



VII Festival de las Ciencias Médicas

REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTE CON DISPLASIA ECTODÉRMICA. ESTUDIO DE CASO

Autores: Mariam Muñiz Gallardo ¹, Roxángela Morejón Pérez ², Naida Teresa González Cantero ³

Tutor: Nereixis Pérez Peraza ⁴

1. Estudiante de quinto año. Estomatología. Alumno ayudante de Estomatología General Integral. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4016-3854>

2. Estudiante de quinto año. Estomatología. Alumno ayudante de Estomatología General Integral.

3. Estudiante de cuarto año. Estomatología. Alumno ayudante de Periodoncia. Correo: gonzalezcanteronaidateresa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4087-5728>

4. Especialista en Estomatología General Integral. Especialista en Prótesis Estomatológica. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor instructor.

RESUMEN

La displasia ectodérmica representa un conjunto de trastornos genéticos, llamada así por causar alteraciones sobre el tejido ectodérmico el cual se encarga de envolver toda la superficie embrionaria. Este trabajo tiene como objetivo mostrar las características de un paciente con displasia ectodérmica hipohidrótica, así como el tratamiento dental realizado y los resultados logrados. El tratamiento protésico se inicia con impresiones de alginato y obtención de modelo de estudio sobre el que se elaboró la base con rodillos de cera, realizándose posteriormente las pruebas de ellas en el paciente y se colocó en articulador. Se realizó rehabilitación protésica con el fin de restablecer todas las funciones del aparato estomatognático afectadas a causa del desdentamiento parcial superior e inferior. Las manifestaciones orales, principalmente las alteraciones dentales, son comunes en la displasia ectodérmica. Es por ello que, pesar de la poca frecuencia de incidencia de esta enfermedad, es de gran importancia que el profesional de Odontología esté preparado para diagnosticarla para así poder brindar una atención estomatológica integral a los individuos que la padecen y de esta forma contribuir a su normal desarrollo.

Palabras claves: Displasia ectodérmica, hipohidrótica, rehabilitación protésica, maloclusión.

ABSTRACT

Ectodermal dysplasia represents a set of genetic disorders, named for causing alterations in the ectodermal tissue, which is responsible for enveloping the entire embryonic surface. This work aims to show the characteristics of a patient with hypohidrotic ectodermal dysplasia, as well as the dental treatment performed and the results achieved. The prosthetic treatment begins with alginate impressions and obtaining a study model on which the base was made with wax rollers, later testing them on the patient and placing them in an articulator. Prosthetic rehabilitation was performed in order to restore all the functions of the affected stomatognathic apparatus due to the upper and lower partial edentulousness. Oral manifestations, mainly dental abnormalities, are common in ectodermal dysplasia. That is why, despite the infrequent incidence of this disease, it is of great importance that the dentistry professional is prepared to diagnose it in order to provide comprehensive dental care to individuals who suffer from it and thus contribute to their normal development.

Keywords: Ectodermal dysplasia, hypohidrotic, prosthetic rehabilitation, malocclusion.

INTRODUCCION

La displasia ectodérmica representa un conjunto de trastornos genéticos, llamada así por causar alteraciones sobre el tejido ectodérmico el cual se encarga de envolver toda la superficie embrionaria. ¹ El desarrollo de los derivados ectodérmicos ocurre durante la tercera semana posterior a la fecundación. Las células del epiblasto migran y se diferencian para formar el embrión trilaminar que estará constituido por el ectodermo, mesodermo y endodermo. La diferenciación ulterior del ectodermo y neuroectodermo originará el sistema nervioso central, cresta neural, epidermis y anexos cutáneos –pelo y glándulas sudoríparas–, también forman el ojo, oído, nariz, así como las glándulas ecrinas, mamarias y pituitaria, entre otras estructuras. El epitelio de revestimiento de la cavidad oral primitiva, denominada estomodeo, también tiene origen ectodérmico. ^{2, 3,4}

El epitelio que recubre los arcos alveolares embrionarios se diferenciará en lámina dental, que a su vez formará los brotes epiteliales del órgano del esmalte, dentina y cemento dental. Conocer el origen embrionario de las estructuras mencionadas permite entender las alteraciones del desarrollo de pelo, uñas, dientes y glándulas sudoríparas que se presentan en las displasias ectodérmicas, ya que se considera que estas alteraciones empiezan a manifestarse entre el tercer y cuarto mes de vida intrauterina, cuando se detiene total o parcialmente la maduración de algunos tejidos derivados del ectodermo, como la piel, sus anexos cutáneos, los dientes y en algunas ocasiones otros tejidos del mesodermo. ⁵

Existen más de 197 tipos de displasia ectodérmica, solo se conoce el gen causante en 60 de ellos. Las más comunes se dividen en 2 grupos: Displasia ectodérmica hidrótica o Síndrome de Clouston se caracteriza por hipotricosis, distrofia ungueal e hiperqueratosis de las palmas de las manos y plantas de los pies. El segundo grupo incluye displasia ectodérmica anhidrótica e hipohidrótica (DEH), también conocida como Síndrome de Christ-Siemens-Touraine se caracteriza por la triada de hipotricosis, hipohidrosis (DE hipohidrótica) o anhidrosis (DE anhidrótica) e hipodoncia. ⁶

La detección de la DEH se basa principalmente en la historia clínica y en pruebas diagnósticas como la ortopantomografía, radiografía de manos y pies, estudios capilares, pielografía, uretrocistografía o ultrasonografía, biopsia cutánea y recuento de glándulas sudoríparas. El diagnóstico prenatal se realiza a través de la ultrasonografía tridimensional

desde la trigésima semana de desarrollo, y el estudio genético de vellosidades coriales, a la décima semana. ⁷

De esta forma, ante la importancia del tratamiento y acompañamiento odontológico de pacientes con displasia ectodérmica y la poca incidencia de esta enfermedad el presente reporte de caso tiene como objetivo mostrar las características de un paciente con displasia ectodérmica hipohidrótica, así como el tratamiento dental realizado y los resultados logrados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 16 años de edad, con antecedentes de Displasia Ectodérmica que acude al servicio de Prótesis de la clínica estomatológica del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, acompañado de su madre, en abril del año 2022, refiriendo presentar trastornos durante la masticación y una gran preocupación en cuanto a su aspecto físico debido a un desdentamiento parcial superior e inferior. En sus antecedentes familiares el paciente reporta que su padre padece igualmente de Displasia Ectodérmica. Al examen físico general se observan mucosas normocoloreadas, piel seca, cabello escaso y quebradizo, implantación baja de las orejas, cara ovoide, perfil convexo y labios y frente protuberantes. Al examen intraoral se constata una implantación media de las inserciones frénicas, encías de aspecto normal, dentición mixta con presencia clínica de 16, 17, 26, 27, 33, 36, 37, 43, 46, 47, 55, 64, 65, 74, 75 y ausencia clínica de 11, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 31, 32, 34 y 35. Se observan estructuras dentarias a ambos lados de la línea media bucal, con aproximadamente 1 cm de separación, de forma cónica, en vestibuloversión. Se evidencia, además, gran destrucción coronaria en 65 por caries dental y unos rebordes residuales alveolares regulares, poco reabsorbidos, de forma redondeada y de igual color al de la mucosa circundante. Como plan de tratamiento, primeramente, se indica la exodoncia de 65 debido a la gran pérdida de tejido dentario, la cual se realiza en los servicios básicos de Estomatología, sin presentar el paciente ninguna complicación. Luego se inicia el plan de rehabilitación protésica; se decide la colocación de prótesis parcial removibles superior e inferior de acrílico, dentomucosoportadas. (Figura 1).



Figura 1. Situación del paciente antes del tratamiento. Fuente: Confección propia, 2022.

El tratamiento protésico se inicia con impresiones de alginato y obtención de modelo de estudio sobre el que se elaboró la base con rodillos de cera, realizándose posteriormente las pruebas de ellas en el paciente y se colocó en articulador. Se realizó la articulación de dientes de acrílico anteriores y posteriores y luego la prueba de dientes en el paciente. Se decidió colocar ganchos Adams a nivel de primeros molares superiores e inferiores como

formas de retención del aparato protésico. Se realizó la instalación de las prótesis indicándole al paciente medidas de cuidado, limpieza e higiene de las mismas. Como terapéutica final se realiza tratamiento de cosmética dental con resinas fotopolimerizables en estructuras dentarias anteriores de forma cónica, con el objetivo de que las mismas adquirieran una forma semejante a los incisivos centrales superiores.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De manera general se diferencian dos subtipos de displasia ectodérmica: la DE hidrótica, también conocida como síndrome de Clouston, en la que las glándulas sudoríparas se encuentran preservadas y se ven afectados dientes, cabello y uñas; y la DE hipohidrótica (DEH). Esta es la más frecuente y exhibe la triada clásica: hipotricosis, hipohidrosis e hipodoncia. La prevalencia de la displasia ectodérmica hipohidrótica es de 1/5000-100 000 recién nacidos.⁸

La presentación más frecuente de las DEH es la ligada al cromosoma X (DEHLX, MIM#305100), causada por variantes patogénicas del gen EDA en Xq13.1 (MIM*300451). Este gen codifica la ectodisplasia A, una molécula de señalización que participa en la comunicación epitelio-mesénquima durante el desarrollo de la piel. Otros genes autosómicos asociados con DEH son EDAR (MIM*604095), EDARADD (MIM*606603) y WNT10A (MIM*606268), con un patrón de herencia recesivo o dominante, según la variante implicada⁶. También se ha descrito la displasia ectodérmica anhidrótica siendo autosómica dominante con la mutación del gen EDA1 y al igual que en la DEH va a presentar la triada de hipotricosis, oligodoncia y anhidrosis, siendo esta última la diferencia con la DEH. En la actualidad, con la identificación molecular de los genes involucrados, se han clasificado casi diez formas producidas por mutaciones en diversos genes.⁹ El presente caso hace referencia a una DEH autosómica dominante pues el paciente refiere que su padre también padece de dicha enfermedad, siendo este patrón de herencia muy poco frecuente en este tipo de displasia ectodérmica. Según las bibliografías consultadas esta variante de DE esta ligada al cromosoma X en un 80% de los casos.⁷

Se considera sinónimos de este síndrome los que se transcriben a continuación: Síndrome de Christ-Siemens, Síndrome de Christ-Siemens-Touraine, Defecto Ectodérmico Congénito tipo Anhidrótico o Mayor.¹⁰

Existen diagnósticos diferenciales para DEH, ya que, si bien se considera que la DEH afecta a todos los derivados ectodérmicos, cuando existe oncodistrofia se debe sospechar, por ejemplo, un síndrome de hipodoncia-displasia ungueal, entre otros diagnósticos. Además, algunos síndromes de displasias ectodérmicas se caracterizan por ectrodactilia, fisura de labio/paladar, polidactilia u otras alteraciones de los miembros; ante la presencia de cualquiera de estas características se debe pensar en otro tipo de displasia ectodérmica.⁹ De esta forma, la variante Hidrótica o Síndrome de Clouston es una enfermedad autosómica dominante por una mutación en el gen de la conexina, GJB6 o conexina-30, caracterizada por la triada: alopecia, distrofia ungueal e hiperqueratosis palmo plantar, sin presentar alteraciones en las glándulas sudoríparas.^{6, 11}

Según el estudio realizado por... se registraron un total de 66 pacientes con displasia ectodérmica, de los cuales 41 (62,12%) eran de sexo masculino y 25 (37,88%) eran de sexo femenino. Estos resultados se deben a que la displasia ectodérmica es una enfermedad que tiene predilección por el sexo masculino, relacionado a que en la mayoría de casos la mujer es portadora de la enfermedad mientras que los hombres son mayormente afectados.¹ Dicho dato concuerda con lo analizado en el presente caso,

aunque en nuestro estudio el paciente heredo dicha patología de su padre quien también la padece. ⁸

Las manifestaciones clínicas más comunes van a ser la hipotricosis con densidad reducida de cabello, siendo estos delgados, de pigmentación anormal y tasa de crecimiento lenta; suele aparecer calvicie prematura, y el pelo de la región axilar o genital puede ser normal; además las cejas pueden aparecer despobladas. La hipohidrosis s manifiesta como piel seca y brillante, que puede llevar a episodios de hipertermia, con una tasa de mortalidad de hasta el 30% durante la infancia temprana; aparece intolerancia al calor y también arrugas periorcarias que confieren un aspecto de vejez. ^{8,9}

Se ha descrito también alteración en las glándulas sudoríparas, lagrimales y tiroideas, en el oído interno y una disminución en la agudeza visual. Diversos autores mencionan que en estos pacientes pueden encontrarse discrepancia en la proporción de los planos y tercios faciales con frente y mentón prominente, pigmentación de la piel alrededor de los ojos y la boca, mayor distancia intercantal, implantación baja de las orejas, nariz en forma de silla de montar, bipoquelia, depresión del tercio medio, dimensión vertical reducida, hipoplasia del maxilar y protrusión mandibular. ^{5,6}

En nuestro caso encontramos como hallazgos clínicos la escasez de cabello y vello corporal excepto en el tercio facial inferior en la zona de crecimiento de la barba, las cejas presentaban pelo fino, piel seca, pero sin ninguna alteración en su consistencia y color y como características faciales más relevantes la frente prominente, labios protuberantes e implantación baja de las orejas. Dichas manifestaciones generales concuerdan con las más frecuentes encontradas en el estudio realizado por Soriano Vargas ¹ en donde se presentaron la escasez de cabello en un 80% de los pacientes, piel seca en un 46,15% la frente prominente en un 63,08% y labios protuberantes en un 50,77%. ¹

El hecho de encontrar la piel seca con mayor tendencia a la descamación como una de las principales manifestaciones puede deberse a la disfunción de las glándulas sudoríparas (hipohidrosis/anhidrosis) que se presentan en la mayor parte de los pacientes con displasia ectodérmica hipohidrótica afectando así el aspecto de la epidermis. ¹

Por otro lado, es muy común que los pacientes con displasia ectodérmica presenten alteraciones orales, incluso puede ser uno de los principales parámetros para sospechar de algún síndrome o alteración; las anomalías más comunes que presentan son alteraciones de número dental como la hipodoncia u oligodoncia, alteraciones en la morfología dental como dientes cónicos, microdoncia o malformaciones dentales, alteraciones de estructura como la hipoplasia del esmalte, displasia alveolar, osteopenia, xerostomía y en algunos casos labio y paladar hendido. La hipodoncia conlleva a una insuficiencia masticatoria, por lo que el crecimiento de los maxilares es anormal. Se caracteriza por un subdesarrollo de las estructuras óseas. Así, muestra falta de desarrollo de la cresta alveolar y una reducción de la dimensión vertical, lo que provoca una protrusión y eversión de los labios, que se presentan engrosados. ^{6,8}

Los dientes más comúnmente ausentes son los segundos premolares, incisivos centrales superiores e incisivos laterales superiores e inferiores. ⁷

Con relación específicamente a los trastornos de la cavidad oral, también se describen dientes mal posicionados, diastema, microdoncia, supernumerarios, heteromórficos, frágiles, exfoliados, hipocrómicos, con estrías transversales, márgenes irregulares, caries extensas y precoces, hipoplasia de la corona, cámaras pulpares pequeñas o ausentes, protrusión de los incisivos, incisivos y caninos cuadrangulares, taurodoncia molar, raíces

cortas, periodontosis, erosión hasta la encía, displasia de la dentina, manchas marrones, molares piramidales o con raíces fusionadas, persistencia de los dientes temporales, erupción precoz o tardía de los dientes temporales, fusión de los dientes temporales, pérdida temprana o tardía de los dientes temporales y esmalte hipoplásico.¹²

Las manifestaciones orales de la DEH encontradas en nuestro paciente concuerdan con los hallazgos más frecuentes descritos en la bibliografía consultada, siendo la hipodoncia y dientes cónicos las más relevantes en el presente reporte de caso. De igual forma el estudio realizado por Soriano Vargas¹ muestra un alto porcentaje de incidencia de estas manifestaciones con un 61,90% de pacientes con dientes cónicos y un 36,51% con hipodoncia.¹

Cuando se rehabilita un paciente con displasia ectodérmica, es importante individualizar cada caso, debido a que pueden variar mucho las condiciones de cada paciente, la cantidad de dientes presentes, si existen alteraciones en su estructura, el colapso que existe en los maxilares, entre otros factores. El propósito del estomatólogo es restablecer la función del sistema estomatognático, la estabilidad, la fonación y la estética. Un enfoque multidisciplinario otorga al niño la oportunidad de desarrollar formas normales en el habla, la masticación, la función articular y la estética, posibilitándole una vida social normal, sin perjuicio en el desarrollo psicológico, así como su futura inserción en la sociedad. De esta forma se han desarrollado tratamientos protésicos, ortodóncicos y restauradores.^{6, 12}

La rehabilitación protésica es fundamental y todos los autores concuerdan con que el inicio del tratamiento debe ser precoz, permitiendo que el niño tenga oportunidad de desarrollar formas normales en el habla, la masticación, la función articular y la estética, posibilitándole una vida social normal, sin perjuicio en el desarrollo psicológico. Generalmente este tipo de tratamiento se indica a partir de los 2-3 años, coincidiendo con el momento previo al inicio de la escolarización, siempre teniendo en cuenta la colaboración del niño. En nuestro caso el paciente era adolescente y la madre refirió que nunca antes había recibido tratamiento rehabilitador viéndose afectadas todas las funciones del aparato estomatognático así como su estado psicológico, pudiéndose constatar, debido a su comportamiento en la consulta, (poco intercambio de palabras con el estomatólogo, falta de confianza, timidez) bajos niveles de autoestima.^{8, 11, 12}

Existen diversas opciones rehabilitadoras, desde las soluciones convencionales y clásicas como son: prótesis completas mucosoportadas (en casos de edentulismo total, frecuente en la displasia ectodérmica hidrótica/anhidrótica), prótesis parciales dentomucosoportada de resina, o removibles de cromocobalto, prótesis fija provisional, con la problemática que presentan, a veces, debido a la forma de los dientes y el poco desarrollo de la cresta alveolar edéntula, hasta las más actuales de prótesis cementada sobre implantes, pasando por las coronas cerámicas y reconstrucciones con composites e incluso tratamiento ortodóncico (con aparatología fija multibrackets que permitirá modificar la posición de dientes, crear espacios que nos puedan interesar para confeccionar prótesis implantosoportadas o mucoimplantosoportadas, cerrar diastemas, ayudándose en ocasiones de implantes o minitornillos de titanio para realizar algunos movimientos, etc.).¹³

Nuestro paciente recibió tratamiento rehabilitador de prótesis parciales removibles superior e inferior dentomucosoportadas y posterior restauración con composites para asemejar la forma de los dientes conoides a la de los incisivos centrales superiores. (Figuras 2, 3 y 4).



Figura 2. Etapa de prueba de diente. Fuente: Confección propia, 2022.

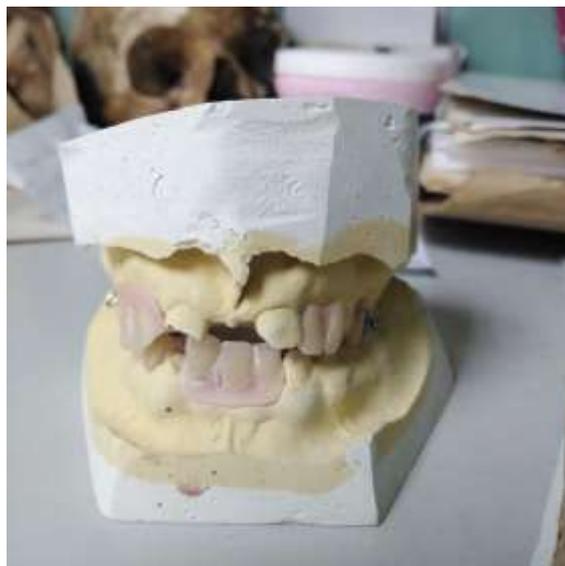


Figura 3. Prótesis finalizada. Fuente: Confección propia, 2022.



Figura 4. Situación del paciente después de realizado el tratamiento. Fuente: Confección propia, 2022.

Es importante que el odontólogo esté consciente de que la colocación de prótesis parciales es una alternativa práctica, que proporciona una solución rápida para la rehabilitación dental funcional y estética de los pacientes con DEH. ⁷ Por otra parte, las prótesis fijas en estos pacientes son menos frecuentes debido a que la ausencia de numerosas piezas dentales dificulta su soporte y estabilidad. En el caso del tratamiento con implantes hay que tener en cuenta la edad del individuo pues su uso en pacientes en crecimiento debe ser evitado, especialmente los parcialmente edéntulos, debido a las consecuencias relativamente imprevisibles que el crecimiento y el desarrollo de la mandíbula pueden ejercer sobre la posición del implante. Por lo tanto, la colocación de prótesis removibles puede ser la única opción rehabilitadora en casos de pacientes pediátricos. ^{8, 11}

Finalmente, los pacientes con Displasia Ectodérmica deben recibir un control odontológico según su riesgo de caries y ser más frecuente con relación al control de prótesis en virtud de evitar o controlar sus desajustes, lo que adicionalmente permitiría evaluar la higiene bucal y flujo salival debido a la necesidad de preservar su salud bucal, lo que incidirá en su calidad de vida. ⁶

CONCLUSIONES

Se realizó rehabilitación protésica en paciente con displasia ectodérmica hipohidrótica con el fin de restablecer todas las funciones del aparato estomatognático afectadas a causa del desdentamiento parcial superior e inferior. Las manifestaciones orales, principalmente las alteraciones dentales, son comunes en la displasia ectodérmica. Es por ello que, pesar de la poca frecuencia de incidencia de esta enfermedad, es de gran importancia que el profesional de Odontología esté preparado para diagnosticarla para así poder brindar una atención estomatológica integral a los individuos que la padecen y de esta forma contribuir a su normal desarrollo. La instalación de prótesis removibles, como fue realizada en el presente caso, es una alternativa interesante, ya que mejora la calidad de vida del paciente, promoviendo una rehabilitación completa, no sólo la estética sino la función y los aspectos psicológicos. Finalmente, cuanto más temprano se realice el diagnóstico, más exitoso será el tratamiento, permitiendo así un mejor control para prevenir las complicaciones propias de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Soriano Vargas NA. Aspectos clínicos y principales manifestaciones orales presentes en pacientes con Displasia Ectodérmica. Revisión sistemática. [Tesis]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2021.
2. Anchundia AM, Castillo González JI, Sánchez Villacís MB. Procedimiento quirúrgico para la despigmentación gingival. Universidad y Sociedad [Internet]. 2022 [citado 20/09/2022]; 14(S3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2955>
3. Romero Fernández AJ, Alfonso González I, Álvarez Gómez GA, Latorre Tapia LF. Habilidades de investigación de los estudiantes de odontología. Universidad y Sociedad [Internet]. 2022 [citado 20/09/2022]; 14(S3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2943>
4. Salame Ortiz VA, López Torres RG, Armijos Briones FM. La correlación entre la maloclusión y la postura corporal. Universidad y Sociedad [Internet]. 2022 [citado 20/09/2022]; 14(S3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/download/2933/2889/>

5. Banderas JA, Hernández AB, Ortega CG, Torres MA. Displasia ectodérmica hipohidrótica tipo 1 ligada al cromosoma X, síndrome de Christ-Siemens-Touraine: Caso clínico y revisión de la literatura. Rev adm [Internet]. 2019 [citado 20/09/2022]; 76(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://pequisa.bvsalud.org/portal/resource/.en;/biblio-1009160>
6. Aparicio JV, Mondragón TD, Venegas RD. Rehabilitación protésica en paciente pediátrico con displasia ectodérmica. [Tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2021. [Internet]. 2021
7. Avendaño AL, Martínez B, Santos MA, García E, Ruíz MS, Pozos AJ, et al. Rehabilitación protésica en displasia ectodérmica hipohidrótica: Reporte de un caso. Odontol. pediátr. [Internet]. 2012 [citado 20/09/2022]; 11(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://repebis.pch.edu.pe/articulos/op/v11n1/a5.pdf>
8. Novoa LS, Rodríguez PP, Bartra PC, Rius JM, Llobet LB. La displasia ectodérmica en odontopediatría: A propósito de un caso clínico. Odontología pediátrica [Internet]. 2020 [citado 20/09/2022]; 28(2): [aprox. 89 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alop/rol-2018/rol181h.pdf>
9. Noriega MA, García-Delgado C, Villaseñor A, Mena CA, Toledo M, Valencia A, et al. Displasia ectodérmica hipohidrótica ligada al cromosoma X de novo por variante recurrente en un paciente mexicano. Boletín médico del Hospital Infantil de México [Internet]. 2020 [citado 20/09/2022]; 77(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/bmhim.19000209>
10. Ortiz LD, Fernández VR, Barreto ES, Goitia JR. Displasia Ectodérmica Anhidrótica. Revista de la Facultad de Odontología [Internet]. 2021 [citado 20/09/2022]; 1(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/download/5140/4835>
11. Danelon M, Dalpasquale G, González García LS, Gonçalves Emerenciano N, Báez-Quintero L, Botazzo Delbem AC. Displasia ectodérmica en odontopediatría. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Internet]. 2021 [citado 20/09/2022]; 8(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.47990/alop.v8i1.146>
12. Rivas Pérez G, Álvarez Mora I, Mora Pérez CC, Pérez Peraza N, Morera Pérez A. Tratamiento ortodóncico—Protésico en un paciente con displasia ectodérmica hipohidrótica. Facultad de Estomatología de La Habana [Internet]. 2020 [citado 20/09/2022]: [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://actasdecongreso.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=3182>
13. Pipa Vallejo A, López-Arranz Monje E, González García M. Tratamiento odontológico en la displasia ectodérmica: Actualización. Av Odontoestomatol [Internet]. 2006 [citado 20/09/2022]; 22(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000300003&Ing=es