

59
2g'

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**DIENTES SUPERNUMERARIOS, LOCALIZACION
E INDICACIONES PARA SU EXTRACCION**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

EVA LUZ LUQUE LUQUE

Asesor: DR. MARIO ALBERTO GOMEZ DEL RIO

GUADALAJARA. JALISCO. 1986



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 está 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

	PAGINA
INTRODUCCION	3
I.- ODONTOGENESIS Y CRONOLOGIA DE LA DENTICION.	4
II.- CLASIFICACION DEL DIENTE RETENIDO, ETIOLOGIA Y LOCALIZACION DEL DIENTE SUPERNUMERARIO	13
III.- INDICACIONES Y TECNICAS EN LA EXTRACCION DEL DIENTE SUPERNUMERARIO	20
CASUISTICA	26
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFIA	37

I N T R O D U C C I O N

Los dientes supernumerarios realmente vienen a aumentar el número de piezas de una dentición, caracterizándose éstos por tener el parecido completo a algún grupo dentario.

La oportuna detección de los dientes supernumerarios trae como consecuencia el evitar la mal posición de los dientes adyacentes, impedir la erupción de los permanentes, así mismo evita la reabsorción de las raíces y la formación de quistes y tumores.

La localización de dientes supernumerarios se presenta con mayor frecuencia en el maxilar superior en la región de los incisivos o área de la línea media.

Para la identificación de estas piezas por lo general se realiza por un examen radiográfico. Otra forma de poder identificar la presencia de dientes supernumerarios es cuando se presentan algunos tipos de enfermedades como la Disostosis Cleido-Craneana. El síndrome de Gardner o bien cuando el paciente acude a un determinado tratamiento y en el estudio radiográfico aparece el supernumerario.

El tratamiento será quirúrgico.

CAPITULO I

CAPITULO I

ODONTOGENESIS Y CRONOLOGIA DE LA DENTACION

Los dientes humanos se forman a expensas de la mucosa bucal por la intervención de sus dos capas, Epitelio y Corión. Para la descripción de la odontogénesis humana, hemos de tomar como ejemplo lo que sucede en el proceso mandibular; los hechos son similares en el proceso maxilar. (5)

Al comienzo de la séptima semana de la vida fetal (45 días intrauterinos aproximadamente) cuando el embrión mide 15 milímetros de longitud Vertex-Coccix, el epitelio de los maxilares embrionarios comienza a engrosarse y adopta una forma de herradura. (2)

El engrosamiento que presenta el primer estadio en el desarrollo de la lámina dentario de la lámina vestibular, esta constituido por células de la capa basal y del estrato espinoso. (2)

Cuando el embrión mide 20 milímetros la lámina dentaria y vestibular aparecen como engrosamiento epiteliales de 6 a 7 estratos de células. (2)

Por debajo de la lámina dentaria existe un cúmulo de células mesenquimatosas densamente dispuestas y con núcleo redondo u ovoide. Los órganos dentarios van a desarrollarse a partir de la lámina dentaria. (2)

La yema dentaria se diferencia cuando el embrión mide 23 milímetros, cuando el embrión mide 35 milímetros, comienza

el llamado "Estadio de Caperaza" que se caracteriza por la invaginación del epitelio del gérmen dentario en el seno --- del mesenquima subyacente. (2)

El estadio del embrión de 70 milímetros se caracteriza ---- por la formación de una capa externa o interna en el epitelio dentario. En éste período aparece una célula de zonas - centrales en el epitelio dentario dispuestas de forma muy - apretada que constituyen el llamado "Nódulo del Esmalte". (2)

El estadio de la campana se alcanza cuando el feto mide - 70 milímetros, el órgano dentario está diferenciado en las capas externa e internas del epitelio dentario, el estrato intermedio y el estrato reticular. (2)

Esta estructura no desaparece hasta que el feto mide 110 milímetros. La primera formación de la predentina tiene lugar cuando el feto alcanza una longitud de 120 milímetros - (cuarto o quinto mes fetal). Entonces es posible detectar - el primer depósito de sales cálcicas y cuando comienza la - melogénesis. (2)

En el punto en que la parte interna del epitelio dentario se transforma en epitelio dentario externo, es decir en la acodadura o borde cervical, se observa una actividad mitótica muy intensa. (2)

En el estadio de la campana este borde cervical crece apicalmente, determinando primero la forma de la corona y más tarde la raíz. (2)

El desarrollo del diente normal depende de influencias - inductoras ejercidas por los diversos tejidos entre sí. (2)

Los conocimientos actuales sugieren que el principal efecto inductor es el provocado por el epitelio odontogénico sobre los tejidos mesodérmicos adyacentes. (2)

La cronología de la dentición y brote de los dientes deciduos y permanentes, fue establecida por Logan y Kronfeld en el año 1936 y modificada más tarde por Mc Call y Shour. Ha sido reconocida en general y se utiliza como índice de desarrollo dental y referencia para la cronología de los dientes. (1)

DENTICION PRIMARIA:

La corona y parte de la raíz de un diente se forma antes de su brote en la boca. Primeramente se forma la corona, después la raíz. (1)

La dentición decidua primaria comienza alrededor del cuarto mes fetal; al final el sexto mes todos los dientes deciduos han empezado a desarrollarse. (1)

Normalmente no se ve ningún diente al nacer; sin embargo, en ocasiones nacen niños con los incisivos inferiores brotados. (1)

Dichos brotes de dientes prematuros se pierden por lo general, poco después del nacimiento a causa del desarrollo incompleto de su fijación radicular. (1)

Ha de señalarse aquí que todos los esquemas de brote dental necesariamente deben (no) son aproximados, porque no existen individuos exactamente iguales en su desarrollo. (1)

Los incisivos inferiores deciduos aparecen en la boca a la edad aproximada de seis meses los siguen los incisivos cen -

trales superiores, más o menos un mes después. (I)

Pasan dos meses más o menos hasta que aparecen los incisivos laterales superiores. Los laterales inferiores, por lo general brotan un poco antes que los laterales superiores. (I)

Para demostrar la variabilidad en el orden de brote, con frecuencia se ven lactantes que tienen cuatro incisivos inferiores y ningún superior. (I)

Debe de tenerse como regla general, que los dientes inferiores comúnmente proceden a los superiores en el proceso de brote y que los dientes, tanto superiores como inferiores, brotan por pares, uno derecho y otro izquierdo. (I)

A la edad de un año o algo más tarde, aparece el primer molar primario. Los caninos primarios aparecen alrededor de los 16 meses. (I)

Cuando el niño tiene 2 años y medio puede esperarse que todos los dientes estén en función. (I)

Es una creencia común, todavía bastante difundida, que los dientes temporales o caducos no han de tomarse en serio, ya que se pierden a edad temprana. (I)

Todos los dientes deciduos entran en uso desde los dos hasta los siete años, o sea cinco años en total. (I)

Por la pérdida prematura de los dientes primarios los maxilares podrían no desarrollarse normalmente. (I)

Si los arcos dentales primarios no se conservan íntegros, puede ocurrir que los primeros molares permanentes no sean guiados a su posición normal para que actúen como "Piedras Clave" para la dentición permanente.

Lo que también es importante para asegurar el desarrollo satisfactorio hasta la madurez, es el funcionamiento normal de ambos lados de los maxilares. (1)

Aunque las pequeñas mandíbulas de los niños deben acomodar los miembros de ambas denticiones desde la vida fetal hasta casi los siete años, esto es debido a los siguientes factores (1)

1.- Mientras las coronas de los dientes temporarios están en formación en los maxilares, los dientes permanentes se encuentran en un estado de gérmen dentario. (3)

2.- En el momento en que las coronas de los dientes permanentes se están formando, los dientes temporarios están erupcionados o erupcionando. (3)

3.- Ya que hay un período de casi seis años entre aparición de cada uno de los molares permanentes esto permite el tiempo suficiente como para que la mandíbula crezca para acomodar la longitud de los arcos dentarios. (3)

Cada miembro de la dentición temporaria es reemplazada por un diente permanente. El proceso por el cual los dientes temporarios son removidos para permitir que los dientes permanentes sucesores tomen sus posiciones funcionales en la boca es conocida como pérdida de los dientes temporarios. (3)

La pérdida de los dientes temporarios se debe principalmente a la reabsorción de sus raíces, la cual está asociada con la erupción de los dientes permanentes. (3)

DENTICION PERMANENTE:

Durante el periodo de la erupción de los dientes temporarios y su establecimiento como dentición funcional las coronas de los dientes permanentes sucesores yaciendo en sus criptas se están formando. (3)

Mientras las coronas de los incisivos y caninos permanentes están sin erupcionar en los maxilares, están situados lingualmente con respecto a las raíces de sus predecesores temporarios. (3)

El reemplazo de los temporarios por la dentición permanente involucra importantes cambios en el crecimiento, tales como la pérdida de los dientes temporarios, la erupción de los dientes permanentes y la remodelación del hueso alveolar para formar nuevos alvéolos para los dientes permanentes de reemplazo. (3)

El diente permanente dentro de su folículo intenta forzar su paso hacia la posición de su predecesor. La presión ejercida contra la raíz, que continúa hasta que la corona primaria haya perdido su fijación. (1)

En tanto el diente permanente se ha movido hacia oclusal, de modo que, cuando se pierde el diente deciduo, el permanente está a punto de brotar y en posición adecuada para reemplazar a su predecesor. (1).

La reabsorción radicular no siempre toma su curso rutinario con lo cual el diente permanente no puede brotar o queda fuera de su lugar normal. (1)

La falta de reabsorción de la raíz primaria puede resultar en una retención prolongada del diente deciduo. (I)

Los primeros dientes de la dentición permanente que aparecen en la cavidad bucal son los primeros molares. (I)

Los primeros molares hacen su aparición directamente detrás de los segundos molares primarios cerca de los seis años y son mucho más grandes que cualquiera de las piezas primarias. (I)

El segundo diente permanente que toma su lugar en el arco es el incisivo central, que aparece cuando el niño tiene entre seis y siete años. (I)

Como pasa en la dentición decidua, los dientes permanentes inferiores preceden a los superiores en el proceso de brote. (I)

Los incisivos centrales inferiores, por lo común, aparecen algunos meses antes que los incisivos centrales superiores y con frecuencia son acompañados por los incisivos laterales inferiores. (I)

Antes que los incisivos centrales permanentes puedan tomar su posición, deben caerse los primarios. Esto se consigue por un proceso llamado de reabsorción de las raíces primarias. (I)

Los incisivos centrales superiores son los que les siguen en el orden cronológico, y los incisivos laterales superiores aparecen un año más tarde más o menos. (I)

Los primeros premolares siguen a los laterales superiores, cuando el niño tiene más o menos 10 años; los caninos inferiores muchas veces aparecen al mismo tiempo. (I)

Los segundos premolares aparecen durante el año siguiente y

luego los caninos superiores. Comúnmente los segundos molares aparecen a los dos años, habitualmente se les llama "molares de los doce años". (1)

A veces los caninos superiores aparecen junto con los segundos molares pero en la mayor parte de los casos, los preceden un poco. (1)

Los terceros molares no brotan hasta la edad de 17 años o más, estos molares están sujetos a muchas anomalías y variaciones de forma. (1)

Los terceros molares son los últimos dientes que hacen erupción y con frecuencia se ha utilizado todo el espacio disponible. (4)

Como consecuencia estos dientes quedan retenidos por la edad de erupción y eventual falta de espacio. (4)

Las personas raza blanca muestran una tendencia evolutiva hacia una disminución del tamaño de los maxilares. Esta tendencia se ha visto acompañada por una reducción correspondiente del tamaño de los dientes y, en consecuencia, es común el apertamiento de los mismos. (4)

CRONOLOGIA DE LA DENTICION

	DIENTE	BROTE	
DENTICION PRIMARIA	Maxilar Sup.	Incisivo Central	7 1/2 Mes
		Incisivo Lateral	8 meses
		Canino	16-20 mes
		Primer Molar	12-16 mes
		Segundo Molar	20-30 mes
	Maxilar Inf.	Incisivo Central	6 1/2 mes
		Incisivo Lateral	7 mes
		Canino	16-20 mes
		Primer Molar	12-16 mes
		Segundo Molar	20-30 mes
DENTICION PERMANENTE	Maxilar Sup.	Incisivo Central	7-8 años
		Incisivo Lateral	8-9 años
		Canino	11-12 años
		1er. Premolar	10-11 años
		2do. Premolar	10-12 años
		1er. Molar	6-7 años
		2do. Molar	12-13 años
		3er. Molar	17-21 años
		Maxilar Inf.	Incisivo Central
Incisivo Lateral	7-8 años		
Canino	9-10 años		
1er. Premolar	10-12 años		
2do. Premolar	11-12 años		
3er. Molar	17-21 años		

Debe hacer la aclaración que los dientes que aparecen después de esta cronología, son considerados supernumerarios.

CAPITULO II

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION DEL DIENTE RETENIDO, ETIOLOGIA
Y LOCALIZACION DEL DIENTE SUPERNUMERARIO

CLASIFICACION.

Se denominan dientes retenidos (dientes incluidos, impactados) aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico. (7)

La retención dentaria puede presentarse en dos formas: El diente está completamente rodeado por tejido óseo retención intraosea o el diente está cubierto por la mucosa gingival. (7)

Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos en los maxilares. La retención de los temporarios es un hecho excepcional. (7)

La denominada inclusión secundaria puede ser posible por una acción mecánica de los dientes vecinos, que vuelven a introducir al diente temporario dentro del hueso de donde provenían. (7)

Hay un conjunto de dientes, los cuales tienen una mayor predisposición para quedar retenidos; a los cuales les corresponde la patología de los dientes retenidos: Tales son los caninos y terceros molares. (7)

• El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable. Hay muchas personas que sin trastornos aparentes, conservan sus cuatro terceros molares o estos dientes y sus caninos superiores. (7)

De acuerdo con la frecuencia en que se presentan los dientes, la clasificación de dientes retenidos es la siguiente:

1.- Tercer molar inferior, a su vez este se clasifica en - clase A, B, C.

2.- Tercer molar superior, a su vez se clasifica en clase 1, 2, 2;

3.- Canino superior, que se clasifica en clase I,II,III, IV, V.

4.- Supernumerario (12)

Los terceros molares inferiores retenidos se clasifican.

A.- Relación del diente con la rama ascendente de maxilar inferior y el segundo molar.

B.- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

C.- La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar, vertical, horizontal, invertido, mesioangular, distoangular, vestibuloangular, y linguoangular. (12)

Los terceros molares superiores retenidos se clasifican:

1.- Profundidad relativa de los terceros molares superiores retenidos en el hueso.

2.- La posición del eje longitudinal del diente retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

3.- Relación del tercer molar superior retenido con el seno maxilar. (12)

• Los caninos retenidos se clasifican en:

I.- Caninos retenidos localización en el paladar.

II.- Caninos retenidos localización en la superficie vestibular del maxilar superior.

III.- Caninos retenidos localización a la vez en palatino y vestibular.

IV.- Caninos retenidos localización en la apófisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical.

V.- Caninos retenidos localizados en un maxilar superior - desdentado. (12)

SUPERNUMERARIOS

ETIOLOGIA:

Los dientes supernumerarios (provenientes de una desviación embriológica del listón dentario) existen en gran número suelen ir acompañados, de un odontoma o quiste dentigero. (7)

La forma del supernumerario es variable: por lo general, tiene aspecto periforme o la de un pequeño canino temporario (7)

Su dirección y ubicación en los maxilares es distinta pudiendo adoptar todas las variaciones imaginables. Poseen un pequeño saco pericoronario (origen de un probable quiste dentigero) (7)

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánico. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la cara dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que le está encomendado. (7)

Se puede clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción, de la siguiente manera:

- a) Razones embriológicas
- b) Obstáculos mecánicos
- c) Causas generales. (7)

a) La ubicación especial de un gérmen dentario en sitio muy alejando del normal erupción.

b) Que pueden interponerse a la erupción normal, falta material de espacio, el hueso de tal condensación que no puede ser vencido en el trabajo de erupción, elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria; dientes supernumerarios, tumores odontogénicos.

c) Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes. (7)

Debido a que el crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes son en dirección anterior, cualquier interferencia con tal desarrollo causará la inclusión de los dientes. (8)

Es posible que la herencia puede ser un factor etiológico importante en las inclusiones. Las inclusiones no se apegan a un patrón establecido. Son de diversas formas y tamaños y pueden ser afectados de uno a veintiún dientes. (8).

La respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas y, por lo tanto los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio. (8)

En ocasiones la pérdida prematura de los dientes deciduos puede provocar falta de desarrollo del maxilar y mala posición de los dientes permanentes, o ambos, lo que queda como resultado una inclusión. (8)

LOCALIZACION.

Los casos de dientes supernumerarios primarios, son muy raros por lo contrario, son relativamente frecuentes los casos de dientes supernumerarios permanentes. (9)

Se encuentran con mayor frecuencia en la región de las piezas anteriores, superiores, especialmente en los incisivos central. (9)

Si se encuentran en la línea media se les denomina Mesiodents. (9)

Aunque estos dientes se encuentran en cualquier localización, tienen predilección por determinados lugares. (9)

El diente supernumerario más común es el "Mesiodents" diente situado entre los incisivos centrales superiores, unico o doble, brotado o retenido y a veces hasta invertido.

El Mesiodents es un diente pequeño de corona conoide y raíz corta. (6)

El cuarto molar superior es el diente supernumerario segundo en frecuencia, y se sitúa distal del tercer molar a sí mismo se ve un cuarto molar inferior, pero es mucho menos común que el superior. (16)

El paramolar es un molar supernumerario, pequeño y rudimentario, que se sitúa por vestibular o por lingual de uno de los molares superiores o entre el primero y el segundo o el segundo y el tercero. (6)

• Es interesante, aunque no tenga explicación todavía que alrededor del 90% de todos los dientes supernumerarios son su -

periores. Y son menos comunes en la dentición primaria que en la permanente. (6)

En la disostosis cleido craneana es característico encontrar, dientes supernumerarios múltiples muchos de ellos retenidos. (6)

El síndrome de Gardner es un complejo nosológico también se caracteriza por presentar múltiples dientes supernumerarios retenidos. (6)

En pacientes de paladar hendido, las piezas supernumerarias se encuentran en el pre-maxilar superior, o justo distales a la hendidura. (9)

Lo más frecuente, sin embargo es que los supernumerarios se descubran en un examen radiográfico, al observarse que los incisivos permanentes no pueden salir normalmente a su debido tiempo. (9)

Las piezas supernumerarias frecuentemente causan retrasos en la erupción de piezas permanentes, o anomalías de posición como diastemas o rotación. (9)

Otros factores de complicación son el desarrollo de quistes dentígeros, o si ocurre degeneración del órgano del esmalte en formación; antes de la deposición de esmalte se producen quistes primordiales o foliculares. (9)

La presión de las piezas supernumerarias sobre las piezas adyacentes puede causar la resorción de sus raíces, con el daño pulpar consiguiente. (9)

En algunos casos las piezas supernumerarias tienen la apariencia de piezas normales; en otros, son rudimentarios y en forma de ganchos. Algunos muestran formación de dents in dent otros se semejan a formaciones radiculares anormales. (9)

CAPITULO III

C A P I T U L O I I I

INDICACIONES Y TECNICAS EN LA EXTRACCION
DEL DIENTE SUPERNUMERARIO

En la época de erupción de las piezas supernumerarias se considera la más indicada para su extracción. (15)

Antes de tratar la extracción, se deberá de tomar buenas radiografías periapicales, oclusales o transversales, para ayudar a localizar éstas piezas. El método de Clark para localización radiológica es muy útil. (14)

En la región anterior nos gusta tomar radiografías oclusal y lateral del maxilar superior anterior. Esta última puede tomarse, pidiendo al paciente que sostenga una película oclusal paralela a la mejilla. Esta vista nos dice si las piezas supernumerarias son palatinas o labiales con relación a las piezas permanentes, a la altura de cada una. (14)

Otro aspecto a considerar antes de extraer una pieza supernumeraria es el estado de los ápices de las piezas permanentes adyacentes. ¿Están totalmente formados o están aún incompletas?. (14)

La extracción de una pieza supernumeraria que yace junto a ápices abiertos deberá ser pospuesta hasta producirse el cierre de estos canales, a menos que la pieza supernumeraria esté evitando la erupción de estas piezas o causando rotación extrema de una pieza permanente. (14)

Al extraer dientes de la vecindad de los ápices de otros dientes, puede producirse lesiones a los vasos que irrigan a la pulpa. En piezas con canales abiertos, generalmente es muy difícil realizar terapéutica de canal radicular. (14).

Deberán estudiarse cuidadosamente las radiografías para determinar que pieza o piezas representan la estructura supernumeraria deben por lo tanto ser extraídas. (14)

A veces se encuentran dificultades si las piezas adicionales están bien formadas y desarrolladas. Como regla general, las piezas supernumerarias yacen en igual con relación a la pieza normal. (14)

Deberán hacerse amplios colgajos para asegurar buen acceso y visibilidad. La decisión de operar desde el aspecto labial o lingual, dependerá de la localización radiográfica de la pieza y de la posición de la corona que es la parte más ancha de la pieza y debe ser expuesta primero. (14)

Cuando sea posible deberá evitarse la disminución de las placas linguales y labiales porque la regeneración ósea es muy lenta en estos casos. (18)

Si existen piezas permanentes no brotados cuya erupción ha sido retrasada por las piezas supernumerarias, la eliminación del hueso que se encuentra sobre la cara de esta pieza permanente, ayudará frecuentemente a su erupción. (14).

Debe mantenerse el espacio donde brotar estas piezas deberá seguirse con exámenes radiológicos, el progreso de la erupción de las piezas permanentes. (14).

La técnica para su extracción está determinada por su tamaño y localización y es la misma que para la remoción en cualquier diente en esa zona, excepto en cuanto al tamaño, forma y localización del colgajo. (12)

Para la extracción de estas variedades de dientes se seguirán los principios quirúrgicos, es decir: un perfecto examen radiográfico previo que nos imponga de la exacta ubicación del diente y su relación con los órganos, cavidades y dientes vecinos. (13)

Es muy importante el estudio de estas para planear, de acuerdo con los datos radiográficos el método que convenga para la extracción y cumpla los postulados del mismo traumatismo. (13)

La intervención consta de los tiempos quirúrgicos clásicos: Anestesia, incisión, preparación de los colgajos, osteotomía, extracción propiamente dicha y sutura. (13)

Muchas veces resulta difícil la anestesia local previa a la exodoncia de estas piezas porque están muy incluidas por el lado palatino, muy cerca del suelo nasal, y con una innervación que, en parte, depende de ramificaciones del nervio nasopalatino. (15)

La anestesia debe incluir no solamente el foramen de incisión, sino también el canal incisivo, introduciendo la aguja en él y dejando en su parte superior una pequeña cantidad de anestésico. (15)

Cuando el canal es difícil de localizar, se puede anteste -

sar esta zona después de haber disecado el colgajo, ya que en este momento es más fácil encontrarlo. (15)

Se pueden colocar también dos algodones embebidos en anestesia tópica a ambos lados del septo nasal puesto que el nervio nasopalatino está situado, algo posteriormente pero inmediatamente por debajo de su mucosa. (15)

Se inicia la intervención con una incisión marginal palatina, Se disecciona un colgajo mucoperiostico y se libera la corona y el cuello del diente supernumerario con cuidado suficiente para no lesionar las piezas definitivas, especialmente si es área apical. Si el diente supernumerario es pequeño y está bien colocado, se puede extraer con botador. Pero si está invertido, o colocado entre los incisivos, es mejor seccionar lo a nivel del cuello. (15)

Los puntos de sutura son interdientales, Si el incisivo permanente también está incluido, está indicada la liberación y exposición de su corona. (15)

Los denominados mesiodents, que se encuentran ubicados entre los incisivos centrales superiores y originan un diastema entre estos dientes deben ser extraídos por razones ortodóncicas. (II)

Técnica para extracción de dos incisivos supernumerarios en el paladar:

A.- Se localiza el nasopalatino para iniciar la anestesia.

B.- Se inicia la intervención haciendo una incisión para el colgajo palatino.

C.- Se levanta el colgajo y hacen orificios perforados a través del hueso palatino.

D.- Eliminación del hueso con escolpo.

E.- El diente derecho es levantando con elevador Miller No. 73.

F.- El diente izquierdo es levantado con elevador Miller No. 74.

G.- Los puntos de sutura son interdientales. (12).

Técnica para extracción del premolar superior supernumerario en posición vestibular.

Después de levantado el colgajo, se eliminó el hueso que lo cubre. A continuación con los elevadores, acuñados a lo largo de la corona y raíz por mesial y distal, éste diente se extrae fácilmente a menos que haya gran curvatura del ápice. (12)

Técnica para la extracción del incisivo central superior rudimentario supernumerario:

En este caso, el supernumerario impide la erupción normal del incisivo central izquierdo, después de levantar el colgajo vestibular se elimina el hueso que cubre el diente supernumerario, y este es elevado de su alvéolo. (12)

Si este procedimiento se realiza en un paciente bastante joven, el incisivo central erupcionará. Si no los incisivos centrales permanentes se expondrán después de manera adecuada y se movilizarán de su posición por aparatos ortodónticos. (12)

El supernumerario que bien puede llamarse cuarto molar oca--

siona trastornos semejantes a los originados por el tercer molar. (11)

Técnica de extracción de tercer y cuatro molares inferiores: Radiografía del caso, incisión, el colgajo desprendido con un periostótomo, se sostiene con un separador osteotomía distal sobre el cuarto molar, con fresa de fisura, elevación del cuarto molar, extracción del tercer molar aplicando el elevador en el espacio entre el tercer y segundo molar resección con cucharilla para hueso, las fungosidades y sutura. (II)

Técnica para la extracción de dientes supernumerarios retenidos en el maxilar inferior:

Primeramente se tomará una radiografía, incisión en ángulo trazada sobre la cara lingual del maxilar inferior, desprendimiento con un periostótomo del colgajo, osteotomía realizada con fresa y con escoplos, luxación con un elevador recto del diente supernumerario, sutura del colgajo a través de la arcada dentaria. (14).

CASUÍSTICA

CASO CLINICO # 1

Nombre del paciente: Manuel Jaime Raúl Caldera
Sexo: Masculino
Edo. Civil: Soltero
Edad: 10 años
Ocupación: Estudiante
Lugar de nacimiento: Mexicali, B.C.N.
Dirección: Brasil # 784 Alamitos.

INTERROGATORIO:

Antecedentes familiares.- El paciente refiere que su madre -
padece diabetes y reumatismo.

Antecedentes personales.- Presenta alergias al polvo fino, -
fue operado de las amígdalas hace tres meses.

EXAMEN CLINICO:

El paciente se presenta tranquilo y cooperador, nos refiere -
una molestia e inflamación en el paladar, al hacer el examen
se observa lo anterior a nivel de la línea media del paladar
del lado derecho por lo cual se procedió a un examen radiográfico
fico.

DIAGNOSTICO:

Por medio de un examen radiográfico se observa la presencia -
de un diente supernumerario mesiodents invertido con la raíz
hacia oclusal.

TRATAMIENTO:

Extracción quirúrgica del supernumerario mesiodents invertido
derecho.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Biometría hemática, tiempo de sangrado y coagulación,

TECNICA QUIRURGICA:

Se realizó la asepsia y la antisepsia del campo operatorio - extra e intraoralmente, se colocaron los campos y se procedió a aplicar la anestesia localizando el nasopalatino, se inicia la intervención haciendo una incisión, para el colgajo palatino, se levanta el colgajo con la ayuda de una legra con cuidado y se hacen orificios a través del hueso palatino, se elimina el hueso con escoplo y el diente es levantado con un elevador, se lavó la cavidad y se suturó con puntos interdentales.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

I.- Pen - Vi - K cápsulas 250 mgs.

sig. tomar una cada 6 hrs.

II.- Prodolina comp.

sig. tomar una cada 6 hrs.

III.- Ascoxal tabletas

sig. enjuagar 3 veces al día.

El paciente se presentó a los cuatro días, se le retiraron los puntos desutura y se observó que la cicatrización era normal.

CASO CLINICO # 2

Nombre del paciente: Maritza Amador Villaseñor
Sexo: Femenino
Edo. Civil: Soltera
Edad: 15 años
Ocupación: Estudiante
Lugar de nacimiento: San Luis Son.
Dirección: Calle J # 241 Col. Nueva

INTERROGATORIO:

Antecedentes familiares.- El paciente refiere que su madre -
padece de úlcera varicosa y su padre murió de cáncer.

Antecedentes personales: Presenta gastritis, padece miopía y
obesidad.

EXAMEN CLINICO:

El paciente presenta dolor al masticar a nivel del segundo pre
molar inferior izquierdo y se observa un pequeño abultamiento
se procedió a un examen radiográfico en el cual se observa -
un supernumerario.

DIAGNOSTICO:

Presencia de un premolar supernumerario inferior izquierdo -
con su corona hacia oclusal.

TRATAMIENTO:

Extracción quirúrgica del premolar supernumerario inferior iz
quierdo.

EXAMEN DE LABORATORIO:

Biometría hemática, tiempo de sangrado y coagulación.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TECNICA QUIRURGICA:

Se realizó la asepsia y la antisepsia del campo operatorio extra e intraoralmente, se colocaron los campos y se procedió a aplicar la anestesia troncular inferior y la mentoniana, se hizo la incisión para el colgajo se levanta con la ayuda de la legra para no lesionar el paquete vasculonervioso, se hizo la osteotomía y la ostectomía, se eliminó el supernumerario sin ninguna complicación, se limó la cavidad para eliminar cualquier irregularidad ósea, se lavó la cavidad y se suturó.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

I.- Pen Vi K Cápsulas 500 mgs.

sig. tomar una cada 6 hrs.

II.- Prodolina comprimidos

sig. tomar una cada 6 hrs.

III.-Ascoxal tabletas

sig. enjuagar 3 veces al día.

El paciente se presentó a los cuatro días se le retiraron los puntos de sutura y se observó todo normal.

CASO CLINICO # 3

Nombre del paciente: Consuelo Valenzuela
Sexo: Femenino:
Edo. Civil: Casada
Edad: 23 años
Ocupación: Hogar
Lugar de nacimiento: Mexicali, B.C.N.
Dirección: Jacarandas # 1020 Los Pinos.

INTERROGATORIO:

Antecedentes familiares.- La paciente refiere que su padre -
sufre de hipertensión arterial y padece de los nervios.

Antecedentes personales.- Padece de un tipo de alergia no -
descubierta hasta la fecha, madre de 2 hijos.

EXAMEN CLINICO:

La paciente refiere dolor e inflamación en el lado inferior -
derecho, se observa un apiñonamiento en la zona de los dientes
anteriores se procede a un examen radiográfico donde se identi
fica un tercer molar en posición mesioangular y un cuarto en -
la misma posición.

DIANOSTICO:

Presencia de un cuarto molar supernumerario inferior derecho.

TRATAMIENTO:

Extracción quirúrgica del tercer y cuatro molar inferior dere-
cho.

EXAMEN DE LABORATORIO:

Biometría hemática, tiempo de sangrado y coagulación.

TECNICA QUIRURGICA:

Se realizó la asepsia y la antisepsia del campo operatorio extra e intraoralmente, se colocaron los campos y se procedió a aplicar la anestesia troncular, se hizo la incisión, el colgajo desprendiendo con un periostotomo, se sostiene con un separador, ostectomía distal sobre el cuarto molar, o fresa de fisura, elevación del cuarto molar y posteriormente del tercer molar aplicando el elevador en el espacio entre el tercer y el segundo molar, resección con cucharilla para hueso, las fungosidades, se lavó la cavidad y se suturó.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

I.- Pantomicina cápsulas 500 mgs.

sig. tomar una cada 6 hrs.

II.- Flanax 275 mgs

Sig. tomar una cada 6 hrs.

III.-Prodolina comprimidos

sig. tomar una cada 6 hrs. (sólo en caso de dolor)

El paciente se presentó a los cuatro días se le retiraron los puntos de sutura y se observó que la cicatrización era normal.

CASO CLINICO # 4

Nombre del paciente: Victoria Borders
Sexo: Femenino
Edo. Civil: Soltera
Edad: 15 años
Ocupación: Estudiante
Lugar de nacimiento: Mexicali, B.C.N.
Dirección: Calle A # 349 Col. Nueva.

INTERROGATORIO:

Antecedentes familiares.- La paciente refiere que su padre padece asma bronquial y alergia

Antecedentes personales.- La paciente padece asma bronquial y alergia a la penicilina.

EXAMEN CLINICO

El paciente presenta dolor en el primer molar inferior izquierdo a la percusión vertical y un pequeño abultamiento, se procedió a un examen radiográfico en el cual se observó un premolar supernumerario formada su corona únicamente.

DIAGNOSTICO:

Presencia de un premolar supernumerario inferior izquierdo.

TRATAMIENTO:

Extracción quirúrgica del premolar supernumerario inferior izquierdo.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Biometría hemática, tiempo de sangrado y coagulación

TECNICA QUIRURGICA:

Se realizó la asepsia y la antisepsia del campo operatorio extra e intraoralmentè, se colocaron los campos y se procedió a aplicar la anestesia troncular y mentoniana, se hizo la incisión para el colgajo, se levanta con la ayuda de una legra con cuidado para no lesionar el paquete vasculonervioso, se hizo la osteotomía, y la ostectomía, se eliminó el premolar sin ningún problema, se lavó la cavidad se procedió a la sutura.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

I.- Pentrexyl cápsulas 500 mgrs.

sig. tomar una cada 6 hrs.

II.- Prodolina comprimidos

sig. tomar una cada 6 hrs. (solo en caso de dolor)

III.-Ascoxal tabletas

sig. enjuagar 3 veces al día.

El paciente se presentó a los cuatro días para retirar sutura y se observó que la cicatrización era normal.

CASO CLINICO # 5

Nombre del paciente: Patricia Ochoa Sánchez
Sexo: Femenino
Edo. Civil: Soltera
Edad: 14 años
Ocupación: Estudiante
Lugar de nacimiento: Calexico, Cal.
Dirección: Av. Imperial # 841

INTERROGATORIO:

Antecedentes familiares.- El paciente refiere tener un hermano que sufre de ataques de epilepsia.

Antecedentes personales.- El paciente nos refiere no tener ningún antecedente hasta la fecha.

EXAMEN CLINICO:

La paciente se presenta tranquila y nos refiere que fue un descubrimiento del supernumerario, por un estudio radiográfico efectuado por el ortodoncista, se observa un diastema entre los incisivos superiores y una inflamación en la línea media del paladar.

DIAGNOSTICO:

Presencia de un supernumerario mesiodents superior izquierdo.

TRATAMIENTO:

Extracción quirúrgica del supernumerario mesiodents.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Biometría hemática, tiempo de sangrado y coagulación.

TECNICA QUIRURGICA:

Se realizó la asepsia y la antisepsia del campo operatorio - extra e intraoralmente, se colocaron los campos y se procedió a aplicar la anestesia localizando el nasopalatino, se inicia la intervención haciendo una incisión para el colgajo palatino, se levanta el colgajo con la ayuda de una legra con cuidado y se hacen orificios a través del hueso palatino, se elimina el hueso con escoplo y el diente es levantado con un elevador, se lavó la cavidad y se suturó.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

I.- Pentrexy1 cápsulas 500 mgrs.

sig. tomar una cada 6 hrs.

II.- Prodolina comp.

sig. tomar una cada 6 hrs. (sólo en caso de dolor)

III.-Ascoxal tabletas

sig. enjuagar 3 veces al día.

La paciente se presentó a los cuatro días para retirar puntos de sutura observándose la cicatrización normal.

CONCLUSIONES

Podemos determinar que la presencia de dientes retenidos y supernumerarios es un grave problema en el proceso de la dentición, pues ellos intervienen ocasionando una mala oclusión, diastemas y trastornos sobre la colocación normal de los dientes.

Tenemos que tomar en consideración que una de las causas sistémicas de retención son las: Prenatales, (herencia, mezcla de razas) y Postnatales (anemias, raquitismo, etc).

Las piezas que aparecen después de la dentición normal de acuerdo a la cronología formulada por Mc Call y Shour deben considerarse como supernumerarios.

La mayor frecuencia de estos dientes es en la línea media del paladar denominándose mesiodents. La época más indicada para su extracción de estas piezas supernumerarias es en su erupción. El estudio radiográfico es valioso auxiliar para la identificación, localización y posible técnica quirúrgica que se aplicará en su extracción.

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

- I.- Rusell C. Wheeler.
Anatomía dental, fisiología y oclusión
Editorial Interamericana
México, D.F. 1981
5ta. Edición, Pag. 23

- 2.- I.A. Mjor y J.J. Pindbore
Histología del diente humano
Editorial Labor
Barcelona, España, 1974
Pag. 17-25

- 3.- Scott Symons
Introducción a la anatomía dentaria
Editorial Mundi
Argentina, 1980
1era. edición, Pag. 120

- 4.- S.N. Bhaskar
Histología y Embriología bucal de Orban
Editorial el Ateneo
9va. Edición, Pag. 418

- 5.- José Luis Pagano
Anatomía dentaria
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina
Pag. 87

- 6.- William G. Shafer
Tratado de patología bucal
Editorial Interamericana
3era. Edición Pag. 44-45
- 7.- Guillermo A. Ries Centeno
Cirugía Bucal
Editorial el Ateneo
Argentina, 1979
8va. edición Pag. 221-224
- 8.- Daniel E. Waite
Cirugía Bucal Práctica
Editorial C.E.C.S.A.
México, D.F. 1982
Pag. 175-176
- 9.- Sidney B. Finn
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
México, D.F. 1980
4ta. edición Pag. 352-254
- 10.-H. Birn J. E. Winther
Atlas de Cirugía Oral
• Editorial Salvat, Pag. 91

- 11.- Guillermo A. Ries Centeno
Cirugía Bucal
Editorial el Ateneo
Buenos Aires, Argentina, 1968
7ma. edición pág. 423
- 12.- William Harry Archer
Cirugía Bucal
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina 1968
2da. Edición pag. 136
- 13.- Guillermo A. Ries Centeno
Cirugía Bucal
Editorial el Ateneo
Argentina, 1979
8va. edición Pag. 424
- 14.- Sidney B. Finn.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
4ta. Edición Pag. 354
- 15.- H. Birn J. E. Winther
Atlas de la Cirugía Bucal
Editorial Salvato
pag. 91