



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN UN DIENTE
HIPOPLÁSICO DE TURNER. REPORTE DE CASO
CLÍNICO.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: RUBI CAROLINA GONZABAY ALVEAR

DIRECTOR: OD. ESP. MARIA DANIELA CALLE PRADO

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN UN DIENTE HIPOPLÁSICO DE
TURNER. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: RUBI CAROLINA GONZABAY ALVEAR

DIRECTOR: OD. ESP. MARIA DANIELA CALLE PRADO

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Manejo multidisciplinario en un diente hipoplásico de turner. Reporte de caso clínico.

Multidisciplinary Management in a Turner's Hypoplastic Tooth. A Clinical Case Report

Rubi Carolina Gonzabay Alvear¹, Od. Esp. Maria Daniela Calle Prado², Od. Esp. Diego Xavier Toral Aguilera³, Od. Esp. Maria Elizabeth Moscoso Abad⁴, Od. Ruben Israel Jimenez Vanegas⁵.

1. *Odontóloga Egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.*

2. *Odontóloga Especialista en Odontopediatría, Universidad Católica de Cuenca*

3. *Odontólogo Especialista en Periodoncia, Universidad Católica de Cuenca*

4. *Odontóloga Especialista en Endodoncia, Universidad Católica de Cuenca*

5. *Odontólogo en Posgrado de Rehabilitación Oral, Universidad Católica de Cuenca*

Resumen

La hipoplasia de Turner es una condición adquirida de etiología multifactorial que afecta el desarrollo del esmalte en dientes permanentes, comprometiendo su estética y funcionalidad. Esta alteración se asocia frecuentemente con traumatismos o infecciones en dientes temporales, lo que repercute en la mineralización del esmalte del sucesor permanente, causando defectos estructurales y mayor susceptibilidad a caries. El objetivo de este reporte de caso es describir el manejo multidisciplinario en la rehabilitación de un paciente masculino de 6 años con diagnóstico de hipoplasia de Turner en la pieza 3.4, originada por un proceso infeccioso en su predecesor temporal. El tratamiento se planificó en tres fases: manejo preventivo, cirugía periodontal y rehabilitación con restauración adhesiva. Se priorizó la conservación de la pieza permanente, evitando la exodoncia y logrando una adecuada función y armonía estética. Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y del enfoque integral para el manejo de estas alteraciones del esmalte, basado en principios de mínima invasión en el área de odontopediatría.

Palabras clave: defectos del desarrollo del esmalte, hipoplasia del esmalte dental, odontología pediátrica, odontología preventiva, resinas compuestas.

Abstract

Turner's hypoplasia is an acquired condition of multifactorial etiology that affects enamel development in permanent teeth, compromising their aesthetics and functionality. This alteration is frequently associated with trauma or infections in primary teeth, which impacts the enamel mineralization of the permanent successor, causing structural defects and greater susceptibility to caries. This case report aims to describe the multidisciplinary

management in the rehabilitation of a 6-year-old male patient diagnosed with Turner's hypoplasia in tooth No. 3.4, caused by an infectious process in his primary predecessor. The treatment was planned in three phases: preventive management, periodontal surgery, and rehabilitation with adhesive restoration. Conservation of the permanent tooth was prioritized, avoiding extraction and achieving adequate function and aesthetic harmony. This case highlights the importance of early diagnosis and a comprehensive approach to managing these enamel alterations based on minimally invasive principles in pediatric dentistry.

Keywords: enamel developmental defects, dental enamel hypoplasia, pediatric dentistry, preventive dentistry, composite resins.

INTRODUCCIÓN

Los defectos en el desarrollo del esmalte (DDE) representan alteraciones significativas que afectan la estructura del tejido dental durante su formación. Estas anomalías se clasifican en dos categorías principales: cuantitativas, relacionadas con un depósito insuficiente de matriz orgánica, y cualitativas, que comprometen la mineralización del esmalte ya formado (1,2). A nivel global, estudios epidemiológicos estiman que aproximadamente el 20% de los niños presentan algún tipo de DDE, siendo más frecuentes en regiones con condiciones socioeconómicas desfavorables y acceso limitado a atención dental (3)

Dentro de las alteraciones cuantitativas, destaca la Hipoplasia del esmalte (HE) que se manifiesta clínicamente a través de irregularidades como depresiones, surcos o áreas descoloridas en la superficie dental, lo que puede provocar cambios en el grosor, transparencia y tonalidad del esmalte, variando desde tonos blanquecinos hasta marrones oscuros o negros. Estas características dificultan su diagnóstico temprano, la interacción con variables genéticas y ambientales provoca que este defecto sea considerado multifactorial (1,4). En Ecuador, un estudio reciente determinó que el 6,77% de los niños menores de 5 años presentan HE, con mayor prevalencia en varones (34,39%)(5,6).

Entre las variaciones particulares de la HE, se encuentra la Hipoplasia de Turner, un defecto que mayormente surge por infecciones periapicales crónicas en dientes deciduos, ya que la proximidad de la raíz del diente temporal al germen del diente permanente puede interrumpir la amelogénesis durante su etapa crítica de desarrollo. (2,7,8) A pesar de ser un tipo de HE relativamente frecuente, su prevalencia exacta aún no está completamente establecida, lo que resalta la necesidad de mayores estudios epidemiológicos y clínicos actualizados para comprender su incidencia y factores predisponentes con mayor precisión. Además, su abordaje clínico exige un enfoque

odontológico multidisciplinario para ofrecer soluciones integrales y personalizadas (9–11)

La documentación de casos clínicos asociados a este tipo de HE no solo permite reflejar la complejidad del tratamiento, sino también compartir experiencias que contribuyan a optimizar los resultados para futuros pacientes. Por lo tanto, el objetivo general de este estudio fue describir el manejo multidisciplinario realizado en la rehabilitación de un diente afectado por hipoplasia de Turner, detallando los procedimientos y las etapas clínicas llevadas a cabo, con el fin de aportar al conocimiento, las alternativas terapéuticas disponibles y sus beneficios en la práctica odontológica.

Descripción del Caso

Paciente masculino de 6 años de edad que acude a la consulta odontológica con un aparente buen estado general (ABEG) acompañado de su madre, quien informó el siguiente motivo de consulta “Mi hijo tiene caries”.

Durante la anamnesis, la madre informa que el niño tuvo infecciones respiratorias recurrentes en sus primeros años y ocasionalmente en el presente. La historia odontológica relata una experiencia negativa debido a la pérdida prematura de la pieza 74 por motivo de caries dental severa y escaso remanente dentario. Motivo por el cual el paciente presentaba un comportamiento de Frankl tipo I. Con el paso del tiempo, al realizar el manejo de la conducta del niño se pudo conseguir modificar su comportamiento a un Frankl tipo III.

Al examen extraoral, se reconoce un biotipo facial dólico y hábito de respiración bucal. El examen intraoral revela una dentición mixta en primera fase, múltiples lesiones de caries activas de moderadas a avanzadas junto con un paladar profundo y mordida tipo Vis a Vis.



Figura 1: Radiografía panorámica inicial.



Figura 2. Radiografía periapical inicial, pieza 3.4

Clínicamente se identifica la pieza 3.4 con corona malformada y pérdida de estructura dental superior al 50%, coloración amarillenta generalizada, esmalte hipomineralizado en la cúspide vestibular, hipersensibilidad a estímulos térmicos y al tacto, características consistentes con hipoplasia tipo IV según la clasificación de Silberman (12). En el examen radiográfico, la pieza se observa en un estadio de nolla 7 y malformación coronaria con pérdida de volumen estructural, lo que coincide con el diagnóstico de hipoplasia. Además, un defecto localizado en la raíz en forma de socavadura específicamente en el tercio cervical, el cual no era evidente en el examen clínico inicial por encontrarse a nivel subgingival.

El abordaje terapéutico para esta pieza dental incluyó un enfoque preventivo y rehabilitador. Como primer paso, se informó a los padres sobre el defecto que presenta

este órgano dental. Dentro de la fase preventiva, se realizó una concienciación sobre las medidas de higiene oral y se llevó a cabo la remoción selectiva del esmalte dental defectuoso para optimizar la correcta adhesión del material restaurador, el ionómero de vidrio de alta viscosidad (*GC Gold Label Fuji 9*), el cual brindó una solución temporal ayudando a estabilizar el diente y mejorar su respuesta frente a estímulos externos. (Figuras 3-4-5)



Figura 3: Pieza 3.4. Cara oclusal.



Figura 4: Pieza 3.4. Cara vestibular.



*Figura 5a y 5b: Cara oclusal y vestibular. Recubrimiento preventivo con ionómero de vidrio (*GC Gold Label Fuji 9*).*

Mientras se iba modificando la conducta del paciente, se decidió realizar controles radiográficos mensuales para monitorear la evolución de la pieza 3.4 (figuras 6-7); Así como también, se continuó con la fase de adecuación del medio oral que consistía en eliminar focos infecciosos en otras piezas dentarias, para conseguir un ambiente oral óptimo hasta que la pieza dental pueda recibir un tratamiento rehabilitador definitivo.



Figura 6: Radiografía periapical de primer control mensual.



Figura 7: Radiografía periapical de control sexto mes.

Una vez que el paciente alcanzó un estado clínico estable, se decidió implementar un enfoque multidisciplinario debido a la complejidad del caso. Este abordaje integró los principios de odontopediatría, periodoncia y rehabilitación oral, con el objetivo de preservar la pieza permanente en boca y garantizar su estabilidad funcional y estética.

Como primera fase de este abordaje, se realizó una evaluación periodontal y se solicitó una Tomografía Computarizada de Haz Cónico (CBCT) para evaluar las estructuras anatómicas circundantes a la pieza (Figuras 8-9). A partir de los hallazgos radiográficos, se planificó la cirugía de alargamiento de corona, un procedimiento clave para exponer el defecto radicular en el tercio cervical y permitir su adecuada rehabilitación.

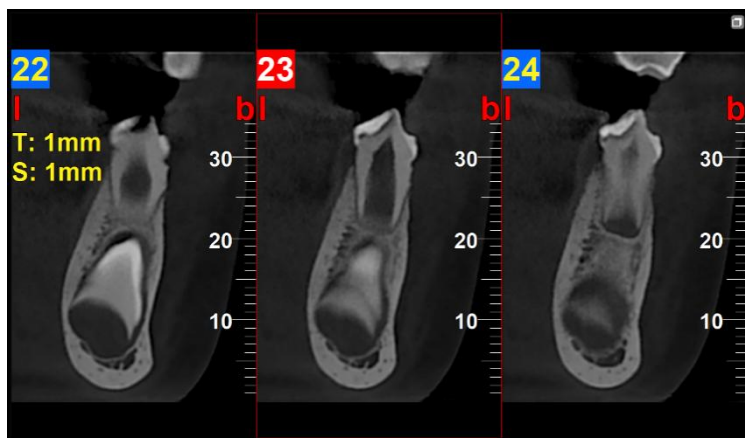


Figura 8: Corte coronal de CBCT.

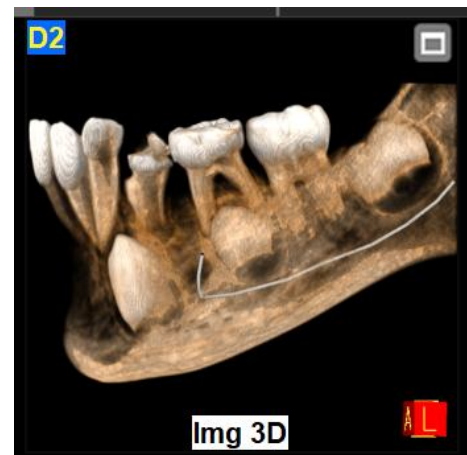


Figura 9: Vista lateral 3D en CBCT.

Durante la cirugía, se empleó un bisturí 15C para realizar una incisión festoneada en las caras vestibular y lingual de la pieza, complementada con una descarga lateral. Este procedimiento permitió separar los tejidos aproximadamente 1 mm por debajo del margen gingival, lo que proporcionó una visualización óptima del defecto localizado en la raíz, específicamente en la zona mesial.

Tras exponer la zona afectada, se realizó una limpieza minuciosa que eliminara cualquier tejido comprometido que pudiera interferir con su rehabilitación y se colocó un material provisional para estabilizar y proteger la zona. (Figuras 12 y 13) El tejido gingival fue reposicionado con precisión y suturado con puntos simples utilizando sutura de seda no reabsorbible 3-0. Se indicó un periodo de cicatrización de aproximadamente 14 días, durante el cual se realizó un control semanal para retiro de puntos y monitorear la evolución de los tejidos blandos.



Figura 10: Pieza 3.4, aplicación de liga interproximal.



Figura 11: Radiografía periapical previa a procedimiento quirúrgico.



Figura 12 y 13: Alargamiento de corona pieza 3.4. Vista lingual y vestibular

Para la rehabilitación de la pieza 34, se optó por una restauración directa con resina compuesta, siguiendo un protocolo adhesivo estandarizado que garantizará estabilidad a largo plazo. Se inició el procedimiento con aislamiento absoluto, dejando la grapa a nivel de la encía y asegurar un campo operatorio libre de contaminación. Posteriormente, se realizó un grabado ácido selectivo en esmalte con ácido ortofosfórico al 37% seguido de un enjuague abundante y secado controlado para preservar la humedad dentinaria adecuada. (Figuras 13 y 14)

Se utilizó el sistema adhesivo OptiBond™ (primer y adhesivo), aplicado en una capa uniforme sobre la superficie preparada. Este adhesivo fue seleccionado debido a su contenido de nanorrelleno, que refuerza la interfaz de adhesión. Tras su aplicación, se realizó el fotocurado con la lámpara VALO™, un sistema de polimerización de alta potencia que asegura una alta conversión de monómeros a polímeros.

Durante la restauración, se empleó la resina compuesta FORMA™ en tono A2B, aplicada en capas sucesivas con la técnica estratificada para evitar tensiones internas por contracción. Esta resina fue elegida por su excelente adaptación cromática con el esmalte circundante y su elevada resistencia mecánica, lo que la hace ideal para restauraciones en zonas sometidas a carga oclusal. Cada capa fue modelada cuidadosamente para reproducir la anatomía dental y posteriormente fotopolimerizarla.

El protocolo de acabado y pulido se inició con el ajuste de la anatomía oclusal mediante fresas de acabado de grano fino complementando con discos abrasivos Sof-Lex™ de 3M en las caras vestibular y lingual para refinar los márgenes. Finalmente, se realizó el pulido de alto brillo con pastas diamantadas para mejorar la estética y minimizar la acumulación de placa.

Uno de los aspectos clave en esta restauración fue la optimización del sellado marginal, un factor determinante en la longevidad del tratamiento. Se enfatizó la adaptación de la resina a los márgenes cavitarios, garantizando una interfase libre de microfiltración. (Figuras 15-16).(10,13)

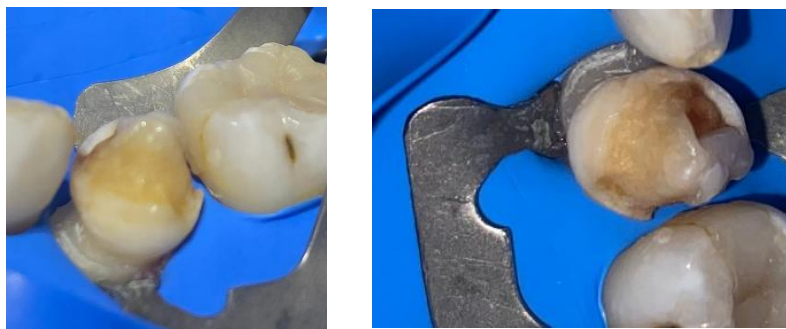


Figura 13 y 14: Pieza 3.4. Aislamiento absoluto, vista vestibular y oclusal



Figura 15 y 16: Pieza 3.4. Restauración final con resina. Vista oclusal y lingual.

Una vez finalizada la atención en el área de rehabilitación, se realizó un control clínico y radiográfico a los siete meses de la intervención para evaluar la evolución del tratamiento. Durante este período, el paciente no presentó signos clínicos de complicaciones ni síntomas de sensibilidad o incomodidad. En la evaluación radiográfica, se observó la continuación de la formación radicular y un buen soporte óseo. Por otro lado, el examen clínico permitió verificar la adecuada integración de la restauración con los tejidos circundantes. (Figuras 17-19)



Figura 17: Radiografía periapical de control 7 meses post tratamiento rehabilitador, pieza 3.4.



Figuras 18 y 19: Seguimiento clínico 7 meses post tratamiento rehabilitador, pieza 3.4. Vista vestibular y oclusal.

Discusión

Este reporte de caso destaca la importancia de adaptar un enfoque multidisciplinario al manejo de la hipoplasia de esmalte en odontopediatría. El paciente tuvo una pérdida prematura de la pieza decidua por caries, lo que dio resultado a la erupción de la pieza 3.4 con esmalte defectuoso, hipersensibilidad y funcionalidad comprometida. Estas condiciones, junto con el desafío de evitar tratamientos invasivos que pudieran afectar el desarrollo radicular, motivaron la elección de una rehabilitación conservadora. (12,14,15)

Diferentes autores han propuesto estrategias terapéuticas alternativas para el manejo de los dientes con esta alteración. Borges et al. (2017) sugieren que la infiltración con resinas es una opción efectiva para defectos superficiales, ya que mejora la estética y la resistencia estructural sin comprometer la estructura dentaria sana (8). De manera similar, Oliveira et al. (2020) reportaron el uso combinado de blanqueamiento, microabrasión y resinas infiltrantes como una alternativa mínimamente invasiva con buenos resultados estéticos en hipoplasia moderada (16,17)

Por otro lado, en casos más avanzados, Lavania & Lavania (2015) enfatizan la importancia del manejo interdisciplinario cuando la hipoplasia afecta significativamente la estructura del diente. En estas situaciones, pueden requerirse tratamientos endodónticos y ortodónticos para preservar la pieza y evitar complicaciones futuras (9) En casos extremos, Solanki et al. (2023) describieron la exodoncia como una alternativa cuando la conservación del diente no es viable. (10)

La elección de una restauración directa en lugar de una corona preformada o de otro material se basó en el estado de desarrollo radicular del diente. La pieza 34 aún no ha alcanzado el cierre apical, lo que implica que la colocación de una corona fija puede interferir con el proceso natural de erupción y maduración radicular, comprometiendo la estabilidad del tratamiento y reduciendo su éxito clínico con el tiempo (18) La intervención quirúrgica fue esencial para asegurar una cobertura adecuada de la restauración y evitar la progresión del defecto radicular, reduciendo el riesgo de acumulación de placa bacteriana y el desarrollo de lesiones cariosas subgingivales. Además, el uso de una resina compuesta proporciona una solución biomecánicamente conservadora, que evita la reducción innecesaria de tejido dentario y se adapta mejor a los cambios morfológicos del diente permanente joven (19,20)

Otro aspecto fundamental en este caso fue el compromiso de los padres en la higiene bucal y el mantenimiento de la pieza, dado que se trata de un diente permanente que erupcionó de manera prematura. El pronóstico del diente a futuro dependerá de un seguimiento clínico y radiográfico regular para evaluar la estabilidad de la restauración y

el avance del desarrollo radicular. Se recomienda un monitoreo periódico para determinar el momento adecuado en el que pueda considerarse una rehabilitación definitiva. (10,12,19)

Conclusión

El enfoque interdisciplinario abordado en la rehabilitación de un diente con hipoplasia de Turner demostró resultados clínicos satisfactorios, principalmente la conservación de la pieza dental permanente y factores tanto funcionales como estéticos, mejorando la calidad de vida del paciente. Los hallazgos obtenidos sirven como referencia para la optimización de protocolos clínicos en el manejo de defectos estructurales del esmalte en odontopediatría.

Conflicto de Intereses, Financiación y Ética

El presente estudio fue autofinanciado y no contó con apoyos externos. No se reportan conflictos de interés en la realización del caso. Además, este estudio se realizó respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado de la madre del paciente para la realización del tratamiento y publicación del caso.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Universidad Católica de Cuenca por su apoyo en la obtención de imágenes diagnósticas y seguimiento del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patel A, Aghababaie S, Parekh S. Hypomineralisation or hypoplasia? [Internet]. Vol. 227, British Dental Journal. Nature Publishing Group; 2019 [cited 2024 Mar 12]. p. 683–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31654000/>
2. Lacruz RS, Habelitz S, Wright JT, Paine ML. Dental enamel formation and implications for oral health and disease. Physiol Rev [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2024 Jun 9];97(3):939–93. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6151498/>
3. Fleites Ramos Y, González Duardo K, Marina Rico Pérez A, Pacheco Avellanes M, del Toro Vega L, Docente La Campana Manicaragua P, et al. Prevalencia de los defectos del desarrollo del esmalte en la dentición permanente. Medicentro

- [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 4];23(3):177–91. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000300177
4. Gabriela Acosta de Camargo M, Natera A. Nivel de conocimiento de defectos de esmalte y su tratamiento entre odontopediatras. 2017 Jan [cited 2024 Feb 10]; 7:25–35. Available from: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/128>
 5. Camacho Moncayo JR. Hipoplasia del esmalte en niños menores de 5 años mediante revisión bibliográfica, durante el periodo 2022 – 2023. 2023 Jul 18 [cited 2024 Jan 8]; Available from: <https://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/27590>
 6. Pandya M, Diekwisch TGH. Amelogenesis: Transformation of a protein-mineral matrix into tooth enamel. J Struct Biol [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Jun 9];213(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34748943/>
 7. Abanto J, Imparato JCP, Guedes-Pinto AC, Bönecker M. Anomalías dentarias de impacto estético en odontopediatría: Características y tratamiento. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2012 [cited 2024 Mar 9];22(3):171–8. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/123>
 8. Caeiro-Villasenín L, Serna-Muñoz C, Pérez-Silva A, Vicente-Hernández A, Poza-Pascual A, Ortiz-Ruiz AJ. Developmental Dental Defects in Permanent Teeth Resulting from Trauma in Primary Dentition. A Systematic Review [Internet]. Vol. 19, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2022 [cited 2024 Mar 7]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35055575/>
 9. Lavania G, Lavania A. Endodontic and orthodontic interdisciplinary management of a patient with Turner’s hypoplasia. Journal of Interdisciplinary Dentistry [Internet]. 2015 [cited 2024 Mar 12];5(2):75. Available from: https://journals.lww.com/joid/fulltext/2015/05020/endodontic_and_orthodontic_interdisciplinary.5.aspx
 10. Solanki D, Fulzele P, Thosar N, Shirbhate U. Management of Turner’s Hypoplasia Using Resin Infiltration: A Case Report. Cureus [Internet]. 2023 Nov 16 [cited 2024 Mar 12]; Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10724612/>
 11. Janeth Liliam Flores Ramos, Jorge Luis Choque Laime, Gabriela del Rosario Oropeza, Katherine Danitza Parada Calle, Claudia Cecilia Blacazar Sturzl, Judith Rocio Mollo López, et al. Ameloplastía como opción de tratamiento para un Diente de Turner: a propósito de un caso. Revista de Investigación e Información en Salud [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 12];13(33):21–9. Available from: <https://revistas.univalle.edu/index.php/salud/article/view/496>
 12. Agustín Tiol Carrillo. Hipoplasia de Turner: Exposición de caso clínico [Internet]. México; 2018 [cited 2024 Mar 9]. Available from: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=111498>
 13. Borges AB, Caneppele TMF, Masterson D, Maia LC. Is resin infiltration an effective esthetic treatment for enamel development defects and white spot lesions? A

- systematic review. *J Dent* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2024 Jun 9]; 56:11–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27793705/>
14. Geetha Priya P, John J, Elango I. Turner's hypoplasia and non-vitality: A case report of sequelae in permanent tooth. *Contemp Clin Dent* [Internet]. 2010 [cited 2024 Jun 9];1(4):251. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22114432/>
 15. Prachi Nayak, Kush Pathak. Diente de Turner: un caso raro con revisión de la literatura. *Revista de investigación farmacéutica internacional* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 9];33(45A):480–4. Available from: https://www.researchgate.net/publication/356724202_Turner's_Tooth_A_Rare_Case_with_Review_of_Literature
 16. Bezerra-Junior DM, Silva LM, De Moura Martins L, Cohen-Carneiro F, Pontes DG. Esthetic rehabilitation with tooth bleaching, enamel microabrasion, and direct adhesive restorations. *Gen Dent* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2024 Jun 9];64(2):60–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26943091/>
 17. Oliveira A, Felinto L, Francisconi-dos-Rios L, Moi G, Nahsan F. Dental Bleaching, Microabrasion, and Resin Infiltration: Case Report of Minimally Invasive Treatment of Enamel Hypoplasia. *Int J Prosthodont* [Internet]. 2020 Jan [cited 2024 Jun 9];33(1):105–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31860920/>
 18. Caviedes Bucheli J, González MC, Irazábal V, Martínez MA, Muñoz HD, José Francisco Gómez-Sosa, et al. Diferentes alternativas para el tratamiento de un diente permanente con ápice abierto. [Internet]. [cited 2025 Feb 2]. Available from: <https://www.canalabierto.cl/numero-46/diferentes-alternativas-para-el-tratamiento-de-un-diente-permanente-con-apice-abierto>
 19. Selene Guadalupe Carballo-Zumaya IPIHIHPCHLDSETTejeda. Calidad de vida relacionada con salud bucal en niños y adolescentes con defectos del desarrollo del esmalte infiltrados con resina. *Revista de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 9];35(2):44–50. Available from: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=117755>
 20. Lakshman AR, Kanneppady SK, Castelino RL. Turner's tooth with unique radiographic presentation: a case report. *Gen Dent* [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2024 Jun 9];62(5):52–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25184717/>