en las cejas.
 - Tejidos bucales: ausencia parcial o total dentaria. Erupción tardía de los dientes. Los dientes anteriores suelen tener forma cónica, los posteriores pueden tener tubérculos de desarrollo supernumerario. Taurodoncia de los segundos molares caducos.
- La falta de los incisivos inferiores es lo más común, luego le siguen los premolares inferiores, premolares superiores, e incisivos superiores.

Con respecto a la estructura del diente el esmalte presenta un menor espesor, esto lo hace más propenso



Fig. 1. Reconocimiento facial de la paciente

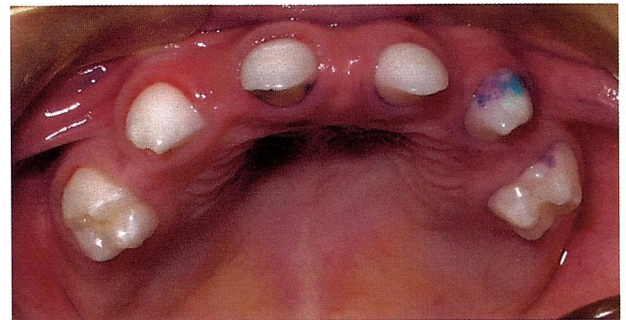


Fig. 2. Control de placa maxilar superior.

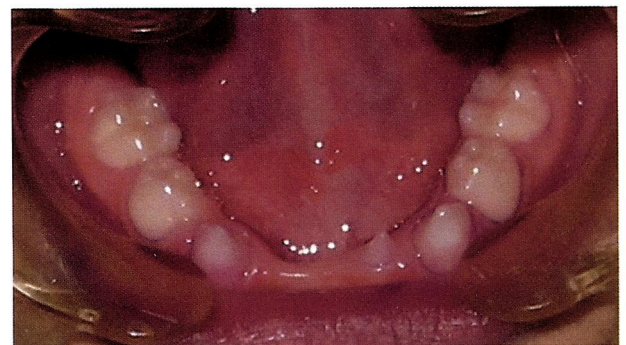


Fig. 3. Control de placa maxilar inferior

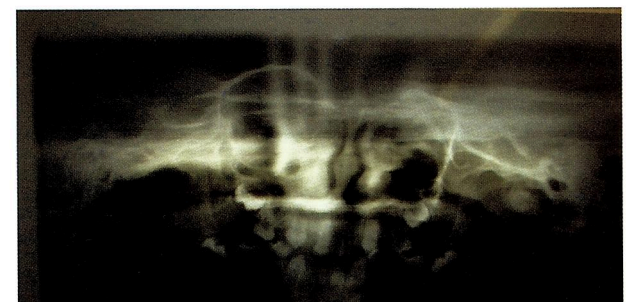


Fig. 4. OPT 2011

a la infección caries.

Los dientes pueden encontrarse parcialmente erupcionados.

- Periodonto: las crestas alveolares se hallan atrofiadas.
- Saliva: puede estar disminuida.
- Aspecto físico: cara pequeña, labios grandes y evertidos, nariz en silla de montar, frente prominente, implantación baja de las orejas, zona periocular pigmentada, problemas visuales (cataratas, efectos visuales).
- Uñas: blandas, quebradizas, de crecimiento lento, divididas, onicodisplasia.
- Sistema Inmune: puede estar poco activo siendo frecuentes las infecciones respiratorias altas, inflamación en la mucosa nasal, eccemas y asma (Ozlem, 2010; Rafael, 2012).
- Manos: puede faltar el dedo medio.

El tratamiento de la DE es importante debido a que afecta estructuras relacionadas con la vida social y funcional del paciente. El papel del odontólogo en el equipo multidisciplinario es tratar las afectaciones estéticas, funcionales y fonéticas del paciente.

REPORTE Y EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

La paciente de raza blanca, género femenino, 3 años de edad, acudió en marzo del año 2011 a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica (UCUDAL) de la ciudad de Montevideo, Uruguay, en compañía de su madre. En el transcurso del año 2011 (figuras 1-6), se realizó la fundamental tarea de lograr que la introducción de María Paz a la asistencia odontológica fuera agradable, lo cual, le dio la posibilidad de conocerlos, familiarizarse con el ambiente y la actividad clínica, ganar en confianza, poder tomar las primeras Rx, empezar a aprender a controlar (ella y su familia) la progresión de la infección caries y paradencial. Planteado el plan de tratamiento, el pronóstico fue muy favorable porque desde siempre María Paz y su mamá se mostraron muy receptivas e interesadas en los objetivos presentes y futuros del tratamiento y fundamentalmente por el gran amor que transmitía en todo momento la señora por su hija.

En resumen, creemos que en éste período, se edificaron los pilares para que en el siguiente año (2012) se pudiera realizar la segunda etapa del plan de tratamiento: la deseada rehabilitación protésica.

Durante la anamnesis, la madre de la paciente relató un suceso de sudoración excesiva en las manos en los primeros meses de vida pero fue derivada al endocrinólogo por sospecha de alteración de tipo

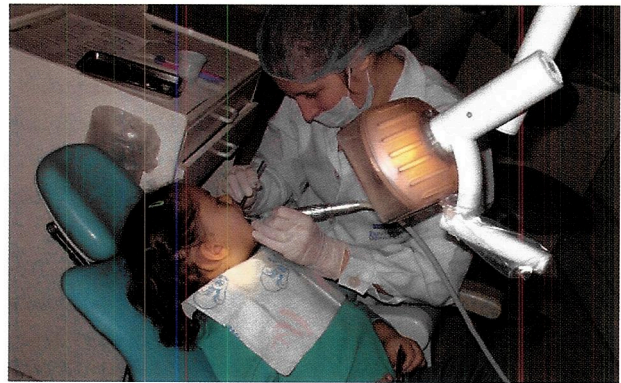


Fig. 5. Educación para la salud



Fig. 6. La importancia de la presencia materna.

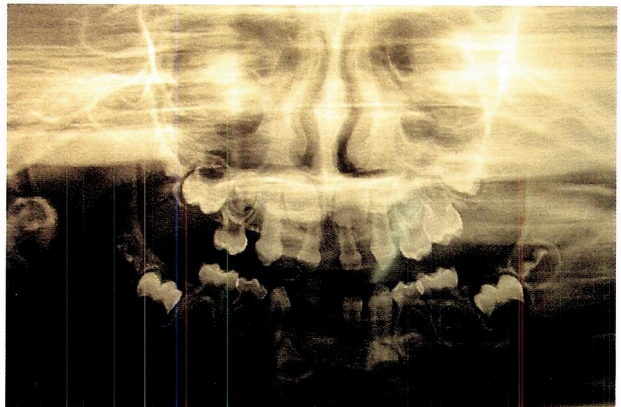


Fig. 7. OPT 2012

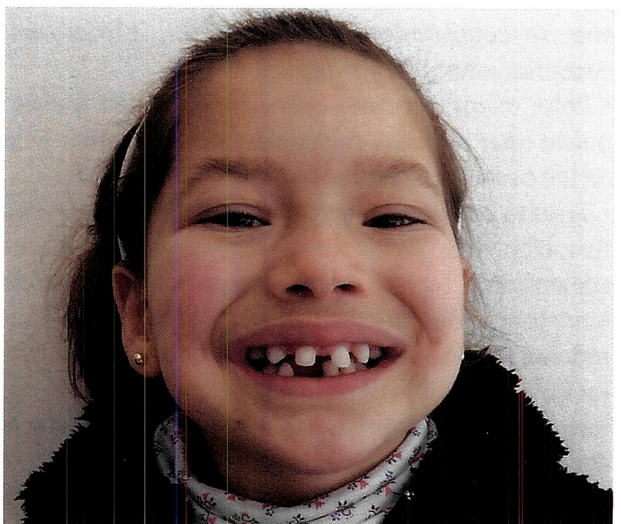


Fig. 8. Características faciales

tiroideo, se descartó dicha posibilidad. No se relata dificultad para controlar la temperatura corporal así como tampoco fiebres extremadamente altas frente a enfermedades que cursa la niña.

Figura 8: Características faciales.

En el examen clínico extraoral, se observó presencia de cabello de aspecto fino y quebradizo (hipotricosis) al igual que sus pestañas y cejas, se observaron manchas hipocrómicas a nivel abdominal y pantorrillas que de acuerdo con lo relatado por la madre del paciente se hallan desde el nacimiento, zona periocular pigmentada, en el resto del cuerpo la piel se halló fina y sin otra particularidad. Se consultó a la madre en relación al aspecto de las uñas de manos y pies de la paciente, la madre relató poseerlas de aspecto normal desde siempre, lo cual fue evidente en el examen clínico.

Fueron observadas características faciales adicionales tales como: prominencia frontal, puente nasal deprimido, nariz en forma de silla de montar, crestas supraorbitarias prominentes, aumento de volumen labial, sobre todo el labio inferior que se haya evertido y más voluminoso, e implantación baja de las orejas. (Fig. 8)

En el examen clínico intraoral, se observaron 14 dientes temporarios, los cuales fueron verificados en el examen radiográfico panorámico, 7 en el maxilar superior sufriendo agenesia de los incisivos laterales y del segundo molar derecho, un retraso en la erupción del segundo molar izquierdo, y 7 piezas en el maxilar inferior con agenesia de los incisivos centrales y el incisivo lateral derecho.

Los dientes temporarios anteriores tanto superiores como inferiores se hallaron de aspecto cónico y con acentuados diastemas entre las piezas del arco superior principalmente, en el caso de los molares, los mismos se hallaron con anomalías en sus cúspides. Un dato a destacar importante es que no fueron observadas restauraciones ni lesiones de caries en ningún diente, si se halló defectos de estructura de esmalte en algunas piezas superiores y alguna inferior. (Figs 9,10,11)

En lo que respecta de los dientes permanentes, agenesia de los cuatro incisivos inferiores y en el maxilar superior agenesia de incisivos laterales, segundos premolares y segundo molar izquierdo. (Fig. 7)

Como hemos observado en otros niños con patología similar, los estudios rx secuenciados nos muestran, la aparición a veces tardía de los gérmenes permanentes. Sí se comparan las O.P.T. de los años 2011 Y 2012 se observan los dientes permanentes en etapa de calcificación, se verá que en el maxilar inferior se empiezan a visualizar en 2012, los cuatro premolares

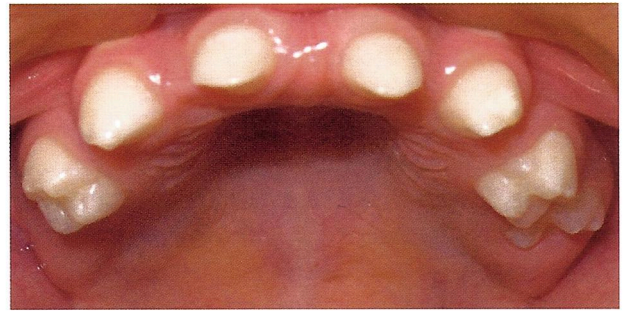


Fig. 9. Examen clínico intraoral 2012

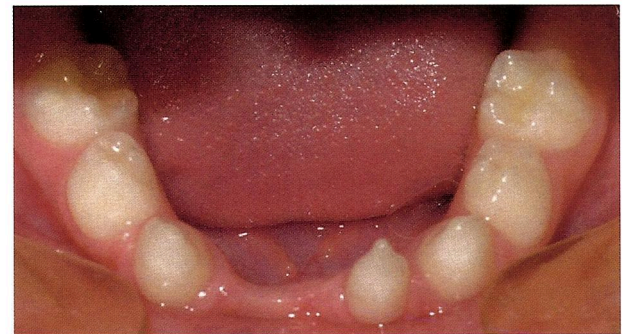


Fig. 10. Examen clínico intraoral 2012

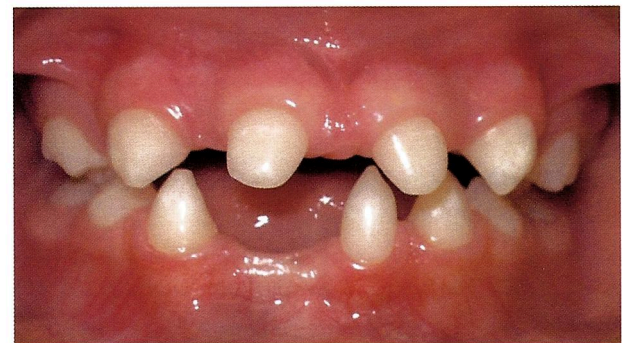


Fig. 11. Examen clínico intraoral 2012

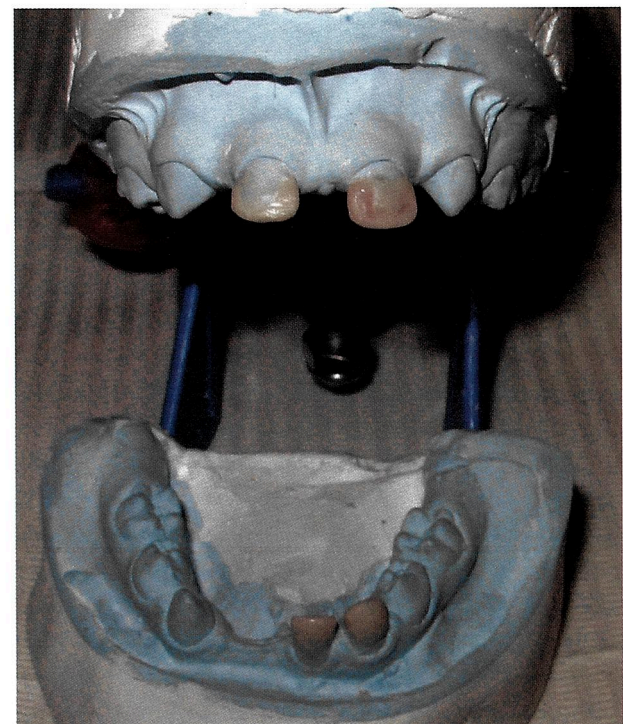


Fig. 12. Encerado de diagnóstico

y los dos segundos molares. (Figs 4 y 7)

Se observó atrofia acentuada en la cresta alveolar de la zona ántero-inferior con ausencia de tres piezas temporarias. No presenta disminución de la dimensión vertical debido a la presencia de los molares temporarios como si ocurre en la mayoría de los casos con DE donde la falta de molares es más frecuente. La mucosa bucal se encontró de aspecto normal. Con respecto al flujo salival no se halló ninguna particularidad

Basados en los datos clínicos observados, no se puede llegar a un diagnóstico definitivo por lo tanto es recomendable estudios médicos y genéticos para establecer con certeza el tipo de DE, sin embargo se sospecha que podría ser del tipo hidrótica.

Durante el segundo año de tratamiento, 2012, una vez obtenidos los datos clínicos y paraclínicos (OPT, test de flujo y pH salival) se pasó a la segunda etapa del plan de tratamiento, reforzando en todo momento la educación para la salud y el control de la enfermedad. Para cumplir dicho objetivo se insistió en cada consulta en la enseñanza de técnica de cepillado mediante la visualización de la placa bacteriana por medio de la eritrosina (Dos Tonos)

Por otra parte el asesoramiento dietario fue de suma importancia.

Como medidas de refuerzo local y sistémico se utilizó flúor en domicilio y consultorio.

Desde el punto de vista rehabilitador, estético, funcional y psicológico se realizaron resinas compuestas (RC) y una PPR a cromo-cobalto respetando los principios de crecimiento y desarrollo. Las RC fueron realizadas con el fin de mejorar la estética y la retención de la PPR, mientras que la PPR fue realizada para reponer los dientes ausentes y devolverle la estética funcional. (Figs 12- 22).

La paciente sigue actualmente recibiendo tratamiento integral en la Clínica de Odontopediatría. (Figs.23-27)

DISCUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento prematuro de las manifestaciones anormales del síndrome pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados (Batista de Amorín, 2002). Cabe destacar que resultan ser exitosos cuando se detecta el síndrome en la infancia. Los adultos con el síndrome que no fueron diagnosticados y tratados en su niñez, por lo general requieren de procedimientos más invasivos (Batista de Amorín, 2002). Algunos clínicos sostienen que la edad oportuna para el comienzo del tratamiento es entre los 5 y 6 años. (Zemnick, 2013)

Los niños con DE requieren el cuidado como cualquier niño, respetando su crecimiento y desarrollo

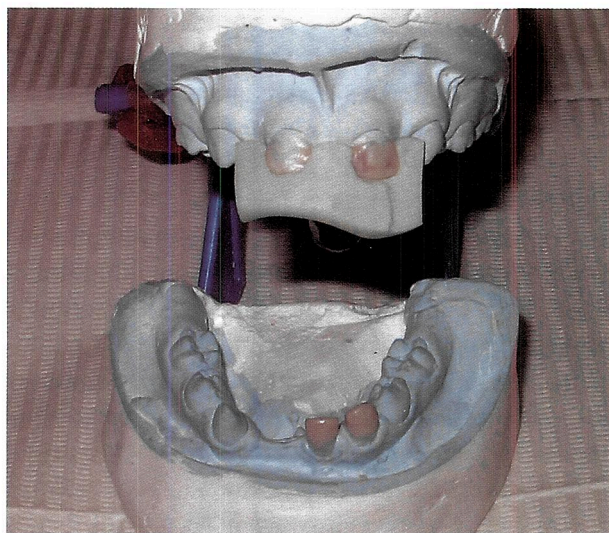


Fig. 13. Llave de silicona

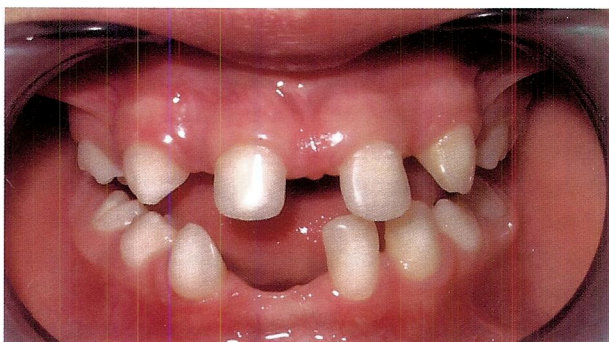


Fig. 14. Corrección de la anatomía dentaria mediante restauraciones plásticas

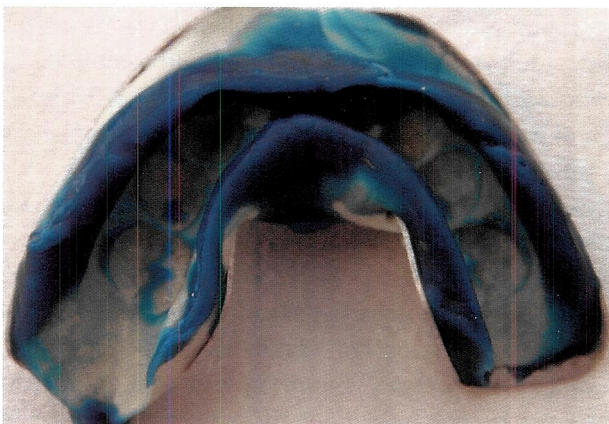


Fig. 15 a. Impresión definitiva inferior



Fig. 15 b. Impresión definitiva superior

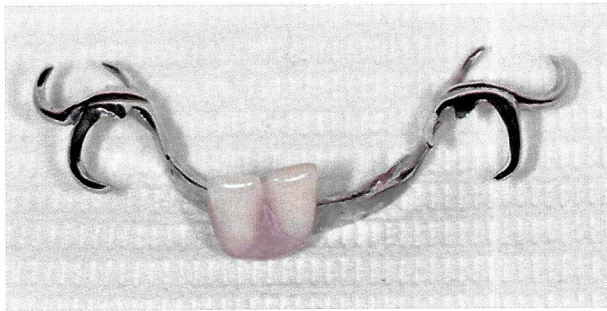


Fig. 16 a. Cromo inferior

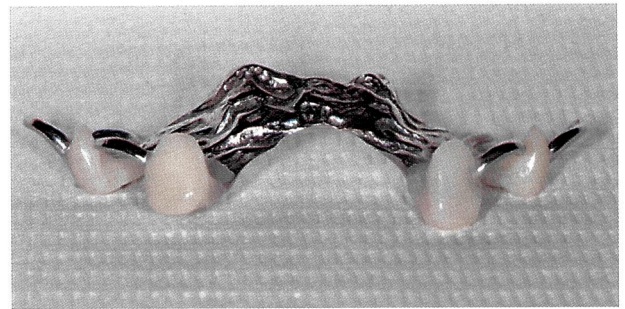


Fig. 16 b. Cromo superior

además de promover un estado de salud bucal sustentable. La rehabilitación de pacientes con anodoncia, hipodoncia y agenesia plantea un desafío desde el punto de vista morfo-funcional y estético.

Las opciones para la rehabilitación en dichos casos son: las prótesis fijas, completas y parciales removibles o implantes dentales. Lo que se busca es mejoras funcionales, estéticas, una mejora de la autoestima del niño y a su vez un correcto crecimiento y desarrollo. Las prótesis fijas rara vez se utilizan exclusivamente en el tratamiento de la displasia ectodérmica debido a la presencia de un número mínimo de dientes y la interferencia con el crecimiento en pacientes jóvenes, principalmente si las prótesis cruzan la línea media (Pigno, 1996).

No existe suficiente literatura confiable acerca de la utilización de implantes en pacientes con DE, solo existen reportes de casos clínicos. Alan K.W et al, en su revisión de casos clínicos determinó que las tasas de supervivencia de los implantes varían entre 88,5% y 97,6% en los pacientes con DE y entre el 90% y el 100% en pacientes con agenesia dental; además no se observó cambios significativos en el crecimiento craneofacial de niños con DE menores de 18 años (Alan, 2009). Por lo tanto el tratamiento con implantes queda relegado a aquellos pacientes que presenten un desarrollo craneofacial completo. Se determinó que a partir de los 15 años de edad se podrían colocar implantes (Tetsch, 1990). Cronin, et al. concluyeron que los implantes colocados después de los 15 años para las niñas y 18 años para los varones tienen pronóstico más predecible (Cronin, 1994). Varios autores han mencionado posibles consecuencias de los implantes orales, si se coloca antes de la maduración dental y esquelética (Guckes, 2002). Experimentalmente, se ha demostrado que los implantes endo-óseos colocados en cerdos jóvenes se comportan similar a los dientes anquilosados, lo que resulta un problema de funcionamiento y estética pudiendo causar problemas de oclusión ya que quedan en infraoclusión, modifica los movimientos de los



Fig. 17. Instalación de las PPRs.



Fig. 18. Prótesis instaladas

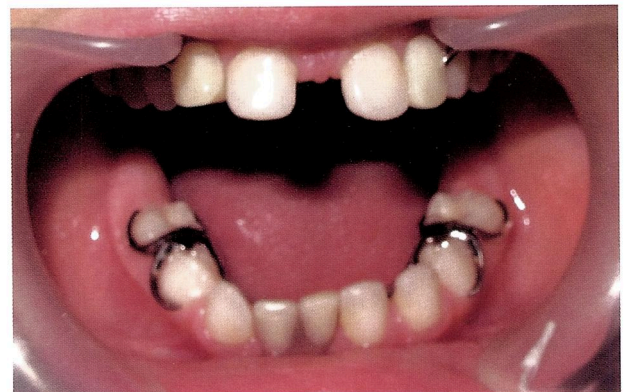


Fig. 19. Prótesis instaladas



Fig. 20. Prótesis instaladas



Fig. 21. Controles post-instalación



Fig. 22. Controles post-instalación

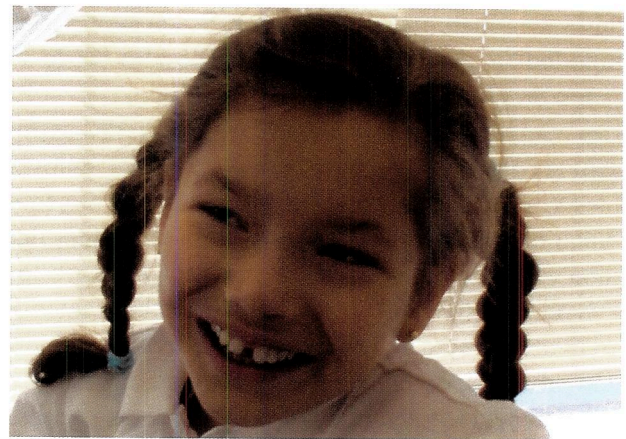


Fig. 23. Control 2013



Fig. 24. Control 2013: permanente presencia materna



Fig. 25. Refuerzo permanente en motivación



Fig. 26. Control 2013

gérmenes e incluso causa déficit en el crecimiento cuando se implantan prótesis implantosoportadas que atraviesan la línea media sobre todo en el maxilar superior antes de los 15 a 18 años (Sennerby, 1993; Ladda, 2013).

Históricamente, estos pacientes han sido tratados con prótesis removibles antes y durante la maduración esquelética y dental. Esta técnica sigue desempeñando un papel importante en la rehabilitación, y los niños por lo general se adaptan bien a sus prótesis. Sin embargo, el aumento de la reabsorción ósea alveolar, aumento de complicaciones periodontales y el aumento de la infección caries son más comunes con el uso de las prótesis parciales removibles (PPR). Por otra parte la utilización de prótesis removibles a cromo cobalto proporciona una retención suficiente para que el niño se adapte a su uso, como contra partida se debe ir adaptando al crecimiento continuo de las estructuras óseas y dentarias, por lo que en un futuro deberán ser remplazadas. La disposición de los retenedores tipo circunferencial deben ser ubicados desde mesial y sin flancos vestibulares, hecho que no interrumpe el crecimiento óseo.

Las rehabilitaciones protésicas deben tratar de ser implementadas en la edad preescolar debido a la mejor adaptación de los niños a ellas además de favorecer a una mejor inclusión del niño a la edad escolar donde serán más factibles las burlas. Por otra parte se estima que a partir de los 9 años de edad los niños ya son conscientes de sus propias deficiencias, entre ellas la estética, hecho que suele ser traumático para ellos (Pigno, 1996).

En este caso se optó por reconstituir sus piezas anteriores remanentes con resina compuesta para mejorar la estética y modificar la forma cónica que presentaban, y la rehabilitación de las zonas desdentadas con prótesis removibles a cromo-cobalto en ambos maxilares con una correcta manipulación de las conductas preventivas para la salud oral.

Se eligió la prótesis parcial removible ya que acompaña el crecimiento craneofacial, es de fácil modificación, y permite una buena adaptación de los niños preescolares según la literatura consultada. No se realizó tratamiento con implantes debido a sus riesgos y las dificultades que presenta una intervención de tal envergadura para un paciente de 4 años.

La implementación de resinas compuestas con un tratamiento de prostodoncia removible es una alternativa a la rehabilitación del niño con DE (Khazaie et al, 2010). Por un lado la utilización de resinas com-

puestas en los dientes, brinda una correcta retención de la PPR además de la estética acorde a la anatomía que requiera cada pieza. La utilización de las mismas no requiere una preparación de las piezas a ser tratadas, además es de efecto reversible y reparable en cualquier momento.

Una vez que las estructuras anatómicas se encuentren desarrolladas por completo se puede dar lugar a restauraciones implantosoportadas o puentes fijos según se decida en el momento (Tetsch, 1996) Sin embargo se ha visto en la literatura reportes de caso en los que la utilización de implantes se ha realizado a partir de los siete años (Alan, 2009; Guckes, 2002).

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión se puede decir que el manejo de un paciente con DE debe ser multidisciplinario.

Desde el punto de vista odontopediátrico debemos destacar que nuestro primer gran objetivo fue poder lograr que María Paz controlara la progresión de la enfermedad caries y paradencial. Sabemos que la inmunidad no existe en estas enfermedades, por tanto, el hermoso desafío que tenemos por delante, es ayudar a la niña en los años futuros a obtener niveles de salud sustentable.

Pensemos que si es importante mantener sanas todas las estructuras dentarias y paradenciales en personas que poseen todos sus gérmenes dentarios; cuanto más

lo es en aquellas que poseen múltiples agencias dentarias.

La utilización de resinas compuestas en combinación con PPR a cromo cobalto parecería ser una alternativa favorable y acorde al crecimiento del sistema estomatognático, se deberán realizar estudios más profundos al respecto.

De acuerdo a la bibliografía consultada se encontraron vacíos de información y discrepancias respecto al tipo de rehabilitación realizada en estos pacientes. La utilización de implantes en niños sigue siendo un tema de controversia, no existe evidencia suficiente que avale su uso, se estima que tienen el comportamiento de dientes anquilosados y que no tenderían a interferir en el crecimiento pero que pueden cambiar de posición con el paso de los años. Por lo que debe esperarse un completo desarrollo de las estructuras para una rehabilitación confiable y predecible.

El primer objetivo fue lograr que María Paz controlara la progresión de la enfermedad caries y paradencial, sabiendo que la inmunidad no existe en estas enfermedades. Por lo tanto, el hermoso desafío que enfrentamos es ayudarla a obtener niveles de salud sustentables en los años por venir.

AGRADECIMIENTO

Se agradece la autorización de la familia de María Paz, que nos permitió mostrar su hermoso rostro sin velo.

REFERENCIAS

- Alan K.W.** (2009) Dental Implants in Patients with Ectodermal Dysplasia and Tooth Agenesis: A Critical Review of the Literature. *Int J Prosthodont*; 22:268–276.
- Arun Prasad Rao V, Venugopal Reddy N, Krishnakumar R, Sugumaran DK.** (2010) Hypohydrotic Ectodermal Dysplasia- A Case Report. *Annals and Essences of Dentistry*; 2(2), 31-35.
- Batista de Amorín RF, Górdon MA, Oliveira de Sales MA et al. (2002) Displasia ectodérmica hereditaria. Relato de 3 casos en una familia y revisión de la literatura: Caso Clínico. *Revista ADM*; (LIX 1): 67-72.
- Cronin RJ, Jr, Oesterle LJ, Ranly DM.** (1994) Mandibular implants and the growing patient. *Int J Oral Maxillofac Implants*;9:55–62.
- Guckes A, Scurria M, McCarthy G, Brahim J.** (2002) Prospective clinical trial of dental implants in persons with ectodermal dysplasia. *J Prosthet Dent*;88:21–5.
- Khazaie R et al.** (2010) Five year follow up treatment of an ectodermal dysplasia patient with maxillary anterior composites and mandibular denture: a clinical report. *J Prosthodont*; 19(4): 294-298.
- Melilli D, Bortolotti L, Curró G.** (2012) Prosthetic Rehabilitation of a Young Patient affected By Ectodermal Dysplasia with the New Eclipse Resin System. *Int J Clinical Dent*; 5(3), 307-317.
- Ozlem MA et al.** (2010) Multidisciplinary treatment approach of patient with Ectodermal Dysplasia. *J Int Dent Med Res*;3(3):141-145.
- Parel Jayantilal R, Sethuraman R, Naveen Y G, Patel N.** (2010) Treatment Considerations for a Patient with Ectodermal Dysplasia: A Case Report. *J Int Oral Health*; 2(4), 73-77.
- Pettit S, Regener Campbell P.** (2010) Ectrodactyly-ectodermal dysplasia-clefting syndrome: the oral hygiene management of a patient with EEC. *Spec Care Dentist*; 30(6): 250-254.
- Pigno MA, Blackman RB, Cronin RJ Jr, Cavazos E.** (1996) Prosthodontic management of ectodermal dysplasia: A review of the literature. *J Prosthet Dent*;76:541-5.
- R Ladda, SA Gangadhar, VO Kasat .**(2013) Prosthodontic Management of Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia with Anodontia: A Case Report in Pediatric Patient and Review of Literature. *Ann Med Health Sci Res*; 3(2): 277–281.
- Rosa RR et al.** (2012) Radiographic study of patients with ectodermal dysplasia and partial anodontia. *Indian Journal of Dental Research*; 23(6):801-805.
- Sasgo S, Munde A, Véale M, Joshi M. Ectodermal dysplasia: A Case Report.** (2009) *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*; 21(2), 76-78.
- Sennerby L, Odman J, Lekholm U, Thilander B.** (1993) Tissue reactions towards titanium implants inserted in growing jaws: A histological study in the pig. *Clin Oral Impl Res*;4:65–75.
- Shah A, Latoo S, Lone N, Khan M, Bhaget R, Hassan S, Bhat A.** (2011) Anhidrotic Ectodermal Dysplasia: Report of two Cases and Review of Literature. *Indian Journal of Dental Sciences*; 2(3), 29-35.
- Singh G, Kapoor A, Sharma V, Dhameja M.** (2012) Ectodermal Dysplasia: A Case Report. *Indian J Stomatol*;3(3):187-189.
- Singh G. Hereditary Ectodermal Dysplasia: a case report.** (2013) *Periodontics*; 48-50.
- Tetsch P, Ackermann KL, Behneke N, Galandi M, Geis-Gerstorfer J, Kerschbaum TH, et al. (1990) Proceedings of a consensus conference on implantology. *Int J Oral Maxillofac Implants*;5:182–7.
- Zemnick C, Kapoor R, Yoon RK, Chussid S.** (2013) Speech Prosthesis in Child Patient with Ectodermal Dysplasia: Case Report. *NY State Dent J.*; 79(2):22-26.

Florencia Puig

Rivera 5618 Montevideo Uruguay. - popi1509@hotmail.com

Cátedra de Odontopediatría de la UCU

bedfacod@ucu.edu.uy