

Reporte de caso

Agnesia de primeros y segundos molares permanentes: Revisión de literatura y reporte de casos.

Agnesis of first and second permanent molar: Literature review and cases reports

Ana-María HURTADO¹, Ana-María VALENCIA¹, Jesús HERNÁNDEZ²

1. Odontóloga, Residente de Posgrado en Odontología Pediátrica y Ortopedia Maxilar de la Universidad del Valle (Cali, Colombia). 2. Odontólogo, Especialista en Odontología Pediátrica y Ortopedia Maxilar, Profesor Escuela de Odontología de la Universidad del Valle (Cali, Colombia).

RESUMEN

La agnesia dental es la ausencia de uno o más dientes en la dentición temporal o permanente, es la alteración dental más frecuente, se puede presentar de forma aislada o como parte de un síndrome genético, la incidencia de agnesia en dientes permanentes varía de 1,6 -9,6%, excluyendo los terceros molares, mientras que en dentición temporal el intervalo es de 0,5 a 0,9%. Los factores que actualmente se relacionan con la agnesia dental, son los genes y sus vías de señalización. Específicamente el Pax9 se ha asociado a la falta de molares permanentes. La agnesia de los primeros y segundos molares permanentes aunque no es muy frecuente ha sido reportada en la literatura en forma aislada y puede resultar en una maloclusión, alterando el equilibrio. Por lo tanto, el diagnóstico temprano es fundamental para instaurar un plan de tratamiento adecuado que permita guiar la erupción del resto de los dientes y evitar la aparición de secuelas por causa de la agnesia. Se presentan cuatro casos clínicos de pacientes con agnesia de primeros y segundos molares permanentes para complementar la revisión de literatura

Palabras clave: Agnesia dental, primeros molares permanentes, segundos molares permanentes, maloclusión, organogénesis.

SUMMARY

Tooth agnesis is the absence of one or more teeth in temporary or permanent dentition. This anomaly in craniofacial malformations is more frequent, that may occur as an isolated anomaly or as part of a genetic syndrome. The incidence of agnesis of permanent teeth varies 1.6-9.6%, excluding third molars, while in primary dentition the range is 0.5 to 0.9%. The factors that are related to dental agnesis, are the genes and signaling pathways. Specifically Pax9 has been associated with the lack of permanent molars. Agnesis of the first and second permanent molars is not very common but has been reported in the literature and can be isolated or causing malocclusion. Therefore, early diagnosis is essential to establish a treatment plan to help guide the eruption of other teeth and prevent sequel due to agnesis. Four clinical cases are presented of patients with agnesis of first and second permanent molars to complement the literature review.

Key words: Dental agnesis, first permanent molars, second permanent molars, malocclusion, organogenesis defect.

INTRODUCCIÓN:

El desarrollo de las estructuras dentarias es el resultado de un complejo proceso de

interacciones entre células epiteliales y mesenquimáticas; Los gérmenes dentarios originados a partir de la lámina dentaria se forman desde la sexta semana de vida intrauterina para la dentición primaria y desde el quinto mes de vida intrauterina para la dentición permanente a partir de una proliferación hacia lingual de la lámina dentaria del germen del diente temporal; la formación de primeros y segundos molares permanentes se realiza a partir de la elongación por distal del segundo molar primario de la lámina dentaria, hacia el cuarto mes de vida intrauterina para los primeros molares, al año para los segundos y a los 4-5 años para el tercer molar. El proceso de calcificación se inicia entre las 14 y las 18 semanas (de vida intrauterina) para los dientes temporales mientras que en los dientes permanentes se inicia al momento del nacimiento con la calcificación de los primeros molares y a los 2 ½ y 3 años de edad la de los segundos molares. A partir de la calcificación los dientes temporales y permanentes podrían hacerse visibles en las radiografías. Este complejo proceso de formación y calcificación dental, puede sufrir alteraciones impidiendo la formación de los dientes temporales o permanentes, lo que se traduciría en agnesia (1,2).

El término agnesia dental se utiliza para designar la ausencia de uno o más dientes en la dentición temporal o permanente (1,3), son las alteraciones dentales más frecuentes y se pueden clasificar según la cantidad de dientes faltantes de la siguiente manera:

Recibido para publicación: Junio 23 de 2012

Aceptado para publicación: Febrero 06 de 2013

Correspondencia:

A-M. Hurtado, Universidad del Valle.
anitahurtado86@hotmail.com

- Hipodoncia: Es la ausencia de 1 o algunos dientes primarios o permanentes, sin tener en cuenta terceros molares. La Hipodoncia es la anomalía que ocurre más frecuentemente y se encuentra más a menudo en la dentición permanente (1,3,4-6).
- Oligodoncia: Ausencia congénita de varios dientes, seis o más. Entre los cuales se encuentran más comúnmente los incisivos laterales y segundos premolares (3-6).
- Anodoncia: Es la anomalía menos frecuente de todas y es la ausencia de todos los dientes (3-6).

La agenesia se presenta como una anomalía aislada o como parte de un síndrome genético: debido a defectos cromosómicos o mutaciones en genes responsables de organogénesis. Por ejemplo, el síndrome de Witkop por mutación de *MSX*, el síndrome de Axenfeld Rieger por Mutación de *Bmp4 / Fgf8 (Pitx2)* y *Pax*, Mutaciones en los genes *EVC1* y *ECV2* producen Síndrome de Ellis-Van Creveld. La agenesia dental familiar se puede heredar de manera autosómica dominante, recesiva o ligada al cromosoma X (1,7). El patrón de herencia de la agenesia dental que se presenta en algunos grupos familiares colombianos es el autosómico dominante. Se ha podido determinar que existe una estrecha relación entre la agenesia dental y el tipo de herencia, ya que se ha observado que esta anomalía sigue un patrón mendeliano, con una penetrancia incompleta y una expresividad variable (8).

El objetivo del presente artículo es realizar una revisión de la literatura sobre agenesia de primeros y segundos molares permanentes y reportar cuatro casos clínicos, debido a que la prevalencia y los casos reportados sobre el tema son limitados.

PREVALENCIA

En la población general el tercer molar es el diente que con más frecuencia se encuentra ausente en la dentición permanente, los

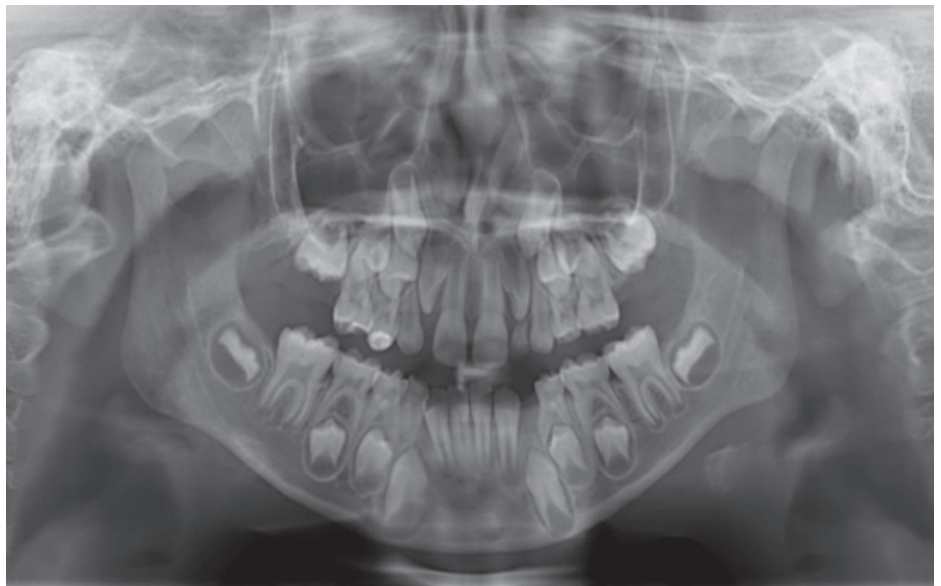


Figura 1. Agenesia de primeros molares permanentes superiores; paciente de género femenino de 8 años de edad. Vista clínica y radiográfica.

estudios sugieren tasas entre el 20-22%. Sin embargo la prevalencia de agenesias varía cuando éste diente se excluye (3).

La prevalencia de agenesia en dientes permanentes varía de 1,6 -9,6%, mientras que en dentición temporal el intervalo es de 0,5 a 0,9%. Se ha visto que cuando las agenesias se presentan en la dentición primaria puede repercutir en la dentición permanente sin embargo hay casos donde el diente temporal no existe y el permanente puede estar presente, o donde se encuentra el diente temporal y hay agenesia de su sucesor (9-11).

El número de dientes ausentes es sustancialmente mayor en dentición permanente

que en la dentición primaria, siendo los incisivos temporales los que con mayor frecuencia se encuentran ausentes en esta dentición (10).

Las mujeres son más frecuentemente afectadas que los hombres, en la proporción de 3: 2 respectivamente (9).

En la dentición permanente, el segundo premolar mandibular es el diente más afectado, seguido por el incisivo lateral maxilar y el segundo premolar maxilar. La ocurrencia de agenesia dental se puede dividir en tres grupos principales: frecuentes (segundo premolar inferior, lateral superior, segundo premolar superior), menos comunes (incisivo central inferior, lateral inferior,

premolar y caninos superiores, segundo molar inferior) y raras (segundo molar superior, primer molar superior, canino inferior, primer molar inferior, incisivo central superior), la incidencia de agenesia unilateral, es más común que la ocurrencia bilateral. Sin embargo, la agenesia bilateral de los incisivos laterales superiores es más común (5).

La prevalencia de dientes ausentes varía según la población estudiada. En la población Caucásica, los segundos premolares mandibulares son los dientes que más faltan, seguido por incisivos laterales maxilares, y segundos premolares maxilares; por el contrario en el sur de China, donde se reportó prevalencia de agenesia dental para ambos sexos de 7,3%, se observó que después de los terceros molares, el siguiente tipo de diente más comúnmente ausente era el incisivo inferior (1,9).

Se ha reportado prevalencia de agenesia dental del 1,4% en Japón (12), siendo más común las agenesias de segundo premolar mandibular y encontrando los primeros molares como los dientes más estables (13). En la población Irlandesa se ha reportado una prevalencia de 11,3% (12).

En europeos, el segundo premolar mandibular fue el diente ausente más frecuente, seguido por el incisivo lateral y segundos premolares maxilares. En Malasia, Turquía y poblaciones de América, el diente que con mayor frecuencia faltaba era el Incisivo lateral maxilar. La ausencia del incisivo central superior, canino, primer molar y segundo molar era raro (12).

En un estudio realizado a 7 grupos colombianos, se determinó que los dientes ausentes más frecuentes fueron los laterales superiores y luego los segundos premolares inferiores (8).

ETIOLOGÍA

Se han generado diferentes hipótesis para explicar la etiología de la Hipodoncia. La Teoría de Campo de Butler, donde la den-

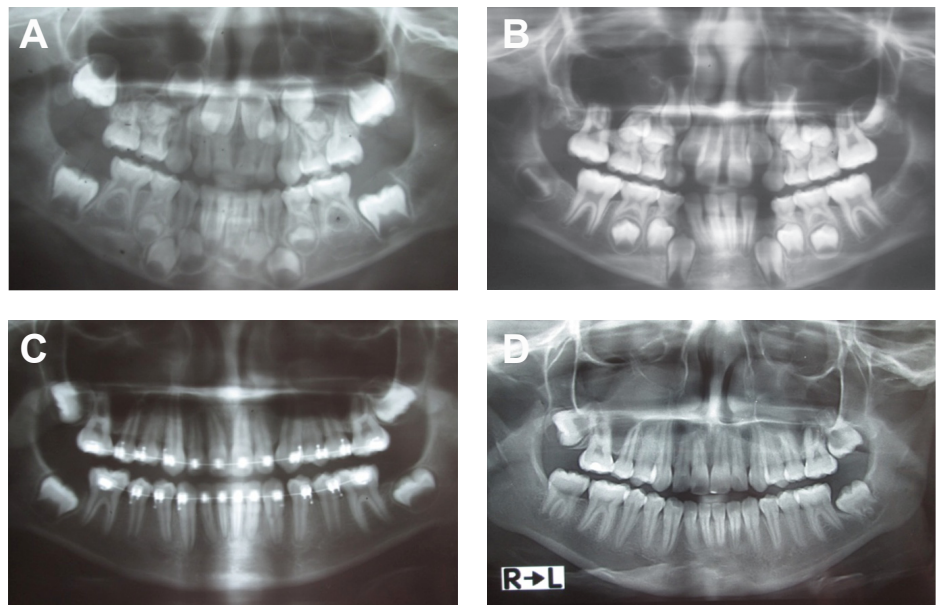


Figura 2. Ausencia de todos los segundos molares permanentes en un paciente de género femenino. A. Radiografía Panorámica a los 5 años. B. Radiografía panorámica a los 9 años, se observa la calcificación inicial de los terceros molares. C y D. Radiografías panorámicas a los 13 y 17 años respectivamente; se observa la evolución de los terceros molares y la agenesia de todos los segundos molares permanentes.

tación se puede dividir en tres campos morfológicos correspondientes a los incisivos, caninos/premolares y molares; dentro de cada campo, un diente “llave” se presume que es estable y los dientes vecinos dentro de este campo se vuelven progresivamente menos estables. Por el contrario, Kjaer explicó la ubicación de agenesia dental en los campos del desarrollo neural en los maxilares (campo incisivo, canino / premolar y molar). Se propone que los dientes más alejados del tronco principal del nervio son los más afectados por la agenesia (9).

Otras teorías que explican la hipodoncia son la evolución de la especie (teoría filogenética), la civilización debido a una hipofunción masticatoria y la adaptación funcional concomitante con la reducción en el tamaño de la mandíbula (14).

Enfermedades generales y factores teratogénicos: raquitismo, sífilis, déficit nutricional durante el embarazo, rubéola entre otras enfermedades que afectan a la madre durante el primer mes de gestación, pueden

estar asociados a agenesia dental. Como también la radioterapia sobre los maxilares cuando el diente está en desarrollo o los procesos infecciosos como la osteomielitis maxilar aguda en el lactante (14,15).

Otras causas de agenesia son los Síndromes Genéticos y congénitos, factores hereditarios de forma autosómica dominante y herencia poligénica (14).

Los factores que actualmente se relacionan con la agenesia dental, son los genes y sus vías de señalización. Se han realizado estudios de mutaciones en ratones transgénicos de genes involucrados en el desarrollo dental como son la familia de genes Homeobox, BMP, FGF, Wnt y Shh, donde se ha encontrado asociación con agenesia, específicamente en la detención de la etapa de iniciación los genes *Msx1*, *Msx2*, *Dlx1*, *Dlx2*, *Fgf8*, *Lhx6*/*Lhx7*, *Pitx2*, *Gil2*, *P63*, *Dkk1*, y en la etapa de brote *Pax9*, *Lef1*, *Max1*, *Runx2*, *Barx1*, *Bmpr1a*, *Fgfr2b*, *Shh*, *Noggin* (1). El gen *MSX1*: (muscle-specific homeobox genes) es un miembro

de la familia de genes homeobox MSX que cumple múltiples funciones durante el proceso de organogénesis. Se expresa en sitios donde son requeridas interacciones epitelio-mesénquima y parece tener una función importante en el control del desarrollo craneofacial y dental (9,16,17).

También se ha relacionado el PAX9 (paired box domain of human) y AXIN2 que están involucrados en Hipodondia no síndrómica, Mientras que los genes, como Shh, Pitx2, IRF6, y p63 participan en trastornos síndrómicos genéticos, que incluyen la agenesia dental (9,16,17).

La familia FGF: FGF3 y FGF10, derivados de mesénquima, promueven proliferación de células madre de incisivos, y el SHH actúa durante organogénesis, iniciación y morfogénesis dental, por lo tanto mutaciones en estos se han asociado con agenesias dentales a nivel de incisivos. El gen WNT, regula múltiples procesos de desarrollo craneofacial, por lo cual desempeña papel en la aparición de labio y/o paladar hendido y agenesia dental (1). Klein et al (2006), afirma que la mutación en Pax9 además de ser responsable de oligodondia no síndrómica, se ha asociado a la falta de molares permanentes y todos los segundos y primeros premolares superiores (1).

AUSENCIA CONGÉNITA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

Los primeros molares permanentes son considerados los dientes más importantes en la dentición debido a su posición en el arco dental y son considerados la llave de la oclusión (9). Por lo tanto la agenesia de estos puede resultar en un serio problema en la oclusión normal (18).

Varias hipótesis habían propuesto que los primeros molares permanentes están siempre presentes y nunca faltan, excepto en aquellos pacientes con grave oligodondia o anodondia. Sin embargo, la agenesia de los primeros molares permanentes ha sido reportada en la literatura, en forma aislada, lo que refutó la hipótesis propuesta (9).

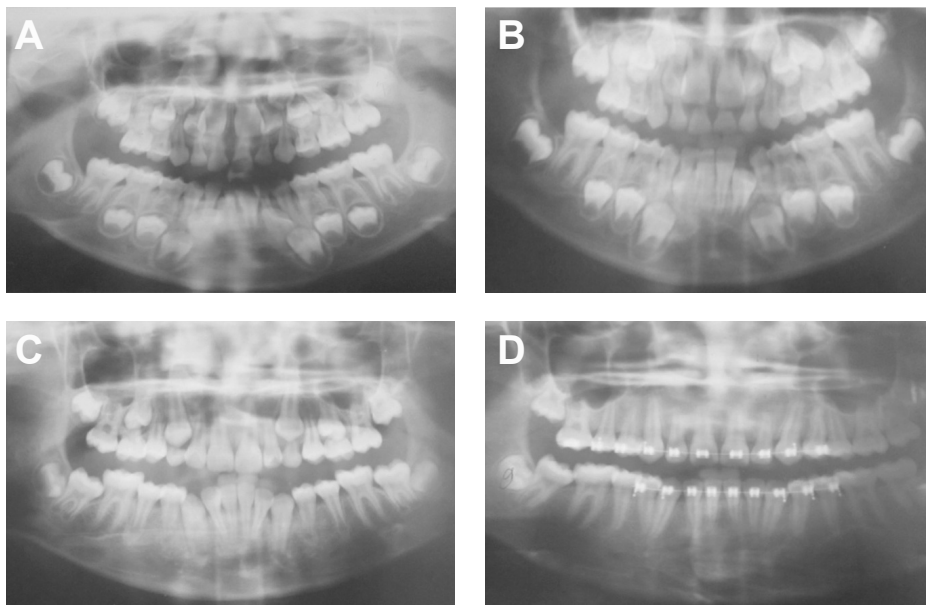


Figura 3. Agenesia de primer molar permanente superior derecho en un paciente de género femenino. A. Radiografía panorámica a los 6 años, se observa la ausencia del diente 16, formación de diente 17, estadio radicular similar en los demás segundos molares permanentes. B. Radiografía panorámica a los 7 años, se observa formación casi completa de 26, 36, 46. Segundos molares permanentes en proceso de formación. C y D. Radiografías panorámicas a los 10 y 12 años respectivamente; se observa la formación de terceros molares.

La agenesia de los primeros molares permanentes tiene la menor frecuencia de todos los dientes ausentes. En muchos casos el patrón de hipodondia es bilateralmente simétrico y por lo general se produce en asociación con oligodondia o anodondia, con otras anomalías del sistema ectodérmico (9,19).

A pesar de la baja tasa de prevalencia, la agenesia del primer molar superior presenta clínicamente importantes problemas que afectan la planificación y resultados de los tratamientos, ya que los molares juegan un papel importante en la masticación de alimentos, en apoyo a la dimensión vertical de la cara, y como dientes de anclaje en ortodondia. Los sujetos con agenesia de primeros molares maxilares han mostrado desviaciones esqueléticas y dentales más notables que aquellos que no tienen agenesia de esta clase de dientes (20). Generalmente, es fácil de diagnosticar agenesia de los primeros molares permanentes retrospectivamente, basada en la morfología

clínica y características radiográficas de los segundos molares permanentes, mientras que a menudo es discutible cuando se realiza en forma prospectiva (9). Algunos autores han reportado un rango de prevalencia de 0,02 a 1,5% de ausencia de los primeros molares permanentes (9).

Un meta-análisis de agenesia dental de los dientes permanentes derivadas de 48.274 personas de 10 diferentes estudios, estableció que la prevalencia de ausencia de primeros molares permanentes varía de 0,02 a 0,05%. Además, la literatura contiene varios casos de agenesia aislada de primeros molares permanentes (9). Se han reportado casos donde descartaron retraso en la erupción de primer molar permanente y sugirieron que debido a características clínicas y radiográficas probablemente el segundo molar permanente había migrado mesialmente, debido a la ausencia congénita de primeros molares permanentes. Aunque estos casos son extremadamente raros (19).

La tasa de agenesia del primer molar maxilar es de 4% en las poblaciones japonesas con agenesia dental. Esta tasa es más alta que las reportadas en estudios previos frente a otros grupos étnicos, lo que sugiere que los primeros molares suelen faltar más en los japoneses (20). En un estudio de tres generaciones con Oligodoncia, se observó que se siguió un patrón hereditario autosómico en el 50% de los casos (21).

Se han encontrado prevalencias mayores de agenesias bilaterales que unilaterales, como también alteraciones concomitantes a la agenesia de primeros molares permanentes como la agenesia de segundos premolares y terceros molares (20).

AUSENCIA CONGÉNITA DE SEGUNDOS MOLARES PERMANENTES

Hay pocos datos disponibles en la literatura sobre agenesia del segundo molar permanente (22).

Se han encontrado solo 2 de 6000 pacientes ortodóncicos consecutivos, lo que equivale al (0.03%) de esta población (23).

En Suecia, en una población de 10 a 16 años, determinaron una prevalencia de agenesia del segundo molar permanente de 0,8%, con mayor frecuencia en maxilar inferior; los pacientes mostraron además un retraso considerable en la erupción de sus otros segundos molares (22).

En Arabia Saudita se encontró una incidencia insignificante de agenesia de los segundos molares permanentes en 1215 pacientes de ortodoncia de (0,0024%), en pacientes de género femenino, y más frecuente en el arco inferior.

Además la agenesia de otros dientes también se observó en todos los pacientes afectados (24).

En un estudio realizado en Roma, encontraron la menor frecuencia de agenesias dentales en los segundos molares permanentes inferiores (25).

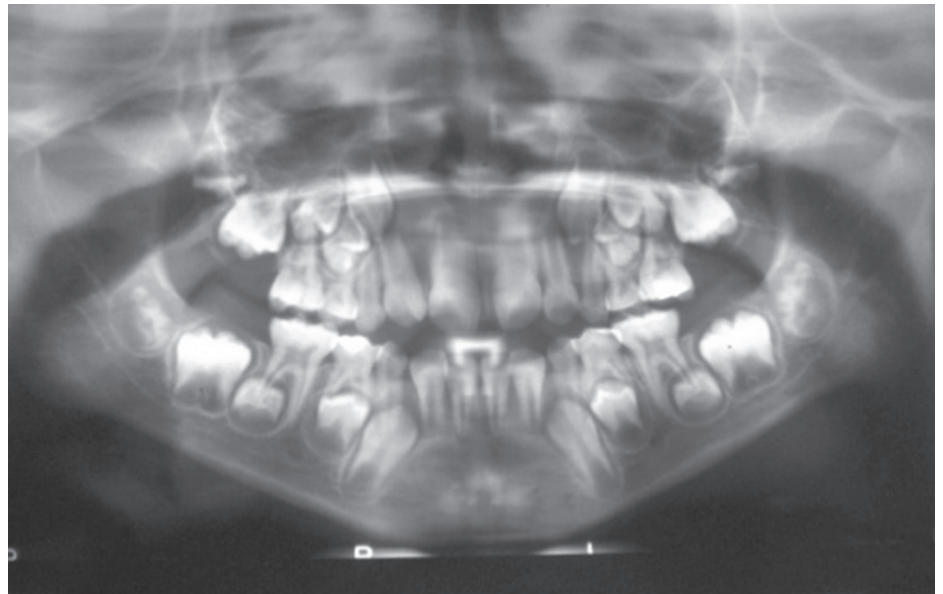


Figura 4. Ausencia de todos los primeros molares permanentes en un paciente de género masculino de 9 años de edad.

Se ha reportado que la prevalencia de agenesia del segundo molar varía del 0% a 2,5% y que los casos clínicos son muy raros, tanto en agenesia familiar como esporádica (25).

IMPLICACIONES CLÍNICAS

Los primeros molares permanentes llevan a cabo la mayor parte del trabajo en la masticación y son los dientes más grandes y fuertes.

La clasificación de la maloclusión también se ha basado tradicionalmente en la relación de los primeros molares permanentes cuando ocluyen. Son los que determinan

el patrón de masticación durante toda la vida de una persona y se catalogan como la llave de la oclusión o llave de Angle ya que: son los primeros dientes permanentes que se forman y erupcionan (6 años de edad), son la guía para la posición correcta de los demás dientes, son el punto de referencia estable de la anatomía craneofacial (1,9); por consiguiente su ausencia se liga con el espaciamiento anormal que aparece entre los dientes erupcionados, lo que produce alteración del equilibrio dento alveolar, las relaciones interoclusales y cambios morfológicos faciales, obstaculizando así el crecimiento y desarrollo normal del niño, alterando la estética y causando Maloclusiones junto con defectos del habla y

por lo tanto afectando negativamente a la personalidad del mismo.

Por lo tanto, el diagnóstico temprano es fundamental para instaurar un plan de tratamiento adecuado que permita guiar la erupción del resto de los dientes y evitar la aparición de secuelas por causa de la agenesia (1,9).

La ausencia de los primeros molares permanentes inferiores, podría llevar a que se inclinen los segundos molares inferiores permanentes. El tejido gingival adyacente se pliega y distorsiona esto crea una pseudo bolsa reservorio de placa que sería imposible limpiar. En casos graves de inclinación mesial del segundo molar inferior permanente puede ocurrir un colapso de la mordida posterior. La agenesia de los primeros molares permanentes superiores, aunque poco frecuente, puede causar igualmente la migración mesial de los segundos molares permanentes (26).

CASOS CLÍNICOS

- Caso 1. Agenesia de primeros molares permanentes superiores; paciente de género femenino de 8 años de edad. Vista clínica y radiográfica (Figura 1).
- Caso 2. Ausencia de todos los segundos molares permanentes en un paciente de género femenino (Figura 2).
- Caso 3. Agenesia de primer molar permanente superior derecho en un paciente de género femenino (Figura 3).
- Caso 4. Ausencia de todos los primeros molares permanentes en un paciente de género masculino de 9 años de edad (Figura 4).

CONCLUSIONES

La agenesia dental de primeros y segundos molares permanentes es una condición clínica no frecuente pero de gran interés en la práctica odontológica, debido a la importancia de estos dientes dentro de

los arcos dentarios y la morfología facial, por lo cual se debe realizar un diagnóstico temprano que permita realizar planes de tratamiento oportunos y eficaces.

REFERENCIAS

1. Kulkarni M, Agrawa T, Kheur S. Tooth Agenesis: Newer Concept. *J Clin Pediatr Dent.* 2011; 36(1):65-70.
2. Correa B, García M. Agenesia dentaria: Estudio familiar. *Rev Cubana Ortod* 1996; 11(1).
3. Larmour C, et al. Hypodontia-A retrospective review of prevalence and etiology. Part I.. *Quintessence international.* 2005; 36(4):263-270
4. Vastardis H. The genetics of human tooth agenesis: New discoveries for understanding dental anomalies. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2000; 117(6):650-6.
5. Polder BJ. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004; 32:217-26.
6. Arboleda LA, Echeverri J, Restrepo LÁ, Marín ML, Vásquez G, Gómez JC, et al. Agenesia dental. Revisión bibliográfica y reporte de dos casos clínicos. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2006; 18(1):47-54.
7. Wang H, et al. Congenital Absence of Permanent Teeth in a Six-Generation Chinese Kindred. *American Journal of Medical Genetics.* 2000; 90:193-8.
8. Quintero M, Restrepo M, Ordóñez A, Riaño C, Berrocal M. La agenesia dental y su mecanismo de herencia en siete grupos familiares colombianos. *Univ odontol.* 2002; 22(49):27-36.
9. Anthonappa R, Yiu C, King N. Agenesis of maxillary permanent first molars: Literature review and two case reports. *Pediatric dental J.* 2009; 19(2):228-33.
10. Daugaard J, Nodal M, Skovgaard L. Comparison of the pattern of agenesis in the primary and permanent dentitions in a population characterized by agenesis in the primary dentition. *Int J Paediatr Dent.* 1997; 7:143-8.
11. Espinal G, Manco HA, Aguilar G, Castrillón L, Rendón JE, Marín ML.

- Estudio retrospectivo de anomalías dentales y alteraciones óseas de maxilares en niños de cinco a catorce años de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2009; 21(1):50-64.
12. Shimizu T, Maeda T. Prevalence and genetic basis of tooth agenesis. *Jpn Dent Sci Rev.* 2009; 45:52-8.
 13. Agurto H, Tanaka S, Maeda T, Akimoto Y. An orthopantomographic study of hypodontia in permanent teeth of Japanese pediatric patients. *J Oral Sci.* 2008; 50(2): 143-50
 14. Ordoñez A, Gutierrez S, Durán C, Gómez M, Durán C, Contreras N, Chávez M, Suárez F. Investigaciones sobre la Hipodoncia en familias colombianas, difusión de un modelo de investigación. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Facultad de Medicina Instituto de Genética Humana. 2007.
 15. Coster P, Marks L, Martens L, Huysseune A. Dental agenesis: genetic and clinical perspectives. *J Oral Pathol Med.* 2009; 38:1-17
 16. Matalova E, Fleischmannova J, Sharpe PT, Tucker AS. Tooth Agenesis: from Molecular Genetics to Molecular Dentistry. *J Dent Res.* 2008; 87(7):617-23.
 17. Pemberton T, Das P, Patel P. Hypodontia: genetics and future perspectives. *Braz J Oral Sci.* 2005; 4(13):695-706.
 18. Jarvinen S. Congenitally missing first permanent molars: unusual course of Development. *ASDC J Dent Child.* 1984; 51(5):374-5.
 19. Nakano K, Matsuoka A, Takahashi M, Matsumura M, Sobue S, Ooshima T. Delayed Development or congenital absence of a single first permanent molar in Japanese child patients. *Int J Paediatr Dent.* 1999; 9:271-76.
 20. Ryota A, Toshiya E, Shohachi S. Maxillary first molar agenesis and other dental anomalies. *Angle Orthod.* 2010; 80:1002-9.
 21. Stimson J. Features of oligodontia in three generations. *J. Clin Ped Dent.* 1997; 21:269-76.
 22. Bondemark L, Tsiopa J. Prevalence of Ectopic Eruption, Impaction, Retention

- and Agenesis of the Permanent Second Molar. *Angle Orthod.* 2007; 77(5):773-8.
23. Gamba D, Melo N, Peck S. Associated dental anomalies: case report. *J. Appl. Oral Sci.* 2005; 13(4):431-6.
24. AlEmran S. Congenital absence of Permanent Second molars: A Preliminary Study. *J Pak Dent Assoc.* 2006; 15(4).
25. Galluccio G, Pilotto A. Genetics of Dental Agenesis: Anterior and Posterior Area of the Arch. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008; 9(1):41-5.
26. Zarrinnia K, Bassiouny M. Combined aplasia of maxillary first molars and lateral incisors: a case report and management. *J Clin Pediatr Dent.* 2003; 27(2):127-32.

Citar este artículo de la siguiente forma de acuerdo a las Normas Vancouver:

Hurtado A-M, Valencia A-M, Hernández J. Agenesia de primeros y segundos molares permanentes: Revisión de literatura y reporte de casos. *Revista estomatol. salud.* 2013; 21(1):39-45.