



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales IZTACALA

U.N.A.M.

" ANOMALIAS DE LA DENTICION "
(Dientes Supernumerarios)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
OLIVERA RESENDIZ OLIVIA ARACELI

SAN JUAN IZTACALA

MEXICO 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" I N D I C E "

Prólogo.

1.- Generalidades	1
2.- Etiología	13
3.- Nomenclatura	17
4.- Incidencia y frecuencia	20
5.- Sitios de localización	24
6.- Características clínicas y sintomatología	27
7.- Transtornos locales y complicaciones que pueden originar por su presencia	30
8.- Relación de órganos dentarios supernumerarios y otras anomalías	36
9.- Relación con otras malformaciones dentarias	46
10.- Diagnóstico	49
a).- Estudio clínico	49
b).- Estudio radiográfico	50
c).- Métodos de diagnóstico complementarios	51
d).- Diagnóstico diferencial	54
11.- Pronóstico y tratamiento	56
12.- Discusión	62
Conclusiones	65
Bibliografía.	

" P R O L O G O "

En las anomalías de los tejidos dentarios, muchos - autores las han clasificado basandose en el desarrollo embriológico y según las etapas del ciclo del diente.

Incluye una amplia variedad de trastornos que van - desde los dientes múltiples supernumerarios (extra), hasta la agenesis total de dientes en la boca; desde defectos asociados con insultos generales pasajeros a trastornos de la primera y la segunda dentición; asociados con enfermedades crónicas como Síndromes y hendiduras de labio y paladar.

Son frecuentes las variaciones en el número y colocación de los dientes. Aunque, tales alteraciones se observan en toda la dentición, el más frecuente afectado es el segmento anterior de los maxilares.

El aumento de las anomalías a este nivel se ha atribuido a la actividad de crecimiento mayor en este segmento facial durante la odontogénesis, a una lámina dental hiperactiva, o bien a un atavismo (un regreso evolutivo al tiempo en el que el hombre tenía 44 dientes).

Aunque se observaron variaciones en número y posición de los dientes se manifiesta con mayor frecuencia este tipo de anomalía en la dentición permanente.

Esto probablemente guarda relación con la relativa ausencia de factores externos que actúan sobre el feto durante la odontogénesis de los órganos dentarios.

Es por ello menester iniciar nuestros conocimientos desde el origen del ser humano y su evolución para poder comprender que éste es susceptible a ser dañado desde las etapas iniciales de su vida, y además conocer las relaciones normales de las estructuras dentales y las causas de malformaciones y como se manifiestan en la cavidad oral.

El odontólogo no debe olvidar jamás y tener muy en cuenta que un mal diagnóstico o tratamiento en la niñez puede dañar permanentemente el sistema masticatorio teniendo como consecuencia muchos de los problemas dentales que presenta -- parte de la población adulta.

Esto corrobora que se debe ser eminentemente preventivo, y tener una buena valorización del estado bucal de los pacientes.

Para llevar acabo la citada prevención es necesario realizar exámenes clínicos completos, siendo de suma importancia el control radiográfico ya que en muchas ocasiones los hallazgos de estas anomalías han sido localizadas por accidente.

Con el fin de prevenir transtornos de erupción, así como diastemas, rotaciones, reabsorciones radiculares tanto - en temporales como permanentes, causan problemas mayores como alteraciones patológicas (quistes y neoplasias), o estar alojados en sitios inadecuados.

Por lo tanto es importante diagnosticar los problemas en su inicio ya que al realizar tratamientos posteriores implican trabajo, tiempo y costos mayores.

La tarea de hacer esta revisión bibliográfica cabe-

a bien destacar la importancia de su estudio, diagnóstico y -
tratamiento temprano por parte del Cirujano Dentista, para e-
vitar los problemas que en ocasiones se originan por su pre--
sencia.

" G E N E R A L I D A D E S "

" GENERALIDADES "

Desde el punto de vista fisiológico, genético los germenés dentarios recorren varias fases bien diferenciadas.

El germen del diente se desarrolla a partir del ectodermo y del mesodermo, el esmalte se deriva del ectodermo - de la cavidad bucal, el mesodermo que se encuentra en el interior del órgano del esmalte, la papila se diferencia más adelante en pulpa dental y elabora dentina, el mesodermo que rodea el órgano del esmalte denominado saco dentario, forma el cemento que cubre la raíz y la membrana periodontal LAMINA DENTAL.

En ésta etapa se manifiesta un engrosamiento lineal del epitelio bucal del ectodermo superficial.

El epitelio bucal consta de una capa basal de células altas y de una capa de células aplanadas, ciertas células de la capa basal del epitelio bucal empiezan a proliferar a un ritmo más rápido que las células adyacentes y se produce a lo largo del borde libre del maxilar y de la mandíbula o sea en región del futuro saco dental, un engrosamiento epitelial- (21, 31).

Este es el origen de la porción ectodérmica de los dientes conocida como listón dentario, cresta o lámina dentaria.

YEMAS DENTARIAS:

En la época de la diferenciación de esta lámina dental nacen de ella proliferaciones localizadas de células en el maxilar y la mandíbula como abultamientos redondeados o en forma de clavo, en diez puntos diferentes, correspondientes a la futura posición de los dientes temporales, y que son el -- origen de sus correspondientes órganos del esmalte, éstos brotes epiteliales se denominan dentarias o adamantinas.

Aquí se inicia el desarrollo de los germenos de los dientes y sus células proliferan más rápidamente que las células adyacentes.

Las yemas dentarias de la primera dentición junto con algunas de la segunda dentición empiezan aparecer a la décima semana de vida fetal, como continuación de la lámina dentaria y se encuentran en posición lingual las yemas de la segunda dentición en relación con las yemas dentarias deciduales.

Los procesos histogénéticos que intervienen en la formación de los dientes temporales y de los permanentes son idénticos, los molares permanentes que no tienen predecesores deciduales se desarrollan como yemas a partir de las extensiones de las láminas dentales hacia atrás.

Las yemas de la segunda dentición aparecen en épocas diferentes durante el período fetal como es el caso de -- los molares permanentes segundo y tercero, sin embargo aparecen después del nacimiento (31, 34).

ETAPA DE CASQUETE:

A medida que la yema dentaria sigue proliferando -- existe un crecimiento desigual en las diferentes partes de la misma, y se forma un casquete o copa, que se caracteriza por una invaginación poco profunda de la superficie interior de la yema; ésta invaginación es causada por una masa de mesénquima condensada denominada papila dental (21, 31, 34).

La papila dental está casi toda incluida en la porción invaginada del órgano del esmalte; durante ésta fase las células periféricas pueden considerarse formadas por dos porciones; El epitelio externo del esmalte en la convexidad, formado por una hilera simple de células cortas y el epitelio interno del esmalte en la concavidad.

Las células del núcleo central del órgano del esmalte situadas entre los epitelios externo e interno del esmalte empiezan a separarse debido a un aumento de líquido intercelular, y colocándose en forma de una red, llamada retículo estrellado o pulpa del esmalte. En ésta malla reticular, los espacios se llenan de un líquido mucoide rico en albúmina lo que da a la pulpa del esmalte una consistencia acolchonada lo cual protege las células formadoras del esmalte (21).

Con el desarrollo del esmalte y de la papila dental también se presenta una condensación marginal en el mesénquima, que rodea la parte exterior del órgano del esmalte y la papila dental.

Al principio éste reborde del mesénquima se distingue por un número menor de células, pero pronto empiezan a desarrollarse una capa más densa y más fibrosa, que constituyen

el saco dentario primitivo.

El órgano del esmalte, la papila dental y el saco - dentario constituyen los tejidos formadores de un diente completo, junto con su membrana periodontal y cemento, los diferentes pasos histológicos iniciados en ésta fase son preparatorios de la siguiente etapa de campana (21, 31).

ETAPA DE CAMPANA:

Conforme la invaginación avanza durante la etapa de casquet⁴, el órgano del esmalte llega en su desarrollo a la - etapa denominada de campana.

En ésta etapa surgen cambios histológicos como: El - epitelio interno del órgano del esmalte; este epitelio consiste en una capa reducida de células que se diferencian antes - de la amelogénesis en ameloblastos altos en forma de columna.

Se produce un cambio en la polaridad de los amelo-- blastos, pues estos ya no están al mismo lado de la papila -- dental, sino que se encuentran cerca del estrato intermedio - (21, 34).

Estrato intermedio: entre el epitelio interno del - órgano del esmalte y el retículo estrellado aparecen varias - capas de células planas pavimentosas al cual se le denomina - estrato intermedio, esta capa es esencial para la formación - del esmalte y está ausente en aquellas partes del germen del - diente que no es amelogénica y que rodea las porciones de la - raíz del diente.

Reticulo estrellado: este se expande más principalmente debido a un aumento del líquido intercelular, las células son estrelladas con largas prolongaciones que se anastomosan con las células adyacentes.

Epitelio externo del órgano del esmalte: al finalizar la etapa de campana, como preparación a la formación del esmalte y durante dicha formación, la superficie del epitelio externo del esmalte que se había conservado lisa, se arruga - formando pliegues entre los cuales el mesénquima adyacente al saco dentario introduce prolongaciones que contiene asas capilares, proporcionando así la provisión nutritiva requerida para su actividad metabólica del órgano del esmalte que en sí es avascular (21, 34, 45).

Cresta o listón dentario: casi todos los dientes, exceptuando los molares permanentes, la cresta dentaria proliferá en su porción más profunda para dar, nacimiento al órgano del esmalte del diente permanente.

El órgano del esmalte de cada diente se vuelve gradualmente independientemente y se separa de la cresta dentaria en la época en que se forma la primera dentina.

Papila dental: en la porción invaginada del órgano del esmalte está casi toda la papila dental. Antes de que el epitelio interno del órgano del esmalte empiece a producir esmalte.

Las células periféricas del mesénquima subyacente de la papila dental, sufren una histodiferenciación en odontoblastos bajo la influencia organizadora del epitelio adoptan-

do la forma de columna, adquiriendo una potencialidad específica para tomar parte en la formación de la dentina 29).

Saco dentario: con el desarrollo de la raíz de las fibras del saco dentario, se diferencian en fibras periodontales, que quedan enclavadas en el cemento y en el hueso alveolar.

Durante ésta etapa, el límite entre el epitelio interno del esmalte y los odontoblastos, delinean la futura --- unión de los epitelios interno y externo en el borde basal de órgano del esmalte en la región del futuro límite amelodentario, comienza a proliferar y da nacimiento a la vaina epitelial radicular de Hertwing 21, 29).

VAINA EPITELIAL RADICULAR DE HERTWING Y FORMACION DE LA RAIZ:

El desarrollo de las raíces comienza después de que la formación de la dentina y del esmalte han alcanzado la futura unión del cemento con el esmalte.

Durante el desarrollo de la raíz el órgano epitelial desempeña un papel muy importante, en la estructura de la raíz al originar la vaina epitelial radicular de Hertwing que inicia la formación y moldea la estructura de las raíces.

Consta de los epitelios interno y externo del esmalte sin estrato intermedio, ni retículo estrellado. Las células de la capa interior permanecen bajas y normalmente no producen esmalte. Cuando esas células han producido la diferenciación de las células del tejido conjuntivo en odontoblastos-

y ha quedado depositada la primera capa de dentina, la vaina-epitelial radicular pierde su continuidad y su íntima relación con la superficie del diente (21, 29, 45).

Los restos epiteliales que persisten se denominan -restos epiteliales de Malases. Existe una notable diferencia en el desarrollo de la vaina epitelial radicular de Hertwing, en los dientes con una raíz la vaina forma el diafragma epitelial antes de que se inicie la formación de ésta, los epitelios externo e interno del órgano del esmalte se inclina en el futuro límite cemento adamantino, hasta constituir un plan -- horizontal que estrecha la amplia abertura cervical del germen del diente.

DERIVACION Y DESARROLLO DE LOS TEJIDOS DENTALES:

La derivación y desarrollo de los tejidos dentales- pueden ser considerados en las fases fisiológicas e histológicas que comprenden:

- 1).- Iniciación.
- 2).- Proliferación.
- 3).- Histodiferenciación.
- 4).- Morfodiferenciación.
- 5).- Aposición.

Estos procesos se superponen considerablemente y muchos continúan durante varias etapas histológicas. A pesar - de ello cada uno tiende a predominar en una etapa más que --- otra.

1).- INICIACION:

La iniciación o comienzo de desarrollo del diente es un proceso breve pero importante que ocurre en embriones humanos de 11 mm. de largo aproximadamente, la iniciación se manifiesta por la aposición de la lámina dental 31, 34).

La lámina y las venas dentarias representan la parte del epitelio bucal que tiene potencialidad para la formación del diente.

Existe ciertas células específicas que poseen el potencial de crecimiento de algunos dientes, y responden a los factores que inician el desarrollo dentario.

En todos los dientes su inicio ocurre, en momentos bien definidos y la iniciación es puesta en marcha por factores desconocidos exactamente como sucede con el crecimiento potencial del óvulo que es iniciado por el espermatozoide.

Los dientes pueden desarrollarse en localizaciones anormales por ejemplo en el ovario (quistes o tumores dermoides), o en la hipófisis. En tales casos el diente pasa por etapas de desarrollo similares a las de los maxilares 21,31).

La falta de iniciación tiene como consecuencia la ausencia de dientes, (anodoncia) la cual puede ser total o parcial siendo la más frecuente la parcial y esto ocurre con frecuencia en las zonas de los incisivos laterales permanentes, y la de los terceros molares o los segundos premolares inferiores. También durante la iniciación puede dar como resultado el desarrollo de uno o varios dientes (Dientes Super-

numerarios).

2).- PROLIFERACION:

El crecimiento proliferativo es resultado de la división celular y por lo tanto multiplicativo esto es, el crecimiento avanza en progresión geométrica.

Como resultado de la proliferación celular se forma un brote de células epiteliales, en las cuales durante la proliferación acentuada sobreviene los puntos de iniciación y de sencadena sucesivamente las etapas de yema y de campana. El crecimiento proliferativo provoca cambios regulares en el tamaño y las proporciones de los germen dentarios en crecimiento 34, 35).

Durante la etapa de la proliferación el germen dentario tiene potencialidad para progresar en un desarrollo más avanzado. Una perturbación durante esta etapa puede dar efectos enteramente diferentes según sea el momento en que se produce la etapa de desarrollo afectada.

Si la anomalía se produce durante la etapa de crecimiento proliferativo puede originarse una duplicación o producirse una supresión en el órgano dentario.

3).- HISTODIFERENCIACION:

La diferenciación histológica sigue a la etapa proliferativa, las células formadoras de los germen dentarios- que se desarrollan durante la etapa proliferativa, en la cuál

existen cambios, tanto morfológicos como funcionales y adquieren su asignación funcional. Las células se tornan restringidas en su potencialidad y suspenden su capacidad para multiplicarse conforme adquieren nueva función. Esta fase alcanza su más alto desarrollo en la etapa de campana del órgano dentario, antes de comenzar la formación y aposición de la dentina y el esmalte (21, 31).

La influencia organizadora del epitelio dentario interno sobre el mesénquima es clara en la etapa de campana y provoca la diferenciación de las células vecinas de la papila dentaria hacia odontoblastos. Cuando se forma la dentina las células del epitelio dentario interno se transforma en ameloblastos y se forma matriz de esmalte frente a la dentina, si no existe formación de dentina no hay formación de esmalte, por lo tanto la iniciación de dentina precede y es importante para que exista esmalte.

La diferenciación de las células epiteliales, es -- previa y esencialmente para que se diferencien los odontoblastos y la iniciación de la dentina, cuando la diferenciación -- no se produce, la energía de crecimiento desorganizada y sin-objetivo determinado, se expresa en una continua y desenfrenada proliferación de células (34, 45).

Se ha demostrado que la diferenciación de la capa -- interna del órgano del esmalte en ameloblastos es un paso preliminar para la diferenciación de las células adyacentes de -- la papila dental en odontoblastos.

En la dentinogénesis, los odontoblastos no llegan a

diferenciarse completamente el resultado es la formación de una sustancia dentinaria quebradiza con ausencia o desorden de los túbulos dentinarios que se asemejan a una dentina secundaria irregular.

4).- MORFODIFERENCIACION:

Antes que comience el depósito de la matriz las células formativas se disponen de manera de bosquejar la forma y tamaño del futuro diente. Se define así el patrón morfológico de la corona dentaria, cuando el epitelio adamantino interno se arregla de manera que el límite entre él y los odontoblastos inicien la futura unión amelodentinaria 31).

La forma y tamaño del futuro diente se establece por medio de: la diferenciación morfológica, es decir de crecimiento diferencial. La etapa avanzada de campana señala la diferenciación morfológica de la corona al delinear la futura unión dentinoesmáltica, éstas uniones son diferentes características para cada tipo de diente, actúan como un patrón de plano detallado.

De acuerdo con éste modelo los ameloblastos y los cementoblastos depositan esmalte, dentina y cemento, y así dan al diente el tamaño y forma características. Un ejemplo es el tamaño y la forma de la porción situada en las cúspides de la corona del primer molar permanente se establece el nacimiento antes de la formación de los tejidos duros.

Las alteraciones de la morfodiferenciación pueden a

fectar la forma y tamaño del diente, sin alterar las funciones de los ameloblastos o de los odontoblastos, el resultado es un diente malformado (ejemplo, el incisivo de Hutchinson), cuyo esmalte y dentina pueden ser normales estructuralmente, la forma final de la corona puede verse perturbada aún en presencia de una etapa de campana normal (21, 34, 45).

5).- APOSICION:

En la aposición existe el depósito de nuevos materiales en la matriz de las estructuras dentales normales duras.

Hay un crecimiento apositivo de capas de una matriz extracelular, por lo tanto este crecimiento es de tipo aditivo, en la cual existe una secreción extracelular no vital en forma de una matriz de los tejidos por las células formativas en el estadio de morfodiferenciación.

Este tipo de crecimiento se caracteriza por el depósito regular y rítmico de material extracelular incapaz de crecer más por sí mismo.

El crecimiento por aposición se realiza de acuerdo con un plan establecido. Empieza en determinado sitio, en las células de la dentina llamados centros de crecimiento y prosiguen en direcciones definidas, manteniendo gradientes de tiempo (21, 31, 45).

"ETIOLOGIA"

" ETIOLOGIA "

No existe un tiempo definido en que se inicien su desarrollo los órganos dentarios supernumerarios, pueden formarse antes del nacimiento o en pleno desarrollo de los dientes permanentes (19, y otros).

Se han descrito varias teorías sobre la etiología de la formación de dientes supernumerarios, el Dr. Black: referido por Diamond (2) dice que los prismas celulares que provienen de la lámina dental para la formación de órganos del esmalte no son exclusivos para un órgano dentario y que con alguna frecuencia se pueden localizar órganos accesorios.

También se pueden encontrar cordones epiteliales -- que nacen de la lámina dental, colocados irregularmente y cuando se encuentran en condición favorable, pueden dar origen a órganos del esmalte y por lo tanto órganos dentarios supernumerarios.

El Dr. Adler Charles I., (20, 43, 44, y otros) sugieren que los órganos dentarios supernumerarios se originan a partir de una hiperactividad de la lámina dental en su desarrollo.

El epitelio, al desarrollarse, se dirige dentro del mesénquima, formándose el diente temporal; seguido por la formación permanente.

Al terminar la formación del diente permanente, ter

mina la fusión de la lámina dental, si su actividad continuáse forma el germen de un órgano dentario supernumerario.

Gorlin y Godman 18 y otros 1, 6) sostienen que los órganos dentarios supernumerarios se originan a partir de los restos epiteliales de la lámina dental normal, o de las láminas dentales accesorias que aparecen durante los primeros períodos de formación de dientes.

Para otros autores 25, 45) el número de dientes presentes está determinado por la proliferación del ectodermo -- odontógeno en cantidad y en algunos casos en calidad suficiente. Por lo tanto, las anomalías de número en la arcada dentaria, son el resultado de trastornos en la etapa de iniciación y proliferación de estos órganos.

según Shafer 45) los dientes supernumerarios se generan a partir de un tercer germen dental proveniente de la lámina dental cerca del germen permanente, o quizás por división del permanente mismo, esto último es más bien inaprobable pues los dientes permanentes aparecen normales en todo sentido.

Sotris N. Sykaras 43 y otros 1) refieren que los órganos dentarios supernumerarios se forman por la división de germen dentarios normales, por hendiduras o fisuras en el germen dental o de las láminas dentales accesorias.

Para Bernier 13) las causas más factibles son; influencias como inflamación, cicatrización, presión anormal y relaciones intercelulares alteradas en su potencial organizador en odontogénesis.

Burket 7) refiere que aunque hay variaciones de número y de la posición de los dientes en la primera dentición, son menos frecuentes que en la segunda.

Esto probablemente obedezca a la escasez relativa de agentes extraños que actúen sobre el feto durante la formación de la dentición temporal.

Sobre la herencia de los dientes supernumerarios, los datos en las publicaciones no son seguros, por que están basados en estadísticas no confirmadas, y por ello parece una consecuencia de la dificultad que ofrece la comprobación de los dientes supernumerarios 7, 9, 14, 16, 42).

Para Graber, Hayes, y otros 1, 3, 32, 41, 44) el factor genético juega un papel importante ya que se ha encontrado mayor incidencia en algunos familiares.

En los casos reportados por Barker, Prager, Schweitzer, Hamond-William, Kiler, Burket, Sedano y Gorlin; hubo de casos de concordancia en gemelos monocigóticos y aparición en varias generaciones la presencia de dientes supernumerarios.

Según Zegarelli 49) el probable origen hereditario es un proceso patogenético fundamentalmente de una hiperactividad de la lámina dental.

Sin embargo, no se ha puesto en claro si esta afección es debida a la formación de un tercer germen permanente y deberá pensarse en el efecto del atavismo, ya que en la dentición de primates extinguidos se presentaban 44 órganos dentarios, con tres incisivos y cuatro premolares en cada cua---

drante 49).

Con E. Fischer (1936) podemos pensar teóricamente - del atavismo que " No es una disposición hereditaria muy raramente recibá en ambos padres, si no más bien (también la falta heterocigótica) de ciertos genes dominantes en el desarrollo normal y de formaciones transitorias embrionarias persistentes o que se presentán en el desarrollo normal " 42).

Para Sedano 38) el factor genético parece ser la explicación más lógica para esta anomalía, la cual se ha visto en más de una generación. En las bases de esta información - se trata de un autosoma dominante con falta de penetración en algunas generaciones.

Las teorías de la etiología de los órganos dentarios supernumerarios guardan similitud bastante parecida, a pesar de tener su origen en los diversos autores mencionados.

" N O M E N C L A T U R A "

" NOMENCLATURA "

Los dientes que se presentan en exceso al número -- normal se han denominado frecuentemente dientes supernumerarios, pero este término indica en la cuál los dientes son la forma y tamaño normal.

Como la mayoría de los dientes en exceso no tienen forma normal el término de accesorio parece más lógico 45).

Para poder utilizar este término (accesorio), los dientes se presentán heteromórficos o sea; que presentán características diferentes con respecto al diente normal 1, 5, 18, 41, 44).

Otros autores los mencionan como suplementarios o suplementales y se refieren para aquellos dientes eumórficos o dientes eutípicos, es decir los dientes que corresponden a un tipo normal determinado 42).

Así pues, la nomenclatura de estos órganos dentarios varía según los diferentes autores consultados.

Se han propuesto diversos nombres para los dientes en exceso, basandose en su localización.

Así que, el término " Mesiodens " fue acuñado por Bolt en 1917 y se aplica a los órganos dentarios que se encuentran localizados entre los dos incisivos centrales, tanto superiores como inferiores 4, 5, 16, 35, 45) algunos autores los laman " Dientes accesorios o rudimentarios " y otros ----

" Dientes supernumerarios " 4, 5, 44, 45).

En la región canina, diversos autores han descrito caninos supernumerarios principalmente en pacientes con hendiduras faciales y en los que presentan el Síndrome Orofaciodigital 7, 44).

Con respecto a los premolares supernumerarios se manifiestan principalmente en mandíbula y no tienen ninguna característica familiar al premolar normal, al contrario con los que se presentan en el maxilar superior 10, 12, 17, 22, 44).

En la región de los molares se les denominan " Cuartos Molares " y si son bucales en relación con los molares regulares se les identifica como " Paramolares " y " Distomolares " o " Retromolares " aquellos que están distales con respecto a los terceros molares normales 41, 44).

Peridens se les llama a los órganos dentarios supernumerarios localizados por fuera del arco dentario, también se les conoce como dientes accesorios linguales interdentes e interradiculares 44).

También hacen acto de presencia los dientes supernumerarios múltiples y principalmente se manifiesta en la Disostosis Cleidocraneal, esta hiperplasia consiste habitualmente en dientes anteriores y premolares que se acompañan de desplazamiento y retención de dientes.

Es raro observar dientes supernumerarios normales - múltiples fuera de esta enfermedad 2, 4, 9, 23, 25).

Si los órganos dentarios supernumerarios se encuentran en fosas nasales reciben el nombre de dientes nasales --

1, 5, 18).

Con respecto a la concordancia de los autores menci
onados, los dientes en exceso suelen denominarse " Organos --
dentarios Supernumerarios " 1, 2, 4, 5, 7, 10, 12, 17, 18, 22
23, 25, 41, 44, 45).

" I N C I D E N C I A Y F R E C U E N C I A "

" INCIDENCIA Y FRECUENCIA "

Todos los estudios y estadísticas realizados indican, con ligeras variaciones, que esta anomalía prevalece más en la dentición permanente que en la temporaria 30).

Los informes publicados sobre la prevalencia de los supernumerarios en la dentición temporaria oscilan entre un orden inferior del 0.3 %, y uno del 1.8 %.

La incidencia de los órganos dentarios supernumerarios es de 1 %, con la proporción del maxilar superior al inferior de 8:1, y de dientes salidos a no salidos de 5:1, y no es rara la presentación bilateral 1, 6, 20, 46, y 49).

Diversos investigadores han registrado que la incidencia de los dientes supernumerarios en la dentición permanente, en niños menores de 14 años de edad, llega un orden de 1.2 % al 3 %, Grahnen en su estudio con niños suecos informó sobre el 3.1 %, y Castaldi en un estudio similar con niños canadienses informa sobre el 3.1 %, y Claytón con un grupo de niños americanos encuentra una incidencia del 2.7 %.

Es interesante que ambos, Castaldi y Claytón encuentren un número significativamente mayor de dientes supernumerarios en niños que en niñas 18, 30, 32, 47).

El Dr. Adler, basándose en su estudio realizado en una clínica de cirugía bucal de Pittsburg, U.S.A.; reportó una incidencia de 1.5 % de órganos dentarios supernumerarios-

por cada 1 000 personas en el año de 1932; además, hace mención de la incidencia reportada por otros investigadores después del año de 1932, que variaba de 9.1 al 20 % de órganos dentarios supernumerarios por cada 1 000 personas.

Stafne 18, 42) realizó un estudio de 48 550 exámenes radiográficos dentales y observó la frecuencia del 1 % de la presencia de los órganos dentarios supernumerarios.

Sin embargo, varios autores reportados por Gorlin y Goldman 18) no aceptan como reales dichas estadísticas ya que no se elaboraron dentro de los lineamientos establecidos.

El Dr. Sykaras 43) menciona una frecuencia del 3.6% en la dentición permanente y del 1.9 % en la temporal, sin embargo, la frecuencia es probablemente más elevada.

Moore y Hughes encontraron una frecuencia del 2.7 % Lind de 3.6 %, Parry e Iger de 2.5 %, Castaldi y Cols de 3.1% y varios autores refieren que esta anomalía es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino 18, 32, 38, 43).

PORCENTAJE DE PRESENTACION:

De los dientes supernumerarios, los de mayor porcentaje en aparición son los Mesiodens 41, 44) con una proporción de 8 a 1, según Zegarelli; encontrándose en mayor proporción en la dentición permanente que en la temporal 21, 49).

El porcentaje de Mesiodens, según Sykaras en la dentición permanente es de 0.1% a 3.6%, y en temporales de 0.2 % a 1.9%, refiere el autor que cuando existen Mesiodens en la -

primera dentición hay tendencia a que exista en la segunda -- dentición.

En un estudio de 11 400 niños suecos, la presencia de Mesiodens fué de 1.4 %, y Hüsgen reportó una incidencia de 3.4% en 1 000 niños alemanes; Gysel sólo encontró el 1.2% en 4 500 personas (9, 43, 44).

Gorlin y Goldman, mencionan que en 1 717 niños suecos sometidos a tratamientos ortodóncicos por el Dr. Lind, se encontró una frecuencia de Mesiodens de 3 % en los niños y de 1.3 % en las niñas.

Generalmente en una persona se presenta un sólo Mesiodens, menos frecuente dos y en casos excepcionales, se han reportado tres y cuatro, según lo mencionan Gorlin y Goldman y otros (38, 39).

La región que sigue en orden de frecuencia para los órganos dentarios supernumerarios, es la porción distal de -- los terceros molares, en el maxilar superior son más frecuentes que el inferior (39, 41, 44, 49).

Es sorprendente que el Dr. Wiel encontraría en 100 italianos de ambos sexos de 24 a 45 años de edad un 6 % de cuartos molares (14, 15).

Esto contradice la frecuencia de 0.02 % en la mandíbula y 0.3 % en el maxilar, comunicada por Staffe (9).

Según la Dra. Nuñez (15, 19, 33) el tercer lugar de frecuencia de presentación pertenece a los premolares supernumerarios.

Siendo con mayor porcentaje los premolares supernu-

" S I T I O S D E L O C A L I Z A C I O N "

merarios en la mandíbula que en el maxilar, el Dr. Stafane en contró 9 premolares maxilares y 33 mandibulares en 500 dien-- tes supernumerarios, Borra y V. Schmarson calcularon una pro- porción semejante 9, 10, 13, 17, 22).

El cuarto lugar de frecuencia de presentación se en cuentran los incisivos accesorios eumórficos, y aparecen en - ambas denticiones y en ambos maxilares.

Según Stafane menciona que se presentan frecuente-- mente en la mandíbula, Grahin, Lindhal y Gysel varía entre -- 0.02 % y 0.01 % de porcentaje de presentación.

Gorlin menciona que son más raros los centrales su- pernumerarios que los laterales en la dentición permanente, varios autores han comunicado un aumento de la frecuencia en- familiares y en varias generaciones 14, 16, 22).

En quinto lugar de frecuencia, están los caninos su- pernumerarios, que son extremadamente raros de presentación - 1, 18, 33).

Por último se presentan los dientes supernumerarios múltiples que se manifiestan casi siempre relacionados con -- Síndromes, como sería el Síndrome de Disostosis Cleidocraneal fuera de esto, son muy raros observarlos.

" SITIOS DE LOCALIZACION "

Los órganos dentarios supernumerarios pueden encontrarse en cualquier lugar del arco dentario, crecer en muchas posiciones, tener formas diversas (cono, clavija, etc) sin embargo; tiene predilección por la línea media, regiones retro-molares, así como maxilar superior.

Sus formas de presentación pueden ser retenidos en proceso alveolar o erupcionados, generalmente hacia cavidad bucal. Pueden presentarse únicos y en forma múltiple, pueden tener diferentes posiciones o giroversiones y estar ya sea en labioversión, en posición vértical, horizontal, invertidos -- con su dirección hacia la raíz, etc. 1, 4, 41, 45).

El Dr. Adler y otros 3, 5, 18, 19, 20, 32, 41, 46) refieren que el 90 % de estos órganos dentarios supernumerarios se presentan en el maxilar superior, y el 9.7 % en la mandíbula, y 0.3 % en otros sitios.

El más frecuente en localización, como ya se ha mencionado, es el Mesiodens; que se localiza al lado izquierdo o derecho de la línea media, entre los dos incisivos centrales y generalmente en posición hacia palatino o lingual, aunque algunos autores (13, 32) los reportan invertidos hacia la raíz pero en menor frecuencia 1, 3, 5, 6, 19, 20, 23, 43).

La mayoría de los Mesiodens poseen coronas con forma de clavija, cono o triángulo, y una sola raíz; generalmen-

te existe un solo Mesiodens a veces dos, y en casos excepcionales tres y cuatro 16, 42, 43, 48, 49).

Casi siempre se encuentran retenidos, sin embargo, existen casos reportados de Mesiodens erupcionados y en correcta alineación en la arcada dentaria 40).

Los órganos dentarios supernumerarios de la región de los molares se encuentran más frecuentemente en el maxilar superior 18, 32, 41).

El más frecuente es el cuarto molar supernumerario, Generalmente llamado " Retromolar o Distomolar ", ya que se encuentran retenidos en proceso alveolar, la forma y tamaño son bastante variables, algunas veces se encuentran incluso dos distomolares en maxilar superior, a menudo en posición bucal o lingual.

La localización del paramolar es principalmente hacia vestibular o lingual de uno de los molares, pero según el Dr. Bolk mencionado por Gorlin y Goldman, especifica que se encuentran exclusivamente en los espacios intersticiales entre el primero y segundo molar o entre el segundo y el tercero, concluyó que los tubérculos accesorios y los paramolares son homólogos 18, 32).

Los premolares supernumerarios se encuentran generalmente en mandíbula, entre el primero y segundo premolar, y en posición hacia vestibular o lingual 18).

Estos premolares no erupcionan completamente por falta de espacio, sin embargo; Vande 45) reporta un caso raro de un paciente con dos premolares mandibulares supernumerari-

os del lado izquierdo y uno del lado derecho, todos erupciona dos junto a los premolares normales.

Los incisivos accesorios eumórficos aparecen en ambas denticiones en ambos maxilares generalmente están retenidos en proceso alveolar y en posición hacia palatino o lingual.

En los caninos supernumerarios son más frecuentes - en maxilar superior, Stafne 44) reportó dos caninos supernumerarios en maxilar y uno en mandíbula en un estudio hecho de - 500 supernumerarios, estos generalmente se muestran retenidos en el proceso alveolar, y en posición hacia vestibular o lingual.

Los dientes supernumerarios múltiples aparecen solamente en la dentición permanente, su origen podría residir en un trastorno en la región de la lámina dental de los dientes permanentes.

A pesar de los casos esporádicos, hay que tener en cuenta el posible papel de factores hereditarios, aunque aún no se puedan establecer con seguridad.

" C A R A C T E R I S T I C A S C L I N I C A S Y

S I N T O M A T O L O G I A "

" CARACTERISTICAS CLINICAS Y SINTOMATOLOGIA "

Los órganos dentarios supernumerarios se presentan en todas las formas de transiciones intermediarias, desde lo normal hasta en el denticulo insignificante, y a veces tiene formaciones distípicas.

Estos dientes distípicos suelen tener forma de tallo, fundamentalmente son pequeños y de una sola raíz, siendo está, por lo general, recta y puntiaguda; su corona es cónica lisa, y puntiaguda o presenta una superficie en lugar de la punta.

Para muchos, estos dientes supernumerarios resulta muy adecuada la denominación de " Diente Mamelonado ", utilizandose corrientemente este concepto para todos los dientes supernumerarios distípicos 42).

Guralnick y otros 2, 41) reportaron una incidencia del 40 al 65% de órganos dentarios supernumerarios con forma típica de diente, una de 25 al 42% con forma de clavija y un 12% con forma de múltiples conos.

La forma más rara de los dientes supernumerarios es la denominada " Dens in dente ", encontrandose en la cámara dental de un diente, otra formación dentaria independiente, que a su vez, posee cámara pulpar propia.

Taviani al referirse a la etiología del " Dens in dente " cree que es consecuencia de la fusión de un diente su

pernumerarios con un diente normal 33).

De acuerdo a su forma se clasifican, según Moyers y otros 1, 2, 3, 6, 18, 19, 24, 39, 41, 43, 44) en :

a).- Dientes supernumerarios de forma, corona y raíz normal, muy similares a los normales; los definiremos como: Dientes Eumórficos. Estos son más frecuentes en mandíbula y generalmente son premolares supernumerarios, con o sin antagonista.

b).- Dientes supernumerarios con coronas de forma de triángulo, clavija o cónica, llamada también "gota de esmalte de Black"; el representante de este grupo es el Mesiodens, generalmente de forma rudimentaria con menor dimensión tanto longitudinal como transversal que los otros dientes 16, 41).

c).- Dientes supernumerarios con variaciones en forma, tamaño de corona o raíces, los definiremos; Dientes Heteromórficos. Pueden ser mayores o menores que los normales o presentar fisuras profundas o anomalías en la superficie oclusal el órgano dentario supernumerario más frecuente de este tipo es el cuarto molar (Paramolares, distomolares, etc.).

Desde el punto histológico se ha estudiado poco sobre los órganos dentarios supernumerarios, sin embargo Nuñez-33) reportó que generalmente no se diferencian de la estructura histológica de los órganos dentarios normales.

Sintomatológicamente, por lo general, no producen dolor por su presencia, algunas veces y debido a la presión que ejercen, causan la muerte de la pulpa de algún diente vecino, y los síntomas dolorosos consiguientes, no son de espe-

rarse obligando al paciente acudir al odontólogo, lo más pronto posible 24, 33).

" TRANSTORNOS LOCALES Y COMPLICACIONES

QUE PUEDEN ORIGINAR POR SU PRESENCIA "

1

" TRANSTORNOS LOCALES Y COMPLICACIONES
QUE PUEDEN ORIGINAR POR SU PRESENCIA "

Cuando los órganos dentarios supernumerarios se encuentrán retenidos en el proceso alveolar, generalmente causan - desviación, retardo o impedimento de la erupción normal de los dientes temporales o permanentes.

Definitivamente, no es necesario que el órgano dentario supernumerario esté en íntimo contacto con los dientes temporales o permanentes para alterar su erupción normal (2, 6, 18 19).

A veces los dientes supernumerarios no erupcionados- pueden ser la causa de neuralgia facial, las cuales cesan des- pués de la remoción de los dientes.

La formación de un diente supernumerario, entre los- incisivos centrales, pueden desplazar a éstos por la falta de- espacio y girarlos de su posición normal provocando así, dias- tema entre los incisivos centrales (19, 20, 23).

Si los órganos dentarios supernumerarios erupciona-- dos fuera del arco dentario, pueden llegar a provocar malposi- ciones de dientes vecinos y por consiguiente problemas en la - oclusión.

En ocasiones pueden causar reabsorción de las raíces de los dientes vecinos por presión en la zona radicular, tanto de los dientes temporales como de los permanentes, dependiendo

de la etapa de su formación y aparición.

Hillis refiere que un diente supernumerario alojado en piso de nariz puede provocar epistaxis, dolor de cabeza, obstrucción nasal y formación de abscesos 25).

También pueden provocar hipoplasia del esmalte y dilaceraciones en órganos dentarios vecinos debido a la presión que ejercen sobre ellos 32, 41, 43, 48).

Zegarelli refiere que los órganos dentarios supernumerarios que no erupcionan pueden ocasionar quistes o neoplasias 49).

COMPLICACIONES QUE PUEDEN ORIGINAR:

Los órganos dentarios supernumerarios pueden originar quistes y odontomas, o algunas alteraciones patológicas -- que se originan a partir de su fólículo.

El término Odontoma fue empleado por Broca 44, 49) -- para designar todos los tumores de origen dentario calcificados y mezclados en diferentes sentidos y proporciones.

Dentro de los tumores odontogénicos, los odontomas -- son de neoplasias de tipo mixto 18, 28) benignos, compuestos -- de estructuras dentales, es decir, esmalte dentina y cemento.

Estas lesiones se originan en las porciones mesenquimatosas y epitelial del fólículo dentario. Durante muchos años, la lesión conocida como cementoma se había considerado como odontoma 44, 47).

Se han mencionado con nombres variados como: adaman-

tinomas odontoplásticos, odontomas odontoplásticos, adamantinoma sólido dentificado 28). Algunos autores creen que son de -- origen neoplásico 44, 47) en cambio otros aceptan la teoría de que son el resultado de una embriogénesis defectuosa 34, 49).

Rykind 28) sostiene que la histiogénesis de los odontomas es análoga al mecanismo de la odontogénesis, teoría que -- también sostiene Archer 3).

Los odontomas son, por tanto, el resultado de la alteración en el desarrollo normal de la lámina dental o del fólculo, ocasionados probablemente por traumatismos o infección, o -- bien por deficiencias nutricionales, como experimentalmente se han producido en ratas 9, 12, 29).

En algunas ocasiones, la consecuente relación con dientes supernumerarios o retención dentaria, pueden actuar como factor irritativo despertando la actividad de los restos paradentarios y la formación del tumor 44, 47).

Los odontomas comprenden alrededor del 22% de los tumores odontogénicos de los maxilares y se componen, según Bas--kar 5) de tejidos dentarios duros.

Por lo menos el cien por ciento se diagnóstica en la segunda y tercera década y puede asegurarse que se desarrollan -- asintóticamente en ambos maxilares 28).

Existen diferentes clasificaciones de los odontomas, dependiendo de su aspecto clínico, radiográfico e histológico; sin embargo creemos que la clasificación de los odontomas son -- Ameloblástico o quístico, Compuesto complejo y en Compuesto combinado, es más didáctica en su diferenciación.

El odontoma ameloblástico o quístico, se caracteriza por la existencia del depósito de sustancia calcificada que se parece a la dentina o al cemento en una red de tejido conjuntivo.

Según Levy 49) en un estudio histopatológico de 43 -- odontomas, el veinte por ciento contiene células fantasmas del epitelio odontogénico y que pueden ser debidas a la formación y calcificación del epitelio del esmalte.

Este disminuye su provisión de sangre y de oxígeno, lo que causa la muerte y queratinización de las células y la -- producción de estas células fantasmas, que han sido pasadas por alto por su semejanza a la osteodentina pobremente descalcificada 11).

Radiográficamente, el odontoma ameloblástico parece -- estar situado dentro de límites de una zona radiolúcida, por lo que se le conoce a veces como odontoma quístico 41, 44).

El Odontoma Complejo Compuesto, contiene también todos los elementos dentarios desarrollados, pero no tiene una formación anatómica; estas masas calcificadas están contenidas en -- una matriz de tejido fibroso 45, 44).

En el exámen radiográfico, el odontoma complejo se -- presenta en forma de masas radiopacas su forma características -- rodeadas por una zona radiotransparente.

Estos odontomas son más difíciles de identificar radiológicamente, ya que su aspecto puede parecerse a la displasia-fibrosa, al osteoma o al fibroma osificante.

Según Catón 28) deben ser tomadas radiografías pano-

rámicas en los pacientes rutinarios, ya que es posible encontrar estas tumoraciones en los maxilares o en los antros maxilares en donde es poco frecuente su aparición como lo demuestra - Osborne 18).

Por último, el Odontoma Compuesto Combinado, es más frecuente que los anteriores, según demostró Clausen, al comunicar el análisis de 137 casos así como también lo indican los registros de la Real Escuela de Odontología de Dinamarca.

El tumor se denomina compuesto combinado cuando las estructuras calcificadas exhiben suficiente semejanza anatómica con los dientes normales 5, 18, 27) aunque estos sean pequeños y deformes.

El tumor suele ser pequeño y no maligno y pocas veces alcanzan gran tamaño y deformidad de los maxilares, suele diagnosticarse durante el examen radiográfico dental, donde su aspecto es bastante característico, consistiendo en una masa de pequeñas estructuras parecidas a los dientes y rodeadas por una banda radiolúcida 18).

Por lo común aparecen en la zona del tercer molar inferior y en la región " Incisivo-Canino " del maxilar superior, también es frecuente que aparezcan estos tumores entre las raíces de los dientes permanentes sucesores 28).

La estadística no presenta un predominio de un sexo sobre otro, en lo que se refiere a su aparición. Por su crecimiento lento, puede persistir durante décadas sin dar sintomatología, o bien pueden desarrollarse durante un tiempo y después permanecer intactas.

Microscópicamente, los denticulos formadores del tumor, exhiben un orden normal de tejido dental, algunos tumores tienen 3 o 4 dientes supernumerarios mantenidos juntos dentro de una cápsula de tejido conjuntivo.

Sin embargo, existen en la literatura, varios casos de odontomas compuestos combinados con múltiples denticulos, como el reportado por Herman 28) en 1957, en el cual describe dos odontomas con 2 100 denticulos o dientes supernumerarios: uno en el maxilar superior con 1 200 dientes y otro odontoma en mandíbula con 900 estructuras dentarias.

La retención de órganos dentarios supernumerarios en la tumoración, es también comunicada por Caballero 28), el cual menciona 5 odontomas: cuatro en el maxilar superior con retención de 2 caninos y 2 centrales y uno en mandíbula con retención del canino.

El tratamiento de los odontomas es quirúrgico, debiéndose eliminar toda la cápsula para evitar recidivas y procurarse no dejar ningún denticulo o diente supernumerario. El o los dientes retenidos pueden ser tratados con exodoncia o bien por medio de ortodoncia cuando esto es posible.

"RELACION DE ORGANOS DENTARIOS

SUPERNUMERARIOS Y OTRAS ANOMALIAS"

" RELACION DE ORGANOS DENTARIOS
SUPERNUMERARIOS Y OTRAS ANOMALIAS "

Se han reportado casos por Archer, Gorlin y otros - 19, 23) de presencia de órganos dentarios supernumerarios asociados con anomalías congénitas, como hendiduras faciales - de Labio y Paladar Hendido.

Los dientes suelen faltar en la región de la hendidura o son supernumerarios, según Bohn 18) se encuentra un diente supernumerario en casi en un 50% de los pacientes con Hendiduras del Labio y alveolo que tienen dentición primaria, y en casi un 25% de los que tienen dentición secundaria. Los números correspondientes a un órgano dentario supernumerario-distal son respectivamente 75% y 45%.

En los pacientes con Labio Leporino sin hendidura - alveolar, aproximadamente la mitad tienen dientes supernumerarios en ambas denticiones y se encuentra agnesia de los dientes en el 10% de los casos con dentición secundaria 1, 18).

Si una hendidura orofacial afecta al hueso alveolar ocurrirán cambios en el número y estructura de los dientes -- próximos a la hendidura, encontrándose frecuentemente dientes supernumerarios que pueden estar malformados o pueden erupcionar ectópicos (fuera de su posición normal) o ausencia de alguno de ellos. En pacientes con una hendidura unilateral o - bilateral del alveolo, la pieza dentaria (incisivo central o -

lateral) en la línea media de la hendidura o adyacente a ella tienen también anomalías de calcificación, tamaño y forma.

Encontrándose también deficiencia de soporte alveolar frecuentemente presentado sobre el lado de la raíz del diente próximo a la hendidura; este diente también se encontrará parcialmente erupcionado debido al trauma quirúrgico, a la cicatriz y al pobre suplemento de sangre 8, 26).

El Cirujano Dentista debe realizar estudios radio--gráficos y clínicos referentes a la morfología y número de dientes que asuman un significado adicional para el paciente -- con hendidura por el conocido aumento de incidencias de anormalidades dentales.

Como se mencionó anteriormente, el paso de la fisura por el alveolo pueden provocar la anulación del germen o -- la división de ésta en dos, formándose por consecuencia dos -- "Piezas dentarias" que se pueden encontrar frente a la fisura o detrás de ella con mayor frecuencia por distal de la pieza--afectada.

Los dientes supernumerarios afectan con frecuencia la región incisiva que puede presentar desarrollo normal o anormal. La importancia clínica de las piezas dentarias supernumerarias estriba en el desplazamiento o constricción de los germenos dentarios que erupcionan más tarde y en los que pueden perturbarse la formación de las raíces. Se conocen tam--bién resorciones de las raíces por germenos dentarios supernumerarios 8, 26).

Quando piezas supernumerarias aparecen entre los --

incisivos centrales se denominan Mesiodens. Generalmente se trata de una o también de dos formaciones rudimentarias que contienen todos los elementos típicos del diente provocando el desplazamiento de los incisivos centrales y con frecuencia se encuentran retenidos en el hueso maxilar.

La disposición corriente de los dientes supernumerarios en caso de fisura palatina partiendo de la línea media es: incisivo central del lado de la fisura, fisura, diente malformado y canino. El diente malconformado puede presentarse en situación labial con respecto al canino o puede presentarse dentro de la fisura. Cuando existe un incisivo supernumerario, éste se encuentra situado en el lado mesial de la fisura y con frecuencia está bien conformado.

Cuando las anomalías de número fueron analizadas (dientes supernumerarios) respecto a su relación con una hendidura unilateral del labio, paladar y proceso alveolar se estableció que muchas de estas anomalías del arco maxilar estuvieron presentes tanto en el lado de la hendidura como en el lado normal (8, 18, 26).

También se han encontrado casos de asociación de presencia de órganos dentarios supernumerarios y otras anomalías como algunos Síndromes.

SÍNDROME DE DISOSTOSIS CLEIDO CRANEAL o
CLEIDO CRANEO DISOSTOSIS o
SÍNDROME DE MARIE SAINTON.

La Disostosis Cleidocraneal, es un padecimiento po-

co común, esta enfermedad, aparentemente; ha existido desde la antigüedad.

La etiología exacta es desconocida, pero el patrón hereditario se ha establecido en la mayoría de los casos como un carácter autosómico dominante, aunque no afecta necesariamente a todos los miembros de una familia 37).

Sin embargo, se han señalado numerosos casos en los cuales no existieron antecedentes familiares 1, 18).

La sintomatología, según Valentín 37) describe los signos cardinales de la Disostosis Cleidocraneal:

- 1.- Aplasia uni o bilateral de la clavícula.
- 2.- Anomalías de osificación craneofacial y dentarias.
- 3.- Anomalías de la pelvis y del extremo sup. del fémur.
- 4.- Anomalías de los dedos de las manos y los pies.

Es común observar gibas en los huesos parietales, occipital y frontal; osificación defectuosa de los huesos membranosos del cráneo; fontanelas que cierran y abren tarde, notándose frecuentemente entre estas suturas huesos Wor-nianos o Sesamoideos, que son pequeños huesecillos de forma irregular colocados entre las principales estructuras óseas del cráneo, especialmente cerca de la sutura lambdoidea.

El cráneo por tanto, adquiere forma braquicefálica, debido a la presión intracraneal y actividad muscular de estas zonas 1, 8, 18, 37).

Existe además hipoplasia de los huesos faciales lo-

que da al enfermo aspecto pronáptico, es frecuente encontrar **+Hipertelorismo+**, hiperplasia de la abófisis mastoides, sordera debido al estrechamiento del conducto auditivo externo, punte nasal hendido y los senos paranasales pueden ser pequeños o faltar.

En la cavidad bucal, Milthon y Austin 37) señalan que la erupción de los dientes temporales puede ser normal, pero estos se exfolian lentamente y algunos persisten hasta la vida adulta tanto del maxilar como en la mandíbula.

Las complicaciones de la erupción de los dientes -- permanentes también puede ser debidas al desarrollo de numeros dientes supernumerarios, especialmente en la región premolar inferior e incisiva superior.

Los dientes supernumerarios pueden presentarse en diferentes formas y posiciones, a menudo comprimiendo la dentición que se esta desarrollando 49).

Algunos investigadores han reportado la presencia de quistes foliculares que involucrán alguno de los dientes supernumerarios o de los dientes retenidos. Muchos de los dientes no erupcionados muestran formación incompleta en relación a la edad cronológica del paciente.

La bóveda palatina puede ser estrecha y arqueada y en ocasiones presentar fisura palatina, además de la presencia de dientes geminados en la dentición permanente 37, 44).

En conclusión, el aparato odontogénico frecuentemente se ve involucrado con erupción tardía de los dientes permana

+Hipertelorismo+, significa el ensanchamiento del espacio interpupilar o el aumento de la distancia entre la comisura interna de los párpados.

entes y la presencia de dientes supernumerarios, en general-
los pacientes llevan una vida mental normal.

SINDROME OROFACIODIGITAL o
SINDROME OFD o
DISPLASIA LINGUOFACIAL.

Esta displasia, de una gran riqueza y severidad de-
signos, ha sido muy bien estudiada en los últimas décadas por
Papillón-Lfage y Psaume; así como Gorlin, Schwartz y Fish 18)

Dada a su gravedad es, afortunadamente, de rara pre-
sentación ya que se registra un caso de cada 100 Fisuras La-
biopalatinas aisladas. Según Gorlin 18) y Fogh-Anderson el-
síndrome es privativo de las mujeres, por lo tanto, al cromosoma X; han sugerido que es letal para el sexo masculino.

Más o menos la mitad de los enfermos son retardados
mentales, la cara es típica: protuberancia frontal, nariz ---
achatada, con punta grande, hipertelorismo, desplazamiento la-
teral del canto interno del ojo y fisura media en el labio su-
perior. El paladar presenta casi siempre una fisura lateral-
que puede ser mínima o completa, es de destacar que tanto el-
macrofrenillo como la fisura palatina son muy constantes, no-
así la fisura labial.

De los signos bucales se completa con numerosas ban-
deletas fibrosas que ocupan en gran medida el fondo de saco -
vestibular inferior y que através del reborde alveolar pueden
alcanzar la lengua, dándole un aspecto polibulado o digitali-
forme 27).

Son frecuentes la malposición de los dientes cani--

nos maxilares, caninos bicúspides supernumerarias e infraoclusión, se ha observado aplasia de los incisivos laterales mandibulares en más del 60% de los casos tal vez debido al efecto de las bandas fibrosas sobre germenos dentales en desarrollo.

Según Gorlin 18) y otros, han observado dientes -- supernumerarios, los más frecuentes son los caninos y premolares, la mandíbula se ha descrito como pequeña o hipoplásica.

Además presentan pseudohendiduras de la línea media del labio superior y partes laterales del paladar duro, hendiduras del paladar blando y lengua, presentandose ésta bi o -- trifida. También muestran malformaciones en los dedos de los pies que son cortos y gruesos, pueden faltar uno o más dedos- 18, 27).

SINDROME DE CROUZON o
DISOSTOSIS CRANEO-FACIAL.

Consiste en malformación craneal en forma de +Turri cefalea+ en la zona de fontanela anterior y desarrollo insuficiente del tercio medio de la cara, lo que reduce el tamaño - de la bóveda orbitaria y produce exoftalmos muy acentuado.

También hay ampliación del puente de la nariz y separación de los ojos, los huesos del cráneo pueden presentar- atrofia 47). El aspecto facial característico consiste en un subdesarrollo o aplanamiento de la cara media con un relativo prognatismo mandibular y nariz en forma de pico.

Los dientes maxilares superiores están apretados,

+Turricefalea+ Forma puntiaguda.

también se presentan dientes ¹ supernumerarios 18) por consi-
guiente, lo que causa un amontonamiento de los dientes en la
zona de los caninos.

Los dientes inferiores ocluyen sobre los superiores
en labioversión, se encuentra además paladar alto y estrecho,
úvula bífida, dientes impactados o supernumerarios y encías -
hiperplásicas 47). La inteligencia es casi normal, este tras-
torno es transmitido como carácter dominante autosómico 49).

SINDROME DE HALLERMAN-STREIFF o
DISCEFALEA OCULO-MANDIBULAR o
SINDROME DE ULLRICH.

La cara es pequeña con una larga nariz delgada en -
forma de pico, un mentón retraído y un cráneo +Bracicefálico+
de forma anormal, muchas veces son abombamientos, las suturas
longitudinal y lambdoidea permanecen muchas veces abiertas 47).

En la mayoría de los casos estos pacientes se han -
observado una microftalmía de intensidad variable, existe ---
++Hipotricosis++ no solamente en el cuero cabelludo (muchas -
veces en las suturas) cejas y pestañas, sino también en las-
regiones axilares y púbicas.

La piel está atrófica y sobre salen las venas del -
cuero cabelludo y nariz, la hipoplasia mandibular es intensa-
y a menudo presenta un mentón cutáneo doble con una hendidura
u hoyuelo central, la rama ascendente es corta.

La articulación temporomandibular está desplazada --
aproximadamente 1 cm. a 2 cm. por delante del meato auditivo.

+Bracicefálico+ Cráneo de forma anormal.
++Hipotricosis++ Disminución de pelo.

El paladar es alto y estrecho, las anomalías dentales han sido incluidas la presencia de dientes natales y supernumerarios, frecuentemente con hipoplasia del esmalte 18, 47).

SINDROME DE PRINGLE Y BOURNEVILLE O
MORBUS PRINGLE O
ESCLEROSIS TUBEROSAL.

En este síndrome existen muchos componentes, pero los más comunes corresponden a hiperplasia de las glándulas sebáceas, epilepsia y retardo mental 47).

Pueden existir además fibromas sublinguales, distrofia de las uñas, como piel de naranja en el torax, tumores renales, pancreáticos, hepáticos y retinianos.

Las manifestaciones bucales corresponden a fibromas observados frecuentemente sobre encías y ocasionalmente en la lengua y paladar, se presentan frecuentemente incisivos supernumerarios con esmalte hipoplásico.

Casi todos los pacientes se encuentran recluidos en instituciones para retrasados mentales o epilépticos, parecer una enfermedad hereditaria con carácter dominante incompleto, cuya distribución es igual para los dos sexos 18, 44, 47).

SINDROME DE OSTEOMATOSIS-POLIPOSIS MULTIPLE O
SINDROME DE FITZGERALS Y GARDENR.

Consiste en osteomas faciales múltiples, fibromas,

quistes epidérmicos y dentígeros y poliposis intestinal, es uno de los síndromes más recientemente descritos, y por lo tanto, de los menos conocidos.

El carácter más importante de esta enfermedad es el desarrollo simultáneo de poliposis del colón y la aparición de quistes epidérmicos y sebáceos y fibromas en cualquier lugar de la piel.

Recientemente se ha añadido a los datos anteriores la presencia de gran número de dientes impactados supernumerarios y permanentes en ambos maxilares 44, 49).

"RELACION CON OTRAS

MALFORMACIONES DENTARIAS"

" RELACION CON OTRAS MALFORMACIONES DENTARIAS "

Existe una relación de los órganos dentarios supernumerarios eúmorficos y dismórficos con dientes dobles o gemelos. Estos dientes dobles pueden ocupar el lugar de un diente regular, un diente supernumerario o de dos dientes adyacentes o hallarse juntos con los dientes regulares.

Se puede concluir por lo tanto, que se desarrollen a partir de la división incompleta de un germen dental único - (esquizodontismo), o por la fusión de dos gérmenes adyacentes regulares o supernumerarios (sinodontismo).

Por lo consiguiente, se deduce también que no se -- puede conocer el modo de desarrollo de ésta alteración (18,45)

FUSION DENTARIA:

Es la unión orgánica de dos o más dientes, puede -- ser un germen doble o presentarse entre un diente normal y un supernumerario (18, 44).

El criterio es la unión de la dentina, independientemente del estado de la pulpa y esmalte; la unión puede comprender más o menos, igualmente todas las porciones de los dientes o sólo ciertas porciones.

Sin tener en cuenta las diversas combinaciones y variaciones en sus detalles, se distingue entre fusión parcial-

de la corona y fusión de las raíces 18, 45, 47).

Han reportado casos de fusión de un diente supernumerario que se localizaba en la línea media con un incisivo central normal, y otro de un distomolar fusionado con un tercer molar 18).

Este tipo de órganos dentarios supernumerarios pueden estar unidos en posición transversa u oblicua al otro diente normal y puede dificultar su erupción en forma y posición correcta.

GEMINACION O GEMELACION:

Este término se utiliza solamente para los dientes que se desarrollan por la unión de dos dientes supernumerarios o por la unión de un diente supernumerario con un diente regular 18, 45).

En el caso de la unión entre dos dientes regulares como se observa frecuentemente en los dientes anteriores desiguales mandibulares, solo hay fusión pero no formación de gemelos. El grado de unión presenta la misma variabilidad que en el caso de la fusión 18, 45, 47).

CONGRUENCIA:

Es la unión de dos dientes a través del cemento radicular, la unión también puede realizarse entre dos dientes supernumerarios y un diente de dentición normal.

Generalmente esto se presenta con mayor frecuencia en la región de los molares, segundo y tercer molar unidos -- por concruencia, o terceros molares con distomolares supernumerarios 18, 44).

La causa es la estimulación primaria de la actividad del cemento por una irritación, como presión o inflamación ligeras.

DENS IN DENTE O DENS INVAGINATUS:

Es una invaginación de todas las capas del órgano odontógeno al interior de la cavidad pulpar y a veces hasta el canal radicular 47).

La patogénesis de la invaginación coronal aún no es bien conocida, hay dos teorías que pudieran ser mencionadas, la teoría de un solo diente y la teoría de un diente doble.

La teoría de un sólo diente, que es la más popular, dice que esta anomalía es causada por invaginación de una porción de la corona dentro de la cavidad pulpar. Algunos de los investigadores creen que esto ocurre por proliferación activa de una área circunscrita de epitelio seguida por su crecimiento en forma de clavija dentro de la papila dental.

La teoría del diente doble sugiere que el Dens invaginatus está formando por la unión de dientes adyacentes, que pueden ser dientes normales o dientes supernumerarios.

Conklin 18) reportó, un caso de doble Dens in Dente en incisivos centrales supernumerarios bilaterales 3, 18, 24, 44).

" D I A G N O S T I C O "

1

" DIAGNOSTICO "

Antes de poder insistir en un tratamiento, es necesario conocer bien toda su sintomatología, examinar si su posición provoca o puede causar inflamación local o impactación de elementos. Si esta interfiriendo con la erupción o la colocación anómala de los dientes adyacentes, si interfiere con la oclusión funcional, si su presencia y localización pueden estar causando otros traumatismos de la mucosa o causar motivos estéticos.

Sin embargo es importante recalcar que es necesario establecer las medidas necesarias para realizar un diagnóstico correcto en cada caso.

a).- ESTUDIO CLINICO:

Por regla general, los órganos dentarios supernumerarios no producen sintomatología clínica. En ocasiones, debido a la presión que ejercen sobre dientes vecinos, pueden causar la muerte pulpar en ellos, presentándose entonces sintomatología dolorosa, en los dientes vecinos o en la zona; pero originada como complicación secundaria y no los dientes supernumerarios ser la causa principal de manifestación de dolor.

Rúa 36) reportó un caso de presencia de órganos de

tarios supernumerarios con sintomatología dolorosa en uno de los hemimaxilares, y en el borde lateral y posterior de la -- lengua de la zona donde se encontraban los supernumerarios.

En la zona correspondiente se apreciaba un aumento de volumen de consistencia sólida que presentaba dolor a la palpación, la mucosa que lo rodeaba era de color normal; y se trataba de órganos dentarios supernumerarios.

Después el tratamiento consistente en la eliminación de dichos órganos dentarios supernumerarios, por consiguiente, el dolor desapareció.

b).- ESTUDIO RADIOGRAFICO:

Es de suma importancia el control radiográfico rutinario, ya que a través de éste se descubren entre otros datos, gran parte de las anomalías dentarias, como son la presencia de órganos dentarios supernumerarios.

Un examen radiográfico completo nos proporcionaba, respecto a los órganos dentarios supernumerarios: su número, su localización y posición, sus relaciones topográficas particulares respecto a los dientes normales y tejidos u órganos -- vecinos. También nos proporciona la cercanía con seno maxilar, fosas nasales, con los nervios dentarios, etc.

Su número y forma de raíz, la condición del forámen apical de los órganos dentarios vecinos con respecto a los dientes supernumerarios; los estadios de su formación, si se encuentran en estado de germen o bien desarrollado y por último

si están o no asociados con alteraciones patológicas 2, 19, 20, 23, 24, 39, 49).

Para obtener un buen estudio radiográfico se requieren:

Radiografías periapicales de toda la boca.

Radiografías oclusales.

Radiografías estereoscópicas u ortopantografías.

En ocasiones especiales, estudios radiográficos extraorales, incluyendo laterales, A. P. u otras posiciones 1, 18, 23, 36, 40, 49).

Para diagnosticar la posición exacta de un diente supernumerario es muy útil la radiografía extraoral lateral de la zona; esta radiografía complementaria nos indica si el diente supernumerario se encuentra hacia labial o palatino y su altura en relación con el órgano dentario vecino.

Generalmente el diagnóstico basado en la observación del estudio radiográfico cuando estos no están erupcionados.

c).- METODOS DE DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIOS:

INTERROGATORIO (anamnesis): nos sirve para investigar la herencia y determinar si es causa o factor de presencia de anomalías, como son la presencia de órganos dentarios supernumerarios.

Se puede considerar como una conversación profesional planeada que permita al paciente comunicarle al médico --

sus síntomas, sensaciones y en ocasiones sus temores, de manera de que éste pueda establecer naturaleza real o probable de la enfermedad conociendo además sus impresiones y actitudes -- mentales.

El interrogatorio se realizará tomando en cuenta los siguientes puntos:

1.- Ficha de identificación.

Nombres y apellidos.

Dirección y número telefónico.

Edad, sexo, estado civil.

Profesión u ofocio actual.

Lugar de residencia.

2.- Antecedentes hereditarios y familiares.

Los antecedentes familiares permiten obtener información de enfermedades con carácter hereditario o con cierta disposición para el paciente, es importante con respecto a los órganos dentarios supernumerarios. Debe preguntarsele acerca de los padres, hermanos, hijos, abuelos, cola terales.

3.- Antecedentes Personales no Patológicos.

Habitación.

Alimentación.

Higiene personal.

Tabaquismo y alcoholismo.

4.- Personales Patológicos.

Enfermedades eruntivas.

Padecimientos bucales.

Antecedentes anestésicos.

Antecedentes quirúrgicos.

Antecedentes traumáticos.

Antecedentes alérgicos.

5.- Padecimiento actual.

La narración del padecimiento actual es la parte más importante del interrogatorio, que consiste en pedir al paciente que nos relate su sintomatología actual, debe expresar sus emociones y el ambiente que lo rodea pero sin alejarse del tema.

6.- Interrogatorio de aparatos y sistemas.

Circulatorio, digestivo, respiratorio, genito-urinario y nervioso.

7.- Inspección general del paciente.

Es el examen del paciente por medio de la vista, para enseñarle los datos que se obtienen mediante este procedimiento se utilizan los siguientes términos: Peso, desarrollo físico, estado de nutrición, constitución y conformación; todos ellos se refieren a características funcionales que también deberán especificarse.

La adaptación de la consulta, grado de conciencia, cooperación, orientación, estado emocional, estado psíquico o mental y lenguaje.

También es importante la inspección cuidadosa en zonas dentarias para detectar la presencia de alguna alteración anatómica y funcional.

Durante la inspección es importante revisar si existen apiñamientos, diastemas, mordidas cruzadas, giroversiones -

etc. Así como, si el paciente presenta dentición normal de acuerdo a su edad.

La palpación digital, es importante en cualquier prominencia en fondo de saco o abultamientos dudosos en el paladar, vestíbulo, región lingual o piso de boca.

Los modelos de estudio tienen una utilidad limitada para el diagnóstico de los órganos dentarios supernumerarios.

d).- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Es importante evaluar cuando existe un diente neonatal, si éste es supernumerario o no, ya que es un dato importante para el diagnóstico de una dentición futura.

Los cíngulos grandes en dientes normales se pueden llegar a confundir con presencia de órganos dentarios supernumerarios en dicha zona.

Se debe diferenciar si existen órganos dentarios supernumerarios en una dentición completa; sobre todo, si estas están erucionadas en posición alineada y tienen forma similar en los dientes vecinos.

Resumiendo, la historia clínica nos muestra un panorama general de nuestro paciente, ya que todos los puntos referentes a éste, desde antecedentes hereditarios, estado económico, tendencias, padecimientos, etc; nos fijaremos un criterio firme acerca de nuestro paciente y de la enfermedad que lo aqueja.

Evaluaremos la posibilidad de que tenga éxito o no -

la intervención así como su recuperación y vuelta a la normalidad de los tejidos u órganos que hayan sido afectadas antes y durante la intervención de las piezas incluidas en este caso - los órganos dentarios supernumerarios.

No se debe confiar en un solo medio de diagnóstico - sino de prevalecer un punto de vista global o integral apoyado en todos los medios auxiliares para el diagnóstico, ya que estos medios auxiliares aportán datos útiles, para un diagnóstico correcto.

" PRONOSTICO Y TRATAMIENTO "

" PRONOSTICO Y TRATAMIENTO "

Su pronóstico casi siempre es favorable aunque los órganos dentarios supernumerarios erupcionados en correcta posición y alineación dentro de la arcada dentaria, por su forma generalmente cónica resultán poco estéticos, por lo cual, es necesario rehabilitarlos protésicamente o extraerlos.

Solamente en casos raros, como el referido por Serrano 40) un órgano dentario supernumerario erupcionado en posición y alineación normal dentro de la arcada dentaria y además siendo funcional, se conservó en su sitio para mantener una correcta función masticatoria.

En casos reportados por Boelkins y Vande 6, 46) de dientes temporales y permanentes que fueron extraídos a una temprana edad por caries o por causas infecciosas, fueron reemplazados por órganos dentarios supernumerarios de forma y tamaño similar a los dientes faltantes, presentando alineación normal y oclusión funcional; sustituyendo en forma completa a los dientes faltantes.

El éxito del tratamiento se basa fundamentalmente en principios operatorios apropiados y un juicio preciso, para cada caso particular.

La actitud ante ellos es generalmente intervenir quirúrgicamente a edad temprana y extraerlos para poder evitar complicaciones posteriores.

En la mayoría de los casos, la intervención quirúrgica temprana para la eliminación de estos órganos dentarios-supernumerarios evitan un tratamiento ortodóncico futuro; si por lo contrario, no se interviene tempranamente, se pueden presentar complicaciones mayores, mencionadas en capítulos anteriores.

También si la intervención quirúrgica es en edad temprana, la operación es más sencilla, no así posteriormente en donde resulta difícil y traumática, y la mayoría de las veces se requerirá de la cooperación del ortodoncista para el tratamiento de maloclusión.

Solamente en contadas ocasiones los órganos dentarios supernumerarios pueden ser utilizados para reemplazar órganos dentarios temporales o permanentes normales, cuando alguno de éstos faltara.

El procedimiento quirúrgico se hará de acuerdo al diagnóstico. La técnica para la extracción quirúrgica de estos órganos dentarios supernumerarios varía, ya que no siempre se encuentran en un determinado lugar; por lo que estará determinada por la localización, tamaño y cercanía con otros dientes, órganos o estructuras (20, 35).

Para la intervención quirúrgica, propiamente dicha, se realizarán una serie de pasos necesarios para el éxito de nuestra intervención.

ANESTESIA:

Todas las intervenciones quirúrgicas e incluso algunas exploraciones son dolorosas para el paciente, por lo tan-

to debemos reconocer que la anestesia local juega un papel -- muy importante dentro de la práctica quirúrgica.

Existen dos tipos de anestesia que son: ANESTESIA-LOCAL por infiltración, terminal o periférica. Se anestesian las fibras terminales de los nervios sensitivos se paralizan-inyectando la solución en una región limitada; el método de -infiltración consiste en denocitar el anestésico en el tejido cédular, por medio de la ósmosis se efectua la absorción del-anestésico en los tejidos óseos adyacentes donde están la situadas las ramas terminales de los troncos que inervan el di-ente 3, 20, 35).

ANESTESIA REGIONAL por conducción o por bloqueo ner-vioso, se anestesia el tronco nervioso en algún punto de su -trayecto entre la periferia y el cerebro con lo cual se priva-de sensación el área inervada por dicho tronco nervioso hasta donde se produjo el bloqueo.

INCISION:

Generalmente la mayoría de los cirujanos realizan -la incisión por palatino y lingual, ya que como mencionamos, rara vez se han encontrado éstos órganos dentarios supernume-rarios en posición vestibular cuando la formación de la raíz-está terminada.

Sin embargo por comodidad quirúrgica, para mayor vi-sibilidad, la incisión y levantamiento del colgajo se hacen -por vestibular 20, 35).

DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO:

En necesario hacer incisiones que permitan buena a

ceso al área quirúrgica y que proporcionen adecuadamente retracción del colgajo mucoperióstico.

Practicada la incisión se desprende el colgajo, el instrumento se coloca entre la arcada dentaria y la encía y - por pequeños movimientos sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso - el colgajo debe estar inmóvil durante la operación 20).

OSTEOTOMIA:

La osteotomía se realiza con una fresa quirúrgica e irrigación con suero o agua bidestilada, es importante especificar la cantidad de hueso a eliminación.

En la osteotomía debe descubrirse toda la corona y - por lo menos una tercera parte de la raíz.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Como se dijo anteriormente la corona debe estar totalmente expuesta y por lo tanto puede ser extraído con un -- elevador recto o de bandera. Con movimientos de rotación se introduce el instrumento en lo cual se consigue luxar al diente. La extracción en tales casos se termina tomando al diente a nivel de su cuello (cuando es accesible) con forceps adecuado, ejerciendo suaves movimientos de rotación del eje del diente.

Cuando se dificulta la extracción se aplica la odon tosección, para realizarla debe haber perfecta visión y fácil acceso; el diente debe estar cortado a nivel de su cuello se realiza el corte con una fresa de fisura y dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente. Seccionando el diente se

introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento rotatorio con el cual se logrará un cierto grado de movilidad separando la corona de la raíz, para extraer la corona se empuja en dirección del ápice aprovechando el espacio creado por la fresa, eliminada la corona hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina (3, 20, 35).

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA:

Una vez extraído el órgano dentario supernumerario, se inspecciona la cavidad ósea y se extraen las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido (se realiza con cucharilla) se lava con suero.

El colgajo se vuelve a su sitio, adaptando perfectamente de manera que las papilas interdientarias ocupen su ubicación normal (20, 35).

Si estos órganos dentarios supernumerarios han causado alguna alteración en la oclusión, la cirugía se realizará en conjunto con el tratamiento ortodóncico posterior adecuado. Cuando causan impedimento de la erupción del diente normal, muchas veces se requiere de la extracción del órgano dentario supernumerario, exposición ósea y dentaria realizada por el ortodóncista para que erupcione el órgano dentario normal en su totalidad.

En ocasiones se requiere ligar a los dientes retenidos después de su exposición quirúrgica, de acuerdo con un buen diagnóstico y pronóstico.

Cuando estos órganos dentarios supernumerarios causan dilaceraciones en dientes vecinos, el tratamiento es de decisión difícil, la mayoría de las veces se pierde el diente dilacerado, o bien, se puede recurrir a un tratamiento protésico. Cuando un diente supernumerario reemplaza a un diente perdido, se deben realizar maniobras operatorias o protésicas adecuadas para lograr igualar la forma del diente faltante.

Los órganos dentarios supernumerarios pueden ser -- únicos o múltiples, como ya mencionamos anteriormente y el -- procedimiento quirúrgico será el mismo en ambos casos.

"DISCUSSION"

" DISCUSION "

Las anomalías de los tejidos dentarios, muchos autores las han estudiado fundandose en el desarrollo embriológico y según las etapas del ciclo vital del diente. Algunas de estas malformaciones son derivadas por trastornos genéticos-mientras que otros se deben a factores sistémicos locales, ambientales y traumáticos.

De cada una de las etapas de desarrollo por las que atraviesa el diente, podemos determinar el momento de dicha -afección, con estos conocimientos, características clínicas y radiográficas que presentan los dientes se podrá establecer - un buen diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno a cualquier alteración, los tejidos que afectó y la severidad de la lesión.

En el período de iniciación y proliferación el diente pasa por las etapas de desarrollo de la lámina dentaria y de las yemas dentarias, estas etapas ocurren cuando el embrión cuenta con 6 o 7 semanas de vida intrauterina, en esta etapa existe un acumulamiento de diferenciación de células particulares de la capa basal comienza a proliferar para dar inicio a la formación del futuro diente, pero sí en esta etapa - no se desarrolla la diferenciación celular da inicio a alguna aberración del desarrollo del germen dentario produciendo un número anormal de dientes.

Que pueda dar un exceso en la proliferación e iniciación celular dando origen a los dientes supernumerarios, los cuales resultan comúnmente de la continúa hiperactividad de la lámina dentaria.

Todos los autores coinciden en señalar que la aparición de dientes supernumerarios es debida a una sobreactividad epitelial, en un momento dado de la embriogénesis dentaria. Pero esto no nos dice nada sobre las verdaderas causas que impulsan, mejor dicho; que inducen a tal sobreactividad.

Diversas alteraciones funcionales u órganicas pueden repercutir en los procesos genéticos, ocasionando anomalías del desarrollo, esto vemos en todas las ramas de la patología médica.

En el caso de los órganos dentarios supernumerarios el fáctor herencia es importante. Las acciones y disfunciones enzimáticas e hiperactivas primeramente, y más adelante - las acciones y disfunciones hormonales, pueden inducir al epitelio embrionario, en ciertas fases evolutivas a que entre en sobreactividad y forme uno o más dientes supernumerarios.

Por lo tanto cabe pensar que, lo que en realidad se hereda es la predisposición a la disfunción enzimática u hormonal, la cuál será en última instancia la causa de la anomalía, ya sea ésta de localización dental pura o asociada con - otras anomalías; como podrían ser odontomas, síndromes, o malformaciones dentarias.

Lo que nos demuestra una vez más, que todos los factores predisponentes, traumáticos, genéticos, funcionales, am

bientales; ejercen una gran repercusión en la formación y desarrollo de los órganos dentarios.

" C O N C L U S I O N E S "

" CONCLUSIONES "

Existen varias teorías referentes a su etiología, para algunos son órganos accesorios, para otros son restos de la lámina dental, o son el resultado del trastorno en la etapa de iniciación y proliferación del ectodermo odontógeno, y también que se generan a partir de un tercer germen que proviene a partir de la lámina dental cercana al germen permanente; otros más opinan que juegan un papel importante las influencias locales como inflamación, cicatrización, presión anormal y la alteración de las relaciones intercelulares en la odontogénesis, y casi todos coinciden en el factor genético-hereditario, por las incidencias notadas en algunas familias.

El 5% de la población en general, presentan órganos dentarios supernumerarios. Se pueden presentar en ambas denticiones, siendo más frecuente en la dentición permanente.

El sitio de localización más frecuente es en los procesos alveolares, de los órganos dentarios supernumerarios más frecuentes son los denominados Mesiodens. Son localizados más frecuentemente en maxilar que en mandíbula, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino.

Se caracterizan por su forma rudimentaria con características muy variables. Pueden causar trastornos de erup-

ción; así como diastemas, rotaciones, reabsorciones radiculares tanto en temporales como en permanentes o fusionarse, causar alteraciones patológicas como quistes y neoplasias. Generalmente no presentan sintomatología.

Generalmente son localizados por accidente al examen radiográfico rutinario o por algún otro tratamiento odontológico, el examen radiográfico complementario con periapicales, oclusales y laterales da la relación exacta a las estructuras adyacentes.

Los órganos dentarios supernumerarios se pueden presentar relacionados con hendiduras unilateral o bilateral del proceso alveolar, con algunos síndromes hereditarios y también asociados con otras malformaciones dentarias. Los dientes supernumerarios pueden causar diversos trastornos tales como quistes, odontomas, neuralgias, trastornos de la erupción dental y desarrollo de los maxilares, alteraciones faciales y psíquicas.

El diagnóstico correcto y temprano es la base para determinar el tratamiento más adecuado, en la mayoría de los casos el tratamiento será la remoción quirúrgica de estos.

La intervención quirúrgica temprana de un órgano dentario supernumerario no erupcionado, en mal posición o retenido ha demostrado poseer importancia para el tratamiento ortodóncico con mejores resultados.

El éxito de un plan de tratamiento requiere la estrecha cooperación del cirujano, el ortodoncista el odontólogo general y el paciente.

" B I B L I O G R A F I A "

1
" B I B L I O G R A F I A "

- 1.- ADLER I., CHARLES: "Supernumerary teeth occurring in oral surgery patients at a Municipal Hospital" Journal of oral-surgery, Vol.28, Dec.1970 pp.888-891.
- 2.- ANGLE H., EDWRD: "Treatment of malocclusion of teeth" Cosmos 7a Ed. Philadelphia, 1907 pp. 99.
- 3.- ARCHER W., HARRY: "Tratamiento de las enfermedades orales" Ed. Mundi, Buenos Aires, Arg. 1978 pp. 192-237-539.
- 4.- BERNIER L., JOSEPH: "Tratamiento de las enfermedades orales" Bibliográfica Omeba, Buenos Aires, Arg. 1962 pp. 39-90-667-670.
- 5.- BHASKAR S. N.: "Patología bucal" Ed. El Ateneo, Buenos Aires, Arg. 1971 pp.83-84
- 6.- BOELKINS N., ROBERT: "Substitution of mesiodens for a lost tooth" Quintessence int.Vol 4 No. 2, Report 0768 Feb. 1973 - pp. 77-78.
- 7.- BURKET LESTER W: "Medicina bucal" Ed. Interamericana, México 1973 pp. 132-183.
- 8.- CACHO, FELIPE: "Malformaciones congénitas de la bio y paladar hendidos y su tratamiento" Ed. Médicas del Hospital Infantil, México 1954.

- 9.- CHARLES, SAMUEL M.: "Diagnóstico y tratamiento bucal" Ed. La Médica, Buenos Aires, Arg. 1957 pp. 99.
- 10.- CHESNAY, GASTON: "Mandibular cyt and supernumerary premolares" O.Surg.O.Path.O.Med. April 1974, Vol.37, No.4 pp. 654.
- 11.- COLYER, J. F.: "Patología bucal" Ed. Pubuo, Barcelona España, 1967 pp. 648-664.
- 12.- DIAMOND, MOISES: "Anatomia dental" Ed. Hispano Americano 1962 pp. 176.
- 13.- ESQUIVEL, J. L.: "Four supernumerary mandibular -- premolares" O.Surg.O.Med.O.Path. Dec. 1967, Vol.24, No.6 pp. 485.
- 14.- FAST, THOMAS B.: "Mesiodents in indentical twins"- O.Surg.O.Med.O.Path., Oct. 1968, Vol. 26, No. 4 pp. 486.
- 15.- FAY, JOSEPH T.: "Horizontally impacted third and-distomolars and two-rooted mandibular second premolars" O.Surg.O. Med.O.Path. April 1974, Vol.37, No 6 pp. 176.
- 16.- FINN, SYDNEY B.: "Clinical pzdodontics" W.B. Saunders Company, Philadelphia London and Toronto, 1973 pp. 402-403-619
- 17.- GELFMAN, W. E.: "Unusually Located supernumerary - tooth and four-rooted Mandibular-third molar" O.Surg.O.Med.O.Path. Nov. 1970 Vol. 30, No. 5 pp. 646.
- 18.- GORLIN J., ROBERT: "Patología oral" Ed. Salvat, Barcelona España 1973 pp. 26-41-46-123-134-582-584.
- 19.- GRABER, T. M.: "Ortodoncia" Ed. Interamericana, México 1974 pp. 257-259,311-316.

- 20.- GURALNICK, WALTER: "Tratado de cirugía" Salvat Editores, Buenos Aires, Arg. 1973 pp. 127-128, 139-140.
- 21.- HAM, ARTHUR W.: "Tratado de histología" Ed. Interamericana 7a Edición, 1975 pp. - 584-594.
- 22.- HARDISON, S. M.: "Paried bilateral supernumerary - premolars" O.Surg.O.Med.O.Path.Feb 1969, Vol. 27, No. 2 pp. 186.
- 23.- HARNDT, EDWALD: "Odontología infantil" Ed. Mundi, Buenos Aires, Arg. 1967 pp. 415-418.
- 24.- HAYES V., LOUIS: "Diagnóstico clínico de las enfermedades de la boca" Ed. Hispano - Americana, México 1960 pp.378-399
- 25.- HILLIS, R. E.: "An impacted supernumerary tooth-in the floor of right naris" O.Sug O.Med.O.Path. Vol.33, No.6, June-1972 pp. 894-898.
- 26.- HUNSD C., EDWARD: "Tratamiento quirúrgico de las anomalías del desarrollo de los maxilares" Ed. Labor, Madrid España 1974.
- 27.- GRINSPAN, DAVID: "Enfermedades de la boca" Ed. Mundi 1970 pp. 2150
- 28.- KIMURA F., TAKAO: "Odontoma compuesto" Rev. A.D.M., Vol.XXXII, No. 1 Ene-Feb. 1975 pp 20-23-24.
- 29.- LANGMAN, JAN: "Embriología Médica" Ed. Interamericana, México 1978 pp. 384.
- 30.- LAW LEWIS, DAVID: "Un atlas de odontopediatria" Ed. Mundi, Filadelfia 1960 pp.219-221 332-333.

- 31.- MOORE, KEITHL: "Embriología clínica" Ed. Interamericana 1975 pp. 108-122,136-152 352-357.
- 32.- MOYERS E., ROBERT: "Tratado de ortodoncia" Ed. Interamericana, México 1960 pp. 219 - 221, 332-333.
- 33.- NUÑEZ COELLO, NIEVES: "Erupción dentaria en los niños y sus transtornos" Ac. Esp. Odontostomatología, Vol. XXX 1971 72-73.
- 34.- ORBAN A., BALIN J.: "Histología y embriología bucales Ed. Four Nier, 1976 pp. 18-153.
- 35.- RIES CENTENO, G.: "Cirugía bucal" Ed. El Ateneo, BU enos Aires, Arg. 1968 pp. 72.
- 36.- RUA V., CARLOS: "Apropósito de dientes supernumerarios" Rev. del Circulo Argentino, Vol.36, Nos. 3-4, Sep-Oct-Dic 1973 pp. 81-83.
- 37.- SANCHEZ T. J.: "Disostosis cleidocraneal" Rev. A D.M.Vol. XXX, No.5, Set-Oct. 1973 pp. 44-47.
- 38.- SEDANO H. O.: "Familial ocurrence of mesiodens" O.Surg.O.Med.O.Path.Vol.27, No. 3 Mach. 1969 pp. 359.
- 39.- SEIDNER S. KIESPOW: "Two mesiodens in the maxila" Qui ntessence int. No. 7, Report. 10-60, Julio 1974 pp. 78.
- 40.- SERZANO V., JOSE: "Mesiodens in correct alignet" O. Surg.O.Med.O.Path. Oral Surgery, Vol.35, No.2, Feb. 1973 233-284.
- 41.- SHAPER G., WILLIAMS: "Patología bucal" Ed. Mundi, Buen nos Aires, Arg. 1959 pp. 40-42.

- 42.- SHUCHART, KARL: "Tratado general de odontoestomatología" Ed. Alhabra, Madrid España, Tomo III, Vol.1 1962 pp. 681-760.
- 43.- SYKARAS N. SOTORIS: "Mesiodens in primary and permanent dentitions" O.Surg.O.Med.O.Path.Vol.39, No.6 June 1975 pp. 870-873.
- 44.- THOMA H., KURT: "Patología oral" Salvat Editores, Barcelona España 1962 pp.206-208.
- 45.- TIEKE, R. N.: "Fisiopatología bucal" Ed. Interamericana, México 1960 pp.458-464.
- 46.- VANDE VOORDE, H.: "Functioning supernumerary mandibular premolars" Dent. Digest.Vol.5 No. 77 July 1971 pp. 392-295.
- 47.- VELAZQUEZ, THOMAS: "Anatomía, patología dental y bucal" Ed. La Prensa Médica 1977 pp 4, 347-349.
- 48.- WEISMAN I. M.: "A PERMANENT SUPERNUMERARY" O.Surg.O.-Med.O.Path.Vol.36 No. 1 July 1973 pp. 146.
- 49.- ZEGARELLI, E. U.: "Diagnóstico en patología oral" - Salvat Editores, Barcelona España 1972 pp. 139-516.