

160
201

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



[Handwritten signature]

"PARAMOLARES Y DISTOMOLARES"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

CLAUDIA CONCEPCION LARA ZACARIAS

MONICA MARIN JUAREZ

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INDICE.

I.- ASPECTOS GENERALES

I.A DESARROLLO DE LAS ESTRUCTURAS FACIALES

I.B DESARROLLO DE LAS ESTRUCTURAS BUCALES

II.- TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN EL NUMERO DE DIENTES

II.A CLASIFICACION

II.B VARIEDADES

II.C DIENTES SUPERNUMERARIOS ASOCIADOS A TRASTORNOS CONGENITOS

O HEREDITARIOS.

III.- DISTOMOLARES Y PARAMOLARES.

III.A TEORIAS

III.B ETIOLOGIA

III.C CASOS REPORTADOS

III.D TRATAMIENTO

IV.- REVISION RADIOGRAFICA DE CUARTOS, QUINTOS Y SEXTOS MOLARES.

V.- DISCUSION.

VI.- CONCLUSION.

VII.- GLOSARIO

VII.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

En la naturaleza humana siempre existe una inclinación a destacar, lo mismo sucede en los libros, así encontramos investigaciones que sobresalen unas de otras, es por eso que una recopilación extensa de diversos autores nos hace resaltar el hecho de interesarnos por la presencia de distomolares; los cuales se pueden considerar mas que una patología un proceso evolutivo, debemos tomar en cuenta en sí ¿ Qué es la evolución ? nos hace pensar literalmente como un significado de desarrollo o transformación de los organismos que pasan gradualmente de un estado a otro.

En el ser humano las transformaciones son el resultado de las características de las diferentes poblaciones y sus organismos a través del tiempo, destacando cambios fenotípicos y genotípicos.

En México como en todo el mundo se reúnen diversas condiciones geográficas, políticas, culturales, raciales, etc. que han influido durante todas las épocas sobre el ser humano de ésta manera se considera que los cambios de postura, talla, peso y características detalladas de cada región son los resultados directos de la necesidad del mismo ser humano de adaptarse a las condiciones externas del medio que lo rodea.

Enfocándonos desde un punto de vista netamente odontológico, consideramos a los órganos dentales como parte integral del ser humano, por lo cuál su estudio en relación a estructura, número, patología así como los métodos de rehabilitación, nos proporcionan datos valiosos de la vida humana ya que es sabido que estas características son conservadas en fósiles (1) permitiéndonos así comprender los efectos del medio ambiente sobre la posible variación y desórdenes de naturaleza hereditarias.

Por medio del estudio de la dentición no ha permitido a las nuevas generaciones conocer la vida de las antiguas civilizaciones en relación a sus costumbres, hábitos alimenticios, estrato social así como caracteres propios de la raza:

- En la raza negra presenta una coloración más clara en sus estructuras dentales a diferencia de la caucásica cuya tonalidad es más oscura.
- El tubérculo de carabelli, es una pequeña cúspide accesoria en la cara lingual de los molares superiores es característica predominante en la poblaciones caucásicas y en poblaciones asiáticas se observa una fisura o fosa en la misma posición. (3).

En la evolución de la especie humana existen mezclas genéticas de antiguas y modernas civilizaciones dando como resultado una nueva forma de vida humana con características que conservan de sus antepasados y las actuales que se han originado como respuesta de la adaptación del hombre al mundo que lo rodea. El estudio de las características morfológicas en general y más aún de las estructuras dentarias nos permite identificar restos humanos determinando la edad aproximada, grupo racial y otros datos de importancia científica. De ésta forma podemos entender que la odontología no tiene límites para el estudio tanto del hombre como de la evolución.

Adentrándonos a lo que es el tema de ésta tesis es importante para la comprensión de los diversos trastornos del desarrollo y el crecimiento que afectan a las estructuras bucales y peribucales, basarnos en el conocimiento de su embriología e histología. El reconocimiento de algunas anomalías sigue patrones adicionales de la herencia lo cuál es de gran ayuda para el conocimiento de muchos estados patológicos poco comunes que afectan al ser humano.

Dentro de éstas anomalías en las estructuras dentarias encontramos alteraciones de forma, estructura, tamaño y de número en donde se incluyen los distomolares.

Esta alteración debe entenderse, como una variación de la normalidad, que es el resultado de una conjunción genética. Consideramos entonces que los distomolares son dientes supernumerarios segundos en frecuencia, que pueden presentar características similares a la

región donde están ubicados conservando cierta similitud de tamaño y forma de los dientes a los cuales se encuentra asociado. (4).

Quedando algunos puntos en claro, en esta tesis elaboraremos una revisión bibliográfica y radiográfica de las diferentes investigaciones y hallazgos evolutivos de la dentición humana, específicamente de los distomolares.

CAPITULO I

DESARROLLO DE LAS ESTRUCTURAS FACIALES

El desarrollo de un individuo comienza a partir de la fecundación, proceso mediante el cual dos células muy especializadas, el espermatozoo y el oocito, se unen dando origen a un nuevo organismo, 30 horas después de su unión la célula única que resulta o cigoto experimenta una serie de divisiones mitóticas conocidas como blastómeros. La etapa de 12 a 16 blastómeros a la que llega por dicha segmentación se le conoce como etapa de morula. A partir del cuarto día se forma la etapa de blastosisto que consiste en la infiltración de líquido intrauterino a los espacios intercelulares los cuales se unen para formar una sola cavidad grande conocida como blastocoele, mas tarde se forma la gastrula etapa donde se combinan cambios importantes como la formación de las tres capas germinales primarias, denominadas ectodermo, mesodermo y endodermo. Al transcurrir el desarrollo embrionario estas capas originan los tejidos y órganos del embrión. (5,6).

Las características externas del área de la cabeza la da una serie de arcos branquiales o faríngeos, conformados en la pared faríngea debido a una proliferación del mesodermo de la placa lateral. Estos arcos branquiales se encuentran colocados en forma dorso-ventral. La cara interna de dichos arcos se halla cubierta por endodermo (ectodermo en caso del primer arco branquial) y la cara externa por ectodermo. Su parte central está compuesta por mesénquima (derivado de la cresta neural y mesénquima). El mesénquima de la cresta neural se condensa y forma una barra de cartilago. El cartilago del primer arco branquial se denomina cartilago de Meckel y del segundo arco branquial de Reichert. Cada arco contiene una arteria y un nervio el cuál consta de una parte motora y otra sensitiva. El nervio del primer arco branquial es el quinto par craneal o trigémino. (7,8,9).

El estomodeo primitivo se halla delimitado por arriba por la placa neural y caudalmente por la placa cardíaca. Se halla separado del intestino anterior por la membrana bucofaríngea, la cuál rápidamente se rompe de tal modo que el estomodeo se comunica con el intestino anterior. Lateralmente el estomodeo se comunica con el primer arco branquial. Lateralmente el estomodeo se halla limitado por el primer par de arcos faríngeos o branquiales, se forman seis engrosamientos cilíndricos que van de la pared lateral faríngea pasan por debajo del piso de ella. Al hacer esto los arcos se separan progresivamente, el estomodeo del corazón. (9).

Los arcos branquiales se ven como abultamiento en la parte lateral del embrión y se hallan separadas por unas hendiduras, esto debido al hundimiento del ectodermo dentro de los arcos branquiales. De las bolsas faríngeas, los cuáles separan cada uno de los arcos branquiales por dentro, las cuáles están involucrados en la formación de algunos órganos.

Los arcos braquiales primero, segundo y tercero juegan un papel importante en el desarrollo de la cara, boca y lengua. La formación de la cara se realizó por la fusión de los procesos por lo tanto esto implica en realidad la eliminación del surco.

A los 24 días el primer arco branquial da origen a los procesos maxilares de tal manera que el estomodeo se halla ahora limitado: cranealmente por la prominencia frontal que cubre el cerebro en su parte anterior. Lateralmente por el recién formado proceso maxilar y ventralmente por el arco que ahora se llama proceso mandibular.

Sobre el borde inferior del proceso maxilar y el borde superior del arco mandibular, el epitelio comienza a proliferar y forma un engrosamiento. Esta zona es llamada epitelio odontogénico, al igual que el engrosamiento que se produce en el lado lateral del proceso nasal medio. A los 37 días se observa una placa única de epitelio engrosado conocida como banda epitelial primaria, (lámina dentaria o listón dentario), sobre el maxilar superior a partir de cuatro zonas: 2 asociados al proceso nasal medio, una en cada proceso mandibular forman la banda epitelial primaria del maxilar inferior. Los procesos se fusionan a los 36 días. (9).

FORMACION DE LA LENGUA.

La lengua comienza a desarrollarse cuando aparece el tubérculo impar o medial, (protuberancia que emerge en la línea media por detrás del proceso mandibular.), estando flanqueado por las protuberancias linguales, las cuáles se agrandan y se unen entre sí junto con el tubérculo impar y conforman los dos tercios anteriores de la lengua. La raíz de la lengua se desarrolla a partir del segundo, tercero y cuarto arcos branquiales que conforman la eminencia hipobranqueal. La lengua se separa de la boca mediante el crecimiento hacia abajo del ectodermo el cuál degenera y forma el surco lingual y da movilidad a la lengua. (9).

FORMACION DEL PALADAR.

Entre la séptima y octava semana de desarrollo embrionario se lleva a cabo la formación del paladar, que resulta de la fusión de las láminas formadas por cada proceso maxilar. Estas láminas conocidas como procesos palatinos, se dirigen hacia abajo en cada lado de la lengua. Después de la séptima semana, la lengua se retira de entre los procesos que suben y se fusionan entre sí por encima de la lengua y con el paladar primario. (9).

El embrión de 7 a 8 meses presenta una mandíbula y una lengua de tamaño pequeño comparándola con el complejo facial superior, y por lo tanto el labio inferior se encuentra por detrás del superior. La cara se pliega hacia la región torácica y la lengua ocupa una posición elevada entre los procesos palatinos.

En la 9na. semana el complejo facial superior se ha elevado y separado del tórax, por lo tanto permite que la lengua y el maxilar inferior crezca hacia adelante de manera tal que el labio inferior se ubica por delante del superior, y la lengua se sitúa por debajo de los procesos palatinos.

ODONTOGENESIS

En el desarrollo del diente humano, se llevan a cabo procesos biológicos complejos, que incluyen las relaciones mesénquimatosas, la morfogénesis y la mineralización, todos estos conocidos como odontogénesis.

Esta se inicia durante la 6ta. semana de desarrollo en la cuál se forma una banda continua de epitelio que cubre la boca, por la fusión de placas separadas de un epitelio engrosado, éstos se forman a partir de la cresta neural (ectomesénquima). En ésta etapa, el epitelio bucal consta de una capa de células cilíndricas y otra de células planas, las cuáles están separadas por tejido conjuntivo y por una membrana basal. (10).

Algunas células de la capa basal del epitelio superficial, comienzan a proliferar mas rápido que las células adyacentes, que origina un engrosamiento epitelial en forma de herradura correspondiente a la posición de los futuros arcos dentarios.

Esta banda de epitelio llamada " banda epitelial primaria", origina:
La lámina vestibular: forma el vestíbulo que se da como resultado de la proliferación de la lámina vestibular dentro del ectomesénquima. Sus células se agrandan rápidamente y degeneran para formar la hendidura que se convierte en el surco vestibular, entre carrillo y la zona dentaria. (9,6).

La lámina dentaria: por debajo existe un acumulo de células mesénquimatosas densamente dispuestas y con núcleos redondos u ovoides. En este estado ya existen nervios en las proximidades de la lámina dentaria pero no así en la lámina vestibular los órganos dentarios van a desarrollarse a partir de la lámina dentaria, en ciertos puntos de dicha lámina las células ectodérmicas se multiplican rápidamente formando un pequeño botón que presiona ligeramente el submesénquima cada uno de éstos representa uno de los futuros dientes deciduos de cada uno de los maxilares.

Existen diferentes centros de crecimientos odontogénico. Los incisivos centrales inician su formación entre 36 y 38 días después de su concepción.

Los incisivos laterales, canino y primer molar a partir del 38 y 40 día.

Los gérmenes de los segundos molares deciduos del 40 al 44 día.

Aún considerando que el desarrollo dentario es un proceso continuo es necesario desde el punto de vista didáctico, dividirlo en varias etapas, dichas divisiones se denominan conforme a la parte epitelial del germea dentario. (11).

ESTADIO DE YEMA EPITELIAL, BROTE O ETAPA DE LOS PRIMORDIOS.

La lámina dentaria se ve por primera vez en la sexta semana en forma de engrosamiento delimitándose 10 botones dentales o yemas (que son excrescencias de los extremos de la lámina), en cada maxilar dichos botones aparecen, en el maxilar inferior en la 7ma. semana y en maxilar superior unos días mas tarde, siendo en la 8va semana cuando se encuentran formados en ambos maxilares.

Inicialmente las células de los botones tienen dos formas: las periféricas son cilindros bajos y las internas células poligonales, ambos tipos de células tienen una actividad mitótica muy notable dando origen así a las capas internas y externas del epitelio dentario. La proliferación de dichas células da como consecuencia un crecimiento desigual que combinado con la invaginación de la papila dental produce la formación de una capa de células cuboidales en sentido periférico de la papila dental llamado epitelio dental interno.

Entre los dos epitelios existen células polihédricas a medida que el crecimiento prosigue se separan progresivamente por la acumulación de un epitelio granular mucoide en su espacio intercelular; las células toman forma de estrella y se unen entre sí dando origen al retículo estrellado. La separación de esta capa prosigue hacia afuera y hacia los márgenes del órgano del esmalte dejando una acumulación temporal de células que constituyen el nudo del esmalte.

Mientras las células periféricas de la papila dental crecen y se diferencian en odontoblastos la condensación ectomesénquimatoso muestra una proliferación celular activa y diferenciación cuando prosigue la invaginación del órgano del esmalte primario. Los odontoblastos que al principio son de forma de estrella se convierten en columnas bajas emigrando su núcleo hacia la base de la célula.

ESTADIO DE CASQUETE

Conforme la yema dentaria continúa proliferándose en el ectomesénquima de manera desigual en sus diferentes partes, da lugar a la formación de la etapa de casquete caracterizada por una invaginación poco marcada en la superficie profunda de la yema. El mesénquima de la parte inferior de la yema se incluye profundamente en el germen dental formando un centro cónico llamada papila dental. La cuál es la causante de la formación de la dentina y la pulpa. El ectomesénquima condensado que limita la pulpa dental y que encapsule el primer arco dentario origina los tejidos de sostén del diente.

Las células que se encuentran en este estadio no tienen ni el mismo tamaño ni la misma forma son tan diferentes que se pueden observar 4 áreas.

- 1.- una capa de células cilíndricas bajas que revisten la papila dental.
- 2.- una capa de células cuboides que forman la cubierta interna del casquete.
- 3.- muchas células polimorfas que forman la protuberancia o centro.
- 4.- varias capas de células poligonales que quedan por encima de las células de revestimiento de la papila dental.

A medida que el casquete se desarrolla se forma una protuberancia temporal llamado nódulo del esmalte o nódulo de Ahearn, debido al aumento de la actividad mitótica normal en la superficie interior. La división rápida de células se acumula sobre el área central formando un rollo llamado cordón del esmalte. En unos cuantos días el casquete se agranda y se transforma en una estructura en forma de campana.

ESTADIO DE CAMPANA.

Con la actividad mitótica continua el casquete se agranda hasta formar un órgano en forma de campana que consta de 4 capas:

- 1.- la capa simple de células adyacentes a la papila dental, denominada capa de células internas del esmalte (preameloblastos) que tienen una rápida diferenciación, constituyendo los ameloblastos (células formadores de esmalte).
- 2.- las células que quedan por encima de éstas, forman la capa conocidas como estrato intermedio.
- 3.- células de forma estelar, fusiformes que forman el órgano del esmalte, constituyendo el retículo estrellado.
- 4.- la superficie externa esta cubierta por células externas del esmalte.

El extremo más profundo del órgano del esmalte, se llama asa cervical la cuál esta formada por dos capas de células internas y externas del esmalte.

Las externas son de forma cuboidal, al principio de la etapa de campana, posteriormente adquieren una forma aplanada.

Las células del retículo estrellado van a ser polimorfas debido al aumento de sustancia mucoide en los espacios intercelulares, el aumento de volumen de esta capa proporciona espacio a la corona que esta a punto de desarrollarse.

Las células del estrato intermedio son de redondas a planas, conforman varias capas de grosor.

Las células internas del esmalte son cilíndricas por diferenciación se volverán progresivamente mas largas. Las células de la cresta del órgano del esmalte son las primeras que se diferencian, posteriormente lo harán las de los lados y las del asa cervical. Queda claro que las primeras células que producen esmalte son las de la cresta, (lo que conforma el borde incisal y las cúspides) y las últimas serán las del asa cervical (constituirán lo que es el cuello del diente). Siendo que las primera tienen un período de formación de esmalte mas largo, el esmalte más grueso estará en el área incisal o en el de las cúspides y las más delgadas en el cuello de los dientes o en la base de las cúspides.

El límite entre el epitelio dental interno y los odontoblastos delinea la consecuente unión amelodentinaria, así como la unión de los epitelios dentarios interno y externo, el margen basal de órgano epitelial en la porción de línea cervical dará origen a la vaina de Hertwing, todo esto durante el estado avanzado de campana.

Dos hechos importantes durante el estadio de campana son:

1.- la lámina dental que une al germen dental al epitelio bucal se rompe formando pequeñas islas de células epiteliales.

Separando de esta forma el diente en desarrollo del epitelio bucal.

2.- el epitelio dental interno se pliega siendo ahora posible reconocer la forma del futuro patrón de la corona dentaria, por lo cuál, las formas aberrantes de la corona son por factores que actúan en este momento.

La dentición permanente o secundaria también se origina en la lámina dental, los gérmenes dentales que originan los incisivos permanentes, caninos y premolares se forman como resultado de la actividad proliferativa ulterior dentro de la lámina dental.

Esta actividad proliferativa aumenta y lleva a la formación de otro casquete epitelial de una respuesta asociada al ectomesénquima del lingual del germen dentario decidido. Cuando los maxilares han crecido, la lámina dental se extiende hacia atrás, por debajo del epitelio de revestimiento de la mucosa bucal dentro del ectomesénquima. Esta extensión posterior de la lámina dental da crecimientos epiteliales sucesivos que junto con la respuesta ectomesénquimatosa asociada forman los gérmenes dentarios 1ero., 2do. y 3er. molar.

Es debido a esta extensión hacia atrás de la lámina dental dentro de la rama de la mandíbula en formación que a veces existen dientes supernumerarios en esta posición de la mandíbula adulta. (Distomolares).

FORMACION DE LA RAIZ.

La raíz del diente está formada por dentina por lo tanto se necesita de células epiteliales para poder diferenciar los odontoblastos que formarán la dentina radicular. Los odontoblastos se forman a medida que las células epiteliales, del epitelio dental interno y externo proliferan desde el borde cervical del órgano dental formando una doble capa de células conocidas como Vaina Epitelial de Hertwing. Dicha vaina se profundiza en el maxilar e induce la formación de odontoblastos. Después de que se ha formado una estrecha vaina de dentina la vaina de Hertwing se desintegra haciéndose posible de ésta manera la cementogénesis. Una vez depositado el cemento, incluye las fibras colágenas del ligamento parodontal, que están formadas por células de esta zona por lo tanto las fibras denominadas de Sharpey quedan ancladas en el cemento calcificado al hueso alveolar.

Algunas de las porciones de la vaina quedan atrapadas en el ligamento parodontal denominados restos celulares o restos epiteliales de Malassez que son la fuente de revestimiento epitelial de los quistes radiculares que se forman como reacción a la inflamación en el espacio parodontal. (9).

ERUPCION DENTARIA.

En cuanto comienza la formación de la raíz el diente comienza a erupcionar, esto es a moverse en dirección axial.

Al erupcionar el diente debe atravesar una cripta ósea y la mucosa de revestimiento de la cavidad oral. A medida que comienza el movimiento eruptivo el esmalte coronario esta cubierto por una capa de ameloblastos y remanentes del órgano dental. El hueso que se haya por encima del diente en erupción se reabsorbe rápidamente y la corona pasa através del tejido conectivo de la mucosa que se desintegran con anterioridad a la erupción. El epitelio reducido del esmalte y el epitelio oral se fusionan y forman una masa sólida de células.

Las células centrales de ésta masa se desintegran formando un canal epitelial através del cuál erupciona la corona del diente.

De esta manera se logra la erupción sin exponer el tejido conectivo de los alrededores y sin hemorragia. (9).

CAPITULO II

DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Los dientes supernumerarios son por definición dientes extra: Más de 20 en la dentición decidua y mas de 32 en la dentición permanente. (4,12).

Se presentan más a menudo en el maxilar superior,(sobre todo en la premaxila), que en la mandíbula y se observa el doble de veces en el hombre que en la mujer. (12).

Los problemas de la estética y la función causada por dobles o triples dientes es relativamente trascendente en la dentición primaria ya que puede retardar o alterar el desarrollo y la erupción de los permanentes sucesores. Los dobles dientes primarios ocurren en un 0.1% a 0.9% en niños blancos y de 1.55% a 3.0% en niños asiáticos. En los dientes permanentes la prevalencia de dobles formaciones es de 0.2% o menos. Los dientes triples primarios es mas raro. (13).

La morfología de los dientes supernumerarios es variable. Pueden imitar la forma de dientes normales o tener una forma atípica con predominio en los dientes haplodónticos parecidos a los dientes de reptiles. Así pues se aplica el término "suplementario" para los dientes eumórficos y "supernumerario" para los dientes heteromórficos. (4,12).

A parte de los dientes supernumerarios, hay dientes dobles o gemelos. Constan de 2 o más partes que muestran una tendencia a independizarse. Estos dientes dobles pueden ocupar el lugar de un diente normal o de dos dientes adyacentes o hallarse juntos con los dientes normales. (12).

Existen varias teorías: unos se desarrollan a partir de la división incompleta de un germen dental único (esquizodontismo) o por la fusión de dos gérmenes adyacentes, regulares o accesorios (sinodontismo); también se sugiere que se desarrollan a partir de un tercer germen dental que surge de la lámina cercana al germen dental permanente. Otros postulan que es el resultado de un crecimiento excesivo pero organizado de la lámina dental, provocado por una multiplicación rápida de las células ectodérmicas de la lámina dental, estos presionan ligeramente el mesenquima subyacente lo cuál origina un pequeño botón que representan el comienzo de un diente deciduo, y como no todos comienzan a desarrollarse al mismo tiempo puede ser en ésta etapa el resultado de un supernumerario. (4,12,14).

En algunos casos parece que hay tendencia hereditaria a desarrollar dientes supernumerarios, siendo un proceso patogénico fundamental, una hiperactividad de la lámina dentaria por lo tanto se presenta en alteraciones congénitas, como por ejemplo, Síndrome de Gardner, Disostosis o Displasia Cleidocraneal, Labio y Paladar Hendido entre otros. (4).

CLASIFICACION Y VARIACIONES.

Los dientes supernumerarios se pueden clasificar de acuerdo a su morfología:

I) Dientes con coronas cónicas que se encuentran habitualmente en la línea media superior, aisladamente o en racimos.

A menudo erupcionan ectopicamente o bien invertidos hacia el piso de la nariz. Los dientes de esta forma se desarrollan de un sólo lóbulo en el período de la odontogénesis. El ejemplo más común es el llamado incisivo lateral en clavija, el que tiene nada más que el lóbulo medio de desarrollo.

II) Dientes de forma y tamaño normal suplementarios a los de la dentición normal o regular.

III) Dientes que muestran variación en el tamaño y forma cúspidea, pueden ser más grandes o más pequeños que los normales, o con la superficie oclusal profundamente picada. Se reconocen por su anatomía, habitualmente se localizan cerca de su lugar que les corresponde en el arco. El incisivo lateral superior microforma es común y muestra diferencia con el de clavija. (15).

Los dientes supernumerarios pueden presentar anomalías de forma radicular o desarrollo.

GEMELACION O GEMINACION.

Subgrupo de la fusión. Este término se utiliza para los dientes que se desarrollan por la unión de dos dientes supernumerarios o por la unión de un diente supernumerario con un diente normal.

Evidentemente, existe con frecuencia una diferencia entre los tamaños de las partes mesiales y distales de éstos dientes gemelos, pero son tan semejantes en tamaño, forma y desarrollo que su origen a partir de elementos tan desiguales como un mesiodens y un incisivo central es imposible. La mayoría de las raíces presentan forma de escudilla. (12).

En el caso de la unión entre dos dientes normales sólo hay fusión pero no formación de gemelos como se observa frecuentemente en los dientes anteriores deciduos mandibulares.

MESIODENS.

Es el diente supernumerario más común, situado entre los incisivos centrales maxilares que se presenta aislado o en pares, erupcionado o impactado y en ocasiones invertido; es un diente pequeño en forma de cono y raíz corta. (4).

La mayoría de los mesiodens poseen coronas con forma de clavija, cono o triángulo y una sola raíz. Solamente algunas veces imitan la forma de incisivos laterales maxilares eumórficos. En general hay uno o, menos frecuentemente, dos mesiodens, pero se ha observado 3 o 4 en el mismo individuo. Se desarrollan con mayor frecuencia en el lado derecho o izquierdo de la papila incisora, menos a menudo entre dos incisivos centrales y muy rara vez labialmente; muchas veces quedan sin hacer erupción. Si la erupción dentro de la nariz es completa reciben el nombre de dientes nasales. (12).

Los mesiodens no suelen tener un precursor decidido ni diente de reemplazo; estos tienen su origen en la lámina dental normal o en láminas accesorias que se desarrollan durante las primeras fases de la formación diente. La lámina dental primaria se divide por un tabique de tejido conjuntivo. Esto induce la separación de gérmenes epiteliales que más tarde pueden convertirse en mesiodens. La herencia juega un papel importante ya que ha sido referida en varias ocasiones una mayor incidencia en varias familias. (12).

Los incisivos centrales maxilares accesorios son más raros que los laterales, especialmente en la dentición permanente. Stafne y Grahnen reportan que los mesiodens son frecuentes en pacientes con labio hendido y paladar hendido. (12).

CASO REPORTADO

John F. Knapp y James I. McMahon reportan:

Paciente femenina blanca de 6 y medio años de edad, siguiendo examen dental. Durante la examinación inicial, es notado que la paciente tenía una deficiente higiene dental, gingivitis moderada y severas lesiones cariosas en fisuras. El incisivo lateral izquierdo superior primario parece más largo que el normal. El incisivo central izquierdo superior aparecen distintos elementos con lesión cariosa por mesial y en la mitad de las porciones. El examen radiológico indicaba que el incisivo central primario tenía tres elementos distintos. Todos los otros dientes primarios estaban presentes. Durante el siguiente año todos los incisivos primarios estaban exfoliados excepto el diente triple. El diente se encuentra en el lugar del incisivo central y lateral derecho permanente. (13).

DENTICION PREDECIDUA

Rara vez los lactantes nacen con estructuras que parecen dientes erupcionados, habitualmente en el área incisal mandibular estas estructuras se deben distinguir de los verdaderos dientes deciduos o los llamados dientes natales, los cuales pueden haber erupcionado durante el nacimiento.

Se han descrito como estructuras epiteliales en forma de cuerno sin raíces, se presentan en la encía sobre la cresta del reborde alveolar. Estos surgen de una yema accesoria de la lámina dental localizada adelante de la yema decidua. (4).

DENTICION POSTPERMANENTE O TERCERA DENTICION.

Se han registrado pocos casos en los que se ha extraído todos los dientes, pero posteriormente ha habido erupción de varios dientes, en particular después de la colocación de una prótesis total. La mayor parte de estos casos son causados por la erupción retardada de dientes retenidos.

Pocos casos representan una tercera dentición permanente, aunque sería mejor clasificarlos como dientes supernumerarios múltiples sin erupcionar ya que se desarrollan a partir de una lámina dental. (4).

SINDROMES ASOCIADOS A LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS.

DISOSTOSIS O DISPLASIA CLEIDOCRANEAL.

Es una enfermedad de etiología desconocida que casi siempre es hereditaria. Aparece como característica mendeliana dominante y transmitida por cualquiera de los dos sexos. Afecta a mujeres y hombres por igual y no tiene predilección por ninguna raza. La inteligencia es normal en la mayoría de los pacientes. Este síndrome presenta hipoplasia o aplasia clavicular, lo cual hace que el cuello parezca largo y los hombros angostos. Malformaciones craneofaciales características y múltiples dientes supernumerarios y retenidos. (12).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las manifestaciones clínicas son tan típicas que se consideran patognomónicas; entre ellas se incluyen, acortamiento de cintura, el cuello parece largo y los hombros notoriamente caídos. La ausencia o completa o parcial de calcificación de la clavícula permite la hiper movilidad de hombros. (12).

La cabeza es larga y braquicéfala, hay abombamiento frontal, parietal y occipital; los huesos faciales y senos paranasales son hipoplásicos por lo que la cara se ve corta y pequeña; la base nasal es ancha y se encuentra deprimida en el puente.

La enfermedad puede afectar todo el esqueleto causar defectos en pelvis y huesos largos y dedos.

La hipoplasia maxilar hace que la mandíbula parezca prognática, el paladar es estrecho y muy delgado. Por lo general los dientes temporales son normales, aunque en ocasiones pueden retardar su erupción y exfoliación; en la región premolar se encuentran, con frecuencia, dientes supernumerarios retenidos.

TRATAMIENTO.

No hay tratamiento específico en la actualidad combina cirugía temprana y ortodoncia. (12,16).

CASOS REPORTADOS.

Pecina y Hrncevic reportaron una paciente femenina de 18 años que presenta resorción retardada de dientes deciduos y la erupción de dientes permanentes. La paciente tenía fijos todos los dientes deciduos con excepción de los incisivos inferiores y el incisivo superior por mesial. La presencia de dientes deciduos, 7 en el maxilar y 4 en la mandíbula son visibles por un examen radiográfico.

El tratamiento seguido es la extracción de todos los dientes deciduos y el uso de una prótesis en ambos maxilares los dientes supernumerarios encontrados son removidos después de la erupción de los dientes permanentes, es realizada con éxito, la conclusión es hecha con el tratamiento de las anomalías dentarias tratadas a tiempo. (17).

Hirotsugu Yamamoto, Toshiro Sakae y John Edward Davies encontraron una mujer japonesa de 26 años, visito la Universidad de Nihon y el departamento del Hospital dental de Matsudo que refería dolor gingival maxilar anterior. Hacía 4 años se le habían extraído 8 piezas dentales y colocado dentaduras completas; sin embargo ella sufrió de ulceración de la mucosa por lo cuál se le detectaron múltiples dientes no erupcionados.

Su examen clínico indicó que presentaba estatura corta 1.39 cm. y una talla y peso se 40 Kgm. El examen radiográfico reveló la existencia de 63 dientes no erupcionados colocados en varias posiciones, vertical, mesioangular, horizontal y distoangular. También se comprobó una hipoplasia maxilar. La radiografía de seno muestra una falta de clavículas asociadas al embudo de la entrada torácica. El diagnóstico final fue Displasia Cleidocraneal. Los dientes fueron extraídos con éxito. (18).

LABIO Y PALADAR HENDIDO.

La hendidura de labio y paladar son alteraciones frecuentes que a menudo producen deficiencias importantes de lengua masticación y deglución.

Por lo general, el labio y paladar hendido se clasifica en 4 tipos:

- 1.- labio hendido
- 2.- paladar hendido
- 3.- labio y paladar hendido unilateral
- 4.- labio y paladar hendido bilateral.

Otras hendiduras de los labios y la boca incluyen depresiones labiales, indentaciones lineales de los labios, hendidura submucosa del paladar, úvula y lengua bifida y numerosas hendiduras faciales.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.

El labio y paladar hendido corresponde al 50% de todos los casos de hendiduras. El labio hendido ocurre por lo general alrededor de la 6 o 7 semana de vida intrauterina y se produce por deficiencia de la unión epitelial entre los procesos nasales medial y lateral.

El paladar hendido se produce alrededor de la 8 semana de desarrollo embrionario por ruptura epitelial, que origina una falta de crecimiento de tejido mesodérmico y falta de fusión de los segmentos del paladar.

La incidencia de anomalías dentarias asociadas con la hendidura de labio y paladar son muy importantes. Se describen anomalías de número, tamaño, morfología, calcificación y erupción dentaria; pueden afectar dientes temporales y permanentes.

Las hendiduras alveolares completas o incompletas suelen asociarse con dientes supernumerarios. (12).

TRATAMIENTO.

El pronóstico depende de la gravedad del defecto, los problemas estéticos y la deficiencia de audición y lenguaje suelen provocar alteraciones del desarrollo, por todo esto se establece un tratamiento multidisciplinario.

SINDROME DE GADNER.

Es una enfermedad compleja caracterizada por múltiples dientes supernumerarios impactados, al igual que poliposis múltiple de colon, osteomas en huesos largos, cráneo y maxilares, quistes sebáceos o epidermoides múltiples de la piel, particularmente en el pericráneo y en la espalda.

Esta enfermedad se debe a un gen pleotrópico individual y tiene un patrón hereditario autosómico dominante. (4,19).

CAPITULO III

DISTOMOLARES Y PARAMOLARES.

Los dientes supernumerarios de la región molar se denominan "paramolares," si son bucales en relación con los molares regulares y distomolares, retromolares; cuartos, quintos y sextos molares sin son distales en relación con los terceros molares. Además, hay dientes en posición lingual, interdental e interradicular que son mucho más raro que los tipos mencionados. (12).

El término paramolar lo introdujo Bolk, quien estudió más de 35.000 cráneos y encontró éstos dientes exclusivamente en los espacios intersticiales entre el primero y el segundo molar o entre el segundo y el tercero. Concluyó que los tubérculos accesorios y los paramolares son homólogos. (12).

Bolk estableció que eran el resultado de una hiperactividad de la lámina dentaria o bien intervienen factores hereditarios.

Los " distomolares" o retromolares son cuartos molares, que lo mismo que los paramolares ocurren en mayor frecuencia en el maxilar superior. La forma y tamaño son bastante variables, pueden presentar formas cónicas, y son de menor tamaño en el maxilar que en la mandíbula,(4). la mayoría de éstos se encuentran impactados en el tercer molar, es raro encontrarlos en los cuatro cuadrantes en un mismo paciente. A veces se encuentran dos distomolares en el maxilar superior a menudo en posición bucal o lingual. Los distomolares tienen su origen en un crecimiento distal continuo de la lámina dental con yemas adicionales en sus extremos. O bien por la división del tercer molar e incluso en el segundo molar y dar lugar a dos dientes separados. La formación de gemelos es posible cuando la formación de molares tercero y cuarto ocurre al mismo tiempo.

ETIOLOGIA.

La literatura contemporánea, concierne la etiología, frecuencia y clasificación de dientes supernumerarios específicamente molares.

En los estudios de la frecuencia de los dientes supernumerarios en un rango de 0.3% para 3.8% con una variada población.

Los dientes supernumerarios aparecen más frecuentemente en la dentición permanente que en la dentición primaria y es más común encontrarlo en hombres que en mujeres.

La etiología de los dientes supernumerarios no está completamente clara y por lo cuál existen varias teorías para explicar éste fenómeno.

ATAVISMO O REVERSION.

El atavismo es el regreso a la condición ancestral posterior o el tipo. Esta teoría del molar supernumerario quizás es el atavismo o el regreso de molares extras en la dentición primaria. (20).

Algunos autores han explicado la presencia de distomolares en base a un atavismo, ya que el hombre en un tiempo tuvo 44 dientes y ha perdido 12 en el proceso de evolución (21), sin embargo algunos investigadores rechazan el atavismo como causa general de hiperodontismo debido a que existen caninos supernumerarios.

HERENCIA.

De acuerdo a las teorías basadas en la herencia de dientes supernumerarios resulta de genes mutantes. Esta es supervisada por la observación de una gran frecuencia de dientes supernumerarios en pacientes con anomalías como Disostosis Cleidocraneal, Labio y Paladar hendido, Enfermedad de Fabrys y Síndrome de Gardner.

La posibilidad de una herencia autosómica dominante con la necesidad de penetración y sólo está propuesta, la presencia de dientes supernumerarios bilaterales que está controlada por genes mutantes. La gran frecuencia de dientes supernumerarios en hombres y mujeres indican la posibilidad de una herencia por sexo. (20).

ABERRACIONES DURANTE LA FORMACION EMBRIOLOGICA.

Las teorías de los dientes supernumerarios resulta desde las aberraciones de la formación embriológica.

1.- Teoría de los remanentes epiteliales

2.- Teoría del germen del diente supernumerario: un germen supernumerario deriva de un remanente del órgano del esmalte ya que solo tienen capacidad proliferativa. (20).

3.- Teoría de la duplicación por dicotomía de los gérmenes del diente: el resultado del diente es un supernumerario con o sin similitud al diente del cuál se origina, comúnmente el distomolar está mal formado y es cónico.

ZONA PROGRESIVA

La teoría de la zona progresiva, complementada por un modelo, sugiere que los dientes supernumerarios resulta desde la zona progresiva de la lámina dental de toda la clase de los dientes. Esta teoría acontece el desarrollo de molares supernumerarios (20).

DIAGNOSTICO

Los dientes supernumerarios pueden estar erupcionados o impactados. Si se encuentran impactados sólo se pueden revelar por un exámen radiológico.

El diagnóstico radiográfico incluye ortopantomografías, radio grafía periapicales, oclusales u oblicuas laterales. Un completo reconocimiento radiográfico en toda la cavidad oral es necesaria para revelar la existencia de todos los dientes supernumerarios impactados.

CASOS REPORTADOS

El primer caso reportado de dientes supernumerarios es atribuido a Pliny. (20). Stafne (22) informa la presencia de paramolares en 200 pacientes con dientes supernumerarios, el 90% de éstos casos son de etiología genética. Sedano y Gorlin (22) mencionan la posibilidad de un gen autosómico dominante. Al realizar otro estudio encontró que 199 (39.8%) de 500 dientes supernumerarios están en molares, 10 (2%) están en cuartos molares mandibulares 189 (37.8%) está en molares supernumerarios maxilares, 13 (26.2%) están en cuartos molares maxilares y 58 (11.6%) paramolares. (19).

Wiel encontró 100 Italianos de ambos sexos de 24 a 45 años de edad un 6% de cuartos molares, 5 son ejemplos unilaterales uno con un ejemplo bilateral superior. En la población Japonesa, (20) en la cuál se encontraron 520 dientes supernumerarios, 76 (14.6%) están localizados en la región molar y sólo 5 (0.9%) están encontrados en la mandíbula.

Otra teoría (20). hace mención que los dientes supernumerarios ocurren con mayor frecuencia en el maxilar (79.7%) sobre los impactados (88.7%) y algunos encontrados bilateralmente (23.9%). En comparación con éstos sugiere que la incidencia de dientes supernumerarios es más alta que en blancos que en Japoneses. La incidencia es más alta en hombres (aproximadamente 3 a 1) conforme a los datos de la población Japonesa.

Entre los paciente atendidos en la clínica de diagnóstico de la Universidad de Atenas (20). ocho casos de molares supernumerarios han sido encontrados por Gragimanis y Piankibes de los que hicieron mención.

- Paciente masculino de 20 años de edad. El cuál presentó un distomolar impactado de lado derecho de la mandíbula.
- Paciente femenino de 23 años de edad. La cuál presentó un paramolar entre el segundo y el tercer molar superior.
- Paciente masculino de 17 años de edad. Se localizó el germen de un distomolar del lado derecho del maxilar.

Krakolewska-M:aczyńska (23) observó 8 paciente con molares supernumerarios (12 en total) en conformidad con la clasificación de Bolk, los autores encontraron 7 dientes distomolares y 5 paramolares.

S. Appiah-Anane (24) reportó una mujer de 25 años de edad caucásica la cuál es referida para cirugía del tercer molar erupcionado. El exámen radiográfico revela la presencia de un cuarto y quinto molar los cuales son extraídos quirúrgicamente.

Mientras que Renjie Chen y Jia-Fure Yang reportaron una mujer de 21 años de edad referida al departamento de cirugía oral y maxilofacial en donde se encontró la fusión del tercer y cuarto molar. (25).

TRATAMIENTO

El diagnóstico temprano, una evaluación adecuada y un apropiado tratamiento de dientes supernumerarios es esencial.

Existen dos formas de tratamiento:

- 1.- Realizar la extracción quirúrgica de la pieza dental.
- 2.- En casos selectos mantener el diente en el arco realizando revisiones periódicas.

La temprana remoción del diente supernumerario es recomendada cuando está causando molestias, para fines ortodónticos, o cuando se presenta algún tipo de maloclusión.

CONSECUENCIAS

Las consecuencias provocadas por los dientes supernumerarios anteriores tienden a ser más serias que las causadas por los dientes supernumerarios posteriores, entre las cuales encontramos:

- Retardan o impiden la erupción de los dientes.
- Provocan malposiciones de diferentes tipos.
- Pueden provocar el desalajo de dientes adyacentes.
- Pueden producir lesiones quísticas, pericoronitis, inflamación gingival, abscesos parodontales, odontomas, ameloblastomas, adicionalmente pueden causar absorción de la raíz de dientes permanentes o la absorción de raíces propias cuando están erupcionando los dientes permanentes.

CAPITULO IV

Para la investigación radiográfica de distomolares y paramolares se observaron un total de 3,282 radiografías. Los pacientes oscilaban entre 17 a 34 años de edad entre hombres y mujeres.

Los casos encontrados de distomolares fueron un total de cinco, cuatro casos fueron reportados en el área de Cirugía de Maxilofacial y uno en el área de Ortodoncia de dicha facultad.

CASOS CLINICOS

CASO I

NOMBRE: G. A. L. C.
SEXO: MASCULINO
EDAD: 17 AÑOS
OCUPACION: ESTUDIANTE
ESTADO CIVIL: SOLTERO
HISTORIA FAMILIAR: NO REFIERE DATOS PATOLOGICOS
HISTORIA PATOLOGICA: VARICELA A LOS 5 AÑOS

HISTORIA DENTAL: BUENA HIGIENE, PRESENTABA 7 OBTURACIONES.
EXAMEN RADIOGRAFICO: PRESENCIA DE UN MOLAR SUPERNUMERARIO
IZQUIERDO SUPERIOR Y TRES DIENTES EN LA
MANDIBULA DEL LADO DERECHO.
DIAGNOSTICO: CUARTO MOLAR
TRATAMIENTO: CIRUGIA DEL CUARTO MOLAR Y DE DIENTES
SUPERNUMERARIOS.

CASO II

NOMBRE: A. M. C.
SEXO: FEMENINO.
EDAD: 31 AÑOS
OCUPACION: AMA DE CASA
ESTADO CIVIL: CASADA
HISTORIA FAMILIAR: NO REFIERE DATOS PATOLOGICOS
HISTORIA PATOLOGICA: NO REFIERE DATOS
HISTORIA DENTAL: LIGERA GINGIVITIS Y CARIES
EXAMEN RADIOGRAFICO: 2 CUARTOS MOLARES SUPERNUMERARIOS
SUPERIORES IZQUIERDO Y DERECHO
DIAGNOSTICO: CUARTOS MOLARES SUPERNUMERARIOS SUPERIORES
TRATAMIENTO: QUIRURGICO

CASO III

NOMBRE: M. F. S.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 17 AÑOS

OCUPACION: ESTUDIANTE

HISTORIA FAMILIAR: MADRE DIABETICA Y PADRE APARENTEMENTE SANO

HISTORIA PATOLOGICA: HEPATITIS A LOS 10 AÑOS

HISTORIA DENTAL: CARIES CON UNA LIGERA GINGIVITIS

EXAMEN RADIOGRAFICO: SE OBSERVA LA PRESENCIA DE UN CUARTO
MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO

DIAGNOSTICO: DISTOMOLAR

TRATAMIENTO: CIRUGIA DEL TERCERO Y CUARTO MOLAR

CASO IV

NOMBRE: G. S.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 20 AÑOS

OCUPACION: ESTUDIANTE

ESTADO CIVIL: SOLTERA

HISTORIA FAMILIAR: FAMILIA APARENTEMENTE SANA

HISTORIA PATOLOGICA: PRESENTA ALERGIA A LA PENICILINA

HISTORIA DENTAL: PRESENTA DOS OBTURACIONES

EXAMEN RADIOGRAFICO: SE OBSERVAN DOS CUARTOS MOLARES
SUPERIORES IZQUIERDO Y DERECHO

DIAGNOSTICO: DISTOMOLARES

TRATAMIENTO: CIRUGIA DE TERCEROS Y CUARTOS MOLARES

CASO V

NOMBRE: F. C. G.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 18 AÑOS

OCUPACION: ESTUDIANTE

ESTADO CIVIL: SOLTERO

HISTORIA FAMILIAR: FAMILIA APARENTEMENTE SANA

HISTORIA DENTAL: GINGIVITIS Y CARIES PRESENTA 4 DIENTES OBTURADOS

EXAMEN RADIOGRAFICO: SE OBSERVAN 2 CUARTOS MOLARES INFERIORES
IZQUIERDO Y DERECHO

DIAGNOSTICO: PRESENCIA DE DISTOMOLARES INFERIORES IZQUIERDO
Y DERECHO

TRATAMIENTO: QUIRURGICO

RESULTADOS

Conforme a los datos encontrados se observa una mayor incidencia de distomolares en pacientes femeninos en el área maxilar. Los dientes supernumerarios ocurren con mayor frecuencia en el maxilar (79.7%). No fue encontrado ningún caso de paramolares.

En los estudios de la frecuencia de los dientes supernumerarios en un rango de 0.3% para 3.8% con una variada población. En comparación con éstos sugiere que la incidencia de dientes supernumerarios es más alta en blancos que en japoneses. La incidencia es más alta en hombres aproximadamente 3 a 1 conforme a los datos de la población Japonesa. Esto indica la posibilidad de una herencia por sexo.

Una vez mas en conformidad con la clasificación de Bolk fueron encontrados 6 distomolares superiores y 2 distomolares inferiores.

CAPITULO V

DISCUSION

Como se ha podido observar la presencia de paramolares y distomolares es un tema de mucha controversia, comenzando desde su etiología ya que existen varias teorías.

Algunos autores opinan que los distomolares y paramolares son originados por remanentes del órgano del esmalte ya que éste tiene capacidad proliferativa. Algunos otros apoyan a la teoría por dicotomía del germen del diente, dando como resultado un diente supernumerario. De acuerdo a las teorías basadas en la herencia los determinan como resultado de genes mutantes de aquí radica su relación con pacientes que presenta diferentes síndromes.

La importancia del diagnóstico de los cuartos y quintos molares, así como de los supernumerarios en general es el de evitar cualquier tipo de alteración que pueden ir desde lo particular, como sería una simple inflamación de los tejidos adyacentes, hasta complicaciones de mayor riesgo como sería el caso de quistes dentígeros, odontomas y ameloblastomas.

Por lo tanto su diagnóstico precoz se haría por medio de la toma de radiografías de las regiones retromolares de ambos maxilares.

Algunos casos pueden ser sintomáticos por lo que facilitan su diagnóstico, asimismo el tratamiento se determinará de acuerdo a las características que presentan. Cuando refieren dolor algunos autores sugieren un tratamiento quirúrgico. En caso de no presentar alguna sintomatología es sugerido conservar la pieza dental efectuando evaluaciones radiográficas periódicas.

CAPITULO VI

CONCLUSION

De acuerdo al análisis efectuado podemos concluir que los diferentes autores no han podido aun en día dar una teoría definitiva sobre la etiología de los distomolares y paramolares.

Aunque algunos autores coincidan en que estas anomalías son el resultado de un tipo de regresión.

Es importante que dentro de nuestra historia clínica no dejemos pasar por alto el estudio radiográfico, el cual requiere ser completo (ortopantomografía) no sólo para el diagnóstico de distomolares si no para el manejo adecuado del paciente.

En la investigación realizada en el área de Ortodoncia y Cirugía Maxilofacial de la unidad de Posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México se estableció que en una población de 3,282 pacientes el 0.15% presentó este tipo de anomalía. Observándose mayor incidencia en el área maxilar y en pacientes femeninos.

GLOSARIO

AMELOBLASTOS: Células formadoras de esmalte.

APLASIA: Falta congénita de un tejido o parte corporal, su total ausencia por malformación embrionaria.

ATÍPICA: Desviación de la forma normal-tipo-de desarrollo y de estructura.

BRAQUICEFALICA: Se denomina así el cráneo corto en sentido anteroposterior.

DISTOMOLARES: Son cuartos molares o distales al tercer molar.

ECTÓPICA: Fuera de su sitio normal.

ESTOMÓDEO: Boca primitiva.

EUMÓRFICO: Forma normal de una célula.

EXFOLIADOS: Desprendimiento de una parte u órgano.

EZQUISODONTISMO: Es la división incompleta de un germen dental.

FENOTÍPICOS: Tipo constitucional vital o sea, el conjunto de caracteres hereditarios.

GENOTÍPICOS: Es el conjunto de caracteres hereditarios que unidos a los caracteres adquiridos determinan el fenotipo o biotipo.

HAPLODONTICOS: Dientes de mamíferos que poseen coronas planas.

HIPOPLASIA: Es el desarrollo deficiente por un órgano o tejido por disminución del número de células.

MITOSIS: (CARIOQUINESIS) Proceso de reproducción celular.

MORFOLOGIA: Estudio de la forma.

ODONTOBLASTOS: Células formadoras de dentina.

ODONTOGENESIS: Proceso de desarrollo de los dientes.

OSTEOMA: Tumor benigno constituido por tejido óseo o esponjoso

PARAMOLARES: Piezas dentales que se encuentra hacia bucal de los molares.

PATOGNOMONICO: Signo y síntoma que caracteriza a una enfermedad y que por sí solo basta para formar un diagnóstico.

PLEITOPICO: Cualidad de un gen para manifestarse en muy diversas formas.

POLIPOSIS: Invasión de numerosos pólipos en alguna zona de la mucosa nasal, vesicular, gástrica, uterina, etc...

PROGNATICO: Proyección anormal hacia delante de uno o ambos maxilares.

SINODONTISMO: Es la fusión de dos gérmenes adyacentes, regulares o accesorios.

SUPERNUMERARIO: Que exceda del número normal; accesorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BERKOVITZ B. K. B. Holland G. R., Moxham B.J. Anatomía Oral. 1978. Book Medical Publishers, p.p. 248

- 2) ALBERTINI H., SERRATRICE C. Tooth Microwear and Dietary Pat terns in early hominids from lactoli, hadar and olduvai. *Journal of human evolution* 1983,12, p.p. 721,729.

- 3) CORRO L. J. Estudios de la dentición antigua y moderna. Información científica y tecnológica vol. 6 (99) p.p. 34,36

- 4) SHAFER WILLIAM G., HINE M.K., LEVY B.M. Tratado de patología bucal. Editorial Interamericana 1981.

- 5) LANGMAN JAN DR. Embriología Médica. Quinta Edición p.p. 21,29

- 6) PROVENZA VINCENT. Histología y Embriología odontológica. Editorial Interamericana p.p. 63,71

- 7) MORE KEITH L. Elementos de embriología humana. Editorial Interamericana 1991.

ESTA TESTS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 8) HIB JOSE. Embriología Médica. Editorial Interamericana. Quinta Edición 1992.
- 9) TEN CATE. Desarrollo y función oral. Segunda Edición 1989. Editorial Panamericana p.p. 33,35
- 10) WALTER L. DAVIES. Histología y Embriología bucal. Editorial Interamericana. Segunda Edición
- 11) COHEN B. ANDRAME I.R.H. Fundamentos científicos de odontología. Editorial Salvat 1981
- 12) THOMA KURT HERMAN. Patología Oral. Barcelona España. Primera Edición. 1983. Segunda reimpresión.
- 13) KNAPP JONH F. D.D.S., JAMES I. MCMAHON D.D.S. Treatment of triple tooth. Clinical reports.
- 14) CARRANZA Y VAZQUEZ JORGE. Premolares supernumerarios. Radio diagnostico PO. Vol. 9 No. 8 p.p. 52,53
- 15) MOYER. Manual de Ortodoncia. Editorial Panamericana. Cuarta Edición 1992

16) SEDANO

17) PECINA-HRNCEVIC A, GALIC M. Disostosis Cleidocranealis- case report. Acta-Stomatol-croat, 1991 23 (3) p.p. 187,91

18) HIROTSUGU YAMAMOTO, TOSHIRO SAKAE. EDWARD DAVIES JONH.

Cleidocraneal dysplasia: a light microscope electron microscope. and crystallographic study.

Departments of oral pathology and Anatomy of Nihon University School. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 1989;68:195,200

19) REGEZI, JOSEPH A. Patología bucal. Editorial Interamericana. Primera Edición.

20) GRIMANIS G.A., KYRIAKIDES; SPYROPOULOS N.D. A survey on supernumerary molars. Quintessence International. Vol. 22. Number 12. 1991.

21) SUGIMURA M; TSUJI Y; YAMAGICHI; YOSHIDA Y.; TANIOKA H.; KAWAKATSU K. Mandibular distomolars. Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology 1975. Vol. 40 (3): p.p 341,345.

22) NAZIF M.M.; RUFFALO RICHARD C.; ZULLO THOMAS. Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. JADA, Vol. 106 February 1983 p.p. 201,203.

23) S. APPIAH ANANE. Maxillary 4th. and 5th Molars.

24) K:AKOLEWSKA-M:ACZY:NSKA J. Paramolar and Distomolar teeth. Journal.
Czasopismo Stomatologiczne 43 (4); 232-7, April 1990.

25) REN-JYE CHEN; JIA-FURE YANG. School of Dentistry. Kaohsiung Medical College.
Kaohsiung, Taiwan, Republic of China. Fusion of a third molar with an invaginated
supernumerary molar. Oral surg. Oral Med, Oral Pathol. October 1990.