



Universidad Nacional Autónoma de México

45

ZED

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIENTES SUPERNUMERARIOS
IMPORTANCIA EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I N A

QUE PRESENTA:

GERMAN CABRERA DIAZ

Para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

Dirigió y Supervisó:

C.D. RENE CERON CANDELARIA

MEXICO, D.F.
1986



FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO Y FACULTAD
DE ODONTOLOGIA**

**POR ABRIRME LAS PUERTAS AL CONOCIMIENTO, Y DARME
LA OPORTUNIDAD DE APRENDER.**

**A DIOS, A MIS PADRES
A DIOS POR DARME VIDA HASTA EL MOMENTO
Y OFRECERME EL PORVENIR QUE ME FORJE,
A MIS PADRES PUES SIN ELLOS Y SUS
CUIDADOS, SIMPLEMENTE
NO ESTARÍA AQUÍ.**

**A TÍ MAMÁ Y MI QUIERIDA HERMANA
POR QUE ESTO ES EL RESULTADO TAMBIÉN
DE SU ESFUERZO, COOPERACIÓN Y
LLAMADAS DE ATENCIÓN BIEN FUNDADOS,
CON TODO MI CORAZON GRACIAS.**

**A MIS HERMANOS
JUNTOS VIVIMOS MOMENTOS
INOLVIDABLES Y ÚNICOS,
GRACIAS POR VIVIRLOS CONMIGO**

**A MI GRAN AMIGO
RENATO MI RESPETO Y AGRADECIMIENTO
POR QUE LOS VERDADEROS AMIGOS
SE CUENTAN CON LOS DEDOS**

**A MI ESPOSA MIREYITA
POR QUE CON ESTA TESINA JUNTOS
COMENZAMOS UNA NUEVA VIDA.**

INDICE

Introducción

Capítulo I

1. Etiología	
1.1 Teoría del atavismo	7
1.2 Teoría de la dicotomía	7
1.3 Teoría de la Hiperactividad de la Lámina Dental	8
1.4 Teoría de Remanentes de la Lámina Dental	9
1.5 Factores hereditarios	9

Capítulo II

2. Clasificación	
2.1 Por su etapa de desarrollo	11
2.2 Por su morfología	13
2.3 Por su localización.	17

Capítulo III

3. Síndromes Asociados	
3.1 Disostosis Cleidocraneal.	23
3.2 Síndrome de Gardner	24
3.3 Labio y paladar hendido.	25
3.4 Síndromes menos frecuentes	37

Capítulo IV

4. Medios de diagnóstico	
4.1 Diagnóstico clínico.	30
4.2 Diagnóstico radiográfico	32
4.3 Diagnóstico diferencial	35

Capítulo V

5. Tratamiento	
5.1 ¿Cuándo extraer ?.	37
5.2 Complicaciones de la remoción quirúrgica	44

Capítulo VI

5. Conclusiones	51
Bibliografía.	53

Introducción

Anomalías de la dentición en desarrollo.

Varios defectos dentarios se relacionan con anomalías en su desarrollo, que se precipitan por factores hereditarios, sistémicos, traumáticos o locales, etc.; hay numerosos sistemas para clasificar las anomalías dentarias. Podemos mencionar algunas como son:

Anomalías de : tamaño (*Microdoncia* y *macrodoncia*, *Fusión*, *Geminación*, *Concrescencia*), forma (*Dens evaginatus*, *Dens in dente*, *Dientes taurodónticos*, *Dilaceración*), estructura (*Esmalte: Amelogénesis imperfecta*, *Hipoplasia ambiental del esmalte*, *Hipoplasia localizada del esmalte*, *Dentinogénesis imperfecta*, *Displasia dentinaria*, *Odontodisplasia*), *Cemento*, de color, de Número (*Hiperdoncia (dientes supernumerarios)* e *Hipodoncia*.

• Dientes Supernumerarios

Una de las anomalías dentarias más frecuentes que se encuentran en la dentición son los dientes supernumerarios. Estos dientes pueden ser únicos o múltiples. (16,39,29)

Se han utilizado diversos nombres como: suplementarios, extras, tercera dentición, hiperplasia, hiperdoncia, conoidales, dentición aberrante, denticulos, paramolares, distomolares, mesiodens y superdentición entre otros. (39)

Ruspini (1750), define a los supernumerarios como todos los dientes que excedan de 20 en la dentición primaria y de 32 en la dentición permanente. (39)

Desde que el desarrollo de la oclusión de la dentición permanente está fuertemente influenciado por dentición primaria, el reconocimiento temprano de las anomalías dentales congénitas durante la dentición primaria y mixta, pueden permitir realizar un plan de tratamiento a largo plazo, con un mejor pronóstico y, en algunos casos, minimizar la necesidad de intervenciones extensas. (17)

En la práctica odontológica, la manera de detectarlos es por medio de una revisión clínica y radiográfica rutinaria de los pacientes para una evaluación dental completa. Para poder resolver de una mejor forma los problemas ocasionados por los dientes supernumerarios, el odontólogo debe estar totalmente familiarizado con las características de éstos. (10)

Ocurren con mayor frecuencia en la región anterior y son menos comunes en la dentición primaria que en la permanente, ya que los dientes supernumerarios se desarrollan tarde. (39,27,6,16)

En la dentición mixta o permanente el tipo más común de supernumerario es el de la línea media maxilar, denominado mesiodens. Se pueden hallar en cualquier sitio de la boca, pero más comúnmente en la línea media maxilar, seguida por los incisivos laterales, la región de premolares y cuartos molares mandibulares, así como paramolares. (16,25,22,39,40,36) (Fig. 5) y (Fig.11)

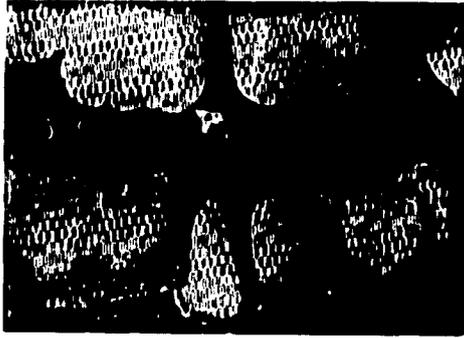


Fig. 5

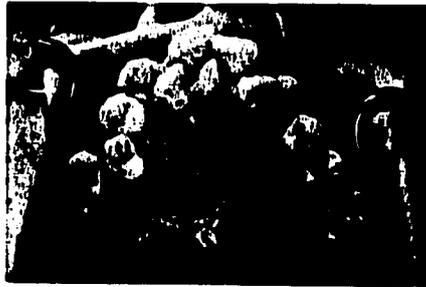


Fig. 11

Los dientes supernumerarios pueden ser únicos o múltiples, unilaterales o bilaterales y se pueden encontrar en cualquier arcada, sus coronas pueden estar dirigidas hacia la cavidad oral o invertidas. (17)

El presente trabajo tiene como interés principal crear en el cirujano dentista la importancia que tienen los dientes supernumerarios en odontopediatría, mencionando todas las etapas por las que se debe pasar como lo son la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y lo que tal vez sea lo más importante no solo para nosotros sino para la futura salud estomatognática de el paciente; cuando o en que momento podemos extraer un diente supernumerario y no un diente temporal o permanente, así como dientes natales o neonatales, pensando en la posibilidad de que sea un diente supernumerario.

Capítulo I

ETIOLOGIA

1. Etiología

Muchos autores han propuesto numerosas etiologías en diferentes artículos, todas ellas, hipótesis acerca del fenómeno de los supernumerarios como:

- Teoría del Atavismo
- Teoría de la Dicotomía
- Teoría de hiperactividad localizada de la Lámina Dental
- Teoría de Remanentes de la Lámina Dental
- Factores Hereditarios

1.1 Teoría del Atavismo:

Originalmente se propuso que la hiperdoncia era el resultado de una reversión filogenética hacia los primates, ya que el hombre en algún tiempo contaba con 44 dientes, perdiendo el 12 en proceso evolutivo. Los mesiodens y distomolares se han definido como una tendencia de atavismo o reversión hacia lo que se cree era el número original de la fórmula dental. (5,3,8,29,14,24,36,37,4,9)

Los autores que aceptan la teoría, están de acuerdo que el cuarto molar y los premolares supernumerarios se pueden considerar como productos de un atavismo, pero los dientes en forma cónica, no se pueden tomar como resultado de una reversión. (24,35)

1.2 Teoría de la Dicotomía

Esta teoría propone que la hiperdoncia es creada por la división del botón o germen dental, también conocida como gemelación. La completa e igual división de un

germen dental nos da como resultado un diente normal y un diente supernumerario igual al original; a este diente se le denomina suplementario. (36,14,24,37,5,4)

Como los supernumerarios ocurren más frecuentemente en la dentición permanente y en la región anterior de la maxila, podría ser posible que en un paciente con una historia de trauma en esta región durante el período de crecimiento, el germen dental se dividiera dando lugar a un diente supernumerario. (13)

Al intento de división del germen, que nos da como resultado una división incompleta y un diente menor en tamaño, se le llama geminación. El Dr. Levitas propone que la geminación representa un intento de división del germen dental, resultando en una única corona bífida y probablemente un solo canal radicular. Es importante reconocer éstas diferencias para no confundir un diente supernumerario con una geminación. (39,17,24)

1.3 Teoría de la Hiperactividad de la Lámina Dental

La lámina que forma el folículo primario viene de los cordones epiteliales que darán lugar a los gérmenes de la primera y segunda dentición. En el caso de los supernumerarios, se forma un folículo intermedio antes de la formación del folículo permanente. (29,17,14,25,24,37,5)

El estado de diferenciación del germen extra, determina si se formará un quiste, un odontoma o un diente supernumerario (16)

1.4 Teoría de Remanentes de la Lámina Dental

Los remanentes de la lámina dental pueden tener más de una proliferación, que si es capaz de penetrar en algún lugar o región en donde se les permita su desarrollo, se formará un órgano del esmalte nuevo dando como resultado un supernumerario. (39,36,29,18,10)

Los remanentes de las células epiteliales de la lámina dental forman agregados los cuales reciben el nombre de glándulas de Serres. Estas glándulas tienen el potencial de formar dientes supernumerarios, odontomas o quistes. (21)

Mientras que la hiperactividad de la lámina dental nos da como resultado un diente suplementario, los remanentes de la lámina nos dan como resultado la formación de un diente rudimentario. (24)

1.5 Factores Hereditarios

Los dientes supernumerarios tienen una gran predisposición hereditaria, ya que se ha observado que siguen un patrón familiar. Un supernumerario, puede encontrarse en la misma área dental entre la mayoría de los miembros de una familia en dos generaciones consecutivas. (40,29,24,7,17,5,39) ●

De historias familiares existentes, en algunos casos, la vía genética es la de un gen autosómico dominante de penetrancia incompleta y expresividad variable. Los dientes supernumerarios pueden ser encontrados en asociación con otras enfermedades genéticamente determinadas. (40,15)

● Primosh Robert "Anterior supernumerary teeth assesment and surgical intervention in children" The American Academy of Pediatrics, Pediatric Dentistry, 1981, Vol.3, No. 2, pp.204-215

Capítulo II

CLASIFICACION

2. Clasificación

De acuerdo al tiempo, morfología y localización podemos clasificar a los dientes supernumerarios:

2.1 Por su etapa de desarrollo

- Dientes temporales:

Hay varios tipos de supernumerarios temporales, estos se desarrollan al mismo tiempo que los dientes deciduos normales y la mayoría asemejan la forma de los dientes primarios. (25)

Los dientes supernumerarios que con mayor frecuencia se encuentran, son los incisivos laterales superiores, los cuales son semejantes en su anatomía a los dientes temporales normales por lo cual reciben el nombre de suplementarios. (14,18)

Algunos autores sugieren que al haber un diente supernumerario en la dentición primaria, se encontrará igualmente, un diente supernumerario en la dentición permanente. (6)

a) Dientes natales (fetales, congénitos o de dentición precoz)

Los dientes natales, se caracterizan por estar presentes en la cavidad oral al nacer, su forma es semejante a la de los dientes normales, pero generalmente son más pequeños, no tienen una forma radicular normal por lo que presentan mucha movilidad. La mayor parte de las veces son incisivos mandibulares. Se han reportado casos de ambos incisivos centrales o los 4 incisivos mandibulares erupcionados al momento de nacer. Horton reportó un caso con 6 dientes natales en el maxilar. Se han reportado dientes natales en el área molar de la mandíbula. (1,25)

La incidencia reportada por Gardner, es de 1 en 2000 nacimientos, mientras que Ballantyne encuentra 1 en 6000 nacimientos. Los casos reportados muestran una predilección por el sexo femenino. (1,15)

Se forman cuando la lámina dental presenta formaciones epiteliales a manera de lámina accesoria en su parte alta ocupando un sitio superficial en relación con el borde gingival, puede sufrir dentificación y construir una pieza con dentina pobre la cual está mal desarrollada y dura pocos días. (25)

Las investigaciones histológicas de los dientes han sido detalladas por Boyd y Miles. Encuentran que el esmalte de los dientes natales es hipoplásico con áreas interglobulares grandes en la dentina. La distribución de los túbulos dentinarios es irregular y hay incursiones celulares en la dentina del área cervical. Se pierde la zona de Weil y la zona rica en células. Se encontró la presencia de estructura parecida a osteodentina. Estos dientes no se encuentran en la cripta ósea, sino sobre la superficie del hueso alveolar. (1)

b) Dientes neonatales

Los dientes neonatales son los que erupcionan durante el período entre el nacimiento y los 30 primeros días de vida. (1,30)

El tratamiento para estos dos tipos de entidades es observarlos y palparlos. Si poseen movilidad que pueda ocasionar que el niño los pueda aspirar, es preferible extraerlos. Otras indicaciones para extraer serían: si la madre es lastimada al momento de amamantar, si estos dientes provocan el retraso de la erupción de los dientes temporales o cuando el borde incisivo agudo del diente hiere la superficie de la lengua provocando ulceraciones; también se pueden modelar o cubrir los bordes cortantes del diente para proteger los tejidos blandos cuando el niño mama. (30,13,15)

Aproximadamente el 10% de los dientes natales y neonatales, son supernumerarios, mientras que el 90% son dientes deciduos. Del total de los dientes natales y neonatales, se considera que el 8 % son dientes temporales inferiores y un 5% superiores. (30,15)

Los dientes natales, aparecen con mayor frecuencia en un rango de 3:1 con respecto a los neonatales. (15)

- Dientes permanentes:

La presencia de dientes supernumerarios es más frecuente en la dentición permanente que en la primaria. Estos dientes pueden provenir del germen de un diente permanente o de la prolongación de la lámina dental de un diente deciduo. (21,14,25,24,37,5,18,4)

2.2 Por su morfología

El método más sencillo para clasificar su morfología es en:

a) Suplementarios

Son los dientes supernumerarios con morfología normal o semejante a la de los dientes normales. Se les conoce como dientes eumórficos. Se encuentran inmediatamente adyacentes al diente similar permanente o primario. (39,10,42)

Se cree que son resultado de una división del germen dental que produce dos dientes en vez de uno. (39) ^o

^o Weber Faustin, "Supernumerary Teeth" Dental Clinics of North America, 1964 pp.509-517

Los más frecuentes son los incisivos laterales superiores y el sitio más común de ocurrencia es distal al incisivo lateral (39,21,24)

b) Rudimentario

Se caracterizan por tener una forma anormal y se pueden definir como dientes dismórficos. Los dientes rudimentarios pueden tener diferentes formas y encontrarlos geminados, fusionados, cónicos, tuberculados, odontomas, con forma de molar o de clavija. (10,42)

- Cónicos

Los dientes cónicos son los más comunes y se pueden encontrar en cualquier parte de los maxilares: pero el lugar en el que con mayor frecuencia se encuentran es en la línea media del maxilar (premaxila) en un 90%. A éste tipo de supernumerarios se les denominó "mesiodens" (39,24) (Fig. 13)



Fig. 13

La forma es cónica, de pija o de clavija. (39,14)

Se pueden encontrar en cualquier posición, ya sea verticales, horizontales o totalmente invertidos. Pueden tener distribución unilateral o bilateral. (39,40,17,10,42) (Fig. 4)



Fig. 4

- **Invertidos:**

Los dientes supernumerarios que se encuentran invertidos generalmente no erupcionan. Si se encuentran en la región anterior pueden erupcionar por el piso nasal. (32)

La causa por la cual se encuentran en esta posición no se sabe aun con precisión. Se cree que puede ser por algún trauma, infección, o desarrollo anormal como quistes, factores genéticos, obstrucción de la erupción por apiñamiento, persistencia de dientes deciduos o densidad ósea. (32)

En la mandíbula solo se han reportado dientes invertidos de la fórmula dental normal los terceros molares y en la zona de premolares. (32) (Fig.12)



Fig. 12

- Tuberculados

Los dientes tuberculados tienen forma de barrilito, tienen el mismo ancho y largo, su anatomía coronal es formada por múltiples tubérculos. Estos dientes tienen una formación radicular incompleta o ausente. (24,10)

Los sitios más frecuentes de su aparición son el maxilar superior en la zona de molares, donde se le conoce como paramolares. También se pueden encontrar en la porción anterior. Estos son más frecuentes en la dentición permanente que en la decidua. (5) (Fig. 16)



Fig. 16

- Odontomas

El odontoma se refiere a cualquier tumor de origen dental y se forma a partir de una proliferación en la cual las células epiteliales y mesenquimatosas se diferencian en ameloblastos y odontoblastos formando esmalte y dentina de manera anormal. (25,10,30)

Los odontomas se clasifican en compuestos y complejos. Los compuestos son aquellos formados por múltiples estructuras similares a dientes, mientras que los complejos son una masa irregular formada de tejido dentario. Los odontomas complejos son una masa irregular formada de tejido dentario. Los odontomas complejos son menos frecuentes que los compuestos. (25)

2.3 Por su localización

Se pueden clasificar en el área incisal, área de caninos, área de premolares y área de molares.

a) Área incisal:

Esta área se refiere a la porción de la premaxila o incisal, en la cual encontramos el mayor índice de frecuencia de dientes supernumerarios. (28,10)

Aproximadamente del 90 al 98% de los supernumerarios ocurren en la maxila, con una gran predilección por la región anterior. (33)

Un gran porcentaje de dientes supernumerarios anteriores permanecen sin erupcionar; aproximadamente el 7 %, mientras que el 25% están parcialmente o totalmente erupcionados. (33)

Los diferentes tipos de dientes supernumerarios encontrados en esta área son los mesiodens, los centrales geminados o fusionados, los laterales geminados, fusionados o supernumerarios suplementarios. (28,10)

Se han reportado dientes supernumerarios en nariz, órbita, senos maxilares, ovarios y en la hipófisis. (14)

-Mesiodens:

Generalmente son pequeños, con forma de clavija y con una raíz muy delgada. (39)

El sitio más común de su localización es en la región palatina de la premaxila en la línea media de la arcada superior pero pueden encontrarse por vestibular, o erupcionar normalmente por el proceso alveolar entre los incisivos centrales Pueden tener distribución unilateral o bilateral, encontrarse en posición vertical, horizontal o invertida. (40,14,8,37)

De acuerdo con Politzer y Weinzenberg, los mesiodens se originan de remanentes de la lámina dental o de la lámina accesorio, la cual se desarrolla en la fase temprana de la formación dental. La lámina dental primaria es dividida o cortada por un septum de

tejido conectivo, lo que promueve la separación del germen desarrollando posteriormente un mesiodens. (14) (Fig. 2)

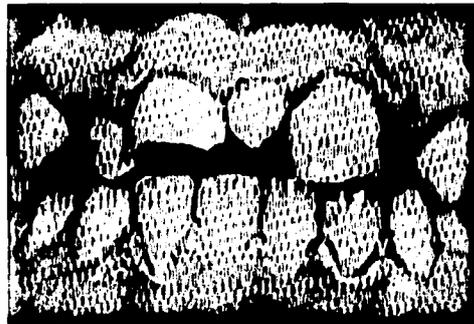


Fig. 2

b) Area canina:

En esta área es raro encontrar dientes supernumerarios. Estos se localizan adyacentes al canino en su porción distal, siendo generalmente semejantes en forma, pero más pequeños al diente normal. (10)

Todo esto no sugiere que es una manifestación de hiperactividad del epitelio de la lámina dental del mismo canino: por lo mismo su baja prevalencia. (28)

Otra teoría es la división o corte de la lámina dental primaria por tejido conectivo, lo que promueve su separación del germen del diente normal y provoca posteriormente la formación de un diente supernumerario. Esto se debe a la cercanía que existe entre este diente y el surco lateral del paladar primario. (28)

c) Area de premolares:

Los premolares supernumerarios aparecen mas frecuentemente en la mandibula (40,28)

Estos dientes presentan mucha variación en su desarrollo y se ha llegado a sugerir que son producto de una tercera dentición. (10)

Los dientes supernumerarios en esta región en dentición decidua son extremadamente raros. (10)

Cuando tenemos un premolar suplementario, éste frecuentemente hace erupción por la porción palatina o lingual y no es raro verlos bien alineados, En ocasiones es difícil distinguir el premolar normal del supernumerario, aunque se sabe que por lo general el diente supernumerario es el que se encuentra en la porción distal. (28) (Fig.3A y 3B)



Fig. 3 A



Fig. 3B

d) Area de molares:

Los dientes supernumerarios en ésta región se denominan paramolares si se encuentran bucalmente al molar normal, y distomolares si se encuentran en el área retromolar o en la posición de un cuarto molar. (14,28,10)

Los dientes supernumerarios que se encuentran entre las bifurcaciones o trifurcaciones de los molares son microdientes y se han llamado dientes accesorios linguales, interdientales y/o interradiculares. Su forma generalmente es cónica o de clavija y algunas veces asemejan a los premolares. Derivan de la lámina dental de alguno de los molares permanentes. (10,20)⁹

⁹ Myfield Anthony "Bilateral paramolars and fourth molars" Triple "O". pp.394

Capítulo III

Síndromes Asociados

3. Síndromes Asociados

Los dientes supernumerarios pueden encontrarse en ocasiones asociadas con otras alteraciones genéticas por ejemplo la disostosis cleidocraneal y síndrome de Gardner; ambas determinadas posiblemente por genes autosómicos dominantes. Labio y paladar hendidos pueden verse complicados frecuentemente por la presencia de dientes supernumerarios en la región alveolar anterior defectuosa. En muchos casos, éstas hendiduras se cree son determinadas por anomalías genéticas. (40,29)

3.1 Disostosis Cleidocraneal .

También conocida como displasia osteodentinaria, displasia cleidocraneal, disostosis mutacional y síndrome de Marie-Sainton. Es transmitida por el padre o la madre a su hijo, siguiendo un patrón mendeliano dominante. Su diagnóstico se basa en la ausencia de clavículas, cierre tardío de fontanelas y suturas hasta muy avanzada la vida del niño, retrusión del maxilar superior, subdesarrollo de los senos paranasales, paladar alto y estrecho, y pseudopognatismo. (16) (Fig.6)



Fig. 6

Se observa erupción tardía de los dientes, maloclusión, dientes supernumerarios y múltiples dientes sobreretenidos. Clínicamente puede presentarse ausencia de dientes por las múltiples retenciones. En el examen radiográfico, se observan los numerosos dientes supernumerarios que no han hecho erupción sobre todo en la región de premolares mandibulares e incisivos. (16,25) (Fig.9)

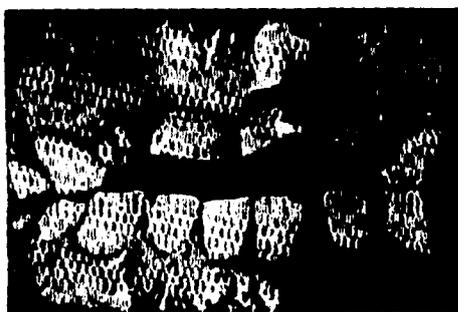


Fig. 9

3.2 Síndrome de Gardner

En 1962, Gardner publicó su descripción sobre el síndrome: el cual consiste en poliposis múltiple de colon, osteomatosis de huesos largos, cráneo y maxilares, quistes epidermicos y sebáceos múltiples de la piel, particularmente en el pericráneo y en la espalda y fibromatosis. El encuentra que puede incluirse también una dentición anormal.

Las anomalías dentarias pueden ser múltiples dientes supernumerarios y permanentes sin erupcionar y caries múltiples. Es por esto que el odontólogo no debe

descartar la posibilidad de la presencia de Síndrome de Gardner al detectar osteomas o múltiples radiopacidades en las estructuras óseas al examinar las radiografías. (25)

Dentro de las manifestaciones clínicas principales encontramos tres síntomas: pólipos intestinales, osteomas, y neoplasias en tejidos blandos. Este diagnóstico puede ser confirmado con las anomalías dentales y oftálmicas. (25,9)

Los pólipos aparecen antes de la pubertad y se generalizan al final de los 19 años. Los pólipos son múltiples y esparcidos colocándose en cualquier área del tracto gastrointestinal, principalmente en el colon distal.

Los síntomas son diarrea (con sangre o mucosidad) y contracciones con dolor abdominal. Su tratamiento es la intervención quirúrgica. (9)

Se pueden encontrar dientes supernumerarios individuales o múltiples así como hipercementosis. Más del 50% de los pacientes con Síndrome de Gardner presentan anomalías dentales. Entre otros signos podemos encontrar cambios en el patrón del trabeculado óseo e impactación de dientes. (25,5,9,34)

3.3 Labio y Paladar Hendido.

El paladar hendido representa un trastorno en la fusión de las protuberancias o crestas palatinas del maxilar superior. Su etiología es desconocida, se cree que puede ser por falta de fuerza en la unión, interferencia de la lengua o disparidad de tamaño de las partes afectadas. (25)

La herencia es un factor importante, pero según Fogh son menos del 40% de los casos son de origen genético. Y es más frecuente en mujeres que en hombres.(25)

Dentro de los factores ambientales se encuentra el factor nutricional. Otros factores sugeridos como posible causa de paladar hendido son aporte vascular deficiente en la zona afectada, perturbación mecánica de la lengua (en la cual la lengua por su gran tamaño, impide la unión de los dos procesos maxilares), sustancias como alcohol, drogas o toxinas e infecciones. (25)

Existen numerosas anomalías dentales y maloclusiones asociadas en los pacientes fisurados, pueden ser atribuidas a las fisuras congénitas mismas o ser secundarias a la corrección quirúrgica del defecto original. (16)

Una o varias de las siguientes situaciones pueden presentarse en mayor frecuencia:

a) Dientes natales o neonatales, generalmente incisivos centrales superiores, b) Ausencias congénitas de dientes, especialmente los incisivos temporales y permanentes, así como premolares c) Presencia de dientes supernumerarios, a menudo en asociación con fisuras completas unilaterales o bilaterales. También en este caso se ve más frecuentemente en incisivos laterales temporarios, d) Colocación ectópica de incisivos laterales temporales, así como de premolares palatinamente. e) Diversas anomalías de morfología, f) Deficiencia del soporte óseo de dientes adyacentes a la fisura, g) Rotación de centrales o de los alveolos adyacentes a la fisura, h) Mordida cruzada posterior uni o bilateral. (16)

El paciente con labio y paladar hendido presenta una solución de continuidad en la bóveda palatina, con una abertura directa hacia la cavidad nasal, continuando hacia la premaxila donde se desvía hacia la derecha o hacia la izquierda.

El reborde fisurado habitualmente está en la zona entre incisivos laterales y el canino o entre el central y el lateral. Se puede encontrar con frecuencia alteración en las piezas

dentales de esta región, ya sea ausencia, deformación, desplazamiento o dientes supernumerarios. (25)

Según Stark, el agujero incisivo u orificio anterior del conducto palatino anterior, debe considerarse el detalle anatómico entre las deformidades anteriores y posteriores dependiendo de la falta de unión. Las deformidades anteriores, se presentan por delante del agujero palatino y se incluyen el labio leporino lateral, maxilar superior hendido y hendidura entre paladares primario y secundario.

Las deformidades posteriores están situadas por detrás del agujero incisivo y se incluyen el paladar hendido secundario y la úvula hendida. (25,10)

La formación de los dientes supernumerarios se debe al clivaje del germen dental por la fisura o por una extensión de la mucosa oral, que por medio de la cual, el diente supernumerario es el resultado de la extensión correspondiente de la lámina dental. (14,9)

3.4 Síndromes menos frecuentes:

Dentro de la literatura se reportan otros síndromes o alteraciones asociadas con los dientes supernumerarios que se encuentran con menor frecuencia como son:

- Síndrome de Hurler. Los pacientes presentan retardo mental, hepatomegalia, puente nasal ancho, mordida abierta lengua protrusiva, paladar profundo y angosto, dientes pequeños en forma de clavija y supernumerarios. Su pronóstico es malo y suelen morir antes de los 10 años de edad. (9)

- **Síndrome de Hunter.** Presenta síntomas como los del síndrome de Hurler pero menos severos. Su pronóstico de vida es más favorable.

- **Progeria,** En este síndrome hay un envejecimiento prematuro, enanismo, problemas cardiacos. Frecuentemente pueden presentar supernumerarios

- **Síndrome de Geidion.** Presentan frente prominente, hipoplasia del tercio medio de la cara, filtrum largo, dientes muy pequeños y frecuentemente supernumerarios principalmente en incisivos paladar profundo y alto, orejas largas y prominentes. (9)

Capítulo IV

MEDIOS DE DIAGNOSTICO

4. Medios de diagnóstico

4.1 Diagnóstico Clínico:

La presencia de dientes supernumerarios debe sospecharse si existe un retraso significativo en la erupción de los dientes permanentes. La frecuencia en que aparecen dientes supernumerarios justifica una examinación radiográfica completa ya que la detección temprana es crucial si se quieren evitar complicaciones estéticas o clínicas. (33)

Es de vital importancia realizar un diagnóstico adecuado antes de cualquier tratamiento ya que de ésta forma se le evitarán tanto al paciente como al odontólogo problemas innecesarios (27)

Varios estudios sobre la incidencia de dientes supernumerarios han demostrado una gran deficiencia en el diagnóstico cuando no se incluyen radiografías. Una evaluación cuidadosa del niño para detectar problemas como dientes supernumerarios pueden ayudar a prevenir el desarrollo de maloclusiones severas, retraso en la erupción y resorcion radicular entre otras. (29)

La detección de dientes supernumerarios erupcionados es un procedimiento clínico fácil. La presencia de un diente extra clínicamente evidente se identifica como supernumerario. El tamaño atípico de una corona, su forma anómala o ambas puede también ayudar en la identificación de dientes supernumerarios. Un problema en la detección de estos casos puede ser cuando el diente es similar en tamaño y forma del diente adyacente a él. Además, si el diente erupciona en un área con suficiente espacio para acomodarlo sin apiñamiento, la detección puede ser confusa al realizar la

examinación. Esto es especialmente difícil si el diente supernumerario erupciona en la dentición primaria junto a un incisivo maxilar lateral primario. (39)

Inspección: este medio de diagnóstico se basa en un examen visual que comprende toda la cavidad oral y se debe hacer con visión directa e indirecta por medio de un espejo dental.

En el caso de los dientes supernumerarios, este medio solo nos sirve si la pieza dental se encuentra erupcionada o si hay algún aumento de volumen, anormal que nos haga sospechar de algún tipo de patología como ésta.

Al realizar la inspección debemos tomar en cuenta la presencia de diastemas malposición de dientes, exfoliación tardía de dientes primarios, retraso en la erupción de dientes permanentes, los cuales son signos clínicos de presencia de dientes supernumerarios.

Palpación: Este medio consiste en tocar todos los tejidos orales enfocandonos a alguna zona que indique anormalidad, como podría ser un aumento de volumen o cambio de color de la mucosa.

Consiste en tocar suavemente con la yema de nuestros dedos para poder determinar textura, consistencia, movilidad de la zona afectada y así, sospechar de la presencia de dientes supernumerarios.

4.2 Diagnóstico Radiografico:

Cuando los dientes extras no han erupcionado, su detección es muy difícil. El uso de radiografías dentales es esencial no solo en la detección sino también en la localización de supernumerarios que no han erupcionado.

Un actor que puede complicar el descubrimiento de los dientes supernumerarios es el hecho de que algunas veces, ya que tardan en su calcificación, no son evidentes radiográficamente, pero pueden hacerse aparentes 1 o 2 años después. Los dientes supernumerarios en áreas de premolares pueden desarrollarse unos años después de que los premolares han erupcionado y no son detectables por ningún método hasta que estén en este estado tardío de desarrollo dental.

La frecuencia con que los dientes supernumerarios son descubiertos en radiografías, hacen el estudio radiográfico de boca completo un requisito indispensable en un niño. A pesar de la gran preocupación de los padres, sobre el número de radiografías que se toman, se recomienda una radiografía oclusal anterior para un niño en la primera visita de rutina al consultorio dental. El saber la frecuencia con que aparecen mesiodens, hace una responsabilidad del odontólogo el realizar un buen diagnóstico clínico y radiográfico de estas regiones.

El localizar dientes supernumerarios en una radiografía es un procedimiento muy importante, por lo que se han diseñado diferentes técnicas radiográficas dentro de las cuales encontraremos:

- Técnica oclusal (Superior topográfica):

Se debe colocar el plano oclusal superior del paciente paralelo al piso y el plano sagital vertical. El rayo "X" debe penetrar por los huesos propios de la nariz a 65° positivos. Si

se va a utilizar esta técnica para mandíbula, se coloca el rayo "X" en el mentón a 60 grados negativos, dirigiéndolo al centro de la placa. Se utiliza una placa radiográfica del número 2 para paciente pediátrico y una oclusal de 3 x 5 pulg; para adulto. (Fig. 31)

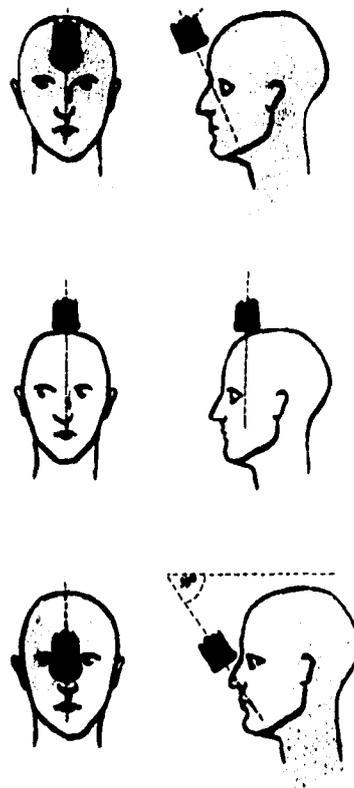


Fig. 31

- Técnica de Clark:

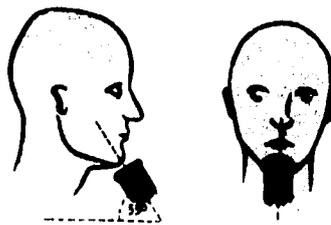
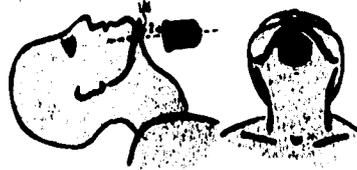
Fué descrita en 1909 por Clark; es un método simple para determinar la relación entre objetos y hueso. La técnica consiste en que el niño detiene una placa intraoral (3x5 pulgadas) extraoralmente junto a su mejilla y perpendicular al rayo "X". El tiempo de exposición es el doble de un radiografía periapical normal. Esta radiografía sirve para determinar la posición de la corona del diente supernumerario. (12,3)

- Técnica del Angulo Recto:

Se utiliza para localizar objetos en la zona anterior del maxilar. La técnica consiste en dirigir el rayo "X" a una placa de tipo oclusal a 65 °. Obtendremos así la ubicación buco-lingual del cuerpo extraño al comparar la 1ra placa con otra tomada a 90 ° o con una placa oclusal colocada extraoralmente paralela al plano medio sagital de la cabeza y el rayo dirigido a 90 °. Esta técnica también se puede utilizar en la región mandibular.

(12)

(Fig.32)



- Ortopantomografía:

Es una proyección que nos da una imagen completa de maxilar y mandíbula en la que se puede localizar cualquier estructura u objeto extraño en un sentido transversal y su relación con estructuras anatómicas adyacentes (seno maxilar, piso nasal y conducto dentario. (12)

4.3 Diagnóstico Diferencial

Los dientes supernumerarios deben diferenciarse de los cementomas, islas óseas, fragmentos radiculares, y/o incisivos laterales transpuestos.

El reconocimiento de los dientes supernumerarios en las radiografías generalmente no presenta problemas. pero en sus estadios tempranos antes de la calcificación, pueden tener apariencia similar a los quistes. Se debe tener cuidado en evitar la mala interpretación de cúspides sobrepuestas y otras estructuras anatómicas que pueden simular supernumerarios. (13) ●

● Langlais R. P., Langland O. E. "Radiographic localization technics" Dental Association, Vol. 52, No. 4, 1979 pp. 69-77
Levine Norman "The Clinical Management of supernumerary teeth" The Canadian Dental Association, Vol. 28, No. 5, 1962 pp.298-302

Capítulo V

TRATAMIENTO

5. Tratamiento

5.1 ¿Cuándo extraer?

La literatura revela varias opiniones sobre el tiempo apropiado para remover un supernumerario no erupcionado detectado radiográficamente especialmente en los niños más pequeños. Pero casi todos coinciden en que la extracción del diente supernumerario es el tratamiento de elección.

Depende de la clase y posición del diente supernumerario, y de el defecto que tiene, o que puede esperarse posea, sobre dientes vecinos. Su tratamiento puede ser:

- a. Ningún tratamiento. Los dientes supernumerarios que no impiden la erupción de los dientes, o que no desplazan a los erupcionados pueden seguir en su lugar; esto muchas veces es posible con los cónicos invertidos. Pero el examen radiográfico es indispensable para identificar cualquier cambio indeseable que pueda hacernos cambiar de parecer.
- b. Esperar la erupción y entonces extraer. Es posible anticipar que los cónicos o los invertidos no erupcionen.
- c. Extracción quirúrgica. Es preciso extraer la mayor parte de los cónicos invertidos y los tuberculados, así como los odontomas. El momento del tratamiento es controversial: Primosh (1981) estudió las ventajas y desventajas de la intervención temprana (antes de los 6 años de edad) y de la tardía (entre los 8 y 10 años). La extracción precoz de un diente supernumerario brinda al normal en desarrollo una mejor oportunidad para erupcionar en su posición normal; por otro lado, durante la operación existe riesgo de lesionar los dientes contiguos en desarrollo. El aplazamiento del tratamiento puede motivar el desplazamiento o rotación del diente normal, y permitir que los vecinos migren al espacio conforme erupcionan. El potencial eruptivo

del diente normal es menor mientras más tarde se extraiga el supernumerario. Cada caso debe considerarse de manera individual, pero se sugiere que el momento más conveniente para eliminar los supernumerarios en el caso de "mesiodens" es cuando los incisivos laterales apenas comienzan a erupcionar (Broadway y Gould, 1960). (2)

d. Se inserta un mantenedor de espacio simple si hay espacio adecuado en el arco para el incisivo incluido. Si el lugar disponible fuera inadecuado, mover los dientes contiguos hacia distal con un aparato de ortodoncia luego de extraer los caninos primarios (que se eliminan al mismo tiempo que el supernumerarios); es importante proveer un ligero exceso de espacio para el incisivo incluido. Habiendo eliminado el diente supernumerario y provisto espacio suficiente en la arcada, el incisivo por lo general erupciona. En ocasiones, especialmente si antes lo desplazó el supernumerario, el incisivo no erupciona, requiriéndose más intervención quirúrgica y tracción ortodóntica para que llegue al arco (Howard, 1967). (2)

McDonald y Avery mencionan que si un diente supernumerario no interfiere con la erupción simétrica de los dientes adyacentes y no hay evidencia de alguna formación quística, la decisión apropiada debe ser observar el diente hasta que el niño tenga la edad suficiente para tolerar la cirugía. Debe hacerse una revisión radiográfica de estos dientes supernumerarios no erupcionados periódicamente para detectar la posibilidad de complicaciones, como por ejemplo la formación de algún quiste dentígero. La observación está indicada igualmente cuando el diente supernumerario tiene posibilidades de erupcionar por sí solo sin interferir con la erupción normal y el desarrollo de la dentición existente. En estos casos el retraso facilitará su remoción, reduciendo el posible trauma, costo y riesgo. (40,27,21,38,13)

Hertz establece que el tiempo de remoción de un supernumerario es crítico y que es mejor esperar a que los ápices de los dientes adyacentes se cierren para prevenir la

desvitalización o alteraciones en su desarrollo radicular, aunque esto no siempre sea posible. También opina que un diente invertido se vuelve más difícil de remover si se le permite que migre más profundamente dentro del alveolo, además que está asociado con lesiones quísticas y fistulas oro-nasales dentro de otras complicaciones. (27,21)

Rotberg y Kopel concluyen en su estudio, que los mesiodens no erupcionados, deben ser removidos al momento de identificarlos radiográficamente para disminuir los problemas de erupción, el desarrollo en la región maxilar anterior y aumento de la altura vertical. Ellos encuentran que no hay daño a las raíces de los dientes adyacentes al hacer la cirugía. Estas conclusiones concuerdan con Hutton, Weber, Thoma, Sugimura et al y Nazif. El hacer la cirugía tempranamente está indicado ya que se puede corregir espontáneamente la incorrecta alineación de las piezas dentarias. (36,27,21,33)

Con respecto al manejo de conducta muy pequeños, el uso de una sedación preoperatoria y analgesia con óxido nitroso y oxígeno, podría ser de gran ayuda al control de conducta durante el procedimiento quirúrgico. (27)

Los dientes supernumerarios que se encuentran en fosas nasales, deben removerse tan pronto como sean detectados para evitar dolor, congestión nasal u obstrucción, rinitis o la formación; fístula oro-nasal. (21)

Extracción

La extracción se hace en los casos en que los dientes supernumerarios logran una erupción parcial o completa permitiéndonos así, un mejor abordaje y extracción de la pieza supernumeraria por métodos de tracción simple. (19)(Fig. 21)



Fig. 21

Antes de intentar extraer el diente supernumerario, se deben tomar radiografías periapicales, oclusales, y/o ortopantomografía, utilizando las técnicas previamente mencionadas para poder determinar la localización exacta de la pieza supernumeraria, así como su relación con las estructuras anatómicas adyacentes a ésta. (19)

Es muy importante tomar en cuenta los riesgos al intentar la extracción de supernumerarios pues tenemos el peligro de lastimar las raíces de los dientes adyacentes, gérmenes de piezas permanentes que aún no han erupcionado y el daño psicológico al niño muy pequeño. (27)

La extracción simple consiste en realizar la sindesmotomía, la aplicación del elevador recto siguiendo el eje longitudinal del diente supernumerario produciendo una acción de cuña. (11)

Cirugía

En gran parte de los casos, los dientes supernumerarios no erupcionan y se encuentran en la zona apical de las piezas adyacentes. En el caso de los mesiodens, estos suelen localizarse entre las raíces de los incisivos centrales superiores por palatino.

Dependiendo de la localización del diente supernumerario será el tipo de tratamiento y la zona de acceso para la intervención quirúrgica. (19)

Toda intervención quirúrgica consiste principalmente en 4 pasos:

- 1- Elevación del colgajo mucoperióstico
- 2- Osteotomía para poder exponer el diente supernumerario
- 3- Extracción propiamente dicha
- 4- Tratamiento del lecho quirúrgico y sutura.

REGION PALATINA:

La técnica consiste en realizar una incisión contorneante por el surco gingival palatino de la papila distal del segundo premolar al segundo premolar del lado contrario.

(Fig. 27)

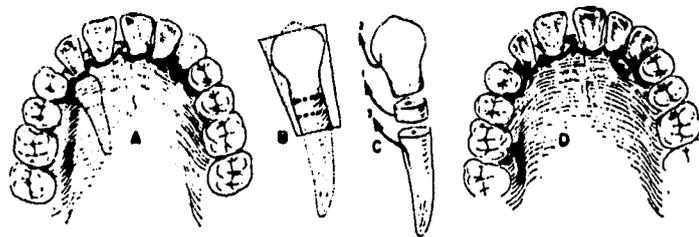


Fig. 27

Se desplaza el colgajo mucoperióstico dejando el hueso palatino desnudo, ya habiendo localizado las coronas de los dientes supernumerarios, se hacen perforaciones abarcando las coronas sobre el hueso palatino con una fresa quirúrgica de baja velocidad con irrigación constante.

Se unen las perforaciones y se elimina el hueso que cubre los dientes supernumerarios con un cincel para hueso y con una fresa. Ya que estén perfectamente expuestas las coronas, los dientes se extraen utilizando un elevador recto.

Se procede a eliminar el saco dental y se curetea con cuidado el lecho remanente.

Se vuelve a posicionar el colgajo en su lugar y se sutura con puntos aislados.(Fig. 28)

REGION VESTIBULAR:

Una vez ya localizado el diente supernumerario, tanto en sentido buco-lingual como en sentido mesio-distal con respecto a los dientes adyacentes, se abarca por lo menos un diente de cada lado para la incisión, la cual va a ser contorneante con doble liberatriz.

Se desplaza el colgajo y se retrae para protegerlo y con una fresa se hacen perforaciones exactamente sobre el hueso que cubre la corona del diente supernumerario. Se unen todas las perforaciones con una fresa o con un cincel para hueso y se expone la corona del diente supernumerario.

Se extrae el diente con un elevador recto. En caso que el hueso cortical sea muy grueso y denso y no nos permita la extracción del diente con la utilización de un elevador, se corta la corona del diente con una fresa de fisura quirúrgica y se exponen algunos milímetros de la raíz. Se realiza un surco en la raíz y se utiliza un elevador de bandera ayudandonos de la cortical como fulcrum para terminar de extraer el resto de la pieza.

Se curetea el lecho quirúrgico y se elimina todo el saco dental. Se reposiciona el colgajo en su posición normal y se sutura con puntos aislados.

Cuando el diente es relativamente inaccesible, el acceso debe realizarse por los dos lados: vestibular y palatino. A menudo la remoción de hueso se lleva a cabo con un cincel aplicado con la presión manual y limitado al hueso que cubre el supernumerario. Una vez expuesto el diente, se extrae con un elevador.

REGION LINGUAL MANDIBULAR

En esta parte se localizan los premolares supernumerarios. La técnica consiste en realizar una incisión contorneante con doble liberatriz por lo menos abarcando un diente adyacente de cada lado al diente supernumerario, se desplaza el colgajo hacia lingual y se retrae para protegerlo.

De igual forma se debe desplazar un colgajo con doble liberatriz hacia bucal, teniendo mucho cuidado de no lesionar el nervio mentoniano. Se deja denudado el hueso tanto por lingual como por vestibular.

Se forma un conducto con una fresa quirúrgica del lado bucal hacia el lado lingual, hasta tocar la corona del diente supernumerario, la cual se expone por lingual con fresa quirúrgica. Se pasa un instrumento roma a través del canal hasta tocar la corona del diente supernumerario y se empuja para que salga de su cripta ósea. Se elimina el saco dental y se curetea con mucho cuidado. Se reposicionan ambos colgajos en su lugar y se suturan.

REGION VESTIBULAR MANDIBULAR

La técnica consiste en realizar una incisión contorneante con doble liberatriz. Se desplaza el colgajo mucoperióstico y una vez denudado el hueso, se hacen perforaciones

sobre el hueso que recubre la corona de la pieza por extraer, se unen las perforaciones con un cincel o con fresa quirúrgica.

Se procede a extraer el diente supernumerario con elevadores rectos. En caso de no poder extraerlo, se secciona la pieza a nivel del cuello. Se realiza una canaladura a nivel de la raíz y se extrae utilizando un elevador de bandera.

Se curetea con cuidado y se lava el lecho remanente. Se reposiciona el colgajo en su lugar y se sutura.(11,30)

En el caso de premolares y molares supernumerarios superiores, es importante que por medio de las radiografías se observe la relación con los dientes adyacentes y su proximidad al seno maxilar y a la tuberosidad. El acceso quirúrgico para estos dientes, generalmente va a realizarse por bucal utilizando la misma técnica de levantamiento de colgajo que para un tercer molar. (30) (Fig.23)

4.1 Complicaciones de la remoción quirúrgica

Existen varias complicaciones relacionadas con la remoción quirúrgica de los dientes supernumerarios, y esto puede depender de la etapa en la que se realice la cirugía.

Las complicaciones surgen debido a errores de juicio, mal uso de instrumentos, aplicación de fuerza excesiva, falta de visualización adecuada.

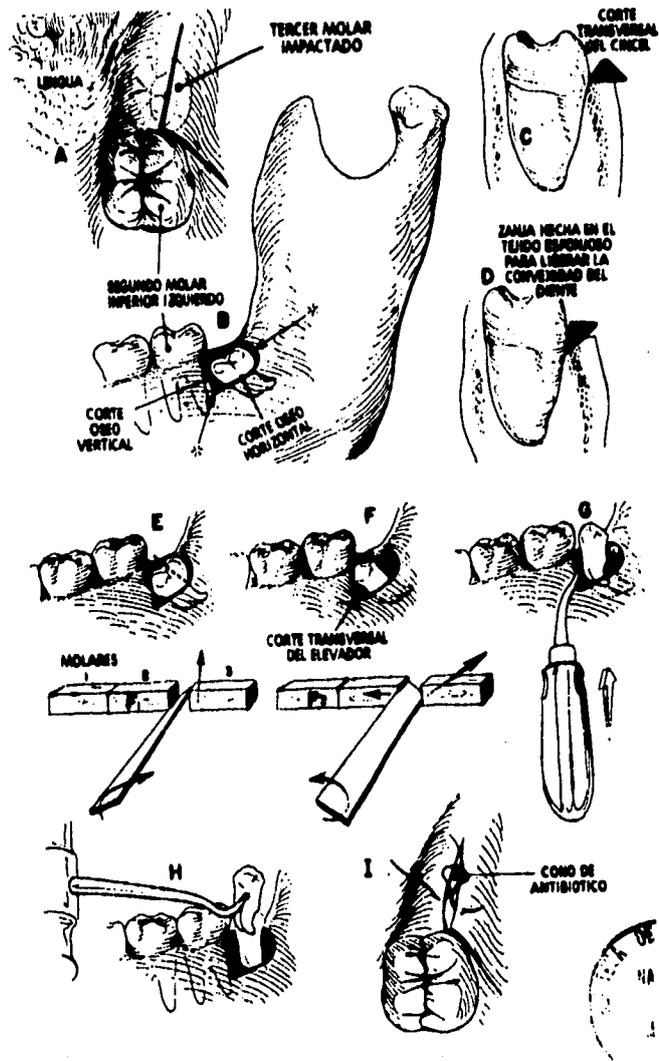


Fig.23

Las complicaciones que pueden suceder cuando se realiza un cirugía de dientes supernumerarios son:

1. Daño al diente adyacente en formación, lo que puede producir pérdida de la vitalidad o malformación de éste.

2. Impactación del diente supernumerario a seno maxilar, fosas nasales tuberosidad.

3. Daño a estructuras anatómicas adyacentes como serían nervios, vasos, etc.. Una fuerza excesiva aplicada a los molares superiores puede dar por resultado la extracción del diente molar junto con todo el borde alveolar superior y el piso del antro. En ciertos casos, se han extraído molares junto con la tuberosidad en un segmento por uso inapropiado de fuerza en el maxilar superior.

4. Luxación de piezas adyacentes

5. Pérdida de la sensibilidad de piezas adyacentes

6. Fractura del diente supernumerario.

7. Dolor

5.2 Complicaciones de la remoción quirúrgica

La presencia de múltiples dientes supernumerarios en maxilar y mandíbula, darán como resultado la falta de erupción de algunos dientes permanentes y el desarrollo de una maloclusión severa. (29)

Las complicaciones que pueden suceder cuando se realiza un cirugía de dientes supernumerarios son:

1. Daño al diente adyacente en formación, lo que puede producir pérdida de la vitalidad o malformación de éste.

2. Impactación del diente supernumerario a seno maxilar, fosas nasales tuberosidad.

3. Daño a estructuras anatómicas adyacentes como serían nervios, vasos, etc.. Una fuerza excesiva aplicada a los molares superiores puede dar por resultado la extracción del diente molar junto con todo el borde alveolar superior y el piso del antro. En ciertos casos, se han extraído molares junto con la tuberosidad en un segmento por uso inapropiado de fuerza en el maxilar superior.

4. Luxación de piezas adyacentes

5. Pérdida de la sensibilidad de piezas adyacentes

6. Fractura del diente supernumerario.

7. Dolor

5.2 Complicaciones de la remoción quirúrgica

La presencia de múltiples dientes supernumerarios en maxilar y mandíbula, darán como resultado la falta de erupción de algunos dientes permanentes y el desarrollo de una maloclusión severa. (29)

Las complicaciones más comúnmente asociadas con los dientes supernumerarios incluidos son:

- **Incremento en la incidencia de caries**
- **Inflamación gingival**
- **Abscesos periodontales**
- **Agrandamiento de sacos foliculares**
- **Degeneración cística y formación de Ameloblastomas**
- **Erupción nasal**
- **Pérdida del espacio anterior del arco maxilar**
- **Impactación**
- **Malposición**
- **Maloclusiones severas**
- **Erupción en el piso de la cavidad nasal**
- **Erupción retardada o anormal de dientes adyacentes**
- **Bloqueamiento de la erupción de los demás dientes**
- **Mordidas cruzadas anteriores**
- **Alineamiento defectuoso**
- **Resorción de dientes adyacentes o pérdida de la vitalidad**
- **Diastemas**
- **Rotaciones**
- **Dilaceración o desarrollo anormal radicular de dientes permanentes**
- **Erupción ectópica (Fig 1)**

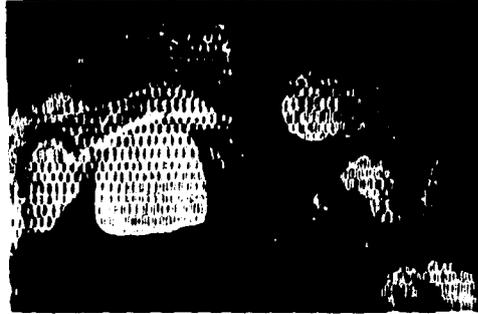


Fig. 1

Los mesiodens a menudo evitan que los incisivos centrales tengan contacto entre ellos.

Al no erupcionar los dientes supernumerarios, pueden degenerar en quistes dentígeros derivados del diente sin erupcionar, o primordiales derivados del saco dentario y resorción patológica de las raíces de los dientes adyacentes con el subsecuente daño pulpar. En un estudio realizado por Stafne, el 5.5% de los dientes supernumerarios se degeneraron en quistes. (39,38)

La erupción de un diente supernumerario en la cavidad nasal es raro, pero se han llegado a reportar casos, ésto se debe a una posición invertida del diente en el maxilar, y debido a su potencial de erupción, éste erupciona por la cavidad nasal. (10,32,38)

Dentro de los síntomas de las piezas que erupcionan por la cavidad nasal encontramos: dolor hemifacial, el paciente reporta que tiene algo dentro de la nariz. obstrucción nasal unilateral, cefalea, epistaxis recurrente, congestión nasal, fiebre moderada, rinitis caseosa, mal olor, desviación externa de la nariz, rinorrea purulenta. mucosa áspera, y presencia de una fístula naso-oral. (21)

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Clínicamente el diente intranasal presenta una masa dura blanquecina localizada dentro de la cavidad nasal rodeada de tejido de granulación. Su diagnóstico diferencial debe ser con un cuerpo extraño de la cavidad nasal, secuestro óseo, neoplasia, y exostosis. El tratamiento será la remoción quirúrgica. (21,32)

Dentro de las consecuencias no dentales encontradas por causa de dientes supernumerarios, encontramos neuralgia, ceguera, sordera y temblor muscular. (13)^o

• GOODMAN, R.M., GORLIN, R.J. Ati s o the laco In Genetic DisordersTh- C.V. Mosby Company, Saint Louis2 edición, U.S.A., 197 pp.92-9, 124-125.1 9, 12 13,392

Capítulo VI
CONCLUSIONES

Como ya se menciona es muy frecuente encontrar dientes supernumerarios en la práctica odontopediátrica ya sea antes o después de su erupción, por lo tanto es de vital importancia, el crearse un hábito de rutina en el consultorio para realizar un diagnóstico completo, tanto clínico como radiográfico en la primera visita del paciente, principalmente de todos los niños de edad preescolar , para así poder detectar anomalías de las cuales a veces nos damos cuenta cuando ya el mal ha provocado serias consecuencias.

Los dientes anteriores supernumerarios en un paciente joven interesa mucho al odontopediatra a causa de los problemas que pueda crear.(16)

En el caso de detectar un diente supernumerario, debemos:

- Conocer la localización mas frecuente de los dientes supernumerarios. Esto nos va a facilitar el realizar nuestro diagnóstico.
- Conocer las técnicas para localizarlo perfectamente antes de realizar la cirugía para evitarle problemas tanto al paciente como al cirujano dentista.
- Elaborar un criterio sobre si es el tiempo adecuado o no para su remocion, ya sea por extracción o cirugía. Tomando en cuenta edad del paciente, la relación que tiene o tienen los supernumerarios con los dientes adyacentes, la presencia de quistes, diastemas, erupción, exfoliación u retención, ya sea del mismo deinte supernumerario o de dientes adyacentes, lo cual puede o no complicarnos el problema.

- El reconocimiento entre un diente normal y un supernumerario de acuerdo a los criterios antes mencionados. Esto evitará errores al momento de realizar la extracción y/o cirugía.
- Y desde luego en el caso de ser necesaria, la técnica quirúrgica a utilizar. Así como la rehabilitación post-extracción.

Bibliografía

1. Anderson Ruth "Natal and neonatal teeth. Investigation of two black females". *J.D.Ch.* Jul-Aug 1982 pp. 300-304
2. ANDLAW R. J., ROCK W.P. *Manual de Odontopediatria, Ed. Interamericana, México D. F.* 1989 pp. 146-147
3. ANDREASEN, J.O. *Introducción to Dental Trauma Capítulo 14, pp. 171-182*
4. Barren "Surgical treatment of an unerupted supernumerary tooth attached to an unerupted permanent incisor" *The american Academy of pedodontics Vol.5 No.1 Pediatric Dentistry* 1983 pp.83-84
5. Brown Kenneth "Evolution and development of the dentition" *Laboratory of development biology and anomalies National Institute of Research, National Institute of Health Bethesda, MD Original Article Series Vol.19, No.1 pp.29-66, 1983*
6. Camm Jeffrey, Wood Jeffrey "Gemination, fusion and supernumerary teeth in the primary dentition :report of a case" *J.D.Ch. Vol. 56, No. 1, Jan-Feb. 1989 pp.60-61*
7. Carver Douglas et al "Bilateral inverted supernumerary teeth" *Oral Surg Vol 70 No.1 pp. 127*
8. FINN, Sidney *Odontología Pediátrica Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. 4a edición, México 1983 pp. 352-354*
9. GOODMAN, R.M., GORLIN R.J. *Atlas of the face in Genetic Disorders. The C.V. Mosby Company Saint Louis, 2a edición, U.S.A. 1977 pp. 92-93, 124-125, 138-339, 321-313, 392-393*
10. GORLIN, R.J. GOLDMAN H.M. *Thomas Oral Pathology, The C.V. Mosby Co., Saint Louis, 6a edición U.S.A. 1970 pp.112-123*
11. KRUGER, G. *Tratado de cirugía Bucal. 4ta. edición. Ed. Interamericana, México, D.F. 1987 pp. 87-88*
12. Langlais R.P., Langland O. E. "Radiographic localization technics" *Dental Radiographics and Photography. Vol. 52, No. 4, 1979 pp.69-77*
13. Levine Norman "The Clinical Management of supernumerary teeth" *The Canadian Dental Association. Vol. 28 No. 5 1962 pp 298-302*
14. Luten J.Randle "The prevalence of supernumerary teeth in primary and mixed dentitions" *J.D.CH. Sep 1967 pp.346-357*

15. LYNCH BRIGHTMAN, GREENBERG, *Manual Pediátrico de Medicina Bucal, tomo III, Ed. Interamericana, México, D.F. 1990 pp. 526-537*
16. MCDONALD, Ralph E. *Odontología Pediátrica y del Adolescente. Ed. Panamericana Sta. Edición, 1993, pp. 201-203, 603-604, 699-700, 718-722, 741-743*
17. McKibben David, Brearley Louise J. "Radiographic determination of prevalence of selected dental anomalies in children" *J.D.Ch. Vol. 38, No. 6, Nov-Dec. 1971 pp.26-34*
18. Munro Donald "Supernumerary teeth of the permanent and deciduous dentitions: two cases" *Short communications, British Dental Journal Dec 1952. pp.321-322*
19. Munro, D. "Supernumerary teeth of the permanent and deciduous dentition" *Brit. Dent. Journal, 93:321-322, 1952*
20. Myfield Anthony "Bilateral paramolars and fourth molars" *Oral Surg. pp. 394*
21. Nazif et al "Impacted supernumerary teeth: A survey of 50 cases" *J.A.D.A. Vol. 106, No. 2, Feb. 1983 pp.201-204*
22. Ochoa Grijalva Jose Fernando et al "Supernumerary teeth and orthodontic tooth repositioning. A case report" *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, Vol. 17, No. 2, Apr. 1993 pp. 93-99*
23. PINKHAM J.R. *Odontología Pediátrica De. Interamericana, México D.F. 1991 pp. 47-56*
24. Primosch Robert "Anterior supernumerary teeth assessment and surgical intervention in children" *The American Academy of Pediatrics, Pediatric Dentistry 1981, Vol.3 No.2 pp.204-213*
25. REGEZI A. JOSEPH, SCIUBBA J. JAMES, *Patología Bucal, Ed. Interamericana, México, D.F. 1991, 1ra ed. pp. 490-493*
26. Rosenthaler Hal, Beidenman Robert "Multiple Supernumerary teeth" *Oral Surg. Col.36-no. 2 pp.227*
27. Rotberg Saul, Kopel Hug "Early versus late removal of mesiodens: A Clinical study of 365 children" *The compendium of continuing Education. Vol.No.2 Feb.1984 pp. 115-119*
28. Rubenstein Loretta K. Et al "Development supernumerary premolars in an orthodontic population" *Triple "o", Vol. 71, No. 3, March 1991 pp. 392-395*
29. Schusterman Stephan et al "Multiple Supernumerary teeth. Report of two cases". *J.D. Ch. Vol. 43, No. 6, Nov-Dec 1978 pp. 37-40*

30. SEWARD HARRIS MCGOWAN, *Killey and Kay's Outline of Oral Surgery*, parsons. 2nd edition. The Bath Press, Great Britain, 1987 pp. 87-89
31. SHAFFER, W.G. LAVY, B.M. *Tratado de Patología Bucal*. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. 2a edición, México 1986 pp.13-19, 46-50, 706-709
32. Smith y Gordon "Intranasal teeth: report of 2 cases and review of the literature" *J.O. Surg.* Vol. 47, No.2 Feb 1979 pp. 120-122
33. Solares Roberto "The complications of late diagnosis of anterior supernumerary teeth: Case report" *J.D.Ch.* Vol. 37, No. 3, May-June 1990 pp 209-211
34. Spuller, "Harrington Gemination of a maxillary permanent central incisor treated by autogenesis transplantation of a supernumerary incisor: case report". *Pediatric Dentistry, The Am. As. of Ped.Den.* Vol. 8 No.4 1986 pp. 299-302
35. Stafne Edward "Supernumerary teeth" Rochester, Minn. Section on Dental Surgery. The Mayo Clinic Rochester Minn. Pp.653-659
36. Sugimura et al "Mandibular distomolars; a review of the Japanese literature and report of three additional cases" *Oral Surg.* Sept 1975 pp. 341-345
37. Sytaras Sotiris "Mesiodens in Primary and Permanent Dentitions: Report of a case" University of Athens Dental school, Dept. of dental pathology and therapeutics. *Journal of oral surgery*, Vol 39 No.6 Jun 1975 pp.870-873
38. Thomas J. Cangulosi "Management of a Maxillary Central Incisor by a Supernumerary tooth" *J.A.D.A.* Vol. 105, No. 5, Nov 1982 pp. 812-814
39. Weber Faustin, "Supernumerary Teeth" *Dental Clinics of North America* 1964 pp.509-517
40. Winter G. "Hereditary and idiopathic anomalies of tooth, number, structure and form" *Dental Clinics of North America* Vol. 13 No. 2 April 1969 pp.355-373
41. Yusof et al "Multiple impacted supernumerary teeth" *Oral Surg.* Vol 70 No. 1 pp. 126
42. Yven Stefan, Joseph Chan et al "Doble primary teeth and their relationship with the permanent sucesors: a radiographic study of 366 cases". *Pediatric Dentistry: March 1987* Vol.9 No.1
- Zvolanek Jay W. Spotts Thomas M. "Supernumerary Mandibular premolars" *J.A.D.A.* Vol.110, No. 5, May 1985 pp. 721-723